

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

журнал для непрерывного
медицинского образования по специальности
«организация здравоохранения
и общественное здоровье»

Том 5, № 3 (17), 2019

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ
Вестник ВШОУЗ

Том 5, № 3 (17), 2019

Журнал издается совместно с Высшей школой организации и управления здравоохранением – Комплексным медицинским консалтингом (ВШОУЗ–КМК) и Ассоциацией профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК)

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)

Вафин А.Ю. (Казань)

Комаров Ю.М. (Москва)

Линденбратен А.Л. (Москва)

Москвичева М.Г. (Челябинск)

Прохоренко Н.Ф. (Москва)

Стародубов В.И. (Москва)

Хабриев Р.У. (Москва)

Хальфин Р.А. (Москва)

Хайруллин И.И. (Москва)

Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции
orgzdrav2015@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал
ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.
Вестник ВШОУЗ

Scientific and practical peer-reviewed journal
HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.
Bulletin of VSHOUZ

Свидетельство о регистрации средства массовой информации: ПИ № ФС77-70210 от 30.06.2017.

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Редакция журнала доводит до сведения читателей, что в издании соблюдаются принципы международной организации «Комитет по издательской этике» (Committee On Publication Ethics – COPE).

Все права защищены. Никакая часть издания не может быть воспроизведена без согласия редакции.

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» обязательна. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

Адрес редакции: 119121, г. Москва, ул. Плющиха, д. 26/2.

Электронная версия журнала и правила для авторов размещены на сайте:
<http://orgzdrav.vshouz.ru>.

Подписной индекс:

93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

Издатель

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, г. Москва,
ул. Садовническая, д. 11, стр. 12
Телефон: (495) 921-39-07
www.geotar.ru

Верстка: Килимник А.И.

Корректор: Макеева Е.И.

Выпускающий редактор:

Попова Ольга, porova@geotar.ru

Подписано в печать 25.09.2019.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70×100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 5.

Отпечатано в АО «Первая Образцовая типография».

Филиал «Чеховский Печатный Двор».

142300, Московская область, г. Чехов,

ул. Полиграфистов, д. 1.

Заказ №

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2019.

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

- 4 *Каримова Д.Ю., Закальский В.А.*
**Изучение управленческих компетенций
руководящих кадров здравоохранения
среднего звена на примере заведующих
отделениями анестезиологии и
реанимации многопрофильных
стационаров**
- 15 *Федулова Н.Н.*
**Внешний и внутренний маркетинг. Нужен
ли он государственной медицинской
организации?**

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

- 24 *Школяренко А.В., Коробейникова Е.А.,
Шипачев К.В.*
**Реализация приоритетного проекта
«Создание новой модели медицинской
организации, оказывающей первичную
медико-санитарную помощь»**

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

- 32 *Комаров Ю.М.*
**О том, как должно выглядеть
отечественное здравоохранение
в перспективе
(субъективное мнение)**

VII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ОРГЗДРАВ–2019. ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ» (24–25 АПРЕЛЯ 2019 Г., МОСКВА)

- 36 **Тезисы VII Международного конгресса
«ОРГЗДРАВ–2019. Эффективное
управление медицинской организацией»
(24–25 апреля 2019 г., Москва)**

CONTENT

ACTUALLY TODAY

- 4 *Karimova D.Yu., Zakalsky V.A.*
**Study of managerial competencies
of healthcare middle managers
as exemplified by heads of anesthesiology
and resuscitation departments
of multi-speciality hospitals**
- 15 *Fedulova N.N.*
**External and internal marketing. Does he
need a state medical organization?**

EFFECTIVE MANAGEMENT

- 24 *Shkolyarenko A.V., Korobeinikova E.A.,
Shipachev K.V.*
**Realization of the priority project “Creation
of a new model of healthcare organization
providing primary health care”**

AUTHORITATIVE OPINION

- 32 *Komarov Yu.M.*
**About how domestic public health service
should look for the foreseeable future
(subjective opinion)**

VII INTERNATIONAL CONGRESS "ORGZDRAV–2019. EFFICIENT HOSPITAL MANAGEMENT" (24–25 APRIL 2019, MOSCOW)

- 36 **Proceedings of the VII International
Congress "ORGZDRAV–2019. Efficient
Hospital Management"
(24–25 April 2019, Moscow)**

Изучение управленческих компетенций руководящих кадров здравоохранения среднего звена на примере заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильных стационаров

Каримова Д.Ю.¹,
Закальский В.А.²

¹ Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия

² АО «Медицинский центр «Зенит-медсервис», Красногорск, Московская область, Россия

Характерной чертой сегодняшней ситуации, сложившейся в здравоохранении, стала нехватка профессионально подготовленных, инициативных, обладающих способностями перспективного видения задач и способов их решения кадров. Подбор претендентов на руководящую должность организаторов среднего звена – заведующего отделением анестезиологии и реанимации многопрофильных стационаров – комплексная задача, одним из вопросов которой является отбор наиболее достойных работников с изучением их деловых и личностных качеств.

Цель работы – изучить управленческие компетенции руководящих кадров здравоохранения среднего звена на примере заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильных стационаров.

В исследование были включены 156 заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильного стационара (врачей из резерва на должность заведующего). Исследование проведено в виде педагогического эксперимента, проходившего на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, с января 2015 по январь 2017 г.

Результаты. Эмпирические исследования показали, что комплекс тренинговых занятий, направленных на развитие управленческих компетен-

ций и стратегий, используемых при их реализации, является эффективным средством развития управленческой компетентности руководителей среднего звена – заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильных стационаров, которые могут быть использованы в практическом здравоохранении и для заведующих других отделений.

Полученные в исследовании результаты позволяют рассматривать развитие управленческой компетентности руководителей среднего звена многопрофильного стационара как управляемый и эффективный процесс.

Практическое обучение заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильных стационаров, а также врачей из резерва на должность заведующего, развитие управленческих компетенций и стратегий их реализации как системы предполагает развитие каждого вида и обеспечение их интеграции.

Ключевые слова:

управленческие компетенции, руководящие кадры здравоохранения среднего звена, заведующий отделением, здравоохранение, многопрофильные стационары

Для цитирования: Каримова Д.Ю., Закальский В.А. Изучение управленческих компетенций руководящих кадров здравоохранения среднего звена на примере заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильных стационаров // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 3. С. 4–14. doi: 10.24411/2411-8621-2019-13001

Статья поступила 15.05.2019. **Принята в печать** 25.08.2019.

Study of managerial competencies of healthcare middle managers as exemplified by heads of anesthesiology and resuscitation departments of multi-speciality hospitals

*Karimova D.Yu.¹,
Zakalsky V.A.²*

¹ Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Biomedical University of Innovation and Continuing Education, Moscow, Russia

² Medical Center "Zenit-Medservice", Krasnogorsk, Moscow Region, Russia

Distinctive feature of current situation in health care is lack of professionally trained, initiative, capable of long-term vision of tasks and methods of their solution personnel. Selection of applicants for healthcare middle managers position – head of resuscitation and anesthesiology departments of multi-speciality hospitals – is a complex task, one of the key topics of which is appointment of the best candidates with study of their business and personal qualities.

Aim of the work was to study managerial competencies of healthcare middle managers as exemplified by heads of anesthesiology and resuscitation departments of multi-speciality hospitals.

The study included 156 heads of resuscitation and anesthesiology departments of multi-speciality hospitals (doctors from the reserve to the head position). The study was conducted in form of pedagogical experiment on the basis of Public Health and Health Care Department of the Biomedical University of Innovation and Continuing Education of Burnasyan Federal Medical Biophysical Center from January 2015 to January 2017.

Results. Empirical studies have shown that complex of training sessions aimed at the development of managerial competencies and strategies used in their implementation is an effective tool of healthcare middle managers managerial competencies development (head of anesthesiology and resuscitation departments of multi-speciality hospitals). And this training sessions also can be used in practical health care and for heads of other departments. The results of the study allow us to consider development of managerial competence of healthcare middle managers of multi-speciality hospitals as a manageable and effective process. Practical training for heads of anesthesiology and resuscitation departments of multi-speciality hospitals, as well as doctors from the reserve to the the head position, development of managerial competencies and strategies for their implementation as a system lead to development of each type and their integration.

Keywords:

managerial competencies, healthcare middle managers, head of department, health care, multi-speciality hospitals

For citation: Karimova D.Yu., Zakalsky V.A. Study of managerial competencies of healthcare middle managers as exemplified by heads of anesthesiology and resuscitation departments of multi-speciality hospitals. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (3): 4–14. doi: 10.24411/2411-8621-2019-13001 (in Russian)

Received 15.05.2019. **Accepted** 25.08.2019.

Повышение эффективности здравоохранения определяется профессионализмом кадров и проводимой кадровой политикой [1]. Качество состава и эффективность работы управленческих кадров в системе здравоохранения в значительной степени зависят от состояния отраслевой системы управления, которая формирует тип руководителя, в наибольшей степени соответствующий ее организации.

Достижения современной медицины и прежде всего хирургии в значительной степени связаны с развитием анестезиологии и реаниматологии. Эффективная деятельность медицинских организаций во многом зависит от правильной организации работы заведующих реанимационными и анестезиологическими отделениями

лечебно-профилактических учреждений, которые обеспечивают четкий ритм и слаженность в работе всей медицинской организации, решают вопросы систематического повышения квалификации сотрудников, осуществляют контроль за качеством медицинской помощи, способствуют созданию хорошего психологического климата в коллективе и внедрению новейших методов диагностики и лечения [1– 6, 8, 10, 11].

Руководитель – особая профессия, которая требует определенных качеств и профессиональной подготовки. Руководитель нового типа – это креативно и рационально мыслящий, широко образованный лидер, обладающий необходимыми профессиональными качествами, инициативой.

Требования к руководящим кадрам уровня заведующего подразделением организации изложены в приказе Министерства труда и социальной защиты от 12 апреля 2013 г. № 148н «Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов» [9]. Согласно этим требованиям, заведующий отделением – это руководитель технологического уровня, должность которого включает следующие полномочия и ответственность:

- определение стратегии, управление процессами и деятельностью, в том числе инновационной, принятие решения на уровне подразделения;
- ответственность за результаты деятельности подразделения.

Первые ранговые места в перечне функций заведующего отделением занимают различные виды работ с коллективом по контролю работы, обучению, воспитанию. При этом перечень управленческих функций достаточно широкий, и они связаны с координацией работы, оперативным регулированием возникших ситуаций, планированием и контролем выполнения планов, мотивацией коллектива, организацией внедрения новшеств, работой с документами разного плана, осуществлением коммуникаций.

Широкий перечень требований к знаниям, умениям и практическим навыкам заведующих отделений в рамках реализации отдельных функций представлен в профессиональном стандарте «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» (2017) [9].

Характерной чертой сегодняшней ситуации, сложившейся в здравоохранении, стала нехватка кадров, профессионально подготовленных, инициативных, обладающих способностями перспективного видения задач и способов их решения. Подбор претендентов на руководящую должность – заведующего отделением анестезиологии и реанимации – комплексная задача, одним из вопросов которой является отбор наиболее достойных работников с изучением их деловых и личностных качеств. Проведенные исследования в области изучения

профессиональной деятельности заведующих отделениями анестезиологии и реанимации, оценки их деятельности в условиях крупных многопрофильных больниц, создания программы обучения в соответствии с условиями рынка до настоящего времени остаются недостаточно изученными, даже несмотря на то что предложен новый утвержденный стандарт врача-специалиста анестезиолога-реаниматолога [7]. Несмотря на значимость полученных результатов исследований, вышеизложенные вопросы остаются актуальными.

Цель работы: изучить управленческие компетенции руководителей руководящих кадров здравоохранения на примере заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильных стационаров.

Материал и методы

В исследование включены 156 заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильного стационара (врачей из резерва на должность заведующего). Исследование проведено в виде педагогического эксперимента, проходившего на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» с января 2015 по январь 2017 г.

В ходе эксперимента сформированы экспериментальные группы повышения квалификации (ПК) из заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильного стационара (резерва на должность заведующего). Все они проходили ПК по очно-дистанционной форме обучения.

С целью изучения динамики изменения уровня знаний заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильного стационара проведено входное (до начала обучения) и выходное (в конце обучения) тестирование всех слушателей курсов ПК. Эксперимент проводился на основе изучения индивидуальных учебных достижений слушателей и успешности.

Стратегии реализации управленческих компетенций разделены по функциональному признаку достижения целей управления и представлены четырьмя основными группами.

1. Контролирующие стратегии, направленные на контроль деловых ситуаций. К ним относятся регламентация деятельности, регулярная система отчетов, регулярные сессии группового характера, хронометраж рабочего дня, поощрение и наказание, создание системы мотивации.

2. Стабилизирующие стратегии, позволяющие сохранять стабильными служебные отношения в диаде «руководитель–сотрудник». Это создание традиций, определение норм и ценностей, формирование корпоративной культуры, устойчивость межличностных отношений и предсказуемость управленческих решений, бесперебойность в работе технических средств, устойчивость материального положения.

3. Стратегии, обеспечивающие развитие сотрудников. Такими стратегиями являются повы-

шение квалификации, создание условий личностного роста, ротация персонала, проведение профессиональных конкурсов, семинаров, конференций, наставничество, создание системы оценки и карьерного развития, формирование резерва кадров на руководящие должности.

4. Преобразующие стратегии, отражающие изменение и усовершенствование обстоятельств в инновационном направлении: создание инновационной среды, поощрение инноваций, поддержка творческих, креативных решений, критическое мышление.

Развитие управленческой компетентности руководителей среднего звена предполагает выделение системы его детерминант, необходимые психолого-акмеологические условия и факторы.

Акмеологические факторы сгруппированы следующим образом. Общие объективные: психологические требования к профессии, внедрение диагностического центра оценки персонала, а также формирование группы резерва для выдвижения; общие объективно-субъективные: психологическая готовность руководителей к самому процессу развития управленческой компетентности и практической реализации имеющихся управленческих знаний и умений; общие субъективные: эффективность руководителя, его конкурентоспособность.

Специальными (особенными) факторами выступают инновационность, авторитетность, сотрудничество, дисциплинарность, наставничество. В сфере здравоохранения эти факторы способствуют достижению высоких показателей деятельности, влияют на успешность и профессионально-личностное развитие руководителей. Выявленные психологические факторы тесно взаимосвязаны, их структура подвижна и зависит от специфики профессиональной деятельности руководителей.

Составляющие детерминации управленческой компетентности не исчерпывают всей сложности данного явления, что обусловило необходимость разработать психолого-акмеологическую модель, опосредованно отражающую совокупность ее составляющих, имитирующих развитие управленческой компетентности



Рис. 1. Составляющие детерминации управленческой компетентности психолого-акмеологической модели

руководителей среднего звена – заведующих отделениями анестезиологии и реанимации (рис. 1).

Технологическое обеспечение процесса развития управленческой компетентности руководителей среднего звена составило психолого-акмеологическое сопровождение в виде комплексной программы «Развитие управленческой компетентности руководителей среднего звена» (160 ч) (рис. 2).

Структурные компоненты управленческой компетентности представлены следующими блоками.

I. Организационно-процессуальный. Представлен стратегией реализации управленческих компетенций и базируется на реализации таких факторов, как востребованность, профессионализм, возможность развития, постоянное развитие, постоянное самообразование, благоприятная акмеологическая среда, позитивный имидж.

II. Инновационно-развивающий. Данный блок базируется на развитии таких качеств, как инновационность, авторитетность, дисциплинарность, сотрудничество, наставничество. На данном этапе проводится тренинг развития стратегий реализации управленческих компетенций.

Развитие управленческих компетенций и стратегий их реализации как системы предполагает развитие каждого вида и обеспечение их интеграции.

Программа тренинга была построена на основе анализа выделенных управленческих компетенций и стратегий их реализации и предназначена для руководителей среднего звена медицинской организации с опытом управленческой деятельности до 2 лет.

В процессе тренинговой работы были представлены темы, способствующие развитию управленческой компетентности, положительно влияя при этом на мотивацию деятельности и индивидуально-психологические характеристики.

Исследование проводилось на основе самостоятельных модулей, каждый из которых имеет смысловую завершенность. В ходе работы использовались мини-лекции, бизнес-кейсы, груп-



Рис. 2. Комплексная программа «Развитие управленческой компетентности руководителей среднего звена»

повые дискуссии, упражнения и ролевые игры с видеообратной связью.

Программа включала следующие модули.

Блок 1. Развитие управленческих компетенций, направленных на контроль деловых ситуаций.

Модуль 1. Управление исполнением.

Модуль 2. Управление мотивацией.

Блок 2. Развитие управленческих компетенций, направленных на стабилизацию служебных отношений.

Модуль 3. Управление отношениями. Эффективная коммуникация.

Модуль 4. Эмоциональное лидерство.

Модуль 5. Управление конфликтами.

Блок 3. Развитие управленческих компетенций, направленных на преобразование обстоятельств в инновационном направлении.

Модуль 6. Креативность мышления.

Модуль 7. Критическое мышление.

Модуль 8. Персонал и организация изменений.

Блок 4. Развитие управленческих компетенций, направленных на обеспечение развития и роста сотрудников.

Модуль 9. Ситуационное лидерство.

Модуль 10. Командообразование.

Блок 5. Тренинг развития стратегий реализации управленческих компетенций.

Достижение поставленной цели осуществлялось в 3 этапа:

1. Рефлексивно-аналитический.
2. Модульный.
3. Преобразующий.

На рефлексивно-аналитическом этапе решались задачи формирования представления и концентрации внимания участников на одной из главных характеристик управленческой деятельности – ее направленности. Участникам предлагалось проанализировать собственный опыт работы с помощью структурированного интервью. Работа проходила в парах, где один из участников интервьюировал другого на предмет выявления направленности его деятельности как руководителя. Для достижения поставленной цели участники в нескольких малых группах также анализировали предложенные тренером ситуации для анализа. Итогом явилось осмысление руководителями направленности управленческой деятельности: на индивида, на коллектив, на результат, на себя.

В процессе дальнейшей работы проводилась интерактивная сессия для выявления доминирующих стратегий, которые используют руководители для достижения целей управления. Итог этой части тренинга – осмысление руководителями собственных стратегий реализации управленческих компетенций и их систематизация. Целью модульного этапа являлось совершенствование и развитие стратегий реализации управленческих компетенций.

В группе руководителей были выделены 4 подгруппы, работающие по модульному принципу по разной проблематике управленческой компетентности.

Модуль 1. Ценностно-ориентированная управленческая компетентность.

Модуль 2. Нормоориентированная управленческая компетентность.

Модуль 3. Индивидуально-ориентированная управленческая компетентность.

Модуль 4. Коллективно-ориентированная управленческая компетентность.

В каждом модуле рассматривались четыре группы стратегий реализации управленческих компетенций: контролирующие, стабилизирующие, развивающие, преобразующие.

В ходе работы использовались интерактивные сессии и групповые дискуссии. Вопросы для обсуждения в подгруппах были построены по принципу представленных модулей.

Целью заключительного преобразующе-реализующего этапа тренинга стала реализация в практической деятельности знаний, полученных на втором этапе. Руководители были разделены на 2 группы: экспертов-наблюдателей и исполнителей-реализаторов. Результатом работы в этом блоке явился рефлексивный анализ эксперта-наблюдателя и полученный опыт исполнителя-реализатора.

Результаты

При проведении психологического тренинга увеличились средние значения показателей креативности, влияющие на развитие умений творчески, нестандартно подходить к решению деловых вопросов и задач.

В результате проведения психологического тренинга произошли изменения в предпочитаемых стратегиях поведения (рис. 3, 4). Так, уменьшился средний общегрупповой показатель по стратегиям «доминирование» – с 10 до 7,15 балла и «уход» – с 5 до 4,13 балла. Практически не изменился показатель по стратегии «уступчивость». По стратегиям «сотрудничество» и «компромисс» показатели увеличились с 6 до 8,51 и с 7 до 8,3 балла соответственно.

Динамика показателей креативности мышления руководителей

Выяснилось, что после тренинга руководители предпочитают выбирать наиболее эффективные стратегии поведения в конфликтной ситуации, которыми являются сотрудничество и компромисс. В сложной ситуации выбора по значимым аспектам взаимодействия с людьми действия руководителей направлены на то, чтобы без лишней напряженности (как это бывает в случае использования стратегии доминирования) решать конфликтные ситуации.

После проведения психологического тренинга повысился уровень мотивации к успеху – с 7,69

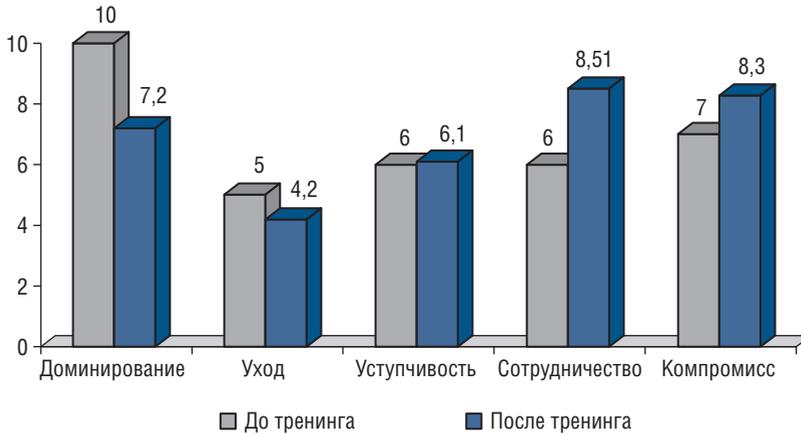


Рис. 3. Динамика изменения показателей психологического тренинга среди заведующих отделениями анестезиологии и реанимации до и после его прохождения (в баллах)

до 11,54%, умеренно высокий уровень мотивации повысился с 23,08 до 42,31%, снизился средний уровень мотивации с 53,85 до 36,53% и низкий уровень мотивации уменьшился с 15,38 до 9,62%. Результатом тренинга явились сниженные показатели по среднему уровню мотивации с 57,69 до 50% и по низкой мотивации к защите – с 19,23 до 15,38 %, а умеренно высокий уровень мотивации возрос с 13,46 до 25 %, высокий уровень мотивации к избеганию неудач не изменился (9,62%).

До тренинга наиболее слабыми сторонами руководителей являлись относительно низкая изобретательность и творческий подход к решению задач (Б), относительно низкие умения обучать и развивать подчиненных (К), наладить групповую работу, формировать коллектив (Д), средний уровень развития способности управлять собой (А).

После тренинга на фоне общего роста произошел наибольший прирост управленческих компетенций. По критериям «умение наладить групповую работу, формировать команду» и «изобретательность, творческий подход к профессиональной деятельности» увеличились показатели с 5,5 до 7,1 и с 5,1 до 6,4 соответственно.

Разница коэффициентов оценки составила 1,6 и 1,4. По критерию «умение обучать и развивать подчиненных» увеличились показатели с 5,7 до 6,3, разница коэффициентов оценки со-

ставила 0,6. В результате проведения психологического тренинга по критериям «наличие четких личных целей», «способность управлять собой», «способность руководить», «умение решать проблемы» разница коэффициентов до и после тренинга составила 0,5.

После проведения тренинга была отмечена динамика показателей направленности личности руководителей.

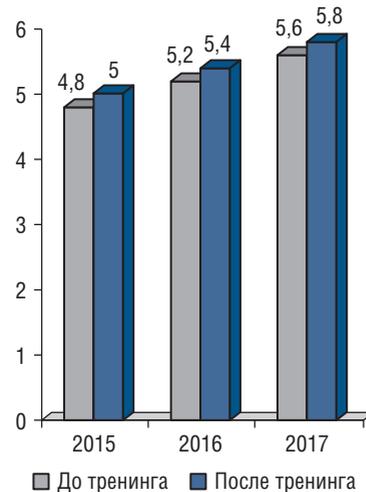


Рис. 4. Динамика показателей креативности мышления среди заведующих отделениями анестезиологии и реанимации до и после тренинга

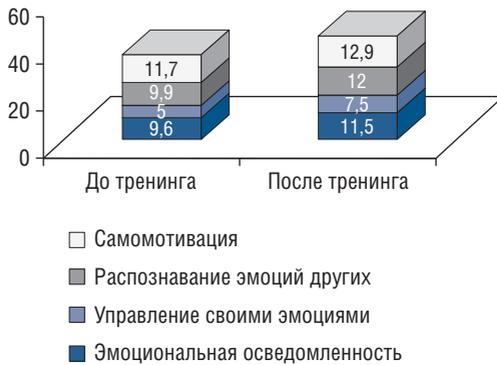


Рис. 5. Динамика показателей эмоционального интеллекта заведующих отделениями анестезиологии и реанимации в многопрофильных стационарах

Установлено, что средние значения направленности на «себя» уменьшились с 6,51 до 5,1; направленности на «официальную субординацию» уменьшились с 6,61 до 5,15; направленности на «дело» увеличились с 5,13 до 7,4; направленности на «отношения с людьми» увеличились с 1,75 до 2,35.

Полученные значения свидетельствуют о том, что в результате тренинга произошел сдвиг ориентации в сторону повышения направленности на деловое сотрудничество. Снизилась направленность на официальную субординацию, собственные достижения, на власть, соперничество и доминирование в отношениях за счет роста на-

правленности на результат и интересы дела, но не в ущерб деловым отношениям.

При сравнении уровня эмоционального интеллекта до и после проведения тренинга были обнаружены статистически значимые различия по шкалам – эмоциональная осведомленность и управление своими эмоциями (рис. 5).

Как видно из рис. 5, после проведения психологического тренинга увеличились общегрупповые средние значения эмоциональной осведомленности (1) руководителей с 9,65 до 11,73; показатели управления своими эмоциями (2) с 5,04 до 7,5; распознавание эмоций других людей (5) с 9,94 до 12,04; незначительно выросли показатели самомотивации (3) с 11,71 до 12,96 и эмпатии (4) с 7,85 до 8,87.

Для измерения показателей стратегий реализации управленческих компетенций был применен чек-лист оценки (см. таблицу).

Как видно из таблицы, при сравнении средних значений выявилось повышение call-центром результатов по высокому уровню проявления контролирующих (38,5%), стабилизирующих (34,6%) стратегий, умеренно высокому и среднему уровню развивающих (40,4 и 44,2%) и преобразующих стратегий (38,5 и 40,4%), что подтверждает положительное влияние тренинга на усвоение стратегий реализации управленческих компетенций руководителями.

Таким образом, эмпирические исследования показали, что комплекс тренинговых занятий, направленный на развитие управленческих компетенций и стратегий, используемых при их

Средние значения оценки стратегий реализации управленческих компетенций

Виды стратегий		Уровень изменения, баллы			
		низкий (1–10)	средний (11–20)	умеренно высокий (21–40)	высокий (41–90)
Контролирующие	До тренинга	9,4	17,3	28,9	44,2
	После тренинга	1,9	13,5	38,5	46,1
Стабилизирующие	До тренинга	5,8	13,5	26,9	53,8
	После тренинга	3,5	13,5	34,6	51,9
Развивающие	До тренинга	9,7	–	28,9	61,5
	После тренинга	7,7	7,7	40,4	44,4
Преобразующие	До тренинга	1,9	19,6	–	88,5
	После тренинга	3,8	17,3	38,5	43,4

реализации, является эффективным средством развития управленческой компетентности руководителей среднего звена – заведующих реанимационными отделениями многопрофильных стационаров, которые могут быть приемлемы и для заведующих другими отделениями.

Заключение

Полученные в исследовании результаты позволяют рассматривать развитие управленческой компетентности руководителей среднего звена многопрофильного стационара как управляемый и эффективный процесс.

Как показало практическое обучение заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильных стационаров, а также врачей из резерва на должность заведующего,

развитие управленческих компетенций и стратегий их реализации как системы предполагает развитие каждого вида и обеспечение их интеграции. Все вместе они обеспечивают необходимые компетенции и стратегии, в том числе:

1. Компетенции, направленные на контроль деловых ситуаций, контролирующие стратегии.
2. Компетенции, направленные на стабилизацию отношений с сотрудниками, стабилизирующие стратегии.
3. Компетенции, направленные на преобразование обстоятельств в инновационном направлении, преобразующие стратегии.
4. Компетенции, направленные на обеспечение развития сотрудников, развивающие стратегии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Каримова Дания Юсуфовна (Karimova Daniya Yu.) – доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, президент профессионального делового клуба «Гиппократ», Москва, Россия
E-mail: дания_karimova@mail.ru

Закальский Вячеслав Анатольевич (Zakalskiy Viacheslav A.) – главный врач АО «Медицинский центр «Зенит-медсервис», Красногорск, Московская область, Россия

ЛИТЕРАТУРА

1. Концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 года. URL: <http://www.protown.ru/information/doc/4293.html>. (дата обращения: 26.09.2016)

2. Башмаков О.А. Совершенствование системы подготовки руководящих кадров здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 1. С. 11.

3. Бойко Ю.П., Бойко А.Ю. Профессионально-психологические особенности организатора здравоохранения // Клинический опыт Двадцатки. 2014. № 2 (22). С. 10–16.

4. Давыдова В.Р. Научное обоснование и разработка медико-организационных мероприятий по улучшению качества анестезиолого-реанимационной по-

мощи больным и изучение их эффективности : дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2014. 164 с.

5. Закальский В.А., Каримов Б.Н., Уйба В.В. и др. Профессионально-психологические критерии отбора для заведующих отделениями анестезиологии и реаниматологии : учебно-методическое пособие. М. : МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ «ФМБЦ им. А.И. Бурназяна», 2019. 60 с.

6. Комаров Г.А., Рева В.Д., Комаров С.Г. и др. Основы медицинского инновационного менеджмента : учебное пособие. М., 2015. 201 с.

7. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 554н от 27.08.2018 «Об утверждении профессионального стандарта “Врач анестезиолог-реаниматолог”».

8. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 768н от 07.11.2017 «Об утверждении профессионального стандарта “Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья”».

9. Приказ Минтруда России № 148н от 12 апреля 2013 г. «Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов».

10. Решетников В.А., Трегубов В.Н., Соколов Н.А. Опыт подготовки руководителей здравоохранения в лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения» // Мед. образование и проф. развитие. 2018. № 1. С. 156–162.

11. Соловьев В.В. Оценка профессиональной пригодности будущих врачей анестезиологов-реаниматологов // Сб. ст. междунар. науч.-практ. конф. «Новая наука: теоретический и практический взгляд». Н. Новгород, 2016. С. 34–36.

REFERENCES

1. Concepts of the development of the healthcare system of the Russian Federation until 2020. URL: <http://www.protown.ru/information/doc/4293.html>. (appeal date: 09.26.2016) (in Russian)

2. Bashmakov O.A. Improving the system of managerial staff training in healthcare. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya* [Social Aspects of Public Health]. 2015; 1: 11. (in Russian)

3. Boyko Yu.P., Boyko A.Yu. Professional and psychological features of the healthcare organizer. *Klinicheskiy opyt Dvadsatki* [Clinical Experience of the Twenties]. 2014; 2 (22): 10–6. (in Russian)

4. Davydova V.R. Scientific substantiation and development of medical and organizational measures to improve the quality of anesthetic and resuscitation care for patients and the study of their effectiveness: Diss. Kazan, 2014. 164 p. (in Russian)

5. Zakalsky V.A., Karimov B.N., Uyba V.V. and other Professional-psychological selection criteria for heads of departments of anesthesiology and intensive care: a training manual. Moscow: MBU INO FGBU GNTs “FMBC im. A.I. Burnazyana», 2019. 60 p. (in Russian)

6. Komarov G.A., Reva V.D., Komarov S.G., et al. Fundamentals of medical innovation management:

a training manual. Moscow, 2015. 201 p. (in Russian)

7. Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation No. 554n dated 08/27/2018 “On the approval of the professional standard “Doctor anesthetist-resuscitator”. (in Russian)

8. Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation No. 768n dated November 7, 2017, “On the Approval of the Professional Standard “Specialist in the Field of Public Health and Public Health Organization”. (in Russian)

9. Order of the Ministry of Labor of Russia No. 148n dated April 12, 2013 “On the approval of skill levels in order to develop draft professional standards”.

10. Reshetnikov V.A., Tregubov V.N., Sokolov N.A. Experience in training health managers in the laboratory of the skill of “Health leadership”. *Meditinskoe obrazovanie i professional'noe razvitiye* [Medical Education and Professional Development]. 2018; 1: 156–62. (in Russian)

11. Soloviev V.V. Assessment of the professional suitability of future resuscitation anesthetists. Collection of articles at the International Scientific and Practical Conference “New Science: Theoretical and Practical View”. Nizhny Novgorod, 2016: 34–6. (in Russian)

Внешний и внутренний маркетинг. Нужен ли он государственной медицинской организации?

Федулова Н.Н.

ООО «Медицинская консалтинговая группа», Москва, Россия
Агентство медицинского консалтинга Zerts, Москва, Россия

Очень часто под маркетингом понимают только лишь рекламу. Однако это один из важнейших и сложно структурированных элементов управления современным медицинским учреждением. В статье кратко описаны виды маркетинга, его этапы, возможные конечные цели и способы оценки результатов. Широкое распространение практики оказания платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях делает предложенный материал актуальным и для них.

Ключевые слова:

медицинский маркетинг, платные медицинские услуги, управление клиникой, эффективность медицинских организаций, эффективность управления

Для цитирования: Федулова Н.Н. Внешний и внутренний маркетинг. Нужен ли он государственной медицинской организации? // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 3. С. 15–23. doi: 10.24411/2411-8621-2019-13002.

Статья поступила 01.08.2019. **Принята в печать** 25.08.2019.

External and internal marketing. Does he need a state medical organization?

Fedulova N.N.

Medical Consulting Group LLC, Moscow, Russia
Medical Consulting Agency Zerts, Moscow, Russia

Very often, marketing is understood only as advertising. However, this is one of the most important and complex structured elements of managing a modern medical institution. The article briefly describes the types of marketing, its stages, possible final goals and ways to evaluate results. The widespread practice of providing paid medical services in state medical organizations makes the proposed material relevant for them.

Keywords:

life expectancy, epidemiological revolution, infant mortality, age-specific death rates

For citation: Fedulova N.N. External and internal marketing. Does he need a state medical organization? ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (3): 15–23. doi: 10.24411/2411-8621-2019-13002 (in Russian)

Received 01.08.2019. **Accepted** 25.08.2019.

Повышение эффективности управления в медицинской отрасли – важная задача ее совершенствования и поступательного развития. В чем сегодня кроется секрет успешности и экономической эффективности медицинского предприятия, которое сталкивается со свободным рынком? Если сделать срез по сегодняшнему рынку, то станет очевидным отсутствие каких-то единых правил, параметров оценки, универсальных аналитических данных, отсутствие статистики, а в частном сегменте еще и колоссальная разница в бизнес-моделях. Создается впечатление, что рынок развивается хаотически, спонтанно. И сложно порой понять, на что в нем ориентироваться и как разобраться в этой разномастной палитре. Но развиваться необходимо и нужно уметь примеривать на себя какие-то реализации, более или менее успешные на рынке, или пытаться «изобрести свое собственное колесо».

Из всего обилия противоречий рынка медицинских услуг сегодня настораживает пропасть между сегментами частной и государственной медицины. Рынок частной медицины для наших регуляторов остается де факто в стороне от всех правил и сегодня мало вовлечен этими регуляторами в единый периметр. Может, поэтому он развивается так разномастно. А ведь сегодня в денежном эквиваленте он занимает уже ощутимую долю рынка медицинских услуг и продолжает медленно, но верно расти.

Второе серьезное противоречие, которое мы видим, – это фактическое оказание платных медицинских услуг в государственном медицинском учреждении. Иными словами, идет сме-

шение потоков пациентов из разных целевых групп. И главные врачи очень хорошо знают, насколько несуразна эта ситуация и как приходится буквально выкручиваться, чтобы удовлетворить все стороны этого процесса и выполнить необходимые регламенты.

Но жизнь не стоит на месте и надо вместе с ней идти в ногу. Поэтому от некоторой критики перейдем к вопросу: «Что делать?».

Итак, в рамках обсуждения темы, указанной в названии публикации, необходимо рассмотреть следующие задачи – универсальные и для государственной, и для частной медицины:

Задача 1: повышение эффективности управления медицинским предприятием (организацией).

Задача 2: повышение доходности медицинского предприятия (организации), что для государственного учреждения часто эквивалентно достижению безубыточности.

Обе задачи многогранны и многолики и по каждой из них можно писать монографии. Но вначале кратко об основных критериях оценки ожидаемых результатов.

Повышение эффективности управления медицинским предприятием должно решаться через внедрение двух механизмов. Первое – внедрение аналитики предприятия (не статистики, а именно аналитики), данных, которые выстроены исходя из задачи повышения доходности предприятия (экономика, рентабельность, маржинальность, прибыль), второе – управленческие компетенции первого лица клиники и решения, которые ведут к высокой доходности. И здесь важный момент – не только ответственность первого лица, но и полномочия, и свобода

решений. Неоднократное погружение в аналитику бюджетного предприятия показывает, что критерии оценки никак не экономические. Поэтому повышение эффективности предприятия это в первую очередь профессиональные управляющие кадры. Вот почему необходимо обучение в этом направлении и выстраивание аналитики медицинского предприятия по всем правилам рынка.

Формат отдельной статьи не позволяет подробно описать все детали, поэтому ограничимся предельно лаконичным, но стройным изложением сути вопроса и схематичным представлением порядка действий.

Итак, любую задачу, которая будет влиять на эффективность предприятия, следует оценивать как проект и вести как проект. Отделы платных медицинских услуг, которые развиваются сегодня в государственных клиниках, тоже необходимо строить по этому принципу – **проектное управление в условиях свободного рынка**.

Основные параметры проекта

- Цели должны быть поставлены и обязательно количественно выражены для будущего измерения.
- Вытекающие из поставленных целей задачи с критериями оценки (индикаторами).
- План мероприятий для реализации задач – дорожная карта.
- Ответственные.
- Сроки.
- Риски.
- Бюджеты.

Основными конечными целями маркетинга являются:

- большее количество пациентов;
- большее количество услуг;
- удержание пациентов;
- увеличение преимущества перед конкурентами;
- повышение узнаваемости торговой марки.

Для **внешнего маркетинга** клиники обязательны следующие компоненты:

1. Брендинг.
2. Маркетинговая стратегия.
3. Маркетинговый план.

4. Оценка эффективности маркетинга.
5. Продвижение.

Рассмотрим подробнее основные из этих компонентов.

1. Этапы **брендинга**.

- Анализ рыночной ситуации, целевой аудитории.
- Планирование:
 - формулирование сущности бренда;
 - позиционирование;
 - разработка стратегии управления брендом.
- Строительство бренда.
 - Создание визуальной и вербальной идентификации.
 - Разработка бренд-имиджа.
 - Создание документов бренда (брендбук и гайдлайн).
- Продвижение бренда.
- Оценка эффективности действий.

Чтобы сделать устойчивый и сильный бренд, нужна бизнес-модель, это правила игры на рынке. Это четкое понимание, как бизнес будет зарабатывать и как будет тратить. Как это сделать в условиях денежного дефицита в госучреждении? Применяем методы изучения конкурентной среды:

- конкурентная разведка (сбор информации из открытых источников);
- тайный пациент;
- опросы экспертов;
- опросы клиентов конкурентов;
- собеседования с персоналом конкурента.

Главное и первостепенное – это понять, что и в какой степени влияет на формирование бренда (рис. 1), определить, для кого наш бренд, кто входит в нашу целевую аудиторию и почему эти люди придут в клинику. Ведь основная цель бренда – удовлетворить потребности клиента.

В отечественном государственном здравоохранении есть примеры успешных брендов.

2. Вся **маркетинговая стратегия** строится из особенностей и текущего состояния рынка. Эффективная маркетинговая стратегия – это определенные последовательные действия.

- Шаг 1. Создайте продукт.
- Шаг 2. Выберите «ваших» пациентов.



Научный
ЦЕНТР НЕВРОЛОГИИ

- Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко: крупнейшая в мире нейрохирургическая клиника
- Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского: научно-практический центр по проблемам скорой медицинской помощи, неотложной хирургии, реанимации, сочетанной и ожоговой травмы
- ФГБНУ «Научный центр неврологии»: медицинский центр, который способен решать любые задачи в области неврологии

■ Шаг 3. Создайте неослабевающий спрос на свои услуги.
 ■ Шаг 4. Создайте свой собственный бренд.
 ■ Шаг 5. Расскажите о том, что вы делаете.
 3. Изучили рынок, разработали маркетинговую концепцию, а далее – составляем один из важнейших документов для успешного продвижения клиники – **маркетинговый план:**

- цели в количественном измерении – что планируем получить в итоге (пациенты, выручка, прибыль);
- дата завершения всех видов работ;
- сумма затрат на маркетинг – маркетинговый бюджет;
- план продаж;
- условие – план должен быть реальным, достижимым;
- период планирования – 1 год;
- период контроля и корректировки плана – не менее 3–4 мес от старта.

4. Наступает **период реализации маркетинговых мероприятий** – ответственный момент для всей клиники и сотрудника, который этим маркетингом занимается. Здесь важно не просто тратить средства на все мероприятия, а понимать, что маркетинг – тоже технология. И как каждая технология имеет свои параметры оценки и контроля – **оценку эффективности маркетинга**. Маркетинговый бюджет – это не затраты, это инвестиции. А любые инвестиции должны анализироваться в процессе исполнения и оцениваться по итогам. Для оценки в маркетинге существуют определенные показатели.

- Количество лидов (от англ. lead – потенциальный клиент, тем или иным образом

отреагировавший на маркетинговую коммуникацию) в месяц/неделю.

- Средний чек в месяц/неделю/день.
- Количество покупок (услуг) в месяц/год.
- Конверсия рекламы.
- Конверсия продаж.

При реализации маркетинговых мероприятий следует знать общие закономерности этой сферы (рис. 2).

В продажах также существуют определенные закономерности и правила, которые необходимо учитывать, анализировать и, главное, формировать обоснованные прогнозы по достижению определенных финансовых показателей и выполнению планов продаж, например правило «воронки» или «песочных часов» (рис. 3).

БРЕНД



Рис. 1. Влияние различных факторов на бренд

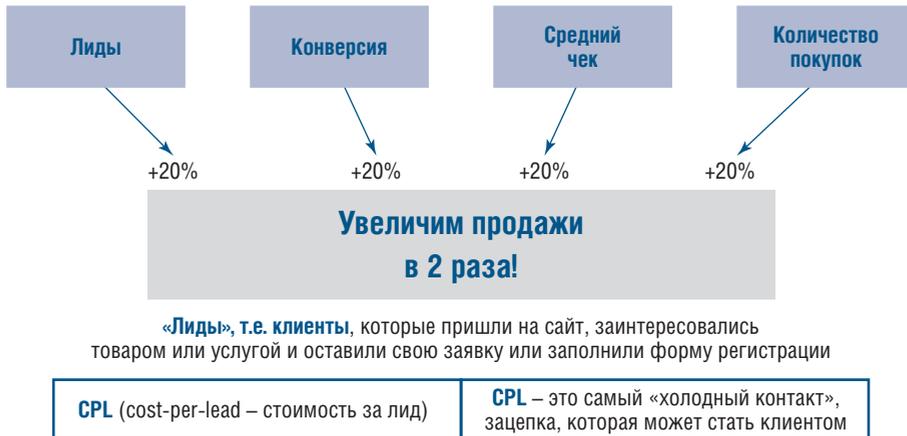


Рис. 2. Общие закономерности взаимосвязи показателей эффективности маркетинга

5. На **продвижении** подробно останавливаться нет смысла – это отдельная большая тема. Чаще всего это способы, которые привычно называются рекламой, но этим не ограничиваются.

Заканчивая краткий обзор внешнего маркетинга, выскажу убеждение из личного опыта по развитию и продвижению клиник: маркетинг успешен там, где руководитель погружается в маркетинг, знает его принципы и инструменты, вникает в работу маркетинговой службы или

службы PR и принимает решения по маркетингу осознанно. Поэтому опять возвращаемся к основной рекомендации по повышению эффективности управления в клинике – это образование первых лиц, в том числе в маркетинге.

Что необходимо знать про **внутренний (внутрифирменный) маркетинг клиники**, и что это вообще такое?

Маркетинговые принципы – это ориентация на потребителя. В клинике 2 группы по-

«Песочные часы – продажа»



Рис. 3. Схематичное изображение правила «воронки»

Внутрифирменный маркетинг



Взаимодействие сотрудников компании, руководства компании и подразделений компании между собой на основе маркетинговых принципов

Цель:

ориентация на потребителя – смысл всей организации

Потребители: внешние и внутренние

Рис. 4. Понятие внутреннего маркетинга

ребителей: внешние – пациенты, внутренние – сотрудники. Построение системы взаимодействий и их взаимоотношений на основе определенных правил приведет к определенной культуре. А внутренняя культура определит «лицо» клиники. Итоговая оценка будет «поставлена» клинике и пациентами, и сотрудниками (рис. 4, 5).

При создании внутрикорпоративной культуры важно определиться с целями внедрения и строительства такой системы. Строим культуру не ради культуры, а все взоры устремляем

на отношения с пациентами. Они стоят во главе угла всех целей и задач. Их ценность и удовлетворенность являются базовыми для развития в этом направлении. Если пациент не выбирает клинику, то клиника не получает нужный ей доход. Говоря о доходах клиники, продажах услуг, маркетинге и культуре, никоим образом не отказываемся от самой сути медицины: качества медицинской помощи, стандартов и протоколов.

В работе клиник существуют «узкие места». И, возвращаясь к организации отделов платных услуг в бюджетных учреждениях, нужно понимать, что есть внутренние проблемы, из-за которых действительно можно потерять деньги. Этот вопрос лежит в плоскости внутрифирменного маркетинга (рис. 6).

В самом начале процесса должны идти анализ и оценка направлений потери денег, лишь потом – разработка плана действий и параметров контроля (индикаторов). И так постоянно: оценка, изменения, контроль и снова изменения.

В управлении действуют 2 основных правила:

- управляем только тем, что можем измерить;
- постоянный контроль – это регулярный менеджмент.

Бывает сложно сразу перейти на другой формат управления. Неизбежны сопротивление изменениям и даже саботаж сотрудников.

Внешний маркетинг

- Анализ конкурентов и позиционирование клиники
- Делаем реальный маркетинговый план
- Прорабатываем каналы привлечения пациентов
- Рассчитываем бюджет на год
- Составляем план мероприятий на год
- Проводим ежемесячное планирование
- Оцениваем эффективность своих затрат

Внутренний маркетинг

- Разрабатываем миссию и видение
- Принимаем правила работы в клинике
- Обучаем персонал – ПОСТОЯННО
- Выбираем критерии оценки
- Вводим систему постоянного контроля и учета
- Поощряем и вознаграждаем усердных
- Выделяем нерадивых сотрудников
- Формируем свою культуру

Рис. 5. Отличия между внешним и внутренним маркетингом

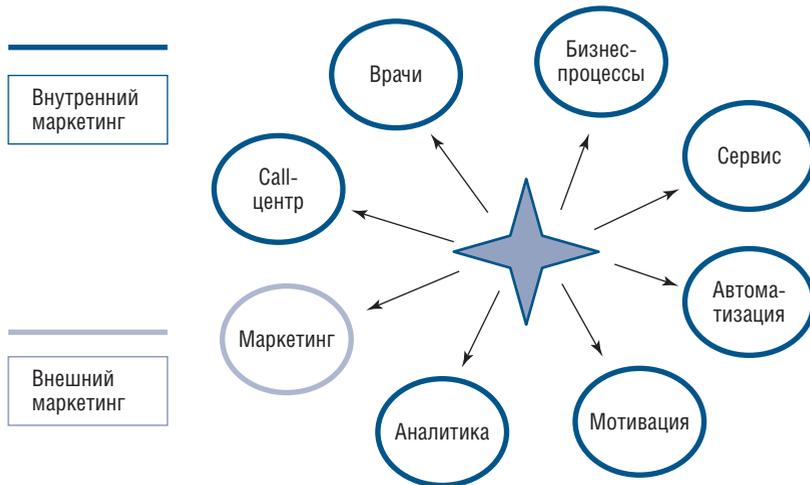


Рис. 6. Направления потери денег клиниками

Но дорогу все равно осилит только идущий. На рис. 7 приведен перечень основных параметров контроля, с которыми нужно «подружиться».

Всю систему внутрифирменного маркетинга невозможно рассмотреть в одной статье. Это работа не на один год, сложная и кропотливая. Очень много зависит от воли руководителя и его твердого решения. Но на двух моментах нужно еще остановиться: сервис и работа администраторов (операционистов) на телефоне.

Это одно из самых слабых звеньев в работе государственных клиник при организации отделов платных услуг и логистики обращающегося пациента. Государственным клиникам сложно конкурировать с частными, где эти качества являются

основополагающими для привлечения и удержания пациента. И всем известно, что в государственную клинику сложно дозвониться и сложно получить ответ оперативно, качественно, чтобы этот ответ удовлетворил пациента. Поэтому далее несколько рекомендаций, что делать с сервисом и call-центром (группой сотрудников регистратуры, отвечающих на телефонные звонки).

Предлагаю и к этим задачам относиться как к проектной работе: цели, задачи, сроки, ответственные и параметры оценки и регулярного контроля.

Call-центр – критерии оценки в работе:

- количество звонков в день в клинику;
- количество записавшихся в клинику/мес;
- количество пришедших в клинику/мес;



Рис. 7. Основные параметры для оценки и контроля

Клиентский сервис как стратегия

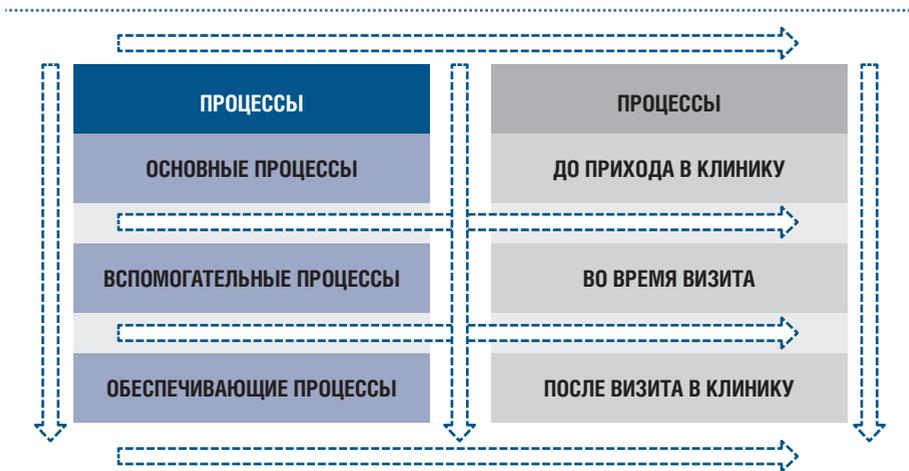


Рис. 8. Взаимоотношение процессов и сервисов при построении клиентского сервиса

- время дозвона в клинику;
- время разговора с пациентом;
- отзывы.

Проведите оценку, сделайте расчет конверсии звонков в визит и получите точный показатель, который должен быть достаточно высоким, не менее 60%. Если у вас он меньше, обязательно разберайтесь, почему так. Запомните: call-центр – это место, где мы «теряем» потенциальных пациентов.

Далее определяем цели и задачи для повышения конверсии звонков в визит:

- делаем скрипты;
- устанавливаем call-трекинг;
- проводим тренинг персонала;
- внедряем параметры контроля работы операционистов;
- проводим регулярный контроль и прослушивание разговоров;
- изменяем систему мотивации.

Что касается создания высокого уровня **клиентского сервиса** – это вопрос на долгие годы. Начав заниматься сервисом и разработав программу внедрения и улучшения сервиса в клинике, нельзя останавливаться. Поэтому важен осознанный подход к старту этого процесса. Изменение системы сервиса в компании – вопрос стратегический (рис. 8). Придется поменять практически все, не оставив без внимания ни один уголок клиники, ни

одного сотрудника в стороне. Итог сервиса – это удовлетворенный пациент. Поэтому все делается вокруг пациента и его потребностей.

Начинаем с оценки уровня сервиса в компании, изучения отзывов, работы с пациентами по их оценкам. Это целый комплекс работ. Важно пройти путь пациента, понять, где можем его «потерять»: до визита в клинику – на сайте, на телефонном звонке; во время визита в клинику – у охраны, в гардеробе, у врача на приеме, в кассе и т.д.; после визита в клинику.

Итак, сервис – это надолго. Задача основная: из потенциального пациента сделать постоянного и затем лояльного. Лояльный пациент приносит самые большие доходы клинике. Он прощает нам ошибки, покупает у нас много услуг, рекомендует нас своим знакомым.

Заключение

Таким образом, для решения задачи по повышению доходности медицинского предприятия существует много рецептов и алгоритмов. Но есть основополагающие принципы, без соблюдения которых решить эту задачу будет сложно. А именно:

- занимаемся маркетингом профессионально, а первое лицо компании несет всю полноту ответственности за качество

маркетинговых коммуникаций и потраченные бюджеты;

- строим внутрикорпоративную культуру и определяем правила и принципы, в которых живет медицинское предприятие;
- внедряем управленческую аналитику на предприятии, которая позволит смотреть на все процессы в клинике через призму цифр и даст возможность быстро принимать управленческие решения и развиваться;
- и, наконец, обеспечиваем рост управленческих компетенций руководителя.

Всем нам, кто родом из «бесплатной» медицины, надо получать требуемые компетенции на просторах рынка, использовать успешный зарубежный опыт и лучшие практики. Обмен опытом, изучение успешного опыта других коллег и предприятий как за рубежом, так и в России, вовлеченность персонала – все это абсолютно стандартные шаги для того, чтобы успешно развиваться и прирастать доходами.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Федулова Надежда Николаевна (Fedulova Nadezhda N.) – кандидат медицинских наук, диплом МВА, генеральный директор ООО «Медицинская консалтинговая группа», руководитель Агентства медицинского консалтинга Zerts, Москва, Россия
E-mail: fedulovann@gmail.com

Реализация приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

Школяренко А.В.,
Коробейникова Е.А.,
Шипачев К.В.

ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», Всеволожск, Россия

Поликлиника ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница» с февраля 2018 г. является участником приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». В настоящей статье подробно описаны проведенные масштабные работы по следующим направлениям: оптимизация работы процедурного кабинета, оптимизация проведения диспансеризации взрослого населения, оптимизация выписки льготных лекарственных препаратов. Дополнительно в 2019 г. в числе прочих в работу были выбраны такие направления, как: оптимизация движения автотранспорта; оптимизация документооборота и оптимизация работы уборщиков служебных помещений. И, учитывая Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 (ред. от 19.07.2018) «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», руководством медицинского учреждения уже определены основные задачи на период до 2024 г.

Ключевые слова:

медико-санитарная помощь, новая модель медицинской организации, оптимизация, население, здравоохранение

Для цитирования: Школяренко А.В., Коробейникова Е.А., Шипачев К.В. Реализация приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 3. С. 24–31. doi: 10.24411/2411-8621-2019-13003
Статья поступила 12.07.2019. Принята в печать 25.08.2019.

Realization of the priority project "Creation of a new model of healthcare organization providing primary health care"

*Shkolyarenko A.V., Vsevolozhsk Clinical Interdistrict Hospital, Vsevolozhsk,
Korobeinikova E.A., Leningrad Region, Russia
Shipachev K.V.*

Polyclinic of the Vsevolozhsk Clinical Interdistrict Hospital since February 2018 has been a member of the priority project "Creation of a new model of healthcare organization providing primary health care". In this article extensive work which was carried out in the following areas is described in detail: procedure room work optimization, optimization of adult population periodic health examination, drug reimbursement system optimization. Additionally, in 2019, among others, the following areas were chosen for work: medical transportation optimization; document flow optimization and service premises scavenger work optimization. And, taking into account the Presidential Executive Order N 204 dated May 7, 2018 On National Goals and Strategic Objectives of the Russian Federation through to 2024, the guidance of the medical institution has already identified main tasks for the period until 2024.

Keywords:

healthcare, new model of healthcare organization, optimization, population, public health service

For citation: Shkolyarenko A.V., Korobeinikova E.A., Shipachev K.V. Realization of the priority project "Creation of a new model of healthcare organization providing primary health care". *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTH-CARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2019; 5 (3): 24–31. doi: 10.24411/2411-8621-2019-13003 (in Russian)

Received 12.07.2019. **Accepted** 25.08.2019.

ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница» (ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ») – многопрофильное лечебное учреждение. Численность прикрепленного населения 182 785 чел. (149 899 чел. взрослого и 32 886 чел. детского населения). Численность сотрудников, работающих в амбулаторно-поликлинических подразделениях (АПП), 571 чел., из них: врачей 251 чел.; среднего медицинского персонала 320 чел. Плановая мощность АПП 3665 посещений в смену. Для оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в структуре имеется: 4 поликлиники (3 взрослые и 1 детская), женская

консультация, 7 врачебных амбулаторий, 5 центров общеврачебной практики (ЦОВП), 7 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), 1 здравпункт. Радиус обслуживания 32 км. Головное учреждение – Всеволожская поликлиника, которая обслуживает 73 126 чел. (59 971 чел. взрослого и 13 155 чел. детского населения). Плановая мощность поликлиники 1540 посещений в смену. В структуру поликлиники входят подразделения, осуществляющие профилактическую направленность: Центр медицинской профилактики и диспансеризации с Центром здоровья, передвижная врачебная амбулатория (ПВА) для обслуживания населения, проживаю-

щего в территориально отдаленных населенных пунктах, дневной стационар. Численность сотрудников поликлиники 184 чел.; из них врачей 88 чел.; среднего медицинского персонала 96 чел. ПМСП оказывается в амбулаторных условиях. Организация медицинской помощи осуществляется по территориально-участковому принципу: в рамках доврачебной медико-санитарной помощи фельдшерами, акушерками и другими специалистами со средним медицинским образованием; первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-терапевтами, терапевтами участковыми, педиатрами, педиатрами участковыми, врачами общей практики; специализированной медико-санитарной помощи врачами-специалистами. Во всех структурных подразделениях, включая ФАП, организована работа дневных стационаров.

С февраля 2018 г. наша поликлиника является участником приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей ПМСП».

Прошли обучение принципам и инструментам бережливого производства за период с февраля 2018 г. по май 2018 г. 70% сотрудников амбулаторно-поликлинических подразделений. Обучение проводили сотрудники отдела ПСС Северо-Западного банка ПАО «Сбербанк». Были обучены врачи, медицинские сестры, медицинские регистраторы. В мае 2018 г. организован проектный офис. Основные задачи проектного офиса: разработка и внедрение нормативной методической документации по проектному управлению; контроль исполнения планов деятельности и формирование отчетности по исполнению планов; контроль реализации проектов, согласование регулярной отчетности.

С целью выявления проблем было проведено анкетирование сотрудников и пациентов. В анкетировании приняли участие 258 сотрудников и 147 пациентов. В холле регистратуры и на этажах поликлиники размещены стенды «Листы проблем и предложений». Были изучены и проанализированы все анкеты, в результате началась работа по 3 направлениям в проекте:

- оптимизация проведения диспансеризации взрослого населения;

- оптимизация работы процедурного кабинета;
- оптимизация выписки льготных лекарственных препаратов.

Были созданы рабочие группы, определены лидеры направлений.

В своей работе мы применяли следующие инструменты бережливого производства: Канбан, вытягивание–выталкивание, диаграмма Спагетти, диаграмма Ишикавы, «5 почему?», картирование, проводили анализ коренных проблем и др. С целью оптимизации и организации рабочих мест активно внедряли систему 5S.

Первое направление: оптимизация работы процедурного кабинета

Выявлены основные проблемы:

- долгое ожидание пациентов в очереди перед кабинетом – более 30 мин;
- низкая пропускная способность кабинета при заборе крови.

Цели:

- сокращение временных потерь для пациента в 2 раза;
- увеличение пропускной способности процедурного кабинета при заборе крови в 1,5 раза.

Решения:

- осуществлять прием плановых пациентов по предварительной записи;
- убрать дублирующую документацию, заполняемую вручную;
- внедрить электронную систему мониторинга за количеством принятых пациентов и назначенных исследований, таким образом, отказаться от ведения журнала регистрации пациентов, заполняемого вручную.

В результате проведенных мероприятий нам удалось:

- сократить время ожидания пациентов до 5–10 мин, коэффициент эффективности вырос в 2,5 раза;
- увеличить пропускную способность с 24 до 40 чел. в час;
- сократить скорость обслуживания пациентов с 5 до 3 мин.

Второе направление: оптимизация проведения диспансеризации взрослого населения

В начале 2018 г. темпы проведения диспансеризации взрослого населения стали заметно снижаться. При анализе коренных проблем выявлена основная причина – изменение законодательства: приказ Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869.

В результате изменения выявлены проблемы и возникшие риски:

- прирост населения и увеличение категорий лиц для проведения диспансеризации;
- увеличение нагрузки на врачей первичного звена;
- потеря интереса со стороны пациентов из-за длительности ожидания;
- отсутствие возможности в медицинской информационной системе (МИС) проведения мониторинга.

Риски:

- увеличение длительности периода прохождения диспансеризации пациентами;
- низкий процент охвата населения диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами;
- потеря клинической ответственности;
- низкая эффективность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Были намечены пути решения и минимизации рисков:

- пересмотр графика работы маммографического (ММГ) и флюорографического (ФЛГ) кабинетов;
- выделение отдельных «коридоров» в кабинете ММГ в течение дня для диспансеризации и профилактических осмотров;
- настройка МИС, разработка и внедрение мониторингов;
- стандартизация процесса диспансеризации и профилактических осмотров;
- обучение сотрудников;

- усиление контроля со стороны руководителей.

При реализации намеченных путей были дополнительно организованы 4 кабинета медицинской профилактики, 3 кабинета доврачебной медицинской помощи с функцией кабинета профилактики, дополнительно открыт кабинет ММГ, количество талонов для записи на ММГ было выделено в соответствии с плановыми показателями, персонально на каждое территориально отдаленное структурное подразделение.

Разработали и внедрили систему мониторингов за проведением диспансеризации.

С целью стандартизации проведения диспансеризации взрослого населения разработано и утверждено Положение об организации диспансеризации и профилактических осмотров ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ», которое содержит 13 приложений-схем; разработаны «рабочие тетради» для врачей первичного звена, фельдшеров, фельдшеров доврачебных кабинетов с краткими алгоритмами проведения диспансеризации, отчетными и статистическими формами.

Актуализировано информационное сопровождение. Разработаны способы записи на диспансеризацию: через терминал самозаписи, установленный в холле регистратуры; регистратуру, врач/фельдшер; посредством сети Интернет, call-центра.

Пациенты, у которых в ходе проведения диспансеризации взрослого населения, профилактических осмотров и других скрининговых мероприятий, была выявлена артериальная гипертензия, находятся на диспансерном наблюдении у врача-терапевта. В ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» с 2015 г. применяется методика диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией с применением дистанционных технологий.

1. Количество включенных в наблюдение пациентов с апреля 2015 г. – 1146 человек;

2. Доля пациентов, перенесших гипертонические кризы, потребовавшие вызова неотложной медицинской помощи, до наблюдения – 343 человека, 29,9%;

3. Доля пациентов, перенесших гипертонические кризы, потребовавшие вызова неотложной медицинской помощи, во время наблюдения – 29 человек, 2,5%;

4. Доля пациентов, перенесших гипертонические кризы, потребовавшие вызова скорой медицинской помощи с последующей госпитализацией, до наблюдения – 114 человек, 9,9%;

5. Доля пациентов, перенесших гипертонические кризы, потребовавшие вызова скорой медицинской помощи с последующей госпитализацией, во время наблюдения – 0 человек, 0%.

Третье направление: оптимизация выписки льготных лекарственных препаратов

Выявлены проблемы:

- количество перемещений при получении льготного рецепта по поликлинике составляет от 3 до 4, посещение кабинетов сопряжено с ожиданием в живой очереди. Время, затраченное пациентом при получении льготного рецепта, иногда достигало 2–3 ч;
- пациенты возвращаются в кабинет врача с напечатанным рецептом с целью получения подписи, нарушая потоки пациентов;
- наличие/отсутствие лекарственных препаратов приходится проверять по списку в ручном режиме.

Намечены пути решения проблем:

- установка имеющегося программного обеспечения по выписке льготных рецептов на персональные компьютеры (ПК) лечащих врачей. Обучение врачей выписке рецептов;
- разработка программного обеспечения, позволяющего отслеживать наличие препаратов в режиме реального времени и выписывать рецепты;
- открытие доврачебного кабинета с приемом фельдшера для выписки рецептов.

В результате проведенных организационных мероприятий достигнуто сокращение количества перемещений до 1–2: кабинет лечащего врача –

кабинет врачебной комиссии; сокращение времени пребывания пациента в поликлинике (до 15 мин); обращения пациентов с жалобами на сложности в выписке льготных рецептов свелись к нулю; нагрузка на участковых врачей – терапевтов/врачей общей практики, врачей-эндокринологов снизилась в 2,5 раза.

В 2019 г. работа в проекте «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» не прекращена. В работу выбраны направления, направленные на экономическую эффективность:

1. «Оптимизация движения автотранспорта»;
2. «Оптимизация документооборота»;
3. «Оптимизация работы уборщиков служебных помещений».

В 2018 г. закончен проект «Организация работы с маломобильными группами населения».

В рамках проекта организованы выездные службы патронажа длительно иммобилизованных пациентов (ДИП) (проект «Доступная поликлиника»).

На сегодняшний день работают 29 мобильных медицинских бригад, состоящих из медицинских сестер, врача-терапевта/врача-гериатра, для оказания консультативной медицинской помощи привлекаются врачи-специалисты. Руководство осуществляет старшая медицинская сестра поликлиники. Бригады оснащены пульсоксиметрами, тонометрами, тест-полосками для определения глюкозы крови, холестерина, глюкометрами, приборами для измерения внутриглазного давления, портативными ЭКГ-аппаратами, укладками для оказания неотложной медицинской помощи. Комитетом по здравоохранению Ленинградской области приобретен автомобиль для обслуживания пациентов на дому.

Принципы курации разделены на 2 основных направления – медицинское и социальное, которые тесно взаимосвязаны.

Медицинское направление:

- получение информации о пациенте ДИП путем личного обращения граждан или их родственников в МО, передача информации о пациенте из стационара; передача информации от органов социальной защиты.

Социальное направление:

- между ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» и Комитетом социальной защиты заключено «Соглашение о взаимодействии по оказанию медицинской и социальной помощи ДИП».

В рамках данного соглашения проводятся обмен информацией о пациентах, актуализация базы списков, совместные выезды и доставка льготных лекарственных препаратов пациентам на дом и др.

Ожидаемые результаты от проекта: снижение смертности среди пожилых людей в 2 раза, сокращение числа госпитализаций по поводу обострения хронических заболеваний и декомпенсации в 3 раза, снижение числа вызовов скорой помощи в 3 раза, снижение заболеваемости инфарктом и инсультом в 2,5 раза, повышение качества жизни.

Сегодня в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» активно развивается паллиативная медицинская помощь. В 2019 г. во Всеволожской поликлинике организован кабинет паллиативной медицинской помощи. Пациентам оказывается консультативная и лечебная медицинская помощь, проводится работа и обучение с родственниками. Для оказания консультативной медицинской помощи привлекаются врачи-специалисты. Организована Школа здоровья по работе с пациентами и родственниками пациентов. Основная цель – эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц до момента их смерти.

В 2016 г. во Всеволожской поликлинике, одной из первой в Ленинградской области, реализован проект «Вежливая регистратура». Основной задачей проекта стало создание инновационной организационной модели регистратуры, продиктованное необходимостью повышения доступности медицинской помощи, устранения очередей в регистратуру и кабинеты врачей, а также достижения слаженной работы амбулаторно-поликлинической службы и высокого уровня комфорта при обслуживании посетителей.

Одним из изменений в поликлинике стали капитальный ремонт и реконструирование самой регистратуры согласно новому дизайн-проекту. Регистратура разделена на открытую и закрытую части. Закрытая – картохранилище, call-центр. Открытая часть регистратуры создана без физических барьеров и обеспечивает эффективное взаимодействие с гражданами, обратившимися лично. Рабочие места автоматизированы, установлена единая МИС. Внесены изменения в организационную структуру регистратуры, разработаны функциональные обязанности и проведено обучение сотрудников с учетом их «зоны ответственности». На смене работают медицинские регистраторы, в холле поликлиники – дежурный администратор и сотрудники службы сопровождения. Разработаны фирменный стиль и именные бейджи для сотрудников регистратуры и администраторов.

Отдельное внимание уделяется обучению в соответствии с требованиями профессионального стандарта «Приветливый персонал – это норма».

Разграничены потоки обращений за медицинской помощью:

- для пациентов, обращающихся в связи с заболеванием и диспансеризацией;
- для пациентов, обращающихся планово и по неотложной помощи;
- для пациентов, обращающихся за оформлением медицинской документации и не нуждающихся в осмотре врача;
- для пациентов, имеющих льготы;
- для пациентов старше 60 лет;
- для пациентов, получающих медицинскую помощь по ОМС и платным услугам.

Новая регистратура для пациента – возможность свободного доступа к информационному терминалу, электронной записи, получению талонов, при необходимости своевременная и добровольная консультация регистраторов.

На прием пациент может записаться с помощью терминала самозаписи, установленного в холле регистратуры, посредством сети Интернет, при самообращении в регистратуру, через call-центр, на приеме врача, через доврачебные кабинеты и сестринские посты. Внедрены ал-

горитмы поведения работников регистратуры при личном и телефонном разговоре, которые остаются на постоянном контроле руководства больницы. Проводится регистрация видео-, аудионаблюдения в регистратуре, call-центре. Координацией работы регистратуры занимается администратор.

Своевременный подбор медицинской документации обеспечивают регистраторы картоохранилища. В картоохранилище, как и на других рабочих местах, установлена единая МИС. Карты подбираются согласно записи пациентов на прием. Вход в картоохранилище возможен по чипу и только для регистраторов картоохранилища и картонош. Участие пациента в передаче медицинской документации исключено. На каждом этаже поликлиники размещаются доврачебные кабинеты и сестринские посты, где медицинские сестры комфортно и быстро, на основании рекомендаций врача, подберут удобное время визита к специалистам и в диагностические кабинеты, распечатают направление, расскажут о подготовке к исследованиям, ознакомят с порядком получения медицинских услуг в поликлинике и больнице, а также ответят на вопросы пациентов в рамках своей компетенции.

Для оказания неотложной медицинской помощи организовано отделение неотложной помощи, выделены приемы врача-терапевта и фельдшера.

Выделен профилактический прием фельдшера, где пациенты могут оформить медицинскую документацию (справку в бассейн, направления на диагностические исследования перед госпитализацией, санаторно-курортную карту и др.).

С целью стандартизации работы регистратуры разработано и утверждено приказом главного врача «Положение об организации деятельности регистратуры ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»», которое включает в себя 21 алгоритм, сформирована «рабочая тетрадь регистратора» с краткими алгоритмами, стандартами общения с пациентами, в том числе при конфликтных ситуациях.

Сегодня для поликлиники «Вежливая регистратура» уже не проект, а плановая работа. Внедрение данного проекта в нашу повседневную жизнь на протяжении 2017–2018 гг. снизило до нуля количество обоснованных жалоб на работу

регистратуры. Благодаря разделению потоков пациентов, разработке оптимальной маршрутизации ликвидированы очереди в регистратуре, нет необходимости пациентам приходить в поликлинику задолго до ее открытия. Благодаря «немой навигации» пациенты быстро и без труда находят необходимые кабинеты.

- В 3,5 раза сократилось время ожидания у регистратуры.
- В 3,7 раза сократилось время «дозвона» в call-центр за счет уменьшения времени разговора с пациентом.
- В 1,4 раза уменьшилось время пребывания пациента в поликлинике за счет сокращения количества обращений в регистратуру.

Работа в проектах позволила сделать понятнее для самих пациентов маршрутизацию и порядок оказания медицинской помощи, исключить затруднительные ситуации при обращении за медицинской помощью. Проекты созданы для пациентов, но в то же время они позволили изменить в лучшую сторону отношение медицинского персонала к своей работе и пациентам.

Учитывая Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 (ред. 19.07.2018) «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», определены основные задачи:

- разработка и внедрение плана мероприятий до 2024 г., направленных на увеличение продолжительности жизни населения района;
- ранняя диагностика онкологических заболеваний в 90% случаев к 2024 г.;
- обеспечение охвата 90% граждан профилактическими медицинскими осмотрами к концу 2019 г.;
- совершенствование паллиативной медицинской помощи. Организация сети кабинетов паллиативной медицинской помощи в 70% территориально отдаленных структурных подразделениях к концу 2020 г.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Школяренко Алла Васильевна (Shkolyarenko Alla V.) – заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», Всеволожск, Россия

E-mail: shkolyarenkoAV@vkmb.ru

Коробейникова Елена Александровна (Korobeynikova Elena A.) – заведующая отделением профилактики, диспансеризации и центра здоровья, врач-терапевт ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», главный штатный специалист по терапии центрального округа Ленинградской области, Всеволожск, Россия

E-mail: smo@vkmb.ru

Шипачев Константин Викторович (Shipachev Konstantin V.) – кандидат медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», Всеволожск, Россия

E-mail: smo@vkmb.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2400-6269>

О том, как должно выглядеть отечественное здравоохранение в перспективе (субъективное мнение)

Комаров Ю.М.

Комитет гражданских инициатив, Москва, Россия

В статье перечислены минусы современной организации здравоохранения и пути преодоления создавшихся проблем. Представлена оптимальная структура будущего отечественного здравоохранения, сделано предположение о том, какая именно модель наилучшим образом подходит к предложенной структуре и к ее основе – семашкинским принципам.

Ключевые слова:

здравоохранение, семашкинские принципы, система охраны здоровья, первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики

Для цитирования: Комаров Ю.М. О том, как должно выглядеть отечественное здравоохранение в перспективе (субъективное мнение) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 3. С. 32–35. doi: 10.24411/2411-8621-2019-13004
Статья поступила 09.06.2019. **Принята в печать** 25.08.2019.

About how domestic public health service should look for the foreseeable future (subjective opinion)

Komarov Yu.M.

Russia's Committee of Civil Initiatives, Moscow, Russia

In the article minuses of modern public health organization and ways to overcome existing problems are listed. More optimal structure of domestic public health service future is represented, an assumption about which model eminently suitable to the proposed structure and its basis – Semashkin principles – is made.

Keywords:

public health service, Semashkin principles, health care maintaining system, primary health care, general practitioner

For citation: Komarov Yu.M. About how domestic public health service should look for the foreseeable future (subjective opinion) ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (3): 32–5. doi: 10.24411/2411-8621-2019-13004 (in Russian)
Received 09.06.2019. **Accepted** 25.08.2019.

Перед тем как решать, какая модель должна быть у отечественного здравоохранения: бюджетная (как в Англии и Уэльсе), страховая социальная (как в Германии, где она горит ярким пламенем и требует постоянных дотаций из бюджета) или коммерческая (как в США и Швейцарии), необходимо понять некоторые главные вещи.

Здравоохранение – это не экономическая система с рыночными отношениями, где доминируют рентабельность и прибыльность. Попытки перевести наше здравоохранение с социальных на экономические рельсы привели к значительному сокращению численности персонала и к закрытию многих нерентабельных организаций [участковые больницы, фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), роддома и др.]. Они и ранее были такими, но тогда исходили не из экономичности, а из целесообразности. И система, основанная выдающимися организаторами здравоохранения, выдержала (не полностью) удары «рыночников» в последние годы. Мы как-то забыли о том, что медицинская и образовательная организации на селе являются еще и очагом культуры, и с их ликвидацией село гибнет: уезжают и умирают люди, дома разрушаются, поля зарастают чертополохом. Об этом многие авторы и мы в том числе неоднократно писали.

Мы здесь не будем отмечать все ошибки и недостатки отечественного здравоохранения, о них написано много, и все они хорошо известны профессионалам, и не только им. В основном они связаны не непосредственно с медицинской помощью, а с ее организацией. К сожалению, в Минздраве России мало организаторов здравоохранения, а только лишь клиницисты, которые хорошо знают, как надо лечить или исследовать. В здравоохранении и медицине уже давно практикуется специализация, и врач-проктолог не будет лечить болезни глаза. Из-за никудышной организации страдают прежде всего пациенты, а также организация здравоохранения, что четко прослеживается на хаотичных и неэффективных действиях и шарханьях современных чиновников от медицины.

Одновременно никак нельзя считать, что явно недофинансированное советское здравоохранение было основано на «семашкинских» универсальных принципах. Об этих принципах и степени их реализации мы написали в журнале «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ»¹. Некоторые из этих принципов (широкое участие значительных масс трудящихся в решении задач здравоохранения) в силу своей демократичности так и остались не реализованными, другие – не до конца выполненными. Поэтому глубокую политическую и ведомственную ошибку допускают те политологи и горе-специалисты, которые отождествляют советское здравоохранение с перспективными семашкинскими принципами, пока не достигнутыми ни в одной стране мира.

Тем не менее здравоохранение является выраженной социальной системой и потому относится к сфере деятельности государства, которое выдвигает целевые требования, а не к сфере частного бизнеса. Упование на частные клиники является ошибочным, ибо частные клиники, помимо преследования добычи прибыли, в любой момент могут закрыться, перепрофилироваться и т.д. Потому на них можно рассчитывать как на дополнительную помощь по отдельным видам. О малопонятной для врачей и принижающей их роль в обществе рыночной терминологии (медицинская услуга, набор медицинских услуг вместо медицинской помощи, продавец, покупатель и потребитель медицинских услуг, деньги следуют за пациентом, оплата за пролеченного больного и т.д.) можно просто забыть. А принцип «спрос–предложение» прекрасно реализуется через потребности населения в разных видах медицинской помощи и степень ее удовлетворения.

Другая проблема – как выстроить систему без учета модели (бюджетной, страховой или смешанной) здравоохранения. Для этого, в полном соответствии с Конституцией РФ (начало 41 статьи), целесообразно разделить всю систему на систему охраны здоровья (СОЗ) и оказание медицинской помощи, понимая, что это разные

¹ Комаров Ю.М. О научной основе семашкинской модели здравоохранения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2015. № 1. С. 120–127.

понятия, с разной ответственностью, разными мероприятиями и разными ресурсами.

СОЗ – это совокупность мер политического, экономического, правового, социально-культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противэпидемиологического характера, направленных на укрепление здоровья людей и поддержание их долголетней активной жизни. Уже из этого определения следует государственный и политический характер СОЗ в нашей стране. К СОЗ относятся такие проблемы, как питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, загрязнение воздуха и здоровье, условия труда и здоровье и т.д. За это все должны нести ответственность первые лица государства, не переваливая ее на отраслевые плечи. На верхнем федеральном уровне устанавливаются требования по критерию здоровья к функционированию всех подсистем (отраслей) структуры общества и с привлечением общественных организаций, контролируется их исполнение, о чем докладывается ответственному лицу. Спрос осуществляется с отраслевых министров, а показатели выполнения этих требований могут в том числе служить для них оценочными критериями, что придаст этой оценке более объективный характер.

На следующем уровне устанавливаются требования по критерию здоровья к функционированию отдельных территорий, степень выполнения этих требований должна иметь количественное выражение и использоваться при оценке деятельности губернаторов. Сюда относятся региональные демографические проблемы здоровья, создание условий для оказания наиболее адекватной и качественной медицинской помощи и ведения здорового образа жизни.

На низовом (первом) уровне СОЗ находится первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) в виде общей практики. Именно здесь основное внимание (до 55% рабочего времени) должно уделяться профилактике болезней, что соответствует мировым тенденциям – переходу от медицины лечебной к медицине предупредительной, о чем более 150 лет тому назад говорил классик Н.И. Пирогов. Именно ему принадлежит идея многоуровневой сортировки раненых, больных и пораженных, на практике проверенная во время неудачной

для России Крымской кампании, начиная с сортировочного поста и заканчивая тыловым сортировочным эвакуогоспиталем. Эта система позволяла как можно скорее оказать пациентам наиболее адекватную медицинскую помощь в нужном месте и легла в основу советской военно-медицинской доктрины, позволившей добиться невиданных ранее результатов возвращения в строй военнослужащих в годы Великой Отечественной войны.

Профилактика заключается в сохранении и развитии условий, способствующих улучшению здоровья в общине (первичная профилактика), предупреждении негативного действия внешних факторов на здоровье (вторичная профилактика), перехода болезней в более тяжелые формы и предупреждении обострений (третичная профилактика). Кроме того, должна проводиться практическая работа по ведению гражданами, начиная с детского возраста, здорового образа жизни, за создание условий для этого должны нести ответственность местные органы власти (региональные, включая муниципалитеты, при изменении их функций и достаточном финансировании). Особое место в профилактике принадлежит массовым профилактическим осмотрам (скринингам) и индивидуальной диспансеризации со взятием под диспансерное наблюдение (диспансерный учет) и последующее обязательное оздоровление.

Кроме того, ПМСП, и в частности общая врачебная практика, должна оказывать необходимую медицинскую помощь прикрепленному населению на приеме и на дому, для чего врачу общей практики должны быть созданы соответствующие условия, о чем мы неоднократно писали.

Врач общей практики – это нечто новое для нашей системы: не нозологический врач, а синдромальный, использующий классификацию симптомов и синдромов Всемирной организации по семейной медицине (World Organization of Family Doctors, WONCA), а не Международную классификацию болезней и причин смерти (МКБ). Поэтому медицинские стандарты должны начинаться не с диагнозов (нозологий). Кроме того, врач общей практики несет ответственность за своих пациентов, где бы они ни находились: в больнице, диспансере и т.д. О правах и обязанностях (моральных и материальных) этого врача,

а также о других особенностях его работы мы неоднократно писали, потому здесь нет смысла повторяться. От того, как будет организована ПМСП, зависит эффективность всех последующих уровней. Целью второй части вышеобозначенной развилки является предоставление каждому пациенту своевременной, качественной и адекватной помощи в соответствии с современным уровнем развития науки и медицинской практики в случае утраты здоровья и трудоспособности.

Как видно, СОЗ является массовой задачей, а оказание медицинской помощи – индивидуальной, хотя и содержит некоторые общие черты, позволяющие разрабатывать медицинские стандарты, включая клинические рекомендации и локальные протоколы. Вся оказываемая врачами медицинская помощь (лечебная, диагностическая, лекарственное обеспечение) при этом должна быть выстроена следующим образом: от простого к сложному, от общей помощи к специализированной и узкоспециализированной. В данном случае ПМСП, куда входят также ФАПы и общая скорая помощь (амбуланс и перевозка), является массовой помощью общего типа. Именно через ПМСП должны проходить все пациенты и на этом уровне должны решаться до 80–85% всех проблем нездоровья или травм пациентов.

На следующем уровне (менее 20% пациентов) начинается специализированная помощь в виде амбулаторных консультативно-диагностических центров (КДЦ), созданных путем слияния поликлиник и диагностических центров, где работают врачи-специалисты, включая педиатров и акушеров-гинекологов, консультанты для врачей общей практики.

Как известно, среди участковых врачей (терапевтов и педиатров) и врачей общей практики существенно преобладают женщины (хотя труд их нелегкий и в других странах ложится на плечи мужчин), к тому же многие из них в предпенсион-

ном возрасте, а врачей общей практики настолько мало (к тому же их неправильно готовят, не понимая сути ПМСП), что для замены участковых врачей их число нужно увеличить в десятки раз.

Если сейчас через ПМСП проходит 40% пациентов, то в перспективе их должно быть 100% и не насильно, как это сейчас делается, требуя направления от участкового врача. А дальше должно быть выстроено оказание медицинской помощи населению, представленное в фундаментальных работах, в том числе в недавней нашей книге².

На стационарную помощь общего типа (4–6 основных отделений) сейчас поступают 15% пациентов и такая же доля сохранится; число госпитализаций стационарной специализированной помощи должно уменьшиться до 5%, на высокие технологии – до 0,01%, на паллиативную медицинскую помощь, напротив, число госпитализаций должно возрасти до 10% пациентов. Соответственно должны произойти постепенные изменения в распределении врачей и финансовых средств. Если сейчас в первичном звене заняты 10% всех врачей и там расходуется 10% всего финансирования, то на перспективу эти показатели должны вырасти до 45 и 35% соответственно. В стационарах число врачей должно возрасти в узкоспециализированной помощи и в высоких технологиях. Исходя из маршрутов движения пациентов несложно рассчитать необходимое число организаций на каждом уровне, объемы помощи и т.д.

Конечно, это весьма примерная структура, но ее перспектива должна обсуждаться именно сейчас. Потом можно определить, какая модель (бюджетная, страховая и т.д.) наибольшим образом подходит к этой структуре и к ее основе – семашкинским принципам, лучше которых ничего в мире не придумано, и произвести необходимые расчеты.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Комаров Юрий Михайлович (Komarov Yuri M.) – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Комитета гражданских инициатив, Москва, Россия
E-mail: drkomarov@mail.ru

² Вильк М.Ф., Комаров Ю.М. *Время перемен*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 592 с.

ТЕЗИСЫ

VII Международного конгресса «ОРГЗДРАВ–2019. Эффективное управление медицинской организацией» (24–25 апреля 2019 г., Москва)

Голощاپов-Аксенов Р.С., Семенов В.Ю., Кича Д.И.

Совершенствование медицинской помощи больным с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

НУЗ «НКЦ ОАО «РЖД»», Москва, Россия

Актуальность. Представлены результаты лечения больных с хронической ишемией нижних конечностей, показаны преимущества рентгенэндоваскулярной и гибридной технологии хирургического лечения, сформулированы организационные предложения по совершенствованию медицинской помощи больным с облитерирующими заболеваниями артерий для повышения качества общественного здоровья.

В РФ хирургические операции больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) проводят сердечно-сосудистые хирурги, врачи по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению и врачи-хирурги отделений хирургии. Выбор способа лечения, хирургического или рентгенэндоваскулярного, может не соответствовать стандартам оказания медицинской помощи и современным рекомендациям, так как для лечения больных врачи используют те технологии, которыми владеют, что может влиять на качество жизни больных. Важно отметить, что в случае развития осложнений при выполнении рентгенэндоваскулярных операций показания и способ коррекции неблагоприятного исхода операции определяет сердечно-сосудистый хирург, что может приводить к задержке оказания медицинской помощи или необоснованному применению альтернативного способа лечения.

Цель исследования: изучить результаты лечения больных с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК) и определить возможные пути совершенствования оказания медицинской помощи больным с облитерирующими заболеваниями артерий.

Материал и методы. Материалами исследования явились результаты лечения больных с ХИНК, применения алгоритмов оказания помощи больным с ССЗ и данные о профессиональной подготовке врачей, выполняющих хирургические и рентгенэндоваскулярные операции у больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Клиническими базами для изучения результатов лечения больных с ХИНК были Центральная городская клиническая больница г. Реутов Московской области и Научный клинический центр ОАО «РЖД». Исследование проведено в 2012–2018 гг. В исследование был включен 961 больной с ХИНК. Опытную группу составили 450 пациентов, которым проводили гибридное или рентгенэндоваскулярное лечение, контрольную группу – 511 пациентов, которым проводили консервативное или хирургическое лечение (бедренно-подколенное шунтирование). Результаты консервативного и хирургического лечения больных с ХИНК изучали на основании ретроспективного анализа историй болезни. Показания и тактику хирургического лечения больных с ХИНК определял сердечно-сосудистый хирург, который прошел профессиональную переподготовку по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению и владел навыками сердечно-

сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии. Изучение результатов лечения больных проводили на этапе стационарного лечения и через 12 мес после лечения по выбранным критериям эффективности и безопасности. Оценивали качество жизни пациентов.

Результаты. Изучение непосредственных и однолетних результатов лечения больных с ХИНК, которым проводили рентгенэндоваскулярное или «гибридное» хирургическое лечение в сравнении с медикаментозным или традиционным хирургическим, показало высокую эффективность и безопасность, которые характеризовались отсутствием развития интраоперационных и послеоперационных осложнений, конечных точек (инфаркт миокарда, инсульт, кровотечения) в течение всего времени наблюдения и необходимости повторных госпитализаций у большинства больных. Повторно госпитализированы в течение первого года наблюдения 39 пациентов в связи с развитием рестеноза после рентгенэндоваскулярной реканализации артериального русла и прогрессированием атеросклероза, что составило 8,6%. Достоверно меньше были длительность целевой госпитализации и частота повторных госпитализаций в течение первого года в опытной группе больных по сравнению с пациентами, которым проводили консервативное лечение или выполняли бедренно-подколенное шунтирование. Пациенты с окклюзирующим поражением бедренно-подколенного или тиббиального сегментов, с хронической артериальной недостаточностью IIБ стадии, которые проходили ранее только консервативное лечение, после рентгенэндоваскулярной реваскуляризации нижних конечностей отметили значимое улучшение состояния, увеличение дистанции безболевого ходьбы и снижение стадии ХИНК до IIA и I стадии.

Высокие показатели качества жизни больных опытной группы как на этапе госпитализации, так и в течение 12 мес наблюдения обеспечивались достоверно меньшими сроками нахождения в стационаре во время целевой госпитализации и отсутствием неблагоприятных исходов операций.

Заключение. Приоритетное использование рентгенэндоваскулярных методов и гибридной стратегии для лечения больных с ХИНК в исследовании обеспечивает высокое качество их жизни. Для достижения лучших результатов лечения больных с облитерирующими заболеваниями артерий и повышения качества общественного здоровья необходимо увеличение количества врачей сердечно-сосудистых хирургов, владеющих и навыками сердечно-сосудистой хирургии, и рентгенэндоваскулярной технологией лечения, а также увеличение частоты применения малоинвазивной стратегии лечения у больных с заболеваниями сердца и сосудов.

Гончаров С.Ф., Баранова Н.Н.

Проблемы мониторинга больных и пострадавших в повседневном режиме и при чрезвычайных ситуациях

ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Информационные технологии применяются в системе медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях (ЧС). Создана автоматизированная информационно-телекоммуникационная система для консультаций пострадавших в ЧС. Проводится мониторинг состояния наиболее «тяжелых» пациентов, оказанной им медицинской помощи, телемедицинских консультаций и медицинской эвакуации.

Цель: определить основные направления разработки информационных технологий в деятельности Службы медицины катастроф (СМК).

Результаты и обсуждение. Тенденция активизации разработки и интенсивного внедрения информационных технологий (ИТ) в здравоохранении проявляется отчетливо.

Основные задачи цифровизации здравоохранения:

- внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов;
- внедрение и развитие медицинских информационных систем во всех медицинских организациях;
- переход на электронный документооборот;
- внедрение дистанционных методов диагностики, мониторинга состояния и лечения пациентов и др.

Информационные технологии все больше применяются в системе медицинского обеспечения населения при ЧС.

Важность применения ИТ в деятельности СМК подчеркивает перечень почти 40 разноплановых мероприятий в государственном задании для ВЦМК «Защита» на 2019 г., которые предстоит реализовать.

Созданная автоматизированная информационно-телекоммуникационная система позволяет бесперебойно проводить видеоселекторные совещания специалистов ВЦМК «Защита» с руководством Минздрава, МЧС, Минобороны и других органов исполнительной власти (ФОИВ) – около 1500 мероприятий за 2018 г.

Первая очередь телемедицинской системы Минздрава России включает:

- Федеральный телемедицинский координационно-технический центр на базе ВЦМК «Защита»;
- более 179 федеральных медицинских организаций, в том числе 23 НМИЦ Минздрава России;
- около 800 региональных медицинских лечебных организаций.

За 2018 г. выполнено более 4,7 тыс. телемедицинских консультаций (ТМК), из них 36,7% консультаций было проведено по экстренным показаниям. В 2019 г. предусматривается выполнить не менее 15 тыс. консультаций по 26 основным профилям.

Разработано техническое задание и идет развитие комплексной системы мониторинга состояния наиболее «тяжелых» пациентов, оказанной им медицинской помощи, телемедицинских консультаций и медицинской эвакуации.

Для проведения мониторинга выделены следующие составляющие:

- блок информации догоспитального периода;
- первичный блок информации госпитального периода, включающий объем работ по оказанию экстренной медицинской помощи;
- продленный мониторинг тяжело пострадавших, включающий информацию об объеме работ по обследованию, лечению, проведению ТМК, а также проведению повторной и последующей медицинской эвакуации;
- блок информации, включающий процедуру снятия пациентов с мониторинга, определение критериев снятия на основании соответствующей документации (единые образцы необходимых документов, например протоколов ТМК, решений врачебных комиссий, консилиумов и др.);
- статистическая обработка данных текущего мониторинга с возможностью получения сведений по затребованным параметрам, а также учет пациентов, снятых с мониторинга.

Анализ полученных данных мониторинга пострадавших за 2018 г. показал, что те пострадавшие, которые госпитализируются с места ЧС в медицинские организации 1-го уровня, в дальнейшем эвакуируются повторно – 34,0% взрослых и 79,0% детей; из медицинских организаций 2-го уровня эвакуируются 30,0% взрослых и 63,0% детей. Высокими остаются показатели летальности в данных медицинских организациях: 9,3% на 1-м уровне и 12,8% – на 2-м.

Из всех повторно эвакуированных в последующем умирают более 11,0% взрослых и почти 5,0% детей.

Вместе с тем при грамотной маршрутизации медицинской эвакуации таких потерь можно было бы избежать, хотя во многих ситуациях это сложно при ЧС.

Отсутствие единой диспетчеризации, разнообразие административных решений приводят к нерациональному использованию кадровых и материальных ресурсов, необоснованной маршрутизации пациентов как в режиме повседневной деятельности, так и при ликвидации последствий ЧС.

Отсутствие критериев качества медицинской помощи при выездных формах работы и проведения медицинской эвакуации не позволяют в полной мере правильно проводить оценку, анализ и своевременность мероприятий по оптимизации организации и оказанию конкретного вида медицинской помощи и в конкретной форме, особенно при ЧС, что очень важно в условиях реализации запланированных мер по развитию санитарной авиации. При этом требуется наиболее разумно выстраивать систему маршрутизации медицинской эвакуации и постоянно осуществлять мониторинг ее проведения.

Заключение. Основными направлениями, применительно к которым необходимо продолжать осуществлять разработку и внедрение информационных технологий в деятельность СМК в ближайшие годы, целесообразно считать:

- управление организацией оказания медицинской помощи, медицинской эвакуации при ликвидации последствий ЧС и их качеством;
- ресурсы здравоохранения, привлекаемые для ликвидации последствий вероятных ЧС;
- управление СМК Минздрава России.

Несомненно, применение информационных технологий в деятельности СМК должно основываться на современной базе нормативно-правового регулирования и методического сопровождения всех вопросов столь разнопланового процесса.

Данилов А.В.

Формирование управленческих решений при реструктуризации медицинских организаций региона на основе технологии инструментального бенчмаркинга

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области, Воронеж, Россия

Актуальность. Технология инструментального бенчмаркинга рассматривается как инновационная управленческая технология, направленная на повышение эффективности деятельности и устойчивости развития здравоохранения региона. Результативность региональной системы здравоохранения при оказании качественных медицинских услуг населению и рациональном расходовании ресурсов достигается путем реструктуризации медицинских организаций. Приведены классификация управленческих ситуаций и возможные варианты решений.

Одно из направлений инновационной деятельности руководителей органа управления здравоохранением региона связано с возможностью принятия решения о реорганизации/ликвидации малоэффективных медицинских организаций и направления бюджетных средств на объединение, развитие более перспективных организаций. Возникает задача разработки таких управленческих технологий, которые позволяют обосновать необходимость реорганизации/ликвидации медицинских организаций.

Цель работы состоит в разработке механизма формирования набора управленческих решений на основе технологии инструментального бенчмаркинга, направленных на реструктуризацию медицинских организаций.

Материал и методы. При подготовке управленческих решений использовались оценки эффективности деятельности медицинских организаций региона, полученные в результате проведения ин-

струментального бенчмаркинга (BM), и оценки удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи, измеренные по методике SERVQUAL–SQI.

Результаты. Для принятия решения о ликвидации/развитии той или иной медицинской организации органом управления здравоохранением региона на основе оценок, полученных средствами инструментального BM, и оценок степени удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи составляется классификационная матрица. Такая матрица содержит четыре категории: 1 – высокие показатели качества оказания медицинской помощи и высокая эффективность деятельности; 2 – низкие показатели качества и высокая эффективность; 3 – высокие показатели качества и низкая эффективность; 4 – низкие показатели качества и низкая эффективность. Каждая медицинская организация относится только к одной из перечисленных категорий. Метод принятия решений основан на выработке правил, применяемых к той или иной медицинской организации, включенной в 1 из 4 категорий.

Так, если медицинская организация имеет высокую оценку эффективности (оценка бенчмаркинга $BM \geq 90\%$) и высокий показатель качества оказания медицинской помощи (индекс качества SQI положительный и $\geq 0,4$), то такую организацию относят к 1-й категории. Соответственно иная медицинская организация, имеющая низкую эффективность ($BM < 70\%$) и отрицательный индекс качества ($SQI < -0,4$), будет отнесена к 4-й категории. При наличии промежуточных значений показателей эффективности и качества медицинские организации будут классифицированы во 2-ю или 3-ю категорию.

Проведенная классификация позволяет определить для медицинских организаций, отнесенных к одной из четырех категорий, соответствующий комплекс мероприятий, направленных на совершенствование их деятельности. Так, для медицинских организаций, отнесенных к 4-й категории (низкие оценки эффективности, низкие показатели качества), осуществляется разработка стратегического плана развития медицинской организации, содержащего следующие мероприятия:

- внедрение методов социального стимулирования (повышение окладов, улучшение условий работы персонала, создание условий для повышения квалификации кадров);
- обеспечение медицинского учреждения современной материально-технической базой и новыми медицинскими технологиями;
- внедрение инновационных методов диагностики и лечения;
- изменение годовых объемных показателей с учетом качества оказания медицинской помощи – при участии в исполнении территориальной программы государственных гарантий;
- совершенствование системы контроля за доступностью и качеством оказываемых услуг;
- применение сценариев реструктуризации – повышение/понижение уровня специализации, уменьшение/увеличение коежного фонда, ликвидация в форме присоединения к эффективной медицинской организации.

Соответствующие мероприятия разрабатываются для медицинских организаций, отнесенных к 1–3-й категории.

Применение разработанной методики реструктуризации позволило обосновать ликвидацию в форме присоединения четырех медицинских организаций региона, разработать стратегии развития 10 медицинских организаций-аутсайдеров.

Регулярное (1 раз в полугодие) проведение процедур BM эффективности деятельности медицинских организаций региона является источником объективной информации в стратегическом планировании регионального здравоохранения, так как задача повышения эффективности использования ресурсов на основе перехода на интенсивные модели развития приводит к существенной реструктуризации сети медицинских организаций.

Регулярное (1 раз в полугодие) измерение удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи по методике SERVQUAL является независимым источником информации для принятия управленческих решений.

Заключение. Разработанная методика реструктуризации создает предпосылки к внедрению экономически эффективных (рыночных) методов управления в здравоохранении, позволяет обосновать стратегическое планирование, направленное на обеспечение последовательной реализации государственной политики в области здравоохранения.

Евстигнеев А.В.

Один из вероятных путей решения кадровой проблемы в здравоохранении

ООО УМК «Сердолик», Новосибирск, Россия

Предлагается путь решения проблемы снижения инвестиций во врачебный трудовой капитал, формирования устойчивых трудовых взаимоотношений врача с лечебной организацией, стимуляции профессионального роста врачебного персонала.

Цель. На всех уровнях общества, особенно в отчетах Министерства здравоохранения РФ, активно обсуждается проблема решения кадрового дефицита в здравоохранении, составляющего, по разным оценкам, от 22,5 тыс. до 27 тыс. человек. Подготовка квалифицированного врача требует длительного времени, всестороннего профессионального развития, в том числе помощи наставников. Подготовка врача стоит немало средств, в среднем от 1 млн 200 тыс. руб. за 6 лет обучения. Стажировки внутри РФ стоят от 580 руб. за 1 ч, не считая расходов на проживание и дорогу стажера. Стажировка за рубежом стоит гораздо дороже и доходит до 40 млн руб. за курс. При этом средняя зарплата врача не превышает 60 тыс. руб.

Обсуждение. В современной литературе одной из главных причин кадрового дефицита называется выход на пенсию медицинских работников, не восполняемый приходом молодых специалистов. Приток молодых специалистов сдерживается отсутствием приемлемого жилья, низкими зарплатами, отсутствием бытовой и профессиональной инфраструктуры.

Однако наблюдения говорят, что во многом интерес к профессии падает в силу трудностей в профессиональном росте, несоответствия требуемых затрат для такого роста и последующих врачебных доходов.

Надежным инструментом в обеспечении профессионального роста могли бы стать инвестиции в профессиональное развитие врача со стороны работодателя, стороннего инвестора. Однако существующим Трудовым кодексом (ТК РФ) такие инвестиции ничем не защищены, а именно любой врач, сославшись на ст. 80 ТК РФ, может уволиться, не неся никаких обременений, связанных с инвестициями в его профессиональное развитие (оплата стажировок, конференций, научно-практических изысканий). Никаких обременений не понесет следующий работодатель, принимающий на работу специалиста более высокого уровня.

Защищенные вложения в повышение квалификации видятся единственным эффективным способом регулярно повышать компетентность врачей, расширять список специалистов, способных обучать следующее поколение докторов, снизить кадровую текучку и решить проблему устойчивой работы лечебных учреждений разной формы собственности.

Заключение. Предлагаемые сегодня бюрократические регулирующие схемы не работают. Современная кадровая проблема не должна формулироваться как банальное физическое сокращение кадрового дефицита. Необходимо создать условия, при которых врач на каждом этапе своего профессионализма будет иметь объективную оценку своего профессионализма, своеобразный рейтинг, слагающийся из опыта, научной работы, межличностных отношений, в том числе активности в подготовке учеников и т.д. При этом врач имеет возможность/обязан заключить контракт с лечебной

организацией (ЛО) на твердых условиях, гарантирующих специалисту условия работы, развития и, конечно же, доход, с другой стороны, гарантирующий руководителю ЛО полноценную работу специалиста в оговоренный период, а также защиту инвестиций в этого специалиста. Для претворения такого решения в жизнь необходимо следующее.

1. Распространить на трудовые отношения врача и ЛО действие ст. 384 ТК РФ (ч. 3, 12).

2. Законодательно предусмотреть компенсации инвестору при разрыве профессионального врачебного контракта со стороны последующего работодателя, а некоторых случаях и со стороны врача.

Иванова А.А., Симонов С.Н.

Феномен сочетания низкой рождаемости с низкой младенческой смертностью

ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина», Тамбов, Россия

На основе корреляционно-регрессионного анализа на большом статистическом материале показана реализация феномена взаимосвязи низкой рождаемости и низкой младенческой смертности на четвертом этапе демографического перехода. Отвергнута ведущая роль абдоминального родоразрешения в формировании тенденции снижения уровня младенческой смертности в РФ за последнее десятилетие.

Актуальность. Подавляющее большинство экономически развитых стран находятся на четвертом этапе демографического перехода, который характеризуется низкой рождаемостью в сочетании с низкой смертностью, простым режимом воспроизводства (замещения поколений) и стабильной половозрастной структурой населения. В России четвертый этап еще не завершен, и в силу этого по-прежнему уровень смертности в 1,2–1,8 раза выше рождаемости, наблюдаются отрицательный естественный прирост, суженный режим воспроизводства населения и тенденция его постарения. Наибольшими темпами в последние годы снижается показатель младенческой смертности как в целом по стране, так и в отдельных регионах РФ. Это противоречит характеру демографических процессов, так как они по своей сути обладают выраженной инертностью, взаимосвязанностью и относительной устойчивостью к прямому влиянию внешних, в том числе социально-экономических, факторов. В результате наблюдается противоречие: общий коэффициент рождаемости (ОКР) оценивается в нашей стране как «очень низкий», т.е. менее 10 на 1000 всего населения, или как «низкий» – в пределах 10,0–14,9‰ (ОКР в 2017 г.: РФ – 11,5‰, ЦФО – 10,1‰, Тамбовская область – 8,6‰), общий коэффициент смертности (ОКС) – как «средний» – 10–14,9‰ или «высокий» – 15,0–24,9‰ (ОКС в 2017 г.: РФ – 12,4‰, ЦФО – 12,9‰, Тамбовская область – 15,2‰), а коэффициент младенческой смертности (МС) – как «низкий», т.е. менее 10 на 1000 рожденных живыми (МС в 2017 г.: РФ – 5,5‰, ЦФО – 5,1‰, Тамбовская область – 2,4‰). Суть противоречия состоит в том, что такие низкие уровни МС наблюдаются в высокоразвитых странах мира (МС в 2016 г.: Япония – 2,0‰, Норвегия, Финляндия – 2,5‰, Швеция – 2,6‰, Испания, Франция, Италия – 3,3‰, Германия, Израиль – 3,5‰, США – 5,8‰).

Цель исследования – определить, в какой степени уровень младенческой смертности связан с уровнем рождаемости, является процесс снижения младенческой смертности демографическим феноменом, детерминированным низкой рождаемостью, или это результат деятельности системы здравоохранения.

Материал и методы. Основным методом выступал корреляционно-регрессионный анализ, которому был подвергнут массив официальных статистических данных по субъектам РФ за 2014–2017 гг. Кроме того, по материалам Тамбовской области было проведено выборочное исследова-

ние для выявления роли абдоминального родоразрешения в формировании уровня младенческой смертности.

Результаты. В ходе исследования установлено следующее.

1. Существует прямая сильная статистически достоверная корреляционная зависимость уровня МС от уровня ОКР: $r=+0,75\pm 0,23$; $p<0,05$. При этом рост на 1‰ уровня ОКР приводит в среднем к увеличению на 0,45‰ уровня МС (аппроксимирующее уравнение $y=A+bx$). При прямом пересчете уровней МС в субъектах, сгруппированных по официально принятой градации ОКР, коэффициент корреляции $r=+0,97\pm 0,14$; $p<0,001$.

2. Расчеты по абсолютным числам рожденных и умерших в младенческом возрасте показал, что в среднем по РФ умирает 1 из 136 новорожденных; в субъектах с «очень низкой» рождаемостью – 1 из 171, с «низкой» рождаемостью – 1 из 143, с уровнем ОКР «ниже среднего» – 1 из 122, со «средним» уровнем ОКР – 1 из 68, и с уровнем ОКР «выше среднего» умирает 1 из 67 родившихся живыми.

3. Проверка рабочей гипотезы о существенном влиянии абдоминального родоразрешения (кесарева сечения) на уровень младенческой смертности была отвергнута, так как коэффициент корреляции Пирсона $r=-0,23\pm 0,11$; $p>0,05$. Кесарево сечение только на 5,3% (коэффициент детерминации D, %) определяет уровень младенческой смертности.

Исаенкова Е.А.

Методика измерения удовлетворенности качеством медицинских услуг пациентами в системе менеджмента качества медицинской организации

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области,
Воронеж, Россия

Актуальность. Рассматривается формализованная методика измерения значений удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг. Полученные на этапе независимой оценки качества результаты изменений могут быть учтены при принятии управленческих решений по выбору корректирующих и предупреждающих действий в системе менеджмента качества.

Реальную основу для обеспечения конкурентоспособности медицинских услуг и повышения их качества составляют объективная системная оценка качества медицинских услуг, изучение удовлетворенности населения медицинскими услугами, определение соответствия конкретных результатов медицинской деятельности ожидаемым.

При оценке качества медицинских услуг могут быть использованы различные подходы. Изучение качества медицинской услуги возможно как с позиций процесса ее оказания, так и с позиций сферы потребления медицинской услуги. Такой взгляд перекликается с тремя аспектами качества медицинских услуг, изложенными в ставших классическими работах А. Donabedian и являющимися в настоящее время общепринятыми. Возникает задача совершенствования методики создания и внедрения системы управления качеством в медицинских организациях региона, в частности одной из ее составляющих – обратной связи от получателей медицинских услуг, значение которой связано со степенью удовлетворенности качеством оказанных услуг.

Цель настоящей работы заключается в разработке методики измерения значений удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг, основанной на рекомендациях по улучшению процессов в медицинских организациях (ГОСТ Р 54732-2011 «Менеджмент качества. Удовлетворенность потребителей. Руководящие указания по мониторингу и измерению»

и ГОСТ Р 56036-2014 «Менеджмент качества. Руководящие указания по организации мониторинга удовлетворенности потребителей»).

Материал и методы. Использовались описание 2 видов анкет, для их обработки применяются методы статистической обработки анкет с последующим формированием рейтинговых оценок. Предлагается методика социологического опроса пациентов для измерения значения удовлетворенности пациентов в составе процедуры проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Методика основана на определениях ГОСТ Р 54732-2011, согласно которым «...удовлетворенность потребителей определяется расхождением между ожиданиями потребителей и восприятием потребителями продукции, поставляемой организацией».

Применительно к медицинской организации для достижения удовлетворенности пациентов организация должна прежде всего понять их ожидания. Такие ожидания могут быть явными или скрытыми либо не полностью сформулированными. Ожидания пациентов в том виде, как их понимает организация, составляют основу деятельности по совершенствованию качества оказания медицинских услуг. Тот уровень качества оказания медицинских услуг, по мнению пациентов, удовлетворяет или превосходит их ожидания, определяет степень удовлетворенности пациентов.

Результаты. Рассматриваемая методика выявления несоответствий базируется на проведении двух видов социологических опросов пациентов, получивших услуги в медицинской организации. Вопросы анкет были разработаны с целью преодоления сложности перевода абстрактных рассуждений о качестве услуг в плоскость конкретных управленческих решений по улучшению качества обслуживания пациентов.

Опрос первого вида относится к ожиданиям пациентов, второго – касается восприятий пациентов уровня качества получаемых услуг. Ответы на вопросы оценивают по шкале Лайкерта. По каждому пункту анкеты рассчитывается показатель оценки качества услуг путем вычитания значений уровня ожиданий из полученных значений уровня восприятий. Затем определяют 5 интегральных индикаторов разрывов ожиданий пациентов по следующим критериям: «Материальность», «Надежность», «Отзывчивость», «Убедительность» и «Сочувствие».

Далее на основе интегральных индикаторов строится диаграмма разрывов ожиданий по указанным критериям и проводится расчет интегрального показателя качества оказания услуг медицинской организацией по группе критериев с учетом весовых коэффициентов. Предложенная методика характеризуется высокой точностью результатов измерения, доказанной в мировой практике. Валидность шкал подтверждена путем расчета значения коэффициента надежности (альфа Кронбаха) для шкал восприятия и ожидания, равного значениям в диапазоне 0,87–0,90. Этот коэффициент показывает, насколько хорошо пара переменных измеряет одну, одномерную скрытую концепцию.

Заключение. В целом положения ГОСТ Р 56036-2014 по организации мониторинга удовлетворенности потребителей применительно к деятельности медицинских организаций реализованы на основе формализованной методики GAP-анализа. Методика позволяет выявить разрывы между ожиданиями и восприятием качества оказанных медицинских услуг пациентами. Полученные значения индикаторов разрывов составляют рейтинговую оценку и используются для формирования управленческих решений по совершенствованию деятельности медицинских организаций, выбору корректирующих и предупреждающих действий в менеджменте качества оказания медицинских услуг на региональном уровне. Предложенный подход допускает, согласно рекомендациям ГОСТ Р 53092, разработку документированной процедуры мониторинга и измерения удовлетворенности пациентов.

Карайланов М.Г., Русев И.Т., Степушкина Г.А., Прокин И.Г.

Стационарозамещающие технологии при оказании первичной медико-санитарной помощи

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России,
Санкт-Петербург, Россия

Развитие стационарозамещающих технологий является приоритетным направлением всей системы здравоохранения в современной социально-экономической обстановке.

Цель статьи – обоснование возможности широкого использования дневных стационаров.

Актуальность. Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется потребностью населения, рациональным и эффективным использованием финансовых средств, материально-технических ресурсов здравоохранения в реальной социально-экономической обстановке.

Результаты. Дневные стационары могут быть организованы как в составе поликлиник, так и при стационарах, они занимают промежуточное место между этими медицинскими организациями, обладают преимуществами регулярного (ежедневного) наблюдения за пациентом, активного лечения и обследования в объеме, близком к осуществляемому в стационаре. Дневные стационары на базе стационаров и поликлиник имеют общие цели, задачи и функции, вместе с тем на базе стационаров, как правило, возможно проведение более сложных лабораторно-диагностических обследований, проще организовать двух-трехразовое питание, чем в условиях поликлиники. Преимуществом дневного стационара на базе поликлиник является большая возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения.

Основными задачами организации и работы дневных стационаров являются:

- проведение в амбулаторных условиях лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на ускорение выздоровления или улучшение состояния здоровья пациентов;
- проведение комплексного активного лечения в объемах, оказываемых в стационарных условиях тем пациентам, которые по каким-то причинам не могут быть госпитализированы;
- рациональное использование коечного фонда стационара для лечения прежде всего тяжелобольных;
- долечивание и адаптация отдельных контингентов пациентов после лечения в стационаре;
- повышение доступности плановой стационарной помощи пациентам;
- проведение в амбулаторных условиях отдельных сложных диагностических исследований, требующих специальной подготовки или последующего наблюдения медицинским персоналом;
- расширение объема хирургических вмешательств, проводимых в амбулаторных условиях пациентам с некоторыми хирургическими, оториноларингологическими, офтальмологическими и гинекологическими заболеваниями;
- сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста;
- плановое профилактическое оздоровление пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, включая длительно и часто болеющих;
- временная госпитализация пациентов поликлиники, у которых во время посещения возникли неотложные состояния, для оказания экстренной медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи или до полного купирования неотложного состояния;
- решение отдельных вопросов медико-социальной экспертизы.

Мощность дневного стационара определяют в зависимости от потребности и местных условий. Необходимое количество медицинского персонала определяется по действующим штатным норма-

тивам в пределах общей численности. Организация работы при поликлиниках может быть построена по централизованному, децентрализованному и смешанному принципу:

- централизованная форма работы предусматривает специальное выделение штатов (врача и медицинской сестры). Медицинская сестра проводит все необходимые заборы анализов, процедуры и инъекции 1–2 раза в день. При такой форме врач и медицинская сестра дневного стационара обслуживают в день 12–14 пациентов;
- децентрализованная форма предполагает обслуживание участковым врачом и медицинской сестрой 2–3 пациентов своего участка.

Смешанная форма содержит элементы централизованной и децентрализованной форм.

Наиболее целесообразно дневной стационар располагать в отдельном крыле поликлиники, при- близив его максимально к отделению восстановительного лечения, что позволит широко применять различные физиотерапевтические процедуры, психотерапию, иглорефлексотерапию, лечебную физкультуру (ЛФК). Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, как правило, должен включать лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозную терапию, восстановительное лечение. В комплексе лечебных препаратов может быть представлен весь арсенал медицинских средств. Как и в обычном стационаре, пациенты регулярно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей. Также осуществляется долечивание пациентов, выписанных из стационара, для завершения лечения в условиях активного режима с последующей их выпиской к трудовой деятельности.

Заключение. Применение стационарозамещающих технологий позволяет повысить интенсивность и эффективность работы медицинской организации, увеличить объем оказываемой медицинской помощи и более интенсивно использовать ресурсы медицинской организации.

Карсанов А.М., Туаева И.Б., Саламова В.А., Саламов А.К., Ревазова Л.К.

Совершенствование качества и контроль эффективности межличностных коммуникаций в клинической работе

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», Владикавказ, Россия

В своей каждодневной работе медицинские работники уделяют внимание качественному общению со своими пациентами, однако при организации и администрировании целостного комплекса безопасной медицинской помощи в медицинской организации (МО) должно быть налажено мониторинг уровня «коммуникационной удовлетворенности» и пациентов, и медицинских работников. В общей концепции повышения безопасности пациентов (БП) в процессе лечения равноправное место занимает коммуникационный компонент.

Цель исследования: оценка результатов совершенствования коммуникационного компонента БП в МО, касающаяся критериев общения медицинского персонала (МП) и пациентов.

Материал и методы. В рамках контрольно-административных функций, а также чтобы оценить «отдаленный» эффект от начала внедрения обсуждаемой целостной системы контроля качества и БП было синхронно проведено анкетирование 33 врачей, 49 медицинских сестер и 105 пациентов всех структурных подразделений Узловой больницы на ст. Владикавказ ОАО «РЖД» (УБ). Основным лейтмотив сгруппированных вопросов состоял в оценке респондентами уровня их «коммуникационной удовлетворенности» в процессе каждодневного выполнения должностных обязанностей, с одной стороны, и при получении медицинской помощи – с другой.

Результаты. 24 врача из 33 опрошенных (72,7%) уверены, что пациенты считают их высококвалифицированными специалистами, и эта самооценка оказалась вполне критичной, поскольку все 105 опрошенных пациентов дали столь высокую оценку своим врачам. 69,7% респондентов не сомневаются, что в глазах пациента они видятся специалистами, способными добиваться хороших результатов. Наши пациенты оценивают своего лечащего врача значительно выше, поскольку положительно ответили 95,2% респондентов.

Только 51% медсестер полагают, что пациенты считают их высококвалифицированными специалистами. Это достоверно более низкий показатель при сравнении с мнением врачей по данному пункту (72,7%) ($p < 0,001$). Для сравнения среди пациентов подобную оценку контактирующим с ними медсестрам дали 103 респондента (98,1%).

60,6% врачей считают, что пациенты видят в них ценного для МО сотрудника, и в этом качестве старший медицинский персонал проявил явное знание биоэтических навыков, поскольку пациенты оказались позитивны в этом вопросе в 96,2% случаев. То, что их общение с пациентами бывает продуктивным, считают 84,8% врачей и все 100% пациентов. Полную удовлетворенность качеством общения с пациентами продемонстрировали 66,7% врачей и все пациенты.

87,8% медсестер уверены, что в глазах пациентов они представляются добивающимися хороших профессиональных результатов. Самооценка представителей среднего медицинского персонала по этому пункту была выше, чем врачей, среди которых этот показатель составил в среднем 69,7%. Пациенты высоко оценивают контактирующих с ними медсестер по этой профессиональной характеристике (92,4%).

Считают себя заботливыми и сострадательными 59,2% медсестер, что не отличается от самооценки врачей по данному пункту анкеты (60,6%). Сами же пациенты дали положительный ответ на этот вопрос в 96,2%. 57,1% медсестер уверены, что пациенты считают их специалистами, уделяющими достаточно времени общению со своими подопечными. Последние же придерживаются подобного мнения в 97,1% случаях. При сравнении самооценок по этой характеристике мнение врачей о своих профессиональных качествах оказалось более высоким – $84,8 \pm 6,2\%$, чем представителей среднего медицинского персонала.

Наши медсестры только в 44,9% случаев уверены, что они видятся пациентам ценными сотрудниками, хотя пациенты высоко оценили наш средний персонал в 95,2% случаев. То, что их общение с пациентами бывает продуктивным, считают все 49 медицинских сестер (100%), а общение с медицинскими сестрами – 93,3% пациентов.

Представительницы среднего медицинского персонала оценили степень взаимной полезности своего общения с пациентами в 88,9%, что оказалось выше, чем мнение врачей по этому пункту анкеты (81,7%). Что касается параллельного мнения пациентов, то они одинаково достоверно выше оценили полезность для себя процесса общения с медсестрами (98,3%) и врачами (98,5%).

Достаточно показательно, что врачи оценивают степень своего профессионализма в вопросах достижения эффективных медицинских коммуникаций на уровне 87,6%, это, однако, не мешает 93,9% из них считать обоснованным обязательное включение вопросов совершенствования медицинских коммуникаций в программу преддипломной подготовки специалистов, а 88% респондентов – расширение программы последипломного обучения по этим тематикам.

Медсестры оценили степень своей профессиональной подготовленности в вопросах общения с пациентами и их представителями на уровне 87,7%.

Заключение. Обеспечение лучшего доступа населения к медицинской помощи и высокий уровень ее безопасности имеют решающее значение для эффективности прикладной модели здравоохранения, реализуемой в каждой МО. Основные усилия, направленные на обеспечение безопасности пациентов, сосредоточены на мероприятиях по изучению эпидемиологии ошибок и нежелательных явлений, а также на совершенствовании технического и организационного компонентов лечебного процесса.

Современная врачебная практика ежедневно доказывает, что предлагаемых комплексов профилактики неблагоприятных исходов хирургического лечения недостаточно и следует уделять повышенное внимание совершенствованию коммуникационных навыков сотрудников, а также обеспечению регулярного мониторинга степени «коммуникационной удовлетворенности» пациентов.

Кретов Е.И., Покушалов Е.И., Крылов А.В.

Построение системы экстренной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения на базе мобильных центров инсульта

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. акад. Е.Н. Мешалкина», Новосибирск, Россия

Актуальность. За последние годы прослеживается явный прогресс в области профилактики и борьбы с инфарктами. Однако теперь на первое место вышла проблема острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК): инсульт – 2-й по частоте «убийца» среди всех сердечно-сосудистых заболеваний. Инсульт занимает 1-е место среди причин инвалидизации: до 84–87% больных умирают или остаются инвалидами и только 16–13% пациентов полностью выздоравливают.

Особенно остро стоит вопрос правильной диагностики и своевременного терапевтического вмешательства в первые часы с момента возникновения симптомов. Существующий алгоритм оказания медицинской помощи при ОНМК приводит к потерям времени и несвоевременному оказанию лечения.

Цель: разработать методики внедрения инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов. С этой целью предлагается разработать и внедрить в систему скорой медицинской помощи Мобильного центра инсульта (МЦИ).

Результаты и обсуждение. В состав МЦИ входят автомобиль скорой медицинской помощи, оснащенный, помимо стандартного реанимационного оборудования, специализированным компьютерным томографом, а также специальным программным обеспечением – Системой принятия решений, использующей для автоматической постановки диагноза нейросети и искусственный интеллект. Система скорой медицинской помощи (СМП) с использованием МЦИ предусматривает особый режим работы СМП при вызове к пациенту с подозрением на инсульт и его последующей транспортировке в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), которое может оказать персонализированную медицинскую помощь.

Внедрение МЦИ потребует:

- внесения изменений в существующие чек-листы диспетчеров экстренных служб;
- изменения алгоритмов работы сердечно-сосудистых центров (ССЦ) по работе с экстренными и плановыми пациентами;
- внесения изменений в действующие нормативные и юридические документы относительно работы системы СМП, поскольку в предварительной модели функционирования МЦИ не предполагается наличие в бригаде СМП врача;
- построение системы передачи данных и хранения информации.

МЦИ позволят:

- проводить необходимые и достаточные исследования для острых случаев, требующих оперативной реакции;
- проводить исследования непосредственно по прибытию на вызов к пациенту (увеличение пропускной способности ЛПУ);

- увеличить частоту начала терапии в течение первого «золотого часа» от начала инсульта на 53%;
- 10-кратно увеличить вмешательства по восстановлению кровообращения головного мозга в течение «золотого часа» в сравнении со стандартной помощью;
- адаптировать достаточный набор функций для ЛПУ различных сегментов (ЦРБ, ОРБ, ККБ, специализированные ЛПУ, федеральные центры);
- снизить затраты на приобретение/расширение парка стационарных КТ.

Реализация программы разработки и внедрения системы МЦИ в регионах рассчитана на 2,5–3 года.

Заключение. Внедрение МЦИ как системы диагностики острого инсульта улучшит качество оказания медицинской помощи и приведет к снижению пятилетней смертности на 8%. Экономический эффект от внедрения системы МЦИ, по экспертным оценкам, составит не менее 1,5 млрд руб. ежегодно от снижения затрат на реабилитацию и содержание инвалидов.

Кудрина Е.А.

Информационно-коммуникативные потребности организаторов здравоохранения на современном этапе

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Актуальность. В работе по специально разработанной программе изучены информационно-коммуникативные потребности 408 руководителей 16 медицинских организаций г. Ижевска и Удмуртской Республики. Установлено, что организаторы здравоохранения испытывают потребность в информации, особенно нормативно-правовой.

Цель: анализ информационно-коммуникативных потребностей руководителей различного уровня медицинских организаций Удмуртской Республики.

Материал и методы. Для решения поставленной цели в качестве базы исследования были взяты 16 медицинских организаций г. Ижевска и Удмуртской Республики. Выбор пилотных площадок для проведения исследования был основан на принципе охвата наиболее представительных групп потребителей информации. Объем исследования формировался методом типологической выборки и на всех этапах был обоснован статистически. Социологический опрос проведен по специально разработанной анкете. В качестве методологического инструментария в ходе исследования применялись методы системного анализа и синтеза, а также социологический (анкетирование). Математический аппарат включал традиционные методики: вычисление относительных (p) и средних величин (M) с определением их ошибок ($\pm m$).

Результаты. Всего были опрошены 408 специалистов, из которых 37,5% работали в должности главного врача медицинской организации, 53,1% – заместителя главного врача медицинской организации, 9,4% – заведующего профильным отделением медицинской организации. У половины опрошенных ($56,2 \pm 2,3$ из 100) стаж в данной должности составлял 10 лет и более, большинство ($76,2 \pm 2,4$ из 100) имели квалификационную категорию, что свидетельствует о значительном профессиональном опыте респондентов.

Анализ основных коммуникативных каналов получения нормативно-правовой и научно-медицинской информации, используемой в деятельности организаторов здравоохранения, показал, что для руководящих кадров наибольшее значение имеют нормативно-правовые акты. Большинство организаторов здравоохранения наиболее активно используют в своей работе приказы Минздрава России и Минздрава Удмуртской Республики (соответственно $89,3 \pm 1,6$ и $89,1 \pm 1,5$ из 100 опрошенных). Все руководители применяют в своей работе клинические рекомендации Минздрава России

и локальные акты медицинской организации ($89,5 \pm 1,6$ и $82,5 \pm 1,6$ соответственно). Однако только половина ($55,3 \pm 3,2$ из 100 опрошенных) используют в своей работе научно-медицинские издания (в том числе и электронные библиотеки).

При ранжировании блоков нормативно-правовой и научно-медицинской информации, представляющих наибольший интерес для осуществления профессиональной деятельности, выявлено, что 1-е место занимают разделы, посвященные организации медицинской помощи (их выбрали $87,5 \pm 1,3$), 2-е – бережливые технологии в системе здравоохранения ($69,8 \pm 1,4$), 3-е – непрерывное медицинское образование ($68,7 \pm 1,4$), 4-е – клинические рекомендации Минздрава России ($62,5 \pm 1,5$). Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни, контроль качества и безопасности медицинской деятельности, менеджмент и маркетинг в здравоохранении заняли последующие места. При этом оценка полноты предоставления информации показала, что половина специалистов отметили недостаточность ее объема, каждый девятый не смог найти необходимую ему информацию, каждого седьмого не устроило ее качество.

Анализ частоты поисковой активности организаторов здравоохранения при использовании Интернета показал, что наибольшую информационную потребность имеют федеральные законы ($87,5 \pm 1,3$), приказы Минздрава России ($75,3 \pm 1,4$) и приказы Минздрава Удмуртской Республики ($68,8 \pm 1,4$). Только $\frac{1}{3}$ респондентов испытывают потребность в поиске информации о клинических рекомендациях, каждый 9-й – статистическо-аналитических материалов. В результате исследования были выявлены главные трудности при получении необходимой информации: недостаток времени на поиск электронной информации, который отметили $68,8 \pm 2,7$, отсутствие Интернета на рабочем месте ($37,5 \pm 5,4$), разнообразие поисковых систем ($31,3 \pm 5,3$), финансовые трудности вследствие использования платных контентов ($12,5 \pm 6,2$) из 100 респондентов соответственно. По нашему мнению, трудности в получении электронной информации были связаны и с тем, что по уровню владения персональным компьютером только каждый 5-й главный врач, каждый 6-й заместитель главного врача и каждый 9-й заведующий отделением отнесли себя к «продвинутым пользователям», половина руководителей считали себя «уверенным пользователем», а каждый 2-й руководитель структурного подразделения – «начинающим пользователем». В этой связи готовность организаторов здравоохранения к электронным и телекоммуникационным технологиям обучения, выявленная в нашем исследовании, низкая – дистанционное обучение выбрали только $25,1 \pm 4,2$ респондента, аудиторное обучение – $44,6 \pm 3,4$ специалиста.

Заключение. Таким образом, руководители системы здравоохранения испытывают потребность в информации, особенно нормативно-правовой. Необходимо совершенствование информативно-коммуникативного сопровождения деятельности руководителей в сфере здравоохранения, в том числе разработка электронного пакета документов (нормативно-правовых, экономических) на рабочем месте, обучение специалистов медицинским информационным технологиям.

**Мовчан К.Н., Татаркин В.В., Артюшин Б.С., Иванов Г.Н., Чернов К.Е.,
Русакевич К.И.**

О комиссионной оценке качества медицинской помощи при ее экспертизе в случаях хирургической патологии

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Результаты экспертизы качества медицинской помощи (КМП) особо значимы в случаях ее оказания при заболеваниях хирургического профиля из-за повышенного риска этой

патологии в плане жизнеопасности. Поэтому клинико-экспертная работа, направленная на совершенствование оценки КМП больным и пострадавшим с хирургической патологией, представляет важный раздел работы по поиску путей оптимизации управления безопасностью медицинской деятельности.

Цель исследования: оценить объективность экспертной оценки качества оказания МП больным с нозологиями по профилю «Хирургия».

Материал и методы. Проанализированы сведения из базы данных СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» по работе в ракурсе обсуждения случаев на заседаниях Городской клинико-экспертной комиссии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга (СПбГорКЭК) с 2008 по 2018 г. (всего 385 наблюдений). Целенаправленно рассмотрены данные о 240 случаях нозологий хирургического профиля, что составило 62% общего количества наблюдений, разобранных на заседаниях СПбГорКЭК. Случаи абдоминальной патологии констатированы у 72 пациентов. В 55 наблюдениях при обследовании больных вне стационара подозревалась патология группы «острый живот» (ОЖ) или при госпитализации устанавливался диагноз острого хирургического заболевания органов брюшной полости (ОХЗОБП). В 17 случаях обследование и лечение больных проводилось в плановом порядке, однако эти наблюдения отмечены неблагоприятным течением раннего послеоперационного периода. Среди разбираемых клинических ситуаций с абдоминальной патологией выделены две группы: наблюдения, когда при оказании МП применялись лапароскопические технологии (ЛТ), и случаи, при которых интраперитонеальная эндовидеоскопия не осуществлялась.

Результаты. Очевидно, что частота востребованности экспертизы КМП при ее оказании больным в случаях заболеваний хирургического профиля выше, чем при верификации у пациентов патологии других профилей. Данное обстоятельство обуславливается особым характером заболеваний, при устранении которых требуется применение хирургических технологий, прежде всего критичностью тяжести состояния большинства пациентов с хирургическими заболеваниями, при которых, безусловно, чаще, чем при болезнях других профилей, требуется использование крайне радикальных методов воздействия на патологические процессы. В свою очередь повышенная хирургическая инвазивность неблагоприятно отражается на течении и исходе заболеваний ввиду дополнительного (порой программированного и ятрогенного) характера операционной травмы и стресса.

При абдоминальной патологии необходимость коллегиальной экспертной оценки КМП и безопасности применения ЛТ целенаправленно возникла в $\frac{1}{3}$ случаев (23 из 72). В 18 наблюдениях необходимость оценки КМП обуславливалась в связи с изначальным подозрением или констатацией ОХЗОБП. В 5 случаях ЛТ применены при неблагоприятии со стороны живота у пациентов, которым МП оказывалась планово (17 чел.) по причине осложнений основных заболеваний и операций, выполненных первично на органах брюшной полости.

Установлено, что при проведении экспертизы КМП при заболеваниях по профилю «Абдоминальная хирургия» особенностями оценки КМП оказываются: значительная частота случаев проведения экспертизы КМП при осложнениях основных заболеваний; экспертиза КМП при ее проведении в экстренном и скорпомощном режимах; необходимость обоснования заведомо травмирующих технологий с высоким риском ятрогении; учет влияния на исход патологического процесса многокомпонентной и длительной реабилитации пациентов после операции.

При экспертизе КМП у больных с ОХЗОБП необходимо учитывать данные об использовании/неиспользовании лапароскопических технологий. Обоснованность применения в процессе обследования и лечения больных эндовидеометодики должна оцениваться специалистами в области абдоминальной эндовидеохирургии. При многогранности (сложности) конкурирующей и сопутствующей патологии оценка целесообразности и качества применения миниинвазивных технологий в абдоминальной хирургии должна осуществляться при коллегиальном обсуждении случаев с участием специалистов нескольких профилей оказания МП, в том числе и представителей нехирургических специальностей.

Анализ данных позволяет также считать, что автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи (АТЭ КМП) может и должна быть использована в качестве базисной методики оценки адекватности обследования и лечения больных с хирургической патологией. Однако в нестандартных случаях сочетания патологических процессов использование сугубо критериев АТЭ КМП может оказаться проблематичным.

Окончательный вердикт по оценке КМП в нетипичных случаях, вероятно, может выноситься только после коллегиального обсуждения особенностей лечебно-диагностического процесса в профессиональной среде (как специалистов, так и организаторов здравоохранения) с учетом социальных последствий исхода заболевания/травмы.

Заключение. Аргументы ненадлежащего КМП при ее оценке по АТЭ КМП могут и должны корректироваться с учетом мнения специалистов по конкретному хирургическому профилю (сердечно-сосудистый, абдоминальный, торакальный, челюстно-лицевой и др.) заболеваний, основанного на квалификации экспертов и опыте их участия в клинико-экспертной работе. В спорных случаях окончательный вердикт по оценке качества хирургической помощи должен выноситься только на основании коллегиальных решений.

Москвичева М.Г., Щепилова Е.С.

Проблемы при организации неотложной медицинской помощи на региональном уровне и пути их решения

Министерство здравоохранения Челябинской области, Челябинск, Россия

Актуальность. Формирование подразделений неотложной медицинской помощи является одним из мероприятий создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства. Несмотря на установленные нормативы и выявленную динамику роста показателей объема и финансовых затрат на неотложную медицинскую помощь, определено, что фактические показатели существенно ниже предусмотренных нормативов.

Цель: выявление проблем при организации неотложной медицинской помощи в Челябинской области и разработка путей их решения.

Материал и методы. Использованы методы аналитический, социологический, организационного эксперимента. Материалами исследования явились результаты анализа нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения, опроса должностных лиц медицинских организаций Челябинской области и населения по вопросам организации неотложной медицинской помощи, данные организационного эксперимента. Источниками информации стали нормативно-правовые акты, разработанные автором анкеты для изучения мнения пациентов поликлиник, руководителей медицинских организаций. Социологический метод включил анонимное анкетирование 138 должностных лиц и онлайн-исследование мнения 205 родителей и других законных представителей детей и 57 взрослых пациентов. Метод организационного эксперимента заключался в наблюдении за процессом оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях пациенту с неотложным состоянием в режиме реального времени с использованием инструментов бережливого производства.

Результаты. Несмотря на то что в настоящее время приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации регламентированы организационные основы оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме взрослому населению и детям, отсутствуют единые принципы организации и деятельности отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи (далее – НМП), алгоритм информирования населения о правилах и поводах к вызову медицинского работника НМП, нет регламента взаимодействия скорой и НМП, что создает трудности для руководителей медицинских

организаций при формировании структурных подразделений НМП и обеспечении их эффективного функционирования. Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области с 2013 г. расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, включены в подушевой норматив финансирования. Отсутствие выделенного тарифа на НМП для взрослого и детского населения создает предпосылки для демотивации руководителей медицинских организаций в формировании кабинетов (отделений) НМП и их развитии. Анализ результатов опроса руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций области установил, что 52% респондентов не знают, что НМП относится к формам оказания медицинской помощи, 28% не знают определения понятия неотложной медицинской помощи, 28% не знают сроки ожидания оказания НМП. При этом 61% респондентов указали, что основным фактором, препятствующим развитию организации структурных подразделений НМП, является дефицит кадров, 35% отметили неэффективный способ оплаты посещений по поводу неотложного состояния. Проведенный анализ мнения населения позволил выявить ряд проблем в обеспечении НМП, одной из которых является низкий уровень информированности о возможности ее получения, показаниях для обращения за НМП, длительности времени ожидания ответа при обращении в кабинет (отделение) НМП.

Применение инструментов бережливого производства позволило выявить ряд факторов, препятствующих оказанию НМП при обращении пациента с неотложным состоянием в медицинскую организацию. Картирование процесса оказания НМП позволило выявить основные проблемы в организации НМП – отсутствие внутриучрежденческой маршрутизации пациента с неотложным состоянием и алгоритмов оказания НМП, недостатки визуализации и навигации. Хронометраж процесса оказания НМП установил: время оказания НМП в медицинской организации от входа до выхода – 36,5 мин, время протекания процесса оказания НМП – 14 мин, время ожидания – 18 мин, время перемещения – 4,5 мин, коэффициент эффективности – 27,4%. Граф-связи позволили выявить основные группы проблем: отсутствие заинтересованности руководителя в развитии НМП, локального нормативно-правового акта и алгоритмов оказания НМП. Был составлен перечень мероприятий, направленных на устранение проблем. Оценив сроки реализации каждого мероприятия и их эффективность, сформирована матрица приоритизации и предложены управленческие решения.

Заключение. Разработан комплекс мероприятий, который позволит усовершенствовать процесс оказания НМП: органам управления здравоохранением рассмотреть возможность проведения ведомственного контроля качества и безопасности НМП на основе практических рекомендаций по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике, разработанных Росздравнадзором; тарифной комиссии рассмотреть возможность установления выделенного тарифа на НМП для взрослого и детского населения; руководителям медицинских организаций провести анализ работы кабинетов (отделений) НМП с применением процессного подхода; внедрить внутриучрежденческую маршрутизацию пациента с неотложным состоянием и алгоритмы оказания НМП; организовать работу по информированию населения о показаниях и номерах телефонов для обращения за НМП.

Орлова О.А.

Эпидемиологическая безопасность – один из важнейших критериев качества оказания медицинской помощи

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» качество медицинской помощи является одной из приоритетных

задач современного здравоохранения. Одним из важнейших критериев качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях является показатель заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в силу широкого распространения, негативных последствий для здоровья пациентов, персонала и экономики государства.

Согласно данным официальной статистики, в Российской Федерации на протяжении последних лет ежегодно регистрируется примерно 30 тыс. случаев ИСМП и отмечается тенденция к их снижению. Однако, по экспертной оценке специалистов, основанной на выборочных исследованиях, эти инфекции переносят до 6–8% пациентов и их истинное число составляет не менее 2–2,5 млн. При этом стоимость лечения возрастает в 3–4 раза, а риск летального исхода возрастает до 5–7 раз.

Учитывая важность проблемы ИСМП, в соответствии с поручением Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева от 12.12.2016 №ДМ-П12-75пр. в настоящее время реализуется пилотный проект «Совершенствование мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Российской Федерации» (краткое наименование проекта: «Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи»).

Цель – разработать научно обоснованную систему обеспечения эпидемиологической безопасности в медицинской организации (МО).

Результаты и обсуждение. С целью консолидации мер, направленных на профилактику ИСМП, координации действия всех сотрудников, урегулирования вопросов, связанных с обеспечением профилактических мероприятий, принятия организационных решений и контроля выполняемых мероприятий в каждой медицинской организации, необходимо создание комиссии по профилактике ИСМП (далее – комиссия). Приказом руководителя медицинской организации утверждается состав комиссии, включая назначение ответственных лиц в подразделениях, порядок организации микробиологического мониторинга в плановом порядке и по эпидемическим показаниям, порядок выявления и учета ИСМП, протоколы проведения периоперационной антибиотикопрофилактики и антибактериальной терапии, порядок контроля дезинфекционного и стерилизационного режимов, систему подготовки персонала.

Председателем комиссии является заместитель главного врача по медицинской части, заместителем председателя – эпидемиолог. В комиссию входят руководители медицинских служб, клинический фармаколог, заведующий клинико-диагностической лабораторией, инфекционист, патологоанатом, главная медицинская сестра. При необходимости к работе комиссии привлекаются другие сотрудники. Необходима разработка положения о работе комиссии, определение должностных обязанностей для каждого из членов комиссии. Заседания комиссии проводятся ежеквартально по утвержденному плану. Также комиссией составляется ежегодный план работы МО по профилактике ИСМП, определяются сроки исполнения и ответственные лица.

В рамках организационных мероприятий, осуществляемых комиссией, проводится методическое сопровождение, к которому относятся:

- внедрение критериев диагностики ИСМП;
- внедрение и адаптация к условиям конкретной медицинской организации нормативных документов по клиническим проявлениям, диагностике, профилактике ИСМП;
- определение и коррекция выбора дезинфектантов и кожных антисептиков на основе данных микробиологического мониторинга;
- составление и коррекция схем рациональной антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики на основе данных микробиологического мониторинга;
- разработка стандартных операционных процедур, обеспечивающих соблюдение требований противозидемического режима и мер личной безопасности при выполнении функциональных обязанностей;
- обучение медицинского персонала вопросам профилактики ИСМП и обеспечения эпидемиологической безопасности с разработкой и внедрением в практику многоэтапной системы об-

учения, которая строится на принципах полноценного охвата и дифференцировки проведения обучения.

Заключение. Таким образом, снижение рисков развития ИСМП в медицинских организациях возможно лишь при внедрении системы повышения эпидемиологической безопасности оказания медицинской помощи с участием руководителя медицинской организации.

Поздеева Т.В.

Разработка подходов к определению рисков невыполнения плановых показателей средней продолжительности предстоящей жизни (на примере Нижегородской области)

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Муниципальные образования и городские округа Нижегородской области имеют значительные различия в демографических показателях, что диктует необходимость разработки единого подхода к выделению территорий по группам относительного риска невыполнения целевых показателей и разработки мероприятий по дальнейшему анализу показателей, аудита организации медицинской помощи и определению проблем и точек роста в каждой группе. Предложен алгоритм построения рейтинга территорий и определены группы риска.

Актуальность. Указом Президента РФ определен целевой показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни (СППЖ) в 78 лет, в 2030 г. – 80 лет. Современная демографическая ситуация в РФ характеризуется тем, что число умерших будет расти (в старшие возрастные когорты переходит многочисленное поколение «бэби-бум» – начала 1950–1960-х годов), а среднегодовая численность населения уменьшается за счет естественной убыли (только в 2013–2015 гг. естественный прирост составлял 0,2–0,3 на 1000 населения) и снижения миграционного прироста (в 2017 г. всего 211 878 человек).

В Нижегородской области, начиная с 1992 г. и по настоящее время, не наблюдалось положительного естественного прироста. Миграционный прирост населения в последние годы снижался, а в 2017 г. трансформировался в свою противоположность: миграционная убыль – 74 981 человек.

Таким образом, следует признать, что существуют значительные риски невыполнения целевого показателя по ожидаемой продолжительности предстоящей жизни.

Цель исследования: разработка единой методики анализа и мониторинга основных демографических показателей и показателей деятельности здравоохранения (область – муниципальные образования).

Материал и методы. Анализ открытых статистических данных (Росстат) и показателей смертности и деятельности медицинских организаций ГБУЗ Нижегородской области «МИАЦ»

Результаты и обсуждение. СППЖ в Нижегородской области ниже, чем в целом по РФ, и составил в 2016 г. 70,8 лет (мужчины – 64 года, женщины – 76 лет, по РФ – 72,2; 67,5 и 77,6 года соответственно). Вместе с тем следует отметить, что территория Нижегородской области состоит из муниципальных образований, различных по показателям естественного движения населения. Показатели общей смертности в 2016 г. варьировали от 24,6‰ (Спасский район) до 12,8‰ (Тоншаевский район) при среднеобластном показателе 15,4‰. В широких пределах изменяется и показатель естественного прироста (убыли) населения: от –16,7 до – 0,2 ‰.

Поскольку сложно влиять на глобальные процессы, закономерным шагом является задача снижения показателей смертности населения по территориям Нижегородской области.

Нижегородская область – крупное территориальное образование с численностью населения более 3 млн 247 тыс. человек. Территория разделена на 51 муниципальное образование и городские округа.

Территории имеют значительные различия в демографических и медико-социальных показателях, что диктует необходимость разработки единого алгоритма отнесения территории к группам риска и планированию мероприятий по дальнейшему анализу показателей, аудиту организации медицинской помощи и определения проблем и точек роста в каждой группе.

Определение относительного риска для каждой территории проводили на основании анализа показателя общей смертности и уровней смертности от ведущих причин: болезни системы кровообращения, новообразования, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, некоторые инфекционные и паразитарные болезни. По классу болезней «Внешние причины» строился отдельный рейтинг.

В результате расчетов были определены отклонения показателей от среднеобластных и по величине отклонения присвоены условные коэффициенты: территории, где показатели ниже или равны среднеобластному показателю, – коэффициент 0; территории, где отклонения показателей в пределах 0–10%, – коэффициент 2; территории, где отклонения показателей в пределах 10,1–20%, – коэффициент 3; территории, где отклонения показателей в пределах 20,1–30%, – коэффициент 4; территории, где отклонения показателей выше 30,1%, – коэффициент 5.

Аналогично были присвоены коэффициенты территориям по показателям смертности мужского населения и показателям смертности мужского населения в трудоспособном возрасте.

Суммирование полученных коэффициентов позволило выстроить рейтинг территорий и распределить их по группам относительного риска: без выраженного риска – 4; низкого риска – 16; среднего риска – 15; высокого риска – 11; крайне высокого риска – 14 (итого 60 территорий; отдельно анализировали районы Нижнего Новгорода).

По каждой группе риска территорий анализировалось кадровое обеспечение ПМСП. Анализ позволил выявить значительный дефицит врачей, оказывающих ПМСП.

В настоящее время изучается уровень знаний врачей по клиническим рекомендациям и планируются мероприятия для каждой группы риска: аудит организации ПМСП; экспертная оценка каждого случая смерти, в том числе в трудоспособном возрасте; аудит организации медицинской помощи при ведущих причинах смерти; анализ выявленных проблем в организации медицинской помощи; образовательные мероприятия.

Заключение. Отнесение территории в группу относительного риска позволяет разработать и осуществить целевые мероприятия, что актуально при наличии большого количества территорий со значительной изменчивостью демографических показателей.

Полищук Н.С., Ветшева Н.Н., Горелко К.Н., Омельченко А.В., Мухортова А.Н., Морозов С.П.

Сравнительный анализ деятельности служб лучевой диагностики в медицинских организациях г. Москвы за 2018 и 2017 гг.

ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель: проведение сравнительного анализа наиболее важных качественных и количественных показателей работы отделений лучевой диагностики в медицинских организациях (МО) госу-

дарственной системы здравоохранения г. Москвы (Департамента здравоохранения, ДЗМ) в 2017 и 2018 гг.

Представлен анализ деятельности службы лучевой диагностики (ЛД) в МО ДЗМ за 2018 г., а также сравнительный анализ относительно 2017 г. наиболее важных качественных и количественных показателей функционирования отделений лучевой диагностики (ОЛД). Приведены данные по работоспособности, загрузке, оснащенности и кадровому потенциалу ОЛД МО ДЗМ. Обозначены основные проблемы и предложены пути их решения

Введение. За последние годы в системе здравоохранения г. Москвы произошли значительные изменения за счет развития службы ЛД и совершенствования работы ОЛД.

ОЛД по состоянию на конец 2018 г. функционируют в 217 МО ДЗМ (154 амбулаторных и 63 стационарных). Современными вызовами для службы ЛД являются изменения медицинских технологий визуализации, требующих перехода на применение цифровой рентгеновской техники, увеличения исследований с помощью компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) с контрастированием, интенсификации скрининговых программ, применения гибкой и эффективной кадровой политики в организации работы ОЛД, увеличения количества телемедицинских консультаций, а также внедрения AI- и CAD-систем. Все это определяет необходимость и актуальность аналитического и прогностического сопровождения процессов организации и управления медицинской деятельностью. В соответствии с этим целью данной работы является проведение сравнительного анализа наиболее важных качественных и количественных показателей работы ОЛД МО ДЗМ в 2017 и 2018 гг.

Материал и методы. Материалами для представленной работы послужили данные свода по эффективности использования оборудования лучевой диагностики за I–IV кварталы 2017 и 2018 гг., предоставленные интернет-порталом ДЗМ (<https://umo.mosmedzdrav.ru>), Единым радиологическим информационным сервисом (ЕРИС, <http://medradiology.moscow/eris>), формой федерального статистического наблюдения № 30 за 2017 г., а также данные устных опросов и анкетирования заведующих ОЛД, врачей-рентгенологов, врачей-радиологов и врачей ультразвуковой диагностики (УЗД) МО ДЗМ, проведенные аналитиками организационно-методического отдела ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий» ДЗМ в период с февраля по март 2019 г.

Обработка данных проводилась методами описательной статистики, реализуемыми в пакетах анализа данных Microsoft Excel, а также базовыми и специализированными (openxlsx, stringr) пакетами статистического языка программирования R. Методика расчетов показателей представлена нами ранее.

Результаты и обсуждение. Показатели работоспособности оборудования ОЛД МО ДЗМ в течение 2018 г. демонстрируют умеренный рост в 4% ($\pm 0,03$) относительно 2017 г. При этом работоспособность в разрезе модальностей составила: для КТ – 85%, МРТ – 89%, рентгенодиагностического комплекса (РДК) – 88%, маммографии – 94%, ультразвуковых исследований (УЗИ) – 94%, флюорографии – 95%, однофотонной эмиссионной КТ (ОФЭКТ) – 92%, ангиографии – 83%.

Загрузка оборудования в ОЛД МО ДЗМ по модальностям в 2018 г. составила: для КТ – 92%, МРТ – 93%, РДК – 83%, маммографии – 62%, УЗИ – 61%, флюорографии – 84%, ОФЭКТ – 83%, ангиографии – 36%, что в среднем по МО ДЗМ дает прирост относительно 2017 г. в 3% ($\pm 0,02$). Можно констатировать, что в большинстве случаев рост загрузки достигается за счет замены устаревших диагностических методик новыми, а также увеличения количества направлений на более информативные высокотехнологичные методы диагностики, такие как КТ и МРТ.

Оснащенность КТ-аппаратами на 100 тыс. населения по округам Москвы следующая: ВАО – 2,2; ЗАО – 1; ЗелАО – 1,2; САО – 2; СВАО – 0,9; СЗАО – 1,3; ТиНАО – 0,4; ЦАО – 3,4; ЮАО – 1,1; ЮВАО – 2,1; ЮЗАО – 0,8. В среднем на каждые 100 тыс. человек в Москве приходится 1,5 КТ-аппарата или 1 КТ на 66,7 тыс. чел.

Оснащенность МРТ-аппаратами на 100 тыс. чел. по округам Москвы следующая: ВАО – 0,6; ЗАО – 0,7; ЗелАО – 0,8; САО – 1,1; СВАО – 0,5; СЗАО – 0,5; ТиНАО – 0; ЦАО – 2,6; ЮАО – 0,7; ЮВАО – 1,2; ЮЗАО – 0,6. В среднем на каждые 100 тыс. человек в Москве 0,8 аппарата МРТ или 1 аппарат МРТ на 125 тыс. чел.

По количеству специалистов ОЛД в МО ДЗМ насчитывается врачей-рентгенологов – 1948 человек, врачей-радиологов – 180, врачей УЗД – 2159 человек и рентгенолаборантов – 2803 человека.

Заключение. Таким образом, в ходе нашего исследования показано, что при общей динамике улучшения состояния службы ЛД в Москве все же наблюдается неравномерная оснащенность МО ДЗМ диагностическим оборудованием, существенно уступающая показателям стран Организации экономического сотрудничества и развития – 2,7 аппарата КТ и 1,7 аппарата МРТ на 100 тыс. чел. соответственно. Решением этой проблемы могут быть повышение доступности ресурсов за счет стандартизации расписания кабинетов, постоянный мониторинг работоспособности аппаратов, содействие в маршрутизации пациентов в городе между МО ДЗМ и оценка обоснованности назначений на диагностические исследования. Кроме того, продемонстрирован дефицит рентгенолаборантов в МО ДЗМ – существующее соотношение врач/лаборант составляет 1:1,6, что является самым низким показателем в Центральном федеральном округе РФ. Решением этой проблемы может стать совершенствование учебных программ в медицинских колледжах с увеличением количества практических занятий в ОЛД МО ДЗМ с целью восполнения дефицита кадров, а также увеличение средней заработной платы рентгенолаборанта для привлечения новых сотрудников.

Ростовцев В.В.

Эффективность методики симуляционного обучения мануальным навыкам по модулю «Кариесология и заболевания твердых тканей зубов»

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Современный уровень развития стоматологических технологий выдвигает качественно новые требования к методикам обучения практическим навыкам. Их освоение с помощью симуляционного тренинга дает возможность многократной отработки навыка и доведения манипуляции до автоматизма, обеспечивает объективный контроль качества ее выполнения, без труда моделирует редкие патологии и клинические случаи, позволяет снизить стресс, возникающий у молодых специалистов.

Цель исследования: определение эффективности метода симуляционного обучения по модулю «Кариесология и заболевания твердых тканей зубов» в клинических условиях.

Актуальность. Существующая методика обучения на фантомах не обеспечивает должного уровня практических умений. При традиционной системе выше риск для пациентов; лечебные мощности используются неэффективно и не по назначению; в ходе выполнения учебной манипуляции требуется присутствие наставника; обучение зависит от графика работы клиники и наличия изучаемой патологии; нет возможности повтора манипуляции или вмешательства. Кроме того, оценка уровня практической подготовки обучающихся проводится субъективно.

Освоение практических навыков с помощью симуляционного тренинга дает возможность многократной отработки навыка и доведения манипуляции до автоматизма, обеспечивает объективный контроль качества ее выполнения, без труда моделирует редкие патологии и клинические случаи, позволяет снизить стресс, возникающий у молодых специалистов при проведении первых вмешательств на реальных пациентах.

Таким образом, становится очевидным, что на сегодняшний день необходимо внедрение в учебный процесс программ симуляционного обучения по различным разделам стоматологии, что и определило актуальность данного исследования.

Материал и методы. С точки зрения статистики работа представляет собой двухстадийное проспективное нерандомизированное исследование. С научной точки зрения – завершённое исследование по разработке и внедрению оптимизированной программы виртуально-симуляционного метода обучения одонтопрепарирования опорных зубов при протезировании несъёмными ортопедическими конструкциями.

На 1-м этапе исследовались 104 человека, в 2012 г. студенты 3-го курса, обучающиеся по модулю «Кариесология и заболевания твердых тканей зубов». Все студенты были разделены на 2 группы – контрольную (54 человека), где обучение мануальным навыкам проводилось по традиционной методике с использованием тренинга на стандартных фантомах, и группу исследования (50 человек), где применялась виртуально-симуляционная методика одонтопрепарирования кариозных полостей с использованием стоматологического симулятора V поколения CDS 100 (EPED, Тайвань).

Материал исследования 2-го этапа представили 68 человек, участвовавших в 1-м этапе, в 2016 г. молодые специалисты различных стоматологических учреждений. Все участники исследования были разделены на 2 группы – контрольную (30 человек), где обучение мануальным навыкам на 3-м курсе проводилось по традиционной методике, и группу исследования (38 человек), где применялась виртуально-симуляционная методика одонтопрепарирования.

Помимо геометрии препарирования, включающей объем препарирования (качество некротомии), соотношение углов и стенок кариозной полости, программа оценивает количество повреждений соседних зубов, гладкость адгезионных поверхностей эмали и дентина, а также перфорацию пульповой камеры. Устанавливался 15% допуск отклонения от «идеальных» параметров, с вычетом баллов за каждое нарушение протокола препарирования. Минимальное количество баллов, необходимых для успешной сдачи испытания, – 70.

Критериями оценки качества одонтопрепарирования на 2-м этапе исследования в контрольной группе и группе исследования служили результаты чек-листов и объективный контроль качества некротомии при помощи кариес-маркера.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета Statistica 6.1. В качестве метода многомерной статистики применяли кластерный анализ по методу K-средних.

Результаты и обсуждение. Анализируя результаты исследований в контрольной группе, можно утверждать, что основной причиной необходимости дополнительной механической коррекции кариозной полости как на 1-м, так и на 2-м этапе исследования является неадекватность некротомии с показателем ANOVA фактора 1.15 для 1-го этапа исследования и 1.21 для 2-го этапа, что свидетельствует о статистической тождественности предикторов этой группы.

В группе исследования обнаружено отсутствие статистически достоверной разницы качества некротомии на 1-м и 2-м этапах исследования, ANOVA фактор 0.85, что свидетельствует о статистической значимости предиктора предварительного приобретения автоматизма движений, полученного при работе с симулятором.

Заключение. Таким образом, применение компьютерного стоматологического симулятора CDS 100 в сочетании с базисной методикой обучения мануальным навыкам на этапах вузовского обучения студентов обеспечивает высокий уровень приобретения, а главное «выживаемости» практических умений.

Применение в образовательной программе симулятора CDS 100 позволяет добиться значительного снижения затраченного времени для достижения планируемого результата, использовать объективную оценку результатов обучения как на промежуточном, так и на итоговом этапе.

Рыков М.Ю.

Стратегия развития детской онкологии в Российской Федерации

НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. За последние десятилетия продолжается неуклонный рост числа онкологических заболеваний у детей, что определяет особую актуальность организации и планирования медицинской помощи детям со злокачественными новообразованиями. Необходимо повысить достоверность статистических данных, провести анализ потребности субъектов в числе детских онкологических коек и врачах-детских онкологах, внедрить критерии отбора пациентов на детские онкологические койки в составе медицинских организаций различных уровней.

Конечный результат лечения зависит от организации специализированной помощи в регионах, их связи с головными учреждениями федерального подчинения, взаимодействия онкологических и неонкологических служб, а также преемственности в оказании медицинской помощи лицам, излеченным в детстве от онкологических заболеваний.

Цель исследования – совершенствование системы организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации.

Материал и методы. Проанализированы оперативные отчеты за 2017 г. органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья 81/85 (95,3%) субъектов Российской Федерации. Отчеты содержали следующую информацию: численность детского населения (0–17 лет); число первичных пациентов; заболеваемость (на 100 тыс.); общее число детей с онкологическими заболеваниями, состоящих на учете; число пациентов, выявленных активно; число умерших пациентов, из них из числа выявленных в 2017 г.; одногодичная летальность (%); смертность (на 100 тыс.); наличие в субъекте отделения детской онкологии; число детских онкологических коек; число дней занятости койки в году; число врачей, оказывающих медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями, из них число врачей, имеющих сертификаты детских онкологов; число пациентов, направленных на лечение в медицинские организации федерального подчинения; число пациентов, уехавших на лечение за пределы территории Российской Федерации.

На основании полученных данных автором рассчитаны показатели распространенности злокачественных новообразований (на 100 тыс.), число детских онкологических коек и врачей детских онкологов на 10 тыс. детского населения 0–17 лет, процент пациентов, госпитализированных в отделения детской онкологии и направленных на лечение в федеральные медицинские организации.

Результаты. В Российской Федерации функционирует 47 отделений детской онкологии. В 30 (35,3%) субъектах отделения детской онкологии отсутствуют: медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями оказывается на койках, выделенных в составе других отделений многопрофильных детских клинических больниц. Число детских онкологических коек составило 1925 (0,7 на 10 тыс.). В 12 (14,1%) субъектах отсутствуют детские онкологические койки. Наименьшее число коек отмечено в Северо-Кавказском федеральном округе (0,5 на 10 тыс.), наибольшее – в Южном федеральном округе (0,8 на 10 тыс.). Среднее число дней занятости койки в году составило 315,3 койко-дня. Наибольшее число дней занятости койки в году отмечено в Северо-Кавказском федеральном округе (351,4), наименьшее – в Дальневосточном федеральном округе (283,7). Число врачей, оказывающих медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями, составило 392, из них 259 (66%, 0,09 на 10 тыс.) имеют сертификат врача детского онколога. В 12 (14,1%)

субъектах врачи детские онкологи отсутствуют, 6 (7%) эти данные не предоставили. Наибольшее число врачей детских онкологов – в Северо-Западном, Южном и Уральском федеральном округах (0,1 на 10 тыс.), наименьшее – в Северо-Кавказском федеральном округе (0,04 на 10 тыс.). Число первичных пациентов со злокачественными новообразованиями составило 3705, число пациентов, состоящих на диспансерном учете (достигших ремиссии и продолжающих лечение), – 25 699. Таким образом, заболеваемость в Российской Федерации в 2017 г. составила 13,2, распространенность – 91,3 (на 100 тыс.). Наибольшая заболеваемость отмечена в Северо-Западном федеральном округе (15,6 на 100 тыс.), наименьшая заболеваемость и распространенность – в Северо-Кавказском федеральном округе (11,4 и 68,7 на 100 тыс.), наибольшая распространенность – в Уральском федеральном округе (147,2 на 100 тыс.). Число умерших пациентов составило 692, из них из числа выявленных в 2017 г. – 243. Таким образом, смертность составила 2,5 на 100 тыс., одногодичная летальность 6,5%. Наибольшая смертность отмечена в Дальневосточном федеральном округе (2,9 на 100 тыс.), наименьшая – в Сибирском федеральном округе (2,2 на 100 тыс.). Наибольшая одногодичная летальность отмечена в Центральном федеральном округе (8%), наименьшая – в Северо-Западном федеральном округе (4,5%). Число пациентов, выявленных активно, составило 306 (8,3%). Максимальный процент пациентов, выявленных активно, отмечен в Северо-Кавказском федеральном округе (13,6%), минимальный – в Дальневосточном федеральном округе (5%). На лечение в медицинские организации федерального подчинения направлены 1385 (37,4%) пациентов. Наибольший показатель отмечен в Северо-Кавказском федеральном округе (58%), наименьший – в Южном федеральном округе (23,2%). На лечение за пределы территории Российской Федерации уехал 61 (1,6%) первичный пациент.

Саламов А.К., Карсанов А.М., Туаева И.Б., Ревазова Л.К., Саламова В.А.

Начальные шаги для внедрения системы управления персоналом в медицинской организации

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», Владикавказ, Россия

Поиск возможностей повысить безопасность пациентов привел авторов к необходимости внедрения системы менеджмента качества (СМК) лечения с определением на первом этапе структуры личностных приоритетов сотрудников, участвующих в этом процессе. При внедрении СМК руководство должно быть готово к открытому диалогу с сотрудниками, к разумному компромиссу с ними в вопросе нематериальных форм стимулирования и к безусловной приверженности стратегии создания безопасной производственной среды.

Цель исследования – реализация начальных шагов по оценке уровня мотивационной активности сотрудников и разработка адресного плана по управлению персоналом в медицинской организации (МО) Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД» (УБ).

Материал и методы. Была разработана анкета участника исследования из 25 вопросов. В исследовании участвовали 44 врача и 41 медицинская сестра из всех структурных подразделений УБ. 7 (8,2%) респондентов заведуют отделениями, 37 (43,5%) работают врачами-ординаторами. Постоянными сотрудниками стационарных отделений являются 57 (67,1%) специалистов, остальные 28 (32,9%) респондентов оказывают амбулаторную помощь пациентам. Женщины составили подавляющее большинство среди участников анкетирования – 92,9% ($n=79$).

Результаты. В нашей МО 11,3% врачей и 7,3% медсестер признают, что не знакомы с основными положениями Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации», а 25,0% врачей и 9,8% медсестер не знакомы с Программой Всемирной организации здравоохранения «0 безопасности пациентов». 3 из 7 заведующих отделениями не знакомы с приказом Минздрава России № 203н. Среди их подчиненных негативный уровень профессиональной информированности продемонстрировали 47,1% специалистов.

Правильно представляют общее направления работы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности (ККБМД) в УБ только 73,3% врачей и 82,9% медсестер. К чести наших медицинских работников следует признать конструктивной ситуацию, когда 43,5% сотрудников УБ не считают достаточным комплекс реализуемых мероприятий по ККБМД.

Респонденты подтвердили необходимость использования всего спектра вариантов совершенствования организационных мероприятий в МО с приоритетом повышения оплаты труда (60% ответивших), расширения штатов (35,3%) и коренных изменений всей системы ККБМД (30,6%). Личную готовность активно участвовать в работе по внедрению СМК без дополнительных условий выразили лишь 36,4% врачей и 24,4% медсестер. Большинство согласны этим заниматься за дополнительную плату – 45,4% врачей и 53,6% медсестер, что, по нашему мнению, типично для современной социально-экономической ситуации в отрасли.

Только 18,8% сотрудников не считают, что объем проводимых ранее мероприятий по ККБМД отвечает современным требованиям к качеству медицинской деятельности. Анализ мнений респондентов о безопасности оказания ими медицинской помощи однозначного позитивного вывода не дал, поскольку большинство сотрудников (58,8%) уверены, что уровень безопасности пациентов (БП) высокий, 9,4% считают, что о полной безопасности в медицине говорить неуместно, а 20% вообще не стали отвечать на этот вопрос.

Поскольку безопасность медицинской деятельности должна быть понимаема в том числе и в отношении медицинских работников, анкета имела целью выяснить мнение респондентов о степени осознания опасности профессиональной деятельности. 54,5% врачей и 70,7% медсестер считают, что существует опасность, связанная с их профессиональной деятельностью. Эти данные перекликаются с полученными при ответе на следующий вопрос, поскольку 24,4% медсестер и 20,4% врачей не получали профессиональную подготовку по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности и даже не занимались самообразованием.

По результатам исследования было установлено, что готовность нести дополнительную профессиональную нагрузку для повышения качества медицинской помощи и безопасности лечения подтвердили 48,2% респондентов. Среди врачей доля таких коллег составила 54,5%, а среди медсестер – 41,5%. Кроме того, расширить круг своих компетенций только за дополнительное материальное стимулирование были готовы 35,3% респондентов.

Лишь 47,7% врачей и 34,1% медсестер решились открыто оценить свое соответствие требуемому уровню профессиональных компетенций. Те же, кто ответил, оценили его на 5,8 балла (врачи) и 3,3 балла (медсестры) по 10-балльной шкале, что не может не внушать оптимизм, поскольку свидетельствует о критической оценке своих профессиональных качеств по вопросам обеспечения качества и БП и, следовательно, снижает напряжение на этапе создания мотивирующих действий на руководство МО.

Заключение. БП – это комплексное понятие, объединяющее прогрессивные образовательные, клинические и управленческие технологии, направленные на предотвращение негативных последствий хирургического лечения на основе их внутренних связей и общих перспектив развития.

При планировании и начальных шагах внедрения СМК в УБ было подтверждено, что мотивационная готовность к активному участию в СМК большинства представителей старшего и среднего медицинского персонала неразрывно связана с их материальными приоритетами и осознанием компенсации рисков для собственного здоровья.

Повышению БП должна способствовать реализация успешной модели СМК, что неизбежно приведет руководство МО к необходимости открытого диалога с сотрудниками, внедрению качествен-

ного аудита уровня их исходной квалификационной и мотивационной готовности, разумному компромиссу с персоналом в вопросе нематериальных форм стимулирования и к безусловной приверженности стратегии создания безопасной производственной среды.

Сенченко А.Ю.

Как восстановить доверие между врачами и пациентами: мнение врачей

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет» Минздрава России, Красноярск, Россия

Актуальность. Эффективность системы здравоохранения, по мнению врачей – участников фокус-групп, ограничивается в первую очередь отсутствием доверия на уровне врач–пациент и разбалансированностью прав и обязанностей элементов системы здравоохранения. Вопрос восстановления доверия между врачами и пациентами возможен только при системных изменениях, в которых должны принимать участие все участники системы здравоохранения.

К таким выводам мы пришли при изучении данного вопроса в фокус-группах. Участниками 2 фокус-групп стали врачи, начавшие свою трудовую деятельность до и после принятия «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Оценивая состояние системы здравоохранения в прошлом и сейчас, врачи отметили, что идеальной ситуации не существовало. Эффективность системы здравоохранения, несмотря на использование современных методов диагностики и лечения, сейчас сильно ограничивается:

- 1) отсутствием доверия на уровне «врач–пациент»;
- 2) разбалансированностью прав и обязанностей элементов системы здравоохранения;
- 3) чрезмерным и неэффективным контролем;
- 4) преобладанием экономических методов управления, не учитывающих социальные и медицинские элементы медицинской деятельности;
- 5) разобщенностью медицинского сообщества.

Все эти проблемы требуют незамедлительного решения. По мнению участников фокус-групп, будущее в системе взаимоотношений «пациент–врач–государство» должно быть связано со следующими факторами.

1) Пациенты: рост уровня жизни и повышение ответственности за состояние своего здоровья; мотивация к здоровому образу жизни и активное включение в программы профилактики.

2) Медицинские работники: повышение уровня жизни; снижение нагрузки; доброжелательное отношение к пациентам; зависимость заработной платы от уровня профессионализма и достижения целевых показателей; заинтересованность в повышении квалификации; участие в программах наставничества; активное участие в деятельности профессиональных сообществ.

3) Медицинская организация: расширение полномочий и автономности; повышение компетентности руководителей медицинских организаций в вопросах управления, экономики и права; привлечение сотрудников к управлению и решению проблемных вопросов в деятельности медицинской организации; оснащение медицинских организаций на современном уровне; прозрачная система мотивации персонала; заинтересованность в повышении квалификации персонала; внедрение корпоративных тренингов, направленных на повышение доброжелательности и пациентоориентированности; внедрение системы адаптации молодых специалистов и наставничества; ориентация деятельности на повышение качества медицинской помощи; получение и подтверждение аккредитации, в том числе на основе международных стандартов.

4) Государство и контролирующие органы: увеличение финансирования системы здравоохранения и образования; приоритет презумпции невиновности в «ятрогенной юстиции»; система контроля должна стать прозрачной, а требования контролирующих органов – стандартизованными и непротиворечивыми; ужесточение требований к компаниям, принимающим участие в системе госзакупок.

5) Органы управления здравоохранением: повышение компетентности и ответственности чиновников; внедрение системы активного и реального привлечения медицинской общественности к решению актуальных проблем системы здравоохранения; минимизация числа запросов в медицинские организации, которые могут быть собраны в рамках единой медицинской информационной системы; внедрение в системе ОМС не только штрафных санкций, но и поощрительных мер; поддержка системы наставничества в медицинских организациях.

6) Профессиональные медицинские сообщества: активное участие в деятельности системы здравоохранения; участие в разработке и корректировке профессиональных стандартов; разработка и корректировка клинических рекомендаций; отстаивание интересов медицинских работников.

7) Медицинское образование: изменение системы среднего специального и высшего медицинского образования в соответствии с современными условиями; повышение качества медицинского образования за счет практикоориентированности; создание конкурентных условий при обучении студентов в медицинских вузах; интеграция среднего специального и высшего медицинского образования; гибкость системы дополнительного профессионального образования (ДПО); установление аккредитационных требований к образовательным организациям, принимающим участие в системе ДПО; введение ограничений на объем и сроки дистанционного обучения в ДПО (не более 50%).

8) Средства массовой информации: информирование о положительных результатах работы медицинских организаций и медицинских работников, а не только отрицательных; создание и поддержание независимого рейтинга медицинских организаций; этичность в вопросах оценки деятельности медицинских работников.

9) Отечественные производители медицинского оборудования и лекарственных препаратов: повышение качества производимой продукции; активное внедрение в процессы принципов надлежащей производственной практики.

Таким образом, только системная работа способна оказать положительное влияние на нормализацию отношений в системе взаимоотношений «пациент–врач–государство».

Сидорович И.А.

Методологические подходы к управлению качеством медицинской помощи

ГБУЗ «Городская поликлиника № 195» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Современные российские экономические условия, в которых осуществляют свою деятельность учреждения здравоохранения, определяют высокую актуальность вопросов повышения качества предоставляемых медицинских услуг.

Цель настоящей публикации: определение основных составляющих, оказывающих влияние на качество оказываемой медицинской услуги в современном учреждении здравоохранения.

Актуальность. Возникновение у населения Российской Федерации новых потребностей к медицинскому обслуживанию, повышение реальных доходов населения и развитие медицинской науки и техники приводят к тому, что на рынке предлагается все большее количество разнообразных

медицинских услуг. Рыночные взаимоотношения заставляют руководителей учреждений здравоохранения уделять большое внимание качеству оказываемой медицинской помощи, чтобы обеспечить конкурентоспособность организации, ее выживание и, при благоприятных условиях, устойчивое развитие.

В настоящее время определены особенности медицинской услуги по сравнению с услугами, предоставляемыми в других сферах обслуживания населения, а именно: существенная неопределенность со стороны потребителей услуг; риск, связанный со случайным характером заболевания; недостаточно устоявшиеся рыночные взаимоотношения (в некоторых случаях отсутствие у поставщиков медицинских услуг стремления получить прибыль). Эти отличительные черты объясняют своеобразную организацию медицинского обслуживания населения как сферы услуг.

Традиционно в условиях рынка потребитель не только покупает товар или услугу, но и одновременно желает получить информацию о фактических стандартах качества на этот товар или услугу. Однако в сфере медицинского обслуживания ситуация несколько иная. Предоставляемая медицинская услуга характеризуется изменчивостью или непостоянством качества, которое в значительной степени зависит от конкретного учреждения здравоохранения. Чаще всего изменчивость качества медицинской услуги связана с недостаточной квалификацией медицинского работника, отсутствием профессиональной конкуренции, слабой профессиональной подготовкой конкретного медицинского работника. Изменчивость качества медицинской услуги может быть также связана и с негативными личными качествами характера медицинского работника, которые достаточно трудно выявить на стадии отбора медицинского персонала. Другая важная причина изменчивости медицинской услуги – уникальность самого пациента, высокая степень индивидуальности медицинской услуги в соответствии с требованиями потребителя. Кроме того, индивидуальный характер предоставления медицинской услуги порождает проблему управления поведением потребителей или по крайней мере учета поведенческих факторов при работе с пациентами.

Результаты. Очевидно, что качество медицинской услуги понятие сложное, отражающее различные аспекты деятельности работников учреждения здравоохранения при оказании медицинской помощи (в том числе психологические, управленческие, научные, экономические, информационные и др.). Поэтому для руководителя учреждения здравоохранения важно определить значение и структуру медицинской услуги, чтобы в дальнейшем сформировать систему оценки качества оказания медицинской помощи в учреждении и осуществлять соответствующие управленческие решения.

Качество медицинской услуги как результат работы учреждения здравоохранения определяется 3 основными составляющими:

- качеством процесса оказания медицинской помощи в учреждении, результатом которого и является получение пациентом медицинских услуг;
- качеством управления оказанием медицинской помощи в учреждении, так как именно руководители всех уровней определяют технологию процесса оказания медицинской услуги и критерии его оценки;
- качеством ресурсной поддержки при предоставлении медицинских услуг.

Качество оказания медицинской помощи зависит от качества используемых способов управления этим процессом, отраженных в методиках, протоколах, стандартах, оснащении медицинским оборудованием, материалами, лекарственными препаратами и другими составляющими механизма реализации процесса оказания медицинских услуг пациентам.

Особого внимания заслуживает вопрос качества специалистов – участников процесса предоставления медицинской услуги. Качество специалиста определяется его исходным интеллектуальным потенциалом, а также профессиональной квалификацией. Для повышения квалификации возможно применение традиционных форм и методов и современных телекоммуникационных систем

непрерывного образования, предоставление возможностей для проведения научных исследований и написания диссертационных работ.

Заключение. При оценке качества специалиста важно учитывать его профессионализм и полученные им результаты. Профессионализм включает компетентность, общую культуру, восприимчивость к инновациям, инициативность, самостоятельность и способность к сотрудничеству. При этом компетентность отражает знание предметной области, владение мастерством, способность к аналитической деятельности, а также наличие организаторских и коммуникативных способностей. Технологическое мастерство и искусство общения – две стороны профессионализма. И мануальные, и коммуникативные навыки в равной степени обеспечивают эффект воздействия на пациента, результаты лечения, успешность профилактики и мотивацию пациента на дальнейшее сотрудничество. Совокупность этих качеств составляет фундамент доверия пациента к врачу.

Старченко А.А.

Независимая медэкспертиза: «рука руку моет» или «рука об руку» для достижения справедливости?

НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», Москва, Россия

Цель: рассмотрена новация в Законе РФ «Об охране здоровья граждан в РФ» о монополизации независимой медицинской экспертизы профессиональными ассоциациями врачей, которая имеет ряд противоречий с действующим законодательством.

Обсуждение. 1. Из законопроекта следует, что независимая экспертиза может быть только в отношении медицинской документации, а все иные виды экспертиз, предусмотренные законодательством, не являются независимыми: судебно-медицинская, экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС, экспертиза качества Росздравнадзора – все они проводятся также с использованием медицинской документации на имя конкретного пациента, но не являются независимыми.

Таким образом, все виды экспертиз, предусмотренные действующим законодательством, данным законопроектом объявляются нелегитимными, так как не отвечают главному потребительскому признаку – независимости, а следовательно, и объективности. Кто может выступать заказчиком зависимой, т.е. необъективной экспертизы? Только коррупционер, следовательно, предложение законопроекта – прокоррупционно.

2. Из законопроекта следует, что независимая экспертиза может быть выполнена исключительно одной структурой – профессиональной организацией медицинских работников или их ассоциацией. Налицо уклон в защиту одной из сторон возможного конфликта – стороны медицинских работников. В настоящее время эта модель уже предусмотрена действующим законодательством: пациент обращается в медорганизацию с жалобой, врачебная комиссия в составе медработников обязана провести экспертизу документации и ответить на претензию. Аналогично по обращению пациента в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения назначается комиссия медработников в рамках ведомственной экспертизы меддокументации.

Уставные цели всех профессиональных организаций медицинских работников или их ассоциаций содержат обязательство защищать во всех инстанциях медицинских работников, что противоречит принципу независимости и объективности. Интересы пациента при этом входят в неустрашимое противоречие с уставными целями профессиональных организаций медицинских работников или их ассоциаций.

3. Законопроект предоставляет не только монополию профессиональной организации медицинских работников или их ассоциации, но устанавливает право профессиональной организации медицинских работников или их ассоциации определять все существенные условия и требования к экспертизе при полном отсутствии перечисления гарантий качества экспертизы, контрольных органов и прав пациента – все отдано на откуп общественной организации: состав, последовательность и сроки выполнения действий и процедур, проводимых при осуществлении независимой экспертизы медицинской документации пациента, а также требования к экспертам, проводящим данную экспертизу.

Таким образом, налицо уклон законопроекта в защиту одной из сторон конфликта – медицинского работника при умалении прав и законных интересов слабой стороны – пациента.

4. Введение законопроектом ограничения права слабой стороны – пациента на независимую экспертизу в форме ее оплаты из личных средств представляет собой запрещенную Конституцией РФ дискриминацию по имущественному признаку. Тарифы на экспертизу не подлежат какому-либо нормированию и регулированию, что является признаком предпринимательской деятельности, дороговизны и, в конечном итоге, неуклонного их роста, а также доступности только состоятельным пациентам.

5. Законопроект вводит право, а не обязанность по обращению гражданина профессиональной организации медицинских работников или их ассоциации на проведение независимой экспертизы, т.е. умаляет право слабой стороны – «скандального», с точки зрения медработников, пациента на получение результатов: ему может быть отказано в проведении экспертизы без объяснения причин. В законопроекте отсутствуют нормы по обязательству общественной организации медработников по выполнению независимой экспертизы, которые выполняет по собственному усмотрению и желанию вне зависимости от потребности пациентского сообщества.

6. Законопроект умаляет равноправие сторон в суде: законопроектом признается только независимая экспертиза, выполненная по собственному усмотрению профессиональной организацией медработников, тогда как заключения других видов экспертиз, поступивших в суд, не соответствуют этому требованию по принципу независимости, нарушают требования процессуального законодательства об отсутствии заранее предустановленной значимости доказательств.

Старченко А.А.

Неприкаянная экспертиза качества медпомощи

НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», Москва, Россия

Цель: рассматривается соотношение пользы и вреда для пациента нового проекта изменений в Закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», касающихся экспертизы качества медпомощи.

Обсуждение. Опубликован новый проект изменений в Закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» об экспертизе качества медпомощи (ЭКМП):

- передача полномочий по регулированию экспертизы качества медицинской помощи ЭКМП в системе ОМС на уровень Минздрава России;
- передача перечня экспертов в ведение органа исполнительной власти в сфере здравоохранения;
- независимая экспертиза медицинской документации пациента осуществляется за счет личных средств граждан;
- независимая экспертиза медицинской документации пациента проводится медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в соответствии с устанавливаемыми

ими правилами, которыми определяются состав, последовательность и сроки выполнения действий и процедур, проводимых при осуществлении независимой экспертизы медицинской документации пациента, а также требования к экспертам, проводящим данную экспертизу.

Кто же может стать выгодоприобретателем от этих новелл законодательства?

Передача полномочий по регулированию ЭКМП в Минздрав России противоречит здравому смыслу о необходимости формирования сдержек и противовесов в любом законодательстве: ФФОМС, не являясь органом исполнительной власти, не вправе был вмешиваться в каждую конкретную экспертизу в системе ОМС, передача экспертизы в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения ликвидирует эту систему, так как все медработники как потенциальные причинители вреда жизни и здоровью пациентов находятся в ведении Минздрава РФ (Реестр врачей), налицо – конфликт интересов не в пользу пациентов, получающих медицинскую помощь ненадлежащего качества. В этом смысле целесообразнее передать экспертизу и реестр экспертов КМП в юрисдикцию Минюста РФ и его ФБУ «Российский федеральный центр судебной экспертизы» как органа, не определяющего политику в сфере здравоохранения, а исключительно заинтересованного в справедливом балансе прав и законных интересов пациентов и медработников.

Передача ЭКМП и экспертов в ведение органа исполнительной власти в сфере здравоохранения приведет к ряду негативных последствий для системы ОМС в существующем ныне виде:

1) количество экспертов в Реестре значительно уменьшится, возникает обязательное требование наличия у эксперта трудового договора с медицинской организацией, так как время на проведение ЭКМП таким работающим экспертом в его рабочее время существенно нивелируется;

2) уже в сложившейся на сегодняшний день заявительной модели число экспертов, реально выполняющих экспертизу, крайне низко, введение разрешительной аккредитации в Минздраве РФ создаст антимотивацию получать статус эксперта; если же Минздрав России «спустит» эту функцию на органы управления здравоохранением субъектов РФ (что очень соблазнительно), то эксперты, проявляющие независимую принципиальность при выполнении экспертизы, будут в ближайшей перспективе исключены из этого Реестра как неблагонадежные; если же Минздрав России рассчитывает пополнить Реестр экспертов КМП кооптацией всех главных внештатных специалистов субъектов РФ, то независимость экспертизы будет утрачена, так как у главного специалиста имеется конфликт интересов: высечь себя самого за ненадлежащее качество медицинской помощи, оказываемое пациентом вверенной ему службой;

3) введение критериев расторжения договора со страховой медицинской организацией (СМО) на основе нормирования числа ЭКМП в условиях передачи экспертизы и экспертов в юрисдикцию Минздрава России приведет к массовому разрыву договоров с СМО, так как СМО таковой передачей юрисдикции лишается управления при организации ЭКМП – попадает в полную зависимость от желаний эксперта выполнять экспертизу, оформлять документы экспертизы, соблюдать сроки документооборота, посещать проверяемые медорганизации в свое рабочее время, при неопределенной в настоящее время стоимости ЭКМП;

4) обязанность наличия трудового договора у эксперта с медорганизацией и обнародование данного места работы эксперта приведут к утрате экспертом независимости, обязательно появится соблазн руководителя проверяемой экспертом медицинской организации связаться с руководителем работодателя эксперта и «решить вопрос» иными методами;

5) результаты ЭКМП будут носить необъективный характер, формирование отчетов по ним будет крайне затруднено для СМО и ТФОМС;

5) существующая система возложения материальной штрафной ответственности за качество ЭКМП на СМО при отсутствии сколь-нибудь значимой ответственности эксперта приведет к полной потере объективности результатов ЭКМП.

Заключение. Законопроект не решает накопленных в течение последних 20 лет предметов критики здравоохранения:

- подчинение патологоанатома, обязанного указать в протоколе вскрытия трупа дефекты медицинской помощи, главному врачу медорганизации лишает пациентов права на справедливость и возмещение вреда;
- подчинение руководителя бюро судебно-медицинской экспертизы руководителю органа управления здравоохранением, которому подчинен и главный врач медорганизации, проверяемой судмедэкспертом, лишает пациента права на справедливость и возмещение вреда.

Старченко А.А.

Проект внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: неделимое яблоко раздора или дольчатый апельсин баланса интересов?

НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», Москва, Россия

Цель – рассматривается проект приказа Минздрава России «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» с точки зрения интересов руководителей медицинских организаций, рядовых лечащих врачей, пациентов, экспертов Росздравнадзора и страховых медицинских организаций.

Проект приказа Минздрава России «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» вот уже 5 мес будоражит медицинскую общественность, вплоть до созыва круглого стола Центрального штаба ОНФ: столкнулись законные интересы руководителей медицинских организаций, рядовых лечащих врачей, пациентов, экспертов Росздравнадзора и страховых медицинских организаций... Так что это – неделимое яблоко раздора, которое должно быть уничтожено, так как угрожает креслам руководителям медорганизаций, или дольки апельсина, которые утолят интересы лечащего врача и его пациента?

Обсуждение. Рассмотрим с точки зрения различных интересов концепции проекта приказа о внутреннем контроле, представленные Минздравом России и его оппонентами из числа Национальной медицинской палаты:

1) концепция проекта приказа Минздрава России – это формирование чек-листов с предельно точной и конкретной оценкой конкретного доказательно действующего фактора риска причинения вреда жизни и здоровью пациента:

- важно для пациента – если данный риск не будет управляем и не будет предупрежден профилактическими мерами, то он получит ущерб здоровью;
- важно для рядового врача (лечащего врача, оперирующего хирурга, анестезиолога-реаниматолога и т.д.) – создан конкретный чек-лист с конкретными реальными факторами риска причинения вреда пациенту, которые являются и факторами риска возбуждения гражданских и уголовных дел, если этот риск будет реализован в реальный ущерб здоровью пациента;
- работа по чек-листам существенно снизит опасность юридических последствий для рядового врача;
- важно для рядового врача обеспечением его ресурсами для ведения пациента, так как обявляет руководителя – главного врача тратить средства не по личному усмотрению, а на реализацию исполнения чек-листа (оборудование, оснащение, препараты, консультанты и т.д.);
- важно в целом для медицинской организации – внешняя проверка осуществляется не по принципу «что хочу – то и проверю», а в строгом соответствии с чек-листами, которые ясны, кон-

кретны и не имеют двойного толкования, т.е. коррупциогенность проверок сводится к самому минимуму: и проверяемый, и проверяющий знают, что перечень проверяемого не может быть произвольно расширен (типа: «а я еще и вот это, и это ... хочу проверить») и известен заранее, объявлен приказом, т.е. стабилен и имеет латентное время для исправления недостатков;

- экспертиза медицинской помощи, выполненная в системе ОМС и системе Росздравнадзора на основе чек-листов, будет соответствовать принципам объективности, сравнимости результатов и единой экспертной практики, что станет залогом формирования единого конституционно равного для пациента качества медицинской помощи;

2) концепция, отвергающая проект приказа Минздрава России о внутреннем контроле, – это возврат к коррупциогенной модели: конкретный список критериев проверки отсутствует, поэтому с проверяющим «можно договориться», что и в какой дозе проверять, а это представляет опасность:

- для пациента – его реальные риски получения вреда здоровью не интересуют ни проверяемого, ни проверяющего, риск имеет реальность превратиться в ущерб здоровью пациента;
- для рядового врача – реальные риски причинения вреда здоровью пациента возрастают, что приведет к обвинению врача, так как в ситуации отсутствия конкретных чек-листов главному врачу легче безапелляционно переложить все огрехи и вину на рядового врача, а самому тратить средства по своему «усмотрению», при этом проблемы рядового врача не интересуют ни проверяемого, ни проверяющего, риск имеет реальность превратиться в ущерб здоровью пациента, который найдет отражение в обвинительном приговоре;
- внутренний контроль без учета чек-листов продолжит практику конституционно неравного для пациента качества медицинской помощи.

Заключение. Таким образом, модель Минздрава России – демократичная и объективноориентированная, так как устанавливает доказательно работающие конкретные требования к снижению риска причинения вреда жизни и здоровью пациента, разделяющая ответственность за вред здоровью пациента между рядовым врачом и руководителем медорганизации (в случае отсутствия необходимого врачу оборудования, препаратов и консультантов), позволяющая доказать невиновность рядового врача при выполнении им всех требований в условиях ресурсов, предоставленных руководством;

Модель, отвергающая проект приказа Минздрава России о внутреннем контроле, исключительно авторитарная и субъективно-ориентированная, так как отсутствие чек-листа и конкретных показателей проверки несет неопределенность, которая всегда будет использована руководителем медорганизации в личных целях, несмотря на интересы пациента и рядового врача; данная авторитарная модель не устанавливает доказательно работающие конкретные требования к снижению риска причинения вреда жизни и здоровью пациента, возлагает всю ответственность за вред здоровью пациента исключительно на рядового врача в случае отсутствия необходимого врачу оборудования, препаратов и консультантов, не позволяющую доказать невиновность рядового врача при выполнении им всех требований.

Сухарева И.А.

Материальное благосостояние как фактор влияния на здоровье мужчин Республики Крым

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Актуальность. В статье говорится о влиянии материального благосостояния на здоровье мужчин Республики Крым. Наибольший ущерб здоровью мужчин наносит низкий уровень жизни. Отсутствие этого фактора риска могло бы снизить частоту возникновения различных проблем со здоровьем

у мужчин Крыма на 20,0%. Отмечено, что одной из приоритетных задач по улучшению здоровья мужчин должно стать ограничение влияния бедности на их здоровье, что позволит снизить риск преждевременной смертности особенно среди лиц трудоспособного возраста.

Введение. Несмотря на то что изменение текущего миропорядка генерирует новые вызовы и угрозы экономической безопасности государства, низкий уровень жизни населения, социальное неравенство и обеднение населения в теории экономической безопасности рассматриваются в качестве значимой и безусловной внутренней угрозы. Решающее значение имеют масштабы и причины бедности как проявления социального неравенства. Согласно гражданско-правовой теории бедности, бедность измеряется через лишения в широком смысле этого слова: позволяют ли располагаемые средства полноценно участвовать в жизни общества на основании определенных базовых наборов учитываемых лишений, доступны ли человеку такие социальные блага, как возможность оплаты услуг образования, здравоохранения, насколько полна продовольственная корзина члена общества. С другой стороны, субъективный подход к измерению бедности основан на оценках материального положения и уровня жизни, сделанных самими гражданами. Субъективный подход устанавливает черту бедности на основе анализа представлений населения о том, какой объем ресурсов необходим для удовлетворения минимальных потребностей. Понятие бедности настолько сложное и многоуровневое по своему характеру, что каждый из подходов характеризует определенный уровень бедности, раскрывая только некоторую часть данного явления. Однако на сегодняшний момент в основе официально принятого в России метода измерения бедности лежит лишь концепция абсолютной бедности, предполагающая определение минимальных потребностей и круга товаров и услуг, удовлетворяющих эти потребности (потребительская корзина). Осознание бедности как угрозы экономической безопасности государства требует решения целого комплекса методических и теоретических проблем в приложении к конкретному типу хозяйственной системы.

Цель: оценить влияние уровня доходов на здоровье мужчин в Республике Крым.

Материал и методы. Проанкетированы 1144 мужчины в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст $35,8 \pm 12,3$ года). Анкета-опросник состояла из 232 вопросов. Были использованы методы количественного анализа (Microsoft Excel 2010 для Microsoft Windows), непараметрические методы статистического анализа: медианы (Хе), U-критерий Манна–Уитни для анализа между группами, – коэффициента взаимной сопряженности Пирсона (программа Statistica 10,0).

Результаты. Частота хронических болезней у опрошенных мужчин Крыма существенно ($p < 0,01$) и сильно ($\eta = 0,981$) зависит от уровня их жизни. Так, если среди бедных и очень бедных мужчин частота этих болезней была на уровне 213,3 на 1000 опрошенных, то среди богатых и среднего достатка мужчин – 112,7‰, что на 89,3% больше. Частота встречаемости сахарного диабета, гипертонической болезни и других проблем со здоровьем у мужчин существенно не зависела от уровня их жизни ($p > 0,05$). Для оценки ущерба, наносимого факторами риска здоровью мужчин Крыма, оценивались этиологический риск и ранг влияния на здоровье вредного фактора. Этиологический риск одновременно учитывает и биологический эффект воздействия, и долю населения, экспонированного к нему. Он определяет долю, на которую уменьшилась бы заболеваемость при отсутствии данного воздействия. Сравнивая различные этиологические факторы, можно оценивать их роль в возникновении данного заболевания. Наибольший ущерб здоровью мужчин Крыма наносит низкий уровень жизни (бедность). Отсутствие этого фактора риска могло бы снизить частоту возникновения различных проблем со здоровьем у мужчин Крыма на 20,0%. Под воздействием этого фактора риска на момент исследования находилось 250,5 тыс. мужчин региона.

Заключение. Таким образом, можно утверждать, что здоровье мужчин региона подвержено влиянию многочисленных факторов риска, но в первую очередь уровнем доходов, и устранение этого влияния могло бы значительно улучшить состояние их здоровья, что обуславливает необходимость поиска путей и методов этого улучшения. Одной из приоритетных задач в области социальной политики должно стать ограничение влияния бедности, безработицы на здоровье населе-

ния, предупреждение рисков преждевременной смертности. Для трудоспособного населения это необходимо делать за счет повышения экономической активности, увеличения уровня реальных доходов, уменьшения масштабов явной и латентной безработицы.

Третьякова О.С.

Оценка медико-социальной эффективности службы охраны материнства и детства

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Проведена сравнительная оценка медико-социальной эффективности службы охраны материнства и детства РФ и Республики Крым (РК) по методике, рекомендованной ВОЗ. Установлена очень высокая медико-социальная эффективность службы в РК и ее средняя эффективность в РФ, что требует совершенствования ante- и постнатальной профилактики в каждом из субъектов РФ, что приведет к повышению медико-социальной эффективности службы в целом в стране и внесет свой вклад в улучшение демографической ситуации.

В условиях депопуляции, возобновившейся после кратковременного естественного прироста, естественная убыль населения РФ требует проведения глубокого анализа сложившейся ситуации как в целом в стране, так и в отдельно взятых ее субъектах. Наряду со снижением рождаемости, вызванным рядом объективных причин, и прежде всего снижением числа женщин фертильного возраста, обусловленным низкой рождаемостью, зарегистрированной в период социально-экономического кризиса 90-х годов прошлого века в странах постсоветского пространства, несомненный вклад в этот негативный тренд вносят и репродуктивные потери. В этой связи возникает необходимость объективной оценки эффективности организации медицинской помощи в сфере охраны материнства и детства. Помимо общепринятых коэффициентов, традиционно используемых для оценки эффективности службы охраны материнства и детства, отражающих смертность плода и детей в различные периоды младенчества (мертворождаемость, перинатальная, неонатальная, постнеонатальная, младенческая смертность и т.д.), опосредованно свидетельствующих о качестве оказания медицинской помощи данной категории, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) разработан ряд дополнительных коэффициентов. К их числу относятся показатель фетоинфантильных потерь, а также менее известный коэффициент, позволяющий провести оценку медико-социальной эффективности деятельности службы охраны материнства и детства, в основу которого положено отношение смертности детей в постнеонатальном периоде к мертворождениям и смертности новорожденных.

Цель исследования: оценка медико-социальной эффективности деятельности службы охраны материнства и детства в РФ и Республики Крым (РК) за 2015–2017 гг.

Материал и методы. В ходе анализа использованы материалы ежегодного статистического сборника «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации» (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России). Коэффициент эффективности деятельности службы охраны материнства и детства рассчитывался по формуле: $K = П/Р$, где П – поздняя (постнеонатальная), Р – ранняя (мертворождаемость и смертность в период 0–27 дней жизни) смертность. Интерпретация результатов проводилась исходя из критериев оценки ВОЗ: 1,0 – очень низкая; 0,5–1,0 – низкая; 0,4–0,5 – средняя; 0,3–0,4 – высокая, менее 0,3 – очень высокая. Статистическая обработка материалов производилась с использованием программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Исходя из формулы расчета коэффициента эффективности поздняя смертность жизнеспособных детей соответствует постнеонатальной смертности, на долю которой, согласно статистическим данным, приходится около 30% всех случаев детской смертности. В РФ коэффициент постнеонатальной смертности в 2015–2017 гг. последовательно снижался с 4,1 до 3,6‰ соответственно (-12,2%). В то же время в РК динамика постнеонатальной смертности была незначительной (2,6‰ в 2015 г. и 2,5‰ в 2017 г.). При этом коэффициент поздней смертности в РК был ниже практически на треть (-30,5%), чем в РФ.

Показатель ранней смертности детей, вынесенный в знаменатель формулы, включает мертворождаемость и неонатальную смертность. В РФ за исследуемый период отмечена негативная тенденция показателя мертворождаемости: от 6,0‰ в 2015 г. до 6,9‰ в 2017 г. В РК зафиксирован положительный тренд (6,7‰ – 2015 г., 6,0‰ – 2016 г., 6,2‰ – 2017 г.). Этот показатель в 2017 г. впервые был ниже, чем в РФ (на 10%). Неонатальная смертность в стране за исследуемый период неуклонно снижалась: с 2,5‰ в 2015 г. до 2,0‰ в 2017 г. В РК коэффициент неонатальной смертности в 2017 г. был выше, чем в РФ, практически в 1,5 раза (3,6‰ – 2015 г. и 3,0‰ – 2017 г.), но при этом показатели как мертворождаемости, так и постнеонатальной смертности были ниже.

Полученные при расчете значения коэффициента П/Р в РФ (0,48 – 2015 и 2016 гг.; 0,47 – 2017 г.) указывают на средний уровень эффективности службы охраны материнства и детства в целом по стране, что преимущественно связано с относительно высокими показателями постнеонатальной смертности. В то же время в РК медико-социальная эффективность деятельности службы охраны материнства и детства была стабильно очень высокой (0,26 в 2015 и 2016 гг., 0,27 в 2017 г.). В обоих случаях динамика коэффициента графически имела вид прямой линии, что свидетельствует о корректности предоставления статистических данных о мертворождаемости и младенческой смертности.

Заключение. Деятельность службы охраны материнства и детства в РК имеет очень высокую медико-социальную эффективность, в то время как в РФ ее эффективность средняя. Это указывает на необходимость совершенствования ante- и постнатальной профилактики в каждом из субъектов РФ, что приведет к повышению медико-социальной эффективности службы в России в целом и внесет свой вклад в улучшение демографической ситуации в стране.

Федонников А.С.

Интерактивный медико-социальный сервис на основе онлайн-коммуникации: опыт проектирования и внедрения

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Актуальность. Спроектирован и апробирован интерактивный медико-социальный сервис на основе онлайн-коммуникации для пациентов травматолого-ортопедического профиля. Обоснованы критерии и проведена оценка его востребованности пациентами. Показано, что дальнейшее внедрение данного сервиса в практику позволит внести вклад в трансформацию процессов организации здравоохранения за счет достижения определенного уровня автоматизации информационного взаимодействия ключевых субъектов здравоохранения.

Введение. Неравный доступ населения к ресурсам здравоохранения на региональном уровне является на сегодняшний день одной из основных причин негативных оценок экспертного сообщества проводимых реформ в отрасли. Несмотря на осуществляемые преобразования, ожидаемого роста эффективности и доступности медицинской помощи не происходит [1]. В условиях дефицита ресурсов одним из приоритетных направлений повышения эффективности и обеспечения доступно-

сти медицинских услуг является проектирование и внедрение в практику здравоохранения медико-социальных сервисов, функционирующих на основе онлайн-коммуникации, что позволит повысить качество информационного взаимодействия ключевых субъектов системы здравоохранения – пациентов с медицинскими организациями, что экономически целесообразно, так как позволяет достичь определенных медико-социальных результатов без существенных инвестиций в инфраструктуру отрасли.

Одной из нозологических областей, для которой актуально внедрение сервисов онлайн-коммуникации, является патология опорно-двигательной системы, вклад которой в общее бремя болезней признан ВОЗ и Всемирным Банком доминирующим по причине высокой распространенности и выраженности негативных социально-экономических последствий. В структуре данной патологии лидирующие позиции занимает остеоартроз тазобедренных и коленных суставов. Реализация хирургического этапа лечения с применением технологии эндопротезирования является практически решенной задачей – в нашей стране по программам высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) осуществляется ежегодно более 100 тыс. операций. При этом формируется контингент пациентов с имплантированными конструкциями, реабилитация которых требует постоянного сопровождения. Однако системные факторы ограничения доступности услуг здравоохранения на послеоперационном этапе – дефицит квалифицированных кадров в амбулаторном звене профильных служб регионов на уровне 40%, недостаточное финансирование региональных программ реабилитации, низкий уровень обратной связи с пациентами со стороны региональных служб здравоохранения – в перспективе создают риск социально-экономической девальвации достигнутого на этапе хирургического лечения медицинского результата.

Материал и методы. С целью повышения качества медицинской помощи и организации послеоперационной реабилитации пациентов на базе НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского в 2018–2019 гг. была разработана и апробируется Система мониторинга и обратной связи (СИМОС) на основе онлайн-коммуникации. С использованием СИМОС проведено медико-социологическое исследование, включившее 581 профильного пациента, которые постоянно проживают в 21 регионе России.

Результаты. Для оценки востребованности СИМОС разработаны и апробированы определенные критерии: отклик получателей; временной диапазон между рассылкой и входом в систему; повторное использование; полнота использования сервисов. Критерий «отклик получателей» составил в ходе организационного эксперимента 45,9%. Согласно полученным данным, наибольшее число входов в систему осуществляется в день рассылки. Показатель «повторное использование» за период исследования составил 4,8. Среди предпочитаемых инструментов коммуникации выявлен практически равный потенциал использования электронной почты (15%) и социальных сетей (12,5%).

Заключение. СИМОС обладает широким функционалом, давая возможность решать ряд важных задач: получать новые знания и вырабатывать векторы организации медицинской помощи, расширять аспекты взаимодействия пациента и системы здравоохранения, формируя пациент-центрическую модель оказания медицинской помощи и реабилитации. Представленная разработка реализует принципы социального маркетинга – в условиях развития здравоохранения и возрастания конкуренции среди учреждений, оказывающих высокотехнологичные виды медицинской помощи, приоритет выбора пациента будет формироваться в отношении организаций, демонстрирующих личностно ориентированный подход. Разработка данного сервиса позволит внести вклад в трансформацию процессов организации здравоохранения за счет достижения определенного уровня автоматизации информационного взаимодействия ключевых субъектов здравоохранения – пациента и медицинской организации, а также мониторинга результатов лечения и послеоперационной реабилитации профильных пациентов.

Хачатурян В.А.

Проект «Организация и запуск корпоративного проектного офиса» в медицинской организации: выгоды и возможности

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Республики Татарстан, Казань

Актуальность. В статье автор отражает отдельные аспекты организации и запуска корпоративного проектного офиса и особенности создания инструментов устойчивого развития медицинской организации. Уникальность проекта обусловлена сменой парадигмы «инициатива наказуема». Внедряемые решения типизированы для специалистов с высшим профессиональным образованием по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Сестринское дело» и интегрированы между собой.

Цели: повысить уровень инициатив сотрудников в вопросах развития медицинской организации с помощью методологии проектного управления и эффективной организации труда в интересах пациента и персонала.

Введение. Создание системы управления качеством в организации является стратегическим решением, которое может помочь улучшить результаты ее деятельности и обеспечить прочную основу для инициатив, ориентированных на устойчивое развитие. Часто можно услышать выражение «инициатива наказуема», которое в первоначальном виде звучит так: «в армии инициатива наказуема». Иными словами, любая инициатива, проявленная младшим по званию, приводит к тому, что именно он будет вынужден заниматься ее реализацией и понесет ответственность за возможную неудачу. Действующее трудовое законодательство считает, что обеспечение развития организации является частью трудовой функции работодателя. В то же время работник не наделен правами на проявление собственных инициатив, направленных на развитие. Реализация приоритетных национальных проектов здравоохранения и выполнение стратегических задач приоритизируют управленческую нагрузку на руководство медицинской организацией и актуализируют вопросы делегирования полномочий по принятию решений в подразделения. Однако в существующей системе управления структурное подразделение, обеспечивающее организацию и создание системы сбора и оценки инициатив сотрудников, отсутствует. Процесс генерации инициатив в медицинской организации не регламентирован, а директивно-распорядительный режим не позволяет в необходимом объеме делегировать полномочия. Решением задач системы управления качеством и возможностью создания универсального инструмента для обеспечения развития медицинской организации становится создание корпоративного проектного офиса.

Материал и методы. Изучены активы процессов организации ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Республики Татарстан (Казань) (далее – ГАУЗ «РКОД МЗ РТ»): модель процессов и видов деятельности, политика в области качества, стратегия развития на 2017–2020 гг., двусторонние договоры с образовательными учреждениями. Проанализированы нормативно-правовые акты, регулирующие трудовые отношения. Проведен опрос руководителей структурных подразделений и осуществлен анализ извлеченных уроков из предыдущих проектов. Проанализированы литературные источники, в которых описаны процессы, признанные хорошими практиками при осуществлении большинства проектов в большинстве случаев. Составлен перечень мероприятий.

Результаты и обсуждение. Для реализации поставленных целей в ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» создан общественный орган – экспертный совет, целью деятельности которого является осуществление анализа научно-практической значимости, клинико-фармакологической эффективности и методического

сопровождения инновационных проектов в медицинской сфере. В его задачи входит изучение материалов по заявленным на рассмотрение проектным инициативам; осуществление оценки научно-практической и социальной значимости проектов; разработка рекомендаций, направленных на повышение эффективности проектной деятельности. Несколько ранее в ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» создан отдел развития – проектный офис РКОД. Отдел развития обеспечивает работу экспертного совета в создании системы сбора инициатив сотрудников, их документирование, а также разработку, корректировку и контроль исполнения. По мнению 75% руководителей структурных подразделений, выгодами корпоративной системы управления проектами являются прозрачность отбора, рассмотрение всевозможных сторон, унификация процессов, разработка и принятие внутренних профессиональных правил и стандартов, помощь в организации обучения работников и отсутствие вмешательства в контроль работ по проекту. Есть мнение, что корпоративный проектный офис приносит общую результативность в осуществлении проектной деятельности. Утвержден перечень проектных инициатив.

Заключение. Созданная система управления качеством меняет парадигму установки «инициатива наказуема» и позволяет координировать усилия специалистов в профессиональной деятельности с помощью методологии проектного управления. В рамках проекта организации и запуска корпоративного проектного офиса созданы инструменты, являющиеся необходимыми элементами корпоративной системы управления проектами, обеспечивающие устойчивое развитие медицинской организации в интересах пациента и персонала.

**Хижа В.В., Мовчан К.Н., Чернов К.Е., Морозов Ю.М., Иванов Г.Н.,
Романенков Н.С., Артюшин Б.С., Русакевич К.И.**

Результаты сравнительного анализа медико-статистических параметров онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге в 2013–2018 гг.

ГБУЗ «НИИ – краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского», Краснодар, Россия

В Санкт-Петербурге, как и в других регионах Российской Федерации, констатируется тенденция ежегодного увеличения числа случаев злокачественных новообразований. Анализ статистических данных о результатах обследования и лечения больных неоплазиями позволяет оптимизировать как использование технологий, так и организацию оказания медицинской помощи этому контингенту пациентов.

Цель исследования: оценить основные медико-статистические данные о наблюдениях злокачественных новообразований (ЗНО) у жителей Санкт-Петербурга в 2013–2018 гг.

Материал и методы. В отделе медицинской статистики опухолевых заболеваний СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» актуализирована ежегодно пополняемая база данных, в которой аккумулируются сведения, содержащиеся в первичных медицинских документах более чем 500 тыс. пациентов с неоплазиями. Эти данные позволяют аналитически оценивать эффективность оказания медицинской помощи (МП) больным ЗНО. Изучены основные медико-статистические показатели деятельности специалистов онкологической службы Санкт-Петербурга в плане оказания МП больным ЗНО. Для этого проанализированы данные, содержащиеся в формах ежегодной государственной отчетности № 35 «Сведения о больных злокачественным новообразованием» и № 7 «Сведения о случаях злокачественных заболеваний» за 2013–2018 гг. Отдельные статистические параметры рассчитаны с помощью программного обеспечения: «Популяционный раковый регистр» (ООО «Новел»), «МедИнфо-4».

Результаты. В 2018 г. уровень онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге составил 484,7 на 100 тыс. населения. Данный показатель по сравнению с аналогичным в 2013–2014 гг. значительно выше (2013 г. – 405,90; 2014 г. – 418,00). Одним из факторов повышения параметра заболеваемости среди жителей города в 2016–2018 гг., вероятно, является улучшение качества диагностики ЗНО. Вместе с тем в 2018 г. показатель заболеваемости ЗНО несколько ниже, чем в 2016–2017 гг. (2016 г. – 493,70; 2017 г. – 494,20).

По сравнению с 2017 г. в 2018 г. рейтинговые места наиболее часто встречаемых неоплазий не изменились. У мужчин в 2018 г. преимущественно верифицированы ЗНО предстательной железы, легких и ободочной кишки. Среди женского населения в 2018 г., как и в 2017 г., чаще других неоплазий верифицированы новообразования молочных желез, кожи (кроме меланомы) и ободочной кишки.

Численность контингента жителей города с диагнозом ЗНО, установленным впервые в жизни, в 2018 г. составила 21 346 чел., что несколько ниже аналогичного показателя 2017 г. (20 506 чел.) и 2016 г. (20 676 чел.).

Медицинскими работниками Санкт-Петербурга в 2018 г. верифицирован 25 941 случай ЗНО (в 2016 и 2017 гг. – 25 935 и 26 276 наблюдений соответственно). Увеличение численности контингента больных ЗНО в 2016–2018 гг. по сравнению с 2013–2014 гг., вероятно, отражает эффективность мероприятий усовершенствованной диспансеризации населения, пропаганды здорового образа жизни и повышения онкологической настороженности как среди медработников города, так и населения в целом.

В связи с проведением комплекса мероприятий долгосрочной программы модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга в мегаполисе отмечается положительная тенденция в плане диагностики ЗНО на ранних стадиях заболевания. Удельный вес случаев ЗНО I–II стадии, выявленных в 2018 г., составил 56,0% (2015 г. – 51,1%, 2016 г. – 52,6%, 2017 г. – 53,7%), а неоплазий III–IV стадии – 36,2%. В 2015, 2016 и 2017 гг. удельный вес контингента пациентов с ЗНО III–IV стадии составил 39,0; 37,9 и 38,0% соответственно. По данным мониторинга мероприятий, предпринятых в плане снижения смертности от новообразований, удельный вес контингента больных ЗНО I–II стадий в 2018 г. среди взрослых жителей города составил 56,3%, что соответствует индикаторному показателю Минздрава России (55,5%).

В Санкт-Петербурге показатель случаев одногодичной смертности больных ЗНО в 2018 г., как и в 2017 г., остается на уровне ниже среднероссийского – 21,3% (в РФ в 2017 г. – 22,5%).

Оснащение медицинских организаций города современным томографическим оборудованием, внедрение малоинвазивных методик забора материалов для гистологического исследования, а также целенаправленное повышение уровня профессиональных знаний врачей в системе непрерывного постдипломного образования способствуют существенному улучшению качества верификации новообразований у значительного контингента пациентов.

«Грубый» показатель смертности населения Санкт-Петербурга за отчетный период (по предварительным данным Росстата) по сравнению с 2017 г. существенно снизился и составил 241,6 на 100 тыс. населения (в 2016 г. – 253,30; 2017 г. – 254,20). В 2018 г. по причине ЗНО в городе умерли 12 937 чел., в 2017 г. – 13 437 чел. Численность контингента людей с реально сохраненной жизнью при ЗНО в 2018 г. составила около 500 чел. (в 2017 г. данный параметр отличался отрицательным значением: -137 чел.).

Заключение. Несмотря на рост параметров заболеваемости населения Санкт-Петербурга злокачественными новообразованиями, частота своевременного выявления опухолевых процессов повышается. Последнее обусловлено совершенствованием современных технологических и организационных возможностей верификации неоплазий и противораковой борьбы в городе.

Шаповалов К.А., Шаповалова П.К.

Профилактика травматизма плавающего состава морского транспортного флота северного водного бассейна как форма реализации государственной политики России на новом этапе освоения Северного морского пути

ГБУЗ Республики Коми «Сыктывкарская детская поликлиника № 3», Сыктывкар, Россия

Актуальность. Государственная политика России в Арктике предусматривает модернизацию и развитие инфраструктуры транспортной системы в арктической зоне РФ, обеспечение реструктуризации объемов грузоперевозок по Северному морскому пути.

Цель: анализ травматизма плавающего состава (ПС) морского транспортного флота с потерей трудоспособности.

Частота производственного травматизма ПС составляет 198,2 на 1000 работающих, что является высоким показателем. Среди судовых специалистов производственные травмы получают чаще матросы и мотористы по сравнению с механиками и судоводителями.

Результаты. Частота производственного травматизма ПС на морских транспортных судах северного водного бассейна составляет 198,2 на 1000 работающих. Сравнительный анализ проводился с травматизмом ПС речного транспортного и рыбопромыслового тралового флотов. Установлено, что среди моряков, получивших повреждения, 93,4% мужчин и 8,6% женщин. При этом частота повреждений у женщин из числа ПС почти в 1,8 раза ниже, чем у мужчин (11,4 и 22,1 соответственно), что связано с особенностями использования женского труда на морских судах.

В структуре повреждений удельный вес травм, полученных ПС при переходах по трапам и палубам, составляет 28,8% случаев; ремонте и обслуживании машин и механизмов машинного отделения – 25,2%; погрузочно-разгрузочных работах силами экипажа – 11,5%; обслуживании палубных механизмов – 9,5%; швартовых операциях – 5%; камбузных – 6,1%; работах с люковыми закрытиями – 4,4%; других видах – 8,0%. Погрузочно-разгрузочные работы, которые выполняются силами судовых экипажей, производятся в непригодных или плохо оборудованных портах при доставке хозяйственных грузов в отдаленные точки северного побережья и выгрузке грузов на необорудованный арктический берег с использованием перевалочных транспортных средств и ледового припая причалов Варандей, Харасовой или на понтоны в порт-пунктах Белого моря.

Более $\frac{2}{3}$ пострадавших (65,3%) после оказания медицинской помощи лечились по поводу травм амбулаторно в условиях судового медицинского пункта или поликлиники. Остальным диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия проводились в госпитальных условиях.

Переломы костей у моряков различной локализации происходят в 2,5 раза чаще ушибов и почти в 2,9 раза чаще ранений. Они являются ведущим видом и в структуре повреждений во всех анатомо-функциональных сегментах, в том числе открытые раны составляют 14,5%.

При травмах на судах 54,1 (27,7%) пациентам проводились хирургические манипуляции, направленные на остановку кровотечения из раны, туалет растворами антисептиков с элементами хирургической обработки, наложение асептических и гипсовых повязок. Более половины пациентов (63,6%; 123,7) лечились консервативными методами и только 17,7 (9,7%) подвергнуты оперативным вмешательствам. Осложнения отмечены у 15,5% больных. Среднее число дней нетрудоспособности составило 42,7, койко-день – 26,4. Выздоровление наступило у 17,5 (85,4%) пострадавших моряков; переведены на легкий труд с последующей профессиональной реабили-

тацией 15,8 (7,5%), установлена группа инвалидности 2,8 (1,4%) морякам; смертность составила 12,0 (5,7%) человек.

Выводы

1. ПС морского транспортного флота является контингентом промышленных рабочих, обеспечивающих функционирование важных звеньев государственного хозяйственного механизма при продуктивном освоении Северного морского пути.

2. Производственный травматизм моряков в северных регионах является высоким. Среди судовых специалистов основных профессий производственные травмы происходят чаще с рядовым составом – матросами и мотористами по сравнению с механиками и судоводителями.

3. Максимальная частота травматизма установлена у лиц с производственным стажем до 1 года (29,0). Эти повреждения получены во время переходов по трапам и палубам, швартовых операциях, обслуживании и ремонте палубных механизмов. С ростом профессионального стажа травматизм моряков последовательно снижается более чем в 3,4 раза у лиц со стажем свыше 15 лет по сравнению с первым годом работы.

Шулаев А.В., Улумбекова Г.Э., Китаева Э.А., Китаев М.Р., Бакирова Э.А., Шавалиев Р.Ф.

Организация межведомственного взаимодействия в формировании приверженности населения к здоровому образу жизни: от выявления факторов риска – к профилактике

ГАУЗ «Рыбно-Слободская центральная районная больница», пгт Рыбная Слобода,
Республика Татарстан, Россия
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Казань, Россия

В Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» установлено достижение следующих целевых показателей: повышение к 2024 г. ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 78 лет и до 80 лет к 2030 г. Для достижения показателей необходим межведомственный подход взаимодействия. В статье рассматривается опыт организации межведомственного взаимодействия в Рыбно-Слободском районе Татарстана.

Цель – создание и внедрение Межведомственного координационного комитета, обеспечивающего координацию работы ведомств, привлекаемых к формированию и реализации демонстрационных проектов по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию приверженности населения к здоровому образу жизни.

Материал и методы. На начальном этапе реализации программы при главе Рыбно-Слободского района Республики Татарстан создан Межведомственный координационный комитет и проектный офис. В состав комитета вошли исполком района, отдел спорта, отделы образования, культуры, здравоохранения, социальной защиты, молодежи, Казанский государственный медицинский университет и Высшая школа организации и управления здравоохранением. Методические рекомендации, отчеты, планы и другие значимые документы разработаны, согласованы и переданы заинтересованным сторонам для обеспечения максимальной синергии и координации между компонентами программы.

Результаты и обсуждение. В целях разработки научно обоснованных рекомендаций в рамках Межведомственного координационного комитета по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) проведено анкетирование взрослого населения. В опросе приняли участие 2346 человека. Из них 1681 (71,65%) женщин и 665 (28,34%) мужчин; возраст – от 21 до 74 лет. Женщин с высшим образованием 590 (35,0% общего числа женщин), мужчин 188 (28,2% общего числа мужчин). Всего лиц с высшим образованием 778 (33,16% общего числа опрошенных). Говоря о понимании населением «здорового образа жизни», следует отметить, что наибольшее число опрошенных (89,46%) связывают ЗОЖ с занятиями спортом и поддержанием оптимальной физической формы. Вторым по важности аспектом ЗОЖ опрошенные считают отсутствие вредных привычек (82,67%). На 3-м месте стоит правильное питание (69,2%). Соблюдение режима дня на 4-м месте (51,32%). Положительные эмоции как признак ЗОЖ отметили только 37,26% опрошенных. Еще 20,41% отметили признаком ЗОЖ личную гигиену и 8,45% – владение навыками безопасного поведения. Причем среди мужчин и женщин есть единство в выборе первых двух признаков ЗОЖ (занятия спортом и отсутствие вредных привычек). Но на 3-е место женщины ставят правильное питание (74,96% числа опрошенных женщин), а мужчины – соблюдение режима дня (57,61% числа опрошенных мужчин). Интересно, что женщины почти вдвое чаще связывают ЗОЖ с получением положительных эмоций, чем мужчины (43,39% женщин отметили этот ответ и только 21,12% мужчин).

Отвечая на вопрос: «Как вы думаете, для чего нужно вести здоровый образ жизни?», абсолютное большинство опрошенных считают, что ЗОЖ позволит им иметь хорошее здоровье (91,86% опрошенных выбрали этот вариант ответа, из них 92,71% женщин и 89,66% мужчин). Также единство мужчин и женщин наблюдается в том, что ЗОЖ позволит им жить без лишних проблем и осложнений – 40,88% женщин и 41,38% мужчин, всего 41,02% общего числа опрошенных. При этом 34,78% женщин считают, что ЗОЖ позволяет быть внешне привлекательными и иметь хорошую фигуру. Только 1,58% мужчин выбрали этот вариант ответа. Однако 45,4% мужчин считают, что ЗОЖ позволяет быть физически сильными и уметь постоять за себя. Среди женщин всего 17,09% выбрали ответ на этот вопрос. Интересно, что 40,37% мужчин считают, что ЗОЖ позволяет пользоваться уважением и признанием окружающих. И всего лишь 8,11% женщин выбирают этот вариант ответа. При ответах на данный вопрос женщины также оказались более эмоциональны и считают, что ЗОЖ позволит им общаться с любимым человеком и создать счастливую семью – 17,37% женщин и всего 2,3% мужчин. Следует отметить, что больше мужчин (35,2% мужчин по сравнению с 20,63% женщин) считают, что ЗОЖ даст им возможность полноценно заниматься любимым делом, работой. Наименее популярным ответом оказался вариант, что ЗОЖ позволяет быть современным культурным человеком (6,4% женщин и 8,05% мужчин).

Заключение. Таким образом, создание Межведомственного координационного комитета по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию приверженности к здоровому образу жизни позволит интегрировать усилия. Сохранение и укрепление здоровья населения, в первую очередь трудоспособного, позволит снизить инвалидность, повысить производительность труда, уменьшить затраты на медобслуживание и привести к долгосрочным экономическим выгодам. Данные, полученные в ходе анализа результатов анкетирования, свидетельствуют: учитывая различия в вариантах ответов мужчин и женщин, можно выстроить дифференцированную рекламную кампанию по популяризации ЗОЖ. Для женщин необходимо делать упор на эмоциональную составляющую ЗОЖ и его преимущества (хорошая фигура, внешняя привлекательность, положительные эмоции, счастливая семья и взаимоотношения), а для мужчин – на деловые преимущества (физическая сила, умение постоять за себя, успех в жизни, возможность полноценно заниматься работой). И для мужчин, и для женщин важно делать акцент на том, что ЗОЖ позволяет иметь хорошее здоровье и избежать лишних проблем в жизни.