

Научная статья

УДК 614.2

DOI: 10.17323/1999-5431-2021-0-4-137-158

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ СОКРАЩЕНИЯ СРОКОВ ОЖИДАНИЯ ПЛАННОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РОССИИ

**¹Ахметова Анна Игоревна, ²Шевченко Елена Викторовна,
³Шарамко Тарас Георгиевич, ⁴Алешина Татьяна Николаевна**

¹ Кандидат медицинских наук, Многопрофильный медицинский центр Банка России, Москва, Россия. E-mail: aiakhmetova@edu.hse.ru

² Кандидат медицинских наук, АО «Барс Групп», Москва, Россия.

E-mail: evshevchenko_4@edu.hse.ru

³ Кандидат медицинских наук, Многопрофильный медицинский центр Банка России, Москва, Россия. E-mail: tgsharamko@edu.hse.ru

⁴ Институт неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП

им. Академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия.

E-mail: tnaltshina@edu.hse.ru

Аннотация. Дисбаланс между спросом на медицинские услуги и их предложением приводит к снижению доступности медицинской помощи. Цель исследования – анализ ключевых механизмов политики сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи. Изучены вопросы обеспечения гарантий предельных сроков ожидания; исследован зарубежный опыт управления сроками ожидания медицинской помощи, проанализирована возможность его применения в российской практике; рассмотрены возможности снижения сроков ожидания на уровне медицинских организаций. Анализ зарубежного опыта целенаправленной государственной политики по сокращению сроков ожидания выявил наиболее эффективные мероприятия. В России гарантированные сроки ожидания ниже, чем в большинстве рассмотренных стран, но они не имеют достаточного ресурсного

подкрепления, единого государственного подхода к их мониторингу, продуманных механизмов регулирования в зависимости от возможностей системы и потребностей общества. С учетом международного и российского опыта сформулированы рекомендации по созданию системы управления сроками ожидания плановой медицинской помощи в России.

Ключевые слова: здравоохранение, целевые показатели сроков ожидания плановой медицинской помощи, политика здравоохранения, управление спросом и предложением медицинских услуг, мониторинг сроков ожидания, листы ожидания, медицинские организации.

Для цитирования: Ахметова А.И., Шевченко Е.В., Шарамко Т.Г., Алешина Т.Н. Международный опыт сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи и возможности его использования в России // Вопросы государственного и муниципального управления. № 4. С. 137–158. DOI: 10.17323/1999-5431-2021-0-4-137-158.

Благодарность: работа выполнена в рамках научно-исследовательского семинара магистерской программы «Управление и экономика здравоохранения». Авторы выражают благодарность научному руководителю работы – Игорю Михайловичу Шейману – за важные замечания и советы при проведении исследования и оформлении данной статьи.

Original article

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN REDUCING THE WAITING TIME FOR PLANNED MEDICAL CARE: THE POSSIBILITY OF APPLYING THIS EXPERIENCE IN RUSSIA

¹Anna I. Akhmetova, ²Elena V. Shevchenko

³Taras G. Sharamko, ⁴Tatyana N. Aleshina

¹ PhD (Medical Sciences), Medical Center of the Bank of Russia.
Moscow, Russia. E-mail: aiakhmetova@edu.hse.ru

² PhD (Medical Sciences), Bars Group JSC, Moscow, Russia.
E-mail: evshevchenko_4@edu.hse.ru

³ PhD (Medical Sciences), Medical Center of the Bank of Russia.
Moscow, Russia. E-mail: tgsharamko@edu.hse.ru

⁴ «National medical research center for obstetrics, gynecology
and perinatology named after Academician V.I.Kulakov»,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia.
E-mail: tnaltshina@edu.hse.ru

Abstract. The imbalance between the demand for health services and their supply leads to a decrease in the availability of health care. The aim of the study is to analyze the key mechanisms of the policy on reducing the waiting time for planned medical care. The issues of ensuring the guarantee for maximum time limits are studied; the foreign experience of managing waiting times for medical care is reviewed, the possibility of applying it in Russian practice is analyzed; the possibilities of reducing waiting times at the level of medical organizations are considered. The review of foreign experience shows a purposeful state policy to reduce waiting times, and allows us to determine the most effective measures. In Russia, the guaranteed maximum patient waiting times are shorter than in most of the countries reviewed, however, state resources do not support these guarantees; there is no unified state approach for monitoring, and no well-thought-out mechanism for their regulation, based on both system capabilities and social needs. Taking into account the studied international and Russian experience, the recommendations for creating a system for managing the waiting time for planned medical care in Russia are proposed.

Keywords: health care, waiting times targets, health policy, supply and demand management, monitoring of waiting times, waiting lists, medical organizations.

For citation: Akhmetova, A. I., Shevchenko, E. V., Sharamko, T. G. and Aleshina, T. N. (2021) 'International experience in reducing the waiting time for planned medical care: the possibility of applying this experience in Russia', *Public Administration Issues*, 4, pp. 137–158 (in Russian). DOI: 10.17323/1999-5431-2021-0-4-137-158.

JEL Classification: I18

Acknowledgments: The work was done at a research seminar of the master's program «Management and Economics of Healthcare». The authors express their gratitude to the scientific supervisor of the work – Igor M. Sheiman. His comments and advice were important during the research and the designing of this article.

Введение

Старение населения, рост доли хронических заболеваний, сложная эпидемиологическая обстановка повышают нагрузку на системы здравоохранения всех стран. Это отражается на доступности медицинской помощи. Увеличение сроков ожидания плановой медицинской помощи (помощи, не требующей экстренного медицинского вмешательства) связано с дисбалансом между спросом на медицинские услуги и их предложением (OECD, 2020a). Снижение доступности плановой медицинской помощи неизбежно отражается на удовлетворенности пациентов. По данным социологического опроса 2019 г., 39% россиян отметили долгие сроки ожидания медицинской помощи, 33% респондентов – очереди и плохую организацию приема в поликлиниках (ФОМнибус, 2019). Сложившаяся ситуация требует поиска эффективных управленческих решений.

В России политика сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи является малоисследованной проблемой: русскоязычных публикаций на данную тему почти нет. Первая попытка комплексного анализа сроков ожидания отражена в докладе НИУ ВШЭ «Сроки ожидания медицинской помощи: зарубежный опыт и российская практика», где подробно описан зарубежный опыт разработки и ведения листов ожидания плановой медицинской помощи, затронута проблема мониторинга сроков ожидания в России, однако не освещен вопрос государственной политики, направленной на сокращение сроков ожидания (Шейман И. М., Шишгин С. В. и др., 2019). Мы решили пойти дальше и восполнить данный пробел.

Цель настоящего исследования – анализ ключевых механизмов политики сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи. Наибольший интерес представляют следующие исследовательские вопросы: как обеспечиваются гарантии предельных сроков ожидания в западных странах? Как государство может влиять на спрос и предложение медицинских услуг? Какие мероприятия на макро- и микроуровне наиболее эффективны? Рассмотрен зарубежный опыт управления сроками ожидания медицинской помощи, проанализирована возможность его применения в российской практике.

Методы исследования – анализ зарубежных и отечественных публикаций, сбор и систематизация данных о сроках ожидания медицинской помощи за рубежом, сбор и анализ данных о мероприятиях по сокращению сроков ожидания в медицинских организациях Российской Федерации на примере г. Москвы.

Зарубежный опыт сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи

Концептуальная основа исследования

Проблема ограниченности ресурсов в здравоохранении побуждает к поиску путей справедливого удовлетворения потребностей всех участников процесса оказания медицинской помощи. Дефицит ресурсов может быть абсолютным и относительным. При абсолютном дефиците ресурсов говорят о рационировании, т.е. выборе между нуждающимися в медицинской помощи. При относительном дефиците – о перераспределении ресурсов между медицинскими организациями и между отдельными секторами и видами медицинской помощи. Такой подход помогает решать проблему дефицита ресурсов на макроуровне, определяя государственную политику в сфере здравоохранения (Connor J., 2019).

В зарубежных работах мероприятия государственной политики по сокращению сроков ожидания плановой медицинской помощи разделяют на две большие группы: направленные на увеличение объема медицинских услуг и направленные на формирование эффективного спроса со стороны населения (Siciliani L. et al., 2013; OECD, 2020a). Мероприятия,



оказывающие влияние на увеличение объема медицинских услуг, являются наиболее распространенными. К ним относят: изменение способа оплаты медицинских услуг, устранение кадрового дефицита, обеспечение доступа в режиме 24/7 к врачам общей практики (далее – ВОП), применение стационарно замещающих технологий. Мероприятия по формированию эффективного спроса включают в себя приоритизацию медицинской помощи, т.е. выделение категорий пациентов или видов помощи с разной степенью доступности, и предоставление пациентам расширенного выбора медицинских организаций. Государственные гарантии предельных сроков ожидания медицинской помощи западные исследователи относят к политике смешанного типа, направленной и на предложение, и на спрос. В своем исследовании мы придерживаемся этой же классификации государственной политики при рассмотрении зарубежного опыта и мероприятий, проводимых в России. К вышеупомянутой классификации добавлены мероприятия, проводимые на уровне медицинских организаций – на микроуровне. Сущность данных мероприятий заключается в выявлении «слабых» мест и оптимизации внутренних процессов в медицинских организациях с целью ликвидации зоны неэффективности и повышения доступности медицинской помощи.

Установление государственных гарантий предельных сроков ожидания медицинской помощи

Между странами наблюдается сильная вариация гарантированных предельных (целевых) сроков ожидания медицинской помощи, что связано с ресурсными возможностями национальных систем здравоохранения. Например, в Финляндии плановый прием терапевта или ВОП гарантирован в течение одного дня, консультация специалиста – в течение трех недель, а плановая госпитализация – в течение 3–6 месяцев. Те же целевые показатели в Эстонии составляют: пять дней, шесть недель и восемь месяцев соответственно (OECD, 2020 A).

Ключевой вопрос – это обеспечение гарантий и возможность их выполнения. В странах ОЭСР целевые показатели основаны на оценке фактического времени ожидания, т.е. возможность их достижения определяется исходя из сложившегося уровня ресурсного обеспечения. В разработке государственных гарантий принимают участие различные политические и профессиональные организации. Например, в Англии целевые показатели определяются по результатам дискуссий между членами Парламента, сотрудниками Национальной системы здравоохранения и представителями образовательных медицинских организаций. Важной составляющей государственных гарантий является постоянный мониторинг фактических сроков ожидания, на основании чего проводится политика регулирования спроса и предложения, а в случае ее неэффективности – корректировка целевых показателей (Appleby, 2019).

Еще один важный аспект – применение в ряде стран финансовых и управлеченческих санкций к медицинским организациям – нарушителям гарантий. Так, в Англии установлены штрафы за несоблюдение государ-

ственных гарантий сроков ожидания, а руководители таких медицинских организаций могут лишиться своих должностей (такую политику иногда называют «цели и террор» (*goals and terror*)). Благодаря такой политике 90% пациентов получают медицинскую помощь в установленный период времени. В Финляндии под санкционные меры попадают муниципалитеты, не выполняющие целевые показатели государственных гарантий. Однако анализ финского опыта показал, что каждый раз, когда санкционный режим ослабляется, время ожидания медицинской помощи увеличивается; сами финны называют это эффектом «резиновой ленты» (Siciliani et al., 2013). Кроме того, применение санкций сопряжено с риском оппортунистического поведения медицинских организаций, включая манипулирование показателями по отдельным специальностям и профилям коек, расстановку приоритетов первоочередного оказания помощи в пользу тех ее видов, доступность которых легче обеспечить. Западные эксперты склонны считать санкции кратковременно действующим механизмом управления объемами медицинской помощи (*ibid.*).

Мероприятия, направленные на увеличение объема медицинских услуг

Изменение способа оплаты медицинских услуг. Изменение способа оплаты с предварительного (оплата фиксированного согласованного объема услуг) на ретроспективный (оплата за фактический объем оказанных услуг) позволяет сокращать сроки ожидания за счет стимулирования медицинских организаций увеличивать объем предоставляемых услуг. Например, в Словении применяется практика снятия количественных ограничений финансового покрытия отдельных медицинских услуг, имеющих длительный срок ожидания (OECD, 2020a). В Нидерландах в 2001 г. фиксированное бюджетное финансирование стационарной помощи заменили на выплаты по видам оказанных услуг. Наряду с другими проводимыми мероприятиями, к 2010 г. это позволило сократить среднее время ожидания планового оперативного лечения с 12 до 7 недель для операций по протезированию тазобедренного, коленного суставов и до 5 недель для операции по удалению катаракты (Siciliani et al., 2013). Однако с 2013 г. вновь наблюдается увеличение сроков ожидания, что, возможно, связано с введением бюджетных ограничений, являющихся ответной мерой на растущий спрос (OECD, 2020a).

Изменение способа оплаты медицинских услуг является распространенной политикой сокращения сроков ожидания среди стран ОЭСР, но не может применяться длительно, поскольку вступает в конфликт с политикой сдерживания затрат. Перераспределение финансовых средств происходит в рамках установленного бюджета отрасли, что неизменно ведет к недофинансированию других областей здравоохранения.

Устранение кадрового дефицита. Многие страны ОЭСР принимают на работу выпускников медицинских вузов из-за рубежа, чтобы увеличить численность врачей в краткосрочной перспективе (Swami et al., 2018). Для устранения кадрового дефицита в долгосрочной перспективе реализуются такие политические меры, как кадровое планирование, социальная



поддержка медицинских работников, делегирование ряда задач от врачей к медицинским сестрам.

Политика средне- и долгосрочного кадрового планирования основана на анализе структуры заболеваемости населения и демографических прогнозах, что позволяет регулировать целевой набор в медицинские вузы и целенаправленно готовить врачей наиболее востребованных специальностей. Особое внимание уделяется подготовке врачей общей практики и среднего медицинского персонала с расширенным функционалом. Именно на первичное звено здравоохранения приходится больше всего обращений граждан. Врач общей практики обеспечивает постоянное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями, координацию и преемственность лечения. От организации первичной медицинской помощи зависит число обращений к специалистам и потребность в госпитализациях. В США, Канаде, Англии, Франции, Финляндии регламентируется доля мест в медицинских вузах, готовящих ВОП, на уровне 40–50% от общего числа обучающихся (Шейман и др., 2018). Помимо кадрового планирования, в Норвегии, Англии, Португалии оказывается государственная поддержка ВОП для их удержания в первичном звене (Siciliani et al., 2013).

Многие страны ОЭСР расширяют роль среднего медицинского персонала в оказании услуг первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП). Медицинские сестры вовлекаются в вопросы санитарного просвещения и иммунизации населения, выписывают направления на анализы, участвуют в наблюдении за пациентами с хроническими заболеваниями. Такая политика очень характерна для Англии, Финляндии, Нидерландов, Ирландии, Эстонии, Латвии, Израиля, Португалии и Испании (OECD, 2020а). Перераспределение обязанностей между ВОП и средним медицинским персоналом позволяет освободить врачей от ряда функций, что в свою очередь увеличивает охват населения первичной помощью.

Обеспечение доступа в режиме 24/7 к врачам общей практики. Было установлено, что посещение ВОП в нерабочее время (вечернее, ночное время и в выходные дни) недоступно для большинства жителей стран ОЭСР, при этом сокращение на 10% рабочего времени врача общей практики ведет к увеличению на 12% среднего времени ожидания приема (Swami et al., 2018).

Наиболее распространенными вариантами оказания ПМСП в нерабочее время являются: организация работы дежурных групп из числа штатных сотрудников; работа «заместительных служб» – врачей и медицинских сестер, не относящихся к основному штату сотрудников медицинской организации и работающих по контракту; организация самостоятельных врачебных центров, специализирующихся на оказании ПМСП в нерабочее время (например, «Huisartsenpost» в Нидерландах, «Maisons médicales de garde» во Франции); прием пациентов с несложной патологией на базе отделений неотложной помощи больниц. Государственная поддержка врачей, работающих в ночное время и выходные дни, реализуется в виде финансового поощрения и предоставления нефинансовых ресурсов, например, в Норвегии некоторые муниципалитеты предоставля-

ляют бесплатно медицинские кабинеты, оснащенные необходимыми материалами и инструментами (Berchet et al., 2016). Однако без роста численности работающих врачей эти меры оказывают незначительное влияние на увеличение общего времени работы ВОП: они скорее приводят к перераспределению отработанных часов в течение недели и росту сроков ожидания медицинской помощи в будние дни (Swami et al., 2018). Обращение пациентов в плановом порядке не к своему лечащему врачу нарушает принципы непрерывности и координации медицинской помощи, приводит к дублированию услуг. Также оказание плановой медицинской помощи в нерабочее время может стимулировать рост необоснованного спроса на медицинские услуги (Berchet et al., 2016).

Применение стационарозамещающих технологий. За рубежом накоплен богатый опыт реализации стационарозамещающих технологий, позволяющих разгрузить круглосуточные стационары, повысить эффективность использования коечного фонда и тем самым сократить сроки ожидания госпитализации. Распространенными являются дневные стационары для лиц с неврологической патологией, последствиями травм, инвалидов и лиц престарелого возраста (Forster, 1999). Открытие отделений однодневного послеоперационного наблюдения в Португалии позволило сократить среднюю продолжительность госпитализации на 50% без снижения качества оказываемой медицинской помощи (Болт-Крисмас, 2015). В Англии с 2011 г. число коек в дневных стационарах увеличилось на 15,5%, а количество пролеченных в них пациентов – на 22,7% (NHS, 2021).

Мероприятия, направленные на формирование эффективного спроса

Приоритизация медицинской помощи. Данная политика предполагает установление таких клинических критериев отбора пациентов на лечение, как механизм регулирования листа ожидания плановой госпитализации. Врач определяет показания к хирургическому вмешательству с учетом тяжести состояния пациента и предполагаемой выгоды от лечения, при этом пациенты условно делятся на три группы: 1) нуждающиеся в лечении в максимально короткий срок; 2) ожидающие плановой операции; 3) имеющие показания к динамическому наблюдению. Так, например, пациенты второй группы проходят лечение в Дании в течение двух месяцев, в Австралии – трех месяцев, а в Новой Зеландии – шести месяцев (OECD, 2020a). Пациенты третьей группы имеют наименьшую степень тяжести и не включаются в список ожидания, а направляются для динамического наблюдения по месту жительства (к терапевту, ВОП или семейному доктору) (Siciliani et al., 2013).

Норвегия с 2002 г. ввела индивидуальное для каждого пациента предельное время ожидания госпитализации, которое определяется на основе оценки тяжести состояния. В 2018 г. 98% пациентов получили медицинскую помощь в рамках своего индивидуального времени ожидания (OECD, 2020a).

Внедрение приоритизации медицинской помощи в перечисленных странах сопровождалось разработкой профессиональными сообществами стан-



дартизованных клинических критериев отбора пациентов, утвержденных на законодательном уровне, что позволило сделать процедуру формирования листов ожидания легитимной и прозрачной.

Предоставление пациентам расширенного выбора медицинских организаций. В Дании пациентам предоставляется право выбора клиники (в том числе частной) в другом регионе при отсутствии у пациента возможности госпитализироваться в своем регионе в течение 30 дней с даты выдачи направления. В этом случае оплата лечения происходит за счет средств региона проживания пациента, тем самым стимулируя регионы удерживать пациентов. Такая политика способствует сокращению сроков ожидания медицинской помощи и увеличению доли участия частного сектора в обслуживании пациентов (OECD, 2020a). В Португалии при ожидании медицинской помощи больше 75% от гарантированного срока пациенту выдается ваучер, позволяющий обратиться в любую государственную или частную медицинскую организацию. Это привело к сокращению листа ожидания плановой госпитализации на 39% (Siciliani et al., 2013). В 2011 г. Евросоюз принял директиву, согласно которой в случае задержки лечения пациенты могут обратиться за медицинской помощью в любую страну – член Евросоюза, при этом стоимость лечения полностью компенсируется. Таким образом, пациенты получают возможность получить медицинскую помощь в гарантированные сроки (Директива, 2011).

Предоставление пациентам расширенного выбора медицинских организаций является сильным фактором, заставляющим медицинские организации снижать сроки ожидания. Данное направление государственной политики дает реальные результаты, когда сопровождается платой за объемы медицинской помощи. Однако стоит учитывать, что предоставление пациентам расширенного выбора медицинских организаций может приводить к нарушению преемственности в процессе лечения, дублированию диагностических исследований, увеличению числа врачебных посещений, а также влечет дополнительные расходы на обеспечение переезда и проживания.

Изучение зарубежного опыта позволяет сделать выводы о том, что изолированная государственная политика, направленная только на увеличение объема медицинских услуг или только на формирование эффективного спроса, трудно реализуема в долгосрочной перспективе. Как правило, все мероприятия по увеличению предложения экономически затратны, временное увеличение финансирования не позволяет накопить ресурсы «впрок», чтобы скомпенсировать избыточный спрос. Приоритизация медицинской помощи – действенный метод по снижению спроса, но требует внедрения инструментов определения приоритетов при плановом лечении, которые надежно устанавливают клиническую потребность и пользу медицинских вмешательств. Предоставление пациентам расширенного выбора поставщиков медицинских услуг может быть хорошим стимулом для медицинских организаций к сокращению сроков ожидания, но и данная политика имеет свои недостатки. Таким образом, для достижения устойчивого результата целесообразно применение комбинированного подхода к управлению сроками ожидания медицинской помощи.

Реализация политики сокращения сроков ожидания медицинской помощи в России

Установление государственных гарантий предельных сроков ожидания медицинской помощи

По сравнению со странами ОЭСР, в России установлены более строгие требования к срокам ожидания плановой медицинской помощи: для приема участкового врача (терапевта, педиатра) – 24 часа, консультации врачей-специалистов – 14 дней, срок ожидания плановой госпитализации – не более 14 дней со дня выдачи направления на госпитализацию (ПП РФ N 2299, 2020).

Государственные гарантии в отношении предельных сроков ожидания медицинской помощи могут быть реализованы только тогда, когда они подкрепляются рядом мероприятий, направленных на сокращение длительных сроков ожидания. Первоначально в стране должна быть налажена система мониторинга фактического времени ожидания, позволяющая сопоставить целевые показатели с потенциалом системы здравоохранения для их достижения.

В России государственные гарантии сроков ожидания утверждены в конце 2014 г., а государственная система мониторинга реализуется только с 2018 г., когда начинает внедряться «Система мониторинга возможности записи на прием к врачу», позволяющая аккумулировать и анализировать информацию о записях пациентов к врачам поликлиник через портал государственных услуг. Однако часто электронная запись пациентов ограничивается определенным временным интервалом (14 дней), что не позволяет отследить «хвост» пациентов, не имеющих возможности записаться на прием в отведенный интервал. В ряде регионов электронная запись к врачу производится преимущественно через локальные информационные системы, существенную долю могут составлять обращения по «живой» очереди без предварительной записи. Стоит отметить, что на федеральном уровне отсутствуют единые требования к методике расчета показателей сроков ожидания медицинской помощи. В локальных нормативно-правовых актах отдельных субъектов (например, г. Москвы) отражены целевые показатели временной доступности первичной медицинской помощи с указанием методики их расчета, но показателей оценки и методики расчета сроков ожидания плановой госпитализации нет (Приказ ДЗМ N 632, 2015). Связано это с источниками получения информации. В большинстве регионов отсутствуют единые информационные системы, объединяющие стационары, не ведутся единые листы ожидания. Исключением являются Кемеровская область (система «Управление госпитализацией»), г. Санкт-Петербург (подсистема «Управление очередями на оказание медицинской помощи»), Архангельская область («Портал госпитализации»), Красноярский край («Системы планирования госпитализации») и Ставропольский край («Госпитализация» («ЕИР263») (Шейман, Шишгин и др., 2019)).

Таким образом, на сегодняшний день в России нет полноценной системы сбора информации по фактическим срокам ожидания медицинской по-



мощи, что открывает возможности для формального отношения к установленным предельным срокам ожидания.

Мероприятия, направленные на увеличение объема медицинских услуг

Изменение способа оплаты медицинских услуг. В России действует система оплаты предварительно согласованных объемов медицинской помощи (ФЗ N 326-ФЗ, 2010). Превышение установленных объемов считается основанием для отказа от их оплаты страховой медицинской компанией. С одной стороны, такая политика стимулирует медицинские организации к грамотному планированию своей деятельности, с другой – подвергает финансовым рискам за выполнение услуг сверх установленных норм, что неизбежно ведет к снижению доступности медицинской помощи и увеличению сроков ее ожидания. Компромисс здесь – оплата услуг в предварительно согласованных объемах в сочетании с ретроспективной оплатой сверхплановых объемов на основании дополнительных соглашений с Комиссией по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). На практике же медицинским организациям зачастую приходится добиваться оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи в судебном порядке. На сегодняшний день сложно назвать такую систему гибкой.

Устранение кадрового дефицита. В 2019 г. укомплектованность врачебных должностей в поликлиниках в среднем по стране составила 82,1% (при коэффициенте совместительства 1,2), а в Нижегородской, Псковской, Тульской, Ульяновской областях, Камчатском крае и в Еврейской автономной области этот показатель оказался ниже 70% (ЕМИСС, 2019).

В последние годы проводится политика, направленная на исправление текущей ситуации с кадровым дефицитом: повышение заработной платы медицинским работникам первичного звена; заключение договоров о целевом обучении между потенциальным работодателем и студентами 3–6 курсов; программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер»; социальная поддержка медицинских работников (например, выделение жилой площади или компенсация арендной платы, льготное кредитование) (Семенова, 2019). В ряде регионов можно наблюдать делегирование части обязанностей врачей среднему медицинскому персоналу. Например, в московских поликлиниках выдать некоторые справки и направление на рутинные анализы, выписать рецепт на назначенное врачом лекарство может медицинская сестра самостоятельно, при этом запись к врачу не требуется. Более значимого расширения функционала среднего медицинского персонала первичного звена пока ожидать не приходится. Связано это с существующей системой среднего медицинского образования, не позволяющего расширить круг профессиональных обязанностей, и с кадровым дефицитом. В России соотношение врачей и медицинских сестер в первичном звене в 2019 г. составило 1:0,9 (в педиатрической службе – 1:1,04; в терапевтической службе – 1:0,8) (ЦНИИОИЗ, 2020). В то же время в странах ОЭСР средний показатель по данным за 2017 г. был равен 1:2,5 (OECD, 2020b).

Расширение мощности медицинских организаций. С 2005 г. в России отмечается реорганизация поликлиник и больниц в филиалы или подразделения крупных учреждений. В регионах чаще объединяют территориальные медицинские службы в единый медицинский комплекс. Ресурсное перераспределение направлено на сокращение общего числа больничных коек с целью снижения средней продолжительности стационарного лечения, предполагая увеличение оборота койки и числа пролеченных пациентов в год. В первичном звене в результате структурных преобразований увеличился доступ к дефицитным специалистам и диагностическим услугам в пределах поликлинического объединения. В результате сроки ожидания приема специалистов, лабораторных и инструментальных исследований сокращаются. В Москве с 2010 по 2015 г. время ожидания приема специалиста в поликлинике уменьшилось в 2–3 раза, компьютерной томографии – с 60 до 15 дней, а ультразвуковых исследований – в среднем с 10 до семи дней (Шейман, Шевский, 2019).

Применение стационарозамещающих технологий. С 2010 по 2016 г. число дневных стационаров в России увеличилось на 33%, данные за последние годы отсутствуют (ЕМИСС, 2010–2016). В 2018 г. доля операций, выполненных в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, составила 35,7% от всех выполненных оперативных вмешательств (Росстат, 2019). Перераспределение пациентов с круглосуточных на дневные стационары в совокупности с сокращением средней продолжительности госпитализации позволяет увеличить оборот койки в круглосуточных стационарах, а следовательно, сократить сроки ожидания плановой госпитализации.

Мероприятия, направленные на формирование эффективного спроса

Приоритизация медицинской помощи. В России отсутствуют четкие критерии приоритизации при оказании медицинской помощи. Однако в условиях ресурсных ограничений выбор очередности и «отсев менее нуждающихся» все равно происходит, но скрыто. Формами скрытого отбора пациентов является бюрократическая волокита при оформлении документов для дорогостоящего лечения, территориальная доступность (например, жителям Москвы и других крупных городов легче получить специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – ВМП), чем жителям сельской местности и удаленных регионов), привилегии отдельных групп населения (Власов, 2000). Например, для пациентов остается непрозрачной процедура формирования списка очередников на получение ВМП, отсутствует наложенная информационная связь с органами здравоохранения, в результате чего сохраняется неопределенность в отношении фактических сроков ожидания и причины отсутствия продвижения очереди в листе ожидания (Sheiman, 2019).

Предоставление пациентам расширенного выбора поставщиков медицинских услуг. Застрахованные в системе ОМС граждане имеют право на получение медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС на всей территории страны (ФЗ N 326-ФЗ, 2010). В соответствии со ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан



в Российской Федерации», граждане имеют право один раз в год выбрать медицинскую организацию, оказывающую ПМСП, и лечащего участкового врача. Также пациенты имеют право самостоятельно записаться на прием к ряду специалистов (например, к офтальмологу, хирургу и др.). Несмотря на территориально-участковый принцип оказания ПМСП, в некоторых регионах (например, в г. Москве) существует возможность записаться к любому участковому врачу поликлиники при условии отсутствия свободного интервала для записи на выбранное время у своего лечащего врача (Приказ ДЗМ N 413, 2015). Также пациент имеет право на выбор медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой государственных гарантий. При отсутствии соответствующего ресурсного обеспечения медицинских организаций региона направление может быть выдано в медицинские организации других субъектов страны (ФЗ N 326-ФЗ, 2010).

Однако разный уровень материально-технического обеспечения, кадровый дефицит и, как следствие, перегруженность наиболее оснащенных медицинских организаций ограничивают возможности выбора. Получение медицинской помощи в других субъектах страны сопряжено с дополнительными расходами пациентов на переезд и проживание. Обоснованный выбор ограничивается также отсутствием открытой информации о показателях качества и безопасности медицинской деятельности, средних сроках ожидания в той или иной медицинской организации. Но есть и положительные региональные примеры – например, на сайте¹ территориального фонда ОМС Ставропольского края в режиме реального времени можно увидеть наличие свободных мест в круглосуточных и дневных стационарах региона.

В России официально нет практики направления пациентов в частные организации при невозможности оказания услуг в гарантированный срок в государственных медицинских организациях. Пациенты вынуждены обращаться в частные клиники за свой счет. Обзор судебной практики показывает, что в случае обращения пациентов в суд с просьбой возместить потраченные деньги на платные медицинские услуги суд чаще удовлетворяет иск, если удается доказать, что были нарушены сроки оказания медицинской помощи государственной медицинской организацией. При этом налагается штраф на медицинскую организацию².

По сравнению со странами ОЭСР, в России действуют наиболее строгие требования к срокам ожидания плановой медицинской помощи. Однако данные гарантии не могут быть обеспечены, что связано с отсутствием налаженной системы мониторинга фактических сроков ожидания, с ресурсными ограничениями отрасли, слабо развитым механизмом приоритизации, кадровым дефицитом в первичном звене здравоохранения. На этом фоне актуальным будет поиск путей оптимизации процессов на уровне медицинских организаций, позволяющий также сократить сроки ожидания плановой медицинской помощи.

¹ URL: <https://tfomssk.ru/nayti-mesta-dlya-gospitalizatsii/>.

² URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293662183-20-m08-03-sroki-ozhidaniya-medicinskoj-pomoshch>.

Возможности сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи на микроуровне

Организация свободной записи на прием к врачам первичного звена

Традиционно плановая запись пациентов на прием к своему лечащему врачу (терапевту, ВОП) осуществляется на любое свободное время в графике врача. Пациенты, обратившиеся с неотложной ситуацией, как правило, редко могут попасть к своему лечащему врачу в день обращения и направляются к дежурному врачу, который оказывает помощь только в рамках основной причины обращения, не обеспечивая удовлетворение всех запросов пациента за один визит. Примерно в половине случаев пациенты, обратившиеся к дежурному врачу, повторно записываются к своему лечащему врачу для решения других плановых вопросов. В итоге возможность заблаговременной записи пациентов на прием, с одной стороны, и вынужденное обращение с неотложными ситуациями к дежурному врачу, с другой стороны, приводят к сокращению предложения в краткосрочной перспективе и искусственному увеличению спроса.

В отличие от традиционной записи модель организации свободной записи подразумевает постепенное увеличение доли зарезервированных приемов в графике лечащих врачей для визитов пациентов в день обращения, в том числе для пациентов с неотложными ситуациями. Место в графике врача освобождается путем постепенного сокращения доли заблаговременных записей на первичный прием. Внедрение в практику данной модели происходит в несколько этапов: обучение персонала, оценка спроса на плановую запись, работа с «задолженностями» по приему за счет временного увеличения графика работы организации, сокращение доли предварительной записи (Murray et al., 2003).

Согласно опубликованным данным, внедрение в практику модели организации свободной записи позволило на 35% увеличить долю пациентов, ожидающих приема врача ≤ 1 дня после обращения в медицинскую организацию (Pierdon et al., 2004).

Работа с несостоявшимися приемами врачей поликлиники

Анализ данных информационной системы ЕМИАС в г. Москве за 2019 г. показал, что на прием к врачу поликлиники не является до 19% записавшихся пациентов (ЦНИИОЗММ, 2020). Наиболее частые причины несостоявшихся приемов – отсутствие технической возможности отменить прием и забывание пациентами о назначенному приеме. Предлагаются следующие мероприятия по снижению доли несостоявшихся приемов: предварительные телефонные звонки или sms-оповещения; информационные стенды и плакаты, напоминающие пациентам о необходимости заблаговременной отмены незапланированных визитов; выдача пациентам визиток с указанием даты и времени записи к врачу (Claveau et al., 2020). Выбор вида напоминания должен быть ориентирован на возможности медицинской организации и возраст пациентов. Например, для пациентов молодого и среднего

возраста предпочтительным являются текстовые сообщения, в то время как для пациентов старшей возрастной группы – телефонные звонки. Снижение доли несоставившихся приемов будет способствовать повышению доступности медицинской помощи и, как следствие, сокращать фактические сроки ее ожидания.

Применение процессного подхода при подготовке пациентов к госпитализации

Одной из причин длительных сроков ожидания плановой госпитализации является затянутый процесс догоспитальной подготовки пациентов. Связано это с недостаточным взаимодействием между амбулаторным и стационарным звеном и, как следствие, отсутствием единых регламентированных алгоритмов подготовки пациентов к госпитализации, в том числе к оперативному лечению. Решением может быть оптимизация процесса догоспитальной подготовки пациентов, разработка и обязательное использование единых клинических протоколов подготовки пациентов к госпитализации, повышение координирующей функции лечащего врача. Примером может служить подготовка к госпитализации онкологических пациентов в клинике Кливленда в США (Khorana et al., 2019). Суть подхода заключается в выявлении причин задержки госпитализации, разработке плана маршрутизации пациентов при подготовке к госпитализации, создании мультидисциплинарных команд, занимающихся процессами подготовки пациентов к операции, создании системы координации и мониторинга сроков ожидания госпитализации. В результате проводимых организационных изменений удалось сократить догоспитальный этап с 41 до 29 дней.

Интенсификация стационарной помощи

Сроки ожидания госпитализации напрямую зависят от средней продолжительности стационарного лечения. Улучшение организации и интенсификация лечебно-диагностического процесса позволяют добиваться необходимого клинического результата без потери качества и осуществлять выписку пациентов в более ранние сроки. Примером может служить технология Fast-track – комплекс мероприятий, проводимых в пред-, интра-, послеоперационный период и направленных на сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, снижение частоты развития постоперационных осложнений и ускорение восстановления нормальной активности пациентов. При применении Fast-track ключевым отличием от традиционного подхода в предоперационном периоде является отказ от голодания и механического очищения кишечника перед операцией, а также обязательный осмотр пациента оперирующим хирургом и анестезиологом на амбулаторном этапе, что позволяет госпитализировать пациента в день операции. Fast-track протокол подразумевает отказ от установки дренажей в зону операции и применение мультимодального обезболивания, в том числе местного, позволяющего эффективно купировать боль, не влияя на двигательную активность пациента. В ортопедии применение данной технологии позволяет начинать разработку движений в суставе

и активизацию пациента уже через 2–3 часа после операции и добиться необходимого результата через 4–5 дней. Применение технологии Fast-track в Многопрофильном медицинском центре Банка России при проведении эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов позволило сократить средние сроки стационарного лечения с 14 до четырех дней (Черкашов, 2020).

Мероприятия, проводимые на уровне медицинских организаций, в дополнение к государственной политике (а порой и независимо от нее) позволяют добиться неплохих результатов в сокращении сроков ожидания медицинской помощи без существенных финансовых затрат. Приведенные примеры мероприятий по сокращению сроков ожидания медицинской помощи на уровне медицинских организаций в большей степени отражают зарубежный опыт. Исключением являются мероприятия по интенсификации стационарной помощи. Таким образом, опыт мероприятий на уровне медицинских организаций по сокращению сроков ожидания медицинской помощи следует активнее изучать и внедрять в российскую практику.

Выводы и рекомендации

Проведенный анализ показывает возможность многоуровневого и многопланового воздействия на проблему временной доступности плановой медицинской помощи. Распространенным направлением государственной политики зарубежных стран является установление гарантий предельных сроков ожидания медицинской помощи. Однако результативность установленных гарантийных сроков зависит от их соблюдения. Добиться этого можно только через активное политическое регулирование, включающее мониторинг фактических сроков ожидания с целью оценки потребности в медицинской помощи со стороны населения и ресурсных возможностей системы здравоохранения; реализацию мероприятий, направленных на повышение предложения и сокращение спроса на медицинские услуги; контроль за выполнением целевых показателей.

Анализ зарубежного опыта демонстрирует широкий выбор мероприятий по сокращению сроков ожидания медицинской помощи, но в то же время показывает отсутствие единого универсального подхода, лишенного недостатков.

Мероприятия государственной политики в первую очередь должны быть направлены на устранение «слабых мест» в системе здравоохранения, приводящих к увеличению очередей.

В отличие от зарубежных государств, в России сложнее выделить мероприятия, направленные на сокращение сроков ожидания медицинской помощи; а те, что проводятся, имеют неоднозначный эффект. Гарантированные государством предельные сроки ожидания медицинской помощи в России – самые оптимистичные по сравнению с другими странами. Однако данные гарантии не имеют соответствующего ресурсного подкрепления, единого государственного подхода к их мониторингу и регулированию в зависимости от возможностей системы и потребностей общества.

Исключение составляют отдельные регионы страны, где успешно реализуются мероприятия по сокращению сроков ожидания. В Санкт-Петербурге, Кемеровской и Архангельской областях выстроены системы мониторинга фактических сроков ожидания плановой госпитализации, налажена работа по формированию единых по региону списков ожидания.

Интересным представляется опыт регулирования сроков ожидания медицинской помощи на уровне отдельных организаций. Конечно, эффект этих мероприятий ограничен одной или несколькими медицинскими организациями, но при массовом тиражировании лучших практик можно достичь ощутимого результата.

С учетом изученного международного и российского опыта можно сформулировать следующие конкретные рекомендации по созданию системы управления сроками ожидания плановой медицинской помощи в России:

1. *Реализовать на практике систему мониторинга фактических сроков ожидания медицинской помощи.* С учетом масштаба страны и разного уровня ресурсного обеспечения региональной системы здравоохранения, целесообразно создание региональных систем мониторинга на основе информационных систем территориальных фондов ОМС, которые должны быть интегрированы в единую информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Примером предоставления информации пациентам и врачам о сроках ожидания плановой госпитализации и количестве свободных мест в медицинских организациях может являться Ставропольский край.
2. *Закрепить на законодательном уровне механизмы гибкой оплаты медицинской помощи*, позволяющие за счет регулирования способов оплаты медицинской помощи управлять предложением медицинских услуг и спросом на них. Для этого необходимо разработать упрощенную процедуру оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи по тем профилям и конкретным услугам, где сроки ожидания существенно превышают действующие нормативы на определенный процент.
3. *Разработать единые правила приоритизации медицинской помощи*, обязательные для исполнения на всех уровнях организации медицинской помощи, понятные для врачей первичного звена, направляющих пациентов на госпитализацию, формирующих листы ожидания, и для врачей стационаров. Информация по правилам и порядку госпитализации должна быть доступна для пациентов. Приоритетность лечения должна основываться не только на характере заболевания пациента, но и учитывать вопросы, касающиеся качества жизни пациента (способность осуществлять повседневную деятельность, оценка психосоциального и психологического статуса).
4. *Обеспечить формирование системы средне- и долгосрочного планирования подготовки медицинских кадров* с акцентом на врачей и средний медицинский персонал участковой службы.
5. *Выявлять и поощрять успешный опыт организационных изменений в медицинских организациях, позволивший сократить сроки ожидания медицинской помощи.*

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Болт-Крисмас О., Димсон Дж., Клосс К. Интегрированное медицинское обслуживание // Вестник McKinsey. Теория и практика управления. 2015. № 32. URL: <http://vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/Integrirovannoe-meditsinskoe-obsluzhivanie/Print>.
2. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. М.: Триумф, 2000.
3. ЕМИСС. Укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в 2019 г. Дата последнего обновления: 13.05.2020. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/59510>.
4. ЕМИСС. Число дневных стационаров в 2010–2016 гг. Дата последнего обновления: 20.08.2020. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/41681>.
5. Медицинский портал – специалистам медицинских учреждений. Штрафы за нарушение сроков ожидания медицинской помощи. Дата публикации: 03.08.2020. URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293662183-20-m08-03-sroki-ozhidaniya-medicinskoj-pomoshchi>.
6. Росстат. Здравоохранение в России. 2019: Стат. сб. /Росстат. М., 2019.
7. Семенова Т.В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. 2019. № 4. С. 49–60.
8. ФОМнибус. Опрос граждан РФ от 18 лет и старше: «Состояние здравоохранения и самые острые проблемы этой сферы. Общие оценки ситуации. Позитивные и негативные перемены». 2019. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202>.
9. ЦНИИОИЗ. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения // Сборник ЦНИИОИЗ. Часть 1 и 2. 2020.
10. НИИОЗММ. Эксперты НИИОЗММ проанализировали ситуацию с несостоявшимися визитами москвичей к врачам. Дата публикации: 17.07.2020. URL: <https://niioz.ru/news/otdel-metodologii-provedeniya-audita-effektivnosti-proanaliziroval-situatsiyu-s-nesostoyavshimisyu-v/>.
11. Черкашов А.М., Кадыров Ф.Н., Шарамко Т.Г. и др. Повышение эффективности организации ортопедической помощи с применением технологии Fast-track // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. № 11–12. С. 79–85.
12. Шейман И. М., Шевский В.И. Процессы концентрации и интеграции медицинских служб в зарубежном и отечественном здравоохранении: есть ли приращение эффекта? // Вопросы государственного и муниципального управления. 2019. № 1. С. 111–135.
13. Шейман И. М., Сажина С. В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей // Мир России. 2018. № 27(3). С. 130–153.
14. Шейман И. М., Шишкин С. В., Кусакина В. О. и др. Сроки ожидания медицинской помощи: зарубежный опыт и российская практика: Докл. к XX Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 9–12 апр. 2019 г. / Рук.: С. В. Шишкин. М.: Изд. дом НИУ ВШЭ, 2019.

15. Appleby J. What is the point of waiting time targets if they can't be met? // BMJ. 2019. Vol. 364 (I845). DOI:10.1136/bmj.l845.
16. Berchet C., Nader C. The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries // OECD Health Working Paper. No. 89. OECD Publishing, Paris. 2016.
17. Claveau J., Authier M., Rodrigues I. et al. Patients' missed appointments in academic family practices in Quebec // Canadian Family Physician. 2020. Vol. 66. P. 349–355.
18. Connor J. Someone Else's War: Fighting for the British Empire in World War I. I.B. Tauris, London. 2019.
19. Forster A., Young J., Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people // BMJ. 1999. Vol. 318, no. 7187. P. 837–841.
20. Khorana A.A., Bolwell B.J. Reducing time-to-treatment for newly diagnosed cancer patients // NEJM Catalyst. February 14. 2019. URL: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.19.0010>.
21. Murray M., Berwick D.M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care // JAMA. 2003. Vol. 289, no. 8. P. 1035–1040.
22. NHS. Hospital episode statistics for admitted patient care and outpatient data. 2021. URL: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-episode-statistics-for-admitted-patient-care-outpatient-and-accident-and-emergency-data/>.
23. OECD. Waiting times for health services: next in line. OECD health policy studies. OECD Publishing, Paris. 2020 (A).
24. OECD. Realising the potential of primary health care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. 2020 (B).
25. Pierdon S., Charles T., McKinley K. et al. Implementing Advanced Access in a Group Practice Network // Fam. Pract. Manag. 2004. Vol. 11, no. 5. P. 35–38.
26. Sheiman I. Maximum waiting times guarantee in Russia: does it improve access to health care? // Higher School of Economics Research Paper. No. WP BRP 23/PSP/2019. 2019. URL: <https://ssrn.com/abstract=3482408> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3482408>.
27. Siciliani L., Borowitz M., Moran V. Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. 2013.
28. Swami M, Gravelle H, Scott A, Williams J. Hours worked by general practitioners and waiting times for primary care // Health Econ. 2018. Vol. 27, no.10. P. 1513–1532.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

1. Директива Европейского парламента и Совета Европейского союза 2011/24/EС от 09.03.2011 «О правах пациентов в трансграничном медицинском обслуживании».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 N 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».
3. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 25.05.2015 N 413 «Об утверждении регламента предоставления услуги «Предварительная запись в электронном виде на прием к врачу, диагностические исследования и лечебные процедуры».
4. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.07.2015 N 632 «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы, и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы».
5. Федеральный закон от 29.10.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

REFERENCES

1. Appleby, J. (2019) ‘What is the point of waiting time targets if they can’t be met?’, *BMJ*, 364 (I845).
2. Berchet, C. and Nader, C. (2016) ‘The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries’, *OECD Health Working Paper*, 89.
3. Bolt-Krismas, O., Dimson, Dzh. and Kloss, K. (2015) ‘Integrirovannoe medicinskoe obsluzhivanie’ [Integrated healthcare], *Vestnik McKinsey. Teoriya i praktika upravleniya*, 32. Available at: <http://vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/Integrirovannoe-meditsinskoe-obsluzhivanie/> Print (Accessed 02 December 2020).
4. Cherkashov, A.M., Kadyrov, F.N. and Sharamko, T.G. (2020) ‘Povysheniye effektivnosti organizatsii ortopedicheskoy pomoshchi s primeneniem tekhnologii Fast-track’, [Improving the efficiency of orthopedic treatment with Fast-track protocol] *Problemy standartizatsii v zdravookhranenii*, 11–12, p. 79–85.
5. Claveau, J., Authier, M. and Rodrigues, I. (2020) ‘Patients’ missed appointments in academic family practices in Quebec’, *Canadian Family Physician*, 66, pp. 349–355.
6. CNIIIOIZ (2020) ‘Resursy i deyatel’nost’ meditsinskikh organizatsij organizatsiy zdravookhraneniya’ [Resources and activities of medical healthcare organizations], *Sbornik CNIIIOIZ*. Part 1 and 2.
7. Connor, J. (2019) *Someone else’s war: Fighting for the British empire in World War I*. London: I.B. Tauris.

8. EMISS (2010–2016) *Chislo dnevnykh statsionarov v 2010–2016 gg.* [Number of day hospitals in 2010–2016]. Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/41681> (Accessed 28 March 2021).
9. EMISS (2020) *Ukoplektovannost' vrachebnykh dolzhnostej v podrazdeleniyakh, okazyvayushchikh meditsinskuyu pomoshch' v ambulatornykh usloviyakh v 2019 g.* [Staffing of medical positions in units providing medical care on an outpatient basis in 2019]. Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/59510/> (accessed 05 February 2021).
10. FOMnibus (2019) *Opros grazhdan RF o t18 let i starshe: «Sostoyanie zdorovoohraneniya i samye ostrye problemy etoj etoy sfery. Obshchie otsenki situatsii. Pozitivnye i negativnye peremeny».* [A survey of Russian citizens about 18 years of age and older: «The state of health care and the most acute problems in this area. General assessments of the situation. Positive and negative changes.»]. Available at: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202> (Accessed 15 September 2020).
11. Forster, A., Young, J. and Langhorne, P. (1999) ‘Systematic review of day hospital care for elderly people’, *BMJ*, 318 (7187), pp. 837–841.
12. Khorana, A.A. and Bolwell, B.J. (2019) ‘Reducing time-to-treatment for newly diagnosed cancer patients’, *New England Journal of Medicine Catalyst*.
13. Meditsinskiy portal (2020) *Spetsialistam medicinskikh uchrezhdenijuchrezhdeniy. SHtrafy za narushenie srokov ozhidaniya meditcinskoy meditsinskoy pomoshchi* [Penalties for violation of waiting times for medical care]. Available at: <https://www.zdrav.ru/articles/4293662183-20-m08-03-sroki-ozhidaniya-medicinskoj-pomoshchi> (accessed 24 November 2020).
14. Murray, M. and Berwick, D.M. (2003) ‘Advanced access: Reducing waiting and delays in primary care’, *JAMA*, 289 (8), pp. 1035–1040.
15. NHS (2021) *Hospital episode statistics for admitted patient care and outpatient data.* Available at: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-episode-statistics-for-admitted-patient-care-outpatient-and-emergency-data/> (Accessed 06 March 2021).
16. NIIOZMM (2020) *Eksperty NIIOZMM proanalizirovali situatsiyu s nesostoyavshimisyu vizitami moskvichej moskvichey k vracham* [NIIOZMM experts analyzed the situation with the canceled visits of Muscovites to doctors]. Available at: <https://niioz.ru/news/otdel-metodologii-provedeniya-audita-effektivnosti-proanalizirovali-situatsiyu-s-nesostoyavshimisyu-v/> (Accessed 25 November 2020).
17. OECD (2020a) ‘Waiting times for health services: Next in line’, *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing.
18. OECD (2020b) ‘Realising the potential of primary health care’, *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing.
19. Pierdon, S., Charles, T. and McKinley, K. (2004) ‘Implementing advanced access in a group practice network’, *Fam Pract Manag*, 11 (5), pp. 35–38.

20. Rosstat (2019) *Zdravookhranenie v Rossii* [Healthcare in Russia. 2019]. *Stat.sб.* Rosstat. Moscow.
21. Semenova, T.V. (2019) ‘Medicinskie Meditsinskie kadry Rossii. Kadrovyyj disbalans i ego ustranenie v zdravooohranenii’ [Medical personnel in Russia. Personnel imbalance and its elimination in healthcare], *Vestnik Roszdravnadzora*, 4, p. 49–60.
22. Sheiman, I. (2019) ‘Maximum waiting times guarantee in Russia: does it improve access to health care?’, *Higher School of Economics Research Paper*, WP BRP 23/PSP/2019. Available at: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3482408>.
23. Shejman, I. M. and Sazhina, S. V. (2018) ‘Kadrovyaya politika v zdravookhranenii: kak preodolet’ defitsit vrachey’ [Human resources policy in healthcare: How to overcome the shortage of doctors], *Mir Rossii*, 27 (3), pp. 130–153.
24. Shejman, I. M. and Shevskij, V.I. (2019) ‘Protsessy kontsentratsii i integratsii meditsinskikh sluzhb v zarubezhnom i otechestvennom zdravooohranenii: est’ li pri-rashchenie effekta?’ [Concentration and integration of medical services provided in the international and Russian health care: Is there an increment in effect?], *Public Administration Issues*, 1, pp. 111–135.
25. Shejman, I. M., SHishkin, S. V. and Kusakina, V. O. (2019) *Sroki ozhidaniya medicinskoy pomoshchi: zarubezhnyj opyt i rossiyskaya praktika: dokl. k XX Apr. mezhdunar. nauch. konf. po problemam razvitiya ekonomiki i obshchestva* [Medical care waiting times: Foreign experience and Russian practice], XX International Conf. HSE, Moscow, 9–12 April 2019. Moscow: HSE.
26. Siciliani, L., Borowitz, M. and Moran, V. (2013) ‘Waiting time policies in the health sector: What works?’, *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing.
27. Swami, M., Gravelle, H., Scott, A. and Williams, J. (2018) ‘Hours worked by general practitioners and waiting times for primary care’, *Health Econ*, 27 (10), pp. 1513–1532.
28. Vlasov, V.V. (2000) *Meditisina v usloviyakh defitsita resursov* [Medicine in a resource-scarce environment]. Moscow: Triumf.

Статья поступила в редакцию 24.12.2020; одобрена после рецензирования 10.06.2021; принята к публикации 28.10.2020.