

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ИНСТИТУТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
Кафедра управления физической культурой и спортом

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ
В ГЭК И ПРОВЕРЕНО НА ОБЪЕМ
ЗАИМСТВОВАНИЯ

и.о. заведующего кафедрой
канд.биол.наук, доцент

Л.Н. Шатилович

2018 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(магистерская диссертация)

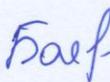
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ГОРОДА ТЮМЕНИ

49.04.01 Физическая культура

Магистерская программа

«Менеджмент и экономика в сфере физической культуры и спорта»

Выполнил работу
Студент 2 курса
очной формы обучения


(Подпись)

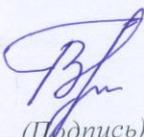
Бояров
Иван
Николаевич

Научный руководитель
к.п.н., доцент


(Подпись)

Речапов
Динар
Сабитович

Рецензент
Директор
МАУ ДО ДЮСАШ «НЕГЕ»


(Подпись)

Голдинов
Вячеслав
Анатольевич

г. Тюмень, 2018

АННОТАЦИЯ

В данной работе представлен анализ качества условий оказания оздоровительных услуг на примере трёх государственных реабилитационных центров города Тюмени.

В диссертации проанализирована структура и подробно описан процесс оценки качества условий оказания оздоровительных услуг реабилитационных центров. Определены актуальность темы, цели, задачи, объект и предмет. Проведён анализ литературных источников по изучаемой проблеме. Подобраны методы исследования. Сделаны выводы о проделанной работе и подведен итог исследования.

В работе представлены рекомендации по повышению качества оздоровительных услуг реабилитационными центрами.

Магистерская диссертация состоит из введения, трех глав, выводов, 16 таблиц, 10 рисунков. Общий объем литературных источников – 81.

Объем 82 страницы.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ: ФЕДЕРАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА	9
1.1. Индикаторные показатели, характеризующие состояние здоровья населения	9
1.2. Понятие реабилитационных услуг и их характеристики	12
1.3. Качество реабилитационных услуг: понятие, аспекты, показатели	17
ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	27
2.1. Федеральные стандарты качества оказания реабилитационных услуг	27
2.2. Материал исследования	29
2.2.1. Областной лечебно-реабилитационный Центр	30
2.2.2. Областной реабилитационный центр «Родник»	32
2.2.3. Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»	35
2.3. Методика проведения экспертизы качества работы реабилитационных центров города Тюмени	37
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ	41
3.1. Показатели, характеризующие открытость и доступность информации об организации социального обслуживания	41
3.2. Показатели, характеризующие комфортность условий предоставления реабилитационных услуг и доступность их получения	44
3.3. Укомплектованность реабилитационного центра специалистами, осуществляющими предоставление оздоровительных услуг	49
3.4. Показатели, характеризующие доброжелательность, вежливость, компетентность работников организаций социального обслуживания	52
3.5. Показатели, характеризующие удовлетворенность качеством оказания услуг	53
3.6. Рекомендации по повышению качества оздоровительных услуг реабилитационных центров города Тюмени	57
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	65
ВЫВОДЫ	67
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	68
Приложения	78

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Здоровоохранение стало реальным критерием уровня прогрессивного развития общества и эффективности деятельности правительств различных стран мира. Это обстоятельство имеет чрезвычайное значение для трансформации восприятия здравоохранения и в нашей стране из затратного сектора в отрасль, предопределяющую экономический рост, конкурентоспособность национальной экономики, устойчивость и прогрессивность социально-экономического развития страны.

Национальное здоровье - потенциал жизненных сил населения, его физическое, психическое и социальное благополучие, позволяющее развивать и эффективно использовать личные способности для общественно полезной деятельности, прежде всего труда. Оно не сводится к отсутствию явных болезней, а требует также вывода человека из «третьего состояния», не позволяющего эффективно работать и полноценно выполнять сложные общественные и семейные обязанности [28].

Здоровье в таком понимании - важнейшая часть национального богатства и человеческого капитала, оно характеризует жизнеспособность общества, эффективность его социально-экономических институтов, перспективы новой индустриализации.

Для измерения национального здоровья используются результирующие и факториальные (воздействующие на результаты) показатели [29].

Здравоохранительный комплекс - межотраслевой сектор национальной и глобальной экономики, включающий не только медицину (госпитали, поликлиники и амбулатории, родильные дома, другие лечебные и реабилитационные учреждения, медицинскую науку), но и производство лекарств, медицинской техники и расходных материалов, массовую физкультуру и спорт, дома для обслуживания лиц с ограниченной трудоспособностью, социальные учреждения, пропагандирующие и помогающие обеспечить здоровый образ жизни [29].

Здоровье населения и здравоохранение считаются важнейшими компонентами политической системы любого цивилизованного государства, влияющими на все стороны его социально-экономической деятельности. Государственное управление в области охраны здоровья осуществляется посредством правовых, административных, экономических, социально-психологических механизмов. Сегодня система здравоохранения Российской Федерации находится в стадии кардинальных изменений. Целью осуществляемых реформ в этой области является создание реально эффективной социальной политики [75].

Основные направления реформы здравоохранения, как показывает анализ работ, сконцентрированы на деятельности по совершенствованию законодательного регулирования отношений по охране здоровья граждан. Реализация этой работы предполагает:

- 1) разработку научно обоснованной, практико-ориентированной концепции развития законодательства об охране здоровья граждан;
- 2) систематизацию законодательства в соответствии с разработанной концепцией;
- 3) разработку необходимых звеньев, позволяющих признать законодательство о здравоохранении полноценно сбалансированной системой;
- 4) разработку программ проведения работ по модернизации и упорядочению законодательства в целях обеспечения структурного реформирования отрасли [40].

Таким образом, проведение реформы предполагается осуществить на основе правовых методов, что позволит создать четкую систему нормативных правовых актов (правовую вертикаль) и порядок их применения, отвечающих потребностям правового государства.

Данная тема исследования нашла отражение в работах многих ученых. В Российской Федерации в последние годы активно исследовались в трудах Чуряева А.В., Батиевской В.Б., Шишова М.А., Шабашева В.А. такие проблемные вопросы, как реализация кадровой политики в сфере

отечественного здравоохранения, особенности государственного и ведомственного контроля в сфере здравоохранения, правовые аспекты организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи.

Пономаренко Б.И. уделяет особое внимание нормативно-правовой информации, регламентирующей порядок оказания медицинской помощи в Российской Федерации. Данная информация включает в себя нормы, нормативы, приказы, распоряжения и другие плановые документы, текущего и перспективного характера, регламентирующие деятельность медицинских учреждений.

По мнению группы ученых О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева в условиях информационно- телекоммуникационного пространства в настоящее время целесообразна комплексная оценка официальных сайтов медицинских организаций. Другая группа ученых (Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов) в качестве приоритетных требований к деятельности медицинских учреждений выдвигает условие осуществлять информирование о врачах медицинской организации [71-73].

В ходе проведенного исследования выявлено, что единые стандарты, касающиеся порядка проведения экспертизы качества деятельности реабилитационных центров, отсутствуют. Также как отсутствует единая унифицированная форма отчетности проведения экспертизы качества. Предложены способы восполнения пробела в данном вопросе, также автором разработаны формы проведения экспертизы качества деятельности реабилитационных центров.

Цель исследования – проанализировать качество оздоровительных услуг на примере реабилитационных центров города Тюмени.

Объект исследования – система управления качеством оздоровительных услуг в реабилитационных центрах муниципального образования города Тюмени.

Предмет исследования - качество оздоровительных услуг, предоставляемых реабилитационными центрами г. Тюмени.

Задачи исследования:

1. Проанализировать и обобщить теоретические аспекты качества условий оказания услуг в области здравоохранения;
2. Изучить нормативно- правовую базу критериев качества в области оказания медицинских услуг;
3. Исследовать особенности медицинской и социальной реабилитации на территории Тюменской области и города Тюмени;
4. Проанализировать критерии качества условий оказания медицинских услуг реабилитационных центров города Тюмени;
5. Выработать рекомендации по совершенствованию механизмов повышения качества оздоровительных услуг реабилитационных центров города Тюмени.

В результате предварительного изучения и предмета исследования нами была выдвинута **гипотеза** о том, что оценка качества оздоровительных услуг реабилитационных центров города Тюмени позволит разработать единые критерии, характеризующих качество услуг реабилитационных центров, и будет более эффективной, если:

- будут разработаны унифицированные критерии качества работы реабилитационных центров независимо от формы собственности;
- использованы современные интерактивные функции в работе сайтов реабилитационных центров для привлечения и сохранения потока потребителей оздоровительных услуг;
- размещена открытая информация о медицинских работниках, оказывающих реабилитационные услуги отдельным категориям граждан;

Теоретическая значимость работы заключается в выявлении критериев качества работы медицинских учреждений.

Практическая значимость исследования состоит в том, что разработанная система методов диагностики качества работы

реабилитационных центров может быть использована для привлечения и сохранения потока потребителей оздоровительных услуг.

В процессе исследования были использованы эмпирические методы - изучение уставной документации, фиксация сведений, сравнение, а также теоретические методы - анализ, синтез, индукция, дедукция, моделирование.

Элементом научной новизны является разработка автором новой методики сравнительного анализа качества деятельности медицинских учреждений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ: ФЕДЕРАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА

1.1. Индикаторные показатели, характеризующие состояние здоровья населения

Конечным общественно значимым результатом деятельности здравоохранения являются показатели здоровья населения. В соответствии с методическими рекомендациями "О порядке использования социально-гигиенического мониторинга в целях бюджетирования, ориентированного на результат" (утв. приказом Роспотребнадзора от 24.08.2007 N 247) исходную информацию для медико-статистических исследований и интегральной оценки состояния здоровья населения получают из ежегодных отчетных форм государственного статистического наблюдения, представленных в перечне показателей и данных для формирования Федерального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга [14]:

N12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения";

N31 "Сведения о медицинской помощи детям и подросткам";

N32 "Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам";

N35 "Сведения о больных злокачественными новообразованиями";

N7 "Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями";

N63 "Сведения о заболеваниях, связанных с микронутриентной недостаточностью";

N10 "Сведения о заболеваниях с психическими расстройствами и расстройствами поведения";

N11 "Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами";

C-51 "Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти";

персонифицированных баз данных по отдельным классам болезней или нозологическим формам, данных эпидемиологических исследований, результатов исследований донозологических состояний.

К показателям здоровья, требующим более детального анализа, могут быть отнесены:

- демографические показатели, включающие младенческую, детскую, общую смертность, смертность от злокачественных новообразований;
- показатели заболеваемости разных социальных и половозрастных групп населения: распространенность отдельных нозологических форм, выделение специфических заболеваний;
- показатели профессиональной заболеваемости;
- медико-генетические показатели, включающие рождение детей с низкой массой тела, частоту врожденных пороков развития новорожденных, патологию новорожденных;
- показатели репродуктивного здоровья, представленные частотой различных исходов беременности и родов;
- показатели физического развития детей;
- показатели инвалидизации, включающие структуру и частоту первичной инвалидизации.

Оценка состояния здоровья населения проводится по следующим параметрам:

- соотношение местных и региональных показателей;
- динамика показателей;
- уровни заболеваемости с учетом рассчитанных фоновых значений [12].

В целях максимальной информативности анализ и оценку состояния здоровья населения следует проводить с использованием системы индикативных показателей:

- нарушения репродуктивной функции женщин;
- показатели экологически обусловленных заболеваний детей и подростков (болезни органов дыхания; болезни системы кровообращения;

болезни нервной системы и органов чувств; болезни органов пищеварения; болезни мочеполовой системы; болезни крови; аллергии; онкозаболеваемость);

- инвалидность;
- смертность населения.

Раннее выявление лиц с повышенным риском экологически обусловленных состояний позволяет своевременно проводить профилактические и оздоровительные мероприятия. Учитывая это, для анализа состояния здоровья населения необходимо внедрять и использовать донозологические показатели, включающие частоту функциональных расстройств и отклонений со стороны органов и систем, обнаружение ксенобиотиков в биосубстратах [14].

На основе проведенной оценки состояния здоровья определяют:

- территории риска;
- возрастные группы риска;
- наиболее информативные показатели здоровья.

Данная информация используется при планировании с целью выявления факторов, обуславливающих распространенность и рост заболеваемости среди населения. Мониторинг за индикативными показателями, характеризующими здоровье населения, позволяет оценить эффективность принимаемых мер [13].

Развитие системы социально-гигиенического мониторинга в нашей стране позволило унифицировать подходы по сбору, обработке и оценке информации о показателях здоровья населения на федеральном, региональном и местном уровнях.

Сформированные информационные фонды социально-гигиенического мониторинга являются источником информации при подготовке ведомственных целевых программ, направленных на осуществление государственных функций в установленной сфере деятельности для решения тактических задач и достижения соответствующего конечного общественно значимого результата [22].

1.2. Понятие реабилитационных услуг и их характеристики

Регламентация отношений в области реабилитации инвалидов, социальной защиты и социального обслуживания в наибольшей степени была обусловлена происходящими переменами в организации публичной власти (централизация власти, реформа местного самоуправления, перераспределение полномочий, совершенствование структуры федеральных органов исполнительной власти).

Правовая база реабилитации инвалидов, отвечающая современным требованиям и базирующаяся на международных общепризнанных правовых актах в защиту инвалидов, была создана в 90-е годы XX века, когда произошел резкий рост числа инвалидов, нарастание и усиление общественного движения инвалидов по борьбе за свои права на получение медико-социальной реабилитации и трудоустройство. Ежегодно впервые признаются инвалидами около 1 млн. человек, повторно - 2,5 млн [23]. В настоящее время в Российской Федерации насчитывается более 13 млн. инвалидов, нуждающихся в комплексной (медицинской, профессиональной и социальной) реабилитации, социальной защите и социальном обслуживании.

Реабилитационные услуги - форма социальных услуг для инвалидов и иных лиц с ограниченными возможностями здоровья в виде действий по проведению социально-медицинских, социально-психологических, социально-правовых, профессиональных и иных мероприятий в целях социальной адаптации и интеграции инвалидов и иных лиц с ограниченными возможностями здоровья в общество [76].

Согласно национальному стандарту Российской Федерации ГОСТ Р 53349-2009, реабилитационные услуги гражданам подразделяют на следующие основные виды:

- 1) Услуги по медицинской реабилитации;
- 2) Услуги по профессионально-трудовой реабилитации;
- 3) Услуги по социальной реабилитации [17].

Реализация направлений комплексной многопрофильной реабилитации инвалидов осуществляется в соответствии с ИПР в учреждениях различных федеральных, региональных и муниципальных ведомств - здравоохранения, социальной защиты населения, образования, занятости населения, культуры, физической культуры и спорта [24].

Реабилитационные учреждения системы социальной защиты населения представлены учреждениями социального обслуживания.

Социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации. Федеральный закон от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" и Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. N 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" регламентируют основные принципы, понятия и формы социального обслуживания населения [29].

Одним из первых нормативных документов, регламентирующих организацию и деятельность реабилитационных учреждений, было Постановление-приказ Минтруда России, Минздрава России, Минобразования России от 23 декабря 1996 г. N 21/417/515, которое утвердило "Примерное положение о реабилитационном учреждении" [42].

Важную роль в организации и деятельности учреждений социального обслуживания населения имеет Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 июля 1996 г. N 1063-р (в ред. Распоряжения Правительства РФ от 14.07.2001 N 942-р), которое утвердило социальные нормативы и нормы создания реабилитационных учреждений социального обслуживания. Предметом деятельности реабилитационного учреждения может быть оказание одного или нескольких видов реабилитационных услуг по направлениям реабилитации инвалидов, предусмотренным статьей 9 Федерального закона от

24 ноября 1995 года N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" [35].

На территории Тюменской области действует Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также «Государственная программа Тюменской области "Развитие здравоохранения" до 2020 года и на плановый период до 2023 года». Согласно данным нормативно - правовым документам, на территории Тюменской области, одним из приоритетных направлений государственной политики в сфере здравоохранения является развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей [21].

По данным Росздравнадзора, на начало 2016 года на территории Российской Федерации действовало 6038 учреждений и предприятий социального обслуживания населения независимо от форм собственности. Из общего количества учреждений более 2000 учреждений для семьи и детей, более 1600 - для граждан пожилого возраста и инвалидов. Общее количество койко-мест в стационарных учреждениях социального обслуживания населения составляло более 374 тыс. [65] Из общего количества учреждений и предприятий социального обслуживания первоочередное место занимают комплексные центры социального обслуживания населения. На территории Российской Федерации функционирует 1444 таких учреждения (23,9% от общего числа учреждений), в составе которых в большинстве субъектов находятся отделения стационарного социального обслуживания для ветеранов войны и труда, престарелых и инвалидов [40].

Таблица 1.1.

Обеспеченность и нуждаемость в обеспечении необходимыми средствами ухода и(или) медицинской реабилитации в 2017 году (по данным Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения, %)

	Все респонденты	в том числе проживают	
		в городских населенных пунктах	в сельских населенных пунктах
Инвалиды всех возрастных групп - всего	100	100	100
из них нуждающиеся в повседневной жизни в каких-либо средствах ухода и/или медицинской реабилитации	50,5	54,6	41,5
Из числа инвалидов всех возрастных групп, нуждающихся в повседневной жизни в каких-либо средствах ухода и/или медицинской реабилитации, обеспечены ими:			
в полном объеме	69,8	71,0	66,5
не в полном объеме	18,5	18,7	18,1
совсем не обеспечены	11,6	10,4	15,4
Инвалиды всех возрастных групп, обеспеченные полностью или частично необходимыми средствами ухода и/или медицинской реабилитации	100	100	100
<i>по удовлетворенности имеющимися средствами ухода и/или медицинской реабилитации</i>			
ими полностью удовлетворены	75,9	75,0	78,4
ими не полностью удовлетворены	23,4	24,3	20,4
ими совершенно не удовлетворены (не могут пользоваться)	0,7	0,6	1,1
не определено	0,1	0,1	0,1
<i>по форме получения (приобретения) имеющихся средств ухода и/или медицинской реабилитации</i>			
полностью бесплатно (включая приобретение за счет собственных средств с последующей полной компенсацией)	15,5	14,0	20,2
частично бесплатно и частично за счет собственных средств (без последующей компенсации)	10,5	10,6	10,2
только за счет собственных средств	74,0	75,4	69,5
Инвалиды всех возрастных групп, полностью или частично не обеспеченные необходимыми средствами ухода и/или медицинской реабилитации	100	100	100

	Все респонденты	в том числе проживают	
		в городских населенных пунктах	в сельских населенных пунктах
из них указали одну или несколько причин необеспеченности			
отказ государственных служб в предоставлении необходимых средств ухода и/или медицинской реабилитации:			
по причине отсутствия в наличии	23,2	20,2	30,7
по причине истечения срока назначения	2,9	2,6	3,7
отсутствие денег на приобретение	39,0	41,4	32,8
отсутствие в продаже	2,5	2,9	1,5
неудовлетворительное качество или непригодность для использования имеющихся средств ухода и/или медицинской реабилитации	8,2	9,1	5,8
другие причины	35,5	35,3	35,9

Источник: [57]

В системе социальной защиты населения созданы и функционируют учреждения для детей-инвалидов. Приказом Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 14 декабря 1994 г. N 249 "Об утверждении Примерного положения о реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями" определены основные цели, задачи, структурные подразделения центра и штатные нормативы [43].

Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями являются учреждениями государственной системы социальной защиты населения, осуществляющими на территории города или района социальную реабилитацию детей и подростков с отклонениями в умственном и физическом развитии в возрасте от рождения до 18 лет, а также семей, в которых дети воспитываются.

Целью деятельности центров является оказание детям и подросткам, имеющим отклонения в физическом или умственном развитии,

квалифицированной медико-социальной, психолого-социальной и социально-педагогической помощи, обеспечение их максимально полной и своевременной социальной адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению и труду.

Реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья создаются на 1,0 тыс. детей-инвалидов. Анализ численности учреждений этого вида позволяет говорить о том, что в стране не хватает данных учреждений [66].

Стационарные отделения реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья предназначаются для реализации программ медико-социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями в условиях круглосуточного пятидневного пребывания в центрах.

В структуре учреждений социального обслуживания населения реабилитационной направленности особая роль отводится стационарным учреждениям для детей-инвалидов, граждан пожилого возраста и инвалидов, одним из которых является дом-интернат для умственно отсталых детей-инвалидов.

Таким образом, анализ организационно-правовых особенностей деятельности учреждений социального обслуживания населения показывает их широкий спектр и возможность проведения мероприятий по медицинской, профессиональной, социальной реабилитации, а также физкультурно-оздоровительных мероприятий. Численность учреждений социального обслуживания населения отстает по ряду учреждений от потребности граждан пожилого возраста и инвалидов [45].

1.3. Качество реабилитационных услуг: понятие, аспекты, показатели

Доктринальное понятие "качество" было предметом научного исследования различных наук и изучалось многими правоведами-теоретиками начиная с советского времени. Например, М.И. Брагинский под качеством понимал "совокупность свойств правового и материального объектов договора,

обеспечивающую возможность нормального использования предмета в соответствии с обычным либо специальным его назначением, определенным договором" [33].

Некоторые советские ученые-правоведы (М.Б. Емельянова, Б.П. Мезрин, В.М. Огрызков и др.) проводили параллель между понятиями "качество" и "соответствие качеству" и в авторские определения понятия "качество" включали как обязательный принцип критерии качественной оценки товара, работы, услуги путем включения в дефиницию ссылки на соответствие качества продукции требованиям нормативно-технических документов и условиям договоров.

М.Н. Семякин по результатам проведенного анализа научных подходов к определению понятия качества брать экономическое определение качества. При этом под качеством продукции предлагал понимать внутреннюю сущность явления, внешнее проявление которой выражается в форме потребительной стоимости, которая становится очевидной только при ее реализации (потреблении)[79].

В.С. Белых подчеркивал, что понятия "качество" и "потребительная стоимость" не тождественны, потому исходная дефиниция понятия "качество" должна формулироваться, по мнению В.С. Белых, экономической наукой [24]. А.В. Гридин под качеством понимает совокупность свойств товара, работы, услуги, соответствующих разумным и достаточным потребностям покупателя и исключающих причинение вреда при его надлежащей эксплуатации, хранении, перевозке и потреблении, данное определение предлагает внести в п. 1 ст. 469 ГК РФ применительно к договорам купли-продажи [25].

Доктринальное развитие понятия "качество" нашло свое отражение в законодательстве. Международная организация по стандартизации (ISO) в 1986 г. приняла, а в 1994 году уточнила следующее определение понятия "качество" - совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять потребности, установленные или предполагаемые. В

отечественном законодательстве дефиниция "качество" претерпела множество изменений и до сих пор весьма нечетко определена [1].

Современное законодательство применительно к качеству товаров содержит следующее определение качества - это товар, соответствующий условиям договора купли-продажи (п. 1 ст. 469 ГК РФ) или пригодный для целей, для которых товар такого рода обычно используется (п. 2 ст. 469 ГК РФ), или соответствующий образцу (п. 3 ст. 469 ГК РФ), или соответствующий специальным требованиям, установленным законом (п. 4 ст. 469 ГК РФ). При этом приведенное в главе 30 (ст. 469 ГК РФ) понимание качества не распространяется на качество услуг, оказываемых возмездно, так как статья 783 ГК РФ не содержит указания на возможность применения положений главы 30 (купля-продажа) к правоотношениям, вытекающим из договора возмездного оказания услуг (гл. 39 ГК РФ) [33].

Закон "О защите прав потребителей" трактует понятие "качество" идентично Гражданскому кодексу РФ, но распространяет применение данной дефиниции и на услуги (ст. 4 Закона РФ "О защите прав потребителей") [10].

Многообразие оказываемых услуг обуславливает многообразие понимания качества различных видов услуг, что усложняет формулировку понятия "качество услуг", которая бы подошла в равной степени ко всем видам оказываемых услуг. Согласно ГОСТ 30335-95/ГОСТ Р 50646-94, "качество услуги" представляет собой "совокупность характеристик услуги, определяющих ее способность удовлетворять установленные или предполагаемые потребности потребителя" [44].

Применительно к медицинской помощи понятие "качество" является правовым и юридически значимым, потому оно определяется законодателем в Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [45].

Под качеством медицинской деятельности (помощи) законодатель также понимает систему критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи как в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, так и отдельному больному [19]. Данное понятие включено в группу требований к организационным технологиям в здравоохранении и тесно взаимосвязано с термином "оценка качества медицинской деятельности (помощи)", под которой понимается методика оценки качества выполнения медицинских услуг на основании утвержденных критериев, и с понятием "эффективность медицинской помощи", которая представляет собой величину, при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели - улучшения состояния пациента [66].

В науке медицинского права бытует мнение, что правовое регулирование качества медицинских услуг имеет три основных подхода: на основе социально-правового, административно-правового и гражданско-правового методов [26].

Социально-правовой подход вытекает из социальной значимости медицинской помощи для населения в силу особого отношения государства к охране здоровья населения, закрепленного в Конституции РФ (ст. 41 Конституции РФ) [2]. По существу все концепции развития отечественного здравоохранения предусматривают повышение доступности медицинских услуг надлежащего объема и качества, так как данный принцип является базовым для системы здравоохранения.

Административное регулирование качества медицинских услуг осуществляется путем проверки их соответствия установленным требованиям при осуществлении лицензирования медицинской деятельности, предполагающей проведение государственным органом комплексной оценки возможностей медицинского учреждения оказывать качественную медицинскую помощь в будущем, но не предусматривает возможности администрирования качества оказываемых медицинских услуг в течение срока

действия лицензии, так как оценка качества медицинской помощи может быть осуществлена только в процессе практической деятельности и осуществляется пациентами в рамках гражданско-правовых отношений, возникающих между медицинским учреждением и пациентом [42].

С точки зрения оценки качества медицинских услуг более управляемой с помощью административно-правового воздействия является система медицинских организаций, находящихся в государственной и муниципальной собственности, так как данные организации находятся в административных правоотношениях с органами управления здравоохранением, что делает возможным более широкое использование административного ресурса управления качеством медицинских услуг медицинских учреждений, действующих в рамках Программ государственных гарантий оказания российским гражданам бесплатной медицинской помощи и руководствующихся соответствующим отраслевым законодательством [31], которое обязывает приводить качество медицинских услуг в соответствие требованиям отраслевых стандартов и требованиям, выдвигаемым страховыми компаниями.

Несоблюдение указанных стандартов качества медицинских услуг может повлечь ответственность медицинских учреждений, согласно порядку, утверждаемому фондом обязательного медицинского страхования, в виде штрафов или отказа фонда обязательного медицинского страхования от оплаты некачественных медицинских услуг.

Контроль за качеством медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими учреждениями, осуществляется преимущественно с помощью гражданско-правовых методов воздействия, осуществляемых в рамках гражданского судопроизводства со ссылкой на законодательство о защите прав потребителей [32].

Такое положение можно объяснить тем, что в области частной медицины предполагается создание конкурентоспособных внутренних требований медицинских учреждений к качеству оказываемых ими медицинских услуг,

которые должны обеспечивать повышение эффективности лечения пациентов, что в условиях свободной конкуренции должно способствовать росту конкурентоспособности медицинского учреждения. Но на практике процесс конкурентного отбора медицинских учреждений на рынке медицинских услуг происходит крайне медленно, что обусловлено спецификой сферы медицинских услуг, качество оказания которых пациенту оценить сложно без привлечения специальных экспертных организаций.

Данная ситуация осложнилась отменой совместного Приказа Минздрава России и ФФОМС от 24 октября 1996 г. N 363/77 "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации", который содержал перечень признаков некачественной медицинской помощи и критериев оценки качества медицинской услуги пациентам:

- удовлетворенность пациента результатами взаимодействия с системой здравоохранения;
- соответствие медицинской помощи показателям, характеризующим ее качество и эффективность (стандартам);
- наличие дефектов медицинской помощи и врачебных ошибок;
- состояние показателей деятельности учреждений здравоохранения и состояния здоровья населения [70].

Кроме того, при формулировании претензий к качеству медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими учреждениями, является спорной возможность применения пациентом по аналогии ведомственных нормативных актов фонда обязательного медицинского страхования, которые могут помочь потребителям медицинских услуг определить качество оказанных им медицинских услуг и сориентироваться с определением наличия дефектов оказанных медицинских услуг [44].

Отдельно надо отметить негативное влияние отмены некоторых нормативных актов, которые регламентировали вопросы защиты прав пациента, содержали определения и называли признаки медицинской помощи ненадлежащего качества:

- в Методических рекомендациях "Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования", утвержденных Приказом ФФОМС от 6 сентября 2000 г. N 73, под медицинской помощью ненадлежащего качества определено наступление или риск наступления следующих негативных последствий в результате оказанной медицинской помощи: затруднение стабилизации или увеличение риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышение риска возникновения нового патологического процесса, приведение к неоптимальному использованию ресурсов медицинского учреждения, вызывающие неудовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинским учреждением;

- в Приказе ФФОМС от 26 мая 2008 г. N 111 "Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования" под дефектами оказанных медицинских услуг понимаются действия (бездействие) медицинского персонала, являющиеся нарушением требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти; нарушением обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения; неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг [45].

Качество реабилитационной услуги- совокупность свойств реабилитационной услуги, определяющая ее возможность и способность удовлетворять потребности инвалида и осуществлять его реабилитацию и социальную адаптацию.

В настоящее время на территории Российской Федерации действуют стандарты по оказанию реабилитационных услуг-ГОСТ Р 52876-2007 (Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы), ГОСТ Р 52877-2007 (Услуги по медицинской реабилитации инвалидов), ГОСТ Р 53874-2010(Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг) и другие (приложение 1) [17].

Согласно государственным стандартам определены факторы (условия), оказывающие существенное влияние на качество реабилитационных услуг:

- наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение;
- условия размещения учреждения;
- укомплектованность учреждения специалистами и уровень их квалификации;
- специальное и табельное оснащение учреждения (оборудование, приборы, аппараты, технические средства реабилитации), применяемые в процессе реабилитации инвалидов;
- состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления в нем реабилитационных услуг инвалидам - клиентам учреждения;
- наличие и функционирование собственной и внешней систем (служб) контроля качества предоставляемых услуг.

Говоря об оценке качества реабилитационных услуг, нужно учитывать, что это сложный процесс, который невозможно оценить каким-либо одним показателем. С одной стороны, они должны представлять собой систему стандартов и нормативных критериев, отражающих содержательный смысл услуг, их полноту и результативность, а с другой – систему показателей, отражающих состояние клиентов, содержащих количественные и качественные индикаторы, социально-экономического, психологического и иного состояния.

В то же время недостаточная разработанность содержательных аспектов, а также методик оценки эффективности и качества оказываемых услуг, отсутствие четких критериев и показателей оценки предоставляемых услуг, не позволяют всесторонне анализировать и делать объективные выводы о результативности деятельности [34]. Опыт развития системы социального обслуживания населения в современной России показывает, что вопрос по повышению качества предоставления социальных и реабилитационных услуг остается открытым. Развитие системы социального обслуживания, по мнению

многих исследователей, давно нуждается в определении четкого и однозначного понимания эффективности предоставления услуг.

В современной экономике главной функцией является обслуживание клиентов. Развитие социальных услуг нуждается в формировании структуры, которая будет ориентирована на потребителей. В основе такой системы должен лежать план развития, который будет направлен на качество обслуживания. Система качества является неотъемлемой частью всей системы управления деятельностью учреждения, предоставляющего социальные услуги [69].

Основными задачами, на решение которых направлена система качества учреждений реабилитационного и социального обслуживания, являются:

- гарантирование неизменного уровня качества социальных и реабилитационных услуг;
- устранение несоответствий услуг предъявляемым к ним требованиям;
- реализация эффективного контроля за факторами, которые влияют на качество предоставляемых услуг [53].

Так как реабилитационные услуги для инвалидов имеют четкий клиентоориентированный характер, требуется целый комплекс методологических средств, который сможет обеспечить повышение эффективности работы центра реабилитации как учреждения социального обслуживания.

Показателями качества реабилитационных услуг являются:

- полнота и своевременность предоставления;
- уровень улучшения качества жизни клиента, его физического и психоэмоционального состояния;
- эффективность предоставления отдельно взятой услуги [54].

Контроль качества реабилитационных услуг в учреждении заключается в проверке полноты предоставления услуг, их результативности. При внутреннем контроле качества реабилитационных услуг проводится:

- обеспечение самоконтроля персонала, который предоставляет реабилитационные услуги;

- проверка реабилитационных услуг на соответствие стандартам и нормативным документам;
- оценка качества и проверка объема предоставления реабилитационных услуг согласно индивидуальному плану реабилитации;
- соблюдение требований к оформлению документации;
- проведение опросов клиентов для определения удовлетворенности реабилитационными услугами [54].

Таким образом, устойчивое развитие общества, его способность гарантировать высокую социальную защищенность населению, являются фундаментальными критериями оценки многих научных доктрин и общественной практики. Эти обстоятельства актуализируют важность изучения специфики существующих правовых норм и основных механизмов оказания социальных услуг населению.

К основным факторам, определяющим качество реабилитационных услуг можно отнести: наличие и настоящее состояние документации, условия расположения учреждения, степень укомплектованности учреждения профессиональными кадрами и их квалификация, специальное и табельное техническое оснащение учреждения, состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления социальных услуг клиентами служб, наличие собственной и внешней систем контроля за деятельностью учреждения[67].

Таким образом, в содержании первой главы рассмотрены основные индикаторные показатели, характеризующие состояние здоровья населения, а также представлены характеристики реабилитационных услуг и критерии качества медицинских услуг, действующие в соответствии с нормами федерального законодательства и сделан вывод о наличии различных авторских позиций в данном вопросе.

ГЛАВА II. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Федеральные стандарты качества оказания реабилитационных услуг.

Критерии оценки качества реабилитационных услуг являются одним из основных инструментов обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2015 N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" «... критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, лечения и реабилитации». Следовательно, в каждой медицинской организации должна быть организована бесперебойная работа указанного механизма [13].

Утвержденные Минздравом критерии оценки качества медицинских услуг уже активно используются надзорными органами при осуществлении экспертизы качества медицинской деятельности. В соответствии с Порядком осуществления экспертизы качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи проводится при осуществлении:

- 1) государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- 2) ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Экспертиза качества медицинской деятельности в настоящее время является одним из основных инструментов контроля при проведении проверок медицинских организаций надзорными и контролирующими органами. То есть можно констатировать, что применение в медицинской организации критериев оценки качества медицинской помощи является одним из инструментов, обеспечивающих преемственность внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с ведомственным и государственным контролем качества и безопасности медицинской деятельности[75].

Каждая медицинская организация независимо от видов деятельности и от ее организационно- правовой формы обязана так организовать работу по

применению критериев качества медицинской деятельности, утвержденных Минздравом России, чтобы это обеспечивало максимальное соответствие качества оказываемой медицинской помощи по установленным критериям.

Независимая оценка качества условий оказания услуг организациями социального обслуживания является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления получателям социальных услуг информации о качестве условий оказания услуг организациями социального обслуживания, а также в целях повышения качества их деятельности.

Независимая оценка предусматривает оценку условий оказания услуг по следующим общим критериям, установленным Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»:

- открытость и доступность информации об организации социального обслуживания;
- комфортность условий предоставления социальных услуг и доступность их получения, в том числе время ожидания предоставления услуг;
- доброжелательность, вежливость, работников организации социального обслуживания;
- удовлетворенность качеством условий оказания услуг;
- доступность услуг для инвалидов [53].

Открытые данные - информация о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления, размещенная в сети «Интернет» в виде массивов данных в формате, обеспечивающем их автоматизированную обработку в целях повторного использования без предварительного изменения человеком (машиночитаемый формат), и на условиях её свободного (бесплатного) использования [58].

Данные независимой экспертизы деятельности реабилитационных Центров Тюменской области систематизируем в виде сводной таблицы.

Таблица 2.1.

Результаты независимой экспертизы реабилитационных центров
Тюменской области

№		Рейтинг РФ 8280 учреждений	Рейтинг области 95 учреждений	Открытость информации Мах-14	Комфортность условий предоставления услуг и их доступность Мах-24	Время ожидания услуги Мах-15	Удовлетворенность качеством оказываемых услуг Мах-10
1	ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный Центр»	80	13	13,88	23	14,5	10
2	ГАУ ТО «Областной Центр профилактики и реабилитации»	142	19	13	19	15	10
3	АУ СОН ТО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	168	23	13	19	15	10
4	ГАУЗ ТО «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный Центр «Надежда»»	168	23	13	21	13	10
5	АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»»	131	14	14	20	10	15
6	ГАУЗ ТО «Тюменский областной центр медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины»	448	59	12	21	4	10

Источник: [58]

2.2. Материал исследования

Исследование проводилось в период с 01.10.2017 по 30.04.2018 г.г. на базах трёх реабилитационных центров: Областной лечебно-реабилитационный Центр, Областной реабилитационный центр «Родник», Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма».

Нами были проанализированы данные наблюдений качества оказания услуг по критериям Независимой оценки качества [53] и проведён опрос посредством анкетирования респондентов на территории исследуемых реабилитационных центров. Количество опрошенных респондентов в каждом реабилитационном центре составляло по 30 человек.

2.2.1. Областной лечебно-реабилитационный Центр

Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Областной центр реабилитации инвалидов» создано в 2007 году на основании Распоряжения Правительства Тюменской области от 26 ноября 2007 года № 1292 «О создании автономного учреждения социального обслуживания населения «Областной центр реабилитации инвалидов». В соответствии с распоряжением Правительства Тюменской области от 07.07.2008г. № 855-рп «О реорганизации автономных учреждений социального обслуживания населения Тюменской области в форме присоединения» была осуществлена реорганизация автономного учреждения социального обслуживания населения Тюменской области «Центр социальной реабилитации «Возрождение» в форме присоединения к Автономному учреждению. Автономное учреждение является правопреемником автономного учреждения социального обслуживания населения Тюменской области «Центр социальной реабилитации «Возрождение». Учредителем АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» является Департамент социального развития Тюменской области [63].

Автономное учреждение создано в целях осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти Тюменской области в сфере социального обслуживания инвалидов, детей-инвалидов, признанных нуждающимися в социальном обслуживании в связи с частичной утратой способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу наличия инвалидности,

детей в возрасте от 0 до 3 лет, признанных нуждающимися в связи с наличием ограничений возможностей здоровья.

В 2013 году Центр получил лицензию № ЛО-72-01-001330 на осуществление медицинской деятельности на основании решения департамента здравоохранения Тюменской области от 7 ноября 2013 года.

Таблица 2.2.

Информация о персональном составе сотрудников учреждения
(на 01.10.2017года)

№	Показатели	информация
1	Количество сотрудников	105 человек
2	Возраст сотрудников до 30 лет	23 человека
3	Возраст сотрудников от 31 до 40 лет	33 человека
4	Возраст сотрудников от 41 до 55 лет	37 человек
5	Возраст сотрудников старше 55 лет	12 человек

Источник: [63.]

Таблица 2.3

Информация об уровне профессиональной подготовки сотрудников
Областного реабилитационного центра

Отделение	всего сотрудников отделения	из них имеют:	
		высшее образование	среднее профессиональное
АУП	5	5	
Специалисты	6	6	
Отделение информационно- аналитической, методической и учебной деятельности	7	7	
Отделение медико- социальной реабилитации и инновационных технологий	18	14	4
Отделение социальной реабилитации	14	11	3
Отделение по предоставлению мер	10	10	0

социальной поддержки			
Хозяйственно обслуживающий персонал	22	7	12
Служба по обеспечению доступной среды на индивидуальном уровне	13	12	1
Консультативно-приёмная служба	10	10	
ИТОГО:	105	82	20

Источник: [63.]

2.2.2. Областной реабилитационный центр «Родник»

В Областном реабилитационном центре «Родник» комплексную реабилитацию проходят дети с психическими заболеваниями, заболеваниями нервной системы, в т.ч. с ДЦП, врожденными аномалиями, болезнями внутренних органов, костно-мышечной системы, лор-органов и члены их семей.

Центр оснащен необходимым медицинским, реабилитационным и технологическим оборудованием. Для каждого ребенка составляется индивидуальная программа прохождения курса реабилитации. Для детей-инвалидов и членов их семей в центре реализуются следующие инновационные технологии и методики: реабилитация детей с ДЦП с применением моторизованных тренажеров нового поколения; гидрокинезотерапия и гидромеханотерапия с использованием подводных тренажеров; кинезиотейпинг; PECS, для детей с ДЦП, с РДА и РАС, с задержкой психического и речевого развития; метод сенсорной терапии с помощью утяжеленного одеяла, жилета; технология «Аква-ЛФК»; динамическая электронейростимуляция; психолого-педагогическая коррекция; логопедические занятия с применением тренажера «Дельфа 1».

В центре также реализуются проекты, направленные на реабилитацию и оздоровление детей, не имеющих инвалидности. Для детей с бронхиальной астмой реализуется индивидуально подобранный комплекс реабилитационных мероприятий, включающий воздействие на биологические активные точки

лазеропунктурой с целью повышения иммунитета и противовоспалительного эффекта в бронхах.

Сотрудники учреждения ежегодно принимают участие в областных и Всероссийских мероприятиях, посвященных реабилитации и оздоровлению детей.

В 2013 году «Родник» награжден дипломом лауреата национального конкурса «Лучшие курорты России - 2013» в номинации «Лучший санаторий» за высокое качество курортно-оздоровительных услуг [62].

Инфраструктура Центра включает в себя объекты, необходимые для эффективной реабилитации и созданы условия для беспрепятственного доступа к объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов. Для удобства заезжающих гостей при входе на территорию имеется информация о Центре, установлен стенд с планом расположения корпусов и текстом, выполненным шрифтом Брайля. При въезде определены места для транспорта людей с инвалидностью.

Корпуса оборудованы специальными лифтами, а в лечебном корпусе для подъема по лестницам используется гусеничный мобильный лестничный подъемник ТО9 «ROBY». На перилах лестничных маршей прикреплены двухуровневые поручни. Комнаты для проживания полностью благоустроены. Общая площадь комнаты на двух человек 20 кв.м. Многие сделано в Центре для обеспечения детей с ДЦП занятиями физической культурой и спортом: модули для занятий, специальные тренажеры и подъемник в бассейне.

Услуги социально-медицинской, психолого-педагогической, социально-трудовой, социокультурной реабилитации, отдыха и оздоровления ежегодно получают более 3000 семей, из них более 1500 семей, воспитывающих детей с инвалидностью [62].

Яркими педагогическими новинками можно назвать:

- «Давай поговорим» - новая форма организации работы с детьми, имеющими речевые нарушения.

- «Звуковая карусель» - программа индивидуальных занятий с детьми с аутистическими чертами поведения.

- «Гончарное дело» - программа индивидуального обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата основам гончарного дела.

- «Карвинг» - программа обучения родителей, осуществляющих сопровождение ребенка в период реабилитации, основам вырезания из фруктов и овощей композиций для украшения праздничных блюд.

- «Школа юных героев» - обучение подростков основам современного мечевого боя и прикладной стрельбе из спортивного лука и арбалета.

В практику медицинской реабилитации внедрены:

- «Велостарт» - использование специализированного велосипеда в реабилитации детей с ДЦП.

- «Hi-Top» - высокотоновая биорезонансная терапия.

- Unifit, AquaAbs, AquaPulldown, AquaClimber - подводные тренажеры.

- «РЕАМЕД-Полярис» - микрополяризация головного мозга.

- «Motomed» - тренажер нового поколения, роботизированная механотерапия.

- Кинезиотейпирование - специальный эластичный пластырь (тейп) на кожу с целью оказания специфического воздействия на мышечную, сосудистую, нервную и соединительную ткань.

- «Корвит» - имитатор опорной нагрузки подошвенного у детей с ДЦП.

- «Будь здоров» - программа лечения и оздоровления детей, подверженных частым острым респираторным заболеваниям.

Продолжается процесс развития коллектива ОРЦ «Родник». Общая численность сотрудников ОРЦ «Родник» составляет более 200 человек, из них 64 педагогических работников, 30 человек медицинского персонала. Сильными сторонами кадровой системы учреждения являются: стабильный коллектив; 100% обеспеченность кадрами; все педагоги прошли аттестацию на соответствие занимаемой должности; медицинские работники имеют высшую квалификационную категорию; средний возраст педагогов и медицинских

работников - 35 лет; наличие профессиональных педагогов и медицинских работников способных работать по углубленным программам; многие педагоги и медработники работают в ОРЦ «Родник» более 10-15 лет, что говорит о сохранности коллектива. Сотрудники учреждения ежегодно принимают участие в областных и Всероссийских мероприятиях, посвященных реабилитации и оздоровлению детей [62].

Реализация на базе АУ СОН ТО ОРЦ «Родник» программы комплексной реабилитации детей с ДЦП на основе передовых зарубежных технологий (Израиль, Китай). В процессе реализации на базе АУ СОН ТО ОРЦ «Родник» программы комплексной реабилитации детей с ДЦП на основе передовых зарубежных технологий (Израиль, Китай) за 2017 год было охвачено около 1000 детей.

2.2.3. Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»

«Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» - автономное учреждение, учредителем которого является Тюменская область. В качестве дополнительной меры социальной поддержки проживающих в Тюменской области и г. Тюмень инвалидов и детей-инвалидов, центр осуществляет комплексную медико-социальную реабилитацию в соответствии с госзаданием учредителя и индивидуальными программами реабилитации, в отношении следующих категорий граждан:

- дети–инвалиды с речевой патологией;
- дети с речевой патологией;
- дети–инвалиды по зрению;
- дети с ослабленным зрением;
- дети-инвалиды после кохлеарной имплантации и дети-инвалиды после слухопротезирования;
- инвалиды по зрению;
- инвалиды, дети-инвалиды, имеющие заболевания органа зрения и нуждающиеся в реабилитационных мероприятиях по медицинским показаниям в соответствии с индивидуальной программой реабилитации [61].

Таблица 2.4.

Информация о персональном составе работников учреждения
(на 01.01.2018 года)

№	Показатели	Данные об учреждении
1	Количество работников	196
2	Возраст работников до 30 лет	24
3	Возраст работников от 31 до 40 лет	53
4	Возраст работников от 41 до 55 лет	86
5	Возраст работников старше 55 лет	33
6	Количество сотрудников, имеющих высшее профессиональное образование	68
7	Количество сотрудников, имеющих среднее профессиональное образование	81

Источник: [61]

Реализация на базе АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» проектов по реабилитации детей с ослабленным зрением и нарушениями речи. В центре медицинской и социальной реабилитации «Пышма» осуществляется комплексная реабилитация слепых и слабовидящих детей, детей с патологией речи, слухоречевой патологией.

Для детей-инвалидов по зрению, детей-инвалидов, имеющих заболевания органов зрения и нуждающиеся по медицинским показаниям в реабилитационных мероприятиях в соответствии индивидуальной программой реабилитации или реабилитации ребенка-инвалида, разработана программа комплексной курсовой реабилитации, которая направлена на обучение детей - инвалидов основам мобильности с использованием специальных приспособлений для ориентирования в повседневной жизнедеятельности ребенка.

Для детей-инвалидов и членов их семей в центре реализуются следующие современные методики: программа занятий с применением телесно-ориентированных практик для детей с тяжелыми нарушениями речи; методика

сенсорного театра; программа психокоррекционной работы в сенсорной комнате с детьми с нарушениями зрения, слуха и речи; транскраниальной микрополяризации на аппарате "РЕАМЕД-Полярис" для детей с речевой патологией, методом влияния постоянного тока на нервную ткань; обучение компьютерной грамотности детей-инвалидов по зрению; «Прозрачный мольберт»; невизуальная работа в среде Microsoft Excel; «Акватерапия».

В процессе реализации на базе АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» программы по обучению слепых и слабовидящих людей ориентированию и мобильности с помощью GPS – навигации за 2017 год было охвачено 49 человек. В процессе реализации на базе АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» программы по реабилитации детей после кохлеарной имплантации и слухопротезирования за 2017 год было охвачено 73 ребенка [61].

2.3. Методика проведения экспертизы качества работы реабилитационных центров города Тюмени

Методика проведения оценки качества условий оказания услуг разработана нами на основании Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», Федерального закона от 21.07.2014 № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования», приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.08.2013 № 391а «О методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги в сфере социального обслуживания», приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 08.12.2014 № 995н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества

оказания услуг организациями социального обслуживания», Планом Департамента социального развития Тюменской области по организации проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания на период 2016-2018 годов (утвержден приказом Департамента социального развития Тюменской области от 30.03.2016 № 69-п), Положения об Общественном совете при Департаменте социального развития Тюменской области, утв. приказом Департамента от 21.10.2014 № 428-п. [12, 19, 21].

Для характеристики качества условий предоставляемых услуг на территории реабилитационных центров города Тюмени мы использовали критерии Независимой оценки качества, установленным Федеральным Законом от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обеспечения граждан Российской Федерации» [53]. В качестве сравнения использована балльная система оценивания от 0 баллов до 2 баллов.

Нами были проанализированы следующие группы показателей качества работы реабилитационных центров города Тюмени:

1. Показатели, характеризующие открытость и доступность информации об организации социального обслуживания:

- полнота и актуальность информации об организации социального обслуживания, размещаемой на общедоступных информационных ресурсах (на информационных стендах в помещении организации, на официальных сайтах организации социального обслуживания, органов исполнительной власти в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет":

- наличие информации о деятельности организации социального обслуживания (в том числе о перечне, порядке и условиях предоставления социальных услуг, тарифах на социальные услуги) на информационных стендах в помещениях организации, размещение ее в брошюрах, буклетах;

- наличие дистанционных способов взаимодействия организации и получателей социальных услуг, результативность обращений при использовании дистанционных способов взаимодействия с получателями

социальных услуг для получения необходимой информации, наличие возможности направления заявления (жалобы), предложений и отзывов о качестве предоставления социальных услуг.

2. Показатели, характеризующие комфортность условий предоставления социальных услуг и доступность их получения:

- оборудование территории, прилегающей к организации социального обслуживания, с учетом требований доступности для маломобильных получателей услуг (лиц с нарушением функций слуха, зрения и лиц, использующих для передвижения кресла-коляски);

- вывеска при входе на территорию;

- наличие работающей кнопки вызова персонала для инвалидов или дежурного при входе на территорию организации;

- ровное, предотвращающее скольжение, из твердых материалов покрытие пешеходных дорожек, тротуаров и пандусов на территории организации (не из песка и гравия);

- оборудование входных зон на объектах оценки для маломобильных групп населения доступны;

- открытая лестница (перед входом в организацию);

- антискользящее шероховатое покрытие ступеней лестниц, ступени без сколов при входе в организацию

- лестница при входе в организацию оборудована поручнями;

- пандус или работающее подъемное устройство, дублирующие лестницу при входе в организацию;

- пандус имеют двухстороннее ограждение с двухсторонними поручнями (многоуровневыми – для детских учреждений).

Входная площадка (один вход в организацию как минимум обозначен символом доступности для МГН, поверхности покрытий входных площадок и тамбуров твердые, не допускающие скольжение при намокании, ширина просвета входных дверей от 0,9 до 1,2 м.; наличие специально оборудованного санитарно-гигиенического помещения).

Уборная (опорные поручни, унитаз имеет опору для спины, нескользкий пол, переносное или закрепленное на стене складное сидение, отсутствие крана с отдельным управлением горячей и холодной водой, наличие в помещениях организации социального обслуживания видео -, аудиоинформаторов для лиц с нарушением функций слуха и звуковой информатор для лиц с нарушением функций зрения.)

3. *Укомплектованность реабилитационного центра специалистами, осуществляющими предоставление оздоровительных услуг* (соотношение медицинского персонала, имеющего высшее и среднее профессиональное образование, доля работников, прошедших повышение квалификации/профессиональную переподготовку по профилю социальной работы или иной осуществляемой в реабилитационном центре за последние три года, от общего числа работников) [68].

Также в целях выявления уровня удовлетворенностью условий оказания услуг нами разработана анкета для посетителей реабилитационных центров (приложение 2). Количество опрошенных получателей реабилитационных услуг в каждом исследуемом центре составило – 30 человек.

ГЛАВА 3. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ГОРОДА ТЮМЕНИ

3.1. Показатели, характеризующие открытость и доступность информации об организации социального обслуживания

В современном мире информационных технологий, где большая часть населения является активными пользователями интернет-ресурсов, официальный сайт медицинского реабилитационного центра может служить информационной площадкой для взаимодействия с пациентами. Официальные сайты организаций в информационно - телекоммуникационном пространстве интернета по своему содержанию и форме предоставления информации должны отвечать требованиям нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения [73].

Содержание сайтов медицинских организаций государственной формы собственности по информативности, функциональности и удобству для пациентов значительно уступает сайтам негосударственных медицинских организаций, клиентоориентированность которых значительно выше.

Выявленные показатели представлены в виде сводной таблицы 3.1 и рис. 3.1.

Таблица 3.1.

Показатели, характеризующие открытость и доступность информации об организации социального обслуживания (в баллах)

№	Разделы сайта реабилитационного центра	Областной реабилитационный центр	Реабилитационный центр «Родник»	Реабилитационный центр «Пышма»
1	Лицензии на виды деятельности	2	0	2
2	Нормативные акты, регламентирующие деятельность учреждения и оказания медицинской помощи	2	0	0
3	Информация о правах пациента	0	0	0
4	Контакты: адрес, телефон, электронная почта, как проехать,	1	1	1

	график работы организации			
5	Новостная лента и объявления учреждения в актуальном состоянии, научно-популярные материалы по профилактике и здоровьесберегающем у поведению (на 9.06.2018).	2	2	0
6	Фотографии внешнего вида и интерьера организации	2	2	2
7	Информация о заболеваниях, с которыми пациентов принимают на лечение и реабилитацию, о способах реабилитации	2	2	2
8	Информация о платных услугах: описание условий предоставления платных услуг, размещение актуального прейскуранта на платные услуги, образец договора на платные услуги	1	1	1
9	Список страховых компаний, с которыми работает организация	0	0	0
10	Правила записи на консультацию и на прием	1	0	0
11	Информация о специалистах: ФИО, квалификация, степень, дата последнего повышения квалификации, информация о достижениях врачебных кадров на уровне отделений	1	0	0
12	Отзывы пациентов о прохождении реабилитации в	Информация не носит актуальный характер	Информация не носит актуальный характер	Информация не носит актуальный характер

	организации		(последние данные представлены за 26.04.2017)	(последние данные представлены за 2017 год)
13	Возможность подать жалобу на сайте учреждения	2	0	0
14	Информация о порядке приема претензий по качеству медицинской услуги	2	0	0
15	Информация о наличии бытовых сервисов для пациентов и их родственников (магазинов, буфетов, банкомата, газетного киоска)	0	0	0
16	Возможность записаться на прием (электронная регистратура)	0	0	2
17	Возможность получить онлайн - консультацию	0	2	0
	Максимальное количество баллов	34	34	34
	Итого баллов	18 баллов	10 баллов	10 баллов

Источник: таблица составлена автором.

Примечание: 2 – информация предоставлена в полном объеме; 1 – информация представлена не полностью или частично, 0 – информация отсутствует.

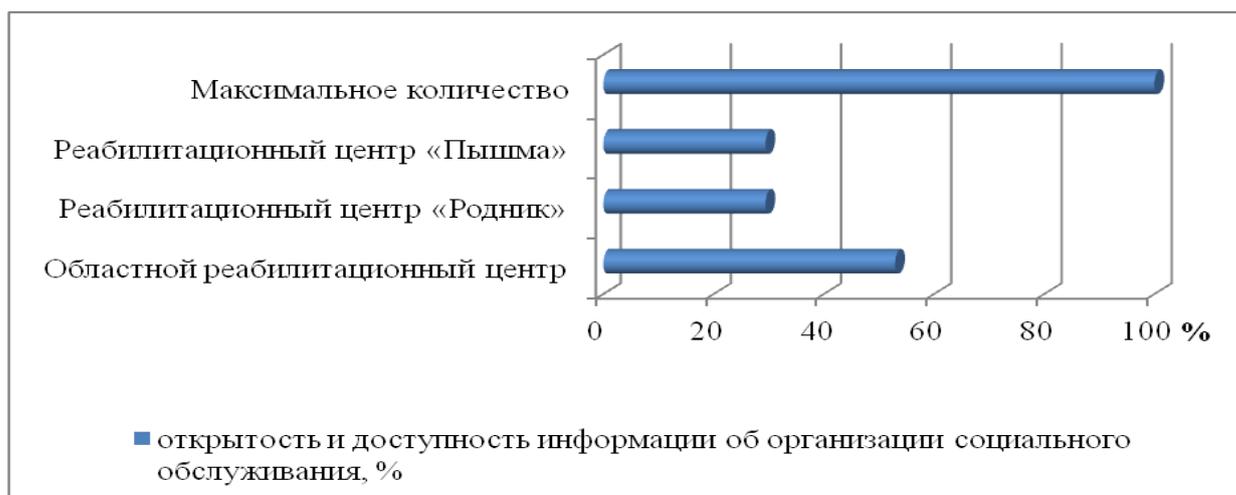


Рис. 3.1. Уровень открытости и доступности информации об организации социального обслуживания реабилитационных центров, (%)

3.2. Показатели, характеризующие комфортность условий предоставления реабилитационных услуг и доступность их получения.

Нами были проанализированы некоторые показатели комфортности условий предоставления. Первыми индикаторами качества мы рассмотрели оборудование территории, прилегающей к реабилитационному центру для лиц с нарушением слуха, зрения и лиц, использующих для передвижения кресла-коляски. Систематизированные данные приведены в виде сводной таблицы 3.2.

Таблица 3.2.

Доступность территории, прилегающей к реабилитационному центру

Индикаторы показателей качества. Оборудование территории, прилегающей к реабилитационному центру	«Областной лечебно-реабилитационный Центр»	«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»
для лиц с нарушением слуха,	+	+	–
для лиц с нарушением зрения	+	–	+
для лиц, использующих для передвижения кресла-коляски	+	+	+

Источник: таблица составлена автором.

В Областном лечебно-реабилитационном Центре предоставлены услуги по оборудованию территории в полном объеме. В Реабилитационном Центре «Родник» и в Центре медицинской и социальной реабилитации «Пышма» не оборудована территория с учетом требований доступности для маломобильных получателей услуг по зрению и слуху.

Также нами было проведено сравнение на соответствие вывесок, находящихся на территории реабилитационных Центров, стандартам качества оказания услуг (таблица 3.3).

Таблица 3.3.

Вывеска при входе на территорию реабилитационного Центра

№	Индикаторы показателей качества	«Областной лечебно-реабилитационный Центр»	«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»
1	Соответствие нормам	+	-	+

Источник: таблица составлена автором.

Вывески при входе на территориях «Областного лечебно-реабилитационного Центра» и Центра медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА» соответствуют стандартам качества оказания услуг. В «Реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК» информация о названии и часах работы организации располагается на обычном фоне, что является отклонением от принятых стандартов качества.

Далее нами было проанализированы данные о качестве входных зон на территориях исследуемых реабилитационных центров. Полученная информация о качестве пешеходных дорожек и входных зонах для маломобильного населения представлена на рис. 3.2.

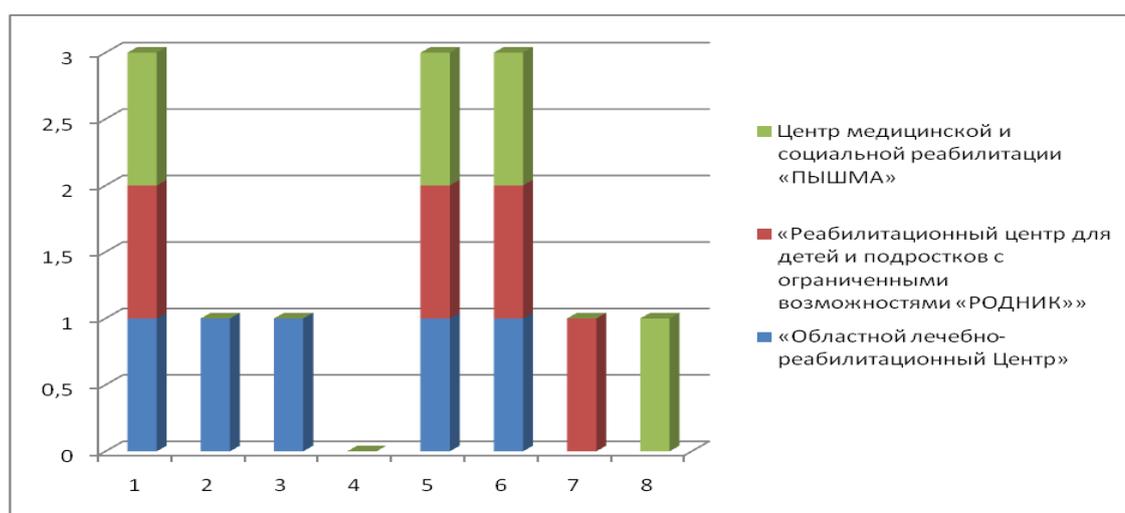


Рис.3.2.Пешеходные дорожки и входные зоны для маломобильного населения.

Примечание к рис. 3.2.: 1 - Наличие работающей кнопки вызова персонала для инвалидов или дежурного при входе на территорию организации; 2 - Ровное, предотвращающее скольжение, из твердых материалов покрытие пешеходных дорожек, тротуаров и пандусов на территории реабилитационного центра; 3 - Оборудование входных зон на объектах для маломобильных групп населения доступны; 4 - Антискользящее шероховатое покрытие ступеней лестниц, ступени без сколов при входе в организацию; 5 - Лестница при входе в организацию оборудована поручнями; 6 - Пандус или работающее подъемное устройство, дублирующие лестницу при входе в организацию; 7 - Пандус имеют двухстороннее ограждение с двухсторонними поручнями (многоуровневыми – для детских учреждений); 8 - Нескользящая поверхность пандуса.

Качество пешеходных дорожек и входных зон для маломобильного населения на территории реабилитационных центров по отдельным показателям (шероховатость покрытия, скольжение пешеходных дорожек) не соответствует нормам СП 59.13330.2012 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».

Рассмотрели качество входных площадок на территории реабилитационных центров (таблица 3.4. и рис. 3.3).

Таблица 3.4.

Качество входных площадок на территории реабилитационного центра
(в баллах)

№	Индикаторы показателей качества (0-1 балл)	«Областной лечебно-реабилитационный Центр»	«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»
1	Один вход в организацию как минимум обозначен символом доступности для МГН	1 балл	1 балл	1 балл
2	Поверхности покрытий входных площадок и тамбуров твердые, не допускающие	1 балл	1 балл	0 баллов

	скольжение при намокании			
3	Ширина провета входных дверей от 0,9 до 1,2 м	1 балл	0 баллов	0 баллов
4	наличие специально оборудованного санитарно-гигиенического помещения доступно	0 баллов	1 балл	0 баллов
	Максимальное количество	4 балла	4 балла	4 балла
	Итого	3 балла	3 балла	1 балл

Источник: таблица составлена автором.

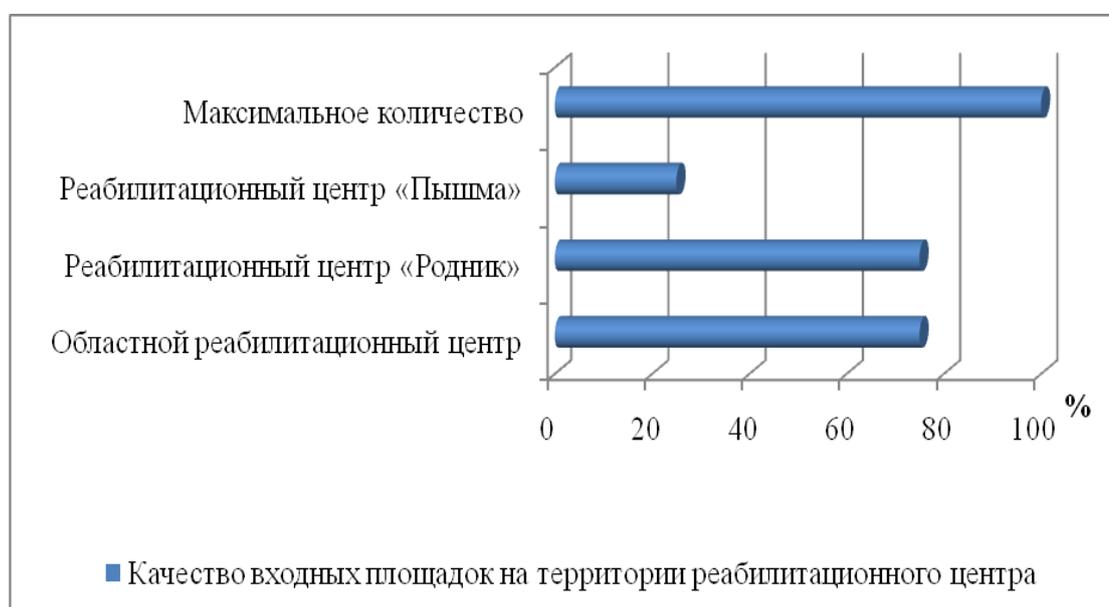


Рис. 3.3. Уровень качества входных площадок на территории реабилитационных центров, (%).

Качество входных площадок для маломобильного населения на территории Тюменского лечебно-реабилитационного центра соответствует нормам. Качество входных площадок для маломобильного населения на территории реабилитационных центров по отдельным показателям (скольжение при намокании) не соответствует нормам СП 59.13330.2012 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения» в Областном реабилитационном Центре «Родник» и в Областном Центре медицинской и социальной реабилитации «Пышма» [71].

Качество санитарно-гигиенических помещений исследуемых реабилитационных центров города Тюмени (табл. 3.5., рис. 3.4.) по отдельным показателям (опора для спины, наличие поручней, наличие аудио, видеоинформаторов) не соответствует нормам СП 59.13330.2012 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».

Таблица 3.5.

Качество санитарно- гигиенического помещения в реабилитационном центре

№	Индикаторы показателей качества (0-1 балл)	«Областной лечебно-реабилитационный Центр»	«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»
1	наличие опорных поручней, в т.ч. рядом с унитазом	1 балл	0 баллов	0 баллов
2	унитаз имеет опору для спины	0 баллов	0 баллов	0 баллов
3	нескользящий пол	1 балл	1 балл	1 балл
4	наличие опорных поручней	0 баллов	0 баллов	0 баллов
5	переносное или закрепленное на стене складное сидение	1 балл	0 баллов	1 балл
6	наличие аудио и видеоинформаторов для МГН	0 баллов	0 баллов	0 баллов
	Максимальное количество	6 баллов	6 баллов	6 баллов
	Итого	3 балла	1 балл	2 балла

Источник: таблица составлена автором.



Рис. 3.4. Уровень качества санитарно- гигиенических помещений в реабилитационных центрах, (%).

3.3. Укомплектованность реабилитационного центра специалистами, осуществляющими предоставление оздоровительных услуг.

Каждая медицинская организация или организация, оказывающая реабилитационные услуги населению, помимо сведений об уровне образования врача обязана разместить на своем официальном сайте в информационно - телекоммуникационной сети Интернет, а также на информационных стендах сведения о квалификации врача:

- сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия);
- сведения из свидетельства об аккредитации специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия).

Далее нами проанализированы данные о медицинском персонале реабилитационных центров и представлены в виде сводной таблицы 3.6. и рис. 3.5. – 3.7.

Таблица 3.6.

Укомплектованность реабилитационного центра специалистами, осуществляющими предоставление оздоровительных услуг, (%)

№	Индикаторы показателей качества	«Областной лечебно-реабилитационный Центр»	«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»
1	Доля медицинских работников, имеющих высшее профессиональное медицинское образование, от общего числа медицинских работников	76%	58%	35%
	Доля медицинских работников, прошедших повышение квалификации/профессиональную переподготовку по профилю социальной работы или иной осуществляемой в реабилитационном центре за последние три года, от общего числа работников	47%	100%	74%
3	Доля медицинских работников, принимающих участие в профессиональных конкурсах, за последние три года, от общего числа работников	8%	6%	9%

Источник: таблица составлена автором.

Укомплектованность реабилитационного центра специалистами, осуществляющими предоставление оздоровительных услуг, соответствует федеральным нормам, специалисты реабилитационных центров принимают активное участие в региональных конкурсах профессионального мастерства.



Рис.3.5-3.7. Укомплектованность реабилитационных центров специалистами, осуществляющими оздоровительные услуги, (%).

3.4. Показатели, характеризующие доброжелательность, вежливость, компетентность работников организаций социального обслуживания.

В данном разделе проведем сравнительный анализ показателей доброжелательности, вежливости и компетентности сотрудников реабилитационных центров города Тюмени. Для выявления показателей качества работы сотрудников использованы анкетные данные респондентов (законных представителей получателей реабилитационных услуг). Результаты опроса представлены в табл. 3.7. и рис. 3.8.

Таблица 3.7.

Показатели, характеризующие доброжелательность, вежливость, компетентность работников организаций социального обслуживания, (%)

№	Индикаторы показателей качества %	«Областной лечебно-реабилитационный Центр»	«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»
1	Доля получателей социальных услуг (либо их родственников), которые высоко оценивают доброжелательность, вежливость и внимательность работников организации социального обслуживания	89%	72%	68%
2	доброжелательность, вежливость и внимательность работников организации социального обслуживания	100%	100%	100%
3	Доля получателей социальных услуг, которые высоко оценивают компетентность работников организации социального обслуживания	86%	82%	78%

Источник: таблица составлена автором.

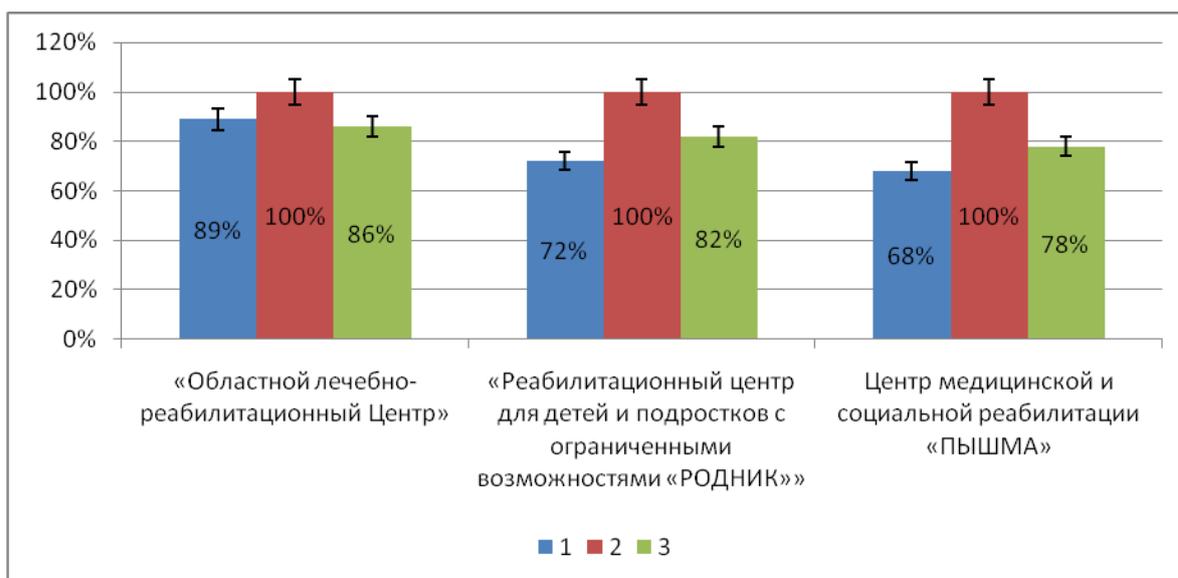


Рис. 3.8. Сравнительный анализ показателей доброжелательности, вежливости и компетентности сотрудников реабилитационных центров города Тюмени, (%)

Примечание к рис. 3.8.:1- Доля получателей социальных услуг (либо их родственников), которые высоко оценивают доброжелательность, вежливость и внимательность работников организации социального обслуживания; 2- доброжелательность, вежливость и внимательность работников организации социального обслуживания; 3- Доля получателей социальных услуг, которые высоко оценивают компетентность работников организации социального обслуживания.

Все респонденты отмечают высокий уровень обслуживания в реабилитационных центрах, внимательное отношение медицинского персонала к индивидуальным просьбам получателей оздоровительных услуг.

3.5. Показатели, характеризующие удовлетворенность качеством оказания услуг.

В целях выявления удовлетворенности качеством оказания услуг нами был проведен опрос респондентов - получателей реабилитационных услуг (законных представителей получателей реабилитационных услуг). В каждом реабилитационном Центре было опрошено 30 респондентов, которым было предложено ответить на вопросы анкеты. В результате проведения анкетирования данные респондентов были систематизированы в виде сводной таблицы 3.8. и представлены в виде рис. 3.9.

По результатам анкетирования нами было отмечено, что «Областной лечебно-реабилитационный Центр» получил максимальную оценку качества

условий оказания услуг. «Реабилитационные центры «РОДНИК» и «Пышма» также получили высокие оценки от опрошенных респондентов, однако ими было отмечено неудобство санитарно-гигиенических помещений (туалеты, раковины, душевые) данных центров.

Таблица 3.8.

Результаты анкетирования респондентов, получателей реабилитационных услуг (или их законных представителей), (в баллах)

№	Индикаторы показателей качества (0-2 балла)	«Областной лечебно-реабилитационный Центр»	«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»
1	Доля получателей социальных услуг, которые положительно оценивают изменение качества жизни в результате получения социальных услуг в реабилитационном центре	2 балла	2 балла	2 балла
2	Улучшилась ли Ваша жизнь, после получения услуг в данном реабилитационном центре	2 балла	2 балла	2 балла
3	Доля получателей социальных услуг, удовлетворенных условиями предоставления жилого помещения в реабилитационном центре	2 балла	2 балла	1 балл
4	Удовлетворены ли Вы наличием оборудования для предоставления социальных услуг	2 балла	1 балл	1 балл
5	Устраивает ли Вас предоставляемое питание	2 балла	2 балла	2 балла
6	Устраивает ли Вас мебель, мягкий инвентарь в Центре?	2 балла	1 балл	0 баллов
7	Устраивает ли Вас предоставление	2 балла	0 баллов	2 балла

	социально-бытовых, парикмахерских и гигиенических услуг			
8	Удобны ли для Вас санитарно-гигиенические помещения (туалеты, раковины, душевые) (в том числе для людей с ограниченными возможностями)?	2 балла	0 баллов	0 баллов
9	Достаточно ли чисто в туалетах, душевых и подобных помещениях?	2 балла	2 балла	2 балла
10	Устраивает ли Вас порядок оплаты социальных услуг?	2 балла	2 балла	2 балла
11	Удовлетворены ли Вы конфиденциальностью предоставления социальных услуг?	2 балла	2 балла	1 балл
12	Устраивает ли Вас, как быстро решаются возникающие вопросы и проблемы в Центре?	2 балла	2 балла	2 балла
13	Нравятся ли Вам проводимые в Центре праздники, занятия в группах, экскурсии, и пр.?)	2 балла	2 балла	2 балла
14	Порекомендуете ли Вы Центр Вашим родственникам и знакомым?	2 балла	2 балла	2 балла
	Максимальное количество	28 баллов	28 баллов	28 баллов
	Итого	28 баллов	22 балла	21 балл

Источник: таблица составлена автором.



Рис. 3.9. Результаты анкетирования опрошенных респондентов, (%).

В результате проведенного исследования суммируем показатели, которые систематизируем в виде таблицы 3.9 и рис. 3.10.

Таблица 3.9

Сравнительные показатели качества оказания услуг
реабилитационных центров города Тюмени, (в баллах)

Виды показателей	«Областной лечебно- реабилитационный Центр»	«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»
Показатели, характеризующие открытость и доступность информации об организации социального обслуживания	18 баллов/34	10 баллов/34	10 баллов/34
Показатели, характеризующие комфортность условий предоставления реабилитационных услуг и доступность их получения	16 баллов/22	10 баллов/22	10 баллов/22
Укомплектованность реабилитационного центра специалистами, осуществляющими предоставление оздоровительных услуг	2 балла/2	2 балла/2	2 балла/2
Показатели, характеризующие доброжелательность, вежливость, компетентность работников организаций социального обслуживания	6 баллов/6	6 баллов/6	6 баллов/6
Показатели, характеризующие удовлетворенность качеством оказания услуг	28 баллов/28	22 балла/28	21 балл/28
Максимальное количество	92 балла	92 балла	92 балла
Итого	70 баллов	50 баллов	49 баллов

Источник: таблица составлена автором.

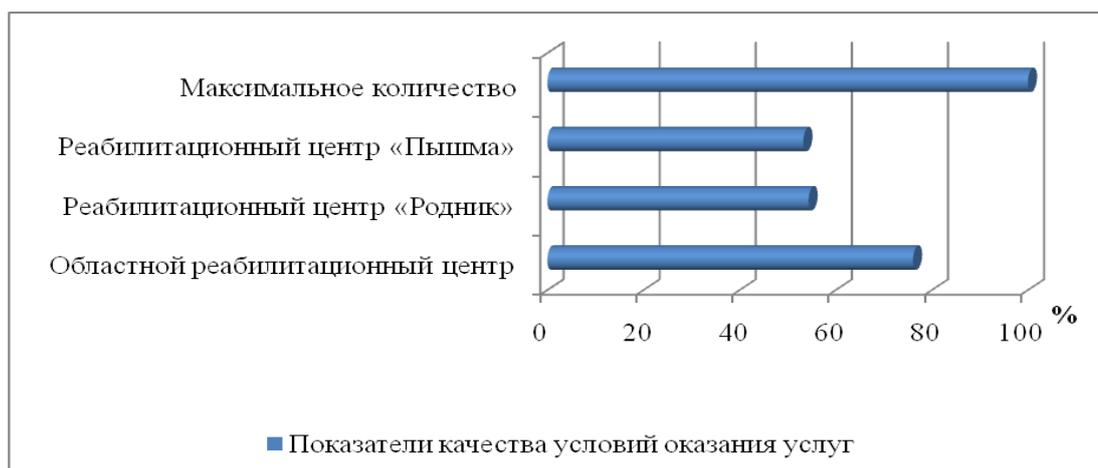


Рис. 3.10. Сравнительный анализ качества условий оказания услуг реабилитационных центров города Тюмени, (%).

По полученным данным сравнительной таблицы 3.9. можно сделать заключение о том, что наиболее высокий уровень качества удовлетворенности реабилитационными услугами прослеживается в Областном лечебно-реабилитационном центре инвалидов.

3.6. Рекомендации по повышению качества оздоровительных услуг реабилитационных центров города Тюмени

Проанализировав деятельность реабилитационных центров города Тюмени, можно констатировать, что :

- для проведения качественной экспертизы деятельности реабилитационных центров в настоящее время отсутствуют единые критерии оценки оказания оздоровительных услуг;
- информационное обеспечение населения по формам оздоровительных услуг в реабилитационных центрах организовано не в должной мере;
- выявлены существенные замечания по оформлению сайтов реабилитационных центров.

В связи с выявленными замечаниями предлагаются следующие рекомендации по повышению качества обслуживания населения в реабилитационных центрах города Тюмени.

1. Унифицированная разработка критериев качества деятельности реабилитационных центров.

Обширный круг проблем, возникающий при оказании помощи социально уязвимым группам населения, требует решения вопросов не только организации деятельности реабилитационных центров, но и разработки технологий взаимодействия между медицинскими учреждениями. Отдельным вопросом будет организация межведомственного взаимодействия со службой социальной защиты населения с другими структурами, оказывающими услуги указанным категориям граждан.

Тем не менее ожидаемый эффект от внедрения таких организационных технологий может существенно повысить не только качество медицинской и медико-социальной помощи, но и повысить уверенность целевых категорий населения оказанной помощью и в конечном итоге должно привести к результативности деятельности медицинской организации при оказании помощи прикрепленным категориям граждан.

Необходимо налаживать конструктивное взаимодействие всех субъектов оценки работы медицинских организаций. Сочетание вертикальной (органы управления здравоохранением - медицинские организации - врачи) и горизонтальной (общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья - пациент, его законные представители) осей взаимодействия субъектов – это существенный организационный аспект всесторонней, полной и объективной оценки качества работы медицинских организаций [69].

Участие граждан в независимой экспертизе оценки качества работы муниципальных учреждений, оказывающих услуги в системе здравоохранения, имеет нормативно- правовую базу, является важным и своевременно внедряемым элементом организации оздоровительных услуг.

Вместе с тем считаем необходимым указать на ряд замечаний и рекомендаций.

Механизм указанного участия, к сожалению, до конца не разработан, содержит рекомендации общего характера и не во всем согласуется с нормами

Закона. В качестве важного механизма, действующего по горизонтальной оси, на наш взгляд, может послужить рекомендательный интернет-сайт, на котором могут найти отражение как оценки ими работы реабилитационных центров, так и их рекомендации по ее улучшению, подтверждая тем самым неразрывность организационных основ здравоохранения и соблюдения принципов биоэтики.

Эффективная реализация задач независимой оценки работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, возможна лишь при обязательном отражении в соответствующих нормативных документах принципов биоэтики, медицинской этики и деонтологии.

Нами разработан примерный образец критериев качества оздоровительных услуг, который систематизирован в виде таблицы 3.10.

Таблица 3.10.

Примерный образец качества оказания оздоровительных услуг

	«да»	«нет»
Продолжительность ожидания пациента в очереди на прием у кабинета		
Повторное обращение пациентов по одному и тому же заболеванию		
Диагностические ошибки, приведшие к удлинению сроков амбулаторного лечения или ухудшения исходов		
Продолжительность приема врачом		
Необоснованная задержка выписки больного		
Удовлетворенность пациента оказанными услугами		
Продолжительность амбулаторного лечения		
Качество актов медико-экономической экспертизы по результатам амбулаторного лечения		
Ценообразование на медицинские услуги		
Рейтинг с учетом значимости параметров		
Рейтинг лечебно-профилактического учреждения		

Источник: таблица составлена автором.

2. Совершенствование сайтов реабилитационных центров города Тюмени

На современном этапе одним из инструментов неценовой конкуренции на рынке медицинских услуг выступает официальный сайт медицинской организации в информационно- телекоммуникационной сети Интернет.

Наличие официального сайта с информацией в соответствии с утвержденными требованиями к его содержанию и форме предоставления является обязательством медицинских организаций.

Практический опыт перехода к новым моделям организации оздоровительных мероприятий в рамках оказания реабилитационной помощи требует активной информационной работы с населением. Прежде всего, разъяснительной, которая должна формировать у целевых категорий населения и их окружения правильное понимание целей и задач работы, появление у пациентов новых возможностей в получении необходимой помощи.

Информационное обеспечение и непосредственно для работы с пациентами: информирование граждан о механизмах развития заболеваний и рекомендуемых мероприятиях по профилактике заболевания, рациональному образу жизни. Обязательным является информирование об объемах оздоровительных услуг и возможностях получения оздоровительных услуг в рамках реабилитационного центра.

Важным разделом работы реабилитационных центров должны стать школы пациентов, ниже приведены основные направления их деятельности:

- информирование о возможностях коррекции имеющихся заболеваний;
- обучение рациональному образу жизни, выполнению рекомендованного лечения и реабилитационных мероприятий в целях сохранения и возможного восстановления ограниченных функций организма, предупреждения прогрессирования заболеваний и развития осложнений; обучение само- и взаимопомощи;
- занятия по медицинской, психологической и социальной адаптации к сложившейся жизненной ситуации, формирование адекватных состоянию здоровья поведенческих установок, реакций и т.д.;

- школа для родственников пациентов по вопросам вторичной и третичной профилактики заболеваний, организации ухода за пациентами инвалидами.

Наиболее важные функции сайта реабилитационных центров, которые позволяют повысить посещаемость и использование сайта учреждения, представлены в виде таблицы 3.11.

Таблица 3.11.

Критерии качества обслуживания пациентов реабилитационных центров
города Тюмени

№	Показатели	есть	нет
1	Виртуальный тур по организации		
2	Видео о каждом отделении		
3	Личный кабинет для пациента		
4	Возможность установки приложения для телефона		
5	Рейтинг врача		
6	Рейтинг медицинской организации		
7	Современный дизайн сайта		
8	Новостные медицинские темы, научные статьи		
9	Полная информация о специалистах реабилитационного центра (контактные данные, фотографии врачей, сведения о лицензии, квалификации, данные о наградах)		
10	Онлайн-консультация с врачом		

Источник: таблица составлена автором.

Пользователи официальных сайтов медицинских организаций предпочитают видеть на сайтах современные интерактивные функции, которые позволяют быстро и в доступной форме получить необходимую информацию. Именно поэтому сайт является обязательным разделом работы медицинской организации по сопровождению процесса оказания реабилитационных услуг.

Руководителям реабилитационных центров города Тюмени при создании и оформлении сайта необходимо ориентироваться на предпочтения пациентов и использовать современные интерактивные функции, которые позволят привлечь и сохранить поток потребителей оздоровительных услуг.

Представленные принципы организации деятельности реабилитационных центров отвечают одной из самых актуальных задач здравоохранения сегодня- задаче совершенствования помощи наиболее нуждающимся категориям граждан- инвалидам и лицам старческого возраста [51].

3. Размещение открытой информации о медицинском персонале реабилитационных центров

Все более нарастает актуальность вопросов, связанных с необходимостью размещения на официальном сайте, а также на информационных стойках (стендах) реабилитационных центров информации о врачах медицинской организации.

Это связано как с выполнением соответствующих требований законодательства, так и с вступлением в силу с 2017 года дополнений в Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», предусматривающих организацию и проведение мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями [68]. Информирование о врачах медицинской организации, в том числе об уровне их образования и квалификации должно являться одним из важных направлений обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности в каждой медицинской организации.

Каждая медицинская организация помимо указанных сведений об уровне образования врача обязана разместить на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также на информационных стендах сведения о квалификации врача:

- сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия);

- сведения из свидетельства об аккредитации специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия).

Детализированные сведения о квалификации врача являются гораздо более объемными и разнообразными. В частности, к такой информации относятся сведения о стажировках, о владении конкретными методиками, навыками и т.д. Безусловно, данные сведения должны быть размещены с учетом законодательства о защите персональных данных.

Задача размещения медицинскими организациями и поддержания в актуальном состоянии информации о врачах, в том числе об уровне их образования и квалификации, в необходимом объеме и строгом соответствии с установленными требованиями, безусловно, является одним из направлений обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности. При этом по своей значимости и сложности указанное направление не только нив чем не уступает иным направлениям контроля качества и безопасности медицинской деятельности, но и очень тесно с ними сопряжено. Данная работа требует от организации определения соответствующего лица за ее проведение, регулярного анализа и постоянного контроля.

4. Обеспечение доступности для инвалидов средств информации и коммуникации.

В целях создания эффективной действующей системы информационного, консультативного обеспечения инвалидов и других маломобильных групп населения на основе традиционных и современных информационно-коммуникационных технологий необходимо на портале органов государственной власти Тюменской области ввести рубрику "Реабилитация инвалидов", а также интернет-приемную Департамента социального развития Тюменской области [77].

Проведение правового информирования и правового просвещения населения по вопросам предоставления инвалидам I, II группы, семьям с детьми-инвалидами бесплатной юридической помощи.

Организация и проведение общественно-просветительских кампаний по распространению идей, принципов и средств формирования доступной среды для инвалидов и других МГН.

Обеспечение поэтапного доступа социально ориентированных некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в социальной сфере, к бюджетным средствам, выделяемым на предоставление социальных услуг населению.

Проведение обучающих семинаров, конференций, форумов по вопросам повышения доступности и качества медико-социальных, реабилитационных услуг, в т.ч. на межрегиональном и международном уровне.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задачи превращения России в глобального лидера мировой экономики, выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения. С одной стороны, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества, возникают новые медицинские и социальные технологии, связанные с изменениями в демографической структуре населения.

С другой стороны, благодаря развитию медицинских технологий существенно повышаются возможности реально влиять на показатели здоровья населения, о чем свидетельствуют значительные успехи в борьбе с наиболее опасными для жизни заболеваниями, достигнутые в развитых странах.

В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, в числе приоритетных задач, направленных на развитие системы здравоохранения России, является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки [81].

В содержании первой главы рассмотрено нормативно-правовое регулирование проведения экспертизы качества медицинских услуг и сделан вывод о том, что за последние 10-15 лет система здравоохранения в Российской Федерации претерпела существенные изменения и начала ускоренными темпами адаптироваться к международному опыту и требованиям.

В содержании второй главы рассмотрены основные направления деятельности муниципальных органов по медицинской и социальной реабилитации отдельных категорий граждан, представлены особенности государственного административного контроля и надзора в сфере здравоохранения за качеством оказания оздоровительных услуг и сделан вывод о необходимости его совершенствования.

В содержании третьей главы исследованы особенности работы реабилитационных центров города Тюмени, проанализированы критерии качества оказания медицинских услуг на примере деятельности реабилитационных центров (Областной лечебно-реабилитационный Центр, Областной реабилитационный центр «Родник», Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма») и разработаны рекомендации по совершенствованию механизмов повышения качества условий оказания оздоровительных услуг реабилитационных центров города Тюмени.

В целом, проведенное исследование свидетельствует о качественном оказании реабилитационных услуг отдельным категориям граждан, особенно, детей, информационная поддержка о перечне и особенностях оказания реабилитационных услуг нуждается в совершенствовании.

Полученные результаты и сопоставление с Открытыми данными позволяют высказать мнение о необходимости повышения качества реабилитационных услуг и расширения перечня реабилитационных услуг для населения.

Улучшение деятельности организаций системы здравоохранения позволит улучшить здоровье и качество жизни населения в Российской Федерации.

ВЫВОДЫ

1) Важным направлением реабилитации инвалидов и детей-инвалидов является медицинская реабилитация. Комплексность и системность формирования для инвалидов и других МГН доступной среды жизнедеятельности решается через повышение доступности и качества медико-социальных и оздоровительных реабилитационных услуг.

2) На территории Тюменской области медицинская реабилитация инвалидов, детей-инвалидов в медицинских организациях подчинения Департамента здравоохранения Тюменской области в амбулаторных условиях осуществляется в 62 учреждениях здравоохранения. В системе органов социальной защиты населения реабилитационные услуги инвалидам, детям-инвалидам и членам их семей оказываются в 47 организациях социального обслуживания населения.

3) Реабилитационные центры города Тюмени оказывают медицинские и социальные услуги населению за счет средств обязательного медицинского страхования, а также на платной основе.

4) Деятельность реабилитационных центров, рассмотренная в рамках исследования, оценивается респондентами на достаточно высоком уровне, в то же время выявлены замечания по некоторым показателям: информационное обеспечение о деятельности реабилитационных центрах в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, размещение медицинскими организациями и поддержание в актуальном состоянии информации о медицинских сотрудниках.

5) Разработаны рекомендации в целях повышения качества оказания услуг в работе реабилитационных центров города Тюмени.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Резолюция 3447 Генеральной Ассамблеи ООН от 09.12.1975 "Декларация о правах инвалидов" / Департамент общественной информации ООН, 1988.
2. Конституция Российской Федерации: офиц. текст. – М. : Дашков и К, 2011. – 40 с.
3. Гражданский Кодекс: Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 20.04.2018)
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ. - Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 25.04.2018)
5. Об обращении лекарственных средств: Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ.- Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 02.05.2018)
6. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ . - Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 26.04.2018)
7. О персональных данных : Федеральный закон от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ.- Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 20.04.2018)
8. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года. Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 24.04.2018)
9. Развитие здравоохранения: Постановление Правительства Российской Федерации №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации» 2014. - Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 24.04.2018)
10. О Концепции долгосрочного социально- экономического развития Российской Федерации до 2020 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 N 1624-р.

Федерации №1662-р. - Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 24.04.2018)

11. Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения: Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 N 323 в редакции от 01 июля 2016 года // Собрание законодательства Российской Федерации. 2004. N 28. Ст. 2900. Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 27.04.2018)

12. Приказ Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (в ред. от 29.12.2015) // Российская газета. 2011. N 20. Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 23.04.2018)

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2015 N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2015. N 43. Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 20.04.2018)

14. Доклад Федеральной антимонопольной службы о проблемах государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности 2015 год. Режим доступа: <http://www.privatmed.ru> (дата обращения: 10.05.2018)

15. Письмо Минздрава России от 21 декабря 2015 г. N 1 1-9/10/2-7796 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год". Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 20.02.2018)

16. Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания // Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 8 декабря 2014 г. N 995н

17. ГОСТ Р 53874-2010(Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг)
18. О реабилитации отдельных категорий граждан в специализированных реабилитационных центрах в Тюменской области // Постановление Правительства Тюменской области от 29 сентября 2009 г. N 279-п
19. Об утверждении государственной Программы Тюменской области «Развитие отрасли «социальная политика» до 2020 и на плановый период до 2023 года» // Постановление Правительства Тюменской области от 22 декабря 2014 г. N 664-п
20. Постановления Правительства Тюменской области от 28.12.2016г. № 595-п (ред. от 08.11.2017) "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов". Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 18.04.2018)
21. Государственная программа Тюменской области "Развитие здравоохранения" до 2020 года и на плановый период до 2023 года. Постановление Правительства Тюменской области № 648-п от 20.01.2015. Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document](http://www.consultant.ru/document) (дата обращения: 19.04.2018)
22. Белянинова Ю.В., Гусева Т.С., Захарова Н.А. Савинова Л.В. , Хлистун Ю.В. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» / Ю.В.Белянинова// [электронный ресурс] Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 18.05.2018)
23. Загоруйко А. М. Концепция формирования механизма повышения социально-экономической эффективности и качества услуг в организациях здравоохранения / А. М. Загоруйко // Вестн. ИНЖЭКОНа. Сер. Экономика. - 2007. - Вып. 2. - С. 78-83.
24. Попов, Л.Л. Государственное управление и исполнительная власть: содержание и соотношение / Л.Л. Попов, Ю.И. Мигачев, С.В. Тихомиров. // Под ред. Л.Л. Попова. М.: Инфра-М, - 2016. - 385 с.

25. Ефимов, В. В. Средства и методы управления качеством: учеб. пособие // М.: КНОРУС.- 2016. – 232с.
26. Иванов, В.В., Богаченко П.В. Медицинский менеджмент // М. - 2016.- 184 с.
27. Князюк, Н.Ф., Кицул И.С. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций. ИД «Менеджер здравоохранения».- 2014. - 312 с.
28. Экономика здравоохранения / Под общ.ред. А.В. Решетникова // М.: ГЭОТАР -Медиа. – 2015.- 321 с.
29. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник / Под общ.ред. В.З. Кучеренко. // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. – 352 с.
30. Кадыров, Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских организаций. ИД «Менеджер здравоохранения». - 2015.- 495 с.
31. Колесник, В.И. Методологические аспекты разработки системы статистического обеспечения управления здравоохранением в регионе: сборник материалов Всерос. науч.-практ. конф. «Статистика и вызовы современности» // М.: МЭСИ. - 2015. – 73 с.
32. Минько, Э.В., Кричевский М.Л. Качество и конкурентоспособность // Спб: Питер.- 2014. - 286с.
33. Салимова, Т.А. Управление качеством: учеб.по спец. "Менеджмент организации". - 2-е изд., стер. // М.: Омега-Л, 2008. - 414с.
34. Сфера услуг: Экономика, менеджмент, маркетинг // М.: КНОРУС.- 2016.- 422 с.
35. Шестаков, В.П., Свинцов А.А., Радута В.И. Организационно- правовые основы деятельности реабилитационных учреждений для инвалидов в системе социального обслуживания в Российской Федерации / В. П. Шестаков, А. А. Свинцов, В.И.Радута // Социальное и пенсионное право. - 2014. -№3.- С.18-22.

36. Артемьева, Г.Б., Гехт И.А., Косолапова А.А., Манухина Е.В. Анализ распространения психических расстройств и общественная опасность действий психически больных с умственной отсталостью и приобретенной агрессией // Менеджер здравоохранения.- 2017. - № 3- С.23-30.
37. Аськов, Н.Н., Борщук Е.Л., Васильев Е.А. Участие граждан в независимой оценке качества работы государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения // Менеджер здравоохранения.- 2017- № 10. - С.36-43.
38. Зинчук, Ю.Ю. Опыт управления качеством медицинской помощи и эффективностью лечебного процесса в муниципальной больнице /Ю.Ю. Зинчук // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016.- № 4. - С. 3-10.
39. Каткова, И.П. Катков В.И. Экономический кризис и проблемы укрепления потенциала общественного здравоохранения России/ И.П.Каткова, В.И.Катков // Проблемы современной экономики. - 2016. - №2.- С.17-23.
40. Колесник, В.И. Торопова И.С. Совершенствование процессов управления здравоохранением в регионе: статистический аспект / В.И.Колесник, И.С.Торопова // Проблемы современной экономики. – 2016.- №6.- С.18-23.
41. Куракова, Н.Г. Сон И.М., Петров А.Н. Переход к модели персонализированной медицины: барьеры и возможные решения / Н.Г.Куракова, И.М.Сон, А.Н.Петров // Менеджер здравоохранения.- 2017. - № 8. - С.53-59.
42. Куранов, В.Г. Понятие качества медицинской услуги: гражданско-правовой аспект / В.Г.Куранов // Вестник Пермского университета.-2014.- выпуск 4.- С.123-135.
43. Лебедев, С.Н. Показатели общественного здоровья и критерии оценки деятельности системы здравоохранения / С.Н. Леонов // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. - 2015.- N 1.- С.10-13.

44. Линденбратен, А.Л. Ковалева В.В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы / А.Л. Линденбратен, В.В.Ковалева // Здравоохранение. - 2014. - № 6. - С. 50-53.
45. Мурашко, М.А. Куприянов М.Ю. Законодательное обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья и контроль за их соблюдением / М.А. Мурашко, М.Ю Куприянов // Вестник Росздравнадзора. - 2013. - № 6. - С. 11-14.
46. Пивень, Д.В., Кицул И.С. Иванов, И.В. Критерии оценки качества медицинской помощи, что нужно учесть, и как обеспечить их соблюдение в медицинской организации/ Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения.- 2017- № 10- С.7-10.
47. Пивень, Д.В., Кицул И.С., Иванов, И.В. Обязанность медицинской организации осуществлять информирование о врачах: что включает информирование и как его организовать / Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения.- 2017- № 7. - С.6-10.
48. Попович, В.К., Шикина И.Б., Гурчиев А.Г. и др. Роль медицинских кадров при реализации политики в области качества медицинской помощи / В.К.Попович, И.Б. Шикина, А.Г. Гурчиев // Социальные аспекты здоровья населения. - 2014. –№5. - С.143-152.
49. Руцик Ю.О. Реализация инновационных решений и проблемы модернизации здравоохранения (на примере стран Европы)/ Ю.О. Руцик // Проблемы современной экономики. - 2015. - №4. - С.15-18.
50. Сквирская, Г.П., Сон И.М., Сененко А.Ш., Шляффер С.И., Гажева А.В., Леонов С.А., Горшунова Н.К. Отделение медико- социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации / Г.П. Сквирская, И. М. Сон, А.Ш. Сененко, С.И. Шляффер, А.В. Гажева, С.А. Леонов, Н.К. Горшунова // Менеджер здравоохранения.- 2018- № 1. -С.27-29.
51. Система здравоохранения Российской Федерации: оценки, прогнозы, ожидания // Государственная служба.- 2016.- №11.- С.46- 49.

52. Сюткин, М.В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в регионах России / М.В.Сюткин // Проблемы современной экономики. 2017.- №4.- С.12-15.
53. Шишов, М.А. Актуальные проблемы осуществления экспертизы качества медицинской помощи / М.А.Шишов // Медицинское право.- 2016.- 2(66).- С.27-30.
54. Шишов, М.А. Правовые аспекты организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи (с учетом судебной практики) / М.А.Шишов // Медицинское право. - 2014.- № 1.- С.14.
55. Ходакова, О.В. Евстафьева Ю.В. Комплексная оценка официальных сайтов медицинских организаций / О.В. Ходакова, Ю.В.Евстафьева // Здравоохранение Российской Федерации.-2017-№61(2).- С.70-75.
56. Здравоохранение в России-2017 год [электронный ресурс] <http://www.gks.ru>
57. <http://www.gks.ru> [электронный ресурс] Росстат
58. www.bus.gov.ru [электронный ресурс] официальный сайт для размещения информации о государственных (муниципальных) учреждениях.
59. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Тюменской области по итогам деятельности за 2016 год [электронный ресурс] <https://admtumen.ru>.
60. <https://admtumen.ru> [электронный ресурс]
61. <http://centrpyshma.ru> [электронный ресурс] Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»
62. <http://rodnik-72.ru>Областной реабилитационный центр «Родник» [электронный ресурс]
63. <http://orci72.ru> [электронный ресурс] Областной реабилитационный центр для инвалидов
64. <http://72reg.roszdravnadzor.ru>[электронный ресурс]Отчет об осуществлении Территориальным органом Росздравнадзора по Тюменской области, ХМАО – Югре и ЯНАО государственного контроля (надзора) в сфере

здравоохранения и эффективности государственного контроля (надзора) в 2017 году/

65. Лядова, М.В. Тучик, Е. С. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи в свете изменений в законодательстве и развития стандартизации здравоохранения Российской Федерации /М.В. Лядова, Е.С. Тучик // Здравоохранение Российской Федерации.- 2014.-№ 1. С.34-37.

66. Черникова, О.М., Сидорова, В.Г., Пусева, Е.М. Арсентьева, Н.И. Комплексная оценка качества медицинской помощи в многопрофильной клинике / О.М. Черникова, В.Г. Сидорова, Е.М. Пусева, Н.И. Арсентьева// Здравоохранение Российской Федерации.-2015.-№3.- С.12-15.

67. Палеев, Ф.Н. Гуров А.Н., Огнева Е.Ю. Управление внутренним контролем качества медицинской помощи на основе созданной в МОНИКИ информационной системы мониторинга открытости и в соответствии с международными принципами менеджмента качества ИСО / Ф.О. Палеев, А.Н.Гурова, Е.Ю. Огнева // Врач и информационные технологии. -2014.-№2.- С. 51-56.

68. Жигулева, Л.Ю. Оценка пациентами качества стационарной помощи /Л.Ю. Жигулева //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016.-№.2.- С.27-31.

69. Светличная, Т.Г. Цыганова, О.А., Кудрявцева, А.В. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по результатам социологического опроса) / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, А.В. Кудрявцева// Здравоохранение Российской Федерации.-2016.-№3.- С.18-21.

70. Приказ Минздрава России от 31.10.2013 №810а «об организации работы по формированию независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»
Режим доступа: [http:// www.consultant.ru/document/](http://www.consultant.ru/document/) (дата обращения: 10.06.2018)

71. Кицул, И.С. Пивень, Д.В. Информирование пациентов о своих правах и обязанностях в медицинских организациях // Вестник Росздравнадзора.- 2015.- №11.- С.12-18.
72. Кицул, И.С. Пивень, Д.В. Информирование пациентов о своих правах и обязанностях в медицинских организациях /И.С.Кицул, Д.В. Пивень // Вестник Росздравнадзора.- 2015.-№11.- С.12-18.
73. Кицул, И.С. Пивень, Д.В. Методические подходы к системе оценивания качества деятельности медицинских организаций, ее структурных подразделений и медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг/ И.С.Кицул, Д.В. Пивень // Заместитель главного врача.- 2014.-№1.-С.40-43.
74. Кицул, И.С. Пивень, Д.В. Структура и содержание положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности / И.С.Кицул, Д.В. Пивень // Вестник Росздравнадзора.- 2013.-№12.- С.16-19.
75. Бобровницкий, И.Л. О путях совершенствования организации помощи по восстановительной медицине / И.Л. Бобровницкий //Вестник РУДН.- серия: медицина. – 2016.-№3. - С.14-17.
76. Прилипко НС. Потребность взрослого населения в медицинской реабилитации / Н.С.Прилипко //Вестник восстановительной медицины.-2014.- №3.-С.2-7.
77. Шабашев, В.А. Батиевская В.Б. Оценка деятельности регионального здравоохранения как важнейшего элемента социокультурного развития региона / В.А.Шабашев, В.Б. Батиевская // Вестник Тюменского государственного университета. - 2014. - № 8. - С. 74-84.
78. Шайхуллин, М.С. Проблемы ответственности органов местного самоуправления перед населением и государством и пути их преодоления / М.С. Шайхуллин // Государственная власть и местное самоуправление. - 2017. - № 2. - С. 51-54.

79. Эргель, Л.А. Особенности правового регулирования медико- социальной помощи / Л.А. Эргель // Социальное и пенсионное право. -2013.- №12. - С.16-20.
80. Юрова, И. Ю., Андриянова Е. А., Масляков В. В. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного Российского общества / И.Ю. Юрова, Е.А. Андриянова, В.В.Масляков // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 7-5. - С. 1065-1069.
81. Яшина, Е.Р. Государственный административный контроль и надзор в сфере здравоохранения / Е.Р. Яшина // Административное право и процесс. - 2017.- №6. - С. 83-87.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Показатели качества медицинских услуг	Характеристика
Качество услуг по медикаментозной терапии	определяется тем, в какой степени применение лекарственных средств способствует предупреждению прогрессирования болезни, ее обострений и осложнений.
Качество услуг по физиотерапии	определяется тем, насколько эффективно применение физических природных и искусственных факторов в реабилитации для коррекции основных патофизиологических сдвигов, усиления компенсаторных механизмов, увеличения резервных возможностей организма, восстановления или повышения физической работоспособности.
Качество услуг по механотерапии	определяется степенью эффективности применения различных механизмов и приспособлений для восстановления нарушенных функций, систем организма, основанного на выполнении дозированных движений (преимущественно для отдельных сегментов конечностей).
Качество услуг по кинезотерапии	определяется тем, насколько эффективным и удовлетворяющим инвалида является применение комплекса лечебных мероприятий, включающих активную и пассивную гимнастику для восстановления нарушений функций при повреждениях опорно-двигательного аппарата.
Качество услуг по психотерапии	определяется тем, насколько оправданным и эффективным является применение комплекса лечебных воздействий на психику, организм и поведение человека и обеспечивают ли методы применения этого комплекса оказание необходимой профессиональной помощи по смягчению или ликвидации психических, нервных и психоматических расстройств.
Качество услуг по лечебной физкультуре	определяется тем, в какой степени способствует укреплению физического здоровья инвалидов применение различных физических упражнений (гимнастических, спортивно-прикладных и др.), игр, естественных природных факторов (солнце, воздух, вода).
Качество услуг по ультразвуковой терапии	определяется тем, насколько эффективным оказывается применение упругих механических колебаний, ультразвука для слабого прогревания тканей и в какой степени способствует это прогревание повышению их эластичности, уменьшению мышечного спазма.
Качество услуг по проведению массажа любого вида (ручного, аппаратного, комбинированного)	определяется степенью его способствования улучшению функционирования того или иного органа, профилактике и улучшению микроциркуляции крови.
Качество услуг по мануальной терапии	определяется тем, в какой степени позволяет эта терапия, представляющая собой систему ручных лечебных приемов, избавиться от заболеваний или других изменений позвоночника, суставов, мышечного и связочного аппарата, внутренних органов, черепных костей, мембран спинного и головного мозга, черепно-

	МОЗГОВЫХ НЕРВОВ.
Качество услуг по рефлексотерапии	определяется уровнем эффективности предусмотренных ею иглоукалывания и прижигания и тем, в какой степени они способствуют улучшению состояния физического здоровья инвалидов.
Качество услуг по оздоровлению инвалидов путем предоставления процедур с использованием местных природно-климатических факторов	определяется тем, в какой степени используются эти факторы (грязелечение, водолечение, парафиноозокеритовое лечение, фитотерапия, ЛФК, ингаляция, электрофорез и т.п.) и в какой степени способствуют они оздоровлению инвалидов.
Качество услуг по реконструктивной хирургии, оказываемых медицинскими учреждениями и включающих в себя операции по пересадке органов и тканей, эндопротезирование (встраивание в структуру внутренних органов внутренних протезов, сочетающих биологическую совместимость с тканями и адекватное механическое поведение) и другие операции	определяется тем, в какой степени они способствуют восстановлению структуры и функций органов, предотвращению или уменьшению последствий врожденных или приобретенных дефектов и снижению тем самым ограничений жизнедеятельности, компенсации нарушенных функций, сниженных в результате болезни, ранения или травм, вторичной профилактике заболеваний и их осложнений, восстановлению или улучшению трудовых функций либо возвращению дееспособности инвалидов.
Качество услуг по протезированию	определяется тем, насколько замена того или иного частично или полностью утраченного органа протезом позволяет замещать им отсутствующую часть тела или органа и максимально сохранять индивидуальные особенности и функциональные способности человека.
Качество услуг по ортезированию	определяется тем, в какой степени ортезы (дополнительные внешние устройства) компенсируют частично или полностью утраченные функции опорно-двигательного аппарата и обеспечивают выполнение этих функций.
Качество услуг по санаторно-курортному лечению	определяется тем, в какой степени инвалиды, нуждающиеся в нем, обеспечиваются путевками, а порядок предоставления путевок соответствует индивидуальным программам реабилитации инвалидов и результатам медико-социальной экспертизы.
Качество услуг по обеспечению	определяется степенью соответствия ассортимента предоставляемых им средств перечню, предусмотренному

инвалидов лекарственными средствами	индивидуальной программой реабилитации инвалида, своевременности и полноты предоставляемых необходимых лекарственных средств.
Качество услуг по социально-средовой реабилитации	<p>определяется тем, в какой степени полными, квалифицированными, эффективными и удовлетворяющими потребности инвалидов являются услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по определению наиболее развитых функций инвалидов для их ориентации в окружающей среде и последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-бытовой деятельности; - обучению инвалидов навыкам ориентации и перемещения в окружающей среде, безопасного пользования средствами транспорта, умению самостоятельно приобретать промышленные и продовольственные товары, посещать общественные места, владеть другими навыками самостоятельного жизнеобеспечения; - консультированию по обустройству и обеспечению доступности жилого помещения инвалидов (с учетом их ограничений жизнедеятельности); - содействию в создании условий инвалидам для беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры (жилым, общественным и производственным зданиям, строениям и сооружениям, спортивным сооружениям, местам отдыха, культурно-зрелищным и другим учреждениям); - содействию в предоставлении инвалидам технических средств реабилитации, включая помощь в обеспечении тифлотехническими средствами реабилитации слепых и слабовидящих инвалидов и сурдотехническими средствами - глухих и слабослышащих.
Качество услуг по социально-психологической реабилитации	определяется тем, в какой степени полными, квалифицированными, эффективными и удовлетворяющими потребности инвалидов являются услуги по психодиагностике и обследованию личности инвалидов, по психологическому консультированию, психологической коррекции, психопрофилактике, психологической работе, социально-психологическому патронажу инвалидов и их семей, психологическому тренингу.

Приложение 2

№	Индикаторы показателей качества (0-2 балла)	«Областной лечебно-реабилитационный Центр»	«Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «РОДНИК»»	Центр медицинской и социальной реабилитации «ПЫШМА»
1	Доля получателей социальных услуг, которые положительно оценивают изменение качества жизни в результате получения социальных услуг в реабилитационном центре			
2	Улучшилась ли Ваша жизнь, после получения услуг в данном реабилитационном центре			
3	Доля получателей социальных услуг, удовлетворенных условиями предоставления жилого помещения в реабилитационном центре			
4	Удовлетворены ли Вы наличием оборудования для предоставления социальных услуг			
5	Устраивает ли Вас предоставляемое питание			
6	Устраивает ли Вас мебель, мягкий инвентарь в Центре?			
7	Устраивает ли Вас предоставление социально-бытовых, парикмахерских и гигиенических услуг			
8	Удобны ли для Вас санитарно-гигиенические помещения (туалеты, раковины, душевые) (в том числе для людей с ограниченными возможностями)?			

9	Достаточно ли чисто в туалетах, душевых и подобных помещениях?			
10	Устраивает ли Вас порядок оплаты социальных услуг?			
11	Удовлетворены ли Вы конфиденциальностью предоставления социальных услуг?			
12	Устраивает ли Вас, как быстро решаются возникающие вопросы и проблемы в Центре?			
13	Нравятся ли Вам проводимые в Центре праздники, занятия в группах, экскурсии, и пр.?)			
14	Порекомендуете ли Вы Центр Вашим родственникам и знакомым?			
	Максимальное количество			
	Итого			