

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.2:616-006.04-082

Кудряков Л.А.¹, Пикалова Л.В.¹, Рябова Л.М.¹, Штогрин Ю.И.¹, Ананина О.А.², Лазарев А.Ф.³, Жуйкова Л.Д.²

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА «ПОЛИКЛИНИКА БЕЗ ОЧЕРЕДЕЙ» В ОГАУЗ «ТОМСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

¹ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер», 634050, г. Томск, Россия;

²Томский национальный исследовательский медицинский центр, НИИ онкологии, 634009, г. Томск, Россия;

³Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 656049, г. Барнаул, Россия

Проблема очередей в поликлиниках и больницах является сдерживающим фактором при обеспечении доступности онкологической помощи. С целью оптимизации противораковой борьбы – сокращения сроков диагностики и начала специализированного лечения – в 2012 г. в Томской областной онкологическом диспансере была сформирована новая концепция организации работы поликлиники. Ключевыми аспектами этой концепции стали: 1) стандартизация работы медицинского персонала; 2) регламент маршрутизации пациентов с осуществлением записи на первичный приём через регистратуру, на повторный – врачом-онкологом и с дифференциацией потоков по оказанию медицинской помощи в рамках ОМС и по платным медицинским услугам; 3) интенсификация оказания амбулаторной специализированной помощи с усилением кадрового потенциала: режим работы поликлиники 6 дней в неделю в две смены, число врачей и медсестер увеличено на 60,8%, медрегистраторов – в 7 раз; 4) модернизация всех рабочих мест врачей, среднего медперсонала, медрегистраторов с обеспечением современным медицинским оборудованием, средствами связи и информационного сопровождения; 5) логистика работы регистратуры: разделение ее зоны на «фронт-офис» с общением медрегистратора с пациентами очно и «колл-центр» – с диалогом по телефону, для координации их работы введена должность старшего медрегистратора; 6) контроль качества работы поликлиники с оценкой видео- и аудиозаписи взаимодействия регистраторов с пациентами, анкетирования посетителей; 7) реформа регламента онкологического консилиума на постоянной основе; 8) повышение комфортности для пациентов с организацией удобных мест для ожидания; 9) разработка фирменного корпоративного стиля. Результатом проведенных мероприятий явилось сокращение сроков начала специализированного лечения на 68,3 %, увеличение охвата противоопухолевой терапией на 16,4%, в том числе у жителей села. Это способствовало увеличению доли ранних форм злокачественных новообразований, активной выявляемости на 21,6 и 164,7% соответственно, снижению одногодичной летальности, запущенности на 25,2 и 8,6% соответственно, а также повышению удовлетворённости населения оказанием онкологической помощи.

Ключевые слова: Томская область; онкологическая помощь; Томский областной онкологический диспансер; очередь в поликлинику; регистратура; поликлиника без очередей.

Для цитирования: Кудряков Л.А., Пикалова Л.В., Рябова Л.М., Штогрин Ю.И., Ананина О.А., Лазарев А.Ф., Жуйкова Л.Д. Опыт внедрения проекта «Поликлиника без очередей» в ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер». *Российский онкологический журнал*. 2017; 22(4): 219–223. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2017-22-4-219-223>

Для корреспонденции: Пикалова Лидия Валентиновна, зам. главного врача. E-mail: l.v.pikalova@tomonco.ru

Kudryakov L.A.¹, Pikalova L.V.¹, Ryabova L.M.¹, Shtogrina Yu.I.¹, Ananina O.A.², Lazarev A.F.³, Zhuikova L.D.²

EXPERIENCE IN IMPLEMENTATION OF THE PROJECT «POLYCLINIC WITHOUT QUEUES» IN THE TOMSK REGIONAL ONCOLOGY CENTER

¹Tomsk Regional Oncology Center, Tomsk, 634050, Russian Federation;

²Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Cancer Research Institute, Tomsk, 634009, Russian Federation;

³Altai Branch of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, 656049, Barnaul, Russian Federation

The problem of queues in polyclinics and hospitals is a deterrent to ensuring access to oncological care. In order to optimize anti-cancer control there were shortened timelines both for the diagnosis and the beginning of the specific treatment. Since 2012, in the Tomsk Regional Oncology Center a new concept of the polyclinic organization on the profile of «oncology» was formed. The key aspects of this concept were: 1) standardization of the medical staff work; 2) the rules for the routing of patients with the execution of the first medical appointment booking for visiting doctor through the registry, for the second visit – by an oncologist and with the differentiation of the streams of patients for medical care in the framework of MHI and medical services on a fee basis; 3) intensification of the provision with outpatient specialized care with the staff reinforcement: the regime of the polyclinic is organized in two shifts and 6 days a week, the number of doctors and nurses is increased by 60.8%, the number of medical registrars – by 7 times. To coordinate their work, the position of the senior medical registrar was introduced; 4) modernization of all workplaces of doctors, nurses, medical registrars with the provision of modern medical equipment, communications and information support; 5) logistics of the registry: the division of its zone into a «front office» – were the office-medical registrar communicates with patients only as «face-to-face» and «call center» – with a dialogue by phone. 6) quality control of the clinic work with evaluation of video and audio recordings of interaction between registrars and patients, visitors questioning. 7) the reform of the oncological consultation on an ongoing basis regulations; 8) increasing the comfort of waiting for patients with the organization of comfort-

able seats, coolers with glasses, air conditioners, corporate identity and logo. The result of the implemented activities was a reduction in the start of specialized treatment by 68.3%, increased coverage of antitumor therapy by 16.4%, including among rural residents. This contributed to the improvement of the situation in a number of indices: the increase in the share of early forms of malignant neoplasms, active detectability by 21.6% and 164.7%, respectively, a decrease in one-year mortality rate, neglect by 25.2% and 8.6%, respectively. Population satisfaction with the provision of cancer care increased.

Key words: Tomsk Oblast; cancer care; Tomsk Regional Oncology Center; queue in the medical polyclinic; registry; polyclinic without queues.

For citation: Kudyakov L.A., Pikalova L.V., Ryabova L.M., Shtogrina Yu.I., Ananina O.A., Lazarev A.F., Zhuikova L.D. Experience in implementation of the project «polyclinic without queues» in the Tomsk regional oncology center. *Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal. (Russian Journal of Oncology)*. 2017; 22(4): 219–223. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2017-22-4-219-223>

For correspondence: Lidia V. Pikalova, MD, Deputy Chief Medical Officer of the Organizational and Methodical Work of the Tomsk Regional Oncology Center; Tomsk, 634050, Russian Federation. E-mail: l.v.pikalova@tomonco.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study has no sponsorship.

Received 15 June 2017

Accepted 22 June 2017

Доступность медицинской помощи по А. Донобедиану понимается как возможность её получения в необходимые сроки [1]. Проблема очередей в поликлиниках препятствует обеспечению доступности первичной медико-санитарной помощи, что особенно актуально при онкологических заболеваниях [2], поскольку в этом случае фактор времени связан с продолжительностью и качеством жизни. В онкологии оптимальным считается срок 10 дней от даты установления диагноза до даты начала специализированного лечения [3]. Промедление начала специализированного лечения ведёт к ухудшению прогноза. Особенно это важно для пациентов с высококачественными видами опухолей, у которых пролонгация начала лечения до двух месяцев и более значительно снижает вероятность благоприятного исхода [4] увеличивает одногодичную летальность [5].

Очередность при оказании медицинской помощи в РФ закреплена законодательно*: в рамках системы ОМС сроки оказания амбулаторно-поликлинической помощи не более 10 рабочих дней, а стационарной и стационарозамещающей – не более 30**. Однако на практике соблюдение данных сроков часто невыполнимо в связи с высокой очередностью. В наиболее уязвимой ситуации находятся сельские жители, проживающие на удалённых от областного центра и труднодоступных территориях [6, 7]. Минздравом РФ данной проблеме уделяется повышенное внимание, что находит своё отражение в поручениях субъектам РФ организации мониторинга сроков начала специализированной терапии при онкопатологии. Проблема очередей и своевременности оказания онкологической помощи актуальна и для стран с развитой экономикой: 20 мая 2015 г. на сайте Национальной службы здравоохранения Уэльса был размещён отчёт о сроках ожидания начала противоопухолевого лечения пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями (ЗНО): у 89,3% пациентов специализированная терапия была начата в течение 62 дней от момента постановки диагноза [4].

На сроки начала лечения онкологических пациентов влияет множество факторов: обеспеченность кадрами, площадями, состояние материально-технической базы, использование эффективных управленческих подходов и др. Проблема очередей для онкологической службы Томской области является значимой, в связи с чем поиск эффективных путей её ликвидации представляется важным с точки зрения оперативности её разрешения.

Цель исследования – провести анализ и выявить причинно-следственную связь пролонгирования сроков начала противоопухолевого лечения в ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер» (далее ОГАУЗ «ТООД»), разработать и обосновать мероприятия по повышению доступности оказания онкологической помощи жителям Томской области.

Материал и методы

Проведен анализ экстенсивных и интенсивных показателей заболеваемости, смертности, запущенности, одногодичной летальности, охвата специализированным лечением, рассчитанных на основе данных популяционного ракового регистра Томской области (ПРР ТО) за 2011–2016 гг. Рассчитан темп прироста данных показателей за исследуемый период, для их оценки применяли метод Манна–Уитни [8]. Для анализа эффективности работы поликлиники, диагностических подразделений, стационара ОГАУЗ «ТООД» использовались сведения отчётных статистических форм № 30 «Сведения о медицинской организации», № 39 «Сводная ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому», № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» за период 2011–2016 гг. Проведена оценка 2567 случаев записи электронной очереди на приём к врачам онкодиспансера [9], качества переговоров медрегистраторов с пациентами посредством прослушивания записи входящих/исходящих звонков «Телефонного центра» регистратуры, 1700 анкет и интервью пациентов, учёта числа неотвеченных звонков. Сроки ожидания госпитализации оценивались на основании журналов плановой госпитализации и данных ПРР ТО. Проанализировано 325 случаев госпитализации. Статистическая обработка материала проводилась с применением прикладных компьютерных программ Statistica 8.0 и Excel.

*Постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» <https://rg.ru/2012/10/26/zdorovie-dok.html> (дата доступа: 03.06.2017)

**Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (статьи 35–36 (дата доступа: 03.06.2017))

Результаты

Томская область является территорией с малой плотностью населения – 3,4 человека на 1 км² (в РФ 8,57 человека на 1 км²), с неравномерным распределением народонаселения, сложной транспортной схемой, что осложняет организацию медицинской помощи и её доступность, особенно в местностях, удалённой от областного центра.

При анализе выявлено, что в 2011 г. средний срок ожидания начала специализированного лечения от момента установления диагноза ЗНО составлял 93,4 рабочих дня, при этом у жителей удалённых территорий он был на уровне 111,4. Высокая продолжительность ожидания специализированного лечения была связана с очередями в ОГАУЗ «ТООД» на первичный прием онколога – 33,2 рабочих дня, на обследования (эндоскопия, УЗИ, КТ/МРТ, морфология) – 26,1 рабочего дня, на госпитализацию в стационар – 34,1 рабочего дня. При этом в условиях поликлиники ОГАУЗ «ТООД» время ожидания в регистратуру составляло в среднем 49 мин, приема врача у кабинета – 1,5 ч. До регистратуры дозванивались лишь 29,2% пациентов, а при анкетировании подавляющее большинство пациентов признали работу поликлиники ОГАУЗ «ТООД» неудовлетворительной. Не работал онкологический консилиум, парк диагностического оборудования был изношен. Наблюдался дефицит площадей, кадров, современных средств связи, компьютеров. Ситуацию усугубляла гнетущая атмосфера, грубость персонала, его неряшливый вид, отсутствие комфортных условий ожидания приёма у кабинетов врачей и у регистратуры. При этом наибольшие трудности при получении специализированной помощи испытывали сельские жители удалённых и труднодоступных территорий [6].

Сложившиеся проблемы в организации онкологической помощи проявились тревожной ситуацией, которая к 2011 г. характеризовалась высокой смертностью – 216,3 на 100 тыс. населения, прирост которой относительно 2006 г. (212,9 на 100 тыс. населения) составил 1,6% и превысил в 2011 г. аналогичные показатели по Сибирскому федеральному округу (СФО) и РФ на 4,0 и 6,8% соответственно.

Показатели одногодичной летальности, запущенности, ранней выявляемости, активной выявляемости ЗНО, охвата специализированным лечением имели более низкие уровни по сравнению со средними по СФО и РФ, при этом худшие показатели наблюдались у сельских жителей [10], что свидетельствовало о более низком уровне доступности противораковых мероприятий в Томской области по сравнению с регионами СФО и РФ (табл. 1).

Учитывая, что поликлиника онкологического диспансера является ключевым логистическим центром в организации специализированного этапа онкологической помощи, для исправления ситуации была разработана и внедрена концепция «Поликлиника без очередей» для специализированной поликлиники. Наиболее важными аспектами данной концепции явились приведённые ниже мероприятия:

1. Разработан фирменный стиль ОГАУЗ «ТООД», что способствовало узнаваемости онкодиспансера и формированию его положительного имиджа.

2. Стандартизована и регламентирована работа медицинского персонала, результатом чего явилась скоординированность деятельности поликлиники с лечебно-диагностическими подразделениями онкодиспансера, а потоки пациентов при оказании меди-

Таблица 1

Состояние организации онкологической помощи в Томской области в 2011 г.

Показатель	ТО	Село	Город	РФ	СФО
Смертность от ЗНО, на 100 тыс. населения	216,3	157,0	208,1	202,5	207,9
Ранняя выявляемость, %	45,4	38,2	44,8	49,8	46,2
Активная выявляемость, %	8,5	7,7	8,2	16,3	14,9
Одногодичная летальность, %	33,0	44,1	33,0	27,4	29,0
Запущенность, %	29,1	33,5	29,3	27,6	28,5
Охват специализированным лечением, %	76,3	56,5	59,6	86,7	89,4

Примечание. ТО – Томская область.

цинской помощи по ОМС и платным услугам были разведены***. Эти меры позволили сократить сроки ожидания приёма врача непосредственно у кабинетов, в холлах поликлиники на 86,3% – со 102 мин в 2011 г. до 14 мин в 2016 г.

3. Эргономический подход к организации работы поликлиники позволил на 60,8% увеличить численность врачей/медсестер, организовать режим их работы в две смены, 6 дней в неделю, в результате на 66,7% возросло число врачебных посещений за смену (с 210 в 2011 г. до 350 в 2016 г.), а общегодовое число посещений увеличилось с 51 870 в 2011 г. до 86 310 в 2016 г., темп прироста составил 66,4%, в том числе у сельских жителей на 64,4% увеличилось число посещений (с 12 455 в 2011 г. до 20 439 в 2016 г.).

4. Увеличение площадей для диагностических кабинетов способствовало обновлению материально-технической базы и сократило сроки ожидания диагностических процедур (эндоскопия, рентген, КТ/ МРТ) на 70,9% – с 26,1 дня в 2011 г. до 7,6 дня в 2016 г.

5. Внедрение локальной медицинской информационной системы (МИС) с широкополосной оптоволоконной Интернет-связью и 100% оснащение всех рабочих мест медицинского персонала персональными компьютерами, принтерами, IP-телефонией позволили обеспечить запись первичных пациентов на приёмы к врачам через регистратуру, на повторные приемы/обследования непосредственно в кабинете врача-онколога в МИС через электронное расписание, а также внесение всех результатов исследований в МИС для последующего просмотра на врачебных приемах*4.

6. Внедрена система «трёх визитов», обеспечивающая в трехдневный срок полную подготовку пациентов для проведения онкологического консилиума; для сельских жителей удалённых территорий в рамках МИС Томской области организована возможность проведения предварительных телемедицинских консультаций.

***Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» base.garant.ru/70237118/ (дата доступа: 03.06.2017).

*4Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.10.2006 № 713 «Принципы создания единой информационной системы в сфере здравоохранения и социального развития (ЕИС)» http://aquagroup.ru/normdocs/11094; (дата доступа: 03.06.2017).

7. Оптимизирована деятельность регистратуры: разрабатан стандарт её работы, в 7 раз увеличено число медицинских регистраторов, что обеспечило разделение их труда: сотрудники фронт-офиса – очное общение с пациентами и сотрудники «телефонного центра» – общение с пациентами только по телефону, что повысило возможность дозвониться в онкодиспансер до 100% в 2016 г. против 29,2% в 2011 г. и сократило среднее время ожидания в регистратуре на 95,9% – с 49 мин в 2011 г. до 2 мин в 2016 г. Для координации работы регистратуры введена должность старшего медицинского регистратора, а сама регистратура переведена в режим «открытого формата» – без перегородок и стёкол – данное нововведение в Томской области впервые было применено в ОГАУЗ «ТООД» и является оправданным и удобным при оказании медицинской помощи онкологическим больным.

8. С целью контроля качества работы поликлиники организованы видеонаблюдение, запись разговоров регистраторов с пациентами, анкетирование посетителей.

9. Восстановлена работа врачебной комиссии (онкологического консилиума).

Проведённые мероприятия в сочетании с оптимально организованным режимом работы онкологического консилиума (5 дней в неделю) способствовали более рациональному функционированию стационара: число законченных случаев возросло на 101,1% – с 3654 в 2011 г. до 7347 в 2016 г., в том числе на 138,7% у пациентов из сельской местности – с 900 в 2011 г. до 2148 в 2016 г., за этот же период средний срок пребывания на койке снизился с 18,7 до 13,8 дня, а её

Таблица 2

Сроки ожидания (в днях) медицинской помощи на специализированном этапе в ОГАУЗ «ТООД»

Показатель	Время ожидания первичного приема онколога	Время ожидания диагностики исследований	Время ожидания госпитализации	Срок начала специализированного лечения
2011 г.	33,2	26,1	34,1	93,4
2016 г.	10	7,6	12	29,6
Темп убыли, %	-69,9	-70,9	-64,8	-68,3

оборот увеличился с 16,6 в 2011 г. до 23,95 в 2016 г., темп прироста составил 41,7%.

Благодаря комплексу проведённых мероприятий удалось обеспечить контроль сроков начала специализированного лечения, минимизировав средние сроки ожидания на этапе первичного приема, дообследования, стационарной помощи (табл. 2).

За период 2011–2016 гг. снизились показатели запущенности и одногодичной летальности, причём как у городских жителей, так и у сельских – на 11,9 и 0,3% и на 28,8 и 28,6% соответственно. Увеличение доли ранних форм ЗНО, активной выявляемости с 38,2 до 47,1% и с 7,7 до 28,4% у сельчан, с 44,8 до 56,0% и с 8,2 до 20,7% у горожан соответственно, способствовало увеличению использования современных спе-

Таблица 3

Динамика статистических показателей, Томская область, 2011–2016 гг.

Год	Запущенность, (III стадия ЗНО визуальных локализаций + IV стадия), %	Одногодичная летальность, %	Охват специализированным лечением, %	Активная выявляемость, %	Ранняя выявляемость, %
2011	33,5/29,3	44,1/33,0	56,5/59,6	7,7/8,2	38,2/44,8
2012	31,2/27,5	35,7/25,3	57,2/61,7	6,6/7,8	42,0/45,2
2013	32,6/28,4	30,5/27,4	69,1/74,5	12,7/4,2	42,8/47,4
2014	32,4/26,05	33,1/26,3	72,6/76,9	15,8/9,0	48,6/55,7
2015	30/26,1	30,5/23,7	76,8/79,4	17,3/15,1	52,5/56,0
2016	33,4/25,8	31,5/23,5	77,6/81,2	28,4/20,7	47,1/56,0
Прирост / убыль с 2011 по 2016 г., %	-0,3/-11,9	-28,6/-28,8	+37,3/+36,2	+268,8/+152,4	+23,3/+25,0
<i>p</i>	0,004*	0,016*	0,262	0,522	0,109

Примечание. Числитель – сельское население, знаменатель – городское; * – различия значимы ($p < 0,05$).

Таблица 4

Сравнение статистических показателей в Томской области и СФО

Показатель	Томская область			СФО		
	2011 г.	2015 г.	прирост (убыль), %	2011 г.	2015 г.	прирост (убыль), %
Одногодичная летальность, %	33,0	26,7	-19,1	29,0	25,1	-13,4
Запущенность, %	29,1	25,9	-11,0	28,5	26,7	-6,3
Запущенность ЗНО визуальных локализаций, %	29,2	25,6	-12,3	26,4	21,9	-17,0
Активная выявляемость, %	8,5	15,1	77,6	14,9	20,1	34,9
Ранняя выявляемость, %	45,4	55,2	21,6	46,2	52,2	13,0
Охват специализированным лечением, %	76,3	81,9	7,3	89,4	91,5	2,3

специальных методов лечения ЗНО у сельских жителей до 77,6% и у городских до 81,2%, при этом темпы прироста охвата специальным лечением составили 37,3 и 36,2% соответственно (табл. 3).

Улучшение приведенных показателей свидетельствовало о повышении доступности специализированной помощи при онкологических заболеваниях в Томской области.

В то же время при сравнении показателей Томской области и СФО за период 2011–2015 гг. (табл. 4) статистически значимых различий не выявлено. Однако можно отметить лучшие результаты убыли в Томской области относительно СФО одногодичной летальности (–19,1%) и запущенности (–11,0%), в том числе запущенности ЗНО визуальных локализаций (–12,3%). В то же время прирост активной выявляемости (77,6%) и охват специализированным лечением (+7,3%) в Томской области выше, чем в СФО.

Заключение

Внедрение в 2011 г. в ОГАУЗ «ТООД» концепции «Поликлиника без очередей» позволило достичь следующих результатов:

1. За счет ликвидации очередей сроки начала специализированного лечения сократились на 68,3% и составили в среднем 29,6 дня в 2016 г. против 93,4 дня в 2011 г.

2. В целом по Томской области существенно улучшились показатели, свидетельствующие о повышении доступности специализированной помощи – доля выявления ЗНО на ранней стадии и их активное выявление возросли на 21,6 и 164,7%, что увеличило охват специализированным лечением с 76,3 до 88,8%, темп прироста составил 16,4%, в том числе среди сельского населения 37,3%. Это способствовало снижению показателей запущенности и одногодичной летальности от онкологических заболеваний на 8,6 и 25,2% соответственно.

3. Устранение очередей способствовало формированию атмосферы психологического комфорта, выстраиванию доверительных отношений между пациентами и персоналом, что привело к повышению удовлетворенности пациентов при оказании им онкологической помощи. При анкетировании пациентов в 2011 г. 89,7% признали работу поликлиники ОГАУЗ «ТООД» неудовлетворительной, в 2016 г. 89,4% пациентов оценили её работу на 9,6 балла из 10 возможных.

4. Заложенный в основу концепции «Поликлиника без очередей» унифицированный алгоритм организации работы поликлинического подразделения и регистратуры позволил стандартизовать процесс оказания медицинской помощи в амбулаторном звене и в целом в специализированном учреждении по профилю «онкология».

5. В связи с высокой результативностью и малой бюджетностью внедрение концепции «Поликлиника без очередей» Департаментом здравоохранения Томской области и Минздравом РФ было признано успешным, поэтому в 2016 г. ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер» стал победителем во Всероссийском конкурсе «Поликлиника начинается с регистратуры», а сама концепция послужила основой для разработки регионального стандарта работы поликлиники и на сегодняшний день внедрена во всех 38 амбулаторно-поликлинических учреждениях Томска и Томской области.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайфуллин Р.Ф., Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И. Модернизация внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи в системе оперативного управления крупной многопрофильной организацией. *Практическая медицина*. 2013; 1: 25–31.
2. Боев В.С. Систематизированные подходы к решению проблемы очередей в амбулаторно-поликлинических учреждениях. *Поликлиника*. 2011; 4(2): 38–9.
3. Петров Н.Н., ред. *Руководство по общей онкологии*. Медгиз. Ленинградское отделение. 1958.
4. Абдуллаев Р.Т. Маршрутизация – искусство управления сроками. *Онкология сегодня*. 2015; 2(11):14.
5. Лазарев А.Ф., ред. Оценка уровня онкологической помощи по совокупности показателей позитивного и негативного ряда в Алтайском крае, Российской Федерации и Федеральных округах. *Новые методы в онкологической практике: материалы Российской научно-практической конференции с международным участием*, 25–26 июня 2013 г., г. Барнаул, АЗБУКА, 2013; 4.
6. Пикалова Л.В., Ананина О.А., Жуйкова Л.Д., Одинцова И.Н., Кудряков Л.А. Состояние организации онкологической помощи сельскому населению Томской области. *Российский онкологический журнал*. 2016; 21(3): 151–5.
7. Писарева Л.Ф., Одинцова И.Н., Ананина О.А., Бояркина А.П. Злокачественные новообразования у населения Сибири и Дальнего Востока. *Сибирский онкологический журнал*. 2015; (1): 68–75.
8. Петрова Г.В., Грецова О.П., Каприн А.Д., Старинский В.В., ред. *Характеристика и методы расчета медико-статистических показателей, применяемых в онкологии*. М.: ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава РФ, 2014.
9. Гусев А.В. Обзор решений «Электронная регистратура». *Врач и информационные технологии*. 2010; 6: 20–5.
10. Чойнзонзон Е.Л., Писарева Л.Ф., Жуйкова Л.Д., Одинцова И.Н., Ананина О.А., Пикалова Л.В., Батищева М.С. Качество диагностики и учета онкологических больных в Томской области в 2004–2014 гг. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2015; 59(6): 14–8.

REFERENCES

1. Gayfullin R.F., Yagudin R.Kh., Rybkin L.I. Modernization of internal quality control in the provision of medical care in the operational management of a large multidisciplinary organization. *Prakticheskaya medicina*. 2013; 1: 25–31. (in Russian)
2. Boev V.S. Systematized approaches to solving the problem of queuing in outpatient clinics. *Poliklinika*. 2011; 4(2): 38–9. (in Russian)
3. Petrov N.N., ed. *A guide to general oncology*. Medgiz. Leningradskoye otdeleniye; 1958. (in Russian)
4. Abdullaev R.T. Routing – the art of timing management. *Onkologiya segodnya*. 2015; 2(11): 14. (in Russian)
5. Lazarev A.F., ed. Assessment of cancer care level for aggregate indicators of positive and negative number in the Altai Kray, the Russian Federation and the Federal District. New methods in oncology practice: the materials of the Russian scientific-practical conference with international participation, Barnaul on June 25–26, 2013. Barnaul: AZBUKA, 2013. (in Russian)
6. Pikalova L.V., Ananina O.A., Zhuykova L.D., Odintsova I.N., Kudryakov L.A. The state of the cancer care organization for the rural population of the Tomsk region. *Russian Journal of oncology*. 2016; 21(3): 151–5. (in Russian)
7. Pisareva L.F., Odintsova I.N., Ananina O.A., Boyarkina A.P. Malignant neoplasms in the population of Siberia and the Far East. *Siberian oncology journal*. 2015;(1): 68–75. (in Russian)
8. Petrova G.V., Gretsova O.P., Kaprin A.D., Starinskiy V.V., eds. *Characteristics and methods of calculating medical and statistical indicators used in oncology*. M.: FGBU MNIIOI im. P.A. Gertsena Minzdrava RF, 2014. (in Russian)
9. Gusev A.V. Overview of solutions «Electronic Registry». *Vrach i informatsionnye tekhnologii*. 2010; 6: 20–5. (in Russian)
10. Choyzonzon E.L., Pisareva L.F., Zhuykova L.D., Odintsova I.N., Ananina O.A., Pikalova L.V., Batishcheva M.S. The quality of diagnosis and registration of cancer patients in the Tomsk Oblast in 2004–2014. *Health care of the Russian Federation*. 2015; 59(6): 14–8. (in Russian)

Поступила 15.06.17
Принята к печати 22.06.17