

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
ИНСТИТУТ ГОСУДАРСТВА И ПРАВА
Кафедра государственного и муниципального управления

ДОПУЩЕНО К ЗАЩИТЕ В ГЭК
И ПРОВЕРЕНО НА ОБЪЕМ
ЗАИМСТВОВАНИЯ
Заведующий кафедрой
канд. юрид. наук
А.В.Ларионов
24.06 2016 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ И ДОСТУПНОСТЬЮ УСЛУГ СФЕРЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ (НА ПРИМЕРЕ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)

38.04.04 Государственное и муниципальное управление
Магистерская программа «Публичное управление»

Выполнила работу
студентка 2 курса
очной формы обучения

Беккер
Елена
Александровна

Научный руководитель,
кан.экон.наук, доцент

Ковалёва
Любовь
Васильевна

Рецензент
Заведующий сектором
организации
первичной помощи и развития
информационных технологий
департамента здравоохранения
Тюменской области

Новак
Юлия
Николаевна

Тюмень 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ И УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	7
1.1. Анализ деятельности медицинских организаций как социально- экономических систем и выявление резервов их управления.....	7
1.2. Стандартизация деятельности медицинских учреждений как основной фактор управления качеством и доступностью оказываемых медицинских услуг.....	14
1.3. Анализ соответствия деятельности медицинских организаций требованиям стандартов разных уровней экономического управления.....	24
ГЛАВА 2. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТИЗАЦИИ....	28
2.1. Концептуальный подход к моделированию управления качеством медицинских услуг на основе стандартизации.....	28
2.2. Формирование инструментов для мониторинга показателей управления качеством медицинских услуг.....	35
ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ	43
3.1. Управление качеством и доступностью медицинских услуг на основе стандартизации	43
3.2. Управление качеством и доступностью медицинских услуг на основе резервов экономического стимулирования	49
3.3. Мониторинг показателей качества деятельности медицинских организаций.....	57
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	61
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ.....	64
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	74

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГОСТ Р - Государственный стандарт России

ИСО (ISO) - Международная организация по стандартизации

КМУ - качество медицинской услуги

ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение

КМУ - качества медицинской услуги

Минздравсоцразвития РФ - Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

ОМС - Обязательное медицинское страхование

ТО – Тюменская область

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В условиях перехода к рыночной экономике в России особо важное социальное значение приобретает проблема обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью. Её эффективное решение требует разработки и внедрения новых методологических и методических подходов к планированию, организации и финансированию здравоохранения и, прежде всего, к изучению и оценке качества предоставляемой населению медицинской помощи.

Степень разработанности проблемы. Теоретические разработки в диссертации базируются на трудах отечественных и зарубежных ученых А. Н. Вялкова, Э. Деминга, Д. Джурана, В. Б. Ломакина, А. А. Меркулова, Г. Таггути, Ф. Кросби, А. Фейгенбаума, Ф. Н. Кадыров, Т. К. Коваленко, В. З. Кучеренко, О. И. Кузнецов, Т. И. Расторгуева, О. В. Пушкарева, Сафронова, И. Н. Старовойтова, А. П. Столбов, А. В. Шаброва, Л. С. Федосеева, В. О. Флек.

Вместе с тем вопрос о роли и месте управления качеством медицинских услуг и их доступности на основе стандартизации остается дискуссионным. Следует отметить, что до настоящего момента показатели и критерии качества медицинских услуг определены неоднозначно и не систематизированы. Все это свидетельствует о необходимости разработки методической поддержки инструментария оценки уровня развития качества медицинских услуг на основе стандартизации

Целью исследования является решение научной проблемы, связанной с теоретико-методологическим обоснованием подходов и практических рекомендаций к оценке качества деятельности медицинских организаций и его управлением на основе стандартизации. Реализация поставленной цели потребовала решения следующих **основных задач**:

1. Выявить правовую составляющую качества медицинских услуг, как наиболее эффективного механизма воздействия на общественные отношения, в сфере управления деятельностью медицинских организаций.

2. Уточнить понятие качества медицинских услуг как результата деятельности медицинских организаций.

3. Обосновать выбор совокупности факторов, влияющих на уровень качества медицинских услуг и их доступность на основе стандартизации деятельности медицинского персонала.

4. Оценить уровень качества медицинских услуг оказываемых медицинскими организациями Тюменской области.

5. Разработать методику управления качеством медицинских услуг, содержащую систему измерения основных факторов, определяющих качество деятельности медицинской организации.

6. Выработать экономическую модель управления мотивацией и стимулированием трудового коллектива медицинских организаций, обеспечивающую достойный уровень качества и доступности медицинских услуг.

Объектом исследования являются закономерности функционирования медицинских организаций Тюменской области на основе стандартизации в современных условиях хозяйствования.

Предметом исследования отношения, возникающие в процессе обеспечения и улучшения качества медицинских услуг и их доступности, носящие организационный и управленческий характер.

Теоретической основой исследования явились труды отечественных и зарубежных ученых в области общественного здоровья, стандартизации, психологии, социологии и других наук общественного профиля.

Нормативную базу исследования составили: Конституция Российской Федерации, федеральные законы, указы Президента Российской Федерации, постановления Правительства и иные нормативно-правовые акты международно-правовые акты, содержащие стандарты в области управление качеством и доступностью услуг здравоохранения.

Эмпирическая база исследования включает в себя официальные данные Федеральной службы государственной статистики (Росстата), характеризующие особенности функционирования сферы услуг здравоохранения в Российской Федерации, аналитические обзоры Всероссийского центра уровня жизни, официальных Интернет-сайтов.

Научная новизна диссертационной работы заключается в выработке системы управления качеством медицинских услуг.

По результатам научного исследования получены следующие результаты:

1. Конкретизировано понятие категории «качество медицинских услуг», что позволило диссертанту выяснить структуру качества медицинской услуги и установить важнейшие факторы на неё влияющие.

2. По результатам деятельности медицинских организаций на основе интеграции стандартов предложена концепция развития качества медицинской услуги. Её использование позволит определять существующий уровень развития медицинской организации, а также диагностировать на соответствие требованиям государственно определённых форм управления.

3. Определены резервы управления качеством деятельности медицинских организаций на основе стандартизации.

5. По материалам диссертационного исследования предложена модель экономического стимулирования деятельности трудового коллектива на основе перераспределения финансовых средств оценки труда.

Структура и объем диссертации определены целями, задачами и логикой исследования. Работа состоит из введения, трех глав, восьми параграфов, заключения, списка использованной литературы и 2 приложений. Графический и цифровой материал представлен в 24 таблицах, 9 рисунках.

ГЛАВА 1. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

1.1. Деятельность медицинских организаций как социально-экономических систем: выявление резервов их управления

Нормативно-правовой базой, в области охраны здоровья, обеспечивающей права граждан на качественную и доступную медицинскую помощь являются Конституция¹ Российской Федерации; Федеральный закон от 22 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»²; Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. № 1873-р³; Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»⁴; Закон Тюменской области от 08.05.2001 № 37-ГД «Об утверждении территориальной целевой программы «Здоровье населения Тюменской области» на 2005-2009 годы»⁵; Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации 2008-2020 годы⁶; Приоритетный национальный проект «Здоровье»⁷, Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации⁸; Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2005 № 633 «Об организации медицинской помощи»⁹ и др.

¹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ).

² Федеральный закон от 22 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

³ Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. № 1873-р.

⁴ Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»

⁵ Закон Тюменской области от 08.05.2001 № 37-ГД «Об утверждении территориальной целевой программы «Здоровье населения Тюменской области» на 2005-2009 годы».

⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.2008 № 146 Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации 2008-2020 гг.

⁷ Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации. 2015 г. Приоритетный национальный проект «Здоровье».

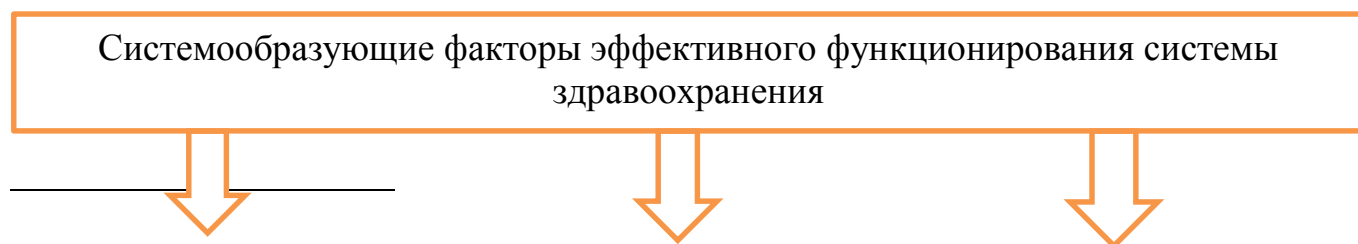
⁸ Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации

⁹ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2005 № 633 «Об организации медицинской помощи»

С учётом задач, поставленных Президентом Российской Федерации с целью реализации приоритетного национального проекта в сфере охраны здоровья Федеральному Собранию Российской Федерации, Правительству Российской Федерации на период до 2020 года главными направлениями работы в сфере здравоохранения в предстоящий период будет повышение доступности и качества медицинской помощи населению страны.

Общеизвестно, что система охраны здоровья населения и социально-экономическая система страны тесно связаны как напрямую, так и косвенно. Здоровье нации зависит уровня экономической активности в стране и от политической конъюнктуры¹⁰. На состояние здоровья влияет доступность эффективных медицинских услуг в сфере охраны здоровья, что связано с распределением, как частных, так и общественных ресурсов страны¹¹.

Рассмотрение системообразующих факторов эффективного функционирования системы охраны здоровья выявил связь между развитием инфраструктуры здравоохранения и ресурсного обеспечения медицинских организаций. Считаем, что для эффективного совершенствования системы здравоохранения требуется наличие достаточного количества подготовленных специалистов системы здравоохранения, способных решать поставленные перед ними задачи с учетом быстро меняющихся условий внешней среды (Рис. 1.1.)



¹⁰ Кадыров Ф. Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений // Менеджер здравоохранения. - 2007. 5.-21 с. Адлер Ю. П. Система экономики качества / Ю. П. Адлер, С. Е. Щепетова. - М.: РИА «Стандарты и качество», 2005. - 182 с.; Крупнов Ю. В. Рефлексивные практики, инфраструктуры и государственность - основа реконструкции России // Рефлексивные процессы и управление : тезисы IV международного симпозиума (7-9 октября 2003, г. Москва). - М. : Изд-во Института психологии РАН, 2003. - С. 64-67.

¹¹ Золотарева Е. Н. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.05 / Е.Н. Золотарева. - Саратов, 2012. - 204 с.

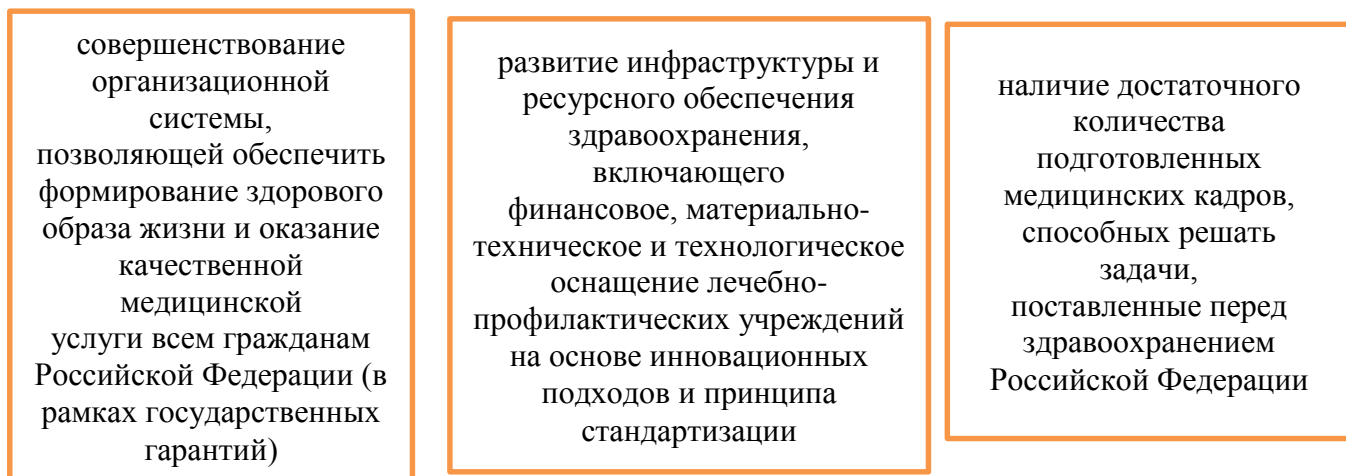
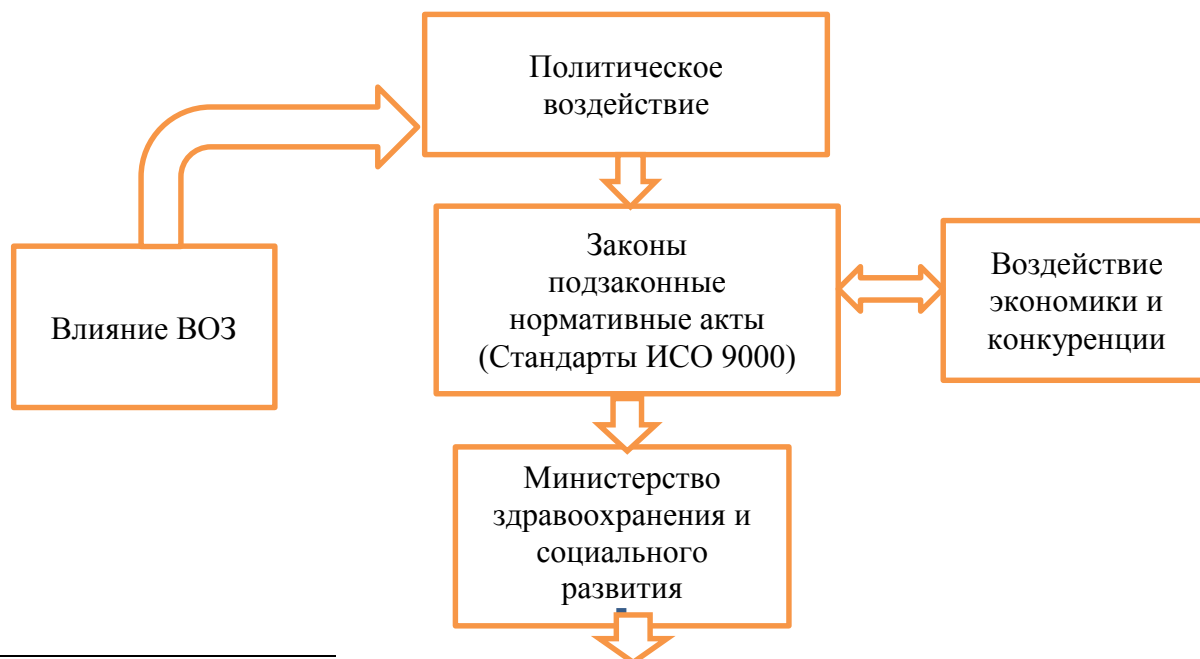


Рис.1.1. Системообразующие факторы эффективного функционирования для системы здравоохранения

Представленные нами на рисунке 1.1 факторы являются взаимозависимыми и взаимоопределяющими¹².

Изучая деятельность медицинских организаций как одного из основных компонентов системы охраны здоровья населения, проанализируем особенности их функционирования.

Система здравоохранения подвержена воздействию как внешних, так и внутренних факторов (Рис. 1.2.).



¹² Гусева С. Л. Реформирование системы управления в первичном звене муниципального здравоохранения (на примере работы городской поликлиники № 6 г. Самара) // Главный врач. - 2010. - № 4. - 31 с.



Рис. 1.2. - Модель функционирования медицинской организации как сложной открытой системы

Таким образом, можно отметить, что ЛПУ не могут существовать автономно. Эти выводы созвучны известным утверждениям отечественных ученых - экономистов¹³.

Инвестиции в охрану здоровья населения определяют возможности оказания медицинских услуг на современном уровне оборудования, квалификации, комфорта клиентов и делает доступной медицинскую помощь. В связи с этим положением рассмотрим систему финансирования здравоохранения в Российской Федерации.

На уровне субъектов Российской Федерации финансирование направлено на доплату к заработной плате, приобретение медикаментов, мягкого инвентаря для сестринского отделения и отделения хосписа, налоговым начислениям.

На уровне муниципальных образований финансирование направлено на оплату налогов, расходы на обучение, оплата услуг связи, заработная плата, оплата

¹³ Архангельский В. Н. Экономические интересы основных категории общества. - М., 2006. – 305; Голиченко О. Г. Национальная инновационная система России: состояние и пути развития. - 1VI., 2006. - 235 с.; Кушлин В. И. Траектория экономических трансформаций. - М., 2004.-257 с.; Инновационный тип развития экономики : учебник. - Изд. 2-е, доп. и пер. / под общ. ред. А. Н. Фоломьева. - М. : Изд-во РАГС, 2008. - 712 с. - (Учебники Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации). - С. 23.; Яковец Ю. В. Циклы. Кризисы. Прогнозы. - М., 1999. - 225 с.

услуг по содержанию имущества, ремонт транспортных средств, содержание муниципальных зданий, оплата коммунальных услуг, содержание отдельных подразделений (скорая медицинская помощь, наркологическая помощь, психоневрологический диспансер, кожно-венерологический диспансер, противотуберкулезный диспансер), оплата основных средств. ЛПУ имеет право самостоятельно распределять выделенные финансовые средства, за исключением основных статей расходов, таких как заработная плата, оплата налогов, оплата коммунальных услуг.

Рассмотрим формирование бюджета здравоохранения Тюменской области за период 2013-2015 годы (таблица 1.1).¹⁴

Таблица 1.1

Бюджет здравоохранения Тюменской области
за 2013-2016 годы (тыс. руб.)

Наименование показателя	Факт на 2013 г.	Факт на 2014г.	Факт на 2015 г.
Федеральный бюджет	7 658 987	9 356 987	8 745 658
Бюджет субъекта РФ	19 578 658	18 577 598	16 899 200
Бюджет муниципальных образований	9 124 789	10 535 500	11 558 987

Анализ представленных табличных данных позволяет сделать заключение, что наибольший объем финансовых поступлений в систему здравоохранения поступает из бюджета Тюменской области. Общая динамика поступления консолидированных бюджетных средств за исследуемый период положительна.

Из представленной аналитической информации можно вывести математическую модель ожидаемых бюджетных ассигнований (для того, чтобы выявить резервы финансирования для поощрения трудового коллектива).

¹⁴ Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ на период 2010 г.

Таким образом, распределения денежных средств ассигнованных на финансирование отрасли здравоохранения РФ математически можно выразить в следующем виде:

$$B = B_{\text{фед}} + B_{\text{обл}} + B_{\text{мун}} \quad (1)$$

где B - общий бюджет медицинского учреждения;

$B_{\text{фед}}$ - федеральный бюджет;

$B_{\text{обл}}$ - областной бюджет;

$B_{\text{мун}}$ - муниципальный бюджет.

Анализ статистической информации¹⁵ показал, что с учетом нормативных показателей по Тюменской области, медицинские организации из муниципального бюджета здравоохранения получают 90% от всего финансирования, областной бюджет ассигнует - 7% и 3% выделяет федеральный бюджет.

Как показал анализ хозяйственной деятельности медицинских организаций Тюменской области, результаты деятельности системы здравоохранения, отдельного ЛПУ не планируются по достижению количественно выраженных показателей качества. Подразделения аналитических и планово-экономических служб в сфере здравоохранения не выполняют своих задач, выполняют «рутинную работу» по анализу статистических данных, система которых определена много лет назад в условиях жесткого бюджетного здравоохранения и не в полной мере соответствует современным рыночным условиям¹⁶. Вследствие чего приоритеты и управленческие решения часто реализуются не на основании анализа эффективности деятельности той или иной службы здравоохранения, а исходя из конъюнктурных соображений.

¹⁵ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Тюменской области tumstat.gks.ru; Программа модернизации здравоохранения Тюменской области субъекта Российской Федерации на 2011-2012 годы.

¹⁶ Золотарева Е. Н. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.05 / Е.Н. Золотарева. - Саратов, 2012. - 204 с.

Создание новых методов обеспечения качества медицинской услуги (КМУ) позволит нам подойти к решению такой актуальной проблемы, как оценка эффективности затрат на достижение определенного уровня качества (запланированного) результата. Для этого требуется сравнить цели системы здравоохранения, с её возможностями исходя из финансовых и других возможностей медицинских организаций. В связи с чем необходимо подумать о задачах достижения высокого КМУ, а также и проанализировать, в какой мере оно оправдано в отношении фактических затрат и результатов.

Для большей наглядности анализ эффективности системы здравоохранения можно привести в виде схемы за основу, которой взяты уровни анализа (Рис. 1.3.)

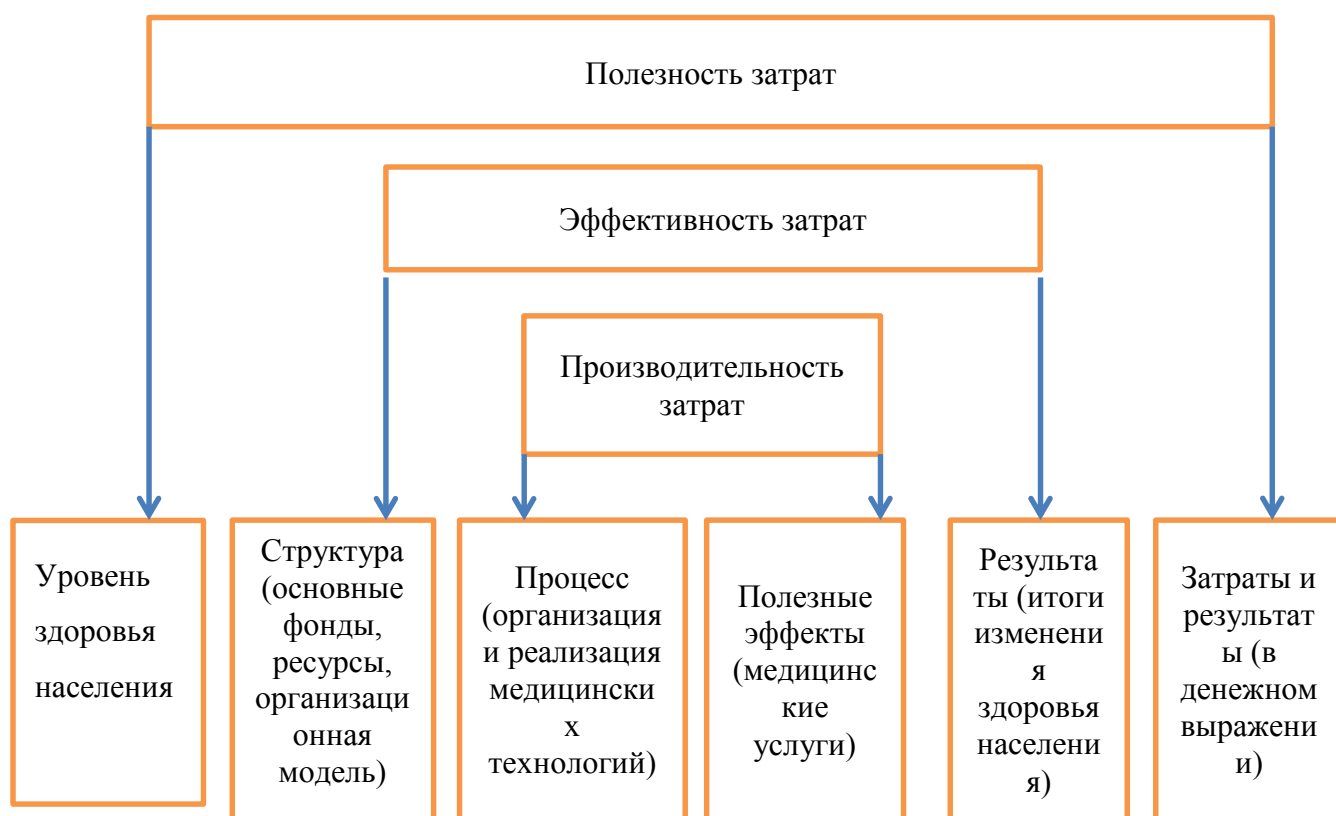


Рисунок 1.3. Уровни анализа эффективности затрат и эффективности затрат, предложенные D. Griffiths (1981)¹⁷.

Проанализируем далее влияние стандартизации на качество медицинских услуг их доступность и эффективность деятельности ЛПУ.

¹⁷ Griffiths D. Head First C [2012, PDF, ENG] ;O'Rcilly Media, Inc. -2012. - С 632.

1.2. Стандартизация деятельности медицинских организаций как основа повышения качества медицинской помощи и доступности медицинских услуг

Медицинская деятельность – это деятельность, направленная на оказание медицинских услуг. На основании Приказа Минздрава РФ от 22.01.2001 года № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» уточним следующие понятия и определения..

На рисунке 1.4. представлен состав показателей, вошедших в структуру качества медицинской помощи.



Рисунок 1.4. Структура качества медицинской помощи

Каждый элемент представлен относительной величиной и ему соответствует свой показатель качества. Совокупность элементов, выраженных суммой относительных величин, образует интегральный показатель качества (ИПК).

В таблице 1.2 формулы для расчета показателей структуры качества

Таблица 1.2

Расчет показателей структуры качества медицинской услуги

Значение показателей	Формулы расчета показателей
Показатель уровня квалификации рассчитывается как отношение уровня квалификации фактической (Укфакт) к плановому уровню (Укплан)	$K \frac{K_{\text{в}}}{\text{П}} = \frac{U_{\text{кфакт}}}{U_{\text{кплан}}}$
Показатель эффективности информационных сообщений рассчитывается как отношение доходов от информационных сообщений к показателю расходов	$K \frac{\text{Ис}}{\text{Э}} = \frac{\text{Доход инф.сооб}}{\text{Затраты инф.сооб.}}$
Показатель интенсивной загрузки оборудования ($\Pi_o^{\text{и}}$) рассчитывается как отношение фактического уровня производительности оборудования (ф.пр.об.) к нормативному (п.пр.об.)	$\Pi_o^{\text{и}} = \frac{\text{ф.пр.об.}}{\text{п.пр.об.}}$
Индекс удовлетворенности пациентов рассчитывается как отношение числа случаев удовлетворенности пациента оказанной ему медицинской помощью (Су) к общему числу пролеченных больных (Бф)	$I \frac{\text{П}}{\text{Д}} = \frac{C_{\text{у}}}{B_{\text{ф}}}$
Показатель организации лечебного процесса с достигнутым положительным результатом (Ср) к общему числу пролеченных больных (Бф)	$K \frac{\text{Л}}{\text{П}} = \frac{C_{\text{р}}}{B_{\text{ф}}}$
Показатель контроля качества мед. помощи представляет собой отношение числа случаев соблюдения качества выполнения услуги (Ск) к общему числу оцениваемых случаев предоставления услуги (Собщ)	$K \frac{\text{К}}{\text{К мед}} = \frac{C_{\text{к}}}{C_{\text{общ}}}$
Коэффициент уровня использования стандартов представляет собой отношение числа случаев соблюдения медицинских стандартов и правильно выбранных технологий лечения и диагностики (Сст) к общему числу оцениваемых случаев (Собщ)	$K \frac{\text{Ст}}{\text{В}} = \frac{C_{\text{ст}}}{C_{\text{общ}}}$

Формулы получены согласно предписаниям рекомендаций (из стандартов) или выведены на основе общеизвестных подходов

С целью оценки уровня того или другого коэффициента создадим оценочную шкалу. Предлагаемая нами шкала необходима для оценки процесса развития качества медицинских услуг в динамике. С помощью неё будет выявлен уровень качества по трем параметрам: высокий, средний, низкий (таблица 1.3).

Таблица 1.3

Характеристика шкалы измерения структуры качества медицинской услуги

Уровень качества	Характеристика	Направления развития качества медицинской услуги
Высокий, выше 81%	Учреждение находится в состоянии устойчивости по всем элементам качества в соответствии с выбранными показателями	Услуги реализуются в соответствии с установленными показателями, зависящими от технологии, информации, стандартизации, персонала и т. п. Оборудование и технологии находятся в хорошем состоянии. Активно внедряются инновации
Средний, 61-80%	Имеются трудности, которые можно преодолеть своевременной диагностикой и разработкой методов управления качеством.	Деятельность ЛПУ нестабильна, но поддерживается на определенном уровне. Качество медицинских услуг временно снизилось. Техническая и инновационная состоятельность - удовлетворительная
Низкий, до 60%	Наличие хронических нарушений важнейших показателей всех функциональных элементов структуры качества медицинской услуги.	Проблемы с обеспечением организации стандартами, информацией, трудовыми и финансовыми ресурсами, неэффективное их использование. Снижение уровня развития качества медицинских услуг, сокращение объема предоставляемых услуг. Наличие проблем с фондовым обеспечением деятельности

Увеличение интегрального показателя качества за изучаемый период будет говорить о развитии качества медицинских услуг в ЛПУ.

Целью проведения ведомственного контроля является совершенствование качества медицинской помощи, выявление ошибок и нарушений в действиях врачей, анализ причин и их устранение, оценка полноты и эффективности использования имеющихся ресурсов.

В соответствии с поставленной целью основными задачами ведомственного контроля являются: раннее выявление и предупреждение возникновения врачебных ошибок и недостатков при оказании медицинской помощи, своевременное их устранение; снижение риска прогрессирования имеющегося у пациента или возникновения нового патологического процесса; рациональное использование всех видов ресурсов здравоохранения; обеспечение удовлетворенности пациентов от

взаимодействия с системой здравоохранения; обеспечение безопасности работы медицинского персонала.

Основными функциями ведомственной системы контроля являются: оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинского учреждения (контроль структурного компонента качества медицинской помощи); экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам (контроль технологического компонента качества медицинской помощи); расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи, а также изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения (контроль качества результата); выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное воздействие на процесс оказания помощи и повлекших за собой снижение эффективности медицинской помощи; подготовка рекомендаций, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи; выбор наиболее рациональных управленческих решений, проведение оперативных корректирующих воздействий и контроль за их реализацией.

На уровне органа управления здравоохранением контроль осуществляют: главные штатные и внештатные специалисты; клиничко-экспертные комиссии.

В медицинских организациях функции контроля выполняют: заведующие отделениями (первая ступень экспертизы); заместители руководителей учреждений по клиничко-экспертной работе, лечебной работе, по амбулаторно-поликлинической помощи и др. (вторая ступень экспертизы); клиничко-экспертные комиссии учреждений (третья ступень экспертизы).

Создание вневедомственной системы контроля качества медицинской помощи является принципиально новым явлением в практике отечественного здравоохранения.

Ее формирование стало одним из важнейших направлений в комплексе системных преобразований, проводимых на протяжении последних 20 лет в рамках осуществляемой в стране реформы здравоохранения. За прошедший период вполне

определились сложившиеся в этой области проблемы, что позволяет выделить приоритетные направления по дальнейшему совершенствованию организации дела.

Целью вневедомственного контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав застрахованных пациентов на получение медицинской помощи надлежащего качества в объеме и на условиях, соответствующих территориальной программе обязательного медицинского страхования, и содействие органам государственного управления в решении задач по совершенствованию деятельности учреждений здравоохранения.

Основными задачами вневедомственной системы контроля являются: организация медицинской и медико-экономической экспертизы с целью обеспечения прав застрахованных граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и контроля обоснованности размеров оплаты медицинских услуг из средств обязательного медицинского страхования; повышение ответственности медицинских учреждений за несоблюдение договорных обязательств, принимаемых ими в отношении объемов, качества и условий оказания медицинских услуг, методами экономического воздействия.

Функциями вневедомственной системы контроля качества являются: оценка возможностей учреждений здравоохранения по обеспечению требуемого уровня качества медицинской помощи; проверка выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохранения и страховыми медицинскими организациями, а также между страхователем и страховщиком; контроль правильности применения тарифов и соответствия, предъявляемых к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи; контроль соблюдения инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан; анализ результатов оказания медицинской помощи, в том числе изучение удовлетворенности пациентов от взаимодействия с системой здравоохранения; подготовка рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контроль за их выполнением; другие виды контроля, осуществляемые субъектами в пределах своей компетенции.

Организационная структура вневедомственной системы контроля качества медицинской помощи включает учреждения и организации, не входящие в систему здравоохранения. Действующей нормативной базой определен перечень функциональных обязанностей каждого из участников вневедомственного контроля: фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, исполнительных органов Фонда социального страхования, лицензионных комиссий, профессиональных медицинских ассоциаций, страхователей, общества защиты прав потребителей.

Стандартизация - установленные правила и их применение для упорядочения деятельности в определённой области на пользу, при участии заинтересованных сторон для достижения экономии при соблюдении функциональных условий и требований¹⁸.

Стандартизация является основой повышения качества медицинских услуг, предназначена для упорядоченного предоставления медицинских услуг с учетом экономии ресурсов при соблюдении функциональных требований и услуг¹⁹.

Стандарты представляют собой нормативно-технические документы, регламентирующие нормы, правила, обязательные требования к объекту стандартизации и утвержденные соответствующими компетентными органами.

Рассмотрим более детально достоинства и недостатки медицинских стандартов.

Начнем с недостатков. Значительные финансовые и трудовые затраты при разработке стандартов, а также сложность разработать стандарты по всем составляющим качества медицинской помощи.

¹⁸Золотарева Е. П. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации / Е. Н. Золотарева, Л. В. Глухова // Вестник Волжского университета имени В. Н. Татищева. Раздел «Экономика». № 1. - Тольятти, 2011.-354 с. Пономарева Л. А. Оптимизация оценки качества подготовки специалистов здравоохранения / Л. А. Пономарева, С. Г. Шугурова // Управление качеством медицинской помощи. -2010. 1. -43 с.;

¹⁹Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. - www.minzdravsoc.ru; Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ на период 2015 г. - С. 10-11; Программа модернизации здравоохранения Тюменской области субъекта Российской Федерации на 2014-2015 гг. - С. 21-23; Отчетные данные субъектов здравоохранения Тюменской области за период 2014-2015 гг.

Напротив, достоинства медицинских стандартов заключаются в том, что это объективное средство контроля, нежели экспертная оценка.

Выделение основных объектов стандартизации в здравоохранении обусловлено структурой качества медицинской помощи. К ним относятся: условия оказания медицинской помощи; профессиональные качества медицинских работников; содержание лечебно-диагностического процесса и результаты медицинской деятельности. Каждому объекту стандартизации соответствует свой особый вид стандарта.

Основные задачи в области стандартизации в медицинских организациях:

- установление требований к условиям оказания медицинской помощи;
- эффективность, безопасность, совместимость и взаимозаменяемость процессов, оборудования, инструментов, материалов, медикаментов и других компонентов, применяемых в здравоохранении;
- нормативное обеспечение метрологического контроля; установление единых требований к лицензированию и аккредитации медицинских учреждений, подготовке, аттестации и сертификации специалистов; нормативное обеспечение сертификации и оценки качества медицинских услуг.

Все стандарты медицинских организаций были классифицированы нами по группам, видам и уровням (рисунок 1.5.).

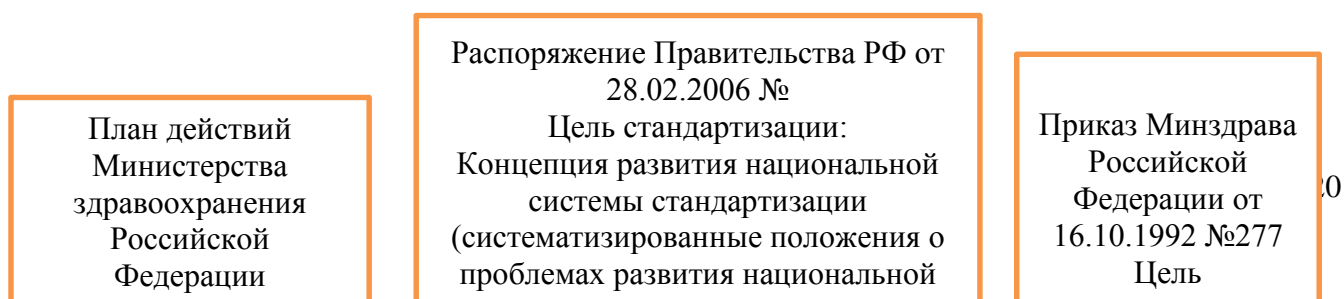




Рис.1.5. Интеграция стандартов в медицинских учреждениях

Из рисунка видно, что объектами стандартизации в здравоохранении являются²⁰: стандарты на ресурсы здравоохранения, стандарты организации медицинской службы и учреждений, технологические стандарты, медико-экономические стандарты, комплексные стандарты.

²⁰ Современное здравоохранение. Приоритетный национальный проект «Здоровье». - www.rost.ru

По мере приспособления метода стандартизации к элементам регулируемой системы охраны здоровья, целесообразно выделить следующие уровни²¹: проблемный уровень стандартизации, уровень лицензирования, уровень аккредитации, уровень регламентации межличностных взаимоотношений, экономический уровень стандартизации, технологический уровень, уровень результативности.

Как показывает практика, результаты работы системы здравоохранения зависят от «количественного» и «качественного» состава медицинского персонала. Именно поэтому необходимо особое внимание уделять развитию персонала, так как именно он является залогом достижения высокого качества медицинских услуг и повышения конкурентоспособности ЛПУ²².

Под управление персоналом в медицинских организациях понимается непрерывный динамический процесс управления человеческими ресурсами. В плане реализации основных направлений кадровой работы не должно быть исключений, поскольку медицинский персонал ЛПУ является ключевым элементом системы достижения запланированных результатов по обеспечению качества производства медицинских услуг. Трудовой потенциал ЛПУ отличен от трудового потенциала отдельного врача, так как система всегда больше суммы составляющих ее частей - индивидуальных трудовых потенциалов сотрудников - в силу возникновения нового качества синергетического эффекта, обусловленного взаимодействием составляющих систему элементов.

1.3. Соответствие деятельности медицинских организаций требованиям стандартов разных уровней экономического управления

²¹ Центр экономического анализа «Интерфакса». Электронный источник // <http://analytics.interfax.ru>

²² Бородин С. В. Проектирование системы управления персоналом как инструмент стратегического планирования промышленного предприятия : дис ... канд. экон. наук : 08.00.05. - М., 2009. - 159 с.; Жирнов О. В. Совершенствование механизма управления здравоохранением : дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. - СПб., 2008.-22 с.; Флек В. О. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении / В. О. Флек, Н. А. Кравченко, И. С. Черепанова.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.- 144 с; Сергиенко С. К. Современные отечественные технологии оценки и развития управленческого персонала. - М.: Книжный мир, 2004. - 206 с.

Проанализируем экономическое развитие медицинских организаций Тюменской области и дадим оценку управления качеством медицинской помощи. Общеизвестно, что целью инвестирования в здравоохранение является повышение доступности и качества медицинской услуг для всего населения РФ²³.

Анализ показал, что инвестирование по трем направлениям в Тюменской области в 2014-2015 годы производится за счет федерального, территориального и муниципального бюджетов (таблица 1.4). Наибольший объем финансирования производится за счет использования целевых средств федерального бюджета.

Таблица 1.4

Государственное инвестирование по трем приоритетным направлениям развития здравоохранения в Тюменской области за период 2014-2015 годы

Наименование задачи	ВСЕГО	Федеральный бюджет	Бюджет субъекта РФ	Бюджет муниципальных образований
2014 год				
Технологическое обеспечение, тыс. руб.	3 718 745,9	3 171 568,6	547 177,30	0
Информатизация, тыс. руб.	296 562,7	196 562,7	100 000,0	0
Стандартизация, тыс. руб.	1 368 174,9	563 121,7	148 093,0	656 960,20
2015 год				
Технологическое обеспечение, тыс. руб.	3 463 094,8	2 930 630,8	532 464,00	0
Информатизация, тыс. руб.	301 204,7	201 204,7	100 000,0	0

²³ Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ на период 2014 г. Беляков В. К. О проблемах инновационной политики в отечественном здравоохранении и необходимости создания кластеров медицинских инноваций / В. К. Беляков, Д. В. Пивень, Д. П. Антонов // Менеджер здравоохранения. - 2008. - № 1. - 194 с.

Стандартизация, тыс. руб.	1 704 524,7	892 257,5	155 307,0	656 960,20
---------------------------	-------------	-----------	-----------	------------

Характеризуя качество деятельности организаций, предоставляющих медицинские услуги, выберем следующий набор показателей качества: индекс удовлетворенности пациентов; количество отказов от лечения; количество претензий пациентов; стоимость качества.

Данные, наполняющие содержание вышеперечисленных показателей, можно получить на основании статистических данных учреждения и анкетирования сотрудников и пациентов учреждения²⁴.

Предметно рассмотрим уровень показателя качества медицинских услуг области, учитывая вышеуказанные детерминанты и сравним с однородными показателями Европы, опираясь на целевые значения ВОЗ.

Исследование показало, что уровень качества медицинских услуг в высокоразвитых странах Европы, а также целевые значения показателя ВОЗ значительно лучше, чем в Тюменской области (отставание на 17,3% от Европы и на 22,7% от требований ВОЗ в 2014 г.). Но, несмотря на это, можно отметить постепенное улучшение дел в этом направлении.

Проанализируем первый компонент (среднюю продолжительность жизни населения) и сравним показатель Тюменской области с целевым значением, рекомендованным ВОЗ.

Проанализируем второй компонент показателя качества медицинской услуг в сравнении с целевым назначением ВОЗ и европейским уровнем по параметру удовлетворенности пациентов. Анализ показал, что недовольство качеством медицинских услуг присутствует повсеместно. Однако уровень удовлетворенности в РФ самый низкий и составляет 30%, что более чем в 2 раза ниже уровня Англии (69,5%), Австралии - 64,2%, Канаде - 62,1%, США - 59,6%, Германия - 56,7%.

²⁴ Федеральная служба государственной статистики www.gks.ru; Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Тюменской области tumstat.gks.ru

На основании материалов государственной статистики проанализируем технологическое обеспечение ЛПУ Тюменской области. Указанные материалы характеризуют технологическое развитие ЛПУ области через объем инвестирования на технологическое обеспечение в здравоохранительную среду.

Табличные данные дают информацию о том, что инвестируемые средства в модернизацию здравоохранения Тюменской области больше, чем в других областях РФ (табл. 1.5).

Таблица 1.5

Динамика инвестирования на технологическое обеспечение медицинских учреждений по субъектам РФ на период 2014-2015 гг., млн. руб.

Субъекты РФ	Годы		
	2013	2014	2015
Российская Федерация, из них	126550	94806	206871
Московская область	2392,9	4971,8	5253,6
Красноярский край	1329,1	2133,6	3255,6
Волгоградская область	968,8	1506,4	2204,2
Астраханская область	833,8	1621,5	2018,5
Тюменская область	1854	2867,4	3952,5

Из таблицы 1.5 видно, что объем финансирования в 2015 году по всем субъектам России по сравнению с 2013 годом значительно увеличился. В Тюменской области он увеличился 2,1 раза, по РФ - в 1,63²⁵.

Отметим, что ЛПУ Тюменской области активно участвуют в экспериментальных проектах, глобальная цель которых - внедрение инновационных технологий и современного медицинского оборудования.

Отметим, что в Тюменской области с 2013 года на технологическое обеспечение здравоохранения ассигнуются значительные суммы, но на удовлетворенности качеством медицинских услуг это не сказывается. В связи, с

²⁵ Федеральная служба государственной статистики www.gks.ru

чем можно сделать заключение, что использование медицинского оборудования явно недостаточное.

Динамика внедрения информационных технологий в медицинских учреждениях Тюменской области представлена в таблице 1.7.

Таблица 1.7

Динамика внедрения информационных технологий в медицинских учреждениях Тюменской области за период 2013-2015 годы

Наименование показателя	Годы		
	2013	2014	2015
Количество пациентов, у которых ведутся электронные медицинские карты, %	56,4	76,5	95,8
ЛПУ, осуществляющие автоматизированную запись на прием к врачу с использованием сети Интернет и информационно-справочных сенсорных терминалов к общему количеству ЛПУ, %	44,6	68,7	86,6
ЛПУ, использующие электронный документооборот при обмене медицинской информацией, от общего количества ЛПУ, %	45,3	64,6	84,5

Анализ табличных данных позволяет нам сделать вывод о том, что информатизация активно внедряется в медицинские организации Тюменской области.

ГЛАВА 2. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

2.1. Концептуальный подход по управления качеством медицинских услуг на основе стандартизации

Изучение научной литературы по проблеме показало, что базовые подходы концепции всеобщего управления качеством нашли свое отражение в работах известных зарубежных ученых²⁶. Это представило возможность, диссертанту выбрать средства и методы менеджмента, позволившие предложить собственное решения выявленных проблем.

Теоретические подходы, разработанные Э. Демингом, У. Шухартом, М. Кано, позволили диссертанту составить интегральное отношение к управлению качеством в медицинских организациях. Заключение Э. Деминга применялись нами для формирования «петли качества». Положения М. Кано использованы нами для проектирования стратегического профиля деятельности ЛПУ. Тезисы У. Шухарта - для формирования системы измерений деятельности медицинской организации²⁷.

Анализ показал, что в настоящее время в здравоохранении 150 стран мира действуют системы менеджмента качества, созданные на основе международных стандартов ИСО серии 9000. Изучив требования международных стандартов, отметим, что в системе качества организации должны найти свое отражение 12 элементов.

Проанализируем более детально сущностные характеристики качества медицинских услуг, их жизненный цикл и их роль в формировании конкурентных преимуществ медицинской организации.

Таблица 2.1

Классификационная модель интеграции стандартов

²⁶ Деминг Э. Выход из кризиса: Новая парадигма управления людьми, системами и процессами. - М. : Альпина Паблишер, 2011. - 424 с.; Исикава К. Японские методы управления качеством. - М.: Экономика, 2001.-215 с.; Кондо Й. Управление качеством в масштабах компании: становление и этапы развития : пер. с англ. / науч. ред. А. В. Глазунов, В. А. Лapidус, М. Е. Серов. - Н. Новгород : СМЦ «Приоритет», 2002. - 252 с.; Масааки Иман Кайзен, Ключ к успеху японских компаний : пер. с англ. - 2-е изд. - М.: Альпина Бизнес Букс, 2005-274 с. - (Серия «Модели менеджмента ведущих корпораций»); Фейгенбаум А. Контроль качества продукции. - М.: Экономика, 1986. - 471 с.

²⁷ Золотарева Е. Н. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.05 / Е.Н. Золотарева. - Саратов, 2012. - 204 с.

управления качеством и доступностью медицинских услуг

Наименование	Деление по стандартам				
	Уровни элементов управления	Глобальный	Макроуровень	Мезоуровень	Микроуровень
Уровни стандартизации	Стратегический	Стратегический	Стратегический	Тактический	Оперативный
Уровни стандартов	Глобальные стандарты	Международные стандарты	Федеральные стандарты	Региональные стандарты	Локальные стандарты

Полагаем, что стратегический профиль представляет собой ориентир дальнейшего управления по конкретным направлениям. Считаем, что для реализации концептуальной модели, нужно учитывать особенности стратегического планирования и прогнозирования деятельности ЛПУ в условиях рынка.

Петля качества, в соответствии с международными стандартами ИСО, означает замкнутый в виде кольца жизненный цикл услуги²⁸. На основании интеграции стандартов автором диссертационного исследования были выявлены 10 этапов жизненного цикла услуги в ЛПУ (таблица 2.2).

Систематизируем множество нормативно-правовых актов, стандартов того или иного уровня экономического управления, необходимых для практического использования на рабочих местах организаций здравоохранения.

Система качества.
Цель - создание в учреждении эффективно действующей системы управления качеством:
структура

Ответственность руководства.
Цель - разработка политики в области качества:
построение системы качества, организационная структура учреждения, распределение ответственности и полномочий в системе

Контроль.
Цель - подтверждение выполнения заданных требований к услуге:
входной контроль поступающего пациента (диагноз), контроль и испытания



Рис. 2.1. Элементы системы управления качеством в деятельности организации здравоохранения

Таблица 2.2

«Петля качества» стратегического профиля управления

Наименование направлений цикла профиля	Соответствие стандарта уровню управления	Нормативные документы, на которых основаны стандарты
1. Маркетинг	Глобальные стандарты, Федеральные стандарты	Всемирная организация здравоохранения ²⁹ Концепция долгосрочного социально-экономического развития России ³⁰
2. Проектирование и разработка новых услуг	Федеральные стандарты	Отчет о деятельности Минздравсоцразвития РФ ³¹ , Программа модернизации ³²
3. Материально-техническая база	Федеральные стандарты	Отчет о деятельности Минздравсоцразвития РФ ³³ , Статистические данные Концепция развития здравоохранения ³⁴

²⁹ Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/ru/>, Официальное Интернет-представительство Организации Объединенных Наций (ООН) в России <http://www.unrussia.ru/institutions/who.html>

³⁰ Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года; Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ.

³¹ Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ на период 2015 года.

³² Программа модернизации здравоохранения Тюменской области субъекта Российской Федерации на 2011-2012 годы.

³³ Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ на период 2015 года; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.07.2002 № 210 Приоритетный национальный проект «Здоровье».

³⁴ Федеральная служба государственной статистики www.gks.ru

«Продолжение таблицы 2.2»

4. Подготовка лечебного процесса	Федеральные стандарты	Приказы Минздравсоцразвития РФ ³⁵
5. Профессиональная подготовка персонала	Федеральные стандарты	Приказы Минздравсоцразвития РФ ³⁶ , Концепция кадровой политики в здравоохранения РФ ³⁷
6. Информированность пациентов	Федеральные, региональные Стандарты	Удовлетворённость пациентов. Социальный опрос пациентов (анкетирование) ³⁸ Информация в СМИ ³⁹
7. Пребывание в ЛПУ	«Федеральные стандарты	Приказы Минздравсоцразвития РФ
8. Стандарт безопасности	Федеральные стандарты	Приказы Минздравсоцразвития РФ ⁴⁰
9. Стандарт лечения	Федеральные стандарты	Приказы Минздравсоцразвития РФ ⁴¹
10. Оценка качества услуг	Федеральные, региональные, локальные стандарты	Приказы Минздравсоцразвития РФ ⁴² Удовлетворённость пациентов

Как видно из таблицы 2.2, появляется возможность измерения каждого из контролируемых показателей и формирование вывода о достижении уровня целеполагания.

³⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.2008 № 146 Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации 2008-2020 г.; Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об организации медицинской помощи» № 633 от 13.10.2005 года. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

³⁶ Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об организации медицинской помощи» № 633 от 13.10.2005 года. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.07.2002 № 210 Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации; Федеральный закон от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

³⁷ Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации

³⁸ Коваленко Т. Н. Анкетирование пациентов - одна из форм оценки удовлетворенности качеством медицинских услуг / Т. Н. Коваленко, О. А. Захваткина // Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи : материалы межрегион, научно-практической конференции с международным участием. - Новосибирск, 2007. - 34-36 с.

³⁹ Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. - www.minzdravsoc.ru

⁴⁰ Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об организации медицинской помощи» № 633 от 13.10.2005 года.

⁴¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.2008 № 146 Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации 2008-2020 г.

⁴² Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об организации медицинской помощи» № 633 от 13.10.2005 года; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.07.2002 № 210 Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации

Петля качества организации здравоохранения является экономическим механизмом для планирования деятельности ЛПУ. Новизна предлагаемого решения состоит в том, что впервые в едином виде классифицированы все сведения о критериальных требованиях к качеству деятельности ЛПУ, разрозненные в разнообразных нормативно-правовых актах.

Базовая составляющая стандартов несет в себе набор критериев, характерных для каждого уровня стандартов, выраженная в количественном эквиваленте⁴³. Предложенная концептуальная модель управления качеством медицинских услуг включает в себя объединение стандартов на всех уровнях управления, оказывающих влияние на эффективность деятельности медицинской организации (таблица 2.3).

Новизна предлагаемого нами решения заключается в том, что, имея такой инструментарий в практической деятельности ЛПУ, достигает совершенства существующая в настоящее время система планирования и осуществляется возможность организации плановой переподготовки кадров, принимая во внимание опережение требований стандартов и адаптацию персонала к требованиям внешней среды.

⁴³ Золотарева Е. Н. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.05 / Е.Н. Золотарева. - Саратов, 2012. - 204 с.

Таблица 2.3

Концептуальная модель управления качеством медицинских услуг на основе интеграции стандартов

Уровни управления	Уровни стандартизации	Уровни стандартов	Типы стандартов	Уровень развития	Базовая компонента стандартов
Макроуровень	Стратегический	Глобальный стандарты	Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)	Развитие отрасли здравоохранения на всемирном уровне	1. технологическое обеспечение 2. информационное обеспечение
Макроуровень	Стратегический	Международные стандарты	ISO 9000	Развитие отрасли здравоохранения	1. адаптация персонала 2. организация лечебного процесса 3. информационное обеспечение
Мезоуровень	Стратегический	Федеральные	Отраслевые стандарты Распоряжение Правительства РФ Приказы Минздравсоцразвития РФ	Развитие отрасли здравоохранения в РФ	1. организация лечебного процесса 2. информационное обеспечение 3. научно-технические разработки
Микроуровень	Тактический	Региональные стандарты	Приказы Департамента здравоохранения Тюменской области Нормативные акты ЛПУ	Развитие ЛПУ субъекта РФ	1. организация лечебного процесса 2. информационное обеспечение программы контроля качества медицинской помощи 3. уровень использования новых технологий 4. уровень использования информационного обеспечения
Индивидуальный уровень	Оперативный	Локальные стандарты	Инструкции по применению стандартов	Развитие персонала ЛПУ	1. уровень использования стандартов 2. индекс удовлетворенности пациентов 3. уровень использования программы контроля качества медицинской помощи 4. уровень квалификация персонала 5. уровень научно-технических разработок

2.2. Формирование инструментов для мониторинга показателей управления качеством медицинских услуг

Для качественного предоставления медицинских услуг необходимо разработать методику мониторинга уровня качества. В связи с этим представим последовательность инструментария, который будет отражать инструкции по четкому исполнению стандартов, чем будет достигнуто решение проблем в медицинских организациях, внедряющих и применяющих требования по всем уровням управления. Комплекс процедур, обеспечивающий резервы для достижения повышенного качества деятельности медицинской организации, направлен на оценку качества трудовых показателей коллектива медицинских учреждений (Рис.2.2).



Рисунок 2.2 Методика мониторинга показателей стратегического управления персоналом ЛПУ

В таблице (таблице 2.4) показана методика расчета собранных нами для мониторинга показателей деятельности трудового коллектива ЛПУ.

Таблица 2.4

Методика расчета собранных показателей качества

Документ медицинского учреждения	Ответственное лицо	Значение показателей	Формулы расчета показателей
Годовой отчет отдела кадров	Начальник отдела кадров	Показатель уровня квалификации ($K_{\text{п}}^{\text{КВ}}$) рассчитывается как отношение фактического уровня к нормативному	$K_{\text{п}}^{\text{КВ}} = \frac{У_{\text{кфакт}}}{У_{\text{кплан}}}$
Годовой отчет экономического отдела	Главный экономист	Показатель использования передовых технологий диагностики и лечения ($K_{\text{л}}^{\text{Нт}}$) рассчитывается как отношение количества случаев диагностики и лечения, проводимых с использованием передовых достижений медицинской науки ($С_{\text{пер}}^{\text{технол}}$) к общему количеству пролеченных больных ($Б_{\text{ф}}$)	$K_{\text{л}}^{\text{Нт}} = \frac{С_{\text{пер}}^{\text{технол}}}{Б_{\text{ф}}}$

«Продолжение таблицы 2.4»

Бухгалтерский отчет деятельности	Главный бухгалтер	Показатель интенсивной загрузки оборудования ($\Pi_{\text{о}}^{\text{Н}}$) рассчитывается	$\Pi_{\text{о}}^{\text{Н}}$
-------------------------------------	----------------------	--	-----------------------------

МУ за 2015 г.		как отношение числа фактического уровня производительности (ф.пр.об.) к нормативной (нмр.об.)	$\frac{\text{ф.пр.об.}}{\text{нмр.об.}}$
Отчет заместителя главного врача по медицинской части по исполнению стандартов	Зам. главного врача по медицинской части	Индекс удовлетворенности пациентов рассчитывается как отношение числа случаев удовлетворенности пациента оказанной ему медицинской помощью (C_y) к общему числу пролеченных больных (B_ϕ) Показатель организация лечебного процесса с достигнутым положительным результатом (C_p) к общему числу пролеченных больных (B_ϕ)	$I \frac{\Pi}{U_d} = \frac{C_y}{B_\phi}$ $K_{\frac{L}{\Pi}} = \frac{C_p}{B_\phi}$
Отчетные данные подразделений ЛПУ	Заведующие отделениями	Показатель контроля качества мед. помощи представляет собой отношение числа случаев соблюдения качества выполнения услуги (C_k) к общему числу оцениваемых случаев предоставления услуги ($C_{\text{общ}}$)	$K_{\frac{K}{K_{\text{мед}}}} = \frac{C_k}{C_{\text{общ}}}$

Для оценки интегрального показателя качества нами предложена оценочная шкала, которая удобна для тех случаев, когда отклонения фактического состояния качества деятельности ЛПУ от нормативного значительно и составляет, по оценкам экспертов, свыше 20% (таблица 2.5). Увеличение интегрального показателя будет свидетельствовать о развитии качества медицинских услуг в ЛПУ.

Таблица 2.5

Шкала измерения структуры качества медицинской услуги

Уровень использования шкалы измерения	Характеристика	Направления управления качеством медицинской услуги
Высокий, свыше 81%	Учреждение находится в состоянии устойчивости по всем элементам качества в соответствии с выбранными показателями	Услуги реализуются в соответствии с установленными показателями, зависящими от технологии, информации, стандартизации, персонала и т. п. Оборудование и технологии находятся в хорошем состоянии. Активно внедряются инновации
Средний, 61-80%	Имеются трудности, которые можно преодолеть своевременной диагностикой и разработкой методов управления качеством	Деятельность ЛПУ нестабильна, но поддерживается на определенном уровне. Качество медицинских услуг временно снизилось. Техническая и инновационная состоятельность - удовлетворительная
Низкий, до 60%	Наличие хронических нарушений важнейших показателей всех функциональных элементов структуры качества медицинской услуги	Проблемы с обеспечением организации стандартами, информацией, трудовыми и финансовыми ресурсами, неэффективное их использование. Снижение уровня развития качества медицинских услуг, сокращение объема предоставляемых услуг. Наличие проблем с фондовым обеспечением деятельности

Выявленные нами отклонения стандартизации были зафиксированы по результатам статистического исследования на уровне не выше 60%. Считаем, что в дальнейшем для оценки деятельности ЛПУ нам подходит именно такая оценочная шкала (табл. 2.6).

Таблица 2.6

Методика этапов мониторинга деятельности персонала

Этапы	Название	Описание	Критерии оценки	Метод
1 этап	Сбор информации внешней среды	Поставщики $K_{\frac{Д}{З}}$ - количество заключенных договоров, шт.	>2000	Сравнение фактических данных с нормативными показателями
		Потребители $K_{\frac{Ус}{Пр}}$ - количество приобретенной услуги, шт.	= 80000	
		Потребители $K_{\frac{Ус}{Кач}}$ - качество приобретенной услуги, %	>0,85	
		Конкуренты $K_{\text{адапт}}$ - уровень адаптации, %	>0,85	
2 этап	Сбор информации внутренней среды	Управление кадрами $K_{\frac{К}{У}}$ - коэффициент укомплектованности кадрами, %	>0,90	Сравнение фактических данных с нормативными показателями
		Управление кадрами – $K_{\text{м}}$ коэффициент текучести, %	<5%	
		Управление финансами - затраты на обучение, руб.	≤500000	
		Управление материально-технической базой $Z_{\text{ав}}$ - затраты на адаптацию к автоматизированной системе обработки данных, руб.	≤3000	

«Продолжение таблицы 2.6»

3 этап	Расчет интеграль-	Интегральный показатель качества $I_{\text{пк}}$ определяется на	$I_{\text{пк}} < 0,6$	Сравнение со шкалой
			$0,61 < I_{\text{пк}}$	

	ного показателя качества	основании определения со шкалой измерения	< 0,80 Iпк>0,81	
4 этап	Анализ качества деятельности ЛПУ	Построение профиля существующего состояния качества, соответствующего 1пк	Анализ отклонен ий	Формирование корректиру- ющего действия

На базе вышеописанного алгоритма нами выработана методика поэтапного мониторинга деятельности персонала ЛПУ.

Алгоритм диагностики уровня управления персоналом медицинской организации с учётом основных показателей эффективности, имеющих особенностей и ограничений, является организационно-экономическим инструментом обеспечения качества услуг.

Для оценки уровня управления персоналом ЛПУ нами были определены основные параметры в рамках опоры на стандарты, которые используются на индивидуальном уровне управления.

Представленная модель характеризует системное управление контролируемыми параметрами, обеспечивающими стабильное развитие ЛПУ за счет управления его персоналом. Для этого требуется усовершенствовать систему мотивации медицинского персонала. На основании аналитического обзора структуры бюджетирования деятельности для организаций здравоохранения разберем, как проектируется модель бюджетирования на стимулирование и мотивацию кадров. На рисунке 2.3 представлена действующая система целей стимулирования персонала.



Рис. 2.3. Система целей стимулирования персонала в ЛПУ

ЛПУ может быть заинтересовано в результатах оценки социально-экономической эффективности, т.к. они определяют состояние здравоохранения во всех отраслях на законодательном уровне⁴⁴.

Полагаем, что предложенная система оценки деятельности персонала медицинской организации (таблица 2.7) на основе интеграции стандартов обеспечит обнаружение слабых мест в управлении трудовым коллективом на каждом из уровней управления, а также и позволит выявить резервы для стимулирования.

Таблица 2.7

Оценки социально-экономической эффективности системы стимулирования персонала в медицинской организации

⁴⁴ Золотарева Е. Н. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.05 / Е.Н. Золотарева. - Саратов, 2012. - 204 с.

Уровни элементов управления	Уровни стандартизации	Цели оценки эффективности
Макроуровень	Стратегический	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка конкурентоспособности страны в системе здравоохранения. 2. Оценка эффективности управления процессами предоставления качества мед. Услуг. 3. Оценка уровня инновационного развития здравоохранения.
Мезоуровень	Стратегический	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка уровня развития региона. 2. Оценка уровня развития инновационного региона. 3. Планирование использования трудовых ресурсов региона. 4. Оценка обеспеченности трудовых ресурсов региона (по численности, квалификации и т. д.).
Микроуровень	Тактический	<ol style="list-style-type: none"> 1. Укрепление конкурентных позиций медицинских организаций. 2. Оптимизация издержек на персонал. 3. Отлаженная система управления персоналом. 4. Четкое распределение функциональных обязанностей 5. Высокий уровень удовлетворенности пациентов.
Индивидуальный	Оперативный	<ol style="list-style-type: none"> 1. Формирование профессиональной мотивации работников. 2. Оценка социальной защищенности персонала.

ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

3.1. Управление качеством и доступностью медицинских услуг на основе стандартизации

Общеизвестно, что целью создания медицинских организаций является оказание доступной и квалифицированной медицинской помощи населению территории.

Функции ЛПУ заключаются в том, чтобы предоставлять населению своевременную, доступную, высококачественную медицинскую помощь.

Миссия организаций здравоохранения заключена в максимальном удовлетворении потребности населения закрепленных территорий, чтобы доступная, высокосложная, плановая и экстренная медицинская помощь оказывалась широким набором клинических специализаций и на высоком уровне качественных услуг.

Располагая новейшими технологиями (например, опережающими темпами идет работа по настройке системы, позволяющей максимально снизить зависимость пациента от регистратора: создание маршрутов, при которых пациенту не требуется обращаться в регистратуру, разработка типовых медицинских процессов, внедрение электронных сервисов. По итогам прошлого года отмечено трехкратное увеличение количества записей через инфокиоски и контакт-центр, практически двукратное – посредством сети «Интернет») и высококвалифицированным персоналом медицинские организации Тюменской области стремятся укрепить свой имидж за счет стандартизации и сертификации своей деятельности.

Удовлетворенность потребителей медицинских услуг населения Тюменской области и г. Тюмени свидетельствует визуально об их хорошем качестве и этот факт подтверждает то, что ЛПУ области развиваются и стремятся повысить свою

экономическую жизнеспособность путем использования современных методов планирования и управления⁴⁵.

Медицинские организации осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией, полученной в установленном законодательством порядке.

Рассматривая структуру подчиненности к органам управления, было отмечено, что крупные ЛПУ непосредственно подчиняется Департаменту здравоохранения и социального развития Тюменской области. Департамент здравоохранения Тюменской области в свою очередь, подчиняется Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Часть структуры отображена на рисунке 3.1.

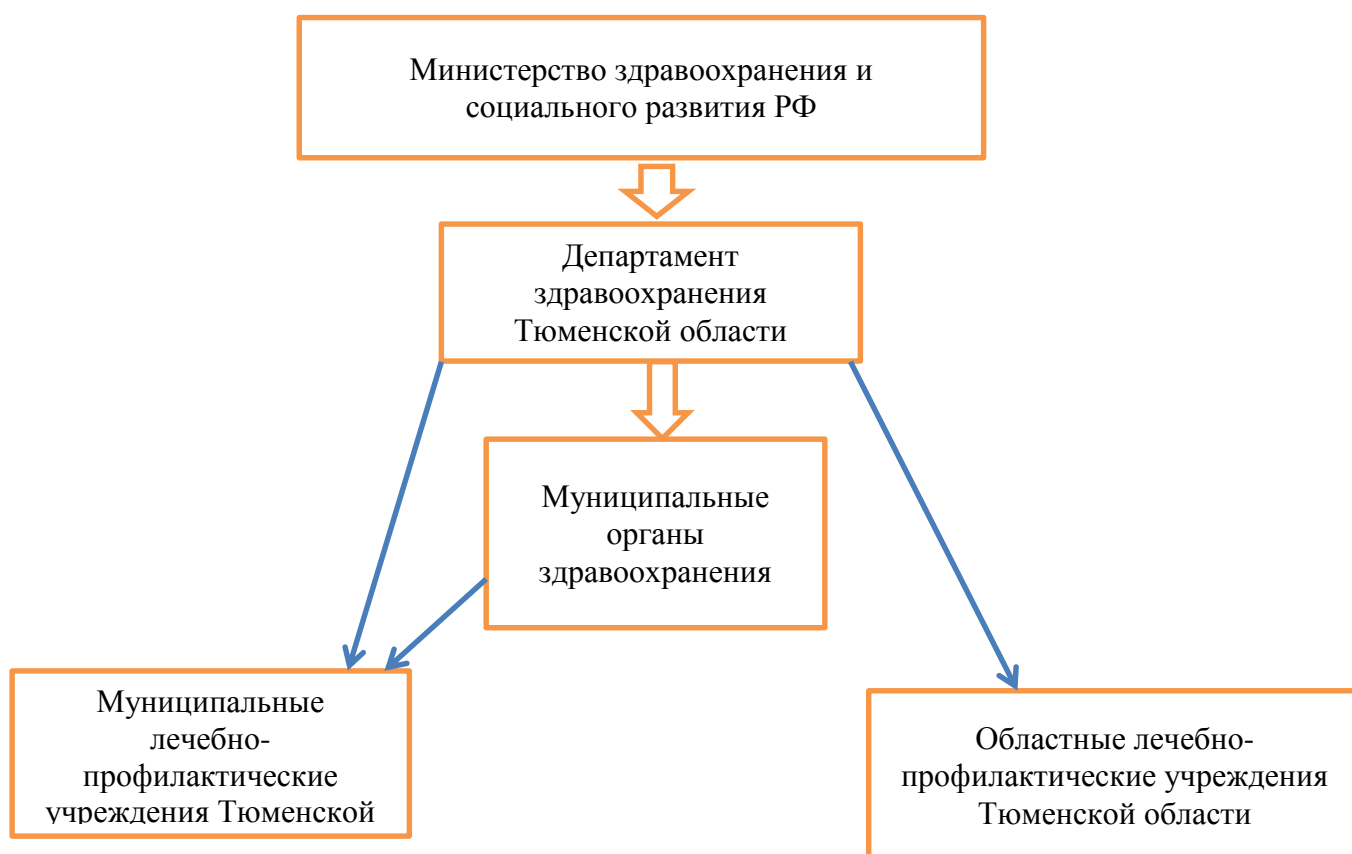


Рисунок 3.1. Иерархическая структура управления системой здравоохранения в Тюменской области

⁴⁵ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Тюменской области tumstat.gks.ru.

Ударными темпами завершены капитальные ремонты городских поликлиник № 1 (пр. Заречный, 4/1) и № 17 (ул. Широкая, 94б), а также входных узлов в поликлиниках № 5 (ул. Депутатская, 127/1), № 6 (ул. А. Пушкина, 8/1), в стоматологической поликлинике № 1 (ул. Республики, 157/2).

Появление функциональной системы возникает там, появляется там, где есть разделение труда. Существуют разделение функций по управлению: заместитель главного врача по поликлинической части, заместитель главного врача по медицинской части, заведующие лабораториями, заведующие отделениями.

Изучение статистической информации показало, что фактическая численность сотрудников системы здравоохранения Тюменской области на 2015 год составляет 24560 человек, что составляет 2,1% от общей численности населения области. В организациях здравоохранения Тюменской области успешно работают 4975 врачей, средних медицинских работников - 13093, младших медицинских работников – 4154 человек. Основная масса медицинских работников аттестована. Высшую категорию имеют 1453 врачей и 4754 медсестер. Численность коек составляет 10567 единиц, где ежегодно пролечивается около 4035 человек⁴⁶.

В целях повышения качества медицинского обслуживания путем обеспечения медицинскими кадрами учреждений здравоохранения города Тюмени в 2015 году предоставлены 37 социальных выплат на приобретение жилья (в 2014 году - 43 социальные выплаты), 183 специалистам предоставлена компенсация на возмещение расходов по аренде жилья (в 2014 году – 162 специалистам), кроме того, в 2015 году из специализированного жилого фонда выделена 1 служебная квартира.

Выполнение мероприятий муниципальной программы «Развитие здравоохранения в городе Тюмени на 2015-2019 годы», утвержденной распоряжением Администрации города Тюмени от 05.11.2014 № 821-рк, направлено на сохранение и укрепление здоровья населения города Тюмени.

⁴⁶ Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Тюменской области tumstat.gks.ru.

По итогам 2015 года по всем показателям результативности реализации Программы отмечается достижение и превышение (улучшение) запланированных годовых значений.

Выполнение большинства мероприятий в течение 2015 года осуществлялось в соответствии с запланированными сроками, срок выполнения 2-х мероприятий планируется продлить на 2016 год.

Изучение финансирования системы здравоохранения Тюменской области показало, что в медицинских организациях Тюменской области существует три основных типа системы организации медицинской помощи.

К государственной системе здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения⁴⁷.

К муниципальной системе здравоохранения относятся органы местного самоуправления.

Так уточненный объем бюджетных ассигнований по муниципальной программе на 2015 год составил 94 326 тыс. руб. (уточнение утвержденного плана произведено на 27 043 тыс. руб.).

Финансирование расходов за 2015 год по муниципальной программе осуществлено в сумме 89 420 тыс. руб., или 95% к уточненному плану.

Расходы на создание условий для оказания медицинской помощи населению за 2015 год составили 58 067 тыс. руб. или 94 % к уточненному плану.

Приобретение движимого имущества, необходимого для осуществления учреждениями деятельности, - 28 217 тыс. руб. (99% от уточненного плана).

Приобретение компьютерной техники и программного обеспечения медицинским организациям – 24 858 тыс. руб. (100% от уточненного плана).

Развитие информационных сетей и создание условий для предоставления муниципальных услуг населению в электронном виде – 958 тыс. руб. (21% от плановых назначений).

⁴⁷ Федеральный закон от 22 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Информационное обеспечение населения в сфере здравоохранения, обеспечение эффективного функционирования отраслевой компьютерной сети – 3 034 тыс. руб. (100% от уточненного плана);

Проведение городских публичных конкурсов – 1 000 тыс. руб. (100% от плановых назначений).

Расходы на реконструкцию, капитальный ремонт учреждений здравоохранения на 2015 год запланированы в сумме 2 505 тыс. руб., финансирование составило 1 737 тыс. руб. (69% от запланированной величины).

Расходы на руководство и управление в сфере установленных функций включают расходы на содержание департамента здравоохранения за 2015 год. Суммарные расходы составили 29 616 тыс. руб. или 99% от уточненного плана.

Результаты анализа статистической информации показывают, что в 2015 году отмечена тенденция увеличения бюджета всех уровней. Суммарно общая сумма финансирования составила 77876750 руб. Темпы роста составляют 7%. В денежном эквиваленте прирост составил 5451372,5 руб. за 2014 год.

Покажем результаты контролирующих экспериментов в медицинских учреждениях Тюменской области. В ходе анализа были исследованы медицинские учреждения Тюменской области, а именно ГБУЗ ТО «Тюменский областной противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г. Тобольск), ГБУЗ ТО «Областная больница № 9» (с. Вагай).

На стадии проспективного исследования по управлению качеством и доступностью медицинских услуг в деятельности ЛПУ Тюменской области в 2014-2015 годы мы использовали следующие методы: 1. метод «поперечного среза» использован для сравнения процессов стандартизации в разных медицинских организациях, 2. метод «продольного среза» использован для мониторинга параметров на протяжении длительного времени.

Полученные данные взяты из документации и финансовой отчетности организаций здравоохранения. Итоги проведенного исследования показали, что на 100% нет выполнение не по одному элементу качества (таблица 3.1).

Таблица 3.1

Долевое соотношение выполнения каждого из пунктов элементов системы качества услуг в ЛПУ Тюменской области

Наименование элементов системы качества услуг	ГБУЗ ТО «Противотуберкулезный диспансер»	ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2»	ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г. Тобольск)	ГБУЗ ТО «Областная больница № 9» (с. Вагай).	Отклонение от норматива (ср.)
1. Ответственность руководства	85,5%	89,3%	82,4%	81,1%	10,7-18,9%
2. Система качества	35%	44%	38%	29%	55,9-70,6%
3. Периодический анализ контрактов	12%	16%	14,3%	12,6%	83,7-88%
4. Управление документацией	69%	78%	78,9%	79,4%	20,6-30,9%
5. Закупка сырья и оборудования	50,4%	71,2%	68,9%	48,5%	28,8-51,5%
6. Предоставляемая услуга	94%	96%	98%	96%	1,8-6,0%
7. Идентификация продукции и прослеживаемость	16%	29%	25,6%	22,4%	71,0-83,9%
8. Управление процессами	13,2%	14,3%	14,1%	12,3%	85,7-87,7%
9. Контроль	58,9%	68,8%	69,4%	70,1%	29,9-41,1%
10. Действия с несоответствующей услугой	52,3%	62,1%	61,2%	60,3%	38,8-47,7%
11. Корректирующие воздействия	72,1%	78,9%	75,2%	71,1%	21,1-28,9%
12. Управление регистрацией данных о качестве	12,1%	14,1%	13,4%	13,5%	85,9-87,9%

13. Внутренние проверки качества	57,8%	59,4%	59,1%	58,5%	40,6-42,2%
15. Техническое обслуживание	32,4%	45,2%	45,1%	44,8%	54,8-67,6%
16. Статистические методы	12%	13%	13,2%	12,9%	86,8-87,8%

3.2. Управление качеством и доступностью медицинских услуг на основе резервов экономического стимулирования

В 2014 -2015 годы году были продолжены мероприятия по повышению доступности и качества медицинских услуг муниципальными учреждениями.

Управление качеством и доступностью медицинских услуг на основе резервов экономического стимулирования заставляет нас искать новые формы управлением качеством медицинских Разработанные нами положения об улучшения качества медицинских услуг подтвердим экспериментально. Для этой цели будем рассматривать существующую систему мотивации и стимулирования медицинского персонала, работающего в Муниципальном медицинском автономном учреждении «Городская поликлиника № 5».

С целью подготовки квалифицированных кадров на базе городской поликлиники № 5 реализован уникальный, не имеющий аналогов в России проект – «Симуляционная модель отделения профилактики».

Далее дадим краткую характеристику работы медицинского персонала в ЛПУ Тюменской области по категориям работников. В таблице 3.3 описано количество персонала, работающего в медицинских организациях Тюменской области. Каждая категория представленного персонала должна знать свою группу стандартов (таблица 3.4).

Таблица 3.4

Выполнение стандартизации в медицинских организациях
Тюменской области

п/п	Направления профиля	Стандарт	Ответственное лицо	Показатели, которые не используются в ЛПУ
1	Маркетинг	Глобальные стандарты, Федеральные стандарты	Ответственность: Начальник экономического отдела Контроль: Главный врач	Маркетинговое исследование
2	Проектирование и разработка новых услуг	Федеральные стандарты	Ответственность: Заведующие отделениями; Начальник экономического отдела Контроль: Главный врач	Уровень использования новых технологий
3	Материально техническая база	Федеральные стандарты	Ответственность: Заведующие отделениями; Начальник экономического отдела Контроль: Главный врач	Уровень научно-технологических разработок
4	Подготовка лечебного процесса	Федеральные стандарты	Ответственность: Заведующие отделениями; Контроль: Зам. глав, врача по экспертной работе; Зам. глав, врача по медицинской части	Организация лечебного процесса информационное обеспечение
5	Профессиональная подготовка персонала	Федеральные стандарты	Ответственность: Начальник отдела кадров Контроль: Главный врач	Уровень квалификация персонала

«Продолжение таблицы 3.4»

6	Стандарт безопасности	Федеральные стандарты	Ответственность: Зам. глав, врача по медицинской части Контроль: Главный врач	Уровень использования стандартов
---	-----------------------	-----------------------	---	----------------------------------

7	Стандарт лечения	Федеральные стандарты	Ответственность: Заведующие отделениями; Контроль: Зам. глав, врача по экспертной работе; Зам. глав, врача по экспертной работе	Уровень использования стандартов
8	Ввод в действие нормативов	Федеральные, региональные, локальные стандарты	Ответственность: Зам. глав, врача по медицинской части Контроль: Главный врач	Отсутствие системы стандартизации в ЛПУ
9	Анализ успехов	Федеральные, региональные, локальные стандарты	Ответственность: Зам. глав, врача по медицинской части Контроль: Главный врач	Отчет о деятельности МУ по качеству

Врачи должны соблюдать стандарты, соответствующие с 4 по 9. Средний медицинский персонал - с 4, 5, 6, 7. Работа младшего медицинского персонала - 5 и 6. Главный врач работает со всеми стандартами, так как он несет ответственность за функционирование медицинской организации.

В таблице 3.4 выполнен детальный анализ соответствия стандарта и ответственного лица. Из таблицы видно, кто должен отвечать за каждое направление для функционирования стандартизации в ЛПУ.

На основании таблицы 3.4 выявлены слабые места в области управление качеством в ЛПУ Тюменской области по всем направлениям. Предлагаем отделу кадров Департамента Тюменской области усилить работу с руководящим составом ЛПУ Тюменской области.

Рассмотрим методику распределения финансовых средств от предоставления платных медицинских услуг на примере Муниципальное медицинское автономное учреждение «Городская поликлиника № 5»

Средняя стоимость одной платной услуги составляет 470 рублей. Из этой суммы лечащий врач получает 290 рублей (60%), средний медицинский персонал 144 рубля (32%), младший медицинский персонал получает 38 рублей (8%).

В 2015 году врачи-педиатры предоставили более 500 платных услуг, сумма платежей 247,5 тыс.руб. (врачи -148 500 рублей, средний медицинский персонал -79 200, младший медицинский персонал -19800).

Годовая премия педиатра за предоставление платных услуг составила 28750 рублей, среднему медицинскому работнику - 7200 рублей, младшему медицинскому работнику - 3960 рублей.

Требуется поставка диагностического оборудования. Финансирование имеет источник из федерального бюджета по программе технического переоснащения в 3 квартале 2016 года. Диагностика больных на данном оборудовании соответствует стандартам и предоставляет уникальную медицинскую услугу, аналог которой есть только в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница № 2». На основании данных маркетингового исследования в потребности пользования новой медицинской услугой определено, что поликлиника в среднем сможет представлять дополнительно по 200 услуг в год. Даже если установить сумму платной услуги в 450 рублей в такое же процентное распределении премии между медицинскими работниками, то доход врача в год увеличится на 20%, у среднего медицинского работнику – 17% рублей, младшего медицинского работника - 12%.

Таким образом, можно будет добиться повышения заработной платы медицинскому персоналу педиатрического отделения и вместе с тем улучшить качество предоставляемых медицинских услуг и их доступности.

Составим прогнозную модель от внедрения предложенных мероприятий. Среднемесячная заработная плата врачей составляет 32 000 рублей. В год сотрудник получает 384 000 рублей. При условии внедрения новой услуги премия врача за предоставление платной новой услуги увеличится на 76 800 рублей в год.

Таким образом, ежемесячная зарплата врача с учетом премии составит примерно 38 400 рублей, среднего медицинского работнику – 18 650% рублей, младшего медицинского работника - 13 235 рублей.

Основываясь на отчетных данных, опишем уровень квалификации медицинского персонала работающих в ЛПУ Тюменской области.

Отметим, что сотрудники повышают категорию по своему усмотрению и, исходя из возможностей организации, однако сертификат они обязаны получать один раз в 5 лет для того, чтобы иметь право на работу в медицинских учреждениях. Также исследование показало, что за 2015 год получили последипломное обучение по следующим направлениям медицинские работники:

Таблица 3.5

Состав врачей и средних медицинских работников, работающих в ЛПУ Тюменской области по уровню квалификации за период 2013-2015 годы., чел.

Категория работников	Высшая категория			Первая категория			Вторая категория			Имеют сертификат			Процент аттестации, %			Процент сертификации, %		
	2013	2014	2015*	2013	2014	2015*	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015*	2013	2014	2015*
Врачи	1299	1321	1296	485	449	440	215	225	247	5001	5197	5313	39,9	38,4	37	99,8	99,9	99,4
Средние медицинские работники	4872	4734	4581	806	775	794	543	546	553	11514	11784	11662	53,5	50,8	47,4	99,0	98,8	98,2

Таблица 3.6

Затраты на обучение медицинского персонала работающего в ЛПУ
Тюменской области за период 2013-2015 годы, руб.

Категория работников	2013			2014			2015		
	План	Факт	прирос т, %	План	Факт	прирос т, %	План	Факт	прирос т, %
Врачи	109418500,0	111187000,0	101,6	141095564,8	150892032,5	106,9	119837162,9	80583234,9	67,2
Средние медицинские работники	63515250,9	64541829,8	101,6	50115976,5	38568337,3	77,0	58026415,7	84747603,1	146,1
Младшие медицинские работники	10893219,6	11069283,6	101,6	7460510,1	7313541,6	98,0	16146480,9	24279502,4	150,4
Прочие работники	35010029,6	35575886,7	101,6	31164948,6	28561088,6	91,6	30526940,4	34034659,6	111,5
Итого:	218837000,0	222374000,0	101,6	229837000,0	225335000,0	98,0	224537000,0	223645000,0	99,6

На основании анализа табличных данных, что в 2013 г. фактические затраты на обучение сотрудников превысило на 101,6% планируемые затраты, в 2015 г. факт был ниже плана на 0,4% (таблица 3.6).

Рассчитаем индекс удовлетворенности пациентов медицинской услугой. Всего за 2015 год в медицинских организациях Тюменской области пролечилось 142500 пациентов, из них недовольных качеством медицинских услуг их доступностью было 11179 человек (1045 человек обращались с жалобами в прокуратуру Тюменской области по поводу неудовлетворительного качества медицинской услуги, с такими же жалобами обращались 6547 человек к руководству медицинских организаций). Повторно было госпитализировано 4193 человека.

Таким образом, индекс удовлетворенности пациентов составляет:

$$I_{\frac{\text{П}}{\text{Уд}}} = \frac{\text{Су}}{\text{Бф}} = \frac{142500 - 1045 - 6547 - 4193}{142500} \quad (9)$$

Удовлетворенность пациентов качеством и доступностью медицинских услуг находится достаточном уровне и составляет 92,2%, что свидетельствует о высоком уровне доступности и качестве медицинских услуг, но и говорит ещё о множестве нерешенных проблем в здравоохранении Тюменской области, например, сельское здравоохранение, скорая медицинская помощь, противотуберкулезная помощь.

Таблица 3.7

Процент функционирования структуры качества в ЛПУ
Тюменской области в 2015 году

п/п	Наименование элементов структуры качества	Наименование показателей структуры качества	Процент исполнения структуры	Фактическое выполнение структуры
1	Качество стандартизации	Коэффициент уровня использования стандартов	12,5%	12,0%
2	Качество труда	Индекс удовлетворенности	12,5%	12,5%

		пациентов рассчитывается		
3	Качество персонала	Показатель уровня квалификации	12,5%	12,5%
4	Качество работы оборудования	Показатель интенсивной загрузки оборудования	12,5%	10,6%
5	Качество технологии организации мед. услуг	Показатель организации лечебного процесса	12,5%	8,3%
6	Качество информатизации	Показатель эффективности информационных сообщений	12,5%	12,6%
7	Качество инвестиции	Показатель контроля качества мед. помощи	12,5%	7,2%
8	Качество модернизации	Показатель использования передовых технологий диагностики и лечения.	12,5%	9,5%
	Итого 100%	100,0%	85,2%	

В таблице 3.7 показан процент функционирования структуры качества в медицинских организациях Тюменской области 2015 г (по данным выборочного исследования).

Изучение функционирования структуры качества в ЛПУ Тюменской области в 2015 году показало, что, несмотря на высокий уровень квалификации медицинского персонала, удовлетворенности пациентов развитие качества медицинских услуг в ЛПУ Тюменской области выполняется на 85,2%, в связи, с чем нужен системный контроль показателей качества деятельности ЛПУ.

3.3. Медицинские организации: мониторинг показателей качества деятельности

Анализ показал, что подавляющее большинство ЛПУ Тюменской области являются современными медицинскими организациями, на базе которых развернуты межрайонные областные центры урологии, гемодиализа, колопроктологии и т.п.

Руководством здравоохранения Тюменской области особое внимание обращается подготовке медицинских кадров, так как от этого зависят результаты работы системы здравоохранения в целом. Установлено, что из числа врачей работающих в здравоохранении Тюменской области в 2015 году имеют первую квалификационную категорию 440 человек, высшую -1296.

Изучение статистической информации показало, что в медицинских организациях области трудятся: 28 докторов медицинских наук, 160 кандидатов медицинских наук и 75 соискателей, кандидаты экономических наук, кандидаты фармацевтических наук, 19 заслуженных врача РФ. Сотрудники имеют 86 авторских патентов и свидетельств на изобретения РФ.

Управление качеством медицинской помощи в условиях субъекта РФ - это комплексная проблема, которая включает в себя: работу с медицинскими кадрами по обучению и повышению их квалификации, проведение информатизации ЛПУ, укрепление материально-технической базы ЛПУ, внедрение высоких технологий.

В результате реализации проекта будут достигнуты следующие показатели эффекта даны в таблице 3.9.

Таблица 3.8

Статистика экономических эффектов от автоматизации ЛПУ медицинских организаций

п/п	Вид выгоды	Экспертные оценки экономии, %	Характеристика информации
1	Экономия работы медсестер на работу с документами	11	ФОТ медсестер по отделениям за год
2	Экономия затрат на лекарственные препараты	15	Стоимость потребленных лекарственных средств за год
3	Экономия на лабораторных исследованиях	11,8	Суммарные годовые затраты лабораторий
4	Увеличение суммы счетов, выставляемых страховым компаниям	2	Сумма счетов, выставленная страховым компаниям за год

Таблица 3.9

Показатели экономической эффективности, принятые для оценки проекта

Показатель	Определение
Общая сумма инвестиций без учета дисконтирования	Суммарная стоимость инвестиций без учета изменения стоимости денег во времени
Общая сумма инвестиций с учетом дисконтирования	Суммарная стоимость инвестиций с учетом изменения стоимости денег во времени
Общая сумма дополнительного денежного потока за период, с начала проекта до окончания установленного срока полезного использования результатов проекта	Прогнозируемое суммарное увеличение денежного потока в результате реализации проекта без учета изменения стоимости денег во времени
NPV (Net Present Value)	NPV - чистая текущая стоимость. NPV - текущая стоимость остаточного денежного излишка в конце проекта (срока полезного использования) с учетом стоимости денег во времени (дисконтирования)
IRR (Internal Rate of Return)	IRR - внутренняя норма отдачи. IRR - равна стоимости капитала (ставке дисконтирования), при которой чистая текущая стоимость проекта (NPV) обращается в нуль
ROI (Return on Investments) без учета дисконтирования	ROI - коэффициент рентабельности инвестиций. ROI - финансовый показатель, характеризующий доходность инвестиционных вложений без учета изменения стоимости денег во времени
ROI (Return on Investments) с учетом дисконтирования	Дисконтированный ROI - показатель, характеризующий доходность инвестиционных вложений с учетом изменения стоимости денег во времени
Продолжительность инвестиционного периода	Общая продолжительность всех фаз реализации проекта. Принимается с июля 2010 г. по декабрь 2014 г. включительно 1
Срок окупаемости с учетом дисконтирования	Суммарные вложения, деленные на чистый дополнительный денежный поток в единицу времени, с учетом стоимости денег во времени
Срок окупаемости без учета дисконтирования	Суммарные вложения, деленные на чистый дополнительный денежный поток в единицу времени, без учета стоимости денег во времени

Экономическая выгода от реализаций программ приведена в таблице 3.10.

Экономией от осуществления программы является повышение уровня инвестиций, которые формируются в итоге реализации проекта и составляет 490,5 тыс. руб.

В процессе проведения исследования нами установлено, что в небольших медицинских организациях здравоохранения Тюменской области по штатному расписанию отсутствует специалист по качеству. Их работу чаще всего выполняют заместители главного врача по экспертной работе.

Таблица 3.10

Расчет экономии от реализации СПУИТТ

Экономический эффект	Экономия, %	Освоения экономии, %	Характеристика информации	Тыс. руб.	Экономия, тыс. руб.
Повышение производительности труда среднего медицинского персонала	11,0%	60%	ФОТ медсестер по отделениям за 2014 - 2015 годы	39 776,0	1 750,1
Экономия за счет снижения расходов на лекарственные средства	15,0%	70%	Стоимость потребленных лекарственных средств за 2014 -2015 годы	17 258,8	776,6
Экономия на лабораторных исследованиях	11,8%	3,0%	Суммарные годовые затраты лабораторий за 2014 -2015 годы	340,71	28,1
Увеличение суммы счетов, выставяемых страховым компаниям	2,0%	60%	Сумма счетов, выставленная страховым компаниям за 2014 -2015 годы	125 690,6	1 005,5
ИТОГО					3 560,5

В должностные обязанности данного специалиста входят анализ, контроль и оценка выполнения лечебного процесса, а также соответствие стандартам. Однако в своей работе заместитель главного врача по экспертной работе не затрагивает работу ЛПУ по управлению качеством. Таким образом, можно отметить, что не хватает комплексного подхода к решению проблем развития качества на основе применения стандартов.

В связи с тем, что специалист по качеству медицинской помощи отсутствует во многих ЛПУ, ответственными лицами за функционирование данного направления деятельности могут быть заведующие отделениями. Они могут подавать руководителю данные о возможностях своих отделений в применении новых услуг и разработке плана реализации новых идей.

Срок прохождения лечения установлен в отраслевых стандартах лечения. Заместитель главного врача по медицинской части проводит анализ и оценку лечебного процесса.

Применяемые организационно-управленческие и оценочные механизмы подтвердили возможность эффективного управления качеством медицинских услуг и их доступностью на основе концептуальной модели и стратегического профиля управления⁴⁸.

Предлагаемая система экономического стимулирования трудового коллектива показала, что возможен поправочный коэффициент стимулирования определенной категории сотрудников ЛПУ.

⁴⁸ Золотарева Е. Н. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.05 / Е.Н. Золотарева. - Саратов, 2012. - 204 с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам диссертационного исследования деятельности по управлению качеством и доступностью услуг здравоохранения на региональном уровне (на примере Тюменской области) автор делает следующие выводы и предложения:

1. Качество жизни населения является основным направлением государственной политики, что нашло отражение в программных документах развития здравоохранения до 2020 года.

Здравоохранение является важнейшим компонентом обеспечивающих повышение уровня качества жизни через оказание качественных медицинских услуг. В этой связи особое значение приобретает изучение экономической категории качества медицинских услуг.

2. Деятельность системы здравоохранения в целом в стране должна рассматриваться с позиции системного подхода в соответствии развитыми рыночными отношениями. С целью эффективного управления необходимо поставить под государственный контроль основные источники и ресурсы системы системой здравоохранения. Медицинские организации следует рассматривать как составные элементы системы здравоохранения функционирующими и взаимодействующими с другими субъектами рынка. В связи, с чем управление деятельностью медицинскими организациями целесообразно рассматривать на разных экономических уровнях.

3. На глобальном и макроуровнях экономического управления основное воздействие на деятельность системы здравоохранения в целом и на отдельные её компоненты оказывают стандарты ВОЗ, Международные стандарты (ИСО). Они вырабатывают требования единого медицинского уровня обслуживания населения, обеспечивающего высокое качество жизни населения через его здоровье.

Управление стандартизацией деятельности медицинских организаций направлено на выполнение и соблюдение требований нормативных актов, обеспечивающих здоровье граждан страны.

4. На качество здравоохранения в целом влияет совокупность системообразующих факторов.

Улучшение качества жизни населения страны является приоритетным направлением, что требует адекватного управления в системе здравоохранения и финансирование со стороны государства.

5. На деятельность ЛПУ оказывают влияние разнообразные группы стандартов. Отсутствие механизма управления стандартизацией внутри медицинского учреждения значительно уменьшает результативность труда трудового коллектива в целом.

С позиций стандартизации требований к качеству оказываемых медицинских услуг, необходимо разработать единый механизм, позволяющий планировать и регулировать деятельность персонала медицинских организаций

6. Уровень качества медицинской помощи с позиции целевых показателей в Тюменской области существенно ниже показателя ВОЗ. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их доступностью составляет около 30%, что в половину меньше чем в высокоразвитых странах мира.

7. Изучение известных научных подходов к категории «качество» позволил нам уточнить указанную категорию применительно для деятельности медицинских организаций в следующем виде.

Диссертантом выявлена низкая осведомленность специалистов ЛПУ об оказанном влиянии стандартизации их труда на качество деятельности организации в целом.

8. Рассмотрение существующих средств и методов управления качеством в применении к здравоохранению и помогли сформулировать Концептуальные положения управления качеством медицинских услуг.

Предложенная Концепция, в основу которой положена интеграция стандартов, рассматривает управления качеством деятельности ЛПУ как комплекс организационных мероприятий, направленных на совершенствование системы планирования и регулирования стратегического развития медицинских организаций.

9. Управление качеством деятельности медицинской организации обеспечивается и поддерживается деятельностью трудового коллектива медицинской организации. В связи, с чем от персонала медицинских организаций требуется постоянное развитие своего творческого потенциала.

10. Предложенная нами модель экономического стимулирования персонала ЛПУ, проверенная в условиях Тюменской области показала, что есть резервы для стимулирования определенной категории сотрудников медицинских организаций.

Предложенная нами совокупность инструментов может быть использована для оперативного планирования и регулирования качества услуг здравоохранения и обеспечивать их большую доступность для населения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

Нормативные правовые акты

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ).
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации».
3. Федеральный закон от 22 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Закон Тюменской области от 08.05.2001 № 37-ГД «Об утверждении территориальной целевой программы «Здоровье населения Тюменской области» на 2005-2009 годы».
5. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».
6. Распоряжение Правительства РФ от 27 сентября 2004 г. № 1244-р «Концепция использования информационных технологий в деятельности федеральных органов государственной власти до 2010 года» (в ред. распоряжения Правительства РФ от 29.07.2005 № 1068-р).
7. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. № 1873-р.
8. Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации на период до 2020 г., Приоритетном национальном проекте «Здоровье» (2009-2012 годы), региональных программах модернизации здравоохранения.

9. Концепция демографической политики российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351.
10. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».
11. План мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2012 г. № 1134-р.
12. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации. 2015 г.
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.2008 № 146 Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации 2008-2020 г.;
14. Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об организации медицинской помощи» № 633 от 13.10.2005 года.
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.07.2002 № 210 Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации.
16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.2008 № 146 Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации 2008-2020 гг.
17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 апреля 2011 г. № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».
18. Министерство здравоохранения РФ Приказ № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» (ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001).
19. Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ на период 2015 г. - С. .10-11.

20. Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ на период 2015 года.
21. Отчетные данные субъектов здравоохранения Тюменской области за период 2014-2015 гг.
22. Отраслевая программа «Управление качеством в здравоохранении на 2003-2007 гг.», утвержденная министром здравоохранения РФ 23 апреля 2003 г.
23. Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ на период 2015 года.
24. Программа модернизации здравоохранения Тюменской области субъекта Российской Федерации на 2011-2012 годы
25. Постановление Правительства Тюменской области от 24.12.2012 № 560-п «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
26. Распоряжение Правительства Тюменской области от 30.08.2012 № 1707-рп «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Основные направления развития здравоохранения в Тюменской области» на 2013–2015 годы».
27. Распоряжение Правительства Тюменской области от 18.03.2013 № 314-рп «Об утверждении региональной программы модернизации здравоохранения Тюменской области на 2011–2013 годы»
28. Распоряжение Правительства Тюменской области от 04.28.2013 № 110-рп «Об утверждении региональной целевой программы «Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний населения Тюменской области» на 2013–2017 гг.»
29. Распоряжение Правительства Тюменской области от 30.08.2011 № 1514-рп «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Антинаркотическая программа Тюменской области» на 2012 - 2014 годы».
30. Распоряжение Правительства Тюменской области от 12.12.2011 № 2320-рп «Об утверждении региональной целевой программы продовольственной безопасности Тюменской области на 2011 -2014 годы».

31. Программа модернизации здравоохранения Тюменской области субъекта Российской Федерации на 2014-2015 гг. - С. 21-23.

Стандарты

32. ГОСТ Р 50779.21-96. Статистические методы. Правила определения и методы расчета статистических характеристик по выборочным данным.
33. ГОСТ Р 50779.-42-99 «Статистические методы. Контрольные карты Шухарта».

Материалы конференций, сборники и доклады

34. Вишнякова (Золотарева) Е. Н. Развитие инновационной системы управления персоналом на предприятии в условиях кризиса // Наука — промышленности и сервису : сб. ст. Третьей науч.-практ. конф. Ч. I — Тольятти : Изд-во ПВГУС, 2009. - С. 244-248. - 0,25 п. л.
35. Золотарева Б. Н. Стратегическим профиль развития медицинских учреждений, как инструмент менеджмента // Кризис или реформа: современные проблемы развития социально-экономических систем : материалы международной научно-практической конференции (31 января 2012 г.) : в 2 ч. Ч. 1 / отв. ред. А. П. Плотников, - Саратов: Изд-во ЦПМ «Академия Бизнеса», 2012. - 217 с.
36. Коваленко Т. Н. Анкетирование пациентов - одна из форм оценки удовлетворенности качеством медицинских услуг / Т. Н. Коваленко, О. А. Захваткина // Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи : материалы межрегион, научно-практической конференции с международным участием. - Новосибирск, 2007. - 34-36 с.

Научная литература

37. Адлер Ю. П. Система экономики качества / Ю. П. Адлер, С. Е. Щепетова. - М.: РИА «Стандарты и качество», 2005. - 182 с.
38. Анохин П. К. Философские аспекты теории функциональной системы // Избр. труды. - М.: Наука, 1978. - 312 с.
39. Архангельский В. Н. Экономические интересы основных категории общества. - М., 2006. – 305.
40. Ассоциация Деминга. Структурирование функции качества. URL: <http://www.deming.ru/TehnUpr/StrFunKa.htm> (дата обращения: 10.04.2011).
41. Баранова Г. И. Модели управления персоналом : учеб. пособие. - Иркутск : ИГЭА, 1997.
42. Баранчеев В. П. Управление инновациями : учебник / В. П. Баранчеев, Н. П. Масленникова, В. М. Мишин. - М.: Высшее образование, Юрайт-Издат, 2009. - 166 с.
43. Беляков В. К. О проблемах инновационной политики в отечественном здравоохранении и необходимости создания кластеров медицинских инноваций / В. К. Беляков, Д. В. Пивень, Д. П. Антонов // Менеджер здравоохранения. - 2008. - № 1. - 194 с.
44. Борисов А. Б. Большой экономический словарь. - М.: Книжный мир, 2003. - 895 с.
45. Букович У. Управление знаниями: руководство к действию / У. Букович, Р. Уильяме. - М.: ИНФРА-М, 2002.
46. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/ru/>.
47. Гусева С. Л. Реформирование системы управления в первичном звене муниципального здравоохранения (на примере работы городской поликлиники № 6 г. о. Самара) // Главный врач. - 2010. - № 4. - 31 с.
48. Глухова Л. В. Экономика знаний: модели, методы, управление : монография. - М.: Изд-во ИКиП, 2008. - 118 с.
49. Глухова Л. В. Теоретические основы структурного анализа и синтеза : монография. - М.: Изд-во Института коммерции и права, 2007. - 207 с.

50. Глухова Л. В. Использование индексной квалиметрии для оценки качества функционирования систем подготовки кадров // Вестник Института коммерции и права. - 2008. - № 4. - С. 38-45.
51. Глухова Л. В. Управление затратами на качество функционирования социально-экономических систем // Вестник Самарского государственного экономического университета. Серия «Экономика». - Самара : Изд-во СГЭУ, 2008. - № 6. - С. 21 -26.
52. Голиченко О. Г. Национальная инновационная система России: состояние и пути развития. - М., 2006. - 235 с.
53. Гулиева И. Ф. Медицинские информационные системы / И. Ф. Гулиева, Е. В. Рюмина // Врач и информационные технологии. - 2009. - № 3. -45 с.
54. Двойников С. Ю. Проблемы реализации стандарта электронной истории болезни в лечебном учреждении / С. Ю. Двойников, Т. Н. Подусова // Управление качеством медицинской помощи. - 2010. - № 1. - 101 с.
55. Деминг Э. Выход из кризиса: Новая парадигма управления людьми, системами и процессами. - М. : Альпина Паблишер, 2011. - 424 с.
56. ДСТУ ISO 8258-2001, Контрольные карты Шухарта.
57. Егоршин А. П. Управление персоналом : учебник для вузов. — 5-е изд., доп. и пер. - Н. Новгород : НИМБ, 2005. - 720 с.
58. Золотарева Е. Н. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации / Е. Н. Золотарева, Л. В. Глухова // Вестник Волжского университета имени В. Н. Татищева. Серия «Экономика». Вып. № 1 (25). - Тольятти : Изд-во ВУиТ, 2012. - С. 91-99.
59. Золотарева Е. Н. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации / Е. Н. Золотарева, Л. В. Глухова // Вестник Волжского университета имени В. Н. Татищева. Раздел «Экономика». № 1. - Тольятти, 2011.-354 с.
60. Инновационный тип развития экономики : учебник. - Изд. 2-е, доп. пер. / под общ. ред. А. Н. Фоломьева. - М. : Изд-во РАГС, 2008. - 712 с. - (Учебники

- Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации). - 23 с.
61. Исикава К. Японские методы управления качеством. - М. : Экономика, 2001. - 215 с.
62. Кадыров Ф. Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. - М. : Менеджер здравоохранения, 2007. - 224 с.
63. Крупнов Ю. В. Рефлексивные практики, инфраструктуры и государственность - основа реконструкции России // Рефлексивные процессы и управление : тезисы IV международного симпозиума (7-9 октября 2003, г. Москва). - М. : Изд-во Института психологии РАН, 2003. - С. 64-67.
64. Кушлин В. И. Траектория экономических трансформаций. - М., 2004.-257 с.
65. Кондо И. Управление качеством в масштабах компании: становление и этапы развития : пер. с англ. / науч. ред. А. В. Глазунов, В. А. Лapidус, М. Е. Серов. - Н. Новгород : СМЦ «Приоритет», 2002. - 252 с.
66. Кузнецов Л. А. Контроль и оценка многомерного качества // Методы менеджмента качества. - 2008. - № 10. - С. 40-45.
67. Куличенко В. П. Современное состояние и перспективы развития информатизации системы здравоохранения Тюменской области / В. П. Куличенко, Е. И. Полубенцева // Управление качеством медицинской помощи.-2011.- № 3.-55 с.
68. Ломакин В. Б. Электронная регистратура - инновационная информационная технология для лечебно-профилактического учреждения / В. Б. Ломакин, А. Е. Лаухин // Управление качеством медицинской помощи. - 2010. - №2.- 34 с.
69. Масаки Иман Кайзен, Ключ к успеху японских компаний : пер. с англ. - 2-е изд. - М.: Альпина Бизнес Букс, 2005-274 с. - (Серия «Модели менеджмента ведущих корпораций»).
70. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. - www.minzdravsoc.ru

- 71.Одегов Ю. Г. Эффективность системы управления персоналом (социально-экономический аспект) : учеб. пособие / Ю. Г. Одегов, Н. К. Маусов, М. Н. Кулапов. - М.: Изд-во РЭА, 2006. - 325 с.
- 72.Официальное Интернет-представительство Организации Объединенных Наций (ООН) в России. <http://www.unrussia.ru/institutions/who.html>
73. Пономарева Л. А Оптимизация оценки качества подготовки специалистов здравоохранения / Л. А. Пономарева, С. Г. Шугурова // Управление качеством медицинской помощи. -2010. 1. -43 с.
- 74.Президент Российской Федерации, -www.kremlm.ru.
- 75.Приоритетные национальные проекты. - <http://www.rost.ru/search.shtml>.
- 76.Пушкарев О. В. Человеческий капитал и моделирование медико-экономической эффективности в здравоохранении : дис. ... док. экон. наук: 14.00.33. - Новокузнецк, 2009. - 20 с.
- 77.Сергиенко С. К. Современные отечественные технологии оценки и развития управленческого персонала. - М. : Книжный мир, 2004. - 206 с.
- 78.Современное здравоохранение. Приоритетный национальный проект «Здоровье». - www.rost.ru
- 79.Старовойтова И. М. Контрольно-организационная работа в медицинских организациях на современном этапе // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. - 2008. - № 2 (21). - 60 с.
- 80.Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Тюменской области tumstat.gks.ru.
- 81.Управление организацией : энциклопедический словарь. - М. : ИНФРА-М, 2001. - 244 с.
- 82.Федеральная служба государственной статистики. - www.gks.ru.
- 83.Фейгенбаум А. Контроль качества продукции. - М. : Экономика, 1986.-471 с.
- 84.Флек В. О. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении / В. О. Флек, Н. А. Кравченко, И. С. Черепанова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2001.-144 с.

- 85.Эванс Дж. Управление качеством : учеб. пособие. -М.: ЮНИТИ- ДАНА, 2007.-213 с.
- 86.Экономический словарь / Е. Г. Багудина, А. К. Большаков и др. ; отв. ред. А. И. Архипов. - М. : ТК Велби; Изд-во «Проспект», 2007. - 624 с.
- 87.Bell D. G. Knowledge markets and communities: two approaches for supporting product development teams. Invited talk at the Fordham Graduate School of Business CEUG Consortium / 2001 February 21; New York, NY.
88. Cambell C. Quality Assurance and the Development of Course Programmes: Papers of Higher Education / C. Cambell, C. Rozsnyai. - Bucharest UNESCO/CEPES, 2002. - 221 p.
- 89.Griffiths D. Head First C [2012, PDF, ENG] : O'Reilly Media, Inc. - 2012.-С. 632.
- 90.Drucker P. Innovation and entrepreneurs: Practice and principles. - L. : Pan Books, 2000.-P. 55.
- 91.Hartog J. Education: Recent Points of View of the Economists Human Capital as an Instrument of Analysis for the Economics of Education // European Journal of Education research, development and policies. - 2000. -V. 35. -№ 1. - P. 7-20.
- 92.Taguchi G. The evaluation of quality // ASI News. Special Symposium edition, Winter, 2005. - P. 7-9.

Диссертации и авторефераты диссертаций

- 93.Бородин С. В. Проектирование системы управления персоналом как инструмент стратегического планирования промышленного предприятия : диссертация ... канд. экон. наук : 08.00.05. - М., 2009. - 159 с.
- 94.Елисеева А. В. Управление человеческими ресурсами и развитием конкурентоспособности организаций : дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. - СПб, 2009.- 18 с.
- 95.Жирнов О. В. Совершенствование механизма управления здравоохранением : дис.... канд. экон. наук: 08.00;05. - СПб, 2008.-22 с.

96. Золотарева Е. Н. Управление качеством медицинских услуг на основе стандартизации : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.05 - Саратов, 2012. - 204 с.
97. Меркулов А. А. Управление здравоохранением как территориальной социально-экономической системой : дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. - Саратов, 2008. - 19 с.
98. Пихтовников Ю. В. Управление развитием персонала как фактор роста эффективности труда : дис. ... док. экон. наук: 08.00.05. - М., 2007. - 23 с.
99. Расторгуева Т. И. Научное обоснование современных подходов к управлению человеческими ресурсами в здравоохранении : дис. ... док. мед. наук: 14.00.33. - М., 2009. - 160 с.
100. Сафронова Ж. О. Организационно-экономический механизм эффективного инвестирования в здравоохранение в рамках целевых программ (региональный аспект) : дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. - М., 2009. - 25 с.
101. Юсикова Ю. А. Управление качеством социальных услуг (на примере услуг в здравоохранении и образовании в Республике Башкортостан) : дис.... канд. экон. наук: 08.00.05. - Уфа, 2009. - 25 с.

Интернет ресурсы

102. <http://www.rost.ru/search.shtml> Приоритетные национальные проекты.
103. Качество медицинской помощи и система его обеспечения - РязГМУ им. акад. И. П. Павлова <http://rznngmu.ru/>
104. Центр экономического анализа «Интерфакса». Электронный источник // <http://analytics.interfax.ru>

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Акт экспертного контроля качества медицинской помощи

Мною, заведующим отделением, заместителем главного врача,
председателем ВК (подчеркнуть)

(Ф.И.О. отделение)

В период с _____ по _____ проведена экспертиза качества медицинской помощи

1. В ходе экспертизы изучены материалы:

_____ (наименование первичной медицинской документации, количество)

2. Выявлено (количество, %):

- 2.1. Карт без замечаний: _____
- 2.2. Дефекты диагностических мероприятий: _____
- 2.3. Дефекты лечебных мероприятий: _____
- 2.4. Дефектов организационных мероприятий, в том числе:
По экспертизе временной нетрудоспособности _____
По оформлению медицинской документации _____
По работе заведующего отделением
(для заместителей главного врача) _____

3. Последствия выявленных дефектов (подчеркнуть):

- 3.1. Нет вредных последствий для пациента, ни для медицинских ресурсов.
- 3.2. Необоснованное расходование ресурсов здравоохранения (материалов, медикаментов, транспорта, рабочего времени, финансовых средств, потеря времени пациента).
- 3.3. Ухудшение, в состоянии здоровья пациента, которое связано с допущенными дефектами

4. Причины, приведшие к дефектам (подчеркнуть):

- 4.1. Невыполнение медицинским работником своих функциональных обязанностей
- 4.2. Отклонение от стандартов оказания медицинской помощи, протоколов, приказов, требований.
- 4.3. Недостаточный сбор информации (анамнез, обследование, некачественное ведение медицинской документации)
- 4.4. Недостаточная квалификация специалиста, отсутствие специалиста.
- 4.5. Недостаточное обеспечение оборудованием, инструментами.
- 4.6. Недостаточное обеспечение медикаментами.
- 4.7. Противодействие врачу со стороны больного, близких родственников

5. Предложения по выявленным дефектам:

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Карта анкетирования пациентов, получающих лечение в ГБУЗ ТО ОПТД

№	Вопросы	Ответы	Абс.	
1.	Сколько Вам лет?	1. 18-29		
		2. 30-44		
		3. 45-59		
		4. 60 и старше		
		5. нет данных		
2.	Ваш пол?	1. мужской		
		2. женский		
3..	Какое у Вас образование?	1. начальное		
		2. неполное среднее		
		3. среднее		
		4. среднее профессиональное		
		5. не законченное высшее		
		6. высшее		
4.	Кем Вы работаете?	1. рабочим		
		2. служащим		
		3. работаю в сельском хозяйстве		
		4. учащийся		
		5. домохозяйка		
		6. пенсионер		
		7. инвалид		
		8. не работаю		
5.	Где Вы живете?	1. частный дом		
		2. отдельная квартира		
		3. общежитие		
		4. у меня нет дома		
6.	Вы знаете, какой болезнью легких болеете?	1. туберкулез		
		2. бронхит		
		3. пневмония		
		4. грипп, ОРЗ		
		5. здоров		
		6. не знаю		
7.	Можно ли от Вас заразиться этой болезнью?	1. да		
		2. нет		
		3. не знаю		
8.	Чтобы Вы хотели получить, чтобы приходиться за таблетками и принимать их каждый день?	1. внимание медицинского персонала		
		2. дополнительное питание		
		3. материальную помощь		

		4. помощь друзей		
		5. ничего		
9.	Вы верите своему лечащему врачу?	1. верю полностью		
		2. верю частично		
		3. не верю, но вынужден лечиться		
		4. не верю совсем		
		5. не знаю		
10.	Как относятся медицинские сестры?	1. помогают		
		2. жалеют		
		3. ругают		
		4. безразлично		
		5. запугивают		
		6. не знаю		
11.	Как относится лечащий врач?	1. помогает		
		2. жалеет		
		3. безразлично		
		4. ругает		
		5. запугивает		
		6. я не знаю кто у меня врач		
		7. не знаю		
12.	Где Вы принимаете таблетки?	1. в процедурном кабинете диспансера		
		2. в мед. пункте, на ФАПе		
		3. в поликлинике по месту жительства		
		4. таблетки не получаю, или получаю нерегулярно		
		5. таблетки получаю, но не пью		
13.	Соблюдаете ли Вы санитарно-гигиенические мероприятия? (использование плевательницы, ношение маски)	1. да		
		2. нет		
		3. нерегулярно		
14.	Знаете Вы, что такое туберкулез и его профилактика?	1. да		
		2. нет		
15.	В Вашей мокроте есть туберкулезные палочки?	1. да		
		2. нет		
		3. не знаю		
16.	Вы принимаете таблетки, как Вам назначил лечащий врач?	1. да		
		2. принимаю частично		
		3. нерегулярно		
17.	У Вас были перерывы в лечении?	1. да		
		2. нет		
18.	Вы общаетесь с другими больными туберкулёзом?	1. да		
		2. нет		

		3. не знаю		
19.	Вы лежали в туберкулёзной больнице?	1. да		
		2.нет		
		3. не знаю		
20.	Как повлияло Ваше общение с больными туберкулёзом, на желание лечиться?	1.желание лечиться появилось		
		2. желание лечиться не изменилось		
		3. желание лечиться пропало		
		4. стал принимать не все препараты		
		5. регулярно обманываю мед. персонал		
		6. не знаю		
21.	Что Вам не нравится в работе поликлиники?	1. невнимательное отношение врачей		
		2. невнимательное отношение медсестёр		
		3. большие очереди в регистратуре		
		4. большие очереди на приём к врачу		
		5. бытовые условия		
22.	Вы себя жалеете?	1. да		
		2. нет		
		3. не знаю		
23.	Ваше семейное положение?	1. замужем, женат		
		2. в разводе		
		3. вдовец, вдова		
		4. не женат, не замужем		
		5. гражданский брак		
		6. не знаю		
24.	Вы верите, что можете вылечиться?	1. да		
		2. нет		
		3. не знаю		
25.	Как длительно Вы ожидаете очереди в регистратуре?	1. 10-15 минут		
		2. 15-30 минут		
		3. 1 час		
26.	Как длительно Вы ожидаете очереди на исследования (подчеркнуть): - в лаборатории; - на рентген; - бронхоскопию?	1. 10-15 минут		
		2. 30 минут		
		3. 1 час		
		4. более 1 часа		
27.	Как длительно Вы ожидаете очереди на приём к врачу?	1. 15 минут		
		2. 30 минут		
		3. 1 час		
		4. более 1 часа		
28.	Какую материальную помощь Вы хотели бы получить в связи с болезнью?	1. набор продуктов		
		2. горячее питание		

		3. средства личной гигиены		
		4. одежду, обувь		
		5. оплату проездных билетов		
		6. советы юриста		
		7. советы психолога		
		8. не знаю		
29.	Сколько времени Вы тратите на проезд до места получения противотуберкулёзных препаратов?	1. 30 минут		
		2. 60 минут		
		3. 90 минут		
		4. более 2 часов		
		4. не знаю		
30.	Сколько Вы затрачиваете финансовых средств на проезд до диспансера?	1. 16 рублей		
		2. 32 рублей		
		3. 48 рублей		
		4. более 50 рублей		
		5. у меня бесплатный проезд		
		6. не знаю		
31.	Где Вы хотите лечиться?	1. в стационаре		
		2. жить дома, но каждый день приходить за таблетками		
		3. хочу, чтобы таблетки приносили домой		
		4. не имеет значения		
32.	Доступны ли Вам врачи - специалисты? (хирург, невролог, окулист, терапевт, лор-врач)	1. да		
		2. нет		
33.	Как Вы оцениваете изменение своего состояния в процессе лечения?	1. улучшилось		
		2. ухудшилось		
		3. не изменилось		
34.	Удовлетворены ли Вы техническим оснащением нашего медицинского учреждения?	1. да		
		2. нет		
		3. не знаю		
35.	Как длительно Вы ожидаете госпитализации в отделение?	1. 1-3 дня		
		2. 1-2 недели		
		3. 1 месяц		
36.	Вы хотите продолжить лечение?	1. да		
		2. нет		
		3. не знаю		
37.	Удовлетворены ли Вы качеством оказанной медицинской помощи?	1. да		
		2. нет		
		3. не знаю		