

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

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

№ 2 (8), 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

№ 2 (8), 2017

Тема номера:

Итоги V Международной конференции
«ОРГЗДРАВ–2017. Эффективное управление медицинской организацией»

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 31.07.2017.
Тираж 1000 экземпляров.
Формат 70 x 100^{1/16}.
Печать офсетная. Печ. л. 3,5.
Отпечатано в ООО «Паблит»:
127282, г. Москва, ул. Полярная, д. 31В, стр. 1.

Заказ №

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2017.

СОДЕРЖАНИЕ

- 4 **ОТ РЕДАКЦИИ**
ИТОГИ V МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ОРГЗДРАВ–2017. ЭФФЕКТИВНОЕ
УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИЕЙ»
(18–19 МАЯ 2017 г., МОСКВА)
- 6 *Siegrist R.*
Стратегии одновременного повышения
эффективности деятельности и удовлетворенности
пациентов в медицинских организациях
- 15 *Pisters P.*
Медицинская организация: как улучшить
показатели деятельности
- 27 **Тезисы V Международной конференции**
«ОРГЗДРАВ–2017. Эффективное управление
медицинской организацией»
(18–19 мая 2017 г., Москва)

CONTENT

- 4 **EDITORIAL**
RESULTS OF THE V INTERNATIONAL
CONFERENCE "ORGZDRAV–2017.
EFFICIENT HOSPITAL MANAGEMENT"
(18–19 MAY 2017, MOSCOW)
- 6 *Siegrist R.*
Strategies for simultaneous improvement
of performance efference and patient satisfaction
in medical organizations
- 15 *Pisters P.*
Healthcare organization: how to improve
performance
- 27 **Proceedings of the V International Conference**
"ORGZDRAV–2017. Efficient Hospital
Management" (18–19 May 2017, Moscow)

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)

Дорогие коллеги!

Очередной номер нашего журнала посвящен итогам **V международной конференции «ОРГЗДРАВ–2017. Эффективное управление медицинской организацией»**. Эта конференция проводится Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) совместно с Национальной медицинской палатой.

«ОРГЗДРАВ–2017. Эффективное управление медицинской организацией» – главное событие года для руководителей здравоохранения всех уровней: от главных врачей медицинских организаций и их заместителей до министров здравоохранения регионов. Более **500 участников** практически из всех регионов страны собираются вместе, чтобы обсудить состояние и пути развития здравоохранения в России, поделиться ежедневными проблемами, обменяться опытом больших и малых побед, а главное – почувствовать себя в своей профессиональной среде, где можно разговаривать **на одном языке** – языке организаторов здравоохранения.

Что отличает «ОРГЗДРАВ» от других конференций?

Первое отличие – системность. На конференции в течение 2 дней последовательно освещаются вопросы от макроэкономики и стратегии развития здравоохранения России до операционной деятельности медицинских организаций.

Второе – актуальность содержания. Каждая конференция анализирует те события, которые произошли в отрасли за последний год, и ставит на обсуждение те вопросы, которые предстоит решить завтра. На ней выступают ваши коллеги, успешно работающие в российском здравоохранении в рамках имеющихся ресурсов. А также мы приглашаем ведущих экспертов и специалистов из-за рубежа, чтобы понять, как сегодня решаются аналогичные вопросы в других странах.

Третье – научная обоснованность и критическое осмысление событий в отрасли. Каждый тезис, который озвучивается выступающими на конференции, должен иметь под собой теоретическое или эмпирическое обоснование. Именно для этого в подготовке конференции участвует аналитическая лаборатория ВШОУЗ, активно работающая под моим руководством. На конференции обоснованно обсуждаются итоги деятельности здравоохранения, противоречия и нововведения в отраслевой нормативной базе.

Четвертое – возможность повышения квалификации. Программа конференции построена таким образом, чтобы дополнительно к обсуждениям актуальных вопросов участники получили новые знания по своей специальности (12 кредитов НМО), в том числе прошли обучение по практическим ситуационным задачам – кейсам.

И самое важное, пятое, отличие – наши обсуждения не проходят даром, а идеи не ложатся под сукно. Тезисы и статьи ежегодно отражаются на страницах журнала «ОРГЗДРАВ. Вестник ВШОУЗ», который затем распространяется по всем регионам страны, а с 2017 г. его электронная версия бесплатно размещается на сайте ВШОУЗ. Решения конференции доводятся до руководства отрасли (в Мин-

здрав России уже направлено 4 таких решения). Вы можете возразить, что нас не всегда слышат. Но если мы не сформируем **обоснованную и согласованную позицию** профессионального сообщества и не доведем ее до руководителей отрасли и глав регионов, нас вообще никогда не услышат. Более того, наши обсуждения помогают и придают уверенности мне лично, когда приходится отстаивать интересы здравоохранения среди тех руководителей и специалистов, которым сложно увидеть все проблемы и балансы отрасли как единое целое.

Особенности конференции этого года

Президент России Владимир Владимирович Путин в апреле 2017 г. на заседании Совета по стратегическому развитию перед отечественным здравоохранением поставил следующие стратегические цели: «...к 2025 г. *увеличить продолжительность жизни в России до 76 лет, значительно снизить смертность в трудоспособном возрасте*». Но это нам по силам только при выполнении **2 условий**: при поэтапном увеличении государственного финансирования здравоохранения **в 1,5 раза** по отношению к 2016 г. в реальных ценах и при повышении **эффективности управления**. Вокруг этих вопросов и построена программа конференции этого года.

А что делать нам, организаторам здравоохранения, на чьи плечи ложатся **управление** этим процессом и **ответственность** за достижение цели? Нужно выполнить **пять шагов**.

Первый шаг – надо **честно признаться** перед обществом, что наш пациент – российская система здравоохранения – **больна**, и выявить причины этой болезни. Мы также должны оценить условия, в которых нам придется начинать лечение – у наших граждан **завышенные ожидания** от системы здравоохранения, а в среде медицинских работников **нарастает неверие** в позитивные перемены.

Второй шаг – **мы должны определить приоритеты**, т.е. решить, что мы должны сделать сегодня, а что нам придется отложить до лучших времен. Третий шаг – **разработать и обсудить программу** действий, или стратегию, а также **определить, какие ресурсы** (финансовые, кадровые, материально-технические) необходимы для ее реализации. Нам придется доказать руководству страны и регионов, финансово-экономическому блоку, что для достижения поставленных целей по улучшению здоровья населения неизбежно потребуются **дополнительные ресурсы**.

Четвертый шаг – **разработать дорожные карты и индикаторы для контроля** достижения целей и задач Стратегии для России в целом и для каждого региона. Пятый шаг – **действовать!** Потому что доступное и эффективное здравоохранение – это **залог стабильности** и устойчивого развития страны.

Первые два шага описаны в моей **брошюре «Здравоохранение России: итоги 2012–2014 гг. Неотложные меры 2017–2018 гг. Приоритеты развития до 2025 г.»**, которую мы выносим на обсуждение и которую вы можете заказать на сайте <http://www.medknigaservis.ru>.

Осенью 2017 г. ВШОУЗ представит расчеты для каждого региона России: на сколько необходимо увеличить ожидаемую продолжительность жизни к 2025 г., чтобы в целом по стране выйти на **76 лет**, и какие финансовые ресурсы для этого необходимы. Тогда же мы представим на ваше обсуждение проект плана мероприятий для Стратегии развития здравоохранения РФ до 2025 г., который представлен на сайт ВШОУЗ (<http://www.vshouz.ru>).

В этом номере журнала мы представляем 2 доклада зарубежных гостей конференции – профессора Гарвардской школы общественного здоровья Ричарда Сигриста и президента крупнейшего в Северной Америке медицинского центра University Health Network доктора Питера Пистерса. Первый доклад посвящен вопросам повышения оперативной эффективности медицинских организаций, второй – стратегическим вопросам их развития. А также в номере представлены тезисы докладов, которые были направлены в адрес конференции.

С уважением,



Стратегии одновременного повышения эффективности деятельности и удовлетворенности пациентов в медицинских организациях

Сигрист Р.

Гарвардская школа общественного здоровья
(Harvard School of Public Health), США

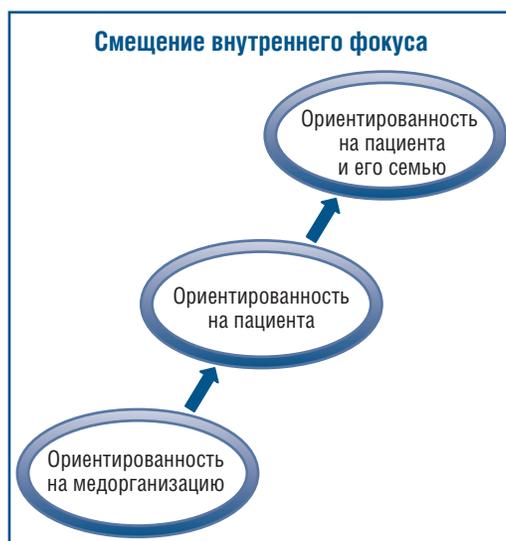


Одна из тем, которую мы все чаще затрагиваем в последнее время, – что меняется в США в сфере медицинской помощи. Фокус внимания смещается с медицинской организации на пациента, более того, мы стараемся распространить это внимание и сосредотачиваемся не только на пациенте, но и на его семью.

Известный американский поэт и педиатр сказал: «Если вам дадут линованную бумагу, пишите поперек».

**If they give you lined paper,
write the other way.**

William Carlos Williams,
American poet and pediatrician



Рассмотрим два утверждения. Первое: «Операционная эффективность – это не только сокращение расходов» и второе: «Удовлетворенность пациентов – это не состязание в популярности среди них».

Каковы же показатели успеха сегодня, есть ли у нас довольные врачи, медицинские сестры, пациенты и их семья? Если они есть, значит, мы выполнили все цели.



Конечно, вы узнали американского президента, изображенного на рисунке ниже. Для того чтобы Билл Клинтон смог решить самые крупные проблемы, он должен был бы отправиться в региональные больницы, а не в столичную. Если вы проанализируете доступную информацию, опубликованную в США, то увидите, какую ошибку допустил сам президент. У него появились осложнения после операции, и, к сожалению, у него было недостаточно информации, чтобы выбрать нужную клинику.



Как измерить уровень удовлетворенности пациентов? В США на протяжении последних 10 лет мы собирали информацию от всех больниц об удовлетворенности пациентов и сформировали 2 ключевых блока для ее оценки. Мы проанализировали балльные оценки (от 0 до 10), чтобы определить вероятность того, как часто конкретную больницу будут рекомендовать друзьям, а затем ввели в анализ несколько дополнительных показателей: взаимодействие с врачами и медицинскими сестрами, чистота в больнице, тишина в больнице, предоставление необходимой информации о медикаментах,

а также наличие у пациентов необходимой информации о том, что им нужно делать дальше, чтобы полностью выздороветь.

Оценка опыта пациентов

Общие оценки

- Средняя оценка от 0 до 10.
- Вероятность, что больницу будут рекомендовать.

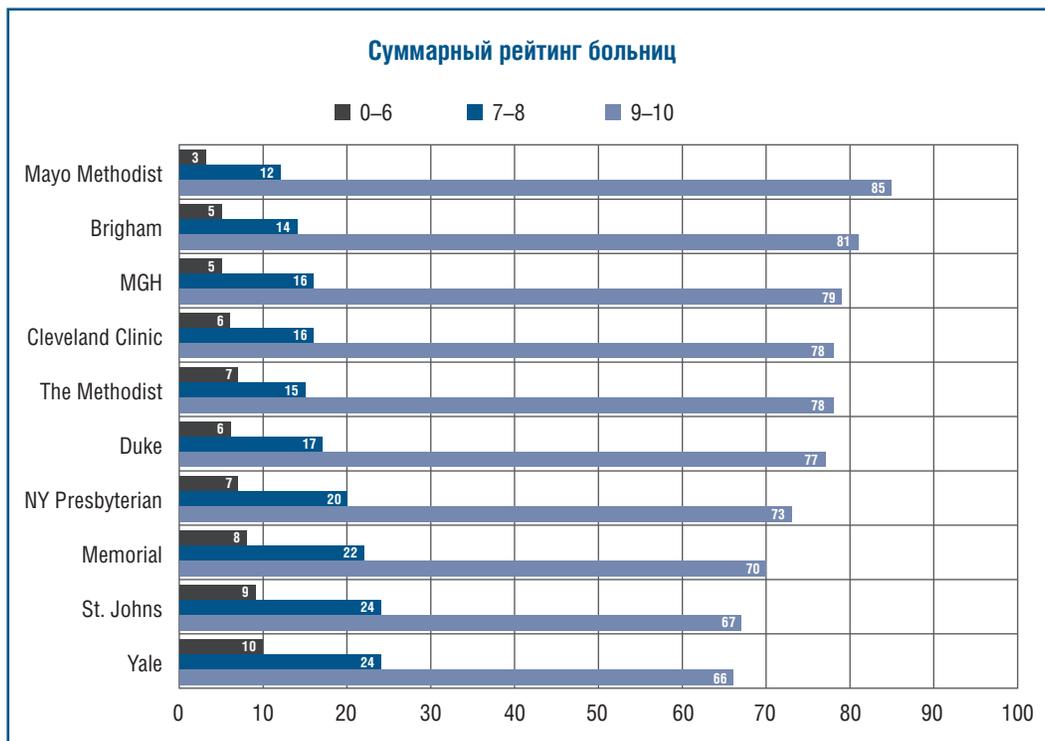
Тематические специальные оценки

- Взаимодействие с врачами.
- Взаимодействие с медсестрами.
- Быстрота реагирования больничного персонала.
- Чистота в больнице.
- Тишина в больнице.
- Своевременное лечение боли.
- Информация о лекарственных препаратах.
- Информация о процедуре выписки из больницы.

И каждый год эти результаты улучшались. Ходят мифы об измерении удовлетворенности пациентов. Якобы очень небольшое количество пациентов заполняют анкеты. В США 30% анкет заполняют в больницах – это более высокий показатель, чем в других отраслях.

Самая высокая удовлетворенность пациентов проявляется в отношении тех больниц, которые используют эти анкеты и действительно стараются повысить удовлетворенность пациентов: здесь речь идет о людях, о врачах и медицинских сестрах. Крайне важен сам процесс коммуникации: пациенту необходимы пояснения, важен человеческий фактор и, конечно, нужно создать соответствующую культуру общения.

Анализ эмоций и настроений предполагает, что мы оценим эти анкеты и узнаем, насколько удовлетворены клиенты. Те компании, которые используют анализ настроений, могут обеспечить себе конкурентное преимущество, потому что они обращают внимание на то, что им говорят клиенты.



Распространенные мифы об удовлетворенности пациентов

- Удовлетворенность пациентов и качество медпомощи не связаны между собой.
 - Удовлетворенность пациентов коррелирует со снижением смертности, повторных госпитализаций, числа судебных исков, более высокой экономической эффективности.
- Вы не можете улучшить показатели удовлетворенности пациентов.
 - Благодаря целенаправленным усилиям многие организации улучшили показатели от низших до высших.
- Если я построю красивое новое здание клиники, показатели удовлетворенности пациентов пойдут вверх.
 - Дело в людях (врачи, медсестры, персонал).
 - Дело в коммуникации и подаче информации.
 - Дело в культуре.

Можем ли мы лучше работать в этой области здравоохранения? Я думаю, можем – для этого у нас есть вся необходимая информация.

Давайте рассмотрим уникальность таких возможностей в здравоохранении. Во-первых, у нас много анкет, предоставленных пациентами, и эти анкеты чрезвычайно важны, так как в данном случае человек говорит не просто о том, понравилась ли ему еда или перелет (как при анализе настроений, проводимом авиакомпаниями). Речь идет о самом важном для человека – о здоровье. Если вы имеете хоть какое-то отношение к специалистам в области здравоохранения, вы знаете, что в этой отрасли очень непростая среда, применяются очень сложные технологии, к тому же следует учитывать весьма значимый человеческий фактор (врачи, медицинские сестры и т.д.). И может ли быть что-то более личным, чем переживания о жизни и здоровье?

Когда мы получаем оценки от 8 до 10 по шкале удовлетворенности, это действительно очень

значимая оценка, потому что она касается самого важного для пациента.

Уникальность анализа настроений в здравоохранении

- Опросы об удовлетворенности пациентов являются огромной и значимой информацией о человеческих эмоциях в здравоохранении.
- Помимо палаты, питания и продуктов важны травматические переживания, жизнь и смерть.
- Что может быть более личным, чем переживания по поводу жизни и здоровья?
- Более сложные взаимодействия между людьми: пациенты, врачи, медсестры, младший медперсонал.
- Более сложные технологии лечения.
- Анализ эмоций может быть более значимым и действенным показателем по сравнению с традиционными оценками удовлетворенности.

Как мы можем разграничить эти комментарии?

Взаимодействие с медсестрой

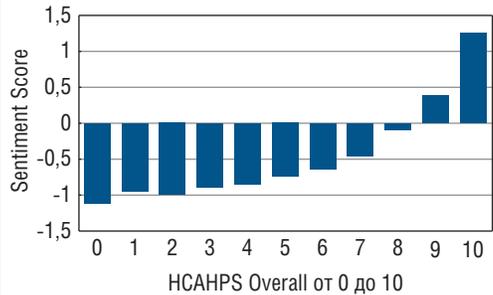
Классификация комментария: негативный.

- **Комментарий № 1 (дословно):** Порой приходилось по несколько раз вызывать медсестру, когда капельница начинала пищать.
- **Комментарий № 2 (дословно):** Медсестра в реанимации была очень груба. Когда я попросил болеутоляющее, она была очень высокомерна. Когда я нажимал кнопку вызова, приходилось очень долго ждать. Медсестра была на стойке регистрации и не обращала никакого внимания на меня. Мне хотелось уйти.
- **Комментарий № 3 (дословно):** Медсестра была некомпетентна, груба, вводила мне внутривенно лекарства избыточное число раз. Мой врач дал мне лекарство от отеков на 3 дня.

Нам необходимо проанализировать настроенная для принятия решения. Этот анализ связан с большим количеством неструктурированных данных, которые впоследствии превращаются в структурированные данные. Есть специальная компьютерная программа по обработке есте-

ственного языка, которая служит для расширения анкет пациентов; она может правильно истолковать их комментарии, к тому же данная программа может измерить силу человеческих эмоций по шкале от -5 до +5. А затем мы сможем вычислять средние показатели, сравнивать их со средними национальными и региональными показателями. Данная программа может работать независимо от того, на каком языке пациент оставляет комментарий. В рамках данной программы мы рассмотрели 30 млн комментариев, вы видите общий рейтинг эмоциональности комментария.

Рейтинг эмоциональности комментария



Sentiment Score – оценка эмоциональности комментария
HCAHPS – оценка пациентом медицинских услуг

С точки зрения членов семьи пациента, это еще один новый рубеж для совершенствования всей системы. А теперь я хотел бы рассказать, как можно улучшить взаимодействие между медицинскими учреждениями и членами семьи. Очень важно оповещать членов семьи о состоянии пациента.

Взаимодействие медорганизации с членами семьи – новая грань удовлетворенности пациента

Вот пример программы, с помощью которой можно управлять этим процессом. Можно выбирать типовые сообщения, которые формируются в конструкторе, с другой стороны обозначены адресаты (получатели) сообщения и предпочитаемый язык. Таким образом, вы можете отправлять сообщения членам семьи, чтобы они не так сильно переживали за пациентов.

Взаимодействие с членами семьи

- Передача информации о текущем состоянии пациента членам его семьи с помощью текстовых сообщений.
- Взаимодействие с медсестрой или руководителем отделения посредством личных сообщений.
- Сообщения могут быть на английском, испанском, русском и **любоых** других языках.
- Соблюдение конфиденциальной информации о пациенте.
- Сбор отзывов от членов семьи о значимости взаимодействия с ними и вероятности того, что они будут рекомендовать эту больницу знакомым.

Если вас мучает чувство вины, что вы не находитесь с близким человеком, а вынуждены работать, очень приятно получить такое сообщение (комментарии членов семьи):

- «Фантастика! Чувствуешь, будто кто-то постоянно держит тебя за руку. Спасибо!» (жена).
- «Такое облегчение, когда меня постоянно держат в курсе об уходе за моей дочерью, пока я на работе. Потрясающе!» (мать).
- «Великолепная услуга. Очень помогает родственникам в комнате ожидания» (жена).
- «Мне понравилось, что меня постоянно информируют о состоянии жены. Очень помогает психологически! (я психолог)» (муж).
- «Огромная помощь в тяжелой ситуации» (дочь).

В США, как и в других странах, существует дефицит квалифицированных врачей, и мы стараемся найти возможные варианты для решения кадровой проблемы. В частности мы разработали возможность совместного посещения врача. Прием длится около 90 мин, но в нем участвуют

от 8 до 14 пациентов. На таком совместном приеме должны присутствовать врач, медицинская сестра, психолог и секретарь. Возможно, это будет первичный осмотр или контрольный прием. Он может быть гомо- или гетерогенным, т.е. на гомогенном приеме это будут пациенты только с диабетом, а на гетерогенном – пациенты с разными заболеваниями. Пациентам может быть оказана первичная или специализированная помощь. Важно не забывать о конфиденциальности – все должны подписать документы о неразглашении информации, полученной на этом приеме.

Совместное посещение врача – что это?

- Прием длительностью **90 мин**, от **8 до 14** посетителей.
- Врач, медсестра, психолог, специалист по здоровому образу жизни, секретарь.
- Контрольные приемы, осмотры или первичный прием.
- Гомогенный, гетерогенный или смешанный.
- Первичная или специализированная медицинская помощь.
- Приватность.
- Пионеры в этом эксперименте – Harvard Vanguard, Cleveland Clinic, Kaiser, Dartmouth, VA, UVA, UCSD.

Поговорим об эффективности процессов. Здесь сочетаются различные навыки: научные знания и мастерство управления. Очень важно разделять экстренные и плановые случаи в операционной, а также соизмерять потребности в хирургическом вмешательстве и определять мощности подразделения. У нас есть хорошие эксперты, многие из них получили образование в России, поэтому я уверен, что у этой страны большой потенциал для управления операционными отделениями.

**Оперативное
управление:
точные и гуманитарные
науки вместе**

Применение модели приоритетности (очередности) в здравоохранении

Model Inputs:	Scenario #1	Scenario #2	Scenario #3
Number of Non-Elective ORs	1	2	3
Case Arrivals per Hour			
«A» cases	0,03	0,03	0,03
«B» cases	0,08	0,08	0,08
«C» cases	0,08	0,08	0,08
«D» cases	0,12	0,12	0,12
«E» cases	0,15	0,15	0,15
Total Arrivals per Hour	<u>0,46</u>	<u>0,46</u>	<u>0,46</u>
Average Case Length (minutes)	100	100	100
Average Turnover Time (minutes)	20	20	20
Total Case Length including TOT	<u>120</u>	<u>120</u>	<u>120</u>
Model Results:			
Average Wait Times	Minutes	Minutes	Minutes
«A» cases	117,4	17,9	3,0
«B» cases	150,6	20,1	3,3
«C» cases	228,3	24,1	3,7
«D» cases	468,6	31,1	4,3
«E» cases	3631,6	46,7	5,4
Overall	1380,0	32,2	4,3
OR % Utilization (each OR)	92,0%	46,0%	30,7%
OR Availability % for an «A» cases	8,0%	71,0%	92,6%

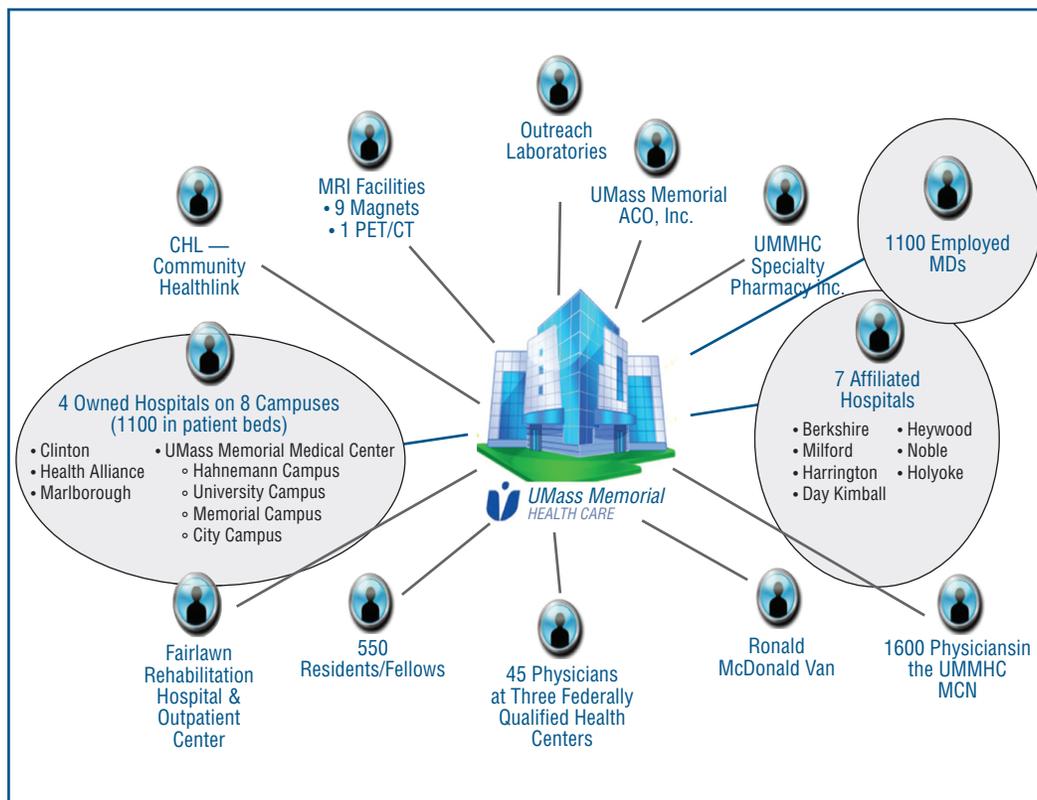
Модель приоритетности можно эффективно использовать в здравоохранении, с ее помощью вы существенно улучшите распределение приоритетов.

Еще хотелось бы остановиться на методах бережливого производства, которые применимы и к области здравоохранения. Используя их, мы можем затрачивать меньше ресурсов на те же самые процессы, в частности в США раньше мы тратили очень много ресурсов. Здесь очень важно проанализировать цепочки производства с точки зрения пациента, необходимо сокращать необязательные расходы, нужны стандартизация процессов и анализ корневых проблем. Очень помогут система визуального управления и прозрачная отчетность. Очень важно получать новые идеи; часто лучшие идеи приходят от людей, непосредственно

работающих на участке, такие идеи развиваются снизу вверх. Все эти принципы составляют общие принципы бережливого производства.

Методы бережливого («стройного») производства

- Основан на системе производства Toyota (Toyota Production System).
- Философия усовершенствования качества.
- Конечная цель: используя меньшее, делать больше.
- Пионеры бережливого менеджмента в здравоохранении (начало 2000-х гг.):
 - Virginia Mason (Seattle, WA);
 - ThedaCare (Appleton, WI).

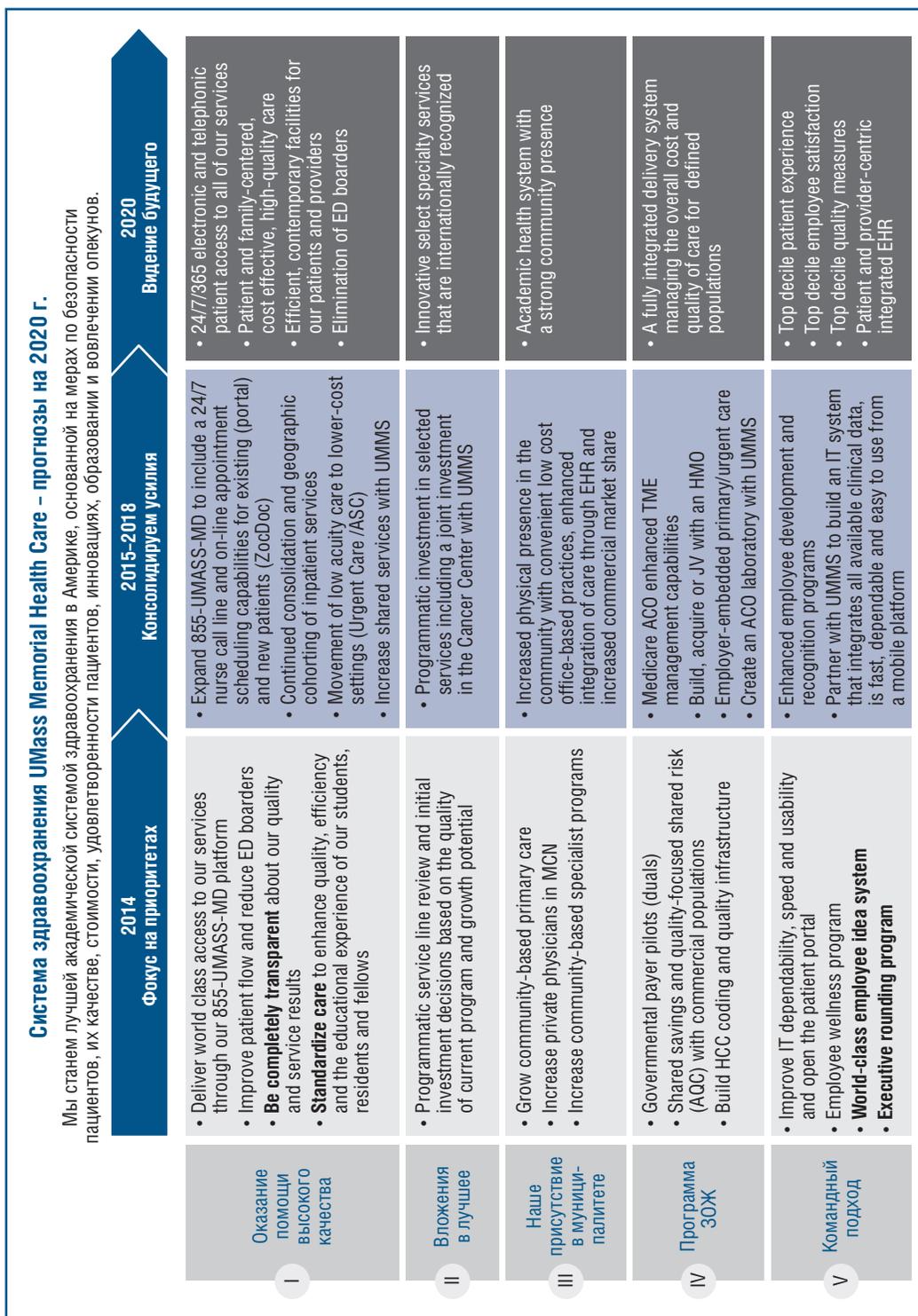


Госпиталь в Массачусетсе UMass Memorial. В этой клинике – около 1100 коек, около 2000 врачей общей практики, и, помимо обеспечения должного ухода за нашими пациентами, мы очень внимательно относимся к нашим сотрудникам.

Поскольку мы к тому же являемся научно-исследовательским учреждением, мы уделяем этому направлению существенное внимание. Так, мы разработали подробную стратегию предоставления наилучшего ухода за нашими пациентами (в документе подробно изложены все метрики и ключевые показатели). В первую очередь мы фокусируемся на приоритетах, а также мы стараемся консолидировать наши усилия, потому что мы действуем в рамках системы, и, наконец, мы стараемся по максимуму использовать все ресурсы, которые у нас есть, чтобы предоставить качественную помощь всему населению.



Для достижения этих целей мы стараемся в полной мере использовать командный подход, чтобы все чувствовали себя частью единого процесса. Мы многого достигли, но до 2020 г. многое еще предстоит сделать. В области IT-сервиса уже достигнуты существенные результаты – мы активно используем систему наглядного управления.



Система визуального менеджмента



У нас есть доска, на которой сотрудники могут разместить свои новые идеи, выделить приоритетные показатели. Мы проводим общие собрания, на которых обсуждаем эти идеи, вместе отмечаем значимые для команды события и таким образом поддерживаем атмосферу, способствующую продвижению новых идей.

И в заключение еще раз напомним:

Если вам дадут линованную бумагу, пишите поперек.

Уильям Карлос Уильямс,
американский поэт и педиатр

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Ричард Сигрист (Richard B. Siegrist) – профессор, директор по инновациям и предпринимательству Гарвардской школы общественного здоровья (США). Ведет циклы по финансово-экономическому анализу деятельности медицинских организаций, по управленческому контролю. Имеет колоссальный практический опыт в повышении эффективности деятельности медицинских организаций, разработке программного обеспечения для больниц в сфере управления потоками пациентов и учета издержек. Выдающийся преподаватель 2008 г. ("Excellence in Teaching Award").
E-mail: ricksiegrist@gmail.com

Медицинская организация: как улучшить показатели деятельности

Пистерс П.

Медицинский центр University Health Network,
Торонто, Канада



V МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ И ВЫСТАВКА

ОРГЗДРАВ 2017

Медицинский центр University Health Network расположен в Торонто, в котором, включая пригороды, живет около 6 млн жителей. Это 3-й по величине город в Северной Америке после Нью-Йорка и Лос-Анджелеса. Экономисты журнала «Economist» признали Торонто лучшим городом для проживания. Около 50% жителей города были рождены не в Канаде, 45% жителей составляют иностранцы, для которых английский язык не родной.

В нашем центре активно развивается научная жизнь, в частности такие технологии, как

Торонто

- Место расположения University Health Network (UHN)
- Около 6 млн жителей¹
- Торонто признан лучшим для проживания городом в мире²
- Самый безопасный город в Северной Америке и на 8-м месте в мире²
- Для 45% жителей государственный язык не родной³
- 19% имеют доходы ниже прожиточного минимума⁴
- 51% населения являются некоренными канадцами⁴
- 49% жителей представляют различные меньшинства⁴



Источники: ¹ 2011 Census; ² The Economist, 2015; ³ Statistics Canada Census, 2011; ⁴ City of Toronto National Household Survey, 2011.

University Health Network

- Административно относится к Торонтскому университету
- Штат: ~30 000
 - 13 000 персонала
 - >1700 врачей
 - 4000 научные кадры
 - 11 500 студентов
 - 1700 волонтеров
- \$2,1 млрд доход (42% из источников помимо Минздрава Канады)
 - \$1,4 млрд чистые активы
 - 5,5 млн кв. футов площади; в лизинге еще 1 млн кв. футов
- **Мировые лидеры центра**
- Онкологический центр принцессы Маргарет (Princess Margaret Cancer Centre): один из ведущих онкоцентров
- Центр сердечно-сосудистых заболеваний Петера Мунка (Peter Munk Cardiac Centre): ведущий сердечно-сосудистый центр
- Торонтский реабилитационный институт (Toronto Rehabilitation Institute): лучшая реабилитационная больница мира
- Программа по мультиорганной трансплантологии города Торонто (Toronto General's Multi-Organ Transplant Program): вторая крупнейшая в Северной Америке



секвенирование генома. Медицинский центр University Health Network оказывает медицинские услуги и занимается научной деятельностью, в его штате – около 30 тыс. человек. У нас работают врачи и научные сотрудники, а также обучается 11 500 студентов (обучение по вузовским программам, аспиранты и интерны); доход и оборот от общей деятельности составляет около 2 млрд долларов.

Кроме того, мы работаем с крупными центрами, в частности на нашей территории расположен Онкологический центр принцессы Маргарет, мы сотрудничаем с Торонтским реабилитационным институтом, признанным лучшим реабилитационным центром мира, у нас есть программа по мультиорганной трансплантации – крупнейшая программа по трансплантологии в Северной Америке. Мы достигли существенных результатов в рамках трансплантации и разработали общую стратегию поведения.

Мы понимаем что, работая в такой структуре, достигли многого в части предоставления и медицинских услуг, и научной работы. Наша общая цель, которую мы для себя выработали, – **улучшение жизни людей и сообществ благодаря передовому опыту в области медицинской помощи, открытиям и обучению.** И мы прошли через трансформацию, для того чтобы реализовать эту цель.

Итак, вернемся к нашему плану обновления, который мы составили для себя, для того чтобы визуализировать этот процесс. В 2015 г. я описал свои первые 100 дней в роли президента этой организации и расписал этот план практически до настоящего времени. Вы видите, какие этапы были включены в него: организационные обновления руководства и управления, применение различных подходов для оценки нашей организации для изменений и корректировки наших целей и ценностей (см. с. 17).

Принимая этот высокий пост, для начала я хотел быть уверен в том, что смогу определить важнейшие моменты нашей деятельности. И с первого дня своего прибытия в эту организацию я хотел сразу обозначить, что она будет меняться. Поэтому в первую очередь я созвал совещание, прямо в приемном отделении, и пообщался с сотрудниками, чтобы представиться им, подготовить их к тому, что организация будет меняться, и получить от них информацию об их ожиданиях и пожеланиях: что бы они сами хотели изменить в нашей организации. В первые месяцы работы я собирал такие совещания каждую пятницу, и это позволило выстроить эффективную обратную связь, благодаря которой сотрудники понимали, что я делаю на своем месте и как я изучаю новую для меня организацию.

План обновлений



Каждый понедельник приходила рассылка о новостях организации, и это тоже поддерживало обратную связь. Сотрудники постоянно получали от меня информацию о нашем продвижении, и это все было частью коммуникационного плана.

В течение первых 100 дней я изучал работу различных подразделений, чтобы воспринять и самостоятельно проанализировать эти данные, а не для того, чтобы что-то исправить. Из этого потока информации я очень много узнал, и это также помогло мне выстроить свою команду, чтобы люди сплотились и воспринимали меня не просто как руководителя, а для того чтобы мы стали тем сообществом, в котором можно наладить партнерские отношения и проконсультировать друг друга.

Впоследствии мы постоянно расширяли эту сеть за пределы организации: мы искали консалтинговых партнеров, у нас были консультанты внутри организации, мы выстраивали взаимоотношения с другими руководителями здравоохранения в Онтарио и по всей Северной Америке. И первые несколько месяцев в этом общем процессе сыграли ключевую роль.

Наш попечительский наблюдательный совет состоит из 19 независимых попечителей с правом голоса – экспертов в различных об-

Попечительский (наблюдательный) совет

Независимые попечители (с правом голоса)

- Эксперты в разных областях/отраслях

Представители Торонтского университета (с правом и без права голоса)

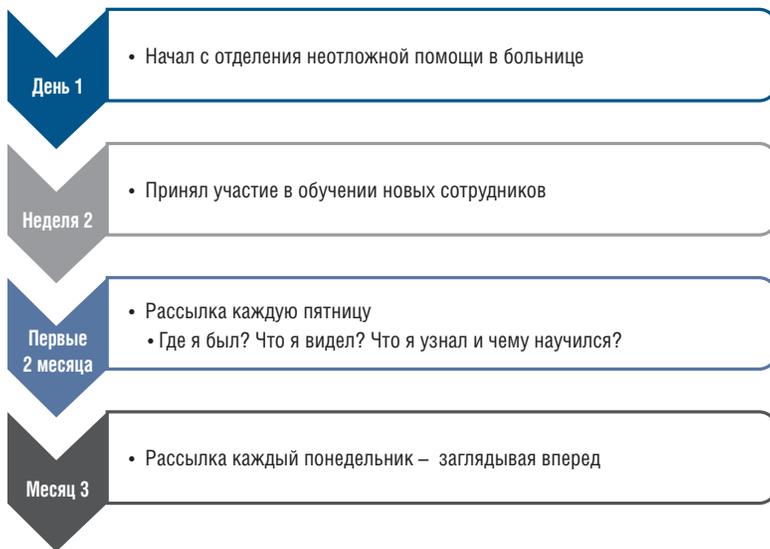
- Президент Торонтского университета (действующий, без права голоса)
- Вице-президент и ректор
- Главный врач

Действующие попечители (без права голоса)

- Генеральный директор (CEO)
- Главная медсестра (CNO)
- Председатель лечебно-консультативной комиссии (MAC Chair)
- Президент Ассоциации медицинских работников (MSA)
- Вице-президент Ассоциации медицинских работников (MSA)



Взаимодействие с организацией



Поиск консультантов



Первые 100 дней в роли президента и генерального директора (январь 2015)

Первые три вопроса перед стартом:

1

• Какова наша цель?

2

• Два важнейших приоритета организации на данный момент?

3

• Что может эта команда сделать для улучшения результата и повышения эффективности организации?



Матрица навыков независимых попечителей

• Привлечение специалистов:

- | | |
|--|--|
| – бухгалтерский учет | – консультант по работе с пациентами/по связям с общественностью |
| – финансы | – управление рисками |
| – бизнес-управление | – информационные технологии |
| – управление персоналом (кадры) | – образование |
| – политика в здравоохранении/система и тенденции | – научные исследования |
| – клинические исследования | – управление качеством и эффективностью |
| – работа с государственными органами | – организация управления |
| – политика | – связи с общественностью/коммуникации |
| – строительство/проектирование | – этика |
| – юридические вопросы | – привлечение финансирования |
| – стратегическое исследование | |



ластях (руководители, главные врачи больниц и главные медсестры, председатели лечебно-консультативных комиссий). У нас в совете представлен Торонтский университет – это подчеркивает наши партнерские взаимоотношения, а также есть действующий попечитель без права голоса.

В рамках деятельности этого совета нас прежде всего интересуют навыки и знания. Нас интересуют не только навыки членов попечительского совета как руководителей, но в первую очередь их навыки как экспертов и исследователей. Конечно же, эти навыки существенно дополняются знаниями по управлению, знаниями об информационных технологиях, их общим уровнем образования и знаниями нормативно-правовой сферы.

Наш совет представляет достаточно широкие слои населения Торонто, поэтому мы очень внимательно относимся к выбору новых членов. По мере развития работы с попечительским советом я регулярно проводил и до сих пор провожу индивидуальные встречи с его членами, для того чтобы поддерживать личные взаимоотношения. Я всегда спрашиваю их, что, по их мнению, я могу сделать для улучшения нашей организации. Мы стараемся развивать взаимодействие и давать возможность специалистам повлиять на нашу работу, вместе обсуждаем существенные изменения и, конечно же, укрепляем внешние связи.

Работа с попечительским советом

- Индивидуальные встречи
- Проверяющая комиссия
- Привлечение специалистов
- Взаимодействие через влияние
- Обсуждение значительных изменений
- Улучшение взаимодействия с внешним миром

Необходимо с самого начала выбрать свой стиль управления. Мне кажется, что хороший лидер в первую очередь умеет хорошо слушать, действует открыто, использует объективные данные, основывается на фактах и всю свою деятельность ориентирует на четкие профессиональные и объективные этические принципы. Именно это позволяет хорошему лидеру развивать организацию и руководить ею на пути к совершенствованию.

В июне 2015 г. я провел первое общее годовое собрание. Когда я произнес речь перед лицом всех сотрудников, я озвучил несколько целей, присущих этой организации на момент, когда я принял руководство этим центром. Я говорил, что необходимо уважать прошлое и быть благодарными опыту наших предшественников. Я рассказал о том, чему научился, обозначил общие приоритеты нашей организации и ключевую ценность как безопасность

Задайте тон, выработайте свой стиль управления

- Аутентичность
- Слушающий
- Открытый, подотчетный
- Использующий объективные данные
- Сосредоточенный на ясности, принципах и этике



Image: Peter Luszyk.



Годовое общее собрание как поворотный момент (июнь 2015)

- Уважайте прошлое
- Чему я научился?
- Куда мы ведем организацию?
- На каких областях сделать акцент?
- Установление приоритета, который превратится в ключевую ценность – безопасность пациента
- Вселяйте надежду, оптимизм и энтузиазм



пациентов и постарался закончить эту речь на позитивной волне, вселяя надежду, оптимизм и энтузиазм. Такие ежегодные обращения к сотрудникам позволяют передать свое отношение, свои положительные эмоции и зарядить всю организацию.

Когда я принимал руководство организацией, требовалось провести определенные преобразования: в частности я получал недостаточно отчетных документов. Именно для этого мы проводили организационные собрания, которые обсуждались даже в мэрии Торонто, и на них мы обсуждали бизнес и финансы, вопросы, связанные с кадровыми ресурсами и клиническими исследованиями, наши клинические операции и про-

граммы, качество и безопасность. Мы обсуждали свой вклад в социальную деятельность, научные исследования и, конечно же, в образование.

На посту руководителя этой организации я старался уделять им максимальное внимание. Организационные обновления в первую очередь были нацелены на повышение устойчивости нашей организации. И прежде всего мы создали общий информационный портал.

На нашем веб-сайте, а вы можете зайти на него даже отсюда, из России, мы обозначили цель, ценности и основные направления развития нашей организации, а также приоритетные области и назначили ответственных за них. Мы постоянно обновляем информацию о продвижении на этом пути. Таким образом, нам удалось создать рабочую атмосферу, которая основывается и ориентируется на факты, на данные.

Говоря о развитии структуры управления нашей организации, я для себя составил общую карту прежней структуры, для того чтобы затем на ее основании определить, как мы будем двигаться дальше. Таким образом, у нас были президент и генеральный директор, а исполнительный комитет подчинялся непосредственно им. Исполнительного директора как такового не было. Нам был нужен специалист, который бы занимался именно исполнительской деятельностью, этот аппарат было необходимо расширить. Вот что получилось после реорганизации управления нашей компании.

Были созданы новые должности, которые позволили нам сосредоточиться на операциях. Мы

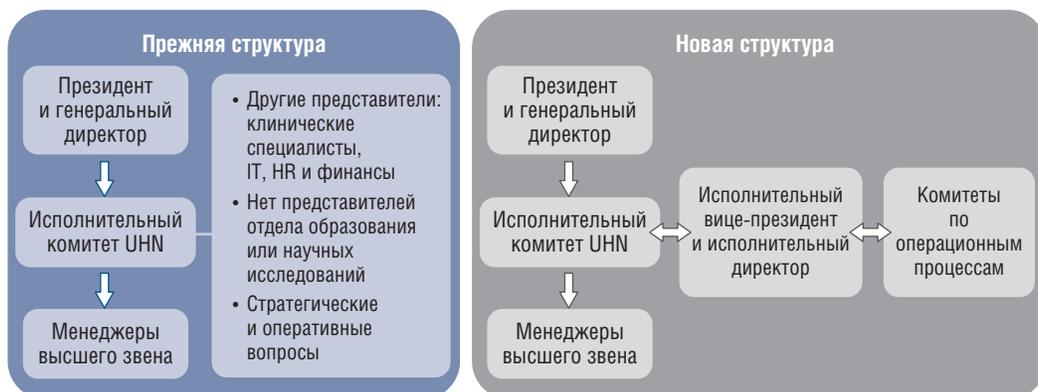
Организационные обновления, которые обсуждались на собрании в ратуше (сентябрь 2015)

7 ключевых направлений, важных для нашего успеха

- Бизнес и финансы
- Кадровые ресурсы и организационное развитие
- Клинические исследования
- Клинические программы, качество и безопасность
- Технологии и инновации
- Научные исследования
- Образование



Развитие структуры управления организацией



создали должность исполнительного директора, теперь некоторые операции проходили более автономно и не выводились на уровень исполнительного комитета. Организация стала более гибкой – не требовались многочисленные согласования при исполнении рутинной работы. В этой новой структуре тоже есть исполнительный комитет и обозначены 7 критических областей, которые я упоминал выше и на которых сосредоточен этот исполнительный комитет. В частности необходимо было работать над ин-

новационными технологиями. Появились вице-президенты по всем широким областям, они регулярно собирались за круглым столом и обсуждали все научные проблемы. Этот исполнительный комитет прежде всего решал стратегические задачи, а не повседневные.

Через какое-то время мы поняли, что кому-то необходимо сосредоточиться на повседневных операциях. Была создана соответствующая команда руководителей, которые занимались кадрами, финансами и повседневными вопросами.

Развитие структуры управления



Фактически у нас в структуре появились 2 команды: одна работала над будущим, а другая – над рутинными задачами, жила сегодняшним днем, и эти команды работали рука об руку.

У нас есть основная структура, которая поддерживает всю систему. Есть такие блоки, как кадры, финансы, даже культура и т.д., а есть подразделения, которые занимаются конкретными вопросами: в частности главный операционный директор, главный директор по медицинским вопросам, которые тоже работают сообща. После своей реорганизации компания смогла получить доход в размере свыше 1 млрд долларов.

Ниже представлены должностные лица компании, которые занимаются образованием или научными исследованиями, и благодаря им мы также смогли уделить существенное внимание этим вопросам и расписать функциональные обязанности для этих лиц.

Я хотел бы остановиться на той работе, которую мы выполнили, в том, что касается наших целей, ценностей и принципов, потому что это критические важные вопросы для нашей организации. Очень часто в рамках стратеги-

ческого планирования традиционной организации есть секция или раздел, которые называются «Ценности», но очень часто этот раздел заполняют для галочки и мало кто обращает внимание на истинные ценности организации. Все любят заниматься стратегическим планированием и перспективными разработками, а мы решили обратить серьезное внимание на ценности, чтобы все наши сотрудники четко осознавали, что лежит в самом сердце нашей организации.

Я уже говорил, что наша миссия – улучшение жизни людей и сообществ, это то, над чем мы работаем ежедневно. У нас есть определенная иерархия ценностей, и это очень важно, потому что наша основополагающая цель, или миссия, очень важна. С нашей точки зрения, пациент всегда должен быть на первом месте, и мы хотим донести до всех, что мы сосредоточены не на узких услугах или поставках оборудования, для нас самое главное – это пациент. Для меня чрезвычайно важно, чтобы каждый сотрудник нашей организации всегда об этом помнил, и я надеюсь, как только пациент заходит в организацию и спрашивает, какова осно-



*James Albert Michener – Джеймс Алберт Миченер (американский писатель). Институт Миченера занимается вопросами образования.

- Наши основные исполнительные системы
- Лечение пациентов
- Наше влияние на общество

Наши цели, ценности и принципы



- ЦЕЛЬ**
Улучшение жизни людей и сообществ благодаря передовому опыту в области медпомощи, открытиям и обучению
 - ОСНОВНАЯ ЦЕННОСТЬ**
Потребности пациентов превыше всего
 - ЦЕННОСТИ**
 - Безопасность:** я несу личную ответственность за пациента и безопасность рабочего места
 - Сострадание:** я забочусь и беспокоюсь за других
 - Работа в команде:** я готов поддержать своих коллег
 - Честность:** я веду себя честно
 - Разумное руководство:** я использую ресурсы с умом
- Произнося и «проживая» эти слова, я передаю ценности UHN**

воплощающая ценность вашей организации, любой сотрудник сразу отвечает ему: «Для нас основополагающая ценность – это наш пациент».

В соответствующих документах многих организаций представлены и дополнительные ценности: сострадание, честность и т.д. Для нас очень важны безопасность и работа в команде, по-

Приоритеты



**БЕЗОПАСНОСТЬ
ПАЦИЕНТА**



**МНЕНИЕ
ПАЦИЕНТА**



**КОМАНДНОЕ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ**



**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ**



**ИТ-
ПРЕОБРАЗОВАНИЯ**



**ИНТЕГРАЦИЯ
С ИНСТИТУТОМ
МИЧЕНЕРА**



**ИССЛЕДОВАНИЯ
И ИННОВАЦИИ**



**ЭФФЕКТИВНОСТЬ
И СТРАТЕГИЯ**



сколько мы обеспечиваем безопасность, жизнь и здоровье наших пациентов, и мы должны сосредоточиться на безопасности. Безопасность – это ключевая ценность нашей организации. Работа в команде тоже очень важна, она необходима, для того чтобы на уровне каждого блока или департамента мы видели согласованную работу и оптимальное использование ресурсов. Нам необходима разумная организация работы в командах, для того чтобы оптимально руководить ресурсами, поступающими от наших налогоплательщиков, и, конечно, нам необходимо правильно распределять человеческие ресурсы в соответствии с этим принципом. И еще один момент, на который я хочу указать особо: работа в команде и разумное руководство требуют индивидуальной приверженности цели. Мы хотим добиться такого эффекта, чтобы каждый сотрудник делал все возможное, чтобы соответствовать этим ценностям.

Очень часто в организациях люди говорят: «Безопасность – это задача конкретного сотрудника, я тут не при чем, я этим не занимаюсь». Мы должны понимать, что каждый человек должен уделять огромное внимание всем этим ценностям. После первого года работы обновленной организации мы выявили новые области, на которых нужно было сосредоточиться, и после преобразований, которые я описал, мы смогли быстро перейти к вопросам стратегического планирования. Но для этого нужно было заострить внимание людей на том, что действительно было важно.

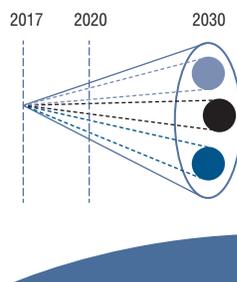
У нас есть список приоритетов, он размещен на нашем сайте, и вы видите, что они включают безопасность, культуру, сосредоточенность на пациенте, операционную эффективность исследования и инновации. Конечно, стратегическое планирование – это та работа, которую мы делали в этом направлении. В том, что касается стратегического планирования, мы сохраняем за собой эти приоритеты, делая основной упор на безопасности, к которой мы стремимся всеми силами, а затем следуют операционная эффективность, разумное руководство и устойчивое развитие. В частности мы провели несколько операций, наняли некоторых сотрудников

и стремимся, чтобы каждое подразделение, каждый департамент и блок поняли, каковы наши приоритеты, чтобы все наши сотрудники осознавали это.

Кроме того, хотел бы рассказать вам немного о процессе стратегического планирования. Фактически мы бросаем якорь в будущее – в 2030 г., т.е. мы пытаемся заглянуть в будущее и наметить для себя определенные планы, мы хотим понять, какое место должна занимать наша организация в 2030 г., каковы ее цели на 2030 г., и мы стремимся ставить такие амбициозные цели. Но мы формулируем эти цели очень просто и ясно, чтобы все в компании поняли их. Конечно, мы обращаем внимание на окружающую среду и стремимся сделать так, чтобы эти цели вдохновляли наших сотрудников и чтобы наши сотрудники стремились их достичь, потому что мы понимаем, что наша организация – это национальный актив, жемчужина Канады, мы должны служить интересам учредителей и всех заинтересованных сторон.

Цели – «главные точки»

- «Бросаем якорь» в будущее – в 2030 г.
- Ставьте цели максимально просто и ясно
- Примите во внимание окружающую среду
- Цели должны вдохновлять и служить интересам учредителей и всех заинтересованных сторон



Вот 3 перспективные цели, на которых мы сосредоточились. Во-первых, это здоровье нашего населения. Мы хотим быть лидерами в области обеспечения и поддержания хорошего здоровья нашего населения. Понятно, что во многих странах сейчас министр здравоохранения и министр финансов работают сообща – они хорошо понимают, что разумная финансовая политика страны приводит к высоким показателям в области здравоохранения. Мы также понимаем, что в будущем в здравоохранении важную роль будут играть цифровые технологии, поэтому

стремимся обеспечить все возможное, чтобы иметь самые современные информационные системы в рамках нашей организации. В частности мы работаем над искусственным интеллектом, наукой о данных, о внедрении новейших технологий block chain, проводим исследования в этих областях, и это будет основной акцент в рамках наших перспектив, потому что индустриальная революция продолжается и мы стремимся использовать все самые последние технологии: роботы, block chain, искусственный интеллект и т.д.

Следующая цель, или фокус, – основные заболевания, которым подвержены канадцы. Мы понимаем, что отвечаем за их здоровье. Канадцы обращаются к нам за помощью, в частности для излечения онкологических или сердечно-сосудистых заболеваний. И мы должны знать, как это лечить, поэтому мы стремимся вперед и хотим продолжать работать в области преобразования и улучшения жизни отдельных канадцев и сообществ.

В заключение хотел бы немного рассказать о собственном жизненном пути. Сначала я был хирургом, ученым, потом – медицинским директором, затем – вице-президентом, в частности я работал с профессором Сигристом в Бостоне,

Цели – будущее UHN



Главные цели помогут нам менять жизнь и сообщества к лучшему



окончил магистерскую программу. Конечно, на протяжении всего этого пути были определенные успехи, я многое узнал и действительно хотел бы применить свои знания, чтобы улучшить жизнь канадцев.

Моя семья тоже очень важна для меня. У меня трое детей, я стремлюсь сочетать работу с семьей и стараюсь уделять время всем детям. Один из моих сыновей занимается спортом, и я много его тренировал, чтобы он добился отличных результатов. Кроме того, я понимаю, что в рамки моих задач входит баланс внутренних

Мой лидерский путь

- Этапы карьеры:
 - Хирург-ученый
 - Медицинский директор
 - Вице-президент, MD, врач Онкологического центра Андерсона (Anderson Cancer Center)
 - Магистратура по управлению в здравоохранении, Гарвард
 - Президент и генеральный директор UHN
- Успехи:
 - Возможность влиять на организационную стратегию
 - Расширение миссии в США и во всем мире
 - Организационное обновление в UHN
- Задачи:
 - Баланс работы и жизни
 - Баланс клинических и административных нагрузок
 - Баланс внутренних и внешних обязанностей
 - Калибровка пропускной способности для изменений
- Чему я научился:
 - Компетенции управленца-лидера обязательны
 - Лидерство требует непрерывного обучения
 - Важность эмоционального интеллекта
 - Сила во взаимодействии и обратной связи
 - Ценностно-ориентированный подход



и внешних обязанностей, т.е. работать в рамках моей организации, а также общаться с внешними заинтересованными сторонами. Учитывая объем тех преобразований, которые претерпевает сейчас наша организация, необходимо изменить нашу пропускную способность, т.е. необходимо показать, что мы движемся так быстро, как можем, но все же не слишком торопимся. Необходимо обеспечить оптимальный темп таких преобразований. Вот чему я научился в рамках своего жизненного пути и без чего не смог бы сейчас работать.

Я очень много узнал в рамках магистерской программы, которую окончил, много времени

уделяю чтению – мне кажется, в нашей организации я один из самых увлеченных читателей. Я постоянно стремлюсь узнать, что происходит не только в медицине, но и в обществе в целом. Я также понял важность эмоционального интеллекта, понял, что очень важно грамотно подбирать людей. Конечно, я обращаю внимание на технические и профессиональные навыки, но когда я набираю людей в свою команду, обращаю внимание и на эмоциональный интеллект, а также на обучаемость – и эти три аспекта чрезвычайно важны. Кроме того, я понял, что очень важны взаимодействия между сотрудниками, а также между сотрудниками и внешним миром.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Пистерс Питер (Peter Pisters) – президент и генеральный директор крупнейшего в Канаде и Северной Америке медицинского научно-исследовательского института University Health Network (Торонто, Канада). С 1994 по 2014 г. он работал в Онкологическом центре им. Андерсона (MD Anderson Cancer Center), пройдя путь от ассистента профессора хирургии до вице-президента по региональному развитию.

E-mail: Peter.Pisters@uhn.ca

ТЕЗИСЫ

V Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2017. Эффективное управление медицинской организацией» (18–19 мая 2017 г., Москва)

Артамонова Г.В., Крючков Д.В., Данильченко Я.В., Карась Д.В.

Внедрение методики анализа рисков в научно-медицинской организации

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Актуальность. Одним из путей повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи является внедрение системы управления рисками, которая позволяет выявить, оценить последствия и выработать тактику противодействия, направленную на ограничение случайных событий, наносящих физический и моральный ущерб организации, ее персоналу и пациентам (Бурыкин И.М., Алеева Г.Н., Хафизьянова Р.Х., 2013). В настоящее время имеется множество проблем в области риск-менеджмента, связанных либо с недостаточным использованием существующих управленческих технологий, либо с их отсутствием на уровне конкретного учреждения (Кицул И.С., 2012). Поэтому **цели** данного исследования – сформировать методику и на ее основе верифицировать основные риски деятельности научно-медицинского учреждения.

Материал и методы. База исследования – ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (Институт). Период исследования – 2016 г. Данные собирали с помощью методов социологического опроса, экспертных оценок и структурированного интервью. Разработана оригинальная методика, включающая контрольную карту идентификации рисков и вопросник для проведения интервью, с помощью которых учитывали следующие факторы:

1. Определение целей деятельности (в контексте производственных процессов).
2. Определение рисков, их источников, причин и последствий.
3. Оценка величины рисков исходя из оценок степени их опасности и вероятности возникновения.
4. Наличие средств мониторинга рисков и соответствующих индикаторных показателей.
5. Наличие механизмов и средств управления рисками в отношении их причин и последствий.

Результаты. Идентифицировано 111 рисков по 14 процессам системы менеджмента качества (СМК) Института. Наибольшее количество рисков выявлено в лечебно-диагностическом процессе (18 рисков) и управлении информационными технологиями (19 рисков). Минимальное количество рисков представлено в производственной среде (3 риска). По характеру источников и причин рисков преобладают внутренние (90,2%), на долю внешних приходится 9,8%. Среди внутренних причин и источников риска выделены следующие: человеческие ресурсы (45,2%), организационные и управленческие факторы (16,8%), материальные (14,8%), информационные (12,2%) и финансовые ресурсы (1,2%). По степени опасности большая часть рисков отнесена к средней степени опасности (45,7%), к высокой степени опасности отнесены 35,5% рисков, к низкой – 18,8% рисков. По вероятности наступления 55,8% рисков имеют среднюю вероятность наступления, 34,4% рисков – низкую, 9,8% – высокую. С учетом вероятности наступления и степени опасности риска можно выделить уровни ри-

ска: наиболее опасные риски, риски средней опасности, риски низкой опасности. В целом преобладают риски средней опасности, доля которых составила 43,6%. Наиболее опасные риски обозначены в 29,0% случаев. Доля рисков с низкой опасностью составила 27,4%. Структура уровня опасности риска различна в процессах СМК. Наибольшая доля опасных рисков отмечена в управлении производственной средой (100%). Доля рисков с низкой опасностью преобладает при оценке удовлетворенности потребителя (75%). Документированный мониторинг риска осуществляется в 61,5% случаев, в 17,1% случаев мониторинг риска осуществляется, но без записей, в 21,4% – мониторинга нет. При рассмотрении уровня опасности риска и его мониторинга установлено, что 26,5% опасных рисков не мониторируются. Управление причинами риска осуществляется регламентированными способами в 80,2% случаев, в 11,2% случаев – нерегламентированными способами, в 8,6% случаев управление причинами риска не осуществляется, но возможно. Управление последствиями риска осуществляется регламентированными способами в 71,4% случаев, в 17,0% случаев – нерегламентированными способами, в 11,6% случаев управления причинами риска не осуществляется, но возможно. Необходимо отметить, что в 58,1% случаев осуществляется одновременно управление причинами и последствиями риска. В 2 (1,7%) случаях нет воздействия ни на причину, ни на последствия. При рассмотрении уровня опасности риска и управления его причинами и последствиями установлено, что не осуществляется управление причинами и последствиями риска опасной зоны в 14,7 и 6,2% случаев соответственно.

Выводы. В ходе проведенного исследования разработана и апробирована методика верификации основных рисков деятельности научно-медицинского учреждения. Выявлены узкие места в системе управления рисками: отсутствие мониторинга, управления причинами и последствиями у отдельных наиболее опасных рисков деятельности Института.

Бахтина И.С., Гардеробова Л.В., Поклад Л.А., Меркушкина С.А., Якимова Н.В., Регентова Е.С., Крючкова Н.Ю.

Изучение рисков перехода на систему непрерывного медицинского образования применительно к специалистам со средним медицинским и фармацевтическим образованием

ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский центр последипломного образования работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием» ФМБА России

Актуальность. Эффективность системы здравоохранения, достижение высокого уровня доступности и качества медицинской помощи в настоящее время в полной мере зависит от кадрового потенциала отрасли. Важными условиями для непрерывного профессионального развития медицинских кадров являются внедрение непрерывного медицинского образования (НМО), развитие IT-инфраструктуры рабочих мест медицинских организаций с расширением их функционала в образовательную среду, оптимизация традиционной системы дополнительного профессионального образования (ДПО) в инновационную путем развития современных форм управления и реализации образовательных программ. Особенности и сложности переходного периода на систему НМО в первую очередь могут быть обусловлены недооценкой рисков, обусловленных уровнем знаний медицинских специалистов по вопросам нормативно-законодательной базы в сфере ДПО, ресурсного обеспечения медицинских организаций в отдаленных регионах и сельской местности, степенью эффективности контроля качества ДПО в условиях применения инновационных образовательных технологий. В настоящее время риски перехода на НМО специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием мало изучены, для обеспечения организационно-методических условий и эффективного перехода на НМО средних медицинских работников сформирована рабочая группа, проведено пилотное исследование в регионах РФ.

Цель исследования, проведенного рабочей группой в 2016–2017 гг. на базах медицинских организаций в 20 регионах РФ, – изучение рисков новой системы ДПО на основе определения готовности специалистов со средним медицинским образованием и ресурсного обеспечения медицинских организаций к переходу на систему НМО.

Материал и методы. В основе настоящего исследования лежит социологический метод, реализованный с применением анкетного опроса по специально разработанной в соответствии с задачами исследования карте с последующей статистической обработкой собранных данных. Исследование проводили путем сплошной выборки, оно репрезентативное, выборочная совокупность исследования представлена 20 462 специалистами со средним медицинским образованием.

Результаты. Распределение участников анкетирования в зависимости от занимаемой должности: основу выборки составили клинические медицинские сестры – 76%, руководители сестринских служб – 10% (из них 1% – главные медицинские сестры), фельдшера и акушерки в общей совокупности – 8%, лаборанты – 5%, специалисты других должностей – <2%. Распределение анкетированных по виду медицинской организации отражает представительство всех уровней оказания медицинской помощи: сотрудники городских и областных/районных больниц (46%), сотрудники федеральных клинических центров (15%), сотрудники городских и районных поликлиник – 12 и 3% соответственно, сотрудники роддомов и женских консультаций – 4%, ФАП – 2%; другие учреждения были представлены <2%. Выразили готовность к самостоятельному выстраиванию индивидуальной образовательной траектории лишь 16% респондентов (62% опрошенных не готовы из-за отсутствия знаний нормативно-правовой базы НМО, у 18% опрошенных полностью отсутствует доступ к IT-технологиям). Около 50% опрошенных имеют средний уровень IT-компетенций, 23% опрошенных оценили его как низкий. Ресурсная обеспеченность медицинских организаций, определяемая наличием оборудованных рабочих мест для повышения квалификации сотрудников в дистанционной форме, недостаточно эффективна: 19% респондентов не имеют компьютера на рабочем месте, 22% опрошенных имеют оборудованные компьютерной техникой рабочие места с возможностью их использования в образовательных целях (из них 15% имеют 1 компьютер на 2–5 человек, 43% – 1 компьютер на 5–10 человек), в то же время 60% респондентов отметили готовность и возможность использовать IT-технологии в образовательных целях в условиях домашней среды.

Выводы. Пилотное исследование позволило изучить и выявить следующие риски перехода на НМО специалистов со средним медицинским образованием: низкая приверженность специалистов к самостоятельному планированию повышения квалификации; недостаточный уровень IT-ресурсной готовности медицинских организаций; трудности реализации и контроля дистанционного обучения. Для минимизации рисков необходимо оптимизировать образовательные программы, включать в программы повышения квалификации модули по нормативной базе НМО и IT-технологиям, дооснащать медицинские организации компьютерной техникой с выходом в Интернет в образовательных целях.

Воронцова Т.В.¹, Мещеряков В.В.²

Внедрение детализированного дневника осмотра врача электронной медицинской карты и качество медицинской помощи в условиях городской многопрофильной поликлиники

¹ БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 1»

² БУ ВО «Сургутский государственный университет», Медицинский институт

В современных условиях дефицита кадровых ресурсов здравоохранения и постоянного повышения требований к качеству медицинской помощи оптимизация работы практического врача имеет

важное значение. При экспертизе качества оценивается деятельность врача, отраженная в медицинской документации. В то же время в действующих отраслевых приказах как критерий качества медицинской помощи утверждается требование заполнять все разделы, предусмотренные амбулаторной картой. Можно утверждать, что качество оформления медицинской документации является одним из механизмов управления качеством медицинской помощи. В России внедряется Концепция создания Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), в связи с этим возникает необходимость внедрения электронных медицинских карт (ЭМК) в повседневную практику врача.

Актуальность. На сегодняшний момент мало накоплено сведений о научном подходе к разработке и эффективности ЭМК. Научно обоснована эффективность внедрения стандартизированных и формализованных электронных учетных документов, в частности в ЭМК (дневник осмотра врача) с целью повышения качества медицинской помощи.

Цели исследования – оптимизировать учетные формы дневников осмотра врача на основе их формализации и детализации с учетом выявленных при внутриведомственной экспертизе дефектов, создать шаблоны в ЭМК и оценить эффективность их внедрения в практику.

Материал, методы и результаты. На основе медико-социологического исследования с использованием метода конкордации получен статистически значимый высокий уровень согласованности мнений 20 организаторов здравоохранения о медико-организационной значимости внедрения формализованных и детализованных дневников записей врачей в медицинской карте амбулаторного больного ($W=0,46$; $\chi^2=36,8$; $p<0,001$), а на основании анкетирования 20 практических врачей определена наиболее удобная для использования форма дневника – ЭМК с шаблоном осмотра пациента и детальным прописыванием этапов работы врача с пациентом с учетом специальности врача, пола и возраста пациента, встроенными справочниками МКБ-10, стандартов медицинской помощи, льготного лекарственного обеспечения, информированных согласий и т.д. ($W=0,45$; $\chi^2=35,9$; $p<0,001$). На втором этапе исследования в случаях оказания медицинской помощи, оформленных традиционным произвольным способом, методом ранговой корреляции установлена прямая статистически значимая связь средней силы между ранжированными показателями качества оформления медицинской документации и качества ведения пациента ($r_s=0,41$, $p<0,001$). После разработки и внедрения шаблона дневника в ЭМК исследовали уровень качества оформления медицинской документации и медицинской помощи в целом в двух группах случаев: с традиционным способом оформления медицинской документации (508 случаев, оформленные 52 врачами) и с применением шаблона дневника в ЭМК (610 случаев, оформленные 60 врачами). Ведение пациентов в одной медицинской организации в один и тот же период времени (параллельное исследование) с использованием различных методов оформления дневника позволило сравнить 2 альтернативных подхода к ведению записей в учетной форме (с использованием рукописной произвольной записи и ЭМК) с точки зрения качества оформления документации и качества оказания помощи в целом. Такой подход позволил также максимально исключить другие факторы, которые могли повлиять на качество оказания медицинской помощи. Проанализированы все законченные случаи оказания медицинской помощи по заболеванию с количеством обращений к врачу не менее трех, подвергнутые внутриведомственной экспертизе за период внедрения. Методом углового преобразования Фишера установлен статистически значимый ($p<0,01$) рост показателя балльной оценки качества оформления документации на 4,4%, на 2,5% – показателя качества медицинской помощи в группе случаев, оформленной в ЭМК с детализованным осмотром пациента. Это сопровождалось увеличением на 21,0% ($p<0,01$ по методу углового преобразования Фишера) случаев с выздоровлением или улучшением состояния по сравнению с группой случаев, оформленных с использованием бумажного носителя с произвольной формой заполнения дневника врачом.

Выводы. Установленная связь между качеством оформления амбулаторной карты и качеством оказания медицинской помощи, уменьшение числа дефектов записей и дефектов оказания меди-

цинской помощи в сочетании с ростом положительных исходов заболевания после внедрения ЭМК с детализацией записей в шаблоне осмотра пациента в практику деятельности поликлиники свидетельствуют о положительном влиянии внедрения ЭМК на качество оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Горин С.Г.

Прекращение бюджетного финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в 2017 г.: проблемы и риски

Госпиталь для ветеранов войн № 2 Департамента здравоохранения г. Москвы

Поэтапное введение в России одноканального финансирования медицинских учреждений через систему обязательного медицинского страхования (ОМС) постепенно меняет ситуацию в здравоохранении. Одновременно происходит оптимизация системы правовых норм, регулирующих организационные и экономические отношения в государственном секторе здравоохранения, в том числе федерального и регионального уровней, где пациентам оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП). С 2013 г. началось привлечение федеральных клиник к оказанию медицинской помощи по территориальным программам ОМС. В результате погружения в систему ОМС многие федеральные учреждения здравоохранения Минздрава России и ФАНО России, включая научные, оказались недофинансированными, так как не вписывались в программы ОМС территорий, являющихся местом их расположения. Для этих учреждений объемы финансирования из федерального бюджета стали сокращаться, а с 2015 по 2016 г. реализовывалась сложная схема, согласно которой Федеральный фонд ОМС направлял трансферты в федеральный бюджет, откуда средства распределялись между главным распорядителями средств федерального бюджета и доводились до клиник в порядке финансирования государственного задания. Одновременно с этим наиболее растражированные виды высокотехнологичной медицинской помощи стали предоставляться населению в рамках программ ОМС и по правилам ОМС. В 2017 г. реализуется новый механизм финансового обеспечения ВМП: планируют объемы помощи в рамках государственного задания учредители федеральных государственных учреждений (кроме фтизиатрического профиля), а финансирует государственное задание Федеральный фонд ОМС, бюджет которого формируется из страховых взносов. Как эта мера отразится на полноте финансового обеспечения ВМП в условиях реформы страховых взносов? Под реформой страховых взносов подразумевается планируемая передача с 2017 г. функции сбора социальных платежей от Пенсионного фонда и Фонда социального страхования Федеральной налоговой службе. В некоторых зарубежных странах целевые налоги на зарплату являются основным источником финансирования здравоохранения. Однако и в целевых налогах на здравоохранение есть недостатки, которые особенно остро могут проявиться в период экономических ограничений. В частности во время экономического спада многие люди покидают организации и предприятия из-за сокращения штатов, чтобы работать в частном секторе или заняться индивидуальной трудовой деятельностью. Собрать целевые налоги в этих условиях очень трудно, и, если общая экономическая ситуация не улучшится, скорее всего будет собрана лишь малая часть ожидаемого даже несмотря на предполагаемую реформу страховых взносов в России. С 2017 г. один и тот же вид медицинской помощи (ВМП) финансируется по двум разным правилам. Часть объемов и методов – по правилам ОМС, а другая часть – по правилам Бюджетного кодекса, но деньгами, собранными как страховые взносы. В этих условиях целесообразно законодательно уточнить определение и детализировать критерии ВМП (включая стоимость). А также, чтобы Федеральный фонд

ОМС не превратился в высокотехнологичный медицинский собес – структуру, занимающуюся лишь расходной частью финансового обеспечения ВМП: учетом государственных заданий и доведением субсидий в соответствии с соглашениями, – нужно создать в Федеральном фонде ОМС подразделение по организации (во взаимодействии с Минздравом России) ВМП. Основная задача этого подразделения – планирование объемов ВМП с учетом медико-демографических показателей субъектов Российской Федерации, а также необходимости выравнивания регионов по уровню обеспеченности ВМП. В противном случае работа Федерального фонда ОМС может ограничиться бухгалтерскими функциями по выставлению платежных поручений, согласно планам-графикам доведения субсидий для финансового обеспечения государственных заданий. Федеральным учреждениям, оказывающим ВМП, необходимо повысить эффективность и результативность работы, а также активно выявлять внутренние резервы экономии расходов.

Данилов А.В.

Реструктуризация региональной системы оказания стационарной медицинской помощи на основе технологии бенчмаркинга

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, Воронеж

Цель данной работы – разработка аналитического инструментария, ориентированного на подготовку принятия управленческих решений по реструктуризации региональной системы оказания стационарной медицинской помощи. Выдвинута гипотеза, что стационары с более высокими индексами специализации будут более эффективными по сравнению с менее специализированными стационарами и что небольшие стационары, более вероятно, были бы эффективны, чем крупные, после принятий решений по реструктуризации с учетом повышения уровня специализации. В этом исследовании использовались множественные наборы данных: данные о количестве случаев оказания медицинской помощи стационарами, участвующим в системе ОМС региона за 2015 г., по всем клинико-статистическим группам (КСГ). Эти данные использовались для вычисления такого показателя, как индекс теории информации (ИТИ) для каждого стационара. Расчет показателей эффективности деятельности стационаров на основе метода анализа среды функционирования (АСФ) основан на данных статистической отчетности (ф. 30 – Деятельность стационара) за 2015 г.

Для исследования были отобраны все стационары государственной формы собственности, действующие в системе ОМС региона. Индекс теории информации ИТИ вычисляется на основе сравнения значения доли i -й используемой КСГ в стационаре к региональной доле i -й КСГ. Когда различие между этими двумя долями уменьшается, индекс приближается к 0; при увеличении различия значение индекса также увеличивается. Разные значения доли используемых КСГ указывают на форму специализации, при которой количественный показатель индекса увеличивается, когда различие увеличивается. Степень специализации, измеренная с помощью индекса ИТИ, отражает, какой – узкий или широкий – диапазон КСГ используется при формировании счетов ОМС за пролеченных пациентов в стационаре. Так, стационары, которые обеспечивают широкий диапазон медицинских услуг, показывают невысокую степень специализации. В проведенном исследовании использовался количественный показатель оценки эффективности оказания медицинских услуг, вычисленный на основе метода бенчмаркинга АСФ. АСФ – количественная техника, применяемая для вычисления единственного совокупного показателя, позволяющего оценить относительную эффективность медицинских организаций. Метод бенчмаркинга АСФ имеет преимущество перед регрессионным анализом при оценке эффективности стационара. Регрессионный анализ измеряет эффективность стационара, ис-

пользуя отношения данного стационара к линии регрессии, которая зависит от среднего значения результатов деятельности, тогда как АСФ оценивает результаты деятельности по отношению к наиболее эффективным стационарам. Стационар, идентифицированный по методу АСФ как эффективный, является таковым в части использования имеющихся ресурсов. При анализе деятельности стационаров имеющиеся ресурсы могут быть использованы как для увеличения результатов работы (числа госпитализаций), так и для уменьшения ресурсов при сохранении значений объемных показателей. Поэтому термин «эффективный» не указывает на абсолютную эффективность деятельности. Для выявления причин низкой эффективности деятельности того или иного стационара требуется провести аудит, при котором оцениваются уровни используемых медицинских технологий, владения профессиональными компетенциями врачами, информатизации деятельности стационара, наличие и применение современного диагностического и терапевтического/хирургического оборудования. Затем указанные направления деятельности анализируют в стационаре-лидере. И наконец вырабатывают управленческие решения по достижению уровня стационара-лидера по выбранным направлениям, которые позволяют разработать план реструктуризации региональной системы оказания стационарной медицинской помощи.

Ход реструктуризации оценивают в рамках системы бенчмаркинга, который состоит из нескольких последовательных этапов. Во-первых, определяются цели, которые следует достичь с помощью этого инструмента: от простого определения того, насколько стационар работает лучше или хуже, чем другие, до решения конкретной проблемы и определения того, за счет каких изменений стационар может стать более эффективным. После этого определяется один или несколько стационаров-лидеров в регионе. На третьем этапе изучают опыт стационара-лидера и его показатели. И последним, четвертым, шагом являются адаптация, приспособление изученного опыта для решения проблем неэффективного стационара.

Иванов И.В.

Предложения Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: результаты самооценки и внешнего аудита медицинских организаций

ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, Москва

Одним из актуальных вопросов в здравоохранении является повышение качества медицинской помощи. Внутренний контроль качества и безопасности в медицинской организации является существенным элементом успешного функционирования системы управления качеством.

В 2015 г. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора (ЦМИКЭЭ) разработаны Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (далее – Предложения), в которых содержатся унифицированные подходы к внутреннему контролю как инструмента управления качеством и безопасности медицинской деятельности. С 2016 г. в 12 субъектах Российской Федерации (в 17 медицинских организациях) началось внедрение практических рекомендаций.

Разработанные Предложения для стационаров включают 11 базовых разделов, по каждому из них сформированы критерии для оценки. Соответствие данным критериям характеризует качество и безопасность медицинской деятельности в медицинских организациях. Формой проведения оценки соответствия деятельности медицинской организации Предложениям является аудит. В соответ-

ствии с международным стандартом ИСО 9000:2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь», под аудитом понимают систематический, независимый и документированный процесс получения объективных свидетельств и их объективной оценки для установления степени соответствия установленным критериям.

Первым этапом внедрения Предложений в деятельность медицинских организаций является проведение самооценки (внутреннего аудита). Самооценка проводилась силами медицинских организаций в соответствии с критериями, изложенными в Предложениях, по следующему плану:

1. Формирование мультидисциплинарных рабочих групп в соответствии с разделами Предложений.
2. Разработка плана проведения самооценки.
3. Проведение самооценки, включая сбор и обработку данных.
4. Анализ полученных результатов.
5. Подготовка общего отчета по медицинской организации.

Вторым этапом внедрения является проведение в медицинских организациях внешних аудитов экспертами ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора.

Цель данной работы – анализ результатов внутренних и внешних аудитов в медицинских организациях, внедряющих в свою деятельность Предложения.

Медицинские организации соответствовали следующим критериям:

- профиль деятельности – многопрофильный стационар;
- количество коек – >350;
- форма собственности – государственная.

В рамках проведения аудитов для каждой медицинской организации (с учетом профиля деятельности) на основе Предложений были разработаны оценочные листы с качественными показателями. По каждому из 11 разделов Предложений оценочный лист включал перечень критериев, которые были объединены в группы. Система для оценки показателей – двоичная, определяющая соответствие или несоответствие тому или иному критерию.

Методология проведения аудитов на основе Предложений предполагает расчет общего показателя соответствия деятельности медицинской организации по каждому разделу. При этом несоответствие даже по одному критерию внутри группы показателей раздела является основанием для отнесения данной группы показателей к числу несоответствующих.

Итоги обобщенной обработки результатов соответствия медицинских организаций в разрезе разделов Предложений представлены в таблице ниже: по результатам внутреннего и внешнего аудитов по 2 разделам Предложений достигнут уровень соответствия >80%, который характеризует меры по обеспечению качества и безопасности по данным направлениям работы медицинских организаций как эффективные и требующие лишь поддержки и минимальных улучшений.

Так, раздел «Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови», имеет наиболее высокий уровень соответствия (92%). Медицинские организации в рамках внутренних аудитов (средний уровень соответствия – 68%) чаще всего фиксировали отсутствие клинических алгоритмов: алгоритмов заказа, доставки и идентификации компонентов крови, алгоритмов переливания различных компонентов крови, подбора компонентов в особых случаях и др. Внешние эксперты оценили уровень соответствия медицинских организаций выше, так как существующие документы (под другими названиями), в целом, соответствовали требованиям. Наиболее частым несоответствием установленным критериям были дефекты, связанные с неточным исполнением алгоритмов трансфузий, например, проведения биологических проб, ведением медицинской документации, в том числе с оформлением показаний (более часто при трансфузии свежезамороженной плазмы). Кроме этого, практически во всех медицинских организациях были выявлены проблемы, связанные с оценкой эффективности трансфузионной терапии (отсутствуют согласованные показатели эффективности).

Средние показатели соответствия по разделам Предложений по результатам проведенных внутренних и внешних аудитов (%)

№	Название раздела	Внутренние аудиты	Внешние аудиты
1	Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции	36	20
2	Идентификация личности пациентов	43	56
3	Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	50	32
4	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор	63	42
5	Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий	77	80
6	Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения	54	43
7	Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации	58	66
8	Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами	51	53
9	Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови	68	92
10	Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений	61	70
11	Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)	67	н/а

По результатам анализа внутренних и внешних аудитов медицинских организаций по разделу «Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий» выявлено, что в большинстве всех оцениваемых медицинских организаций есть несоответствия, связанные с организационными аспектами обращения медицинских изделий. В частности не организовано обучение персонала по вопросам контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий, не проводятся внутренние аудиты по данному направлению. В медицинских организациях доминирует формальный подход к регистрации и учету побочных действий и нежелательных реакций при применении медицинских изделий, в том числе в части направления извещений в АИС Росздравнадзора и (или) Территориальные органы Росздравнадзора субъектов РФ. Тем не менее общий уровень соответствия по данному разделу один из самых высоких.

По всем медицинским организациям относительно высоким уровнем соответствия, по данным внешних аудитов, характеризуются разделы Предложений 7 и 10.

По разделу «Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации» (раздел 7) при анализе результатов внутренних и внешних аудитов были выявлены следующие несоответствия: в большинстве медицинских организаций отмечаются организационные проблемы при обеспечении преемственности медицинской помощи. В частности отсутствуют алгоритмы маршрутизации, перевода внутри медицинской организации (в отделения реанимации из клинических отделений), выписки и перевода в другое медицинское

учреждение (в том числе для выполнения диагностических процедур), организации внешних консультаций, алгоритмы трансфера разных категорий пациентов, алгоритмы передачи клинической информации за пациента при переводе и передаче дежурств, в том числе при передаче информации от медицинских сестер врачам, особенно в экстренных ситуациях – при ухудшении состояния пациентов.

По разделу «Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений падений» (раздел 10) как в рамках внутренних аудитов (61%), так и в рамках внешних аудитов (70%) в медицинских организациях отмечается относительно высокий уровень соответствия в части обеспечения безопасной среды для пребывания пациентов. При этом что в большинстве организаций не существует системы профилактики падений и пролежней пациентов, учет не ведется, а значит, эти случаи не анализируются, алгоритмы по профилактике рисков падений и пролежней не разработаны, пациенты и их родственники по вопросам профилактики рисков пролежней и падений не информируются.

Следующая группа разделов характеризуется уровнем соответствия от 40 до 65%. По разделу Предложений, связанному с обеспечением лекарственной безопасности в медицинских организациях (раздел 4), в большинстве медицинских организаций директивно исполняются требования по контролю условий хранения лекарственных препаратов (хотя во время проведения аудитов во всех организациях были зафиксированы случаи нарушения хранения прежде всего термолабильных лекарственных препаратов, в том числе в укладках врачей-реаниматологов – лисенон, адреналин). В большинстве медицинских организаций были зафиксированы несоответствия установленным критериям в части маркировки флаконов с инфузионными растворами. Остаются нерешенными проблемы со знаниями и учетом врачами факторов риска при назначении лекарственных препаратов, а также процесса назначения лекарственных препаратов, в том числе при гипердиагностике и полипрагмазии. При этом оценить соответствие выбора лекарственного препарата и его дозировки клиническим рекомендациям/протоколам лечения практически невозможно, ввиду того что на большинстве рабочих мест протоколы лечения (даже при их наличии в федеральной электронной медицинской библиотеке) отсутствуют.

В рамках раздела «Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре» (раздел 6) обращает внимание отсутствие в некоторых медицинских организациях локальных алгоритмов оказания экстренной медицинской помощи, описывающих действия персонала в конкретных условиях стационара, а также отсутствие системы обучения персонала на рабочем месте (с использованием симуляторов) навыкам оказания экстренной помощи, например сердечно-легочной реанимации, первичной помощи при шоке. Имеющиеся в медицинских организациях клинические алгоритмы зачастую не соответствуют современным рекомендациям. При проведении аудитов было зафиксировано наличие разных алгоритмов в различных подразделениях одной организации.

При оценке раздела «Хирургическая безопасность» (раздел 8) в большинстве медицинских организаций имелись проблемы организационного характера: отсутствовали документы об организации полноценной системы обеспечения хирургической безопасности, включающей разработку и использование хирургического чек-листа, алгоритмов передачи клинической ответственности в послеоперационном периоде, оценку эффективности анестезиологических пособий и обезболивания в послеоперационном периоде. В большинстве организаций не используются шкалы оценки боли, помогающие объективизировать и индивидуализировать подход к обезболиванию.

При анализе результатов внутренних и внешних аудитов медицинских организаций по разделу «Идентификация личности пациентов» (раздел 2) не бралась в расчет группа показателей, предписывающих использование в медицинских организациях для идентификации личности пациентов специальных идентификационных браслетов, поскольку данные показатели в большей степени носят рекомендательный характер. Хотя, пример нескольких медицинских организаций, внедривших систему браслетов, в том числе цветных, для идентификации особых групп пациентов высокого ри-

ска: аллергии и падений, подтвердила эффективность такого подхода. В некоторых медицинских организациях приказами главного врача не определены минимальный набор идентификаторов (например, ФИО и возраст, но не палата и отделение) для установления личности пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, не разработаны алгоритмы идентификации пациентов, находящихся в бессознательном состоянии, в том числе без документов, и пациентов, не владеющих русским языком.

В рамках анализа результатов внутренних и внешних аудитов медицинских организаций определены 2 раздела Предложений, по которым средний уровень соответствия является критически низким, – разделы 1 и 3.

По разделу Предложений «Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции» (раздел 1) в Система управления медицинских организаций наблюдается значительное несоответствие установленным критериям, что свидетельствует об отсутствии современных подходов к комплексному управлению персоналом.

В большей степени несоответствие касается организационных аспектов работы медицинских организаций в отношении развития кадрового потенциала сотрудников, использования социально-психологических методов управления персоналом и системы оценки эффективности и результативности. При этом анализ показывает, что в оцениваемых организациях имеются некоторые элементы непрерывного обучения и развития персонала, кадрового делопроизводства и использования административных методов управления персоналом, однако указанные элементы не позволяют судить о комплексном подходе к управлению персоналом.

Результаты анализа по разделу Предложений «Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» (раздел 3) показывают, что медицинские организации оценивают собственные мероприятия по обеспечению эпидемиологической безопасности гораздо оптимистичнее, чем внешние аудиторы (50 и 32% в среднем соответственно). При этом в большинстве медицинских организациях, особенно тех, что имеют централизованное стерилизационное отделение, хорошо поставлена работа по стерилизации медицинских изделий, оказанию помощи пациентам, требующим изоляции, и организации противоэпидемических мероприятий при возникновении случаев инфекции. К наиболее проблемным зонам практически все организации, внедряющие систему управления качеством на основе Предложений, относят отсутствие эффективного микробиологического мониторинга, проведения микробиологических исследований (прежде всего обеспечения доступности в режиме 24/7/365) и обеспечению рационального использования антибактериальных лекарственных препаратов. Кроме того, во многих медицинских организациях требует существенных улучшений работа по сокращению длительности пребывания пациентов в стационаре (в том числе плановых хирургических больных) и профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Медицинские организации по результатам внутреннего аудита высоко оценили соответствие критериям раздела «Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)» (раздел 11). При проведении внешних аудитов выяснилось, что большинство врачей не используют в повседневной работе протоколы лечения, основанные на данных доказательной медицины, чаще ведение больных осуществляется по принципу «у нас так принято», «у нас такая школа» и т.д.

Таким образом, по результатам внутренних и внешних аудитов в медицинских организациях, можно сделать следующие **выводы**:

1. Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) и оценочные листы, разработанные на основе данных Предложений, позволяют медицинским организациям самостоятельно комплексно подойти к оценке качества и безопасности медицинской деятельности при осуществлении внутренних аудитов.

2. По результатам и внутренних, и внешних аудитов наиболее проблемными, имеющими значительные несоответствия, оказались следующие разделы медицинской деятельности: управление персоналом, обеспечение эпидемиологической и лекарственной безопасности, организация экстренной и неотложной помощи.

3. Внутренний аудит (самооценка) в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является действенным инструментом для оценки качества и безопасности как этап проекта, позволяет медицинским организациям самостоятельно выявить проблемы в своей деятельности и сформулировать приоритеты по необходимости корректировки своей деятельности.

4. Внешний аудит, проводимый экспертами ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора в рамках второго этапа внедрения в деятельность медицинских организаций Предложений, позволяет объективно оценить систему управления качеством в медицинской организации и сформировать на основе результатов аудита комплексный план по внедрению в организации современной и эффективной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. Аудит в рамках внутреннего контроля позволяет медицинской организации создать инструмент профилактики нарушений и, как следствие, минимизировать риски наступления нежелательных событий, связанных с несоблюдением требований при осуществлении медицинской деятельности.

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

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи в России

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

На современном этапе реформирования здравоохранения и развития амбулаторно-поликлинических учреждений весьма актуально изучение отечественного опыта организации первичной медико-санитарной помощи населению крупных городов. Начало развития городской медицины в России берет в XVIII в., когда в 1737 г. медицинской канцелярией был подготовлен Указ «О содержании в знатных городах лекарей с производством им жалованья из ратуш». Спустя год был учрежден «особенный для бедных врач», а в 1775 г. при губернских управлениях были созданы приказы общественного призрения, которые занимались организацией и контролем деятельности больниц и сиротских приютов. Первая в России городская поликлиника возникла в 1804 г. в г. Юрьеве (ныне Тарту, Эстония), где при терапевтической клинике медицинского факультета университета были организованы амбулаторный прием и посещение больных на дому студентами и преподавателями. В том же 1804 г. в Санкт-Петербурге силами Медико-филантропического комитета был разработан передовой для того времени проект «домового призрения» больных. В 1836 г. в Петербургской медико-хирургической академии была впервые открыта нештатная амбулаторная клиника для проходящих больных, впоследствии амбулаторные клиники были организованы при различных академических кафедрах и госпиталях. Особенно стройная система такой помощи действовала в Санкт-Петербурге. Большая заслуга в ее организации принадлежит С.П. Боткину – в 1880-е гг. по его инициативе был разработан проект организации амбулаторной помощи бедному населению. Город был разделен на участки, и к каждому участку были прикреплены врачи, названные думскими, осуществлявшие бесплатную помощь больным на дому и амбулаторный прием. Врач консультировал пациентов и назначал лечение; в необходимых случаях больных госпитализировали. На основе опыта организации амбулаторной помощи в Санкт-Петербурге в 1905 г. правление Пироговского общества представило на съезде доклад об основных началах врачебно-санитарного строя в городах. В первые годы строительства со-

ветского здравоохранения (1917–1919 гг.) многие принципы организации медицинской помощи населению носили декларативный характер, но уже в 1920 г. был разработан конкретный план мероприятий по развертыванию внебольничной помощи населению страны. Важную роль в развитии сети поликлиник сыграл приказ Наркомздрава СССР от 04.08.1938 «Об улучшении внебольничной помощи и о мерах по снижению заболеваемости». Позже Великая Отечественная война прервала работу по развитию амбулаторно-поликлинической помощи. В 1947 г. на совещании актива работников здравоохранения было констатировано низкое качество лечебно-профилактической помощи, вызванное разобщенностью в работе стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений. Был издан приказ Минздрава СССР № 431 от 24.10.1947 «О мероприятиях по улучшению лечебно-профилактического обслуживания городского населения», которым утверждалась инструкция по объединению городских больниц с поликлиниками. Однако при объединении больниц и поликлиник был допущен ряд ошибок, и впоследствии в 1954 г. от него отказались, особенно в крупных городах, поскольку такое объединение ограничивало доступность амбулаторной помощи для пациентов, а у врачей из-за необходимости ежедневной работы в стационаре сокращалось время поликлинического приема. В 1960 г. был издан приказ Минздрава СССР № 321 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению амбулаторно-поликлинического обслуживания городского населения», в котором подчеркивалось, что ведущее место в системе медицинского обслуживания населения принадлежит поликлиническим учреждениям. В 1962 г. поликлиники были вновь включены в номенклатуру учреждений здравоохранения, и 1960-е гг. отмечены быстрым ростом сети поликлиник. В сентябре 1978 г. Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ провели историческую Международную конференцию по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Алма-Ате. Конференция приняла Алма-Атинскую декларацию и стратегию «Здоровье для всех», которая призывает к созданию систем здравоохранения, основанных на ПМСП, гарантирующих равный доступ к медицинскому обслуживанию для всех граждан. Указанные стратегии до сих пор составляют базис здравоохранения многих стран, функционируя на основе философии Алма-Атинской декларации. В середине 1980-х гг. в отечественном здравоохранении сложилась крайне неблагоприятная ситуация: финансирование здравоохранения осуществлялось по остаточному принципу, при этом более 80% общего объема финансирования приходилось на стационарное звено. Благодаря внедрению нового хозяйственного механизма был продемонстрирован большой потенциал реформирования государственной системы здравоохранения и возможности ее существенного усовершенствования. По сути, это стало первым этапом реформирования здравоохранения при постепенном переходе к медицинскому страхованию.

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

Стационарзамещающие технологии в амбулаторной практике

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

В настоящее время одной из приоритетных задач, стоящих перед государством, является оптимизация расходования бюджетных средств, при этом актуальной проблемой является поиск новых экономически эффективных моделей оказания высококвалифицированной первичной медико-санитарной помощи, в качестве которых можно рассматривать использование стационарзамещающих технологий. На данном этапе не существует принципиального дефицита медицинских технологий, но проблема их выбора в соответствии с желаемыми медицинскими, социальными и экономическими эффектами постоянно нарастает. Конкурсный выбор требует разработки адек-

ватных оценок эффективности медицинских технологий в здравоохранении с целью принятия наиболее приемлемых управленческих решений. ПМСП, будучи наиболее доступной, экономически и социально ориентированной, является центральным звеном здравоохранения. В России до 80% ресурсов здравоохранения используется для финансирования дорогостоящей стационарной медицинской помощи против 30–50% в экономически развитых странах. Потери от неэффективного использования средств достигают 20% от общей суммы государственного финансирования отрасли. Около 30% больных госпитализируются необоснованно и могут получать медицинскую помощь с использованием стационарзамещающих технологий на догоспитальном этапе, на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Использование стационарзамещающих технологий в поликлинике предоставляет возможности для решения поставленных задач, является обоснованным и целесообразным в современных социально-экономических условиях. Стационарзамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономии ресурсов. При организации в первичном звене здравоохранения стационарзамещающие технологии позволяют амбулаторно-поликлиническим учреждениям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи. К стационарзамещающим технологиям относят дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационары дневного пребывания в больнице, стационары на дому. В настоящее время в Российской Федерации деятельность стационарзамещающих форм организации медицинской помощи регламентирована приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 438 от 09.12.1999 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». Цель работы дневного стационара – проведение диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения лечебно-профилактического учреждения, в структуре которого он работает. Ведение пациентов осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером-гинекологом, врачом общей практики и другими врачами-специалистами), при необходимости привлекаются соответствующие врачи-консультанты. Штатную численность и нормы нагрузки медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений устанавливают с учетом наличия в данном учреждении дневного стационара. Исходя из исторических очерков в Российской Федерации стационарзамещающие формы медицинской помощи были впервые созданы в 1930-е гг. в виде ночных стационаров, стационаров выходного дня и дневных стационаров с режимом частичной госпитализации. В последующем аналогичные подразделения с терапевтическим, ревматологическим, хирургическим, пульмонологическим, стоматологическим и другими профилями создавались в Москве, Самаре, Санкт-Петербурге, Твери и других городах. Начавшаяся в нашей стране в 1960-е гг. активизация работы по созданию стационарзамещающих форм медицинской помощи позволила оценить позитивные стороны их деятельности, обосновать их медико-организационную целесообразность. Однако интерес к этой форме работы в последующие 20 лет был потерян. Нерешенность вопросов финансирования стала основной причиной снижения заинтересованности руководителей органов и учреждений здравоохранения в их развитии. Понятие «стационарзамещающие технологии» в первичном звене отечественного здравоохранения вновь появилось в середине 1980-х гг. В дальнейшем появились многочисленные научные труды, подтверждающие терапевтическую и экономическую целесообразность их дальнейшего развития. Все вышеизложенное определяет актуальность и своевременность дальнейших исследований, предоставляющих научное обоснование экономической и терапевтической эффективности развития и использования в условиях модернизации здравоохранения стационарзамещающих технологий.

Кононец А.С., Чирков В.А., Попова Я.В.

Оценка качества оказания специализированной психиатрической помощи

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 15» Департамента здравоохранения г. Москвы

Цель – оценить состояния организации и качества специализированной медицинской помощи пациентам в психиатрической больнице (ПБ) и дневном стационаре (ДС) филиала (психоневрологического диспансера), с учетом такого показателя, как удовлетворенность потребителей (пациентов).

Материал и методы. По специально разработанной анкете, с использованием метода экспертных оценок и расчетом интегрального показателя качества оказания медицинской помощи изучено 156 медицинских карт стационарного больного. Из них 87 пациентов (56 мужчин и 31 женщина, 64,4 и 35,6% соответственно) проходили лечение в ГБУЗ «ПКБ № 15 ДЗМ», а 69 пациентов (42 женщины и 27 мужчин, 60,9 и 39,1%) – в дневном стационаре филиала (психоневрологический диспансер) ГБУЗ «ПКБ № 15 ДЗМ». Средний возраст респондентов составлял $43,3 \pm 4,1$ год. Проведен опрос 119 потребителей психиатрической помощи (пациентов) о ее качестве в психиатрических учреждениях двух основных типов: психиатрической больницы и дневном стационаре филиала (психоневрологический диспансер). При этом 68 пациента проходили лечение в ПБ, а 51 в дневном стационаре филиала. Обработка результатов выполнена в соответствии с существующими методиками по организации и проведению комплексных социально-гигиенических исследований. Полученные данные сравнивали с помощью параметрических и непараметрических критериев.

Результаты. На фоне достаточно высокой общей оценки показателя качества психиатрической помощи населению ($0,83 \pm 0,05$ баллов) отмечены устранимые недостатки: недостаточный объем инструментальных и лабораторных обследований (54,9% случаев, из них 50,2% отмечены в ДС), отсутствие консультаций врачей-специалистов (46,7% случаев, из них 42,2% отмечены в ДС), недостаточно реализуются потребности пациента в реабилитации (34,7% случаев, из них 21,3% отмечены в ДС). В подавляющем большинстве случаев данные нарушения отмечались при лечении пациентов в дневном стационаре филиала и были связаны с отсутствием необходимых врачей-специалистов, лабораторного и диагностического оборудования в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ). Напротив, в психиатрической больнице при наличии в штате необходимых специалистов данный показатель был на порядок ниже. В итоге прогнозируемый результат лечения в психиатрической больнице достигали в 65,4% случаев, тогда как в условиях ДС он достигался реже – 45,8% случаев. Данные экспертных оценок коррелировали с результатами проведенного социологического опроса потребителей (пациентов). По результатам опроса было установлено, что большая их часть – 71,4% (85 из 119) в целом удовлетворены медицинской помощью оказываемой в ЛПУ. При этом относительное число пациентов, удовлетворенных проведенным стационарным лечением, в условиях ПБ было больше, чем удовлетворенных проведенным стационарным лечением в ДС – 55 из 68 прошедших лечение в ПБ (80,8%) против 30 из 51 прошедших лечение в ДС (58,8%).

Выводы. Одновременно с переносом акцента в лечении психических больных на амбулаторный этап и последовательном внедрении стационарзамещающих технологий должна проводиться работа по предупреждению отмеченных дефектов, в том числе разработка дополнительных критериев качества при лечении психических расстройств.

Корчагин Е.Е.

Как преодолеть трудности внедрения системы менеджмента качества в лечебно-профилактических учреждениях

КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск

Красноярская краевая клиническая больница – многопрофильное региональное учреждение Красноярского края, в которой работает более 2700 человек. Ежегодно в стенах больницы круглосуточную помощь получает более 36 000 пациентов, около 78 000 человек проходит обследование в условиях консультативной поликлиники. Отделения больницы объединены в 9 специализированных центров. С 2014 г. проведено 36 трансплантаций почек, 2 трансплантации печени и 2 трансплантации сердца.

Понимание того, что необходимы изменения, появилось у нас в 2011 г., когда мы познакомились с опытом Mayo Clinic из теперь уже широко известной на территории России книги Л. Берри и К. Сэлмана «Практика управления Mayo Clinic. Уроки лучшей в мире сервисной организации».

Первое, с чего мы начали, – сформулировали миссию и ценности больницы. При всей очевидности пациентоориентированной миссии ее приняли далеко не все сотрудники. Большая часть из них на первом этапе считала, что наиболее значимым действующим лицом в больнице является врач. Пришлось довольно долго и кропотливо убеждать коллег, выбрав из них наиболее активных противников в том, что мы должны оказывать профессиональную помощь ответственно, наилучшим образом решая проблемы пациента. Гораздо быстрее удалось найти согласие по поводу ценностей, которые вскоре были всеми восприняты как девиз: профессионализм, человечность, ответственность. Более того, спустя некоторое время эти 3 слова стали мерилом происходящего в больнице, и все сложные вопросы, начиная от взаимоотношений в коллективе и заканчивая оказанием помощи конкретному пациенту, стали преломляться через их призму.

Ряд поездок к коллегам в 2013 г., имевшим уже на тот момент свой опыт внедрения системы менеджмента качества (СМК) укрепили нас в понимании необходимости начатых нами изменений. Опыт коллектива Больницы скорой медицинской помощи в г. Набережные Челны стал для нас ярким примером того, что изменения возможны и в нашей системе. Тем не менее нас не покидало опасение, что внедрение принципов ISO и бережливого производства может остаться лишь на бумаге, если мы не найдем механизма вовлечения персонала.

Поэтому мы решили начать с изменений на рабочих местах, с тем, чтобы люди почувствовали возможность и привлекательность изменений для улучшений в их профессиональной деятельности. Наибольшую поддержку при проведении усовершенствований мы получили от медсестринского персонала больницы. Они активно вовлеклись в процесс организации порядка на рабочем месте, создав условия для комфортной работы. На расстоянии наилучшей доступности были установлены шкафы, в которых разместили необходимые для оказания экстренной помощи лекарства и расходные материалы. Места для расположения каталог и реанимационного оборудования были размечены на полу, это привело к значительному снижению перемещений персонала и путаницы при оказании медицинской помощи.

Наиболее успешными внедрениями в нашей больнице на первых этапах оказались изменения порядка взаимодействия персонала в приемном покое при оказании экстренной помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и острым инфарктом миокарда (ОИМ). Графическое изображение порядка в виде квалиграмм (межфункциональных блок-схем, содержащих

критерии завершения каждого этапа), разработанных с вовлечением всех участвующих в процессе оказания помощи специалистов, начиная от регистратора до врача-специалиста, позволило добиться слаженной работы персонала, исключить конфликты, и, самое главное, привело к сокращению времени постановки диагноза почти в 3 раза. В результате более чем в 2 раза увеличилось количество тромбозисов, проведенных пациентам, находящимся в «терапевтическом окне» ОНМК.

Успех внедрения квалиграмм при двух патологиях был подхвачен специалистами других направлений, в результате чего были отработаны порядки оказания помощи пациентам с сочетанной травмой, пневмониям и другим нозологиям. В настоящее время в больнице разработано и успешно применяется 61 квалиграмм, упорядочивающих оказание специализированной помощи и 14 по управлению инфраструктурой учреждения.

Далее появилась потребность в разработке наглядных инструкций при выполнении сестринских манипуляций, обеспечивающих единый порядок, что позволило повысить безопасность при проведении медицинских процедур.

Однако ни одна даже очень хорошо разработанная инструкция не внедряется без правильного обучения персонала. Сотрудник должен не только ознакомиться с новым порядком выполнения той или иной процедуры, но и понять, почему именно так надо делать, пройти процесс обучения под руководством более опытного сотрудника (старшая медсестра), а затем закрепить эти навыки самостоятельно под ее контролем. Система обучения среднего медицинского персонала по принципу TWI (Training Within Industry), заимствованная нами из опыта корпорации Toyota, позволила успешно внедрить ряд изменений, повысивших качество и безопасность оказания помощи пациентам.

При активном участии руководства больницы был внедрен порядок управления лекарственными запасами в отделениях больницы на основе карточек канбан, предполагающий наличие предсказуемого запаса необходимых препаратов и расходных материалов в отделениях. Путем разъяснений и обучения на рабочем месте медсестер отделений особенностям данного метода, нам удалось снизить оперативный запас в отделениях на 15–20%, освободиться от их промежуточного складирования в офисах старших медицинских сестер. При этом не отмечено случаев перебоев в обеспечении пациентов. Дальнейшим шагом в этом направлении является выстраивание отношений с поставщиками, которые также должны принять для себя идеологию поставок «точно в срок».

Таким образом, мы прошли несколько этапов во внедрении системы менеджмента качества в нашем учреждении: разработка и принятие сотрудниками миссии и ценностей; наведение порядка на рабочем месте; разработка алгоритмов взаимодействия при наиболее сложных и экстренных ситуациях; разработка и внедрение инструкций выполнения определенных процедур. Завершило этот процесс создание системы внутрикорпоративного обучения на рабочем месте. Полагаем, что такой порядок действий наиболее приемлем при создании команды единомышленников и внедрении изменений в лечебном учреждении.

Макаров А.Д.¹, Саксена М.², Сапожников Д.П.³

Перспективы использования искусственного интеллекта и больших данных для выведения медицинской практики на качественно новый уровень

¹ ООО «АИМ-Технологии», Санкт-Петербург, Москва

² DroiceLabs LLC, Нью-Йорк, США

В ближайшее время должна наступить новая веха развития медицины, которая может вывести медицину на новый уровень – веха информатизации и использования больших данных

для наиболее эффективного оказания медицинской помощи. Все предпосылки для этого уже существуют: сложности в работе с большим объемом информации о пациенте и развитие технологии достигли требуемого уровня по трудо- и ресурсозатратам. В настоящее время развитие медицины в России сталкивается с вопросами, игнорировать которые становится невозможно: стоимость лечения пациентов растет; количество больных на лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) растет, соответственно, возникают проблемы с приемом в поликлиниках и расположением в стационарах пациентов; список лекарственных средств уже давно перевалил за 10 000, а с учетом их форм отпуска – десятки тысяч; для постановки диагноза и назначения лечения о пациенте скапливается огромное количество данных, удержать в голове которые врач не в силах – врачебная диагностика, лабораторные исследования, данные о персональных противопоказаниях и другие; разные медицинские системы, их неоднократные смены в ЛПУ, недостаточность развития государственных медицинских систем. Каждый день врач и руководство ЛПУ сталкивается с этими проблемами, решение которых не приходит годами. Стоит рассматривать данные, которые скапливаются в медицинских учреждениях, возможным спасением от большинства проблем, с которыми сталкивается ЛПУ. Для примера, точная постановка вида рака с помощью обученного искусственного интеллекта; применение данных о посещениях пациентов по времени дня, недели, году, возможных эпидемий для прогнозирования пациенто-потока; использование существующих данных о пациентах – медицинских карт, лабораторных исследований, данных с носимых устройств, информации о географическом, экономическом, социальном положении для создания превентивной и персонифицированной медицины. Так, рынок сервисов на основе использования больших данных и машинного обучения возник относительно недавно – в конце 2000-х гг., но уже за это время были созданы прекрасные инструменты, которые помогают людям во многих сферах жизни повседневно: Siri в айфоне, Яндекс.Погода рассматривает погоду в зависимости от рельефа, окружения зданиями, производствами и пр. Так и в медицине участвуют крупные игроки рынка: IBM Watson Health, GE Health Cloud, Philips Healthcare и др. Каждый решает проблему, остро стоящую перед медициной, в общем. Сегодня вероятность того, что врач по описанию болезни поставит правильный диагноз, составляет 24%. Крайне печально приводить такие цифры, но нельзя мгновенно решить эту проблему – для этого технологии должны развиваться поэтапно. Так, беря во внимание проблемы роста стоимости лечения, большое количество доступных медикаментов, экспоненциальный рост данных о пациенте, встает вопрос назначения лечения, которое удовлетворяло бы все заинтересованные стороны: ЛПУ, врача, пациента, страховую компанию и т.д. Для примера можно пойти от общего к частному, создавая интеллектуальные системы поддержки принятия решений при назначении лечения. Уже сейчас врач должен смотреть на то, какие лекарственные средства принимает пациент, какие у него противопоказания, какие есть новые препараты на рынке, их применимость в данных случаях. Система поддержки принятия решений в фоновом режиме может собирать информацию о пациенте из различных источников информации, объединять и интерпретировать ее, помогая врачу сориентироваться в большом объеме информации. Также она поможет подобрать качественное лечение для конкретного пациента, учитывая его индивидуальные предрасположенности, патологии, аллергологический анамнез и пр. Нажатием нескольких клавиш можно полностью сформировать курс лечения с подробным описанием режима, диеты, приема лекарственных средств. Данный формат повышает качество предоставляемого лечения, помогая врачу лучше ориентироваться в важной информации о пациенте, подобрать лучший вариант лечения, подходящий в конкретном случае. Но это только вершина айсберга: уменьшаются время, затрачиваемое на заполнение карточки пациента, среднее количество посещений пациентом ЛПУ до полного выздоровления, что положительно влияет, как на доходы ЛПУ, так и на лояльность пациентов и их удовлетворенность качеством лечения. Развитие данного направления необходимо всей отрасли, об этом говорят не только участники рынка, но и представи-

тели государства: «Научная технологическая инициатива – 2035», дорожные карты, венчурные акулы бизнеса и пр. Знать о текущих участниках рынка стоит, следить за инновациями на рынке нужно.

Лукашов М.А., Найденова Н.Е.

Совершенствование управлением деятельностью центров здоровья на территории Томской области

ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»

Цель исследования – разработка проекта кластера центров здоровья на территории Томской области, обеспечивающего повышение результативности деятельности центров здоровья.

Материал и методы. Источник получения информации – отчетная форма № 68 «Сведения о деятельности центра здоровья», литературные данные, нормативно-правовые документы, результаты собственных исследований. Используются методы: экспериментальный, аналитический и системного анализа.

Результаты. В Томской области функционируют 3 центра здоровья для взрослого населения и 1 центр здоровья для детского населения. Выявлены следующие проблемы в организации деятельности центров здоровья для взрослого населения на территории Томской области: низкий охват комплексным обследованием и профилактическим консультированием социально-активного населения, разный уровень качества медицинской помощи в центрах здоровья и организации предоставления медицинских услуг; отсутствие единого подхода в организации работы центров здоровья; недостаточное продвижение медицинских услуг. Ключевые механизмы создания кластера центров здоровья: оптимизация организационной и функциональной структур; совершенствование организационных технологий, повышающих качество оказываемых медицинских услуг и организацию их предоставления; создание инноваций в управлении ресурсами; внедрение системы контроля качества оказываемых услуг на основе принципов Всеобщего управления качеством (TQM). Оптимизация организационной структуры связана с созданием отдела маркетинга и связи с общественностью, организационно-методического кабинета, кабинета лечения табачной зависимости, кабинета снижения веса, кабинета врача-офтальмолога. Совершенствование организационных технологий деятельности ассоциировано с введением маршрутизации посетителей при стационарной и выездной форме работы, внедрением единого алгоритма работы при выездной формы работы, единой схемы оказания медицинской помощи, методик действий врача, алгоритма оказания помощи курящим посетителям. Создание инноваций в управлении ресурсами связано с постоянным совершенствованием материально-технической базы, информационным обеспечением деятельности, постоянным обучением и повышением мотивации сотрудников, а также внедрении информационных технологий. Эффективность управления качеством медицинской помощи повышается за счет создания инноваций в управлении ресурсами и совершенствования организационных технологий деятельности. Для реализации разработанного проекта необходимы развитая информационно-коммуникационная инфраструктура, хорошая материально-технической база, обеспеченность трудовыми ресурсами в медицинской организации.

Выводы. Разработан проект кластера (объединения) центров здоровья, обеспечивающий функционирование центров здоровья по единой модели деятельности, повышающий результативность деятельности, направленной на своевременное выявление и коррекцию факторов риска инфекционных заболеваний у населения, позволяющий увеличить долю посетителей центров здоровья из целевых групп населения (работающее население) до 80%.

Перепелкина Н.Ю., Калинина Е.А., Редюков А.В., Бизменов И.М.

Оценка ресурсов и деятельности регионального здравоохранения (на примере Оренбургской области)

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

В реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи участвуют 168 медицинских организаций, из них 85,7% работают в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС). В регионе за последние 10 лет отмечено сокращение врачей на 19,2%, и уменьшение коечного фонда на 24,7%. В 2015 г. не достигнуты целевые значения следующих показателей: обеспеченность врачами в сельской местности (план – 27,0, факт – 24,3 на 10 тыс.) и работа койки (план – 330,1, факт – 313,0 дней).

На 1 января 2017 г. в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению Оренбургской области участвуют 168 медицинских организаций. В рамках базовой программы ОМС принимают участие 144 медицинских организации, что составило 85,7% от всех учреждений здравоохранения. Большинство региональных медицинских организаций имеет государственную форму собственности – 66,1%, на долю негосударственных и частных медицинских организаций приходится 33,9%. Частные медицинские организации, участвующие в реализации базовой программы ОМС, составили 32,7%. В Оренбургской области сформирована 3-уровневая система оказания медицинской помощи населению. В оказании медицинской помощи населению I уровня принимают участие 105 медицинских организаций, или 62,5%, II уровня – 47 медицинских организаций, или 27,9%, и III уровня – 16 медицинских организаций, что составляет 9,6%. За последнее десятилетие в результате оптимизации регионального здравоохранения произошли следующие изменения: количество учреждений здравоохранения уменьшилось с 94 до 80, а количество больниц – с 72 до 70. При этом количество медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, сократилось с 369 до 357. Более выраженные изменения коснулись сельского здравоохранения: количество фельдшерско-акушерских пунктов сократилось на 99 (с 1049 в 2006 г. до 950 в 2015 г.), количество участковых больниц – на 84 (с 94 до 10), а количество врачебных амбулаторий выросло на 61 (с 93 в 2006 г. до 154 в 2015 г.). По итогам 2015 г. в медицинских организациях Оренбургской области работали 8055 врачей, с 2006 по 2015 г. численность врачей сократилась на 1545 человека, или на 19,2%. При этом обеспеченность населения врачебными кадрами снизилась на 11,0%, и в 2015 г. данный показатель составил 40,3 врача на 10 тыс. населения. В структуре врачебных кадров наибольшую долю составляли врачи терапевтического (22,9%) и хирургического профилей (14,9%), педиатры и неонатологи (9,6%), а также акушеры-гинекологи (6,3%). Региональной особенностью следует считать низкую обеспеченность населения врачами общей практики, которая была в 2 раза ниже среднероссийского значения (в Российской Федерации – 0,65 на 10 тыс. населения, в Оренбургской области – 0,31). За анализируемый период в регионе обеспеченность населения врачами-терапевтами участковыми повысилась на 13,9%, а врачами-педиатрами участковыми снизилась на 15,9%. Только за последние 5 лет в Оренбургской области обеспеченность населения врачами скорой медицинской помощи сократилась в 1,9 раза, и к 2015 г. составила 1,4 на 10 тыс., тогда как в Российской Федерации – 1,1 на 10 тыс. населения. Оренбургская область относится к субъектам Российской Федерации с высокой долей (>40%) сельского населения. Поэтому в 2015 г. в регионе доля врачей, работающих в сельской местности, составила 22,7%, тогда как в целом по Российской Федерации – 10,0%. Установлено, что за 5-летний период в Оренбургской области произошло сокращение (на 8,5%) числа врачей, работающих в сельской местности. В 2015 г. в регионе обеспеченность населения, проживающего

в сельских районах, врачами составила 24,3 на 10 тыс. населения. При этом среднеобластной показатель обеспеченности населения врачами составил 40,3 на 10 тыс. В 2015 г. в Оренбургской области среднее число всех посещений на 1 жителя – 9,2, т.е. по сравнению с 2006 г. снизилось на 12,3%. Отмечено, что среднее число посещений по поводу заболеваний уменьшилось: с 5,8 в 2006 г. до 4,8 в 2015 г. (на 17,2%), а среднее число посещений с профилактической целью выросло – с 2,8 в 2006 г. до 3,5 в 2015 г. (на 25,0%). В изучаемом регионе произошла оптимизация коечного фонда. Если в 2006 г. количество коек равнялось 21 500, в 2015 г. оно снизилось до 15 602 – на 27,4%. При этом показатель обеспеченности населения койками также снизился: с 101,3 до 78,0 на 10 тыс. населения (на 23,0%). В Оренбургской области произошло улучшение показателя работы койки, который в 2015 г. составил 313 дней, т.е. повысился на 2,3%. Показатель средней длительности пребывания больного на койке уменьшился с 13,2 дней в 2006 г. до 11,0 в 2015 г., что составило 16,6%. Таким образом, в Оренбургской области за 10 лет число врачей сократилось на 19,2%, а коечный фонд уменьшился на 24,7%. В 2015 г. отдельные показатели доступности и качества медицинской помощи не достигли целевых значений: обеспеченность врачами в сельской местности (план – 27,0, факт – 24,3 на 10 тыс.) и работа койки (план – 330,1, факт – 313,0 дней). При этом показатель средней длительности пребывания на койке составил 11,0 дней.

Решетникова Ю.С., Брынза Н.С., Княжева Н.Н.

Оценка менеджерских компетенций сотрудников медицинских организаций Тюменской области как механизм подготовки управленческих кадров

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

В современных условиях перехода на систему подготовки управленческих кадров в здравоохранении по программам непрерывного медицинского образования (НМО) и перехода от сертификации к аккредитации специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья требуется разработать актуальный механизм формирования и непрерывной подготовки кадрового резерва в здравоохранении Тюменской области. Исследование, предусматривающее тестирование и оценку компетенций сотрудников медицинских организаций, началось с 2013 г. На 1-м этапе в 2013–2014 гг. проведена оценка 169 человек, на 2-м этапе в 2016 г. проведена оценка 31 сотрудника. Для оценки менеджерских компетенций медицинского персонала использованы инструменты Компании SEB's SHL Talent Measurement Solutions. Индивидуальные результаты проводимой оценки являются строго конфиденциальной информацией и предназначены для служебного использования. Анализ полученных результатов в совокупности по группе позволяет определить наиболее сильные и слабые стороны оцениваемых сотрудников медицинских организаций Тюменской области, выявить компетенции, которые необходимо развивать, разработать программы группового и индивидуального развития управленческих кадров системы здравоохранения, сформировать кадровый резерв. Сбор данной аналитической информации позволяет сформировать представления об уровне подготовки управленческих кадров в отрасли здравоохранения и определить требования к кандидатам на ключевые позиции. Оценка менеджерских компетенций проводилась по 5-балльной шкале. По результатам оценки менеджерских компетенций среднее значение по всем оцениваемым компетенциям для группы участников 2016 г. (31 человек) составило $2,87 \pm 0,33$, что в целом соответствует результатам оценки компетенций, проведенной в 2013–2014 гг. (169 человек): средний балл – $2,83 \pm 0,34$. Наиболее сильными сторонами участников группы выше среднего уровня развития компетенций, в составе которой 79 сотрудников 1-й группы и 16 сотрудников 2-й группы, –

9 из 16 компетенций: Таким образом, в целом по группе выше среднего уровня развития компетенций наиболее сильными сторонами можно назвать следующие компетенции участников оценки (в порядке убывания значимости): стратегия, специальные знания, решительность, планирование и организованность, анализ и решение проблем, понимание коммерческих принципов, влияние, устная коммуникация, лидерство. Если анализировать полученные результаты рейтинга менеджерских компетенций по группе оцениваемых ниже среднего уровня, мы обнаружим зеркальное отображение наиболее слабых сторон участников, за исключением показателя творчества и инновативности. Согласно полученным результатам можно сделать вывод о том, что в группе сильных кандидатов развиты такие компетенции, как умение стратегически мыслить, наличие специальных знаний, решительность, планирование и контроль, а также анализ и решение проблем. И этот же набор отмечается на низком уровне развития компетенций наиболее слабых менеджеров системы здравоохранения. Анализ уровня развития компетенций во 2-й группе показал, что доминирует группа участников со средним уровнем оценки компетенции. В данной группе только 4 компетенции (решительность, межличностное понимание, лидерство, гибкость) не требуют приоритетного развития на фоне остальных компетенций. В группе с оценкой компетенций на уровне ниже среднего только 1 компетенция не требует приоритетного развития – межличностное понимание. Следует отметить, что данная группа участников демонстрирует низкий уровень по следующим компетенциям: специальные знания – 1,8 баллов, анализ и решение проблем – 1,8 баллов, мотивация к работе – 1,8 баллов. Доля участников, показавших результат оценки по менеджерским компетенциям выше среднего по группе балла, составила по итогам оценки 2013–2014 гг. – 46,7%, по итогам оценки 2016 г. – 51,7%. Повышение данного показателя связано с применением более качественной системы отбора для проведения оценки, разработанной на основе результатов оценки 1-й группы и рекомендованной для применения. Данная система отбора предусматривает критерии включения кандидатов в перечень оцениваемых. На основе проведенной оценки сформирован рейтинг участников оценки. В 1-й группе рекомендовано для включения в кадровый резерв 64 человека, что составляет 41% от числа полностью прошедших оценку, во 2-й группе – 14 человек из числа прошедших оценку. На основе полученных результатов разработана система формирования резерва управленческих кадров, направленная на обеспечение кадровой защищенности системы здравоохранения, а также на долгосрочное планирование подготовки управленческих кадров. Системный профессиональный подход в оценке уровня менеджерских компетенций потенциальных кандидатов в кадровый резерв позволяет выявить оптимальный набор компетенций, необходимый для выполнения приоритетных задач, разработать программы индивидуального и группового развития.

Сидорович И.А.

Направления совершенствования организационных технологий повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинического учреждения

ООО «МЕДИС», Москва

В последнее десятилетие одной из проблем реформирования отечественного здравоохранения остается вопрос повышения эффективности использования имеющихся ресурсов. Первичная медико-санитарная помощь является основным звеном системы отечественного здравоохранения, наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом массовой медицинской помощи. Основной объем этого вида медицинской помощи оказывается в поликлиниках. Увеличение продолжительности жизни приводит к значительному увеличению доли пожилых людей в составе

населения РФ, что выдвигает ряд проблем, в том числе решение вопросов организации долговременной медико-социальной помощи пожилым людям, взаимодействия учреждений здравоохранения и социальной защиты населения. Около 70% обратившихся в поликлинику составляют пациенты, не нуждающиеся в стационарной медицинской помощи, поэтому вопросы совершенствования первичной медико-санитарной помощи, а также ее ресурсное обеспечение на сегодняшний день остаются особенно актуальными. Анализ современного состояния организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи и изучение удовлетворенности пациентов ее доступностью и качеством свидетельствует о необходимости дальнейшего проведения структурных преобразований в работе поликлиник и является основанием для решения вопросов повышения эффективности использования имеющихся ресурсов. Анализ работы поликлиники в случае выявления неэффективного расходования имеющихся ресурсов показывает необходимость особого внимания к вопросам необоснованного привлечения ресурсов, получения заниженных показателей по сравнению с запланированными, использования устаревших организационных и лечебно-диагностических технологий, необеспеченности профильных развернутых отделений пациентами, отсутствия должного учета и контроля имеющихся ресурсов. Для достижения цели при решении данной проблемы необходимо разработать принципы построения модели организации работы амбулаторно-поликлинического учреждения. Это становится возможно при применении системного подхода, который позволяет реализовывать положения организационной диагностики, что достаточно часто осуществляется при исследованиях в системе здравоохранения. Под организационной диагностикой принято понимать комплекс мероприятий по оценке функционирования амбулаторно-поликлинического учреждения, выявлению положительных сторон и недостатков материально-технического обеспечения, анализ и определение причин, их обуславливающих. В ходе определения оптимального варианта организации работы поликлиники, а также обоснования способа оценки этой работы предлагается создать группу экспертов, в качестве которых могут выступать лица профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, руководители территориальных органов управления здравоохранением, имеющие опыт организации как медицинского обеспечения в целом, так и оказания амбулаторно-поликлинической помощи в частности. При формировании такой группы экспертов главным критерием рассматривается их компетентность. Для определения уровня теоретических знаний, практических навыков, способности к прогнозированию с последующим вычислением коэффициента уровня компетентности, применим метод самооценки экспертов. Важнейшее место в процессе построения необходимой модели организации работы поликлиники, занимает позитивная мотивация ее сотрудников, управляющих функциональными подразделениями. Построение необходимой модели возможно на основе теории принятия решений и функциональных систем академика П.К. Анохина, согласно которой предварительно должны быть определены информативные критерии-компоненты системы по направлениям ее функционирования. Результаты экспертного анкетирования позволят определить следующие основные блоки информативных критериев создания модели эффективной организации работы амбулаторно-поликлинического учреждения: планирование необходимых объемов медицинской помощи; координацию поступающих финансовых потоков; разработку и внедрение инновационных организационных технологий в работу учреждения; повышение профессионального потенциала сотрудников; совершенствование процесса материально-технического и лекарственного обеспечения лечебно-диагностического процесса; повышение эффективности управления процессом контроля качества медицинской помощи. Реализация указанных критериев возможна при условии оптимизированного нормативного обеспечения, бесперебойного ресурсного и лекарственного снабжения, современного диагностического оснащения, осознанной коллективом поликлиники идеологии созданной модели организации работы всего учреждения; высокопрофессиональные кадры. Представленные принципы создания модели управления работой амбулаторно-поликлинического учреждения при практической реализации позволят более рационально использовать имеющиеся ресурсы, а также повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Сухарева И.А., Третьякова О.С.

Пути устранения негативного влияния экологической среды и профессиональных вредностей на здоровье мужчин Крыма

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

В соответствии с указом Президента Российской Федерации В.В. Путина, 2017 г. в РФ объявлен Годом экологии. Целью его проведения является «привлечение внимания общества к вопросам экологического развития Российской Федерации, сохранения биологического разнообразия и обеспечения экологической безопасности». В связи с этим представляет интерес проведение анализа влияния факторов окружающей среды как в целом на общественное здоровье, так и на отдельные группы населения, так как его результаты чрезвычайно важны для планирования и прогнозирования социально-экономического развития различных регионов страны и позволяют выявить необходимость принятия конкретных государственных мер в области совершенствования экологической и социальной политики.

Цель исследования – изучить влияние факторов окружающей среды и профессиональных вредностей на здоровье мужчин Крыма.

Материал и методы. Проведено анкетирование 1144 мужчин в возрасте 18–65 лет из различных регионов Крыма по специально разработанной анкете, состоящей из 12 разделов и включающей 233 вопроса. Исследование проведено в 2008–2015 гг. При проведении исследования были использованы следующие критерии оценки района проживания респондентов: шумным считался район, расположенный в непосредственной близости от транспортных магистралей или железнодорожного полотна; загрязненным – район проживания с повышенным содержанием CO_2 в воздухе; экологически опасным – непосредственное расположение района в промышленной зоне; в качестве престижного рассматривался район, расположенный в парковой зоне вдали от дорог и промышленных предприятий. Статистическую обработку данных проводили методами вариационной статистики. Статистически достоверными считались различия при определении вероятности 95% ($p < 0,05$).

Результаты. Проведенное исследование подтверждает взаимосвязь состояния здоровья мужчин Крыма и окружающей среды. Так, у респондентов, проживающих в районе с повышенной шумовой нагрузкой, различные проблемы со здоровьем регистрировались на 11% чаще, чем у лишенных этого воздействия ($p < 0,01$). У мужчин, проживающих в загрязненном или экологически опасном районе, частота регистрации хронических заболеваний возрастала на 20 и 28% соответственно по сравнению с живущими в экологически благополучных районах ($p < 0,01$). При этом у мужчин, проживающих в престижных районах, хроническая патология выявлялась на 16% реже, чем у тех, кто проживает в экологически неблагополучных районах ($p < 0,01$). Общеизвестно негативное влияние профессиональных вредностей на состояние здоровья человека. С производственными вредностями связано увеличение в 1,2 раза частоты регистрации заболеваний у анкетированных мужчин (1085,1 и 935,4‰ соответственно, $p < 0,05$). Анализ влияния аллергенов выявил увеличение частоты хронических болезней более чем в 2 раза в группе респондентов, имеющих указания на аллергические реакции. В частности частота хронических болезней при отсутствии аллергии у респондентов составляла 98,0‰, а при ее наличии – 197,3‰ ($p < 0,01$; $Q = 0,363$).

Выводы. Таким образом, состояние здоровья мужчин Крыма отражает неблагоприятное воздействие факторов окружающей среды и профессиональных вредностей. Для обеспечения должного санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Крыму необходимо взаимодействие исполнительной власти со всеми заинтересованными ведомствами и службами полуострова на всех

уровнях. Для решения этих и других проблем необходимы соответствующие меры, в том числе в области охраны атмосферного воздуха. К их числу следует отнести проведение мероприятий по достижению соответствия атмосферного воздуха населенных мест установленным гигиеническим нормативам; обеспечение рациональной системы дорожного движения в городах и строительство объездных дорог, обеспечение регулярной влажной уборки улично-дорожной сети городов и поселков. В области охраны почвы необходимо строительство муниципальных, межмуниципальных полигонов, отвечающих современным требованиям; внедрение в практику современных методов удаления и переработки отходов, в том числе бытовых и медицинских; осуществление мероприятий по санитарной очистке территорий. Помимо этого необходимо усилить контроль по обеспечению безопасных условий труда: соблюдение законодательства Российской Федерации по обеспечению безопасных условий труда на промышленных, сельскохозяйственных предприятиях, объектах транспорта и транспортной инфраструктуры; проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работающих в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Третьякова О.С.

Проблемные вопросы подготовки менеджеров в сфере здравоохранения на додипломном этапе

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Система здравоохранения РФ является ресурсосберегающей производительной силой общества, стратегически значимым сектором экономики страны, требующим адекватного регулирования и управления, что обуславливает необходимость последовательного и кропотливого воспитания менеджеров в сфере здравоохранения как на постдипломном, так и на додипломном этапах. Отсутствие должного экономического и управленческого багажа знаний у руководителей здравоохранения, необходимость изменения их мышления, стиля и методов работы в соответствии с вызовами времени требуют существенного пересмотра системы подготовки будущих врачей, в том числе более детального овладения ими основ экономики здравоохранения. В то же время существующий на сегодня в системе высшего медицинского образования РФ подход к изучению дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» не отвечает запросам времени. И в первую очередь это обусловлено нерациональным учебным планом изучения дисциплины в медицинских вузах. В соответствии с ним ее изучение внесено в учебный план 3-го года обучения, что, на наш взгляд, преждевременно, так как не позволяет в достаточной мере раскрыть все необходимые вопросы данной дисциплины и сформировать столь необходимые компетенции у студентов. Это прежде всего связано с тем, что студенты III курса еще не готовы воспринимать довольно сложную информацию, изобилующую специфическими терминами, статистическими показателями и формулами, которые для них звучат как что-то нереальное, не имеющее практического значения. Усугубляет ситуацию и то, что студенты еще не знакомы с лечебными учреждениями и клиническими дисциплинами. Все это приводит к тому, что студенты III курсов не в состоянии экстраполировать получаемую информацию в реальность, оценить значимость изучаемой дисциплины для их будущей практической деятельности, а это значительно снижает мотивацию к ее изучению, приводит к формированию ложного представления о нежизнеспособности и невостребованности в последующем получаемых знаний. В связи с этим считаем целесообразным представить опыт преподавания дисциплины «Социальная медицина, организация и экономика здравоохранения» в Крымском медицинском уни-

верситете им. С.И. Георгиевского (ныне Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»). Изучение этой дисциплины в вузе на протяжении многих десятилетий проходило на последних трех курсах обучения. Непосредственному началу ее изучения предшествовало изучение «Биостатистики» (IV курс), завершающееся модульным контролем. Дисциплина «Социальная медицина, организация и экономика здравоохранения» была включена в учебный план IV, V и VI курсов. В структуру дисциплины входили 3 модуля: «Статистика здоровья. Организация основных видов медицинского обеспечения населения на современном этапе» (IV курс), «Организация медицинского обеспечения отдельных категорий населения. Экспертиза утраты трудоспособности. Менеджмент системы здравоохранения» (V курс), «Применение комплекса статистических методов для оценки состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. Организация лечебно-профилактической помощи населению. Экономика здравоохранения» (VI курс). По завершению каждого модуля студент сдавал итоговый модульный контроль, в ходе сдачи которого, помимо теоретических знаний, он должен был продемонстрировать навыки проведения расчета основных показателей здоровья, деятельности лечебно-профилактических учреждений, заполнения учетно-отчетных форм, а также анализа полученных результатов. Значимость дисциплины нашла свое отражение в ее включении в перечень дисциплин, входящих в практически ориентированный государственный экзамен, в ходе сдачи которого каждый выпускник должен был на практике применить полученные им умения и навыки для решения конкретных ситуационных задач с расчетом и оценкой статистических, в том числе экономических показателей, оформления соответствующей условиям задачи учетно-отчетной документации и т.д. Таким образом, накопленный опыт преподавания дисциплины «Общественное здоровье, организация и экономика здравоохранения» в нашем вузе продемонстрировал целесообразность использования последовательной логичной системы преподавания, направленной на подготовку врачей, в том числе будущих организаторов здравоохранения, на додипломном уровне, который может быть успешно использован в РФ. Назрела необходимость по реализации мер, способствующих формированию у будущих организаторов здравоохранения профессиональных компетенций, а для этого считаем целесообразно провести пересмотр учебного плана подготовки на додипломном этапе и включить дисциплину «Общественное здоровье и здравоохранение» в учебный план студентов V–VI курсов, выделить предмет «Экономика здравоохранения» в отдельную дисциплину на VI курсе, возродить практику проведения государственного экзамена по общественному здоровью, здравоохранению и экономике здравоохранения в виде итоговой государственной аттестации выпускников.

Фомин А.А.

Формирование правосознания как элемента духовного и социального благополучия студентов Медицинского института

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Медицинский институт

Тема «Правосознание и правовая культура» интересна своим комплексным содержанием, сложностью и медико-социальным наполнением, что и послужило поводом для проведения анкетирования, которое представляло многоступенчатый сбор информации по одной теме у студентов медицинского института разных курсов: 140 студентов I курса; 12 студентов III курса; 82 студента IV курса в 2015 г. У респондентов медицинского института при ответе на вопрос о родителях, имеющих гуманитарное образование, была отмечена следующая закономерность: на I курсе таких родителей было 36%; на III курса – 25%; на IV курсе – 33%. Правосознание – это одна из форм обще-

ственного сознания, которая выражает представления и чувства людей о праве и его реализации в общественных отношениях, вытекающих из административно-правового статуса студента и будущего врача. В этом качестве оно включает и аккумулирует политические, нравственные, философские, религиозные, технократические и иные проявления духовной и социальной жизнедеятельности студентов и является интеллектуальным выражением их общественной и индивидуальной жизни. В содержание правосознания студента входят 4 основных вида оценочных отношений: к праву и законодательству (его принципам, нормам, институтам); к правовому поведению окружающих и к объектам деятельности (преступности, преступлениям, преступникам); к правоохранительным органам (полиции, прокуратуре, суду и их деятельности); к своему правовому поведению (самооценка). В результате анкетирования были получены следующие результаты: студенты ориентируются на законодательство в 80% подходящих случаях; все отвечающие негативно относятся к преступности и преступникам; при нарушении прав и свобод личности студенты будут обращаться в полицию в 90% случаях, однако эта цифра увеличивается до 94% на IV курсе и снижается до 88% на I курсе, где в ответе на этот вопрос один из ответов содержал обращение за помощью к родителям и друзьям: эта цифра на IV курсе была 3,8%, а на I курсе – 12,8%; самооценка своего правового поведения в быту основывалась на убеждениях и законе. В убеждения входят моральные ценности, сформированные в семье (совесть, справедливость и др.), которые на IV курсе составляли 20,7%, а на I курсе – 50,7%. Таким образом, на основании пилотного описательного социологического исследования можно предварительно утверждать, что влияние законодательства возрастает от I курса к IV, а также имеется тенденция к снижению влияния убеждений в поведении студентов вне учебных корпусов в сторону положений статей законов Российской Федерации.

Федулова Н.Н., Шматкова В.В.

Ключевые факторы успешной клиники

ООО Торговый дом «ЗЕРЦ», Москва

Дефицит управления и низкая производительность труда, которая составляет 25% от подобных показателей за рубежом, – серьезные проблемы на рынке России. Общеизвестно, что эффективных менеджеров для клиник искать приходится очень долго. Одна из причин частой смены управляющих – их низкая эффективность.

Консалтинговая деятельность нашей компании для медицинских предприятий заключается в том, что мы оказываем услуги по разным направлениям работы клиник. Наиболее частый запрос от заказчиков – увеличение потока новых пациентов.

Начиная работу в клиниках по данному запросу, мы задаем руководителю вопросы, которые имеют отношение не только к внешнему маркетингу, и выясняем много производственных и управленческих вопросов по бизнесу. Например, чтобы эффективно построить процессы маркетинга, мы должны учесть специфику внутренних процессов клиники: каковы сервис и продажи, как работают врачи, как удерживается пациент в клинике и как все эти процессы контролируются и измеряются. Проводя такой аудит, мы видим, что бизнес идет спонтанно и очень часто имеет «ручное» управление.

Поэтому сегодня можно уверенно говорить о низкоэффективном управлении в медицинской отрасли и, как следствие, ее низкой производительности.

Миссия Агентства медицинского консалтинга D-ZERTS (Торговый дом «ЗЕРЦ»):

- помочь руководителю или владельцу клиники в управлении;
- повысить экономическую эффективность компаний;

- добиться устойчивого роста и развития клиники.
- Как мы видим, основные **ключевые факторы для успеха клиники**:
- наличие у предприятия концепции бизнеса и стратегии его развития;
 - профессиональное применение инструментов маркетинга;
 - бизнес-процессный подход;
 - постановка в компании управленческого учета;
 - управляемая команда предприятия;
 - клиентский сервис.

Приходя в клинику, мы всегда смотрим, есть ли концепция у бизнеса?

Наша ключевая позиция: концепция клиники – это основа успешного ведения медицинского бизнеса и всех его звеньев, это информационная база для маркетолога.

Сегодня маркетинг развивается так бурно, и все профессиональные маркетологи в один голос говорят о том, что традиционные инструменты маркетинга в условиях кризиса не работают. Все ищут новые подходы. Мы считаем, что маркетологу любого медицинского предприятия приходится сталкиваться с необходимостью значительных затрат на привлечение первичных пациентов, а первичный пациент стоит очень дорого. Понимая концептуально, на какого клиента рассчитана клиника, проще и эффективнее организовать маркетинговые мероприятия. Важно построить в клинике сквозную аналитику, контролировать маркетинговые затраты и при необходимости быстро их перестраивать. Это дает возможность снижать затраты на маркетинг и добиваться минимальной стоимости привлечения первичных пациентов. В ситуации кризиса это является сверхзадачей для маркетолога.

Особенно актуальным в эпоху реформирования отрасли и задач по выходу на самоокупаемость является стратегия бизнес-процессного подхода к производственной деятельности. Это описанные и автоматизированные процессы и контроль в режиме онлайн. Имея систему контроля работы клиники, ее управляющий может оперативно принимать управленческие решения. Это делает бизнес высокоэффективным и позволяет найти те места, где сегодня клиника теряет свои деньги.

Процессный подход позволяет повысить эффективность предприятия по экономике до 30–35%, а производительность труда в клинике – до 40–50%.

Медицинское предприятие сильно зависит от человеческого фактора, так как основной производитель медицинской услуги – медицинский персонал, а основной объект – пациент и его здоровье. В этой цепочке предъявляются высокие требования к персоналу и его эффективности. Чтобы эффективно управлять предприятием, рекомендуем наряду с внедрением медицинских информационных систем строить систему управленческого учета, т.е. аккумулировать аналитические данные по основным показателям работы предприятия как бизнес-системы, что повышает прозрачность работы предприятия на всех его участках.

Конечно, доктор должен правильно и результативно обследовать и лечить пациента. Но не менее важно, чтобы доктор тоже понимал, что успешная экономика предприятия даст возможность получать дополнительные средства на развитие и обучение персонала новым технологиям.

Сегодня, когда медицинский коммерческий рынок в России растет и идет реформа государственной системы, одним из ключевых факторов успеха клиники и удовлетворенности пациентов является высокий уровень клиентского сервиса. Система клиентского сервиса – это стратегический фактор в развитии бизнеса. Клиники, которые сегодня выбрали для себя этот фактор, в ближайшее время могут оказаться впереди многих своих конкурентов.

Все описанное нами не может быть реализовано в клинике без вовлеченности всей команды. Нельзя построить эффективную систему, только описав на бумаге процессы или выпустив приказ по клинике. Вся команда клиники должна непосредственно участвовать в разработке показателей и выстраивании системы по развитию клиники. Понятные и согласованные со всеми участниками цели – это залог успешного развития клиники. Наша задача – постоянно этому способствовать, предоставляя свой профессиональный опыт и экспертные компетенции в медицинском бизнесе.

Нужна информация
по лекарственному препарату?

Мы ее вам предоставим!

БЫСТРЫЙ • УМНЫЙ • ТОЧНЫЙ



ЛС ГЭОТАР

ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ
СПРАВОЧНИК

Научные публикации

Действующие вещества

Торговые названия

МКБ-10 | АТХ | КФУ | Компании ▾

Непатентованные наименования от 'якорцев' до 'янтарная'

А Б В Г Д Ж З И Й К Л М Н О П Р С Т У Ф Х Ц Ч Ш Э Я

1 L R

Якорцев стелющихся травы экстракт

- Другие гиполипидемические средства
- Другие средства, регулирующие функцию органов мочеполовой системы и репродукцию

МКБ-10 +

Входит в состав:

Трибестан® таблетки внутрь

Янтарная кислота

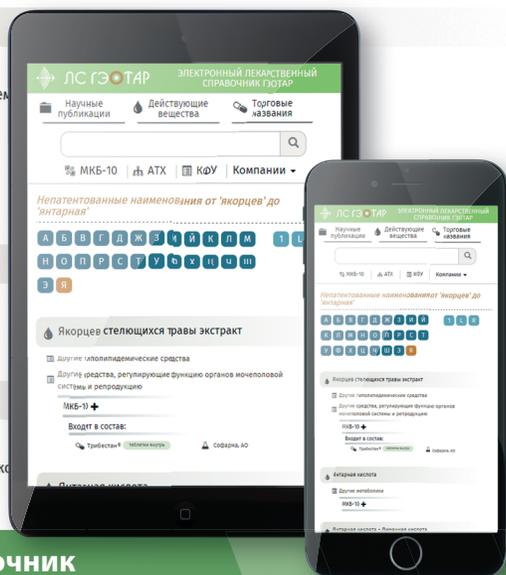
- Другие метаболиты

МКБ-10 +

Янтарная кислота + Лимонная кислота

- Антигипоксанты и антиоксиданты
- Средства для коррекции нарушений при алкоголизме, токсико- и наркомании

МКБ-10 +



Самый полный и достоверный справочник
в свободном доступе для врачей:

- ✓ Официальные инструкции Минздрава РФ
- ✓ Полные описания всех зарегистрированных препаратов и действующих веществ
- ✓ Обновление информации в онлайн-режиме
- ✓ Новости фармацевтической индустрии, клинические обзоры
- ✓ Бесплатный доступ для врачей и студентов
- ✓ Интеграция с образовательными модулями и библиотеками врача, студента



www.lsggeotar.ru

ЗАКАЖИ МЕДИЦИНСКУЮ ЛИТЕРАТУРУ



8-800-555-999-2

www.medknigaservis.ru

- ➔ Более **5000** наименований книг
- ➔ Подписка на медицинские журналы
- ➔ Акции, скидки и подарки покупателям
- ➔ Электронные библиотеки
- ➔ Заказ товара **24 часа** в сутки
7 дней в неделю
- ➔ Быстрая доставка
- ➔ Разные способы оплаты