

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

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

№ 3 (9), 2017

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

Журнал издается совместно с Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) и Ассоциацией профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования

№ 3 (9), 2017

Тема номера:

Здравоохранение: рейтинги

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. (Самара)

Стародубов В.И. (Москва)

Хабриев Р.У. (Москва)

Хальфин Р.А. (Москва)

Хайруллин И.И. (Набережные Челны)

Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Акбердиева Елена, 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:

80375 (каталог Агентства «Роспечать»);

93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

Издатель

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

115035, г. Москва,

ул. Садовническая, д. 9, стр. 4

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 26.10.2017.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 x 100^{1/16}.

Печать офсетная. Печ. л. 4,5 л.

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», 2017.

СОДЕРЖАНИЕ

- 4 **ОТ РЕДАКЦИИ**
ГЛАВНОЕ
- 5 **О Восточном экономическом форуме**
АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ
- 6 *Улумбекова Г.Э.*
Здоровье населения и здравоохранение
Дальневосточного федерального
округа: как достичь 76 лет к 2025 г.
- 23 *Улумбекова Г.Э., Мокляченко А.В.*
Показатели для оценки деятельности медицинских
организаций: международный опыт
- 35 *Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В.*
Эффективность региональных систем
здравоохранения России (рейтинг 2016 г.)
ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
- 43 *Бойченко Ю.Я., Бударин С.С., Никонов Е.Л.*
Реализация индивидуальных программ повышения
качества управления ресурсами в стационарных
организациях государственной системы
здравоохранения г. Москвы
- 53 *Творогова Н.Д., Кулешов Д.В.*
Доверие к медицинскому учреждению

CONTENT

- 4 **EDITORIAL**
ABOVE ALL
- 5 **About the Eastern Economic Forum**
ACTUALLY TODAY
- 6 *Ulumbekova G.E.*
Health and healthcare indicators of the Far Eastern
Federal District: how to reach life expectancy at birth
up to 76 years by 2025
- 23 *Ulumbekova G.E., Moklyachenko A.V.*
Indicators for assessing the performance of medical
organizations: international experience
- 35 *Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V.*
Efficiency of the regional healthcare systems
in Russia (rating–2016)
EFFECTIVE MANAGEMENT
- 43 *Boychenko Yu.Ya., Budarin S.S., Nikonov E.L.*
Implementation of the individual program
of improving the quality of the management
of resources in the public hospitals in Moscow
- 53 *Tvorogova N.D. Kuleshov D.V.*
The trust in the medical organization

Главный редактор
Гузель Эрнстовна
Улумбекова,
 доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Дорогие коллеги!

Главная тема этого номера – рейтинги в здравоохранении. Мы публикуем **рейтинг эффективности деятельности здравоохранения регионов РФ за 2016 г.**, подготовленный Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), и информацию о том, как **оценивается деятельность медицинских организаций правительством США.**

Рейтинги – это мощный управленческий инструмент. Путем объективного сравнения показателей качества и безопасности медицинской помощи можно выявить лучшие и худшие регионы и медицинские организации. Соответственно, сфокусировать управленческое воздействие на худших и изучить опыт лучших. Публичные рейтинги мотивируют регионы и медицинские организации улучшать результаты своей деятельности и позволяют руководителям здравоохранения оценить, насколько рационально расходуются общественные ресурсы.

Вторая тема – дальневосточное здравоохранение. 6–7 сентября 2017 г. во Владивостоке состоялся Восточный экономический форум, на котором мной был сделан доклад по анализу системы здравоохранения Дальневосточного федерального округа (ДФО) (интернет-ссылка на выступление <https://forumvostok.ru/programme>). В этом докладе рассчитаны условия, при которых в ДФО возможно достижение цели, поставленной Президентом РФ: рост ожидаемой продолжительности жизни с нынешних 69 до 76 лет к 2025 г. Эти условия – ежегодное увеличение государственного финансирования здравоохранения в ДФО на 10% в постоянных ценах, снижение потребления алкоголя населением в 2 раза и повышение эффективности управления отраслью. В журнале материал представлен в виде наглядных слайдов (статья **«Здоровье населения и здравоохранение Дальневосточного федерального округа: как достичь 76 лет к 2025 г.»**).

В статье **«Реализация индивидуальных программ повышения качества управления ресурсами государственной системы здравоохранения г. Москвы»** (авторы – Ю.Я. Бойченко, С.С. Бударин, Е.Л. Никонов) представлены результаты внедрения стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы.

Завершает номер статья **«Доверие к медицинскому учреждению»** (авторы – Н.Д. Творогова, Д.В. Кулешов), в которой исследованы социальные факторы, влияющие на доверие пациента к медицинскому учреждению.

Уверены, что этот номер журнала будет полезен руководителям медицинских организаций – он поможет улучшить результаты и эффективность своей деятельности. Жалко, что в РФ пока не публикуются рейтинги оценки деятельности медицинских организаций, – стимул улучшать результаты был бы еще выше!

О Восточном экономическом форуме



Пресс-служба ВЭФ–2017

Крупнейшим экономическим событием этой осени стал 3-й Восточный экономический форум. Всего, по данным организаторов, он собрал более 4000 гостей и участников – делегатов из 60 стран, в том числе из Китая, Японии, Австралии, Канады, США, Великобритании. На пленарном заседании Президент РФ Владимир Владимирович Путин в своем выступлении дал оценку наиболее острым вызовам и угрозам в Азиатско-Тихоокеанском регионе, изложил видение перспектив сотрудничества на Дальнем Востоке и, главное, поставил задачи по развитию регионов Дальневосточного федерального округа (ДФО). Он неоднократно подчеркивал, что главная ценность дальневосточного, а также любого другого региона – это люди. Приводим тезисы выступления Президента РФ, касающиеся социальной сферы и демографической ситуации в ДФО.

В.В. Путин: «Уважаемые коллеги! Мы, по сути, приступаем к новому этапу крупномасштабного, комплексного развития Дальнего Востока и всех его территорий. Этот этап связан прежде всего с качественным улучшением условий для жизни и работы дальневосточников, с созданием здесь соответствующей экономической и социальной среды, по многим параметрам – нам бы этого очень хотелось, мы будем к тому стремиться – превосходящей среднероссийские показатели.

Важно создать эффективные стимулы для роста деловой предпринимательской активности на Дальнем Востоке, обеспечить комфортные условия для ведения бизнеса не только на территориях опережающего развития, но и на всей территории региона.

Чтобы Дальний Восток уверенно развивался, чтобы люди видели перспективу, здесь нужно не только создавать центры экономического роста и новые рабочие места, но и **строить новые больницы, медицинские и культурные центры, детские сады, школы**, заниматься благоустройством, учитывая запросы граждан, менять облик городов и поселков. Повторю, до 2025 г. необходимо вывести основные показатели социального развития региона на уровень **выше среднероссийского**.

На решение этих вопросов должны быть нацелены планы развития дальневосточных регионов, а также федеральные государственные программы.

Демографическая ситуация на Дальнем Востоке постепенно улучшается, но нужны дополнительные **решительные меры** в этой сфере, которые способны переломить негативные тенденции, формировавшиеся десятилетиями.

Летом текущего года Правительство России утвердило концепцию демографической политики Дальнего Востока. Необходимо запустить ее со следующего, 2018-го, года».

Как выполнить указы президента, политики, эксперты и медицинское сообщество обсуждали на сессии «Здравоохранение для людей. Что будет сделано?».

Для справки приводим цели Концепции демографической политики Дальнего Востока на период до 2025 г., утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 20.06.2017 № 1298-р: к 2025 г. средневзвешенный показатель ожидаемой продолжительности жизни в ДФО должен возрасти с нынешних 69,2 до 76 лет, а численность населения с нынешних 6,2 млн до 6,5 млн человек.

<http://kremlin.ru/events/president/news/55552>

Здоровье населения и здравоохранение Дальневосточного федерального округа: как достичь 76 лет к 2025 г.

Улумбекова Г.Э.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

Автором рассчитаны условия, при которых в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) возможен рост общей продолжительности жизни до 76 лет к 2025 г., а именно – ежегодное увеличение государственного финансирования здравоохранения в ДФО на 10% в постоянных ценах, снижение потребления алкоголя населением в 2 раза и повышение эффективности управления отраслью.

Ключевые слова:

Дальневосточный федеральный округ, ожидаемая продолжительность жизни, государственное финансирование здравоохранения, потребление алкоголя, управление здравоохранением

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 3. С. 00–00.

Статья поступила в редакцию: 15.09.2017. Принята в печать: 10.10.2017.

Health and healthcare indicators of the Far Eastern Federal District: how to reach life expectancy at birth up to 76 years by 2025

Ulumbekova G. E.

Higher School of Healthcare Organization and
Management (VSHOUZ), Moscow

The author has calculated the conditions which make possible the growth of the life expectancy at birth up to 76 years by 2025 in the Far Eastern Federal District (by 2025), namely, an annual increase in public health financing in the Far Eastern Federal District by 10% at constant prices, a decrease in alcohol consumption by 2 times and improving the management of the industry.

Keywords:


Far Eastern Federal District, life expectancy at birth, public health financing, alcohol consumption, health management

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (3): 00–00.

Received: 15.09.2017. Accepted: 10.10.2017.

Цель для РФ до 2025 г. поставлена



Ожидаемая продолжительность жизни российских граждан должна возрасти

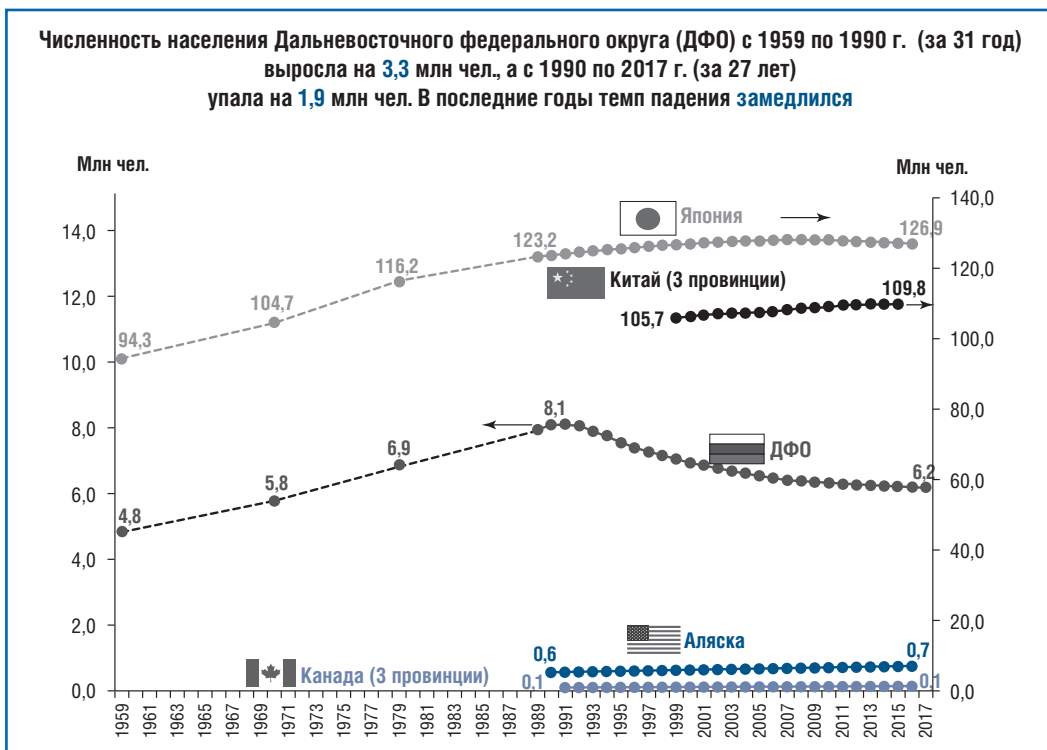
до 76 лет

Заседание Совета по Стратегическому развитию и приоритетным проектам, 21 марта 2017 г.

Цели для регионов ДФО к 2025 г. поставлены

Концепция демографической политики Дальнего Востока на период до 2025 года
(утверждена Распоряжением Правительства РФ от 20.06.2017 № 1298-р)

	2016 г.	2025 г.
Численность населения	6,2 млн чел.	6,5 млн чел.
Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), средневзвешенный показатель	69,2 года	76 лет



Численность населения ДФО – 4% всей России
Площадь территории ДФО – 36% всей России
Самая низкая плотность населения – 1 человек на 1 км²



Северные регионы ДФО (1,5 млн):

Магаданская область
 Камчатский край
 Чукотский АО
 Республика Саха (Якутия)

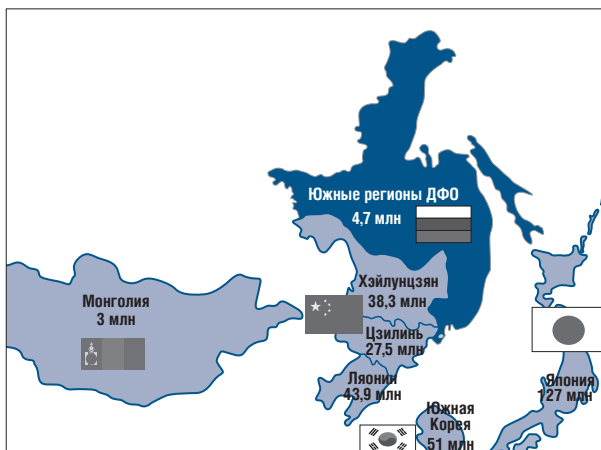
Южные регионы ДФО (4,7 млн):

Приморский край
 Хабаровский край
 Амурская область
 Сахалинская область
 Еврейская АО



1. ЮЖНЫЕ РЕГИОНЫ ДФО. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
 (для сравнений используется средневзвешенный показатель по южным регионам)

Южные регионы ДФО в сравнении с другими странами

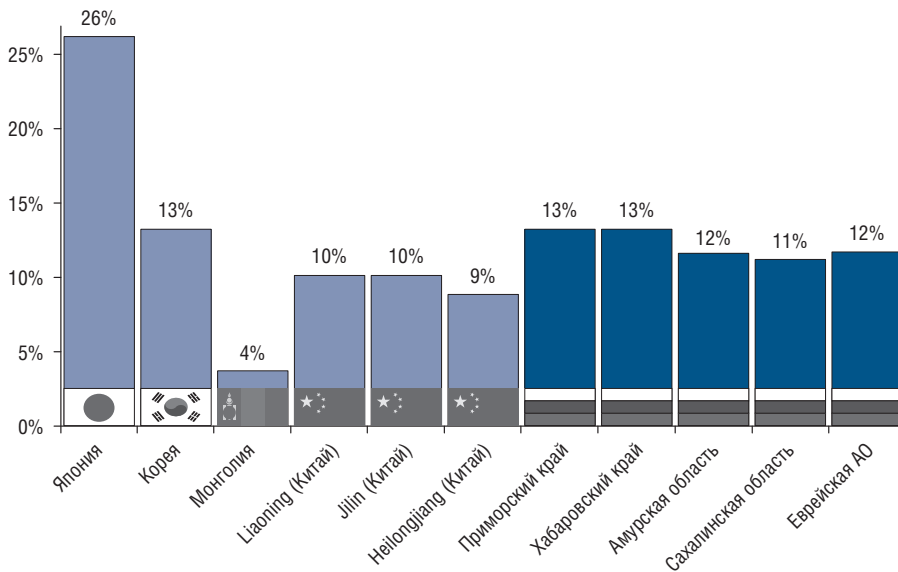


Приморский край
 Хабаровский край
 Амурская область
 Сахалинская область
 Еврейская АО

Япония
 Южная Корея
 Монголия
 Китай (3 северо-восточные провинции)

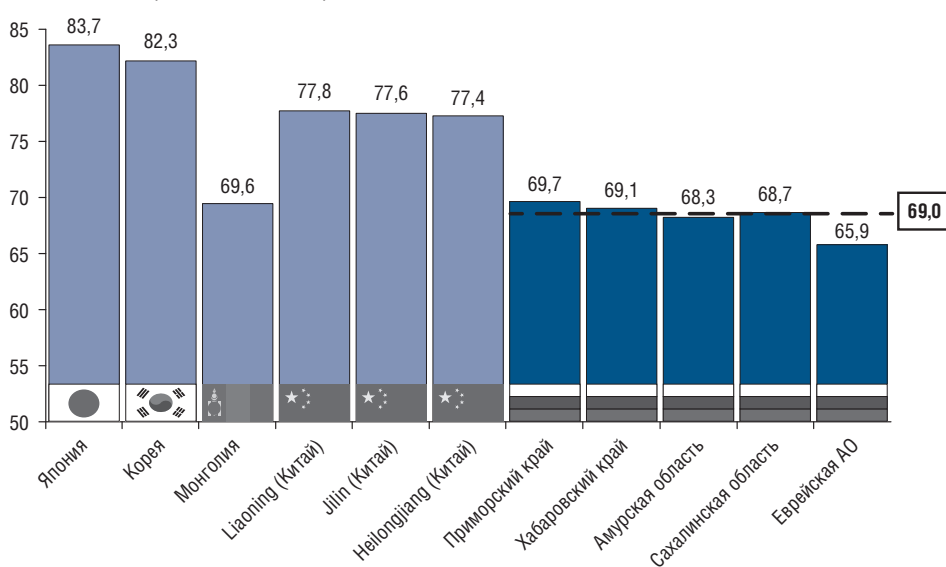
**Доля населения старше 65 лет
В Монголии и северо-восточных провинциях Китая – самое молодое население**

Доля, 2016 г. (или ближайшие годы)



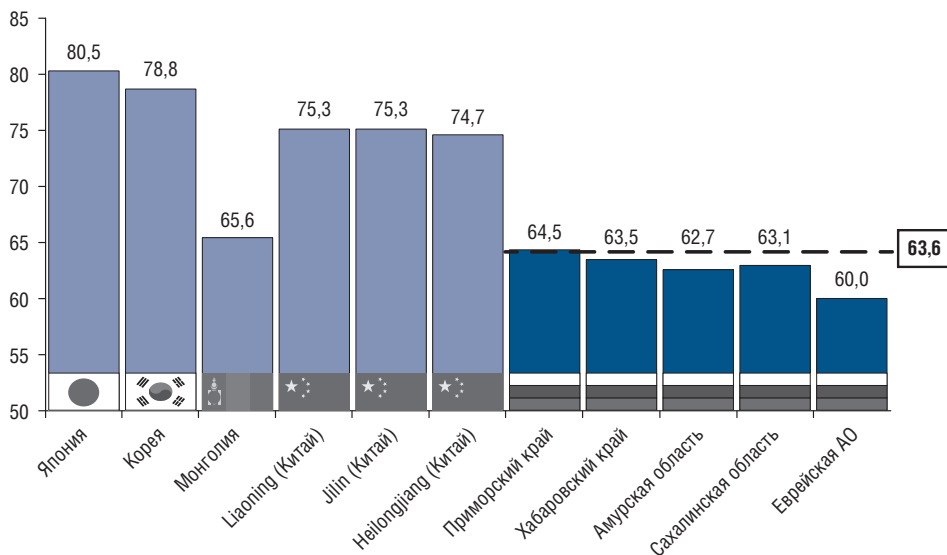
**Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в южных регионах ДФО
(средневзвешенный – 69 лет) на уровне Монголии, и на 8 и более лет ниже,
чем в северо-восточных провинциях Китая**

Число лет, 2016 г. (или ближайшие годы)



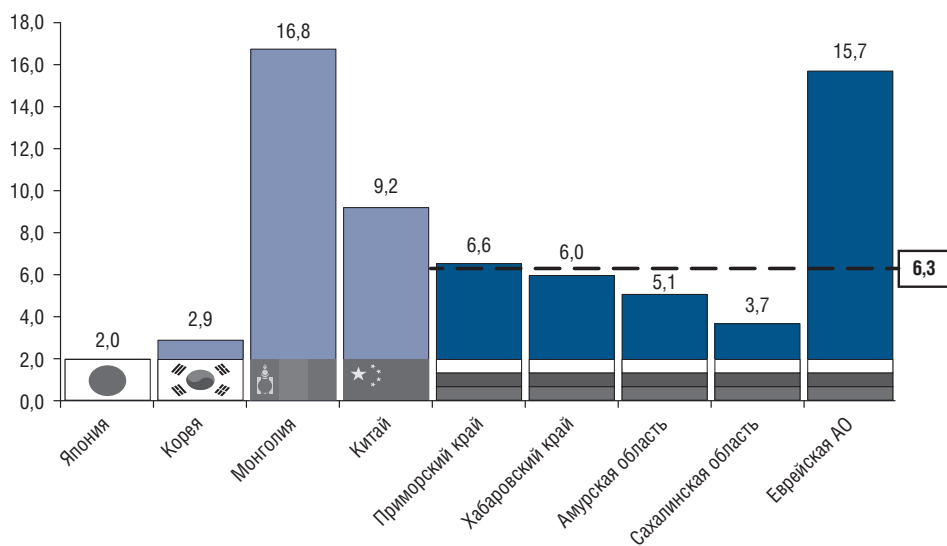
ОПЖ мужчин в южных регионах ДФО (средневзвешенный – 63,6) на 2 года ниже, чем в Монголии, и на 11 с лишним лет ниже, чем в северо-восточных провинциях Китая

Число лет, 2016 г. (или ближайшие годы)



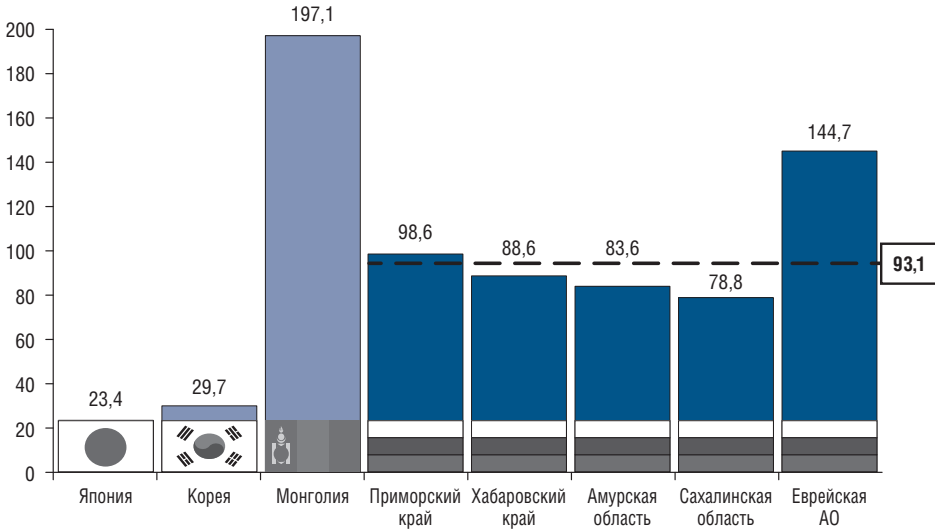
Младенческая смертность в южных регионах ДФО (средневзвешенный – 6,3 случая на 1 тыс. родившихся живыми) в 1,5 раза ниже, чем в Китае в среднем, но в 2 с лишним раза выше, чем в Корее

Число умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми, 2016 г. (или ближайшие годы)

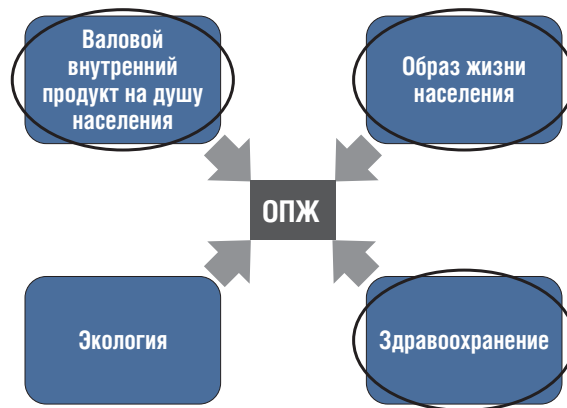


Смертность детей в возрасте 0–14 лет в южных регионах ДФО
 (средневзвешенный – **93,1** случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста)
 в 3 с лишним раза выше, чем в Корее и Японии

Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста, 2015 г. (или ближайшие годы)

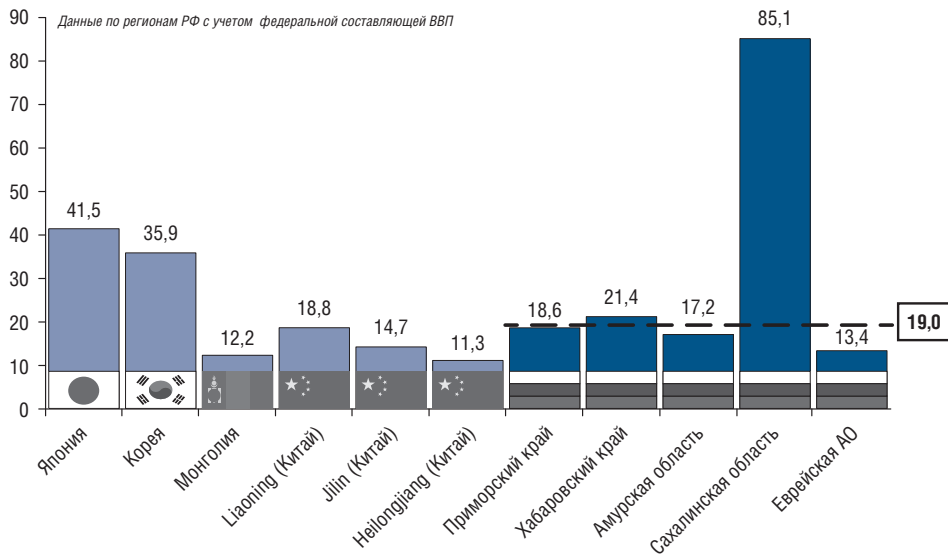


КАКИЕ ФАКТОРЫ ВЛИЯЮТ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ ДФО?



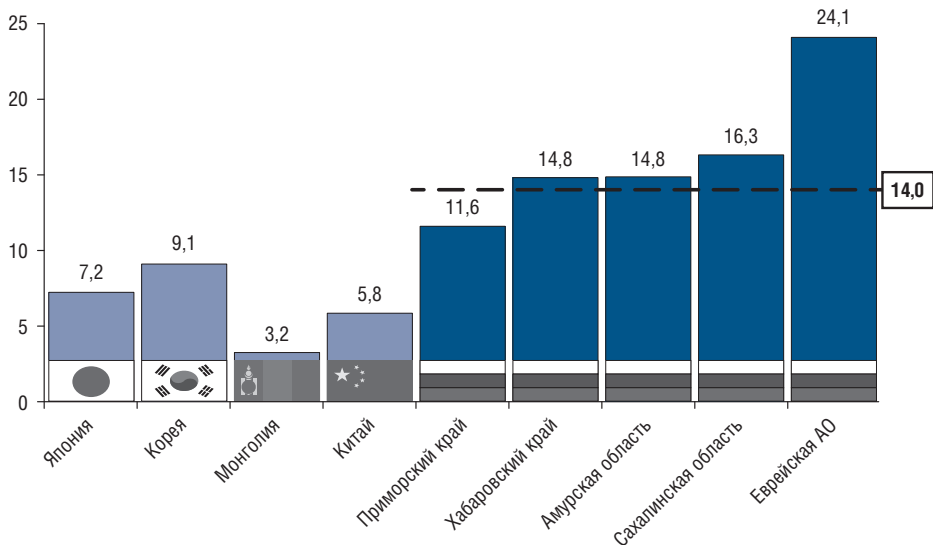
**Валовой региональный продукт на душу населения по южным регионам ДФО
(средневзвешенный – 19 тыс. \$ППС, кроме Сахалинской обл.)
почти на уровне и выше, чем в северо-восточных провинциях Китая**

Тыс. \$ППС, 2016 г. (или ближайшие годы)



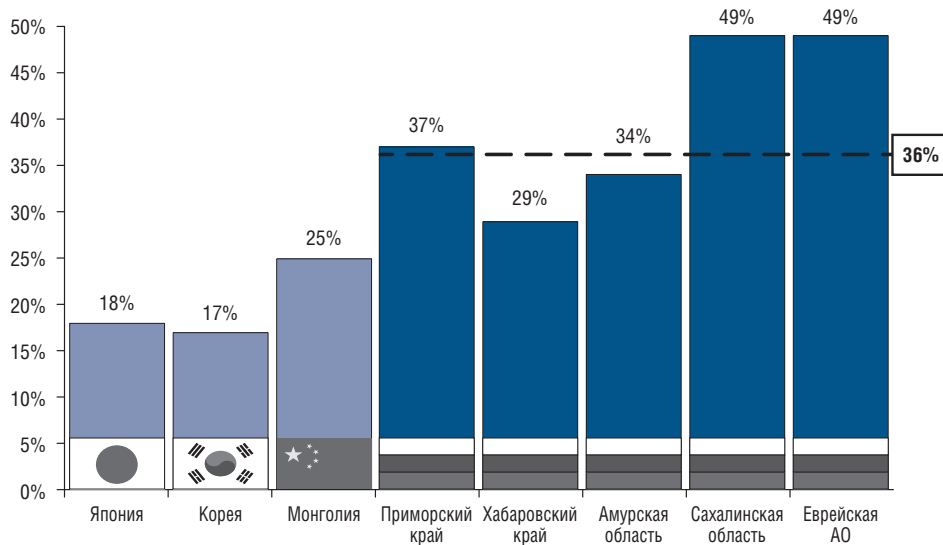
**Потребление алкоголя в южных регионах ДФО
(средневзвешенный – 14 литров) в 2,4 раза выше, чем в Китае в среднем**

Литров чистого спирта на душу населения старше 15 лет, 2015 г. (или ближайшие годы)



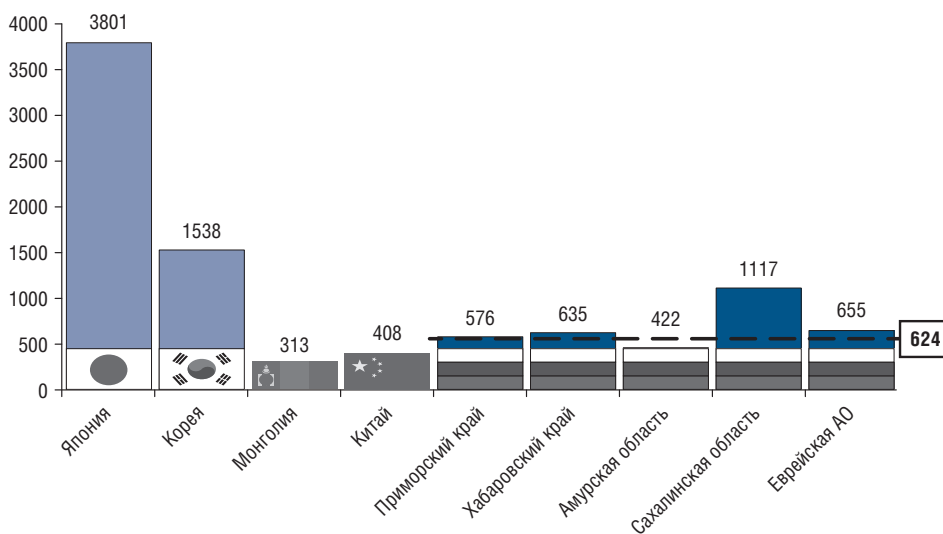
Доля курящего взрослого населения в южных регионах ДФО (средневзвешенный – 36%) в 1,5 и более раза выше, чем в Китае в среднем и других странах

Доля, 2015 г. (или ближайшие годы)

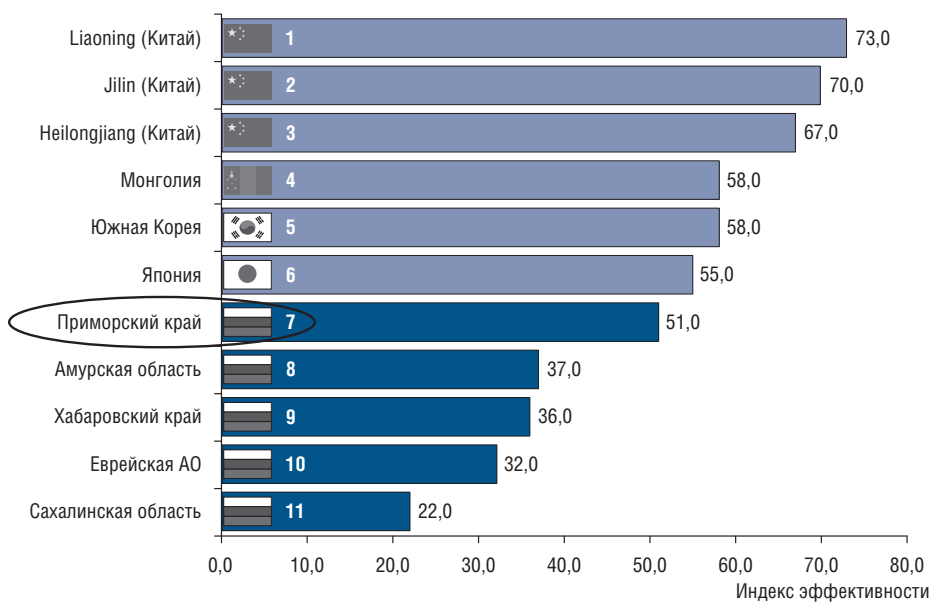


Подушевые государственные расходы на здравоохранение по южным регионам ДФО (средневзвешенный с поправкой на КД – 624 \$ППС) в 1,5 раза выше, чем в Китае в среднем, но в 2,5 раза ниже, чем в Корее

\$ППС на душу населения в год, 2016 г. (или ближайшие годы)



Рейтинг эффективности систем здравоохранения южных регионов ДФО и восточных стран мира

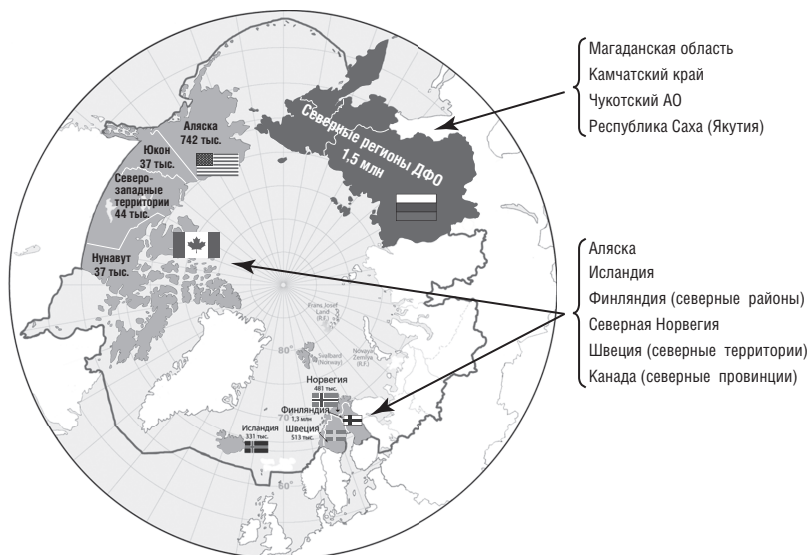


2.

СЕВЕРНЫЕ РЕГИОНЫ ДФО. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

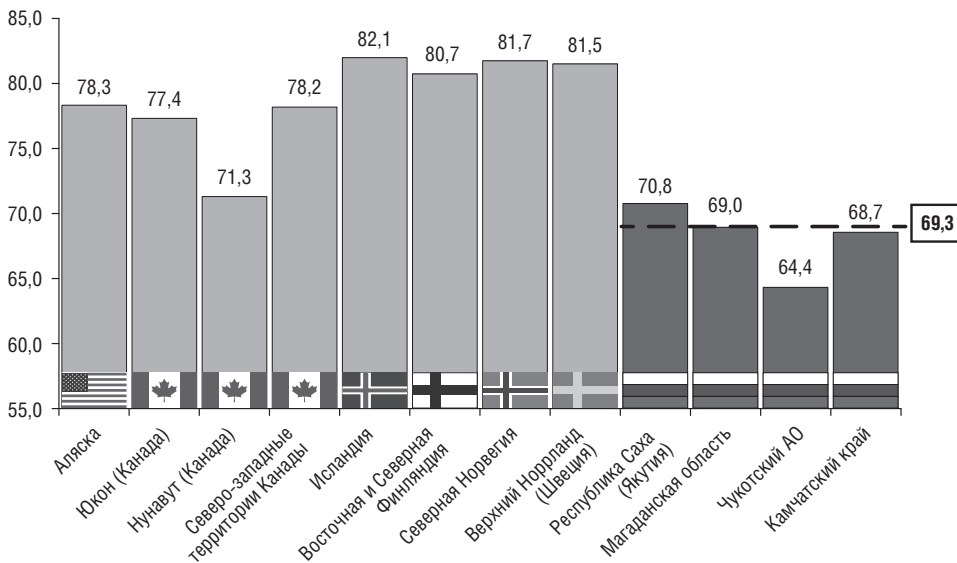
(для сравнений используется средневзвешенный показатель по северным регионам)

Северные регионы



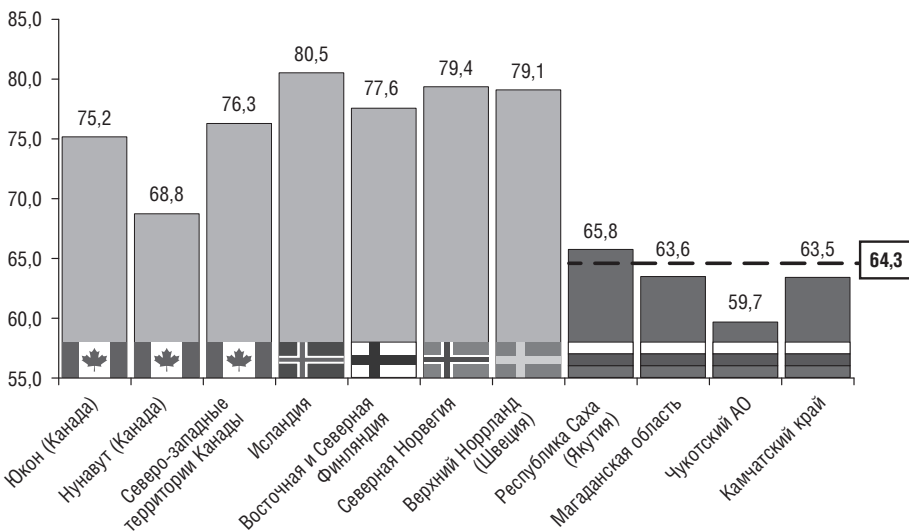
ОПЖ в северных регионах ДФО (средневзвешенный – 69,3 года) почти на 9 лет ниже, чем в Канаде и Аляске, и на 11 и более лет ниже, чем в Скандинавских странах

Число лет, 2016 г. (или ближайшие годы)



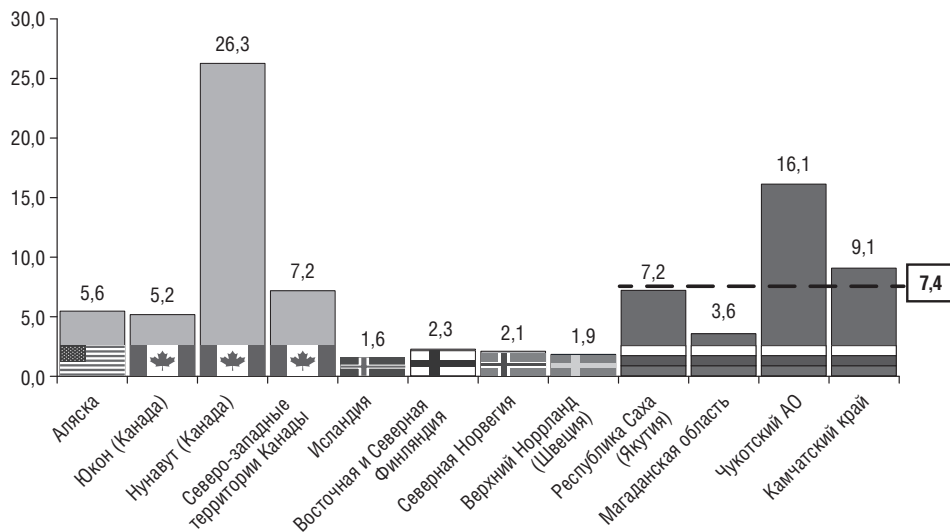
ОПЖ мужчин в северных регионах ДФО (средневзвешенный – 64,3 года) почти на 12 лет ниже, чем в Канаде, и на 13–14 лет ниже, чем в Скандинавских странах

Число лет, 2016 г. (или ближайшие годы)



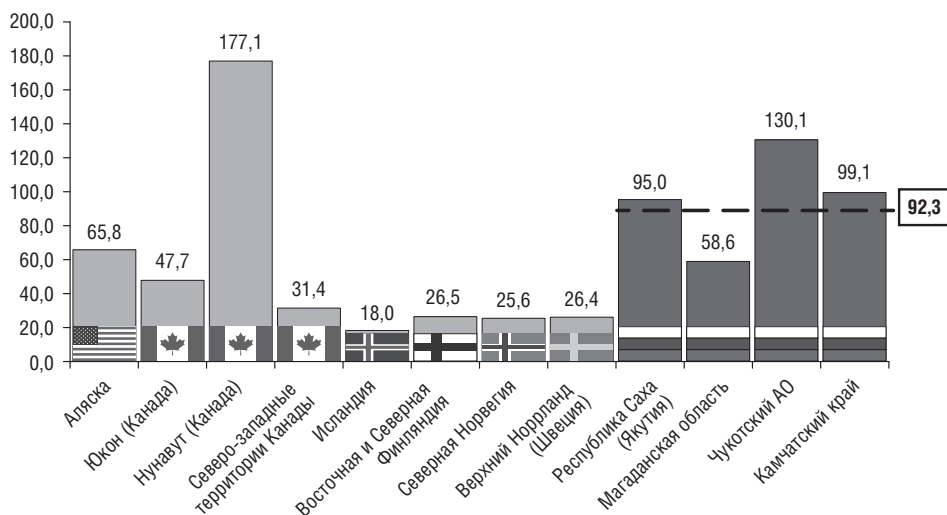
**Младенческая смертность в северных регионах ДФО
(средневзвешенный – 7,4 случая на 1 тыс. родившихся живыми) на уровне Канады,
и в 3 раза выше, чем в Скандинавских странах**

Число умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми, 2016 г. (или ближайшие годы)



**Смертность детей в возрасте 0–14 лет в северных регионах ДФО
(средневзвешенный – 92,3 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста)
в 1,4 раза выше, чем на Аляске, и в 3 раза выше, чем в Канаде**

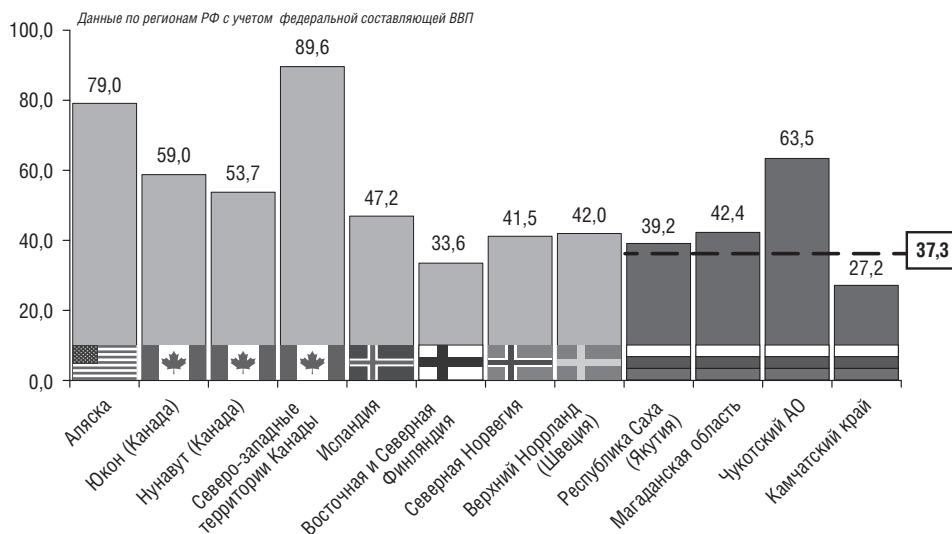
Число умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста, 2015 г. (или ближайшие годы)



Какие факторы влияют на показатели здоровья населения северных регионов ДФО?

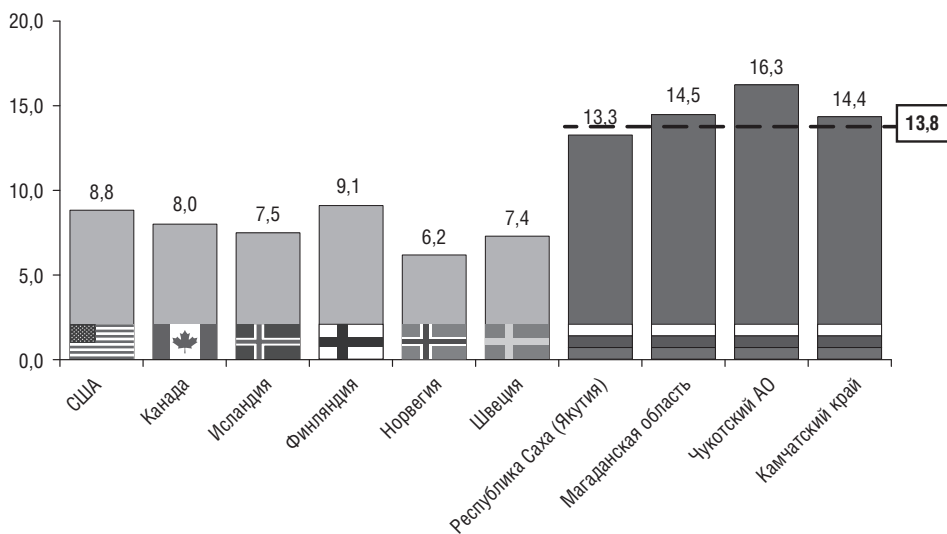
Валовой региональный продукт на душу населения по северным регионам ДФО (средневзвешенный – 37,3 тыс. \$ППС) на уровне Скандинавских стран, но в 2 с лишним раза ниже, чем в Канаде и Аляске

Тыс. \$ППС, 2015 г. (или ближайшие годы)



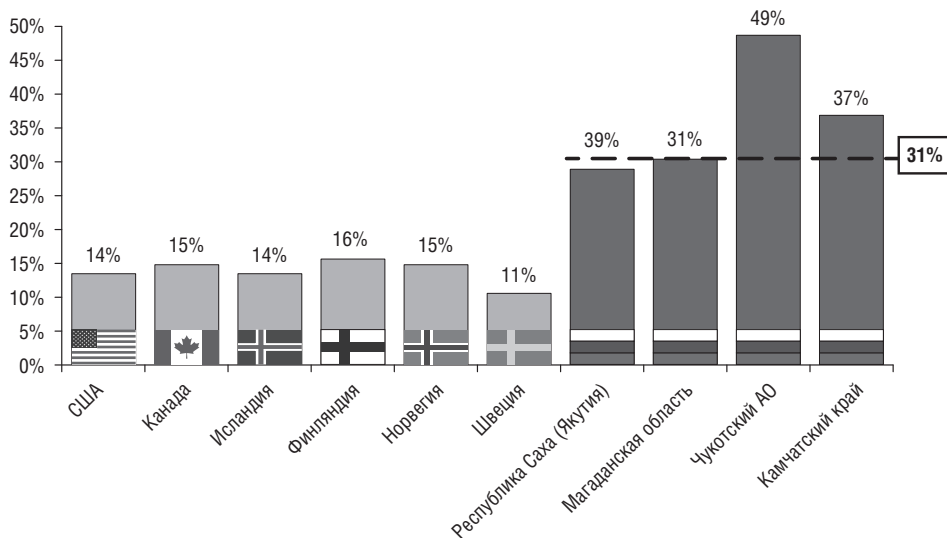
Потребление алкоголя в северных регионах ДФО (средневзвешенный – 13,8 литра) в 1,5 и более раза выше, чем в Финляндии, США и Канаде, и в 2 раза выше, чем в Швеции и Норвегии

Литров чистого спирта на душу населения среди лиц старше 15 лет, 2015 г. (или ближайшие годы)



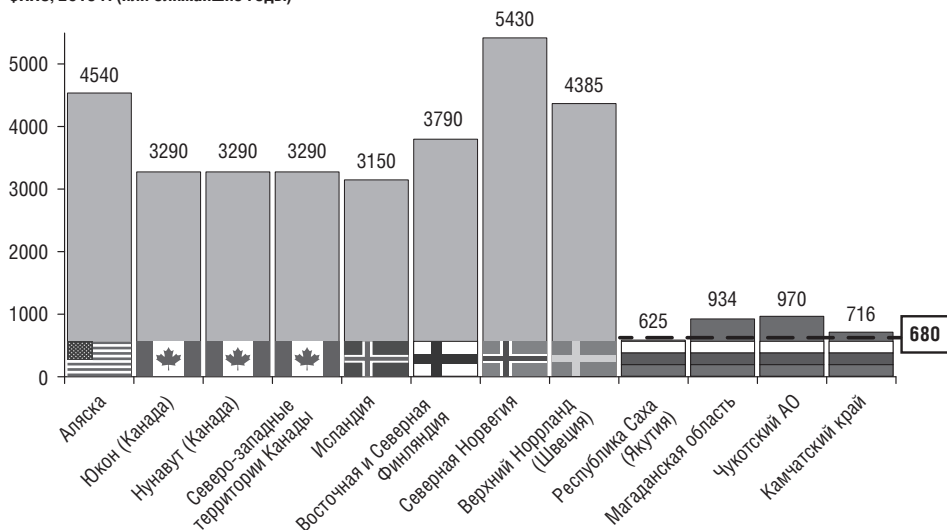
**Доля курящего взрослого населения в северных регионах ДФО
(средневзвешенный – 31%) в 2 раза выше, чем в Финляндии, Канаде и США**

Доля, 2015 г. (или ближайшие годы)

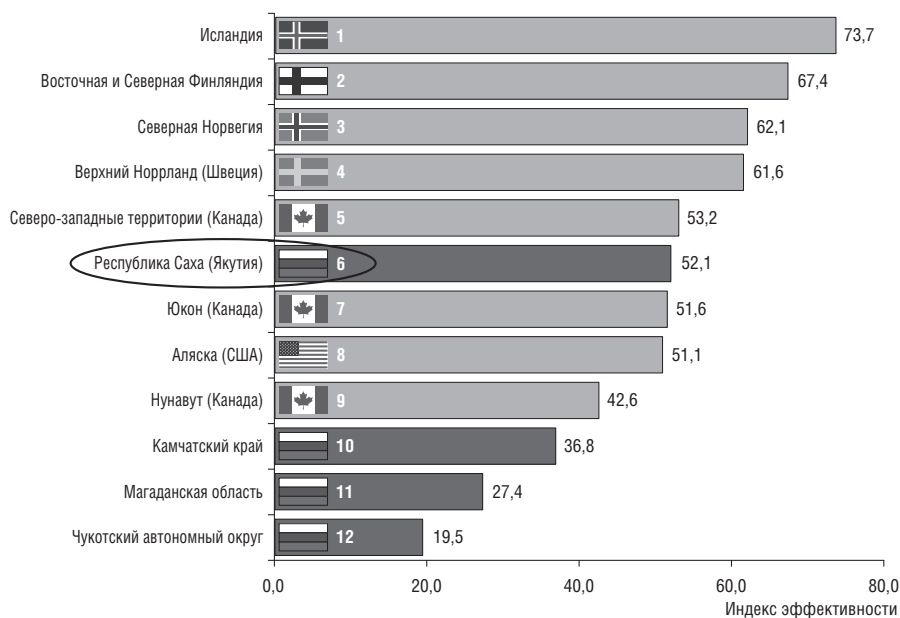


**Подушевые государственные расходы на здравоохранение в северных регионах ДФО
(средневзвешенный с поправкой на КД – 680 \$ППС) почти в 5 раз ниже, чем в Канаде,
и в 6 раз ниже, чем в Скандинавских странах**

\$ППС, 2015 г. (или ближайшие годы)



Рейтинг эффективности систем здравоохранения северных регионов ДФО и арктических регионов мира



3. УСЛОВИЯ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗМОЖНО ДОСТИЖЕНИЕ ОПЖ, РАВНОЙ 76 ЛЕТ В ДФО К 2025 г.

Достижение целевых показателей здоровья населения **возможно**

НО ЭТО ВСЕГДА ВОПРОС

- **ВРЕМЕНИ**
- **СРЕДСТВ**
- **ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ**

Сценарные условия для прогнозов (расчеты ВШОУЗ)

- **ВРП** – за период 2017–2025 гг. значения на душу населения взяты из **госпрограммы** РФ «Социально-экономическое развитие Дальнего Востока и Байкальского региона» (Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 308)
- **Потребления алкоголя** – **снижение темпов** потребления до 2025 г. **в 2 раза**
- **Сценарии:**
 - **1 вариант** – достижение **целевых значений «Концепции** демографической политики Дальнего Востока на период до 2025 года» (**–ежегодно рост на 10%** государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах)
 - **2 вариант** – ежегодно рост на **5%** государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах
 - **3 вариант** – государственные расходы на здравоохранение не растут, **на уровне** 2016 г. в постоянных ценах

Средневзвешенный рост ОПЖ в ЮЖНЫХ регионах ДФО: для достижения 76,1 года необходимо увеличение государственного финансирования здравоохранения на 10% ежегодно

ОПЖ, число лет



Средневзвешенный рост ОПЖ в СЕВЕРНЫХ регионах ДФО: для достижения 75,8 года необходимо увеличение государственного финансирования здравоохранения на 10% ежегодно

ОПЖ, число лет





4. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДФО ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Когда население захочет остаться жить и приехать на постоянное место жительства в ДФО?

Тогда, когда в ДФО по сравнению с европейской частью РФ будет:

- Здравоохранение **качественнее и доступнее**
 - Образование **лучше**
 - Жилищные условия **лучше**
- Руководители всех рангов **ДФО** внимательнее к нуждам населения

Главные приоритеты для здравоохранения ДФО, чтобы стать лучше, чем в европейской части РФ

1. **Увеличение** государственного финансирования здравоохранения для регионов ДФО **на 10%** ежегодно в постоянных ценах до 2025 г. Это в текущих ценах увеличение ежегодно на 14%, или **на 26 млрд руб. в 2018 г.** (184 млрд руб. ×14%).
2. Реализация целевых **программ** по снижению распространенности **алкоголизма** и табакокурения. Это возможно только с участием **губернаторов** регионов и **глав** муниципальных образований. Здравоохранение будет помогать.

Приоритеты расходов средств здравоохранения

Категории населения и заболеваний:

1. **Мужчины ДФО**
2. **Дети ДФО**
3. **Предупреждение и лечение инфекционных болезней**



Виды медицинской помощи:

1. Эффективное **первичное звено**
2. Доступные **лекарства** в амбулаторных условиях для широких слоев населения
3. Опережающее усиление материально-технической базы и квалификации кадров в ЦРБ
4. Развитие **информатизации**, телемедицины
5. Медико-социальный уход **на дому** для пожилых граждан

Это невозможно без квалифицированных и хорошо оплачиваемых **медицинских кадров**



Важнейшее условие – эффективное управление

- Наличие согласованной **Стратегии развития** здравоохранения регионов ДФО до 2025 г., обосновывающей рост государственного финансирования здравоохранения
- Повышение квалификации **управленческих кадров** на основе современных технологий управления
 - Координатор – **Минвостокразвития России**

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)
E-mail: nmo@asmok.ru

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Росстат: <http://www.gks.ru>;
- База данных ЕМИСС: <http://www.fedstat.ru/indicators/themes.do>
- База данных ВОЗ: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html
- База данных ОЭСР: <http://stats.oecd.org/>
- Государственные доклады о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья
- Итоги деятельности Министерства здравоохранения РФ
- Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»
- Отчеты ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Показатели для оценки деятельности медицинских организаций: международный опыт

Улумбекова Г.Э.,
Мокляченко А.В.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

В статье рассматривается опыт США по оценке деятельности медицинских организаций, которая основана на анализе объективных и субъективных показателей. Приводится порядок разработки самих показателей, даны примеры и методика составления рейтингов. Всего рассчитываются 2 рейтинга: первый – на основе мнений пациентов (данные анкетирования), второй – комплексный рейтинг, который включает анализ субъективных и объективных показателей. Проанализирована действующая нормативная база по оценке деятельности медицинских организаций в РФ.

Ключевые слова:

рейтинги медицинских организаций, показатели оценки деятельности медицинских организаций, субъективные и объективные показатели, опросы пациентов

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 3. С. 00–00.

Статья поступила в редакцию: 30.09.2017. Принята в печать: 10.10.2017.

Indicators for assessing the performance of medical organizations: international experience

*Ulumbekova G.E.,
Moklyachenko A.V.*

Higher School of Healthcare Organization and
Management (VSHOUZ), Moscow

The article examines the US experience in assessing the activities of medical organizations. This evaluation is based on objective and subjective indicators. The order of development of the indicators themselves, their examples and calculation methodology are given. The methodology of two ranking system is provided (one – based on data from patient questionnaires, other – comprehensive rating that includes objective and a number of subjective indicators). Analysis of present legislation for medical organizations assessment in Russia is given.

Keywords:

ratings of medical organizations, indicators of medical organizations, subjective and objective indicators, patient surveys

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (3): 00–00.

Received: 30.09.2017. Accepted: 10.10.2017.

Актуальность оценки деятельности медицинских организаций

В последние 15 лет в развитых странах на национальном уровне уделяется повышенное внимание оценке деятельности медицинских организаций, особенно оказывающих стационарную медицинскую помощь. Это связано как с усложнением технологий оказания медицинской помощи, так и с увеличением их стоимости. Усложнение технологий влечет за собой рост рисков для пациентов, как следствие, должны повышаться требования к безопасности медицинской помощи и контроль над их исполнением. Увеличение стоимости технологий влечет за собой необходимость контроля над эффективностью их использования.

Например, в Канаде, Голландии и Дании на национальном уровне для оценки деятельности больничных учреждений применяется порядка 50 показателей, в Германии – около 100 [1]. Примерно в половине случаев предоставление отчетности медицинских организаций по установленным показателям является обязательным. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) также разработала перечень рекомендуемых показателей (индикаторов) для оценки деятельности и сравнения деятельности больниц. Этот проект получил название PATH – Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals [1, 2].

В США за последние годы апробировано около 10 различных систем оценки деятельности больничных учреждений. Например, Best Hospitals Honor Roll [3], America's Best

Hospitals [4], 100 Top Hospitals [5] и The Joint Commission Quality Check [6]. Все это предварило создание и внедрение единой национальной системы оценки деятельности медицинских организаций, разработанной по поручению Министерства здравоохранения США (Medicare & Medicaid Services – CMS). В 2015 г. в США впервые был опубликован рейтинг, основанный на субъективных показателях (опросах пациентов), а в 2016 г. – комплексный, который включает субъективные и объективные показатели. В настоящее время каждая больница США обязана представлять отчеты по данным показателям с определенной периодичностью (ежеквартально, ежегодно) [7]. Результаты рейтингов используются для определения объемов финансирования медицинских организаций из общественных страховых фондов (государственная страховая компания Medicare). В США существуют 2 системы оплаты за результат, базирующиеся на оценке показателей качества и эффективности деятельности медицинских организаций. Для отдельных частнопрактикующих врачей и объединенных врачебных практик внедрена мотивационная система – The Merit-based Incentive Payment System (MIPS) [8]. Для стационаров внедрена программа оплаты, основанная на ценностях, – The Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program [9]. В этих системах учитывается как достижение целевых значений показателей, так и динамика их изменения. Те клиники, которые набрали необходимый суммарный балл, получают дополнительное финансирование, а те, которые не набрали, наоборот, – вычит из оплаты оказанных ими услуг.

Оценка деятельности медицинских организаций является мощным управленческим инструментом. Во-первых, путем объективного сравнения показателей качества и безопасности медицинской помощи можно выявить лучшие и худшие медицинские организации. Соответственно сфокусировать управленческое воздействие на худших и изучить опыт лучших. Во-вторых, рейтинги, составленные на основании субъективных и объективных показателей, помогают пациентам в принятии решения о выборе больницы, а также мотивируют сами медицинские организации улучшать результаты своей деятельности. В-третьих, показатели для оценки эффективности деятельности медицинских организаций позволяют руководителям здравоохранения оценить, насколько рационально расходуются общественные ресурсы.

Субъективные показатели качества медицинской помощи и соответствующий рейтинг в США

В США для оценки качества услуг здравоохранения пациентами в медицинских учреждениях был разработан специальный опросник – Анкета для оценки пациентами больничных учреждений и медицинских центров (Hospital consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems – HCAHPS) [10]. Научное исследование по разработке анкеты было начато в 2002 г. Министерством здравоохранения США совместно с Агентством по исследованиям и качеству в области здравоохранения (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ). Вопросы анкеты были размещены для общественного обсуждения. В мае 2005 г. Национальный форум по качеству (National Quality Forum) (организация, созданная для стандартизации измерения качества и отчетности в области здравоохранения) официально одобрила этот опросник. Сегодня он предназначен, во-первых, для получения сопоставимых данных между медицинскими организациями, во-вторых, для формирования публичной отчетности.

В опросе участвуют случайно отобранные пациенты, которые были недавно выписаны из больницы. Все вопросы анкеты разбиты на следующие категории:

1. Взаимодействие с медицинскими сестрами.
2. Взаимодействие с врачами.
3. Отзывчивость больничного персонала.
4. Управление болью.
5. Информированность по поводу лекарств.
6. Информированность по поводу выписки.
7. Общая оценка состояния здоровья.
8. Чистота в больнице.
9. Комфортные условия пребывания в больнице.
10. Общая оценка больницы.
11. Рекомендация больницы друзьям и близким.

Примеры вопросов, входящие в каждую категорию, представлены в табл. 1.

Методика расчета субъективного рейтинга медицинских организаций

На основании ответов на вопросы анкеты формируется субъективный рейтинг медицинских организаций США. Он рассчитывается по вышеуказанным 11 категориям, причем каждая из них включает несколько вопросов анкеты. Все ответы на вопросы анкеты оцениваются, корректируются, масштабируются, усредняются и округляются для получения итоговой оценки. Методика расчета субъективного рейтинга состоит из нескольких шагов.

Шаг 1. Преобразование вопросов анкеты в числовые значения. Все вопросы анкеты преобразуются в числовые значения. Ответы усредняются на уровне каждой больницы, чтобы сформировать среднее значение показателя в больнице для каждой категории.

Шаг 2. Корректировка вопросов с учетом особенностей опрашиваемых пациентов. Применяется корректировка для различных возрастных категорий пациентов, чтобы учесть тенденцию некоторых подгрупп пациентов реагировать более позитивно или негативно на исследование. Корректировки применяются к значениям каждого варианта ответа. Кроме этого, применяются поправочные коэффициенты

Таблица 1. Примеры вопросов анкеты

Категория	Вопросы
1. Взаимодействие с медицинскими сестрами	Во время пребывания в медицинском учреждении как часто медсестры относились к вам вежливо и уважительно?
2. Взаимодействие с врачами	Во время пребывания в медицинском учреждении как часто врачи внимательно слушали вас, относились к вам вежливо и уважительно? Во время пребывания в больнице как часто врачи давали вам разъяснения по проводимому лечению понятным образом?
3. Отзывчивость больничного персонала	Во время пребывания в больнице, после того как вы нажали кнопку вызова, как часто вы получали помощь в то время, на которое рассчитывали?
4. Управление болью	Во время пребывания в больнице как часто персонал больницы делал все возможное, чтобы помочь вам облегчить боль?
5. Информированность по поводу лекарств	Прежде чем дать вам новые лекарства, как часто персонал медицинского учреждения объяснял вам, для чего необходимо лекарство, а также рассказывал о его возможных побочных действиях?
6. Информированность по поводу выписки	После выписки из медицинского учреждения насколько четко вы понимали назначения всех принимаемых лекарств?
7. Общая оценка состояния здоровья	Как бы вы в целом охарактеризовали свое здоровье?
8. Чистота в больнице	Во время пребывания в больнице как часто проводилась уборка в вашей палате и ванной комнате?
9. Комфортные условия пребывания в больнице	Во время пребывания в больнице как часто было тихо в ночное время в отделении?
10. Общая оценка больницы	Используя любое число от 0 до 10 (где 0 является, возможно, наихудшим медицинским учреждением и 10, возможно, лучшим медицинским учреждением), оцените это медицинское учреждение
11. Рекомендация больницы друзьям и близким	Вы бы рекомендовали это медицинское учреждение своим друзьям и родственникам?

в зависимости от того, как были получены результаты анкеты (по телефону или по электронной почте).

Шаг 3. Приведение числовых значений вопросов к единой 100-балльной шкале. Каждый показатель (вопрос анкеты) может содержать разное число вариантов ответа, например, 5 или 3. Если в обоих случаях пациент выбрал последний вариант ответа с максимальным числовым значением, в первом случае он получит 5 баллов, во втором – 3 балла. Эти значения должны быть приведены к единой шкале измерения для сопоставления, для этого они преобразуются в линейную 100-балльную шкалу

следующим образом: усредненное значение показателя с учетом поправочного коэффициента (M), за вычетом минимально возможного ответа на вопрос (R), деленное на максимально возможный ответ на вопрос (K), минус самый минимальный ответ (R):

$$100 \times \frac{M - R}{K - R}.$$

Шаг 4. Расчет итоговых оценок по категориям. На данном шаге рассчитывается итоговая оценка больницы по каждой категории на основании данных, полученных на 3-м шаге.

Шаг 5. Преобразование полученных результатов в рейтинг. Применяя метод кластеризации, каждой больнице присваивается от 1 (худшее значение) до 5 (лучшее значение) целых звезд (назначаются только целые звезды, частичные звезды не используются). Значения рассчитывают в целом для всей больницы и отдельно по каждой из 11 категорий. Рейтинг для каждой категории определяется путем применения алгоритма кластеризации к индивидуальным значениям показателей. С помощью алгоритма кластеризации создают 5 категорий (по числу звезд), чтобы больницам с похожими результатами в одной и той же категории присваивалось одинаковое количество звезд. Итоговый субъективный рейтинг больницы получается усреднением по 11 категориям.

Объективные показатели качества медицинской помощи и безопасности пациентов и комплексный рейтинг в США

В 2014 г. Минздрав США для создания комплексного рейтинга по разработке системы оценки качества медицинской помощи и безопасности пациентов в больницах заключил контракт с медицинским центром – Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research and Evaluation (YNHHC/CORE). Для работы была создана рабочая группа по защите прав пациентов, а также привлечена группа технических экспертов. В результате была разработана методология, которая позволяет рассчитать комплексный рейтинг каждой больницы на основании порядка 60 показателей [11]. Дополнительно к данным о значениях самих показателей с каждой больницы собирается общая информация, которая в дальнейшем используется для проведения стандартизации. Общая информация включает сведения о самой больнице; какие в ней применяются технологии лечения; какие методы в ней применяются для профилактики хирургических осложнений; какие средства медицинской визуализации используются

в больнице; насколько стоимость оплачиваемых услуг выше или ниже средних значений по стране и др.

Показатели, которые используются для составления комплексного рейтинга медицинских организаций, делятся на следующие категории:

1. Показатели летальности пациентов в стационаре.
2. Безопасность пациентов.
3. Частота повторных госпитализаций.
4. Профилактическая направленность оказания медицинской помощи.
5. Своевременность оказания медицинской помощи.
6. Эффективность использования диагностического оборудования.
7. Удовлетворенность пациентов.

Рассмотрим каждую категорию рейтинга и приведем примеры используемых показателей. Для рассматриваемых показателей приведем формулу расчета и среднее значение показателя в США [12].

1. Летальность пациентов в стационаре

Показатели летальности показывают, как часто госпитализированные пациенты умирают в течение 30 дней после поступления в стационар. Примеры показателей оценки летальности пациентов в стационаре представлены в табл. 2.

2. Безопасность пациентов

Показатели, входящие в эту группу, представляют информацию об инфекциях, которые проявляются во время пребывания пациента в больнице. Многие из этих инфекций можно предотвратить с помощью надлежащих процедур и соблюдения мер безопасности. Примеры показателей оценки безопасности пациентов представлены в табл. 3.

При измерении показателя важно, чтобы сбор данных о пациентах проходил унифицировано. Мочевыводящий катетер может стать источником проникновения серьезных инфекций в мочевом тракте, когда он установлен неправильно, не соблюдается чистота в отделении или когда катетер находится на месте длитель-

Таблица 2. Примеры показателей оценки летальности пациентов в стационаре

Показатель	Формула для расчета	Среднее значение показателя в США, %
1. Летальность пациентов от инфаркта миокарда в течение 30 дней после поступления в стационар (возраст пациентов 65 лет и старше)	$\frac{\text{Число умерших от инфаркта миокарда в течение 30 дней (в том же стационаре, в другом или на дому)} \times 1000}{\text{Число выписанных пациентов с диагнозом инфаркт миокарда}}$	13,6
2. Летальность пациентов после аортокоронарного шунтирования (АКШ) в течение 30 дней после поступления в стационар (возраст пациентов 65 лет и старше)	$\frac{\text{Число смертей в стационаре после проведения АКШ в течение 30 дней (в том же стационаре, в другом или на дому)} \times 1000}{\text{Число выписанных пациентов, которым выполнено АКШ}}$	3,2
3. Летальность пациентов от пневмонии в течение 30 дней после поступления в стационар (возраст пациентов 65 лет и старше)	$\frac{\text{Число умерших от пневмонии в течение 30 дней (в том же стационаре, в другом или на дому)} \times 1000}{\text{Число пациентов, выписанных с диагнозом пневмония}}$	15,9

Таблица 3. Примеры показателей оценки безопасности пациентов

Показатель	Формула для расчета	Среднее значение показателя в США, %
1. Частота инфекций мочевыводящих путей, ассоциированных с установкой мочевого катетера	$\frac{\text{Число пациентов, которые получили инфекции мочевыводящих путей после установки катетера} \times 100}{\text{Число пациенто-дней с катетером}}$	–
2. Частота заражений кишечными инфекциями в стационаре	$\frac{\text{Число случаев лабораторно подтвержденного инфицирования Clostridium difficile} \times 100}{\text{Число пациенто-дней в стационаре}}$	–

ное время. Для того чтобы избежать этого, важно соблюдать стандарты (протоколы) безопасности и постоянно обучать им медицинский персонал.

Clostridium difficile – это бактерии, вызывающие воспаление толстой кишки. Этот вид инфекции может вызвать сильную диарею, лихорадку, потерю аппетита, тошноту и боль в животе. Сотрудники больницы могут предотвратить инфицирование *Clostridium difficile*, соблюдая опре-

деленные меры предосторожности: мытье рук, использование защитных перчаток и халатов, практикуя ответственное использование антибиотиков и используя стерильное оборудование. Ответственное использование антибиотиков включает ограничение дозировки и продолжительности лечения, а также избегание приема антибиотиков широкого спектра действия, если можно воспользоваться антибиотиком с узким спектром.

3. Частота повторных госпитализаций

Уровень повторной незапланированной госпитализации показывает, были ли пациенты, ранее уже выписанные из больницы, снова госпитализированы в стационар в течение 30 дней после выписки? Эта группа показателей помогает определить, сделала ли больница все возможное, чтобы предотвратить осложнение заболевания, были ли предоставлены пациенту четкие инструкции, как организовать уход на дому. Примеры показателей оценки частоты повторных госпитализаций представлены в табл. 4.

4. Профилактическая направленность оказания медицинской помощи

Показатели, входящие в эту группу, указывают, насколько медицинские организации своевременно проводят профилактические и лечебно-диагностические вмешательства, позволяющие предотвратить заболевания и их осложнения. Примеры показателей оценки результативности оказания медицинской помощи представлены в табл. 5.

5. Своевременность оказания медицинской помощи

Показатели этой группы измеряют сроки оказания помощи в отделениях экстренной ме-

дицинской помощи при стационарах (emergency department – для РФ это аналог стационарного отделения скорой медицинской помощи). Задержки в оказании необходимой помощи увеличивают риски осложнений у пациентов с тяжелыми заболеваниями или травмами. Время ожидания в разных медицинских организациях может варьироваться в зависимости от количества наблюдаемых пациентов, уровня укомплектования персоналом, производительности его труда, наличия стационарных коек для размещения пациентов в соответствующем отделении. Примеры показателей оценки своевременности оказания медицинской помощи представлены в табл. 6.

Длительное пребывание в приемном отделении, до того как пациент будет переведен в профильное отделение, может быть связано с тем, что отделение экстренной медицинской помощи недоукомплектовано, переполнено или, например, отсутствуют подготовленные койки в отделениях. Первый показатель таблицы учитывает среднее время, проведенное в приемном отделении, – с момента прибытия и до того времени, когда пациенты переводятся в профильное отделение. Это число включает только пациентов, которые были госпитализированы в стационар (не включает людей, которые ушли домой).

Таблица 4. Примеры показателей оценки частоты повторных госпитализаций

Показатель	Формула для расчета	Среднее значение показателя в США, %
1. Частота незапланированных повторных госпитализаций пациентов с инфарктом миокарда в течение 30 дней	$\frac{\text{Число незапланированных повторных госпитализаций пациентов с инфарктом миокарда в течение 30 дней} \times 100}{\text{Число госпитализаций пациентов за год}}$	16,8
2. Частота незапланированных повторных госпитализаций пациентов после АКШ в течение 30 дней	$\frac{\text{Число незапланированных повторных госпитализаций пациентов после АКШ в течение 30 дней} \times 100}{\text{Число госпитализаций пациентов за год}}$	14,4
3. Частота незапланированных повторных госпитализаций пациентов с пневмонией в течение 30 дней	$\frac{\text{Число незапланированных повторных госпитализаций пациентов с пневмонией в течение 30 дней} \times 100}{\text{Число госпитализаций пациентов за год}}$	17,1

Таблица 5. Примеры показателей оценки результативности оказания медицинской помощи

Показатель	Формула для расчета	Среднее значение показателя в США, %
1. Доля пациентов, получивших вакцинацию от гриппа	$\frac{\text{Число пациентов, получивших прививку от гриппа (неважно, в каком медицинском учреждении)} + \text{число пациентов, которые отказались от прививки}}{\text{Число пациентов, которые обращались в медицинское учреждение хотя бы 1 раз с 1 октября до 1 марта}} \times 100$	94
2. Доля пациентов, обратившихся в АПУ с подозрением на ишемию (инфаркт) миокарда, которые получили аспирин в течение 24 ч после поступления в приемное отделение (стационарное отделение СМП)	$\frac{\text{Число пациентов, обратившихся в АПУ с подозрением на ишемию (инфаркт) миокарда, которые получили аспирин в течение 24 ч после поступления в приемное отделение}}{\text{Число пациентов в приемном отделении с подозрением на инфаркт миокарда}} \times 100$	96
3. Доля пациентов, поступивших в приемное отделение (стационарное отделение СМП) с симптомами ОНМК, которым было проведено КТ/МРТ головного мозга в течение 45 мин с момента поступления	$\frac{\text{Число пациентов, поступивших в приемное отделение с симптомами ОНМК, которым было проведено КТ/МРТ головного мозга в течение 45 мин с момента поступления}}{\text{Число пациентов, которые поступили в отделение неотложной помощи с подозрением на ОНМК, симптомы которого начали проявляться не более 2 ч назад}} \times 100$	70

Примечание. АПУ – амбулаторно-профилактическое учреждение; СМП – скорая медицинская помощь; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; КТ – компьютерная томография; МРТ – магнитно-резонансная томография.

Считается, что пациенты с болью в груди или с подозрением на инфаркт миокарда должны пройти ЭКГ по прибытии в приемное отделение в сроки до 10 мин (2-й показатель табл. 6). Если пациентам была снята электрокардиограмма прежде, чем они попали в больницу (например, в машине скорой помощи), это считается как 0 мин.

Третий показатель таблицы учитывает среднее время в минутах, проведенное в приемном отделении, с момента прибытия пациента до момента, когда он был осмотрен медицинским работником и отпущен домой. В расчет этого показателя не входят пациенты, которые были госпитализированы в стационар после осмотра,

умерли в отделении неотложной помощи или уехали, не будучи принятыми. Более низкие значения показателя считаются лучше.

6. Эффективность использования диагностического оборудования

В табл. 7 представлены примеры показателей, входящие в группу эффективности использования диагностического оборудования (компьютерная томография – КТ, магнитно-резонансная томография – МРТ, маммография). Если значения показателей высокие, это может означать, что больница проводит ненужные исследования.

Первый показатель может указывать на излишнее назначение МРТ. Клинические рекомендации по ведению пациентов с болями в пояснице указывают: прежде чем назначить МРТ, необходимо выяснить, помогает ли медикаментозное или физиотерапевтическое лечение, чтобы избежать ненужного стресса и риска для пациента или излишних затрат на проведение МРТ.

Одновременное проведение КТ головы и пазух подвергает пациентов воздействию высоких уровней радиации. Если у пациента с головной болью есть подозрение на хронический или

острый синусит, сначала выполняют КТ пазух, прежде чем решать, нужно ли проводить КТ головного мозга. Эксперты не рекомендуют делать оба теста сразу, за исключением случаев, когда у врача есть подозрения, что у пациента может быть травма головы, новообразование или серьезная инфекция.

7. Удовлетворенность пациентов

Удовлетворенность пациентов оценивается на основании их опросов. Пациенты оценивают, насколько хорошо общались медсестры и врачи,

Таблица 6. Примеры показателей оценки своевременности оказания медицинской помощи

Показатель	Среднее значение показателя в США
1. Среднее время, которое проводят поступившие по экстренным показаниям пациенты в приемном отделении от момента поступления до момента направления в профильное отделение	4 ч
2. Среднее время, в течение которого пациенту с за грудиной болью было проведено ЭКГ от момента обращения в ЛПУ	8 мин
3. Среднее время, которое пациент с экстренными показаниями проводит в приемном отделении, прежде чем он будет осмотрен врачом	22 мин

Примечание. ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение; ЭКГ – электрокардиограмма.

Таблица 7. Примеры показателей оценки эффективности использования диагностического оборудования

Показатель	Формула для расчета	Среднее значение показателя в США, %
1. Доля пациентов, обходящихся в амбулаторно-поликлиническом отделении, с болью в нижней части спины или поясницы, которым было рекомендовано сделать МРТ, до назначения лечения, в том числе до проведения физиотерапии	$\frac{\text{Число пациентов с болью в нижней части спины или поясницы, которым было сделано МРТ до назначения медикаментозного лечения, в том числе до проведения физиотерапии} \times 100}{\text{Число всех пациентов с болью в нижней части спины или поясницы}}$	39,8
2. Доля пациентов, которым одновременно было сделано КТ головного мозга и придаточных пазух носа	$\frac{\text{Число пациентов, которым одновременно было сделано КТ головного мозга и придаточных пазух носа в одном и том же учреждении в один и тот же день} \times 100}{\text{Число всех пациентов, которым было сделано КТ головного мозга}}$	1,6

насколько был отзывчив персонал больницы, насколько была управляема боль, а также чистоту и тишину больничной среды. Пациенты являются лучшими источниками информации по этим темам. Примеры показателей оценки удовлетворенности пациентов приведены выше (см. табл. 1).

Методология расчета комплексного рейтинга медицинской организации. Для расчета комплексного рейтинга медицинской организации применяется специально разработанная методология, которая состоит из нескольких шагов.

Шаг 1. Выбор и стандартизация показателей для включения в итоговый рейтинг. В расчет рейтинга следует включать те показатели, которые собираются в большинстве медицинских организаций, которые можно четко измерить и которые отвечают требованиям публичной отчетности.

Прежде чем объединять показатели в оценку, каждый показатель сначала приводят к единой числовой шкале измерения и стандартизируют с учетом единиц измерения показателей (количество, проценты, время).

Шаг 2. Распределение показателей по группам. Все возможные для анализа показатели распределяются по группам, которые были рассмотрены выше.

Шаг 3. Вычисление показателей модели. Для этого используют метод регрессионного анализа. Суть регрессионного анализа заключается в выявлении количественных связей (они выражаются в коэффициентах) между переменными (значениями показателей) на конечный результат по группе показателей.

Шаг 4. Расчет суммарного балла больницы с учетом веса каждой группы показателей. Получив на предыдущем этапе оценку для каждой больницы и для каждой группы показателей, вычисляют средневзвешенное значение, которое объединяет 7 значений групп в единый итоговый балл больницы. Удельный вес каждой группы показателей представлен на рисунке.

Шаг 5. Применение алгоритма кластеризации для получения итоговых оценок. Методология рейтинговой оценки больниц использует алгоритм кластеризации, чтобы разделить все больницы, участвующие в рейтинге, на 5 групп.



Удельный вес групп показателей

Больницам, которые имеют минимальные значения итогового показателя, присваивается 1 звезда, а больницам с высоким значением – 5 звезд.

Оценка деятельности медицинских организаций, действующая в РФ

В настоящее время в РФ для оценки деятельности медицинских организаций действуют следующие приказы Минздрава России:

- Приказ Минздрава России от 28.11.2014 № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями». Приказ устанавливает показатели для оценки качества медицинских услуг потребителями и методику их расчета в баллах. Однако число показателей превышает 35, что избыточно. Кроме того, смешаны показатели оценки деятельности медицинских организаций пациентами и показатели, которые должны измеряться только организаторами здравоохранения и малопонятны пациентам. Например, средний срок ожидания диагностического исследования с момента получения направления по отношению к срокам, установленным в территориальной программе государственных гарантий.
- Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет». Приказ устанавливает информацию, которая должна быть размещена на интернет-сайте о деятельности медицинских организаций, в том числе об

отзывах потребителей медицинских услуг, а также требования к содержанию и форме этой информации. Однако в этом приказе нет конкретных показателей, методик их измерения и установленных целевых значений. Соответственно приказ не может служить основой для оценки качества работы медицинских организаций.

- Приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендации по разработке органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников, утвержденные для оценки объема и качества государственных услуг в медицинских организациях для перевода работников на эффективный контракт». В приказе установлены отдельные показатели (от 3 до 8) для оценки деятельности медицинских организаций, их руководителей и работников; критерии достижения целевых значений этих показателей (100%, 50% и др.) и соответствующие этим критериям баллы (от 0 до 3) для начисления заработной платы медицинских работников (п. 4). Устанавливается также периодичность измерения представленных показателей – ежеквартально и ежегодно. Приказ регламентирует создание комиссии по вопросу стимулирующих выплат в медицинских организациях. Однако в приказе не установлена методика измерения показателей и их целевые значения, соответственно, полученные данные будут несопоставимы между субъектами РФ. Многие показатели не зависят от деятельности медицинских организаций, например укомплектованность врачом персоналом. Этот показатель зависит от общего финансирования отрасли здравоохранения, и его выполнение вне компетенции руководителя учреждения.

- Приказ Минздрава РФ от 12.09.2014 № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» – отменен.

Заключение

Анализ показал, что действующая сегодня в РФ нормативная база по оценке деятельности медицинских организаций требует доработки:

- применяемые показатели не соответствуют используемым в международной практике;
- ряд показателей не зависит от деятельности медицинских организаций;

- отсутствует методика расчета показателей и не установлены их целевые значения;
- нет методики расчета рейтингов медицинских организаций;
- результаты оценки медицинских организаций не сравниваются между собой и не анализируются для принятия управленческих решений.

Приведенные в статье показатели по оценке деятельности медицинских организаций и медицинских центров и методика расчета рейтингов, которые используются сегодня в США на обязательной основе, могут оказаться полезными для составления аналогичных систем оценки в РФ.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

Мокляченко Алина Викторовна – кандидат технических наук, старший научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)

E-mail: moklyachenko@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Groene O., Skau J.K.H., Frolich A. An international review of projects on hospital performance assessment. Int J Qual Health Care. 2008; 20 (3): 1–10.

2. Champagn F., Guisset A.-L., Veillard J., Trabut I. The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals: PATH project a general description. Universite de Montreal, 2005. P. 117.

3. <https://health.usnews.com/best-hospitals>

4. <http://www.healthgrades.com/quality/top-hospitals-2013>

5. <http://www.100tophospitals.com/>

6. <https://www.qualitycheck.org/>

7. <https://www.medicare.gov/>

8. [https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-](https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/MACRA-MIPS-and-APMs/MACRA-MIPS-and-APMs.html)

[Programs/MACRA-MIPS-and-APMs/MACRA-MIPS-and-APMs.html](https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/hospital-value-based-purchasing/index.html)

9. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/hospital-value-based-purchasing/index.html>

10. Technical Notes for HCAHPS Star Ratings. Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore, MD. Originally posted January 09, 2017. P. 11.

11. Overall Hospital Quality Star Ratings on Hospital Compare Methodology Report (v2.0), Prepared by: Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research & Evaluation (YNHHSC/CORE), May 2016. P. 43.

12. <http://www.abingtonhealth.org/quality/measurement/#.WdcuAVu0Pcs>

Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2016 г.)

Улумбекова Г.Э.,
Гиноян А.Б.,
Калашникова А.В.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением (ВШОУЗ), Москва

Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) обновила рейтинг эффективности систем здравоохранения субъектов РФ за 2016 г. Рейтинг показывает способность региона РФ достигать более высокого уровня ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при меньших затратах на здравоохранение и меньшем уровне валового регионального продукта на душу населения. Показано, как изменились позиции регионов РФ в 2016 г. по сравнению с 2015 г. Проанализированы причины изменений позиции регионов в рейтинге.

Ключевые слова:

рейтинг (индекс) эффективности систем здравоохранения, ожидаемая продолжительность жизни при рождении

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 3. С. 00–00.
Статья поступила в редакцию: 00.00.2017. Принята в печать: 00.00.2017.

Efficiency of the regional healthcare systems in Russia (rating–2016)

*Ulumbekova G. E.,
Ginoyan A. B.,
Kalashnikova A. V.* Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Moscow

The Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ) has updated healthcare efficiency ranking in the regions (states) of Russia for 2016 year. This ranking shows the ability of the region to reach higher life expectancy at birth for lower public healthcare spending and lower GRP per capita. It is shown how the position of the region has changed in 2016 compared to 2015. The reasons of changes in the position are analyzed.

Keywords:

rating (index) of health systems efficiency, life expectancy at birth

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.**Bulletin of VSHOUZ.** 2017; (3): 00–00.

Received: 00.00.2017. Accepted: 00.00.2017.

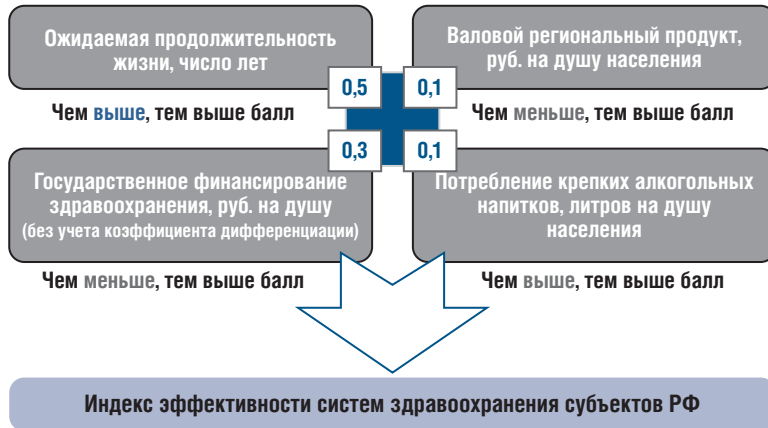
Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) ранее разработала рейтинг по оценке эффективности систем здравоохранения 85 регионов РФ. Подробная методика была опубликована в журнале «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение» № 1 за 2017 г. Кратко напомним: эффективность означает возможность добиться лучших результатов за меньшие средства. Рейтинг был рассчитан на основании 4 показателей, и каждый из них имеет свой удельный вес при подсчете баллов. Наибольший вес (50%) среди использованных показателей имеет ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ). Регион с наивысшим показателем ОПЖ при рождении получает 50 баллов, а с наименьшим – 0 баллов. Следующий показатель – подушевые государственные расходы на здравоохранение, который определяет объемы бесплатной медицинской помощи (рассчитывается без учета коэффициента дифференциации для обеспечения сопоставимости данных по регионам), – 30%. Третьим показателем с весом 10% является валовой региональный продукт (ВРП) на душу населения, который отражает уровень экономического развития субъектов РФ. При высоком ВРП на душу населения выше уровень жизни, соответственно выше уровень потребления продуктов, лекарств и т.п., что опосредованно влияет на здоровье населения¹. От его значения косвенно зависят региональные расходы на здравоохранение и возможность населения платить за медицинские услуги

из своего кармана. Субъекты РФ, имеющие самые высокие значения показателей госрасходов на здравоохранение и ВРП на душу населения, получают самый низкий балл. Те регионы, которые имеют сравнительно низкий уровень социально-экономического развития и меньше всех тратят на медицинскую помощь, получают самый высокий балл.

При составлении рейтинга также был использован показатель потребления крепких алкогольных напитков на душу населения, для того чтобы нивелировать негативное влияние этого фактора на состояние здоровья населения (выделить влияние только системы здравоохранения на ОПЖ). Известно, чем меньше уровень потребления алкоголя, тем дольше живут граждане, однако от деятельности системы здравоохранения этот показатель зависит мало. Соответственно, те регионы, где здоровье населения не отягощено высоким потреблением алкогольных напитков, получают самый низкий балл. Схематично методика расчетов представлена на рисунке.

Обновленный рейтинг показывает текущую позицию по эффективности здравоохранения региона относительно других субъектов РФ, а также как изменилась эта позиция в 2016 г. по сравнению с 2015 г. (см. таблицу). Напомним, что ОПЖ рассчитывается на основании повозрастных коэффициентов смертности (обычно это смертность населения в 5-летних группах).

¹ Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Чабан Е.А. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации // Мед. образование и проф. развитие. 2016. № 2. С. 107–120.



Методика расчета рейтинга эффективности систем здравоохранения регионов РФ

Оценка динамики изменения государственного финансирования и ожидаемой продолжительности жизни при рождении

Рост ОПЖ достигнут во всех регионах РФ (кроме Вологодской области), что, согласно методике, должно привести к росту позиции (места) в рейтинге. Рост ОПЖ **больше чем на 0,5 года** наблюдается в **50%** субъектов РФ (59 регионов). Максимальный прирост ОПЖ составляет **1,7 года** в Республике Алтай, далее следуют Калининградская область (прирост 1,3 года) и республики Калмыкия (прирост 1,2 года) и Тыва (прирост 1,1 года).

Подушевое государственное финансирование уменьшилось или мало изменилось (прирост <2%) в **70%** регионов (59 регионов). Напомним, что сокращение финансирования приводит к росту позиции в рейтинге. Однако мы рассматриваем снижение государственного финансирования здравоохранения как **тревожный знак**, который в будущем году может привести к снижению доступности и качества медицинской помощи и, как следствие, к росту смертности населения. Самое резкое падение финансирования наблюдается в Республике Дагестан – **на 33%** (или на 4,4 тыс. руб. на душу населения). Самый высокий рост финан-

сирования наблюдается в Республике Хакасия и Сахалинской области – **более чем на 10%** (или на ~2 тыс. руб.).

Для оценки самых эффективных регионов в 2016 г. **по динамике** изменения ОПЖ и государственного финансирования мы поделили их на 2 группы. Первая, в которой произошло **уменьшение** государственного финансирования здравоохранения, вторая – увеличение. Самыми эффективными в первой группе оказались те, кто одновременно с уменьшением финансирования **максимально увеличил** ОПЖ. Это следующие регионы: Республика Алтай, Калининградская область, Амурская область, Республика Калмыкия.

В группе регионов, которые увеличили финансирование здравоохранения (их всего 26), самым эффективными оказались те, в которых максимально выросла ОПЖ за счет незначительного прироста финансирования. Среди них оказался г. Севастополь, который поднялся в рейтинге на 6 пунктов.

Оценка места (позиции) регионов в рейтинге 2016 г.

В **первой двадцатке** наряду с субъектами Северо-Кавказского и Южного федеральных округов в 2016 г. остались Республика Чувашия, Кировская, Рязанская, Ивановская, Волгоградская

Эффективность систем здравоохранения субъектов РФ в 2016 г.

Изменение (место в 2015– 2016 гг.)	Место в 2015 г.	Место в 2016 г.	Субъект РФ	Оценка результативности	ОПЖ при рождении, лет	ВРП на душу населения, руб. *	Подушвые госрасходы на здравоохранение, поделенные на КД, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения, л
0	1	1	Республика Дагестан	88,69	77,23	186370	8815	2,5
20	22	2	Республика Ингушетия	85,71	80,82	116008	14400	-
1	4	3	Кировская область	76,19	71,71	212548	14366	10,2
9	13	4	Волгоградская область	75,83	72,49	288162	10834	3,8
3	8	5	Республика Адыгея	75,12	72,59	183387	14688	4,1
6	12	6	Чеченская Республика	74,52	74,20	116120	15045	-
-2	5	7	Чувашская Республика	73,81	71,52	202375	11395	8,1
-6	2	8	Ставропольский край	73,69	73,40	217648	14779	2,8
-6	3	9	Кабардино-Балкарская Республика	72,26	75,12	145555	15417	0,6
-4	6	10	Ростовская область	71,31	72,20	276427	14507	4,3
-1	10	11	Карачаево-Черкесская Республика	69,64	74,72	143790	15512	0,8
-1	11	12	Республика Калмыкия	69,29	73,35	169111	15276	3,7
1	14	13	Республика Мордовия	68,69	72,25	231878	15190	6,8
6	20	14	Саратовская область	68,57	72,07	247963	14493	3,3
38	53	15	Калужская область	67,62	71,18	331468	13269	8,5
-1	15	16	Республика Северная Осетия – Алания	67,14	75,05	181040	15831	0,5
2	19	17	Астраханская область	67,02	72,20	314460	14951	5,1
-11	7	18	Рязанская область	66,55	71,87	279033	14714	5,5
-3	16	19	Ивановская область	66,19	70,77	165496	10158	8,3
11	30	19	Тамбовская область	66,19	72,11	326480	14681	3,4
-4	17	21	Белгородская область	65,24	72,87	443086	15096	4,5
4	25	21	Брянская область	65,24	70,92	219576	10494	5,2
27	50	23	Липецкая область	64,76	71,62	395477	12545	5,0
21	45	24	Ленинградская область	64,40	71,70	480298	14765	9,7
-7	18	25	Томская область	62,14	71,66	440396	14527	5,1
-3	23	26	г. Москва	61,67	77,09	1103453	18929	13,2
-18	9	27	Пензенская область	61,43	72,53	248853	15806	4,7

Эффективность систем здравоохранения субъектов РФ в 2016 г. (продолжение)

Изменение (место в 2015– 2016 гг.)	Место в 2015 г.	Место в 2016 г.	Субъект РФ	Оценка результативности	ОПЖ при рождении, лет	ВРП на душу населения, руб. *	Подушное госрасходы на здравоохранение, поделенные на кв. руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения, л
36	63	27	Томенская область	61,43	71,03	624683	13977	8,4
-5	24	29	Республика Татарстан	59,52	73,64	474695	17273	9,5
6	36	30	Московская область	58,69	72,50	441778	16229	10,9
-3	28	31	Республика Марий Эл	58,21	70,75	241071	14697	10,2
-1	31	32	Костромская область	58,10	70,87	241539	14950	9,0
-12	21	33	Курская область	57,74	70,94	299724	14515	4,4
-5	29	34	Новосибирская область	57,50	71,20	356087	14934	5,5
14	49	35	Калининградская область	56,43	71,92	337990	15723	7,3
-4	32	36	Воронежская область	55,71	72,08	352926	15536	4,9
-3	34	37	г. Санкт-Петербург	55,48	74,90	580563	22334	7,5
0	38	38	Ханты-Мансийский авт. округ – Югра	54,52	73,50	1937016	23525	10,5
7	46	39	Мурманская область	54,29	70,94	510830	15208	14,1
-14	26	40	Краснодарский край	54,05	72,83	355017	16471	4,4
-8	33	41	Ярославская область	52,50	71,21	339700	15843	9,9
6	48	42	г. Севастополь	51,90	71,64	92900	17665	8,1
-3	40	43	Архангельская область	51,19	70,80	351973	15247	13,1
17	61	44	Республика Алтай	51,07	70,13	194825	14580	6,9
-2	42	44	Самарская область	51,07	71,08	386474	15243	4,9
1	47	46	Ульяновская область	50,36	70,97	239210	15454	5,1
-12	35	47	Удмуртская Республика	49,88	70,86	328003	15372	9,2
29	77	48	Оренбургская область	49,52	70,57	387830	12017	3,6
-12	37	49	Владимирская область	49,17	70,28	255399	14839	8,2
2	52	50	Нижегородская область	47,86	70,75	327474	15135	7,2
-11	39	50	Омская область	47,86	70,78	311973	15000	4,0
-8	44	52	Ямало-Ненецкий авт. округ	47,62	72,13	3376613	20369	9,5
-2	51	53	Приморский край	47,02	69,66	371099	14441	9,4
-13	41	54	Алтайский край	46,67	70,74	206712	15209	4,8

Эффективность систем здравоохранения субъектов РФ в 2016 г. (продолжение)

Изменение (место в 2015– 2016 гг.)	Место в 2015 г.	Место в 2016 г.	Субъект РФ	Оценка результативности	ОПЖ при рождении, лет	ВРП на душу населения, руб. *	Подушное госрасходы на здравоохранение, поделенные на КД, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения, л
11	66	55	Республика Башкортостан	45,36	71,00	323572	16086	7,3
12	68	56	Республика Саха (Якутия)	42,62	70,84	782629	15661	8,7
-30	27	57	Вологодская область	42,02	70,24	394136	15267	10,5
3	60	57	Забайкальский край	42,02	68,33	229304	13949	7,1
11	70	59	Республика Карелия	40,71	69,78	334494	15354	13,4
4	64	60	Амурская область	39,64	68,28	342763	10574	6,5
-6	55	61	Ненецкий авт. округ	38,33	71,08	4990260	23780	12,5
5	67	62	Республика Бурятия	38,21	69,61	208240	15427	8,1
-9	54	63	Республика Крым	37,14	70,74	130570	17400	5,8
9	73	64	Смоленская область	37,02	69,98	267335	15544	7,6
-22	43	65	Орловская область	35,36	70,73	269862	16008	4,6
-4	62	66	Кемеровская область	35,12	68,72	309637	15050	8,1
-11	56	67	Челябинская область	33,81	70,50	334471	15964	5,7
6	74	68	Поковская область	32,50	69,25	204769	15765	7,2
-11	58	69	Республика Тыва	31,79	64,21	150258	14759	2,6
-13	57	70	Тульская область	31,19	70,56	315660	16759	5,2
-12	59	71	Новгородская область	28,21	69,15	389442	15806	9,4
-7	65	72	Курганская область	26,79	69,43	207554	16052	3,4
6	78	72	Пермский край	26,79	69,74	397621	16288	7,8
-3	69	72	Хабаровский край	26,79	69,13	427651	15921	12,1
0	75	75	Свердловская область	26,67	70,02	411077	17401	8,3
-5	71	76	Красноярский край	26,55	70,01	565272	16155	6,3
-5	72	77	Тверская область	26,31	69,24	260478	16580	8,6
-2	76	78	Республика Коми	25,24	69,45	607942	16872	13,7
3	82	79	Еврейская автономная область	21,07	65,88	268311	16428	8,8
-1	79	80	Республика Хакасия	19,88	69,33	320096	19176	5,2
-1	80	81	Камчатский край	17,62	68,66	542797	17940	11,7

Эффективность систем здравоохранения субъектов РФ в 2016 г. (окончание)

Изменение (место в 2015 – 2016 гг.)	Место в 2015 г.	Место в 2016 г.	Субъект РФ	Оценка результативности	ОПЖ при рождении, лет	ВРП на душу населения, руб. *	Подушвные госрасходы на здравоохранение, поделенные на КД, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения, л
1	83	82	Магаданская область	17,26	69,00	846400	23405	14,0
-2	81	83	Иркутская область	16,31	68,20	419885	16322	7,3
0	84	84	Сахалинская область	14,52	68,66	1699933	28012	14,1
0	85	85	Чукотский автономный округ	10,60	64,42	1269344	24311	12,7
-	-	-	Российская Федерация	51,88	71,87	443951	15864	7,3

* Методология: ранжирование проводилось по четырем критериям (по шкале от 0 до 100): ОПЖ при рождении (взвешенная 50%), ВРП на душу населения (10%), подушвные госрасходы на здравоохранение (30%) и потребление крепких алкогольных напитков на душу населения (10%). Оценка эффективности представляет собой сумму этих четырех взвешенных оценок.

Примечание. Для составления рейтинга использовались наиболее актуальные данные по всем показателям за 2016 г., кроме ВРП на душу населения, для которого наиболее актуальные данные имеются по состоянию на 2015 г.

Источники: Федеральная служба государственной статистики РФ, Федеральное казначейство РФ и расчеты авторов.

области. На **20 худших позициях** в рейтинге по-прежнему все регионы Дальневосточного федерального округа, Красноярский край, Тверская, Свердловская, Иркутская, Псковская и Кемеровская области.

Следует отметить регионы, которые существенно улучшили свои позиции. Среди них – Оренбургская и Смоленская области, республики Карелия, Саха-Якутия и Башкортостан. Например, Оренбургская область поднялась в рейтинге на 29 позиций (с 77-го места на 48-е), при снижении финансирования здравоохранения ей удалось увеличить ОПЖ на 1 год. Республика Башкортостан поднялась в рейтинге на 11 позиций (с 66-го на 55-е место) – в ней при том же уровне финансирования ОПЖ увеличилась на 0,9 года. В Калужской и Волгоградской областях на фоне роста ОПЖ на полгода государственное финансирование снизилось на 26%, что позволило им подняться в рейтинге. Еще раз хотим обратить внимание на то, что снижение государственного финансирования может привести к неустойчивой позиции региона в будущие периоды.

Серьезное ухудшение позиций за счет снижения ОПЖ на 0,2 года произошло в Вологодской области – место области снизилось с 27-го до 57-го. Некоторые регионы опустились в рейтинге относительно других субъектов РФ из-за увеличения объемов финансирования здравоохранения. Среди них – Краснодарский край, Орловская и Пензенская области. Правда, Пензенская область осталась по-прежнему на хороших позициях – 27-е место, и ОПЖ выросла в ней на 0,4 года. Будем надеяться, что в этих регионах увеличение финансирования здравоохранения даст свои результаты в виде улучшения здоровья населения на будущий год.

Улучшение позиции региона в рейтинге связано с эффективностью расходования финансовых ресурсов в текущем году. Для того чтобы получить максимальный и быстрый эффект от увеличения государственного финансирования здравоохранения в виде снижения смертности (и соответственно роста ОПЖ), необходимо направлять дополнительные ресурсы на решение приоритетных проблем отрасли. Среди них – увеличение доступности массовых видов

медицинской помощи: первичной медико-санитарной помощи, бесплатного лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, скорой и специализированной медицинской помощи в экстренной форме, а также необходимо повышать эффективность управления ресурсами и правильно расставлять приоритеты. Долгосрочные инвестиции в капитальное строительство² и оказание дорогостоящих видов

медицинской помощи (например, ЭКО и выхаживание младенцев с экстремально низкой массой тела) не могут привести к снижению показателей смертности всего населения. Более того, при снижении государственного финансирования здравоохранения увеличение объемов оказания этих видов медицинской помощи происходит за счет снижения других, более востребованных ее видов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

Гиноян Аргишти Багратович – аспирант Института государственной службы и управления РАНХиГС при Президенте РФ, старший научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)

E-mail: agrio1q89@hotmail.com

Калашникова Александра Владимировна – научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва)

E-mail: divine8585@mail.ru

² Для справки: в последние годы инвестиционные расходы на здравоохранение (статья расходов «400» по классификации бюджета) сократились и составили 67,7 млрд руб., т.е. 2% от общих государственных расходов на здравоохранение. В этой связи мы их не вычитали из расходов на оказание медицинской помощи при составлении рейтинга в 2015–2016 гг.

Реализация индивидуальных программ повышения качества управления ресурсами в стационарных организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы

Бойченко Ю.Я.¹,
Бударин С.С.²,
Никонов Е.Л.¹

¹ Управление делами и координации деятельности Департамента здравоохранения г. Москвы

² ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы

В статье приводятся результаты внедрения Стандарта качества управления ресурсами в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы. Описываются различные подходы к оценке эффективности деятельности учреждений здравоохранения (больницы, в том числе детские и специализированные, госпитали и пр.), определяются основные корреляции между финансово-экономическими показателями медицинских организаций и доступностью медицинской помощи для населения.

Ключевые слова:

Стандарт качества управления ресурсами (СКУР), медицинские организации, показатели эффективности, критерии оценки, области управления, госпитали, больницы

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 3. С. 00–00.

Статья поступила в редакцию: 29.04.2017. Принята в печать: 10.10.2017.

Implementation of the individual program of improving the quality of the management of resources in the public hospitals in Moscow

*Boychenko Yu.Ya.¹,
Budarin S.S.²,
Nikonov E.L.¹*

¹ The Office of Management and Coordination of the Activities of the Healthcare Department, Moscow

² Research Institute for Public Health Organization and Medical Management of the Healthcare Department, Moscow

The article presents the results of implementation of Quality Standard of the Management of Resources in public hospitals, of the Healthcare Department in Moscow. Here will be described different approaches of assess the operational efficiency of health institutions (hospitals, including children's hospitals, specialized hospitals, etc.), defined the basic correlations between financial and economic indicators of medical organizations and the accessibility to medical aid for population.

Keywords:

Quality Standard of the Management of Resources, medical organizations, efficiency indicators, evaluation criterion, management areas, hospitals

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (3): 00–00.

Received: 29.04.2017. Accepted: 10.10.2017.

Оказание населению медицинской помощи в стационарных условиях является наиболее дорогостоящим видом медицинских услуг. Правительством Российской Федерации ежегодно утверждается программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую.

Финансирование медицинских организаций, которые в рамках утвержденной программы, предоставляют гражданам бесплатную медицинскую помощь, осуществляется за счет бюджетных субсидий и средств обязательного медицинского страхования.

В условиях ограниченного финансирования сферы здравоохранения перед каждой медицинской организацией ставится цель – эффективно и качественно управлять ресурсами, чтобы обеспечить выполнение максимально возможных объемов медицинской помощи для населения. Управление эффективностью связано с тем, что они рассчитывают и анализируют большое количество показателей, и только небольшая их часть может показать реальную эффективность организации (Robert S. Kaplan, David P. Norton, 2014).

В европейских странах рост расходов в сфере здравоохранения объясняется не только использованием новейших дорогостоящих медицин-

ских технологий, но и увеличением потребности в медицинских услугах в связи со старением населения и ростом продолжительности жизни.

Так, например, Национальное аудиторское управление Англии, оценивая результаты финансово-экономической деятельности медицинских трастов Национальной системы здравоохранения в 2011–2016 гг., пришло к заключению, что в условиях демографических изменений рост расходов на медицинскую помощь неизбежен.

В период между 2006–2007 гг. и 2012–2013 гг. потребность в госпитализации в Англии выросла с 12,6 до 14,6 млн человек, т.е. на 16%.

С 2001 по 2011 г. число жителей старше 85 лет выросло в 3,5 раза. Как показывают прогнозы аналитиков, к 2022 г. это потребует создания в больницах дополнительно 6,2 млн круглосуточных коек, что означает необходимость строительства 22 больниц на 800 коек каждая [1].

В целях оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в больницах, разрабатываются специальные показатели, позволяющие определить эффективность использования имеющихся ресурсов и качество предоставляемых больницами медицинских услуг.

Во многих странах внедряются системы менеджмента и системы качества, которые основаны на показателях PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) [2], предложенных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Инструмент PATH разработан Европейским региональным бюро ВОЗ для обеспечения больниц методической поддержкой при сборе информации о достигнутых результатах, их сравнении с результатами других больниц и подготовке мероприятий по улучшению качества медицинской помощи.

Мониторинг качества оказания медицинских услуг в многопрофильных больницах с использованием показателей PATH осуществляется по 6 направлениям: по результативности клинической работы, эффективности, ориентированности на персонал, ответственному управлению, безопасности и ориентированности на потребности пациентов [3].

Следует отметить, что приказом № 632 Департамента здравоохранения г. Москвы (далее – ДЗМ) от 29.07.2015 (с изменениями) [4] утверждены критерии оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений г. Москвы, находящихся в ведении ДЗМ. Предполагается оценивать деятельность больничных учреждений по двум основным критериям: по эффективности и по качеству лечения.

В основу оценки эффективности вошли показатели, характеризующие финансово-экономическое направление деятельности медицинских организаций (доля немедицинских расходов, доля административно-хозяйственного и управленческого персонала и др.).

Качество лечения оценивается на основе значений показателей, таких как доля повторных госпитализаций, динамика больничной летальности, хирургическая активность и пр.

Эффективность медицинской деятельности в значительной степени зависит от достаточности финансовых средств и других ресурсов, а также от качественного управления, имеющимися ресурсами.

Приказом ДЗМ № 622 от 15.07.2016 предписано внедрение Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях ДЗМ (далее – СКУР) [5].

В число больниц, участвующих в данном проекте, вошло 71 учреждение, в том числе 38 больниц, из них 5 детских, 16 специализированных больниц, в том числе 4 госпиталя для ветеранов, 17 научно-практических центра и научно-исследовательских института, специализирующихся в различных видах медицинской деятельности.

По итогам работы в 2015 г. каждым учреждением определен исходный уровень значений по 29 показателям СКУР. Утверждены индивидуальные программы повышения качества управления ресурсами (далее – ИППКУР), в которых обозначены плановые (целевые) показатели на конец 2016 и 2017 гг., а также разработаны планы мероприятий по достижению плановых показателей.

Результат внедрения СКУР и реализации ИППКУР оценивали на основе отчетов учрежде-

ний по итогам 2016 г. Достигнутые значения показателей сопоставляли с результатами 2015 г. и запланированными значениями показателей.

Методика СКУР предусматривает возможный пересчет значений показателей в баллы, что позволяет сопоставить качество управления ресурсами больниц с амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стоматологическими поликлиниками, которые также участвуют в проекте внедрения СКУР.

В рамках исследования больницы (всего 71) разделены на 4 подгруппы, что позволило сопоставить достигнутые значения показателей, а также балльные оценки и выявить лидеров и аутсайдеров среди учреждений и подгрупп, в которые они объединены.

Методикой СКУР предусмотрена оценка деятельности учреждений в разрезе показателей и областей управления, в которые входят от 1 до 10 показателей (всего – 29 показателей).

Расчет балльных оценок позволяет построить рейтинг подгрупп медицинских организаций и определить в нем место больниц. Как видно на представленной диаграмме все подгруппы больниц находятся в середине рейтинга. Минимальное количество баллов набрала подгруппа специализированные больницы, госпитали – 16,17 балла (аутсайдер), а максимальное – научно-практические центры и научно-исследовательские институты (далее НПЦ и НИИ) – 19,95 балла (лидер) (см. рисунок).

Анализ балльных оценок по каждой отдельной области свидетельствует о том, что лидер имеет самые высокие оценки только в областях «Деятельность, приносящая доход и другие внебюджетные источники доходов» (5,68) и «Управление имуществом» (2,61), а аутсайдер получил самую высокую балльную оценку в области «Управление закупками» (1,29).

В других областях лидерами оказались подгруппа детские больницы – «Управление персоналом» (7,85), «Раскрытие информации» (2,40) – и подгруппа больницы многопрофильные – «Финансовый/операционный менеджмент» с оценкой 2,45 балла.

Разница в балльных оценках по каждой области между подгруппами учреждений в основ-

ном не превышает 1 балла. Исключение составляет область «Деятельность, приносящая доход и другие внебюджетные источники доходов», в которой лидер (НПЦ и НИИ) почти на 3 балла опережает своего ближайшего конкурента – подгруппу больницы многопрофильные.

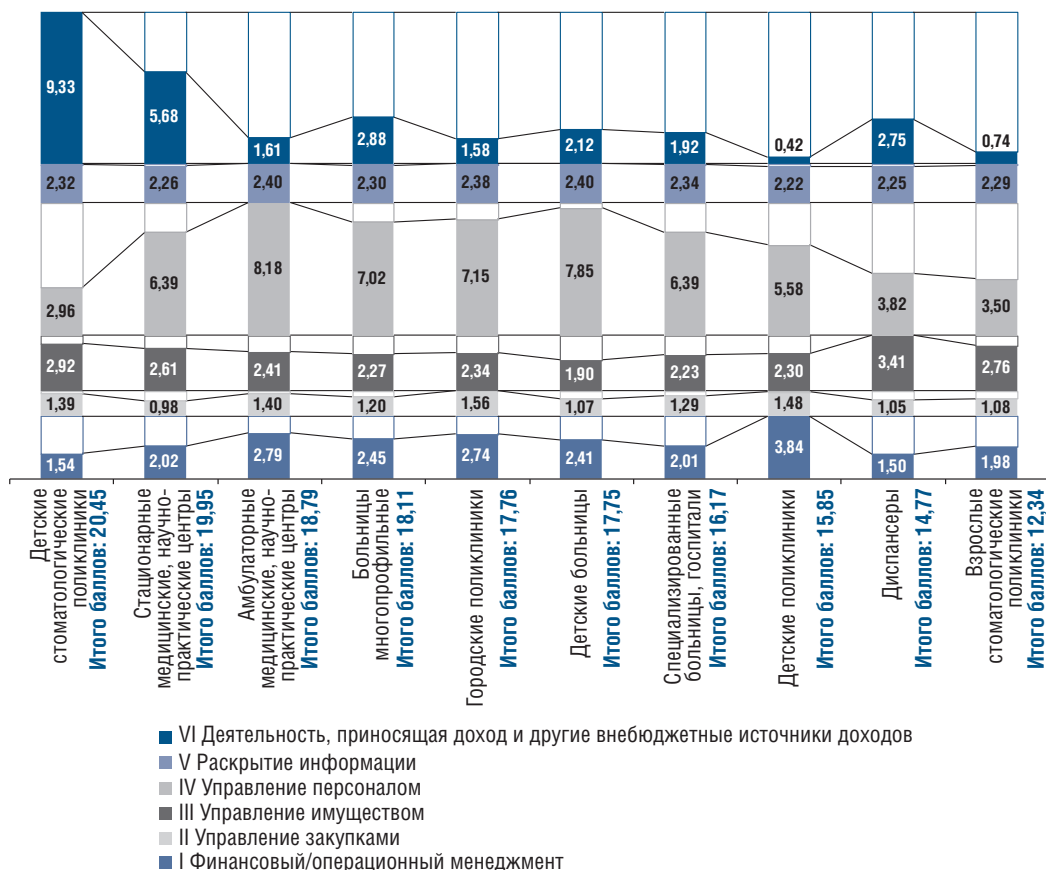
Чтобы определить, какие показатели оказали решающее значение и за счет чего те или иные учреждения добились высокого результата, целесообразно провести более детальное исследование.

Область «Деятельность, приносящая доход и другие внебюджетные источники доходов» включает только один показатель – долю поступлений из внебюджетных источников в общем объеме начисленных поступлений (№ 29). Сопоставление результатов 2015 и 2016 гг. показывает рост значений показателей в каждой подгруппе учреждений.

Согласно приведенным в табл. 1 цифрам, самый высокий рост отмечается у подгруппы НПЦ и НИИ, причем этот рост обеспечило только 1 учреждение из 17, составляющих данную подгруппу.

Если рассматривать значения показателя и его изменение за год по каждому отдельному учреждению, можно увидеть, что в некоторых из них значение показателя снизилось. Отсюда можно сделать вывод, что, кроме самого значения показателя, для оценки деятельности учреждения следует учитывать и изменения показателя за отчетный период, так как отдельные учреждения ограничены в своих возможностях обеспечить поступление доходов из внебюджетных источников. Однако положительные тенденции должны оцениваться и влиять на итоговую балльную оценку учреждения. Для этой цели может быть разработан стандартизированный показатель, который более объективно определит эффективность деятельности учреждения в отчетном периоде.

Целесообразно изучить наличие корреляции между показателем № 29 (доля внебюджетных доходов) и показателями № 3 (удельный вес оплаты труда в начисленных расходах учреждения), № 4 [доля фонда труда административно-управленческого персонала (АУП) в общих расходах на оплату труда учреждения] и № 7 (отношение доходов учреждения к начисленным расходам учреждения) (табл. 2).



Рейтинг подгрупп медицинских организаций

Таблица 1. Значения показателя № 29 и его изменения в 2016 г. по сравнению с 2015 г.

Подгруппа	2015 г.	2016 г.	Изменения	Количество учреждений с ростом показателя
Больницы многопрофильные	6,10%	7,09%	16,17%	26 из 33
Детские больницы	5,36%	5,87%	9,46%	2 из 5
Научно-практические центры и научно-исследовательские институты	8,53%	13,43%	57,52%	5 из 17
Специализированные больницы, госпитали	4,49%	5,13%	14,33%	6 из 18

Полученный результат показывает, что только по одному сравниваемому показателю № 4 можно увидеть убедительный рост значения показателя.

Ухудшился и показатель соотношения доходов и расходов (№ 7) в трех подгруппах уч-

реждений из четырех, за исключением больниц многопрофильных. При этом, несмотря на рост значения показателя, оно так и не достигло 1-го уровня сложности (100%) и остановилось на величине 97,7%. Дефицит закрывался за счет остатков средств предыдущего периода.

На примере исследования, в которое вошли учреждения лидер (Л) и аутсайдер (А) по значению показателя № 29 в 2016 г. из каждой подгруппы больниц, можно проанализировать решения, принимаемые в каждом конкретном учреждении в целях повышения качества управления ресурсами (табл. 3).

Следует прежде всего выделить факт, что независимо от изменений доли доходов из внебюджетных источников, изменения по показателю № 3 (удельный вес фонда оплаты труда) носят незначительный характер и практически не превышают 7,5%. Но в случае лидера НПЦ и НИИ наблюдается картина, при которой значительное увеличение доли внебюджетных доходов сопровождается снижением удельного

веса ФОТ при одновременном, значительном повышении доли фонда труда АУП.

Аналогичные действия можно отметить у аутайдера из подгруппы детские больницы и у лидеров из подгрупп специализированные больницы и больницы многопрофильные.

Что касается изменений показателя № 7, характеризующих отношение дохода и расходов, у всех аутайдера значение этого показателя улучшилось, а у лидеров расходы выросли. При этом лидер подгруппы НПЦ и НИИ значительно ухудшил значение показателя № 7 несмотря на рост доходов из внебюджетных источников. Следует отметить, что данное учреждение имело в 2015 г. значение показателя № 7 на уровне свыше 120%, а в 2016 г. этот показатель составил

Таблица 2. Динамика изменений отдельных показателей в 2016 г. по сравнению с 2015 г.

Подгруппа	Изменения № 29	Изменения № 3	Изменения № 4	Изменения № 7
Больницы многопрофильные	16,17%	0,00%	13,15%	2,99%
Детские больницы	9,46%	-2,02%	6,21%	-6,57%
Научно-практические центры и научно-исследовательские институты	57,52%	-1,35%	14,24%	-3,20%
Специализированные больницы, госпитали	14,33%	-2,34%	8,74%	-1,96%

Таблица 3. Динамика изменений значений отдельных показателей в медицинских организациях-лидерах (Л) и организациях-аутсайдерах (А)

Подгруппа	Изменения № 29	Изменения № 3	Изменения № 4	Изменения № 7
Больницы многопрофильные (Л)	30,27%	-2,08%	11,11%	-5,90%
Больницы многопрофильные (А)	35,67%	1,10%	-8,28%	22,42%
Детские больницы (Л)	-0,78%	1,22%	2,28%	-7,41%
Детские больницы (А)	25,50%	-3,97%	19,47%	4,11%
Научно-практические центры и научно-исследовательские институты (Л)	1105,48%	-3,89%	49,59%	-37,71%
Научно-практические центры и научно-исследовательские институты (А)	-24,98%	-1,62%	0,48%	3,81%
Специализированные больницы, госпитали (Л)	-12,20%	-7,30%	16,00%	10,11%
Специализированные больницы, госпитали (А)	0,90%	7,68%	10,54%	12,61%

Таблица 4. Значения показателей из области управления закупками и динамика их изменений в 2016 г.

Подгруппа	Показатель № 12 (заявок/лот)			Показатель № 13		
	2015 г.	2016 г.	изменения	2015 г.	2016 г.	изменения
Больницы многопрофильные	2,9	3,7	26,12%	30,07%	39,63%	31,82%
Детские больницы	2,4	2,9	22,20%	25,42%	48,48%	90,73%
Научно-практические центры и научно-исследовательские институты	3,6	3,6	0,00%	34,34%	32,67%	-4,88%
Специализированные больницы	4,0	3,8	-3,75%	39,60%	31,89%	-19,45%

Таблица 5. Значения отдельных показателей из области управления персоналом и динамика их изменений в 2016 г.

Подгруппа	Показатель № 22		Показатель № 23		Показатель № 25	
	2016 г.	изменения	2016 г.	изменения	2016 г.	изменения
Больницы многопрофильные	16,56%	-19,75%	64,01%	2,97%	40,92%	-3,05%
Детские больницы	14,68%	-38,90%	70,99%	7,01%	43,32%	-13,21%
Научно-практические центры и научно-исследовательские институты	13,96%	-2,03%	57,24%	7,83%	41,59%	-5,83%
Специализированные больницы	16,33%	13,29%	54,87%	-4,78%	47,14%	-6,09%

около 80%, т.е. полностью израсходованы остатки прошлых лет, а также весь прирост дохода, полученного за счет внебюджетных доходов.

Конечно, для выяснения действий, побудивших учреждение принимать те или иные решения в интересах проводимой деятельности, необходимо изучить всю финансово-экономическую и управленческую деятельность учреждения. Однако результаты, полученные в рамках СКУР, позволяют обратить внимание на качество управления ресурсами в данном учреждении.

Исследуя вопросы, связанные с экономикой учреждения, следует обратить внимание на следующие показатели, предусмотренные методикой СКУР: среднее количество заявок на 1 лот по конкурентным процедурам закупок (№ 12) и удельный вес суммы закупок, осуществленных через совместные торги в общей сумме конкурентных закупок (№ 13).

Доля самостоятельных торгов определяется с помощью показателя № 13; понятно значение конкурентных процедур (№ 12), проводимых учреждением самостоятельно.

В табл. 4 представлен расклад по подгруппам больниц; можно выделить наиболее успешно и эффективно осуществляющие закупку товаров, работ и услуг.

Следует отметить, что 1-й уровень сложности по показателю № 12 начинается с 3 заявок на 1 лот и, как показывают данные, приведенные в таблице, подгруппа детских больниц, улучшила значения показателя, но так и не смогла достигнуть 1-го уровня сложности. При этом необходимо отметить, что по показателю № 13 для данной подгруппы учреждений произошли значительные изменения: выросла доля закупок по совместным торгам.

Хотелось бы отметить позитивные тенденции подгруппы многопрофильных больниц, которые

наравне с ростом доли совместных торгов улучшили показатель № 12, характеризующий более качественную подготовку конкурсной документации для проведения торгов.

В то же время специализированные больницы уменьшили свою долю в совместных торгах, но самостоятельно проведенные торги показали, что показатель № 12 ухудшился – в них приняло участие меньше заинтересованных организаций.

Подобные сравнения и изменения отдельных показателей требуют проведения анализа происходящих изменений и служат источником включения в проработку руководителем учреждения причин изменений значений отдельных показателей.

Из области «Управление персоналом» целесообразно сопоставить показатели № 22 «Отношение уволившихся сотрудников к среднесписочной численности сотрудников», № 23 «Доля сотрудников младше 50 лет в среднесписочной численности сотрудников» и № 25 «Доля врачей с высшей и первой квалификационной категории» (табл. 5).

Анализ вышеуказанных показателей позволит проследить тенденцию изменений состава персонала в медицинских учреждениях и определить задачи на ближайшие годы, чтобы не допускать ухудшения доступности и качества медицинской помощи в результате оптимизации численности персонала.

Как видно из данных, представленных в табл. 5, во всех подгруппах учреждений в 2016 г. доля уволившихся сотрудников ниже, чем в 2015 г. Это свидетельствует о стабилизации кадрового состава персонала после проведенных мероприятий по оптимизации численности персонала. Особенно это заметно в подгруппе детских больниц.

При этом выросла доля сотрудников младше 50 лет во всех подгруппах, за исключением специализированных больниц, где данный показатель несколько ухудшился. Можно предположить, что омоложение кадрового состава произошло за счет увольнения возрастных сотрудников.

Методика СКУР не предусматривает разделения уволившихся на медицинский и немедицинский персонал, так же как и возрастные

группы определяются исходя из численности всех сотрудников, а не только медицинского персонала. В целях уточнения влияния происходящих изменений на возможности учреждения оказывать медицинскую помощь необходим более глубокий анализ ситуации.

Можно продолжить изучение изменений по показателю № 25 и отметить, что увольнения повлияли на долю врачей, имеющих высшую и первую квалификационные категории, а значит, уволилась часть возрастных, но опытных врачей.

Таким образом, показатели, включенные в методику СКУР, позволяют определить основные направления для более тщательного изучения деятельности медицинской организации и происходящих в ней процессов, особенно если отмечается негативная тенденция по изменению значений отдельных показателей или их группы.

Результаты исследования отчетов медицинских организаций по итогам 2015 и 2016 гг. показывают явные позитивные тенденции изменений показателя № 2 «Удельный вес немедицинских расходов в начисленных расходах учреждения». Показатель № 2 улучшился как в группе стационарных, так и в группе амбулаторно-поликлинических учреждений.

При этом если большинство стационарных учреждений в 2016 г. по данному показателю достигло 2-го уровня сложности ($\leq 21\%$ и $> 18\%$), то большинство амбулаторно-поликлинических учреждений находится на 3-м уровне сложности ($\leq 18\%$).

Представляет интерес сравнение изменений происшедших за 2 года с показателем № 7 «Отношение доходов учреждения к начисленным расходам учреждения». Баланс расходов и доходов – основа финансовой устойчивости любого учреждения. Анализ ситуации подтвердил стремление большинства медицинских организаций улучшить значение данного показателя и достичь не менее 100%. Это лучше, чем стационарным, удалось амбулаторно-поликлиническим учреждениям.

Следует отметить, что внедрение СКУР позволило учреждениям оценить качество своего управления финансовым блоком с дополнительного ракурса и реализация ИПКУР, под-

готовленных учреждениями, способствовала принятию ряда управленческих решений, направленных на повышение эффективности деятельности медицинских организаций.

Анализ структуры расходов стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений показывает, что у большинства стационарных учреждений в 2016 г. выросли доходы. Также значение показателя № 3 «Удельный вес фонда оплаты труда в начисленных расходах учреждения» увеличилось в группе амбулаторно-поликлинических учреждений, доходы которых выросли незначительно, данный показатель увеличился почти у 30% городских поликлиник и у 60% детских городских поликлиник.

Еще одной важной тенденцией в деятельности медицинских организаций является сокращение суммы расходов на содержание имущества на 1 м² площади недвижимого имущества (показатель № 20). Методикой СКУР для стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений предусмотрены различные критерии оценки. Для учреждений стационарного типа предусмотрено значение 1-го уровня сложности ≤1700 рублей/м², а для амбулаторно-поликлинических учреждений – ≤800 рублей/м².

Как показывает анализ достигнутых значений показателей в 2016 г., лишь около 18% медицинских организаций достигли 1-го уровня или выше. При этом менее 50% учреждений стационарного типа смогли улучшить свой показатель по сравнению с 2015 г., а в подгруппе городских поликлиник ≤40%. Лучше всех исправили значение показателя детские городские поликлиники (около 72%), но все равно многие из тех, кто улучшил показатель, не смог достичь 1-го уровня сложности.

Данный показатель требует более тщательного анализа причин недостижения большинством учреждений даже 1-го уровня, что позволит оценить усилия медицинских организаций по выполнению утвержденных критериев оценки и спрогнозировать возможный результат на конец 2017 г.

Аналогичный подход к анализу показателей, характеризующих область управления персоналом, позволяет выявить тенденцию, что во многих учреждениях оптимизация численности персонала приводит к снижению среднего возраста медицинских работников, но в то же время уменьшается доля врачей высшей и первой квалификационной категории, а следовательно, необходимо предусматривать дополнительные финансовые и другие ресурсы на стимулирование медицинского персонала к повышению своего профессионального уровня.

Следует отметить, что целесообразно рассматривать систему показателей СКУР в комплексе с другими показателями деятельности медицинских организаций, которые находят отражение в статистических формах отчетности и показателях, оценивающих доступность и качество медицинской помощи населению.

Математическое прогнозирование оптимальных значений отдельных показателей СКУР для каждого отдельного учреждения позволит своевременно принимать меры по обеспечению качественного управления ресурсами и будет способствовать созданию условий, необходимых для выполнения ряда целевых показателей, предусмотренных Государственной программой г. Москвы «Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)» на 2012–2020 гг.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Бойченко Юрий Яковлевич – кандидат медицинских наук, заместитель начальника Управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения г. Москвы

Бударин Сергей Сергеевич – кандидат экономических наук, заведующий отделом методологии проведения аудита эффективности деятельности учреждений здравоохранения ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы

E-mail: BudarinSS@zdrav.mos.ru

Никонов Евгений Леонидович – доктор медицинских наук, профессор, начальник Управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения г. Москвы

ЛИТЕРАТУРА

1. Бударин С.С., Эльбек Ю.В. Аудит эффективности в сфере здравоохранения: Опыт Национального аудиторского управления Великобритании // Вестник АКСОР. 2017. № 1 (41). С. 156–161.
2. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals – PATH. Инструмент для оценки результативности работы по улучшению качества в больницах: <http://www.pathqualityproject.eu>.
3. Синиша Стевич (Агентство по сертификации, аккредитации и улучшению качества медицинской защиты в Республике Сербской, Баня Лука, Босния и Герцеговина). Мониторинг показателей качества в многопрофильных больницах в Республике Сербской.
4. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.07.2015 № 632 «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения г. Москвы, и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения г. Москвы (с изменениями и дополнениями)».
5. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 15.07.2016 № 622 «О внедрении Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы (с изменениями)».

REFERENCES

1. Budarin S.S., Elbek Yu.V. Audit of effectiveness in the field of health: The experience of the National Audit Office of Great Britain. Vestnik AKSOR [AKSOR Bulletin]. 2017; 1 (41): 156–61. (in Russian)
2. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals – PATH. Tool for assessing the performance of work on quality improvement in hospitals: <http://www.pathqualityproject.eu>. (in Russian)
3. Sinisa Stevic (Agency for certification, accreditation and improvement of the quality of medical protection in Republika Srpska, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina). Monitoring of quality indicators in multidisciplinary hospitals in Republika Srpska. (in Russian)
4. Order of the Department of Public Health of the City of Moscow of July 29, 2015 N 632 "On the approval of the target indicators for assessing the quality and effectiveness of the activities of institutions under the authority of the Moscow City Health Department and the criteria for assessing the effectiveness and effectiveness of the heads of state institutions of Moscow administered by the Department health care in Moscow (with changes and additions)". (in Russian)
5. Order of the Moscow City Health Department of July 15, 2016 N 622 "On the introduction of the Quality Management Standard in public institutions of the Moscow City Health Department" (as amended). (in Russian)

Доверие к медицинскому учреждению

Творогова Н.Д.,
Кулешов Д.В.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Менеджмент отечественных медицинских учреждений (МУ) находится перед выбором своих приоритетов, модели взаимодействия с населением и отдельными его представителями. Социальное партнерство, основанное на доверительных отношениях, представляется одной из основных целей для руководства МУ, специалистов по связям с общественностью, работающих с населением, поскольку доверие пациентов имеет значимость и для финансового положения МУ. Формирование доверия личности к организации предполагает выявление факторов-мишеней, на которые должны направляться управляющие воздействия. В предлагаемом исследовании рассмотрена модель общения организации с личностью при отсутствии активных интеракций (предварительного взаимодействия) между субъектами общения, опосредованности их социально-перцептивных процессов имиджем организации, ее представителя. Общая **цель** проведенного исследования (теоретического и эмпирического) – выявить и исследовать социально-психологические факторы, влияющие на доверие потребителя медицинских услуг к МУ.

Ключевые слова:

доверие, имидж медицинского учреждения, мода, реклама, связь с общественностью, социальное партнерство

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 3. С. 00–00.
Статья поступила в редакцию: 23.03.2017. Принята в печать: 10.10.2017.

The trust in the medical organization

Tvorogova N.D.
Kuleshov D.V.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Management of domestic medical organizations (MO) is faced with a choice of their priorities and models of interaction with the population and its individual members. A social partnership, based on a relationship of trust, is one of the main objectives for a management of MO, for specialists in public relations, who work with people, since a trust of patients has an importance for the financial situation of MO.

Building a confidence of an individual to an organization means an identification of main target-factors, on which management should have an impact. The proposed research describes the model of communication of an organization with a person when: there is no active interaction (prior interaction) between subjects of communication; their social and perception processes depend on the image of an organization or its representative. The common aim of the research (theoretical and empirical) is to identify and explore social and psychological factors, which influence on the trust to MO among medical services consumers.

Keywords:

trust, image of a medical institution, fashion, advertising, public relations, social partnership

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2017; (3): 00–00.

Received: 23.03.2017. Accepted: 10.10.2017.

Актуальность исследования доверия к лечебному учреждению (его сотрудников, населения) продиктована практикой социально-экономических преобразований в нашей стране, затрагивающей отечественную систему медицинского обслуживания населения, и связана с выходом отечественных медицинских учреждений (МУ) на европейский рынок медицинских услуг.

В условиях формирующейся в нашей стране конкурентной среды социальное партнерство, основанное на доверительных отношениях, представляется одной из основных целей для руководства МУ. Доверие пациента (реального и потенциального) к МУ имеет значимость не только для поддержания общественного здоровья в стране, регионе, городе [21, 52, 53, 54], но и для финансового положения этой организации.

В психологии доверие рассматривается как условие связи человека с миром [68], с другими людьми; оно, с одной стороны, овеществляется процессом реального общения, находит свое выражение в общении [9, 11], а с другой – формируется в общении. Выделены фазы развития доверия, которые последовательно связаны друг с другом, но не предполагают автоматического перехода от одной к другой [37].

Общая цель проведенного нами исследования (теоретического и эмпирического) – выявить социально-психологические факторы, влияющие на доверие потребителя медицинских услуг МУ [31, 56, 57, 59].

Мода на медицинскую профессию

В настоящий период в нашей стране говорят об образовательном буме. Он вызван как требованиями работодателей, так и модой на высшее образование [34]. Мода – это одна из форм, один из механизмов социальной регуляции и саморегуляции человеческого поведения [14, с. 10]; модные стандарты рассматриваются как некие способы и правила поведения, зафиксированные в культуре.

В моде на высшее образование, как и в другой моде, прослеживаются две стороны [14]. Одна сторона моды состоит в том, что ей надо следовать (модное поведение выступает как социальная норма), вторая сторона – в том, что ей хотят следовать (модное поведение как субъективно значимая ценность). В последние десятилетия для большинства отечественных студентов поступление в вуз скорее является следствием

нормативного регулирования своего поведения, а не субъективной ценностью; для них быть студентом (в частности студентом медицинского вуза) означает иметь возможность подать сигнал значимым другим о своей принадлежности к подгруппе молодежи с высоким социальным статусом, что способствует коммуникации, особенно в условиях, когда эта коммуникация носит непродолжительный и неглубокий характер. Далеко не все, получившие медицинское образование, затем приходят работать в МУ, что не повышает в целом доверие населения к сегодняшним выпускникам медресов.

Рынок медицинских услуг

Социальный институт здравоохранения – это гигантская система, охватывающая совокупность социальных организаций. МУ, составляющее основу системы здравоохранения, рассматривается как достаточно крупная организация, представляющая медицинские услуги.

Экономический кризис 1990-х гг. привел к существенному сокращению бюджетных возможностей отечественных учреждений здравоохранения; наряду с государственными МУ появились альтернативные (в том числе и частные, коммерческие). К настоящему времени сформировались две подсистемы здравоохранения: государственная и негосударственная; складывается иерархия «дешевых» и элитных МУ (последние доступны не для всех в силу материальных причин; для многих наших граждан из-за тех же причин не доступна миграция для получения медицинских услуг). В настоящее время социальный и административный контроль в МУ приобрел черты не идеологического, а скорее экономического контроля: администрация МУ и его подразделений стремится не упускать из-под своего контроля любые финансовые средства. Эти изменения в отечественном здравоохранении влияют на процессы доверия к нему населения, самих сотрудников МУ, модифицируют поведение потребителей медицинских услуг.

В условиях снижения доверия к себе МУ необходимо учиться бороться за пациента, с вниманием относиться к общественности, заботиться

о продвижении своих услуг, о своей репутации, формировать о себе благоприятное общественное мнение. Обеспечение конкурентоспособности МУ является стратегической целью его маркетинговой деятельности. В конце XX в. сложилась концепция просвещенного маркетинга, нацеленная на цивилизацию рынка медицинских услуг [15]. Ее принципы – ориентация на потребителя, инновационный маркетинг, маркетинг ценностных достоинств, маркетинг с осознанием миссии, социально-ответственный маркетинг.

Реклама

В конце XX в. значимость рекламы резко усилилась. Одна из основных социальных функций рекламы – обеспечить регуляцию человеком своего поведения в условиях усложненной, изменчивой, неустойчивой среды.

В настоящее время отечественные МУ используют для своей рекламы информацию на бумажных (справочники, буклеты, листовки и др.) или на электронных носителях (интернет-сообщения, информация на CD и др.), проводят рекламные акции в форме Дней открытых дверей и пр. Если рассматривать рекламу МУ в свете рыночных отношений, она должна соответствовать потребностям населения (реальных и потенциальных пациентов). В настоящее время реклама содержит огромное количество циркулирующей в обществе релевантной информации, которая несет в себе не только правдивый, но и ложный информационный сигнал (это касается и рекламы отечественных МУ).

Прежде, чем человек примет предложение рекламы, он должен совершить следующие действия: обратить на нее внимание, прочитать (услышать), понять смысл сообщения, соотнести рекламное предложение со своими интересами, запомнить это предложение, испытать по отношению к нему положительные эмоции, почувствовать доверие, к тому, кто сделал рекламное предложение [58].

PR в здравоохранении

Public Relations (PR) – это особая функция управления, которая способствует: а) установлению и поддержанию общения, взаимопонимания

и сотрудничества между организацией и общественностью; б) решению различных проблем и задач; в) помогает руководству организации быть информированным об общественном мнении и вовремя реагировать на него; г) определяет и делает упор на главной задаче руководства – служить интересам общественности; д) помогает руководству быть готовым к переменам и использовать их наиболее эффективно; е) выполняет роль системы раннего оповещения об опасности и помогает справиться с нежелательными тенденциями; ж) использует исследование и основанное на этических нормах общение в качестве основных средств деятельности (это одна из наиболее ранних – 1975 г. – дефиниций PR, данная американским фондом Foundation for Public Relations Research and Education, занимающимся исследованием PR).

PR-специалисты призваны гуманизировать коммуникативный процесс между потребителями и производителями медицинских услуг [24]. Специальные события помогают целевым аудиториям знать об организации или ее продукте (услуге) больше, чем представлено в прямой рекламе. Технологии PR интерактивны; целевая аудитория в них рассматривается как соучастник, а не как созерцатель.

Перед PR-специалистом открывается несколько подходов к работе по формированию имиджа [45]: производственный, имиджмейкерский, менеджерский. Первый направлен на максимально точное воспроизведение реальности, бережное отношение к информации, превращение реального в идеальное (имидж «Дельфин»). Имиджмейкерский подход предполагает конструирование мифа реальности с опорой на отдельные ее фрагменты (имидж «Акула»). Менеджерский подход опирается на стратегию развития организации, предполагает наличие управленческой части программы, представление в ней основных сфер и функций организации, руководства и управления.

Психология имиджа

В ситуации обострения конкуренции между МУ актуально построить его позитивный имидж как один из ресурсов его конкурентоспособности [10, 36].

Имидж объекта – это мнение рационального или эмоционального характера о нем, возникшее в психике (в сфере сознания и/или подсознания) определенной (или неопределенной) группы людей, на основе образа, сформированного целенаправленно или произвольно в их психике в результате прямого восприятия ими тех или иных характеристик данного объекта либо косвенного с целью возникновения аттракции – притяжения людей к данному объекту [37]. Объектом имиджа являются люди, у которых создается определенное мнение о конкретном МУ, враче.

Имидж как символический образ-представление связан с реальностью (сущностными характеристиками объекта) в очень широком диапазоне – от раскрытия до полуправды, искажения и полного несоответствия реальным качествам носителя имиджа. Основная часть взаимодействий в обществе в основном строится не на сущностном познании, а на основе сконструированного имиджа того или иного социального объекта, в частности той или иной организации [41].

Корпоративный имидж рассматривается как общее представление (состоящее из набора убеждений и ощущений), которое складывается у человека об организации [17]. Позитивный имидж, как правило, способствует повышению авторитета и влияния.

Под внутренним имиджем организации понимают представления занятых (например, врачей, медсестер, сотрудников разных служб МУ, пациентов этого МУ) о своей организации. Занятые рассматриваются здесь не только как фактор конкурентоспособности организации, одна из ключевых групп общественности, но и как важный источник информации об организации (МУ) для внешних аудиторий. Основными детерминантами внутреннего имиджа являются культура организации и социально-психологический климат [5]. Нередко существует разительное расхождение между внешним (т.е. мнением в обществе) и внутренним имиджем организации (мнением, существующим внутри нее) [43].

Визуальный имидж организации – представления об организации, субстратом которых

являются зрительные ощущения, фиксирующие информацию об интерьере и экстерьере офиса, внешнем облике персонала, а также о фирменной символике (элементах фирменного стиля) [61].

Социальный имидж организации – представления широкой общественности о социальных целях и роли организации в экономической, социальной и культурной жизни общества.

Бизнес-имидж организации – представления об организации как о субъекте определенной деятельности. В качестве основных детерминант бизнес-имиджа предпринимательских организаций выступают деловая репутация, или добросовестность/недобросовестность (соблюдение этических норм бизнеса) при осуществлении предпринимательской деятельности, а также деловая активность организации, индикаторами которой являются объем и качество предлагаемых услуг, относительная доля рынка, инновационность технологии и степень ее освоения, патентная защита, разнообразие предоставляемых услуг, гибкость ценовой политики и пр.

Значимыми параметрами имиджа являются *ценности*, которые просматриваются через его внешнюю оболочку. Ценности организации рассматривают в контексте ее корпоративной культуры. Под термином «корпоративная культура» обычно понимаются философия и идеология управления, ценностные ориентации, верования, идеалы, предположения, лежащие в основе отношений и взаимодействий внутри организации и за ее пределами. В корпоративной культуре Э.Х. Шейн [58] выделяет несколько уровней: а) поверхностный уровень – этикет и артефакты; б) более глубокий уровень – поведение, действия; в) ядро – мораль, убеждения, ценности.

Если удается достичь правильного соответствия между ценностями аудитории и корпоративным имиджем, хорошая репутация может превратиться в супербренд – при его наличии человек испытывает к организации чувство доверия, надежности и сопричастности [27, 73]. Имидж организации обладает относительной стабильностью; он – один из наиболее высоко оцениваемых активов, которым та обладает [16].

Процесс превращения благоприятного имиджа организации в стратегический актив начинается внутри самой организации [17]. Кадровая политика напрямую влияет на имидж, создающийся у сотрудников, и косвенно на имидж, создающийся у потребителей [17].

ИМИДЖ СОТРУДНИКА ОРГАНИЗАЦИИ

Корпоративная культура способствует формированию у сотрудников организации ее образа. В дальнейшем этот образ начинает играть регулятивную роль, поскольку опосредует поведение членов организации и позволяет им достигать организационные цели [3].

Организация, имеющая дело со своими клиентами, обычно привлекает к этой работе своего представителя (-ей), который является ее своеобразным лицом. Публичное лицо должно быть в состоянии с самого начала вызывать авансированное доверие у тех, с кем имеет дело. В незнакомом ранее партнере по общению доступны для восприятия лишь его внешние признаки, а среди них наиболее информативны внешний облик (физические качества плюс «оформление» внешности) и поведение (совершаемые действия и экспрессивные реакции). Признаки (приметы) фиксированы в культуре стереотипных представлений и достаточно жестко связывают внешность с его внутренними, психологическими или нравственными характеристиками [1]. Так, люди с высоким лбом, носящие очки, обычно воспринимаются как умные, заслуживающие доверия, а в пожилых и полных мужчинах видят людей надежных, уверенных в себе, ответственных; улыбающихся воспринимают дружелюбными [38]. Представитель организации во взаимодействии с ее клиентами обычно призван оказывать им ту или иную помощь, и в силу этого он должен восприниматься ими как человек авторитетный, готовый оказать пришедшему помощь.

На результат межличностного восприятия влияют характеристики не только объекта, но и субъекта восприятия [13]. Так, толкование выражений лица другого связано с особенностями субъекта восприятия, например, с особен-

ностями пациента, который оценивает того или иного медицинского работника, трактует его внешний вид, поведение. Сумма приписанных свойств дает необходимую возможность сформировать определенное отношение к наблюдаемому, которое чаще всего носит эмоциональный характер и располагается в пределах континуума «нравится–не нравится».

На результат межличностного восприятия влияют не только характеристики объекта и субъекта восприятия, но и ситуация, в которой происходит процесс формирования образа объекта у субъекта [13]. Знаки предметной среды, взаимодействуя с другими визуальными знаковыми системами внешнего облика человека, вносят существенный вклад в формирование имиджа человека в условиях формирования первого впечатления о нем [7].

Медицинские работники традиционно уделяют внимание своему внешнему облику и обстановке, в которой проходит их встреча с пациентами [54].

Пациенты как социальная группа

Человек на протяжении своей жизни проходит этапы социализации, на результаты которой влияют институты социализации (группы, задающие систему внешней регуляции поведения индивида). По данным социологического исследования [19], 60% респондентов не ассоциировали свое гражданство с безопасностью и защищенностью; 57% считали, что никому нельзя доверять; более 80% не видели возможности повлиять на общественно-политический процесс и на процесс управления. Эти цифры достаточно устойчивы. В основном в относительной безопасности люди в настоящий период, по их мнению, могут чувствовать себя только в семье. В небезопасном мире активизируется процесс поиска виноватых, расширяется спектр чуждых групп.

По данным другого исследования [50], всего 14% студентов и 17% школьников чувствовали себя в своей стране в безопасности. В целом жители России оценивали обстановку как на-

пряженную, показывая невысокий уровень социального доверия. С утверждением «людям можно доверять» были согласны не более трети опрошенных (в тот же период в западных странах – 85–95% респондентов) [50]. По данным этого исследования, наибольший уровень социального доверия среди других групп населения показывали студенты, которые чувствовали себя комфортно в местах обучения, но и их чуть более 30%. Школьники отнесены к группе риска в отношении социального неблагополучия и склонности к проявлениям недоверия и вражды. По шкалам доверия и толерантности респонденты с высшим и неоконченным высшим образованием демонстрировали значительно более высокий уровень терпимости, доверия к другим, чем респонденты со средним образованием [50]. Формировать конструктивные отношения с окружающим миром можно только при доверии человека к этому миру, а этого доверия у отечественной молодежи как раз и не хватает [23].

Вступая в мир взрослых, молодые люди понимают, что это мир неравных возможностей, и в силу этого они должны корректировать свои намерения. Из-за сокращения государственного финансирования, внедрения платного образования уменьшились шансы значительной части молодежи на получение качественного высшего и бесплатного профессионального образования (в том числе медицинского). В сфере образования в последние десятилетия больше потеряли дети из семей не только рабочих и крестьян, но и интеллигенции (введение ЕГЭ – попытка скорректировать эту ситуацию).

Модели взаимодействия организации с потребителями предоставляемых ею услуг в условиях конкурентной среды

В конкурентной среде легко перейти к использованию моделей агрессивного поведения (агрессия – физическое и вербальное поведение, цель которого причинить боль, навредить или разрушить [33]) между конкурирующими МУ [60]. В конкурентные отношения могут быть втянуты

и те, кто должен был бы сотрудничать: так, например, есть свидетельства о растущем недоверии людей качеством отечественных медицинских услуг [44]. В Интернете (например, на страницах «Живого журнала») и сегодня прослеживается солидарность пациентов в отношении недобросовестности тех, кто должен их лечить.

В реальных конфликтах мало действительно несовместимого, но очень много искаженного восприятия; стороны конфликта приписывают сходные добродетели себе, а пороки – своим противникам. Стороны пребывают в конфликте до тех пор, пока кто-то не поможет им очистить их искаженное восприятие и не постарается примирить их действительные расхождения [4].

Изменения, намеченные в системе здравоохранения, могут не предполагать игнорирования отдельных потребителей медицинских услуг или агрессии к конкурирующим организациям, а иметь какие-то нейтральные по отношению к потребителю или позитивные по отношению к каким-то отдельным социальным группам цели (например, экономические, политические и др.). Однако то, что иногда начинается с холодного расчета, со временем может разжечь настоящую вражду (в том числе приводить к социальным конфликтам между лечебными учреждениями и потребителями их услуг).

Личность может не только проявлять агрессию, но и ожидать агрессию в отношении себя со стороны социального окружения, заранее готовясь к ее отражению [28, 29]. Такая установка пациентов на взаимоотношения с сотрудниками МУ будет разрушительной для лечебного процесса, который держится на особых отношениях доверия (традиционных для нашей страны) между врачом и пациентом, пациентом и МУ.

Социальное партнерство между организацией и потребителями ее услуг опирается на модель «выигрыш–выигрыш» (важно уметь совместить благополучие индивида и благополучие тех или иных социальных групп, организаций, общества в целом). Мотивом просоциального поведения может быть альтруизм (желание помочь другому, увеличить его благополучие даже в случаях, если собственное поведение, соответствующее этому

желанию, может повлечь за собой существенные издержки, т.е. это желание, сознательно не связанное с собственными эгоистическими интересами [33]; оказание медицинской помощи как служение ради благополучия другого). Просоциально можно действовать не только альтруистично, но и ради своей выгоды, чтобы что-то позитивное, значимое для себя получить взамен [2]. Врач (организация – МУ) в случае демонстрации просоциального поведения относится к «другому» – пациенту, соответственно, как к ценности или как способу достижения собственной цели («помогая другому, помогаешь самому себе»). Альтруизм в поведении врача по отношению к пациенту в отечественной практике традиционно рассматривался как основное условие (наряду с профессионализмом врача) его допуска к этой практике. На просоциальное поведение влияет поведение окружающих, ценности, поддерживаемые в обществе. Социализация альтруизма предполагает обучение ему (таким воспитанием своих питомцев успешно занимались медицинские вузы, медучилища СССР). Однако в условиях построения в обществе капиталистических отношений для массовой профессии (какой является медицинская) делать ставку на альтруистичное служение всех ее представителей в настоящее время бессмысленно.

Если социальное партнерство возможно между медицинскими организациями и в конкурентной среде, оно просто необходимо между МУ и потребителями его услуг. Нашему обществу важно научиться проявлять усилия по поддержке в конкурентной среде моделей просоциального поведения между участниками лечебного процесса, без чего добиться его эффективности не представляется возможным. Кроме того, МУ – это не только экономический субъект в рыночной экономике, но и субъект социальный [46]. МУ (в том числе коммерческое) вынуждено осознать свою социальную миссию, принимать традиционные культурные ценности, осуществлять реальный переход от единственной цели «получить максимально возможную прибыль» к многоцелевому планированию своей деятельности, быть социально ответственным, компетентным в общении с каждым потребителем предоставля-

емых им услуг. Направленность МУ на удовлетворение потребностей потребителей его услуг прописана в Законе РФ о здравоохранении.

Социальное партнерство в здравоохранении должно способствовать повышению социального капитала современной России. Согласно представлениям специалистов [67], социальный капитал – это потенциал взаимного доверия и взаимопомощи, направленно формируемый в структуре отношений между людьми и среди людей. Чем теснее взаимосвязи, чем выше доверие в них, тем выше социальный капитал общества. Причем доверие в этом контексте рассматривается как возникающее внутри сообщества ожидание постоянного, честного, ориентированного на разделяемые ценности поведения со стороны других членов этого сообщества [61, 62]. Как и любой другой капитал, социальный капитал продуктивен, ему свойственна тенденция к накоплению. Посредством категории социального капитала некоторые авторы [39, 61] объясняют уровень благосостояния и устойчивость социально-экономического развития страны. Поведение, основанное на доверии, более эффективно, чем поведение, основанное на рациональном расчете и формальных правилах, которые нужно постоянно выработать, согласовывать, отстаивать в суде, а потом обеспечивать их соблюдение, в том числе с помощью мер принуждения. Преобладание недоверия в обществе равносильно введению дополнительного налога на все формы экономической деятельности, от которого избавлены общества с высоким уровнем доверия.

Источником и эффектом материализации социального капитала являются социальные организации, в том числе МУ. «На запас социального капитала влияет “коллективная память” (преемственность развития, господствующие в обществе традиции, общепринятые нормы и ценности, др.). Этот капитал в сообществе, переплетенном устойчивыми связями, может передаваться, при этом он не отчуждается от обладающего им» (Порлес А., цит. по: [47, с. 53]).

МУ может реализовать свою социальную миссию, если даже в конкурентной среде будет пользоваться уважением и доверием общества [52].

Отношение доверия (исследования психологов)

В общении человек может имитировать форму какого-то отношения [8]; впрочем, в течение долгого времени имитировать несуществующее отношение в общении трудно, поскольку отношение включены в контекст непосредственного или опосредованного взаимодействия партнеров по общению, имеющего обратную связь. У одного и того же человека обычно бывает не одно отношение к какому-то конкретному объекту, а целый комплекс иногда взаимно противоречивых отношений [8].

В большинстве европейских языков корень слова доверие – «вера». В русском языке смысловой ряд производных слов весьма широк и показателен: вера, верный (правильный, надежный, преданный), проверка, заверить, удостоверить, наверняка и т.д. В соответствии со словарем «Современный русский литературный язык» [49, с. 255], доверие – это убежденность в честности, добросовестности, искренности кого-либо, чего-либо; убежденность в правильности чего-либо и основанное на этом отношении к кому-либо, чему-либо. В свое время Ф.А. Брокгауз и И.А. Эфрон в энциклопедическом словаре доверие (англ. *trust*) определили как психическое состояние, в силу которого человек полагается на какое-либо мнение, кажущееся ему авторитетным, и поэтому отказывается от самостоятельного исследования вопроса, который мог бы быть им исследован [12].

Доверие в огромной своей части, по утверждению В.П. Зинченко [18], относится к эмоциональной, т.е. плохо рационализируемой сфере психики. Оно способно в свою очередь порождать другие чувства (от любви до ненависти), состояния (от комфорта до стресса и фрустрации), социальные установки (от принятия до отторжения). Доверие как *психическое состояние* преходяще: потеряв доверие, можно вернуть его, но при этом получаешь не гарантию, а только шанс восстановить его полностью [18].

Доверие к человеку складывается из доверия к информации, исходящей от него, и из доверия к нему вообще, вне зависимости от того,

что он говорит [37]. Любая информация, передаваемая от одного человека к другому, проходит через «фильтр доверия и недоверия» [64]. Это может приводить к тому, что истинная и полезная информация, но вызывающая сомнения у реципиента, блокируется этим фильтром. В то же время ложная и вредная информация, которая не вызывает настороженности у индивида, может совершенно свободно проходить через этот фильтр и приниматься человеком. Среди факторов, определяющих степень доверия к информации, воспринимаемой в процессе общения, значительное место занимает авторитетность в глазах общающихся ее источника [63]. Репутация – важнейшая составляющая авторитетности (под репутацией понимается «создавшееся общее мнение о достоинствах и недостатках кого-либо» [32, с.505]). Репутация является важным компонентом имиджа. Формирование позитивного имиджа предполагает достижение, сохранение репутации, на основе чего и появляется возможность для создания доверительных отношений [6]. На умение выстраивать в процессе общения доверительные отношения кроме репутации влияет также Я-образ (устойчивое представление социального объекта от самом себе) [63].

Состояние «питать доверие к...» не является врожденным [18]. Э.Эриксон (1968), изучая процесс зарождения доверия личности к миру, утверждает, что оно формируется на основании опыта первого года жизни ребенка из его органической связи с матерью [68]. Доверие для автора означает доверчивость к другим на основании чувства неизменной расположенности к себе других людей; эта доверчивость формирует и фундаментальное для развития личности чувство доверия к себе (доверие к себе, в свою очередь, является условием аутентичности, устойчивости и целостности личности). Социальное доверие характеризует возникающие в рамках определенного сообщества ожидания того, что его члены будут вести себя нормально и честно, проявляя готовность к взаимопомощи в соответствии с общепринятыми нормами, культурными традициями, обычаями, общими этическими ценностями [69].

Доверительность зачастую возникает между людьми вне зависимости от того, дружны они были или нет, знакомы или незнакомы. При формировании первого впечатления о незнакомом социальном объекте большую роль играют установки субъекта восприятия [7], которые будут влиять на уровень доверия к незнакомому; описана психологическая готовность опереться на другого, довериться ему [37]. Источником доверия к другому может стать и осознание своей слабости или силы [12]; взаимосвязь доверия и подчинения исследовал С. Московичи [72].

Человек, организация вызывают доверие, если обладают свойствами безопасности (надежности) и полезности (значимости для человека). Феномен «доверие» рассматривался в контексте удовлетворения базовой потребности человека в безопасности [30, 58]. Если потребность в безопасности не удовлетворяется, человек, по его убеждению (реально обоснованному или субъективному, оторванному от реальности), находясь во враждебном окружении, переживая состояние опасности, включает аварийное поведение: либо убегает, либо нападает, либо замирает, бездействует. Внешне это может проявляться в узком репертуаре поведенческих реакций, скованности действий, отсутствии творческой активности и открытости, попытках всех контролировать либо за всех делать все самому, в стремлении манипулировать другими и пр. Если потребность в безопасности удовлетворяется, то, находясь в состоянии доверия (к миру, окружающей обстановке, к тем или иным ее объектам, к самому себе и пр.), которое предполагает периодическую проверку обоснованности этого состояния (доверяй, но проверяй), человек позволяет себе расширить репертуар возможных поведенческих реакций – удовлетворение потребности в психологической безопасности является важным условием психического, личностного развития человека [48].

Выбор объекта доверия – трудный процесс, поскольку доверять мало, нужно еще сделать правильный выбор: кому доверять, кому – нет [35]. К доверию или недоверию ведет свой или чужой опыт; доверие овеществляется процессом

реального общения. Доверяют и исходя из поверхностного знания: чем выше такое доверие, тем в дальнейшем возможно большее разочарование; именно поэтому недоверие также необходимо человеку в современном мире, как и доверие. Понять, чему не следует доверять не менее важно, чем понять, чему доверять необходимо. Некоторые зарубежные авторы рассматривают доверие и недоверие как самостоятельные измерения, отдельные конструкты. На основе сделанных оценок (реально обоснованных или субъективных, оторванных от реальности) в процессе восприятия партнера по общению рождается гамма чувств – от неприятия до симпатии, доверия [13]. Чтобы повысить уровень доверия в обществе, необходимо повысить и уровень недоверия (к злоумышленникам, лжецам, шулерам и пр.).

Многим объектам, с которыми ранее не имел опыта взаимодействия, в ситуации неопределенности человек доверяет априорно (в соответствии со своими установками не ожидает от них для себя опасности или прогнозирует, что их возможные будущие действия он привычными для себя способами обезопасит). Если эти объекты подтверждают своими делами эти априорные ожидания, к ним формируется отношение доверия [30, 58]. Разочарование же (доверился и в результате попал в неприятную для себя ситуацию) обычно снижает общий уровень доверия к миру и к самому себе.

Репутация врача, медсестры традиционно были в центре внимания отечественного здравоохранения; организаторы здравоохранения вкладывали усилия для поддержания в обществе позитивного имиджа, репутации медицинского работника, уважения к нему, вкладывали усилия для поддержания у самого медицинского работника гордости за свою профессию, за право оказывать помощь другому.

Доверие к организации

В зарубежных научных публикациях доверие рассматривается как средство, способствующее развитию организации и повышающее эффек-

тивность бизнеса [65, 66, 70, 71, 74, 75]. Доверие опирается на добровольно принятое на себя обязательство защищать права и интересы всех сторон, участвующих во взаимодействии.

Выделяются [37] следующие фазы развития доверия (его величина меняется в зависимости от действия и взаимодействия большого числа переменных и приводящих обстоятельств):

1) фаза расчета, основанная на своеобразной балансовой стоимости, которую доверяющий мысленно просчитывает за того, кому он доверяет. Она складывается из всех «за» и «против» в случае нарушения партнером взятых обязательств. Доверие на этой стадии достаточно шатко, развивается медленно, осторожно и может исчезнуть в результате одного ошибочного шага со стороны объекта доверия;

2) информационно-опытная фаза, основанная на знании партнера и опыте общения с ним. Поведение партнера можно предсказать исходя из его поведения в прошлых аналогичных ситуациях. Особую важность на этой стадии приобретают систематичность, регулярность встреч, взаимное внимание и предупредительность. Доверие в этой фазе уже способно выдержать некоторые испытания; партнеры могут понять и простить друг друга, поверить, что тот или иной проступок был совершен неумышленно;

3) фаза тождества, основанная на значительном или полном сходстве целей и ценностей партнеров, когда можно говорить о партнерах как о группе с единой системой ценностей. Между ними возникают психологическая близость, взаимная симпатия и притяжение. На этой фазе партнеры даже готовы на определенные жертвы, готовы выручить друг друга в затруднительной ситуации. Партнеры так хорошо понимают друг друга и так едины в оценках деятельности, что вполне могут доверять друг другу представлению взаимных интересов во взаимодействии с другими людьми.

Указанные фазы развития доверия последовательно связаны друг с другом, но не предполагают автоматического перехода от одной к другой; темп перехода может быть разным. В обыденной жизни доверие чаще всего прерывается в самом начале. Для формирования до-

верия необходимо оптимистическое ожидание, надежда на то, что риск довериться имеет смысл и перспективы.

Доверию к организации способствует ее предсказуемость, наличие у нее общепризнанных корпоративных ценностей [22]. Примером корпоративных ценностей могут послужить сформулированные в западном менеджменте [53] 10 аксиом, опора на которые поддерживает доверительное общение:

(1) «никогда не делай того, что не в твоих личных долгосрочных интересах или в интересах твоей компании»;

(2) «никогда не делай того, о чем нельзя было бы сказать, что это действие честное, открытое и истинное, о котором можно было бы с гордостью объявить на всю страну в прессе и по телевидению»;

(3) «никогда не делай того, что не есть добро, что не способствует формированию чувства локтя, чувства того, что все мы работаем на одну общую цель»;

(4) «никогда не делай того, что нарушает закон, ибо в законе представлены минимальные моральные нормы общества»;

(5) «никогда не делай того, что не ведет к большему благу, нежели вреду для общества, в котором ты живешь»;

(6) «никогда не делай того, чего ты не желал бы рекомендовать делать другим, оказавшимся в похожей ситуации»;

(7) «никогда не делай того, что ущемляет установленные права других»;

(8) «всегда поступай так, чтобы максимизировать прибыль в рамках закона, требований рынка и с полным учетом затрат, ибо максимальная прибыль при соблюдении этих условий свидетельствует о наибольшей эффективности производства»;

(9) «никогда не делай того, что могло бы повредить слабейшим в нашем обществе»;

(10) «никогда не делай того, что препятствовало бы праву другого человека на саморазвитие и самореализацию».

Организация (в первую очередь МУ) завоевывает доверие, если является компетентной, открытой и честной, беспокоящейся о людях.

Доверию к организации способствуют также профессиональные способности руководителя, сотрудничество организации с общественностью. Так, организация может повысить доверие к себе, если [51]:

- покажет, почему ведет себя так или иначе, какова логика ее действий, какие усилия она предпринимает для решения возникшей проблемы;

- заблаговременно предоставит информацию заинтересованным людям. Если в нее закралась ошибка, ошибку следует признать и исправить как можно быстрее. Хотя предоставление полной и точной информации еще не гарантирует доверия, неточная и неполная информация почти всегда гарантирует обратное. Если все-таки информация, которая отвечает потребностям людей, не может быть предоставлена организацией, ей следует сообщить им причины этого;

- организация реагирует на общественное мнение и рассматривает принятие решений в отношении интересующих его вопросов как улицу с двусторонним движением;

- дает только те обещания, которые могут быть ею с уверенностью выполнены;

- делает то, о чем договорилась; выполняет свои обещания;

Доверие к организации, как уже отмечалось, взаимосвязано с ее репутацией, а также с ее имиджем. Как было показано в специальных исследованиях [6, 20, 40, 42, 63], при недостатке опыта взаимодействия имидж, репутация организации (в том числе МУ), сумма приписываемых ей свойств оказывают значительное влияние на отношение к ней (в континууме «доверяю–не доверяю»).

Взаимосвязь состояния системы здравоохранения и общественного здоровья

Социальные и экономические трансформации, происходящие за последнюю четверть века в России, усиливающаяся разобщенность людей,

разрушение привычных моделей поведения, сопровождающиеся потерей большинством населения способности контролировать свою жизнь и переживанием несправедливости происходящего расслоения общества, способствовали истощению его психологических ресурсов.

Разрушение привычных взаимоотношений между участниками лечебного процесса, неготовность большинства населения страны к новым взаимоотношениям на рынке медицинских услуг могут еще больше подорвать общественное здоровье нации, если общество не использует превентивных мер для предупреждения массовых психогенных заболеваний (появления у конкретных групп людей схожих физиологических симптомов при отсутствии какой-либо известной физиологической причины) [21, 55].

Инновационные изменения в сфере здравоохранения требуют участия PR-специалистов, информационной поддержки, опирающейся на научные исследования социально-психологических факторов доверия между участниками лечебного процесса, осуществляемого в конкурентной среде в условиях рынка медицинских услуг. МУ должно быть обеспокоено тем, как потенциальный потребитель его услуг воспринимает и понимает его действия, акции (в социальной психологии рефлексия – это знание того, как другой тебя понимает), поскольку, как и пациент, МУ стремится создать доверительные взаимоотношения с ним и реализовать их в продолжительном взаимодействии [25, 26].

У пациентов существуют универсальные представления о внешней составляющей имиджа врача (внешний облик врача в представлении пациентов тесно связан с его личностными характеристиками), о том, каким должно быть МУ, общение его сотрудников с пациентом. Эти ожидания пациентов должны учитываться менеджментом МУ, чтобы добиться восприятия себя населением как узнаваемого, надежного, стабильного. Такие усилия могут быть расценены в качестве профилактических (наряду с другими мероприятиями) в деле поддержания не только индивидуального, но и общественного здоровья.

Быть или казаться

По результатам анализа релевантной научной литературы нами [31] выявлена группа факторов, влияющих на выбор пациентом того или иного МУ (за исключением случая его попадания в МУ по скорой помощи). На принятие такого решения сказываются: а) внешние влияния (со стороны тех или иных социальных групп, рейтинговых агентств, предметной среды и пр.); б) внутренние влияния со стороны личности самого пациента, его установок, мыслительной деятельности, способа принятия решения и др.; в) особенности общения (предметная среда, социальная ситуация в целом, особенности протекания самого диалектического процесса общения – его вербальные и невербальные характеристики и пр.) с представителями МУ, в которые он приходит. На выбор пациентом своего МУ среди других влияет фактор его *доверия* к конкретному медицинскому учреждению и к его представителям. В свою очередь на достижение доверия пациента к МУ влияют следующие факторы:

1. Рейтинговые оценки МУ (место, занимаемое МУ в рейтинге) свидетельствуют об объективной репутации МУ, которая влияет на уровень доверия к нему.

2. Активность МУ (в пределах допустимого, не переходящая в назойливость, которая демонстрирует пациентам желание МУ любыми средствами заполучить его, что снижает уровень доверия к такому МУ) по организации встреч с населением, по проведению информирования потенциальных пациентов; приобретение в процессе таких встреч опыта общения с представителями МУ влияет на уровень доверия к нему.

3. Удачно проведенная рекламная кампания с использованием средств массовой информации, нацеленная на формирование позитивного имиджа МУ, способствует формированию доверия к нему.

4. Систематическое формирование позитивного имиджа МУ с помощью PR-специалистов, бренд МУ, его репутация повышают доверие к нему.

5. Мода на то или иное МУ, упоминание о нем в социальных сетях повышает у населения интерес к нему, что может сказаться и на доверии к этому МУ, его специалистам, персоналу.

6. Имидж и уровень успешности специалистов, работающих в МУ формируют у населения отношение доверия/недоверия к этому МУ.

7. Имидж представителя МУ, с которым общается пациент, влияет на уровень доверия к нему и к МУ.

8. Индивидуальные ценности, убеждения, предпочтения пациента формируют его установку в отношении тех или иных МУ, уровень доверия к ним.

9. Социальный опыт пациента, его опыт общения с конкретным МУ, его сотрудниками, положительные эмоциональные контакты с ними, полученная от них эффективная помощь влияют на уровень доверия к МУ.

10. Условием возникновения отношения доверия является конгруэнтность мировоззрений участников предстоящего лечебного процесса, которая тестируется уже при первых контактах пациента с представителем МУ. Наличие общих ценностей задает стандарты доверия. Причиной недоверия могут стать разночтение смыслов одного и того же события, одного и того же поступка, взаимодействия (поддержание доверия начинается с внутренней общей установки на принятие друг друга во имя здоровья, но если принятие пациента – это значимая коммуникативная компетентность медицинского работника конкретного МУ, то от пациента установку на принятие конкретного медицинского работника сегодня ожидать не всегда приходится (у населения накопилось много недоверия); нужно время, чтобы она могла сформироваться при благоприятном течении лечебного процесса).

11. Предметная среда, в которой происходит встреча пациента с представителем МУ, вызывает к нему доверие или недоверие (обстановка, конкретные предметы могут способствовать атмосфере доверия или препятствовать ей). Такое же влияние оказывает и социальная ситуация этой встречи.

12. Общее отношение доверия/недоверия на данный период к отечественному здравоохранению сказывается на доверии к конкретному МУ; в свою очередь уровень доверия/недоверия к конкретному МУ оказывает влияние на уровень доверия к современному отечественному здравоохранению.

Практическая и теоретическая значимость выявления факторов доверия МУ потребителей его медицинских услуг в том, что эти факторы в дальнейшем могут рассматриваться как мишени специальных управляющих воздействий. При сегодняшнем уровне развития психологической науки данные социально-психологических исследований могут помочь в разработке технологий формирования отношения доверия, стимулирования у представителей населения конкретных действий в отношении МУ.

Как показывает зарубежный опыт, доверием пациентов к МУ можно управлять (сегодня это успешно осуществляют наши западные коллеги). Однако известный психолог Эрик Фромм задается вопросом, вынесенным им в название книги: «Быть или казаться?». Наше население, на наш взгляд, однозначно бы ответило на этот вопрос, касающийся МУ, лечащего врача, отечественного здравоохранения в целом: «Конечно, “быть”, а не только “казаться”».

Через параметры выстроенного имиджа любого МУ, через его внешнюю оболочку нужно стараться разглядеть реальные *ценности* этой организации, которых она придерживается в своем каждодневном поведении, ее реальные приоритеты, а не только публично заявляемые (приоритет в деньгах, золотом тельце или все-таки в пациенте, заботе о нем; понятно, что в современных экономических условиях без первого второе труднодостижимо, но все-таки для МУ, для врача пациент – это в первую очередь источник заработка или тот, кому несмотря ни на что надо оказать реальную помощь, и такая помощь – *миссия* этого МУ) [26]. Формулировка организацией принимаемых ею *ценностей* (выстраданные западным менеджментом ценности: люди, профессионализм, лидерство, сотрудничество, ответственность, честность и др.) создает основу для принятия ею каждодневных решений при осуществлении действий, направленных на достижение заявленного будущего (*видения* своего будущего). Понимание движения организации в будущее в свою очередь создает основу для формирования индивидуальных и групповых ожиданий сотрудников этой организации и ее партнеров, создает основу для ее предска-

зубности, надежности в общении с ней [53, 54]. *Миссия, видение своего будущего и ценности* – это те три кита, на которых строятся политика, структура, инновационное развитие любой организации; на продвижение именно этих составляющих имиджа должны быть направлены PR-акции.

Итак, «БЫТЬ, а не казаться», вызывать доверие к себе общества за счет своих реальных

усилий и успехов в направлении поддержания, восстановления здоровья его представителей (вне зависимости от социального статуса и материального положения своих пациентов), за счет осознанного выбора ценности «здоровый человек в здоровом обществе» – это на сегодняшний день основа поддержания в долгосрочной перспективе доверия наших граждан к отечественному здравоохранению, к конкретному МУ.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Творогова Надежда Дмитриевна – доктор психологических наук, профессор, руководитель отделения «Клиническая психология», заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России
E-mail: n.tvorogova@gmail.com

Кулешов Дмитрий Владимирович – кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России
E-mail: kuleshov.psi@gmail.com

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев В.С. Межгрупповое взаимодействие: социально-психологические проблемы. М. : МГУ, 1990.
2. Альберти Р., Эманс Ф. Самоутверждающее поведение. СПб. : Наука, 1998.
3. Андреева Г.М. Психология социального познания. М. : Аспект Пресс, 2005.
4. Андреев В.И. Конфликтология. М., 1995.
5. Блинов А.О., Захаров В.Я. Имидж организации, как фактор ее конкурентоспособности // Менеджмент в России и за рубежом. 2003. № 4. С. 23–27.
6. Богданов Е.Н., Зызыкин В.Г. Психологические основы «Паблик рилейнз». СПб., 2004.
7. Бодалев А.А. Восприятие и понимание человека человеком. М., 1982.
8. Бодалев А.А. Сущность, структура и функции социальных отношений и общения // Основы социально-психологической теории / Под общей ред. А.А. Бодалева и А.Н. Сухова. М. : Международная педагогическая академия, 1995. С. 99–133.
9. Бодалев А.А. Психология общения. М.–Воронеж, 1996.
10. Бодалев А.А. Имиджология – это серьезно // Извест. Академии имиджологии. 2005. Т. 1. С. 25–30.
11. Бодалев А.А. Общение как предмет междисциплинарного изучения // Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А.А. Бодалева. М. : Когито-Центр, 2011. С. 18–19.
12. Брокгауз Ф.А., Ефронь И.А. Энциклопедический словарь / Под ред. К.К. Арсеньева и засл. проф. О.О. Петрушевского. СПб. : Типо-литография И.А. Ефрона, 1893. Т. 20. С. 842–843.
13. Гозман Л.Я. Психология эмоциональных отношений. М. : МГУ, 1987.
14. Гофман А.Б. Мода и люди. М. : Агентство «Издательский сервис», «Издательство ГНОМ и Д», 2000.
15. Гребенникова Е.В. Факторы конкурентоспособности негосударственного вуза в условиях переходной экономики // Вестн. Университета Рос. акад. образов. 2001. № 2. С. 138–146.
16. Гришунина Е.В. Особенности применения психологических методик при разработке концепции имиджевой компании организации // Имиджология-2006: актуальные проблемы социального имиджмейкинга / Под ред. Е.А. Петровой. М. : АИМ, 2006. С. 63–65.
17. Даулинг Г. Репутация фирмы. М. : Консалтинговая группа «Имидж-Контакт»: ИНФРА-М, 2003.

18. Зинченко В.П. Доверие // Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред.: Б. Мещеряков, В. Зинченко. СПб. : Прайм-Еврознак, 2003. С. 143–145.

19. Зубок Ю.А. Стенограмма заседания Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания РФ 23 марта 2006 г. // Молодежь в Российских регионах: перспективы гражданского и профессионального становления. М. : Совет Федерации Федерального собрания РФ, 2006. С. 7–11.

20. Карпов Е.Б. Психология продвижения образовательных услуг в системе открытого образования : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2004.

21. Клиническая психология: энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Практическая медицина, 2016. 608 с.

22. Кошелева С.В. Организационная психология. М. : АСТ Сова, 2005.

23. Крищенко Е.П. Доверие к себе как условие становления субъектности на этапе перехода из школы в вуз // Доверие в социально-психологическом взаимодействии / Под ред. Т.П. Скрипкиной. Ростов н/Д, 2006. С. 114–142.

24. Кулешов Д.В. Общественное здоровье и PR-технологии // Тенденции и перспективы развития системы социально-психологической помощи в регионе. Казань, 2002. С. 168–170.

25. Кулешов Д.В. Паблик рилейшнз – посредник между клиническим психологом и населением в программах поддержания общественного здоровья // Материалы III съезда психологов России. СПб., 2003. С. 132–135.

26. Кулешов Д.В. Менеджмент со «здоровым лицом» (ценности отечественного менеджмента) // Духовно-нравственное здоровье нации. М. : МГУ, 2005. С. 36–38.

27. Кулешов Д.В. Имидж организации в контексте корпоративной культуры // Имиджология-2005: феноменология, теория, практика / Под ред. Е.А. Петровой. М. : РИЦ АИМ, 2005. С. 271–273.

28. Кулешов Д.В. Общение личности с организацией // Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А.А. Бодалева. М. : Когито-Центр, 2011. С. 217–218.

29. Кулешов Д.В. Общение медико-профилактического учреждения с клиентом // Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А.А. Бодалева. М. : Когито-Центр, 2013. С. 444.

30. Кулешов Д.В., Творогова Н.Д. Нарушения общения и аварийное поведение // Психология общения

и доверия: теория и практика : сб. материалов Междунар. конф. УРАО, ПИ РАО, МГУ. 6–7 ноября 2014 г. / Под ред. Т.П. Скрипкиной. М. : Университет РАО, 2014. С. 427–429.

31. Кулешов Д.В. Общение организации, оказывающей психологическую (медицинскую) помощь, с клиентом // Клиническая психология: энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. М. : Практическая медицина. 2016. С. 414–415.

32. Лопатин В.В., Лопатина Л.Е. Малый толковый словарь русского языка. М., 1993. С. 505.

33. Майерс Д. Социальная психология. СПб. : Питер, 1997.

34. Маркин В.В. Стенограмма заседания Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания РФ 23 марта 2006 г. // Молодежь в Российских регионах: перспективы гражданского и профессионального становления. М. : Совет Федерации Федерального собрания РФ, 2006. С. 22–25.

35. Большой психологический словарь. Сост. и общ. ред.: Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. СПб. : Прайм-Еврознак, 2003. С. 143–144.

36. Панасюк А.Ю. Понятие «имидж» в сопоставлении с другими сходными понятиями // Извест. Академии имиджологии. 2005. Т. 1. С. 31–50.

37. Панасюк А.Ю. Формирование имиджа. М. : ОМЕГА-Л, 2006.

38. Панферов В.Н. Когнитивные эталоны и стереотипы взаимопонимания людей // Вопр. психол. 1982. № 5. С. 139–141.

39. Патнем Р. Процветающая комьюнити, социальный капитал и общественная жизнь // Мировая экономика и международные отношения. 1995. № 4. С. 63–70.

40. Переверзева И.А. Проблема доверия в сфере бизнеса // Иностран. психология. 2000. № 12. С. 84–93.

41. Петрова Е.А. Имидж и его изучение в современной науке // Известия Академии имиджологии. 2005. Т. 1. С. 13–25.

42. Петрова Е.А. Имидж как социально-психологический феномен. М. : РИЦ АИМ, 2006.

43. Петрулевич С.А. К пониманию имиджа организации // Имиджология: современное состояние и перспективы развития. М. : РИЦ АИМ, 2003. С. 168–172.

44. Преображенская И.В. Позиционирование образовательных услуг // PR в образовании. 2004. № 5. С. 38–39.

45. Сергиенко С.К. Концепция имиджа организации // Имиджология: современное состояние и перспективы развития. М. : РИЦ АИМ, 2003. С. 174–177.

46. Сергиенко С.К. Имидж организации: цель или средство? // Имиджелогия-2005: феноменология, теория, практика / Под ред. Е.А. Петровой. М. : РИЦ АИМ, 2005. С. 269–271.
47. Скрипкина Т.П. Категория доверия в социальных науках. Основные положения концепции социального капитала // Доверие в социально-психологическом взаимодействии / Под ред. Т.П. Скрипкиной. Ростов н/Д : РГПУ, 2006. С. 51–54.
48. Скрипкина Т.П. Философско-психологическая концепция доверия как социально-психологического явления // Доверие в социально-психологическом взаимодействии / Под ред. Т.П. Скрипкиной. Ростов н/Д : РГПУ, 2006. С. 17–48.
49. Современный русский литературный язык. М., 1993. Т. 4. С. 255.
50. Солдатова Г.У. Изучение социального и межличностного доверия в различных регионах страны // Доверие в социально-психологическом взаимодействии. Под ред. Т.П. Скрипкиной. Ростов н/Д : РГПУ, 2006. С. 54–71.
51. Станкин М.И. Психология управления : практ. пособие. М. : Бизнес-школа «Интелсинтез», 2000.
52. Творогова Н.Д. Психология управления. Лекции. М. : ГЭОТАР-Мед, 2008, 528 стр.
53. Творогова Н.Д. Психология управления. Практикум. М. : ГЭОТАР-Мед, 2008. 496 с.
54. Творогова Н.Д. Имидж медицинского работника / Сб.: Имиджелогия-2005: Материалы Третьего Международного симпозиума по имиджелогии. М., РИЦ АИМ, 2005. С. 139–146.
55. Творогова Н.Д. Эпидемии психические/Клиническая психология. Словарь / Под ред. Н.Д. Твороговой // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в 6 т. / Ред.-сост. Л.А. Карпенко. Под общ. ред. А.В. Петровского. М. : ПЕР СЭ, 2007. С. 152.
56. Творогова Н.Д., Кулешов Д.В. Основы психологии. Социальная психология : рабочая тетрадь. М. : ВУНМЦ Росздзрва, 2008. 96 с.
57. Творогова Н.Д., Кулешов Д.В. Доверие как основа социального партнерства // Вузовская педагогика: инновационные педагогические технологии в медицинском образовании. Красноярск : Версо, 2010. С. 431–433.
58. Творогова Н.Д., Кулешов Д.В. Доверие как индикатор удовлетворения потребности в безопасности // Психология безопасности, психологическая безопасность личности: человек и общество. Махачкала : АЛЕФ, 2011. С. 102–109.
59. Творогова Н.Д., Кулешов Д.В. Феномен доверия в конкурентной образовательной среде // Материалы Итоговой междунар. конф. по проекту Tempus IV 159328-TEMPUS-1-2009-I-FR- TEMPUS-SMHES «Система обучения в течение жизни для преподавателей медицинских вузов», Иркутск, 16–19 октября 2012 г. / Под ред. Жильбера Массара и др. Омск: Полиграфический центр КАН, 2012. С. 190–202.
60. Токарева Е.А. Характеристика основных потребителей образовательных услуг тульской области // Имиджелогия–2006. М. : РИЦ АИМ, 2006. С. 302–304.
61. Томилова М.В. Модель имиджа организации // Маркетинг в России и за рубежом. 1998. № 1. С. 51–58.
62. Фукуяма Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию. М., 2004.
63. Футин В.Н. Имиджевые средства повышения убедительности сообщения и условия их применения в межличностном общении // Извест. Академии имиджелогии. 2005. Т. 1. С. 238–248.
64. Шихирев П.Н. Эволюция парадигмы современной социальной психологии : дис. ...д-ра психол. наук. М., 1993.
65. <http://psy.piter.com>.
66. Bruner J.S., Tagiuri R. The Perception of People // Handbook of Social Psychology. 1954. P. 634–654.
67. Coleman J. Foundations of social Theory. Cambridge, 1990.
68. Erikson E.H. Identity: Youth and crisis. N.Y.: Norton, 1968.
69. Fukujama F. Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity. L. : Hamish Hamilton, 1955.
70. Kalick S.M. Physical attractiveness as a status cue // J. Exp. Soc. Psychol. 1988. Vol. 24, N 6. P. 469–489.
71. Lippman W. Public opinion. N.Y., 1922. 422 p.
72. Moscovici S. The phenomenon of social representations // Farr R., Moscovici S. (eds.). Social representations. Cambridge. Paris. 1984.
73. Rogers E. Diffusion of Innovations. New York: The Free Press, 1995.
74. Rotter J.B. A new scale for the measurement of interpersonal trust // J. Personal. 1967. Vol. 35.
75. Sims H., Gioia D. (Eds.). The Thinking Organization. San Francisco, 1986.

REFERENCES

1. Ageev V.S. Inter-working group cooperation: socio-psychological problems. Moscow: MGU, 1990. (in Russian)
2. Alberti R., Emmans F. Self-asserting behavior. Saint Petersburg: Nauka, 1998. (in Russian)
3. Andreeva G.M. Psychology of social cognition. Moscow: Аспект Пресс, 2005. (in Russian)
4. Andreev V.I. Conflictology. Moscow, 1995. (in Russian)
5. Blinov A.O., Zakharov V.I. Image of an organization as a factor of its competitiveness. Menedzhment v Rossii i za rubezhom [Management in Russia and Abroad]. 2003; 4: 23–7. (in Russian)
6. Bogdanov E.N., Zazykin V.G. Psychological basis of "Public Relations". Saint Petersburg, 2004. (in Russian)
7. Bodalev A.A. Perception and understanding of man by man. Moscow, 1982. (in Russian)
8. Bodalev A.A. Essence, structure and functions of social relations and communication / Fundamentals of socio-psychological theory / Under the general ed. A.A. Bodalev and A.N. Sukhov. Moscow: Mezhdunarodnaya pedagogicheskaya akademiya, 1995: 99–133. (in Russian)
9. Bodalev A.A. Psychology of communication. Moscow–Voronezh, 1996. (in Russian)
10. Bodalev A.A. Image is serious Izvestiya Akademii imidzhologii [News of the Academy imageology]. 2005; 1: 25–30. (in Russian)
11. Bodalev A. A. Communication as a subject of interdisciplinary study / Psychology of communication. Encyclopedic Dictionary. Moscow: Kogito-Centr, 2011: 18–9. (in Russian)
12. Brokgauz F.A., Efron I.A. Encyclopedic Dictionary. Saint Petersburg: Tipolitografiya I.A. Efrona, 1893. Vol. 20: 842–3. (in Russian)
13. Gozman L.Ya. Psychology of emotional relations. Moscow: MGU, 1987. (in Russian)
14. Gofman A.B. Fashion and people. Moscow: Agentstvo «Izdatel'skiy servis», «Izdatel'stvo GNOM i D», 2000. (in Russian)
15. Grebennikova E.V. Factors of competitiveness of a non-state university in a transitional economy. Vestnik Universiteta Rossiyskoy akademii obrazovaniya [Bulletin of the University of the Russian Academy of Education]. 2001; 2: 138–46. (in Russian)
16. Grishunina E.V. Features of the application of psychological techniques in the development of the concept of the company's image company / Imageology-2006: actual problems of social image-making. Ed. by E.A. Petrova. Moscow: RITs AIM, 2006: 63–5. (in Russian)
17. Dowling G. Firm's Reputation. Moscow: Konsaltingovaya gruppa «Imidzh-Kontakt»: INFRA-M, 2003. (in Russian)
18. Zinchenko V.P. Trust / Great psychological dictionary. Compilers and general edition: B.G. Meshcheryakov, V.P. Zinchenko. Saint Petersburg: Praym-Evroznak, 2003: 143–5. (in Russian)
19. Zubok Yu.A. The transcript of the meeting of the scientific-expert Council under the Chairman of the Federation Council of the Federal Assembly of the Russian Federation March 23, 2006 // Youth in Russian regions: prospects of civil and professional development. Moscow: Council of Federation of the Federal Assembly of the Russian Federation, 2006: 7–11. (in Russian)
20. Karpov E.B. Psychology of promotion of educational services in the system of open education. Diss. Moscow, 2004. (in Russian)
21. Clinical Psychology: Encyclopedic Dictionary. Ed. by N.D. Tvorogova. Moscow: Prakticheskaya meditsina 2016: 608 p. (in Russian)
22. Kosheleva S.V. Organizational Psychology. Moscow: AST Sova, 2005. (in Russian)
23. Krischenko E.P. Self-confidence as a condition for the emergence of subjectivity at the stage of transition from school to university / Trust in social and psychological interaction. Ed. by T.P. Skripkina. Rostov-on-Don: 2006: 114–42. (in Russian)
24. Kuleshov D.V. Public health and PR-technologies / Trends and prospects for the development of the system of social and psychological assistance in the region. Kazan, 2002: 168–70. (in Russian)
25. Kuleshov D.V. Public relations – mediator between the clinical psychologist and the population in public health programs. Proceedings of the III Congress of Psychologists of Russia. Saint Petersburg, 2003: 132–5. (in Russian)
26. Kuleshov D.V. Management with a "healthy face" (values of domestic management) / Spiritual and moral health of the nation. Moscow: MGU, 2005: 36–8. (in Russian)
27. Kuleshov D.V. The image of the organization in the context of corporate culture / Imageology–2005: phenom-

- enology, theory, practice. Ed. by E.A. Petrova. Moscow: RITs AIM, 2005: 271–3. (in Russian)
28. Kuleshov D.V. Communication with the organization / Psychology of communication. Ed. by A.A. Bodalev. Moscow: Kogito-Centr, 2011: 217–8. (in Russian)
29. Kuleshov D.V. Communication of the medical and prophylactic institution with the client / Psychology of communication. Encyclopedic Dictionary. Ed. by A.A. Bodalev. Moscow: Kogito-Centr, 2013: 444.
30. Kuleshov D.V, Tvorogova N.D. Violations of communication and emergency behavior / Psychology of communication and trust: theory and practice. Ed. by T.P. Skripkina. Moscow: Universitet RAO, 2014: 427–9. (in Russian)
31. Kuleshov D.V. Communication of the organization providing psychological (medical) help, with the client / Clinical psychology: encyclopedic dictionary. Ed. N.D. Tvorogova. Moscow: Prakticheskaya meditsina. 2016: 414–5. (in Russian)
32. Lopatin V.V., Lopatina L.E. Small explanatory dictionary of the Russian language. Moscow: 1993: 505. (in Russian)
33. Myers D. Social psychology. Saint Petersburg: Piter, 1997. (in Russian)
34. Markin V.V. The transcript of the meeting of the scientific-expert Council under the Chairman of the Federation Council of the Federal Assembly of the Russian Federation March 23, 2006 // Youth in Russian regions: prospects of civil and professional development. Moscow: Council of Federation of the Federal Assembly of the Russian Federation, 2006: 22–5. (in Russian)
35. Great psychological dictionary. Compilers and general edition: B.G. Meshcheryakov, V.P. Zinchenko. Saint Petersburg: Praym-Evroznak, 2003: 143–4. (in Russian)
36. Panasyuk A. Y. The term "image" in comparison with other similar terms. Izvestiya Akademii imidzhologii [News of the Academy Imageology]. 2005; 1: 31–50. (in Russian)
37. Panasyuk A.Yu. Formation of image. Moscow: OMEGA-L, 2006. (in Russian)
38. Panferov V.N. Cognitive patterns and stereotypes of people understanding. Voprosy psikhologii [Problems of Psychology]. 1982; 5: 139–41. (in Russian)
39. Putnam R. The prosperous community: social capital and public life. Mirovaya ekonomika i mezhdunarodnye otnosheniya [World economy and international relations]. 1995; 4: 63–70. (in Russian)
40. Pereverzeva I. A. The Problem of trust in business. Inostrannaya psikhologiya [Foreign Psychology]. 2000; 12: 84–93. (in Russian)
41. Petrova E.A. Image and its study in modern science. Izvestiya Akademii imidzhologii [News of the Academy Imageology]. 2005; 1: 13–25. (in Russian)
42. Petrova E.A. Image as a socio-psychological phenomenon. Moscow: RITs AIM, 2006. (in Russian)
43. Petrulevich S.A. To understand the image of the organization / Imageology: current state and development prospects Moscow: RITs AIM, 2003: 168–72. (in Russian)
44. Preobrazhenskaya I.V. Positioning of educational services. PR v obrazovanii [PR in Education]. 2004; 5: 38–9. (in Russian)
45. Sergienko S.K. The concept of the organization's image / Imageology: current state and development prospects. Moscow: RITs AIM, 2003: 174–7. (in Russian)
46. Sergienko S.K. The image of the organization: the purpose or means? Imageology–2005: phenomenology, theory, practice. Ed. by E.A. Petrova. Moscow: RITs AIM, 2005: 269–71. (in Russian)
47. Скрипкина Т.П. Категория доверия в социальных науках. Основные положения концепции социального капитала / Trust in the socio-psychological interaction. Ed. by T.P. Skripkina. Rostov-on-Don: RGPU, 2006: 51–4. (in Russian)
48. Skripkina T.P. Philosophical and psychological concept of trust as a socio-psychological phenomenon / Trust in the socio-psychological interaction. Ed. by T.P. Skripkina. Rostov-on-Don: RGPU, 2006: 17–48. (in Russian)
49. The Modern Russian Literary Language. Moscow, 1993. Vol. 4: 255. (in Russian)
50. Soldatova G.U. The study of social and interpersonal trust in various regions of the country / Trust in the socio-psychological interaction. Ed. by T.P. Skripkina. Rostov-on-Don: RGPU, 2006: 54–71. (in Russian)
51. Stankin M.I. Psychology of management: a practical guide. Moscow: Biznes-shkola «Intelsintez», 2000. (in Russian)
52. Tvorogova N.D. Management psychology. Lectures. Moscow: GEOTAR-Med, 2008: 528 p. (in Russian)
53. Tvorogova N. D. Management psychology. Practicum. Moscow: GEOTAR-Med, 2008: 496 p. (in Russian)
54. Tvorogova N.D. Image of medical worker / Imageology-2005. Moscow: RITs AIM, 2005: 139–46. (in Russian)

55. Tvorogova N.D. Mental epidemics / Clinical psychology. Dictionary / Ed. N.D. Tvorogova / Psychological lexicon. Encyclopaedic dictionary of 6 vol. Moscow: PER SE, 2007: 152. (in Russian)
56. Tvorogova N.D., Kuleshov D.V. Fundamentals of Psychology. Social psychology: workbook. Moscow: VUNTs Roszdruva, 2008: 96 p. (in Russian)
57. Tvorogova N.D., Kuleshov D.V. Trust as the basis of social partnership / University pedagogy: innovative pedagogical technologies in medical education. Krasnoyarsk: Verso, 2010: 431–43. (in Russian)
58. Tvorogova N.D., Kuleshov D.V. Trust as an indicator of meeting the need for security / Psychology of safety, psychological security of the individual: the individual and society. Makhachkala: ALEF, 2011: 102–19. (in Russian)
59. Tvorogova N.D., Kuleshov D.V. The phenomenon of trust in a competitive educational environment. Materials of the Final International Conference on the Tempus IV Project 159328-TEMPUS-1-2009-I-FR-TEMPUS-SMHES "The lifelong learning system for medical university teachers", Irkutsk, October 16–19, 2012. Ed. Gilbert Massar et al. Omsk: Poligraficheskiy tsentr KAN, 2012: 190–202. (in Russian)
60. Tokareva E.A. Characteristics of the basic consumers of educational services of the Tula area / Imageology–2006. Moscow: RITs AIM, 2006: 302–4. (in Russian)
61. Tomilova M.V. The image of the organization. Marketing v Rossii i za rubezhom [Marketing in Russia and Abroad]. 1998; 1: 51–8. (in Russian)
62. Fukuyama F. Trust: social virtue and the path to prosperity. Moscow, 2004. (in Russian)
63. Futin V. N. Branding means to improve the credibility of a message and the conditions for the application in interpersonal communication. Izvestiya Akademii imidzhologii [News of the Academy imageology]. 2005; 1: 238–48. (in Russian)
64. Shikhirev P.N. The evolution of the paradigm of modern social psychology. Diss. Moscow, 1993. (in Russian)
65. <http://psy.piter.com>. (in Russian)
66. Bruner J.S., Tagiuri R. The Perception of People. Handbook of Social Psychology. 1954: 634–54.
67. Coleman J. Foundations of social Theory. Cambridge, 1990.
68. Erikson E.H. Identity: Youth and crisis. N.Y.: Norton, 1968.
69. Fukujama F. Trust: The Social Virrtues and the Creation of Prosperity. L.: Hamish Hamilton, 1955.
70. Kalick S.M. Physical attractiveness as a status cue. J Exp Soc Psychol. 1988; 24 (6): 469–89.
71. Lippman W. Public opinion. N.Y., 1922. 422 p.
72. Moscovici S. The phenomenon of social representations / Farr R., Moscovici S. (eds.). Social representations. Cambridge. Paris. 1984.
73. Rogers E. Diffusion of Innovations. New York: The Free Press, 1995.
74. Rotter J.B. A new scale for the measurement of interpersonal trust. J Personal. 1967; Vol. 35.
75. Sims H., Gioia D. (Eds.). The Thinking Organization. San Francisco, 1986.



ФАСТ ТРАК

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ НАУЧНОЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

III КОНФЕРЕНЦИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО НАУЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ФАСТ ТРАК

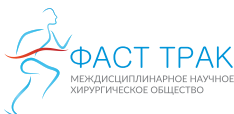
9-10 НОЯБРЯ 2017

Конгресс Центр ПМГМУ имени И.М. Сеченова,
Москва, ул. Трубецкая, д. 8

ТЕМАТИКИ:

- Программы ускоренного восстановления в хирургии
- Эндовидеохирургия и роботизированная хирургия
- Актуальные вопросы анестезиологического обеспечения в Фаст Трак хирургии
- Антибиотикопрофилактика и противомикробная терапия в периоперационном периоде
- Нутритивная поддержка и лечебное питание в периоперационном периоде
- Профилактика и лечение тромботических осложнений у хирургических больных
- Проблемы обезболивания хирургического больного в периоперационном периоде
- Реабилитация хирургического пациента в аспекте программ ускоренного восстановления
- Fast Track технологии в различных областях хирургии: колопроктология, урология, гинекология, травматология, ортопедия и др.

ОРГАНИЗАТОР



ПРИ УЧАСТИИ



ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР



Обухова Лилия

Тел.: +7 (495) 646-01-55 доб. 140,

Моб.: +7 (926) 918-96-80,

E-mail: fast-track2017@ctogroup.ru



www.fast-track2017.ru