

*На правах рукописи*

**НАЙДЕНОВА**

Надежда Евгеньевна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩЕМУ НАСЕЛЕНИЮ  
В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва, 2016

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Лобыкина Елена Николаевна**

**Официальные оппоненты:**

**Сквирская Галина Петровна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая лабораторией эффективности управления в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

**Самородская Ирина Владимировна** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России

**Ведущая организация:**

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Защита состоится «11» ноября 2016 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11 и на сайте института:

[http://www.mednet.ru/images/stories/files/replay/Naidonova\\_text.pdf](http://www.mednet.ru/images/stories/files/replay/Naidonova_text.pdf)

Автореферат разослан « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

Сабгайда Т.П.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность исследования

Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни населения страны заявлены в посланиях Президента РФ Федеральному Собранию, Постановлениях Правительства РФ, приказах Министерства здравоохранения РФ как приоритетное направление развития здравоохранения Российской Федерации в настоящее время и на перспективу. Неинфекционные заболевания, являясь ведущей причиной преждевременной смертности работающего населения России, формируют огромный дефицит трудовых ресурсов и наносят значительный ущерб экономике страны (Шальнова С.А. и др., 2011; Белов В.Б. и др., 2007). Основную роль в снижении смертности (в том числе преждевременной среди работающего населения) играет профилактика неинфекционных заболеваний (Бойцов С.А. и др., 2013). Благодаря своевременной профилактике, стратегии раннего выявления факторов риска неинфекционных заболеваний в развитых странах мира отмечается снижение заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний, в том числе у работающего населения (Puska P., 2002; Veaglehole R., 2007; Fuster V. et al., 2010; Пуска П. и др. 2011).

В РФ с 2009 г. реализуется государственная программа по формированию здорового образа жизни населения. В числе инноваций этой программы – открытие ЦЗ (Расторгуева Т.И. и др., 2012; Авдеева М.В. и др., 2013). Национальная сеть ЦЗ является важным элементом системы медицинской профилактики (Погосова Н.В. и др., 2014; Руднев С.Г. и др., 2015; Стародубов В.И. и др., 2015). Ресурсы ЦЗ позволяют дать комплексную оценку факторов риска неинфекционных заболеваний (Авдеева М.В. и др., 2011; Авдеева М.В. и др., 2012). Вместе с тем отмечена низкая посещаемость ЦЗ работающими гражданами трудоспособного возраста (Авдеева М.В., 2014; Кобякова О.С. и др., 2014; Стародубов В.И. и др., 2015). По мнению большинства исследователей, серьезным недостатком организации работы ЦЗ является отсутствие системы привлечения работающего населения к прохождению ком-

плексного обследования и профилактическому консультированию в ЦЗ, что существенно ограничивает потенциал ЦЗ в оказании профилактической помощи населению. Для устранения этих недостатков было предложено включить ЦЗ в государственную программу проведения диспансеризации отдельных групп взрослого населения (Бойцов С.А. и др., 2013; Стародубов В.И. и др., 2015). С 2015 г. большинство ЦЗ страны участвуют в проведении государственной программы диспансеризации. Тем не менее, остается нерешенным вопрос формирования потоков работающего населения в ЦЗ. Нуждаются в совершенствовании организационные технологии, возникает потребность в создании организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ. Вышеизложенное определило выбор темы данного исследования.

### **Цель исследования**

Разработать и внедрить организационно-функциональную модель оказания профилактической помощи работающему населению в центре здоровья.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить состояние здоровья населения Томской области за 10 лет (2002–2012 г.г.) и частоту распространения факторов риска неинфекционных заболеваний.

2. Провести анализ деятельности центров здоровья для взрослого населения, функционирующих на базе разных типов медицинских организаций в Томской области и обосновать подходы к формированию организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в центре здоровья.

3. Разработать организационно-функциональную модель оказания профилактической помощи работающему населению в центре здоровья, комплекс критериев оценки ее результативности, технологии формирования первичных и возобновляемых потоков работающего населения для прохождения комплексного обследования, профилактического консультирования и динамического наблюдения в центре здоровья.

4. Оценить результативность разработанной для центра здоровья организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в центре здоровья.

### **Научная новизна**

Впервые проведен научный анализ организации и результатов деятельности ЦЗ для взрослого населения, функционирующих в системе здравоохранения Томской области.

Разработаны и предложены к внедрению технологии формирования первичных и возобновляемых потоков работающего населения для прохождения комплексного обследования, профилактического консультирования и динамического наблюдения пациентов в ЦЗ.

Разработана и внедрена многомерная организационно-функциональная модель оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ, в которую дополнительно введены принципы маркетинговой деятельности как при стационарной, так и при выездной форме работы в сочетании с контролем качества оказываемых профилактических услуг.

Разработан комплекс критериев оценки, направленный на повышение результативности деятельности ЦЗ.

### **Научно-практическая значимость**

По результатам исследования:

1. Разработана и внедрена организационно-функциональная модель оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ, которая может быть внедрена в деятельность ЦЗ других субъектов РФ.

2. Разработаны адаптированные методики действий врача при первичном и повторном посещении ЦЗ, алгоритм оказания помощи курящим пациентам, возможные для применения в других ЦЗ.

3. Продвижение разработанной нами технологии организации оказания профилактических услуг работающему населению в ЦЗ имеет важное социально-экономическое значение.

4. Предложена система показателей оценки эффективности функционирования разработанной организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ, которая позволяет оценить результативность основных процессов этой модели.

5. По материалам исследования разработаны Методические рекомендации «Оказание помощи курящим пациентам в ЦЗ и в КМП», возможные для применения в ЦЗ других субъектов РФ.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Организационно-функциональная модель оказания профилактической помощи работающему населению в центре здоровья.

2. Технология формирования первичных и возобновляемых потоков работающего населения для прохождения комплексного обследования, профилактического консультирования и динамического наблюдения в центре здоровья.

3. Комплекс критериев оценки результативности процессов, связанных с оказанием профилактической помощи работающему населению в центре здоровья.

#### **Внедрение результатов исследования**

Основной базой для исследования и внедрения являлось отделение «ЦЗ» ТОКБ. Результаты исследования используются в практической деятельности медицинских организаций Томской области (акт внедрения ДЗТО от 14.01.2016). Разработанные методические рекомендации «Оказание помощи курящим пациентам в ЦЗ и в КМП» рекомендованы к использованию в ЦЗ, КМП (ОМП) учреждений ПМСП Томской области (утверждены ДЗТО 15.06.2015). Материалы исследования используются медицинскими работниками в ЦЗ, КМП в Калининградской области (акт внедрения от 29.06.2015), Магаданской области (акт внедрения от 23.06.2015). Предложения, изложенные в методических рекомендациях, реализуются в КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» г. Киров (акт внедрения от 30.06.2015), ОГБУЗ «Асиновская районная больница» г. Асино, Томской области (акт

внедрения от 18.11.2014), ОГБУЗ «МСЧ №2» г. Томск, Томской области (акт внедрения от 21.09.2015), бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Городская поликлиника №6» (акт внедрения от 03.08.2015).

**Личный вклад** автора заключается в формулировании проблемы, определении темы исследования, составлении программы и плана исследования; разработке материалов, выборе методов исследований; статистической обработке полученных данных и их интерпретации; разработке и внедрению организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ, оценке ее результативности (доля участия – 100%). Доля участия автора в сборе информации – 100%, в обработке данных, обобщении и анализе материалов – 96%.

**Апробация работы.** Результаты исследования доложены и обсуждены на: Всероссийских научно-практических конференциях «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России», Москва, 2014; Москва, 2015; научно-практических конференциях с международным участием «Профилактика 2014», Москва, 2014; «Профилактика 2015», Москва, 2015; IV Съезде терапевтов Сибири и дальнего Востока, Новосибирск, 2014; международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья», Москва, 2015; I Конгрессе «Здравоохранение России. Технологии опережающего развития», Томск, 2015.

### **Публикации**

Результаты исследования опубликованы в 14 научных работах, в том числе 4 – в изданиях, рекомендованных ВАК.

### **Структура и объем работы**

Диссертация изложена на 187 страницах (из них основного текста – 153 страницы), состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, предложений, списка литературы, приложений. Список литературы включает 131 источник, в том числе 37 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 39 таблицами, 36 рисунками, содержит 11 приложений.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность проблемы, определены цель и задачи исследования, показаны научная новизна и научно-практическая значимость работы, определены основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** представлен обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, посвященных профилактике неинфекционных заболеваний и формированию приверженности к ЗОЖ, организации профилактической помощи в ЦЗ. Отмечено, что неинфекционные заболевания, являясь ведущей причиной преждевременной смертности работающего населения России, наносят значительный ущерб экономике страны. Выявлены основные проблемы в организации профилактической помощи в ЦЗ: недостаточное привлечение работающего населения к прохождению комплексного обследования и профилактическому консультированию в ЦЗ. Анализ литературных источников показал, что организационные технологии деятельности ЦЗ по профилактике неинфекционных заболеваний у работающего населения нуждаются в совершенствовании.

Во **второй главе** представлена характеристика территории и базы исследования. Изложены программа, этапы, материалы и методы исследования. Программа исследования включала 6 этапов (рис. 1). Исследование проводилось с 2010 по 2015 г.г. Выделялось два периода наблюдения. В 2010–2013 г.г. выполнены сбор и анализ информации, характеризующий состояние здоровья населения в Томской области (2002 по 2012 г.г.), частоту распространения факторов риска неинфекционных заболеваний среди пациентов медицинских организаций и медицинских работников первичного звена здравоохранения. В 2011–2015 г.г. проведен анализ деятельности ЦЗ для взрослого населения в Томской области, оценка организации работы ЦЗ, разработка, внедрение организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ, оценка показателей деятельности ЦЗ в условиях внедрения новой организационно-функциональной модели, совершенствования деятельности ЦЗ. *Объектами исследования* на разных этапах служили: население Томской области, пациенты медицинских учреждений и медицинские работники ПМСП Томской области, ЦЗ для взрослого населения Томской области, посетители ЦЗ.



Рисунок 1. Программа и план исследования

*Предметом исследования* явились: уровень, структура и динамика смертности населения Томской области, уровень, структура и динамика заболеваемости населения Томской области по обращаемости, частота распространения факторов риска неинфекционных заболеваний среди посетителей ЦЗ, пациентов и медицинских работников ПМСП, организация профилактической помощи в ЦЗ, медико-социальная характеристика посетителей ЦЗ. *Источники информации:* данные государственной статистики, официальные учетно-отчетные документы ЦЗ, разработанные анкеты для пациентов, медицинских работников ПМСП, посетителей ЦЗ, результаты клинико-профилактического обследования.

Для решения поставленных задач использованы методы: социологический, статистический, аналитический, ССВУ (SWOT)-анализ, экспериментальный, сравнительного и системного анализа (Чеченин Г.И., 2011), организационного моделирования. Сплошным методом изучались уровень смертности и заболеваемости по обращаемости, медико-социальная характеристика посетителей ЦЗ и частота распространения среди них факторов риска неинфекционных заболеваний, деятельность ЦЗ. Проанализировано 32 115 единиц наблюдения за период 2011–2014 гг. из отчетной и учетной первичной документации ЦЗ ТОКБ. Выборочным методом изучались частота распространения факторов риска неинфекционных заболеваний среди пациентов и медицинских работников ПМСП, удовлетворенность посетителей качеством медицинской помощи в ЦЗ. Для социологического исследования отбор респондентов проводился методом случайной выборки. Расчет необходимого числа наблюдения проводился по методике К.А. Отдельновой (1980). В социологических исследованиях участвовало 540 жителей Томской области (388 работающие граждане) и 72 медицинских работника ПМСП, 300 посетителей ЦЗ. Клинико-профилактическое обследование проведено у 77 медицинских работников ПМСП, 317 жителей Томской области. Анализ результатов исследования заключался в выявлении тенденций показателей здоровья населения, оценке деятельности ЦЗ для взрослого населения в Томской области; оценке состояния организации оказания профилактической помощи в ЦЗ. Анализ деятельности 3-х ЦЗ в Томской области выполнен по данным отчетной формы № 68 «Сведения о деятельности ЦЗ»

с 2010 по 2014 г.г. Состояние организации работы ЦЗ медицинской организации без прикрепленного населения, проведенное на примере ЦЗ ТОКБ, выполнено с помощью матрицы ССВУ (SWOT)-анализа. При построении модели использовался метод организационного моделирования. Пилотным объектом для разработки и внедрения организационно-функциональной модели в исследовании был ЦЗ ТОКБ.

**В третьей главе** представлены данные анализа состояния здоровья населения Томской области, изучена частота распространения факторов риска неинфекционных заболеваний. В течение всего исследуемого периода выявлена положительная динамика в демографической ситуации в Томской области: увеличение ожидаемой продолжительности предстоящей жизни с 64,8 лет (2002 г.) до 70,0 лет (2012 г.), коэффициента рождаемости с 10,5‰ (2002 г.) до 13,6‰ (2012 г.), снижение уровня смертности с 14,3‰ (2002 г.) до 11,9‰ (2012 г.). Тем не менее, численность работающего населения трудоспособного возраста сократилась на 25,7 тыс. человек (3,7%) за 2007–2012 г.г., а уровень смертности мужчин в трудоспособном возрасте в области в 3,6–3,7 раза выше уровня смертности женщин. Несмотря на существенное снижение смертности в трудоспособном возрасте в Томской области с 648,4 в 2008 г. до 583,4 в 2011 г. на 100 000 её уровень значительно выше, чем в 1990 году как в Томской области, так и в РФ. Структура смертности населения, в том числе населения трудоспособного возраста в области более чем на 80% обусловлена неинфекционными заболеваниями, в первую очередь БСК (44,2%), травмами и отравлениями.

Установлен рост общей заболеваемости в субъекте в 2008–2012 гг. с 1517,4 до 1636,9 случая на 1000 населения. В структуре общей заболеваемости преобладали болезни органов дыхания (19,1%), БСК (14,2%). Выявлена устойчивая тенденция роста уровня общей заболеваемости по классу БСК в 2009–2012 гг. с 181,6‰ до 191,1‰ (на 5,2%). Отмечен рост первичной заболеваемости населения с 2009 по 2012 гг. на 12,1%. В структуре первичной заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (38,8%), травмы и отравления (8,3%).

Выявлена высокая частота распространения факторов риска неинфекционных заболеваний как у пациентов, так и медицинских работников ПМСП Томской области. Установлено, что среди работающего населения (25–64 лет) повышенное АД выявлено у 29%, низкая физическая активность у 32%, курение – у 21%. Отмечено, что наиболее частым нарушением пищевых привычек у работающего населения оказалось недостаточное употребление овощей и фруктов – у 60% респондентов, избыточное употребление соли – у 54% опрошенных. Избыточное употребление продуктов, богатых легкоусвояемыми углеводами выявлено у 39% респондентов. Представляет интерес тот факт, что большая часть респондентов (68%) была готова заняться профилактикой неинфекционных заболеваний, нуждались в помощи специалистов – 62%. Среди медицинских работников ПМСП Томской области, несмотря на профессиональную осведомленность, обнаружена высокая частота распространения факторов риска неинфекционных заболеваний (ИМТ – 32%, ожирения – 29%, гиперхолестеринемии – 57%). Следует отметить, что были готовы заняться профилактикой неинфекционных заболеваний – 81% опрошенных медицинских работников. Вышеизложенное определяет нуждаемость населения Томской области, особенно работающего трудоспособного населения в организации мероприятий по проведению профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения.

**В четвертой главе** проведен анализ деятельности трех ЦЗ для взрослого населения, функционирующих на базе разных типов медицинских организаций в Томской области. Два ЦЗ расположены на базе территориальных медицинских организаций, один – в медицинской организации без прикрепленного населения (ТОКБ). Установлено, что основную долю посетителей ЦЗ за период 2010–2014 г.г. составили лица с факторами риска неинфекционных заболеваний (62,5–71,9%). Обращают на себя внимание существенные различия между ЦЗ по отягощенности факторами риска неинфекционных заболеваний среди первично обратившихся граждан. К сожалению, в отчетной форме № 68 «Сведения о деятельности ЦЗ» не учитывается медико-социальная характеристика посетителей ЦЗ, частота и структура выявленных факторов риска. Анализ деятельности ЦЗ приведен на примере

ЦЗ ТОКБ. Специфика организации работы ЦЗ связана с расположением в медицинской организации 3-го уровня оказания медицинской помощи, не имеющей прикрепленного населения, с зоной обслуживания (жители муниципальных образований Томской области, г. Томска). Кроме того, отмечено, что ЦЗ расположен в помещениях площадью более 200 м<sup>2</sup>, с наличием развитой информационно-коммуникационной структуры (высокоскоростной интернет, 3 телефонные точки, беспроводная локальная сеть для выездной формы работы), дополнительных штатных должностей (методисты) и мобильного ЦЗ. С внедрением мобильного ЦЗ количество должностей и план посещений увеличены не были. Отмечен рост фактической среднечасовой нагрузки на 1 должность врача ЦЗ с 0,7 посещений до 1,2 посещений и до 1,9 (при выездной форме работы), фактической нагрузки на 1 должность врача ЦЗ за 1 рабочий день (7,8 ч) с 6,2 человек до 9,6 человек (при выездной форме работы до 15,2) с июля 2010 г. по 2013–2015 г.г., соответственно. При этом укомплектованность должностями (2011–2015 г.г.) удовлетворительная (78,8–89,6%), коэффициент совместительства у основных работников (1,0–1,03) незначительный, план посещений 8205–8235 выполнялся стабильно (от 100,9 до 101,7%), профилактическое консультирование проведено у 100% посетителей. В ЦЗ с октября 2010 г. проводится работа с организованным работающим населением, в том числе и выездная в рамках социального партнерства и соглашений о сотрудничестве между ТОКБ и организациями, предприятиями г. Томска и Томской области. Выездная бригада (2014–2015 г.г.) состоит из 12–13 сотрудников ТОКБ, оснащена 1 комплектом оборудования, 2 автомобилями (газель и автобус ПАЗ), оргтехникой. В период ее выезда работа ЦЗ в стационарных условиях проводится на втором комплекте оборудования 4–5 сотрудниками, выполняется до 10 посещений в рабочий день. ЦЗ для взрослого населения медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, функционируют в каждом субъекте РФ в составе консультативных поликлиник и больниц областных, краевых, республиканских, городских, физкультурных диспансеров и др. медицинских организаций. Оценка организации работы ЦЗ медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, проведена с помощью матрицы ССВУ (SWOT)-анализа и представлена в таблице 1.

Таблица 1

ССВУ (SWOT) – анализ деятельности ЦЗ медицинской организации, не имеющей прикрепленного населения

<b>Сильные стороны (Strengths)</b>	<b>Возможности (Opportunities)</b>
Стандартное оснащение центров здоровья Алгоритм проведения комплексного обследования Применение визуализирующих методик дозо-зоологической диагностики Выявление факторов риска неинфекционных заболеваний Индивидуальный подход при выдаче рекомендаций по ведению ЗОЖ Выездная форма работы - наличие передвижного медицинского комплекса «Мобильный центр здоровья»	Наличие законодательной и нормативной базы ЗОЖ Единая информационная система регистрации пациентов и хранения данных обследования (Федеральный комплекс «Центр здоровья») Региональные программы по профилактике неинфекционных заболеваний и формирования ЗОЖ Наличие методических рекомендаций Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины МЗ РФ
<b>Слабые стороны (Weaknesses)</b>	<b>Угрозы (Threats)</b>
Необходимость продвижения профилактических медицинских услуг (формирование потоков работающего населения) Отсутствие маркетинговых технологий в деятельности Отсутствие системы менеджмента качества Отсутствие единых требований к сбору, анализу и учету факторов риска неинфекционных заболеваний Информирование о необходимости медицинских организаций о случаях выявления граждан с высоким риском развития ССЗ	Недостаточная информированность населения о наличии и возможностях центров здоровья Низкая мотивация населения о получении знаний по ЗОЖ от медицинского персонала Отсутствие алгоритма работы при выездной форме работы и при работе с организованным населением

Определены основные направления совершенствования деятельности для описанных выше типов ЦЗ: формирование потоков работающего населения в ЦЗ; повышение качества оказываемых услуг.

**Пятая глава** посвящена разработке усовершенствованной многомерной организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ, которая включает в себя: блок ресурсов, блок организационной структуры, технологический, функциональный, процессный блоки, блок ключевых показателей (рис. 4). Модель апробирована и внедрена в ЦЗ ТОКБ. Достижение поставленной цели – массовое и непрерывное привлечение работающего населения к прохождению комплекс-

ного обследования и профилактическому консультированию в ЦЗ реализуется путем совершенствования организационных технологий и повышения качества оказываемых услуг; максимального удовлетворения потребностей и ожиданий потребителей профилактических услуг ЦЗ; формирования возобновляемых потоков работающего населения в ЦЗ (дерево целей и задач). Для реализации модели необходимо наличие в штате ЦЗ методиста или менеджера здравоохранения (блок организационной структуры), развитой информационно-коммуникационной инфраструктуры и материально-технической базы в учреждении и подразделении, обученного коммуникативным техникам персонала (блок ресурсов). Механизмы реализации модели:

1. введение на функциональной основе кабинета маркетинга и контроля качества (оптимизация организационной и функциональной структур) и, соответственно, дополнительных направлений деятельности: маркетинга и контроля качества оказываемых профилактических услуг (функциональный блок);

2. внедрение разработанной технологии маркетинга при стационарной и выездной форме работы: взаимодействие с организациями и работодателем, пиар-технологии, использование маркетинговых коммуникаций (технологический блок);

3. усовершенствование и внедрение организационных технологий: схемы маршрутизации посетителей ЦЗ, адаптированная схема оказания профилактической помощи в ЦЗ, методики действий врача, алгоритм оказания помощи курящим посетителям (технологический блок);

4. внедрение системы контроля качества оказываемых услуг: постоянное обучение и мотивация сотрудников ЦЗ, постоянное совершенствование информационного обеспечения деятельности ЦЗ;

5. усовершенствование и внедрение процессного блока (нацеленность деятельности всего персонала на конечный результат).

Критериями результативности представленной модели является блок ключевых показателей, связанных с процессами оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ (табл. 2, рис. 4). Наиболее значимыми

критериями являются: медико-социальная характеристика посетителей ЦЗ, частота распространения факторов риска неинфекционных заболеваний среди посетителей ЦЗ, количество повторно обратившихся посетителей в течение всего периода наблюдений (возобновляемые потоки).

Таблица 2

Критерии результативности организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в центре здоровья

Вид процесса	Критерии результативности
Предварительный	КП 1: 1.1. % установленных коммуникаций с потенциальными потребителями услуг ЦЗ от плана 1.2.% оформленных заявок на профилактические услуги ЦЗ
Подготовительный	КП 2: 2.1.планируемое количество дней/посетителей при выездной работе ЦЗ 2.2.наличие фактического числа сотрудников ЦЗ для обеспечения выездной и стационарной формы работы 2.3.определение нагрузки на каждого специалиста ЦЗ для расчета количества первичных и повторных посещений
Основной	КП 3: 3.1.фактическое количество посещений в час, день, месяц, квартал, год; фактическая среднечасовая нагрузка на 1 должность врача; 3.2.частота распространения факторов риска неинфекционных заболеваний среди посетителей ЦЗ 3.3.% охвата посетителей профилактическим консультированием
Контроля качества	КП 4 – % посетителей, удовлетворенных организацией предоставления и качеством профилактических услуг ЦЗ КП 5: 5.1. % лиц, выразивших желание, находится под динамическим наблюдением в ЦЗ в календарном году 5.2.% повторных посещений в календарном году КП 6 – % повторно обратившихся посетителей в течение всего периода наблюдений КП 7 – медико-социальная характеристика посетителей ЦЗ: 7.1. % работающего населения. 7.2. % населения трудоспособного возраста 7.3. % мужчин

Разработаны технологии формирования первичных потоков и возобновляемых потоков работающего населения в ЦЗ, которые позволяют не только создать контингент прикрепленного населения в ЦЗ медицинских организаций, не имеющих его, но и генерировать потоки работающего населения (массовое непрерывное привлечение) для прохождения комплексного обследования, профилактического консультирования и динамического наблюдения в ЦЗ (рис. 2, 3). Технология формирования первичных потоков работающего насе-

ления в ЦЗ разработана для массового непрерывного привлечения работающего населения к прохождению комплексного обследования, профилактического консультирования в ЦЗ как при выездной, так и стационарной формах работы ЦЗ (рис. 2). Технология формирования возобновляемых потоков работающего населения разработана для прохождения динамического наблюдения в ЦЗ и основана на повышении эффективности управления качеством медицинской помощи (рис. 3).



Рисунок 2. Технология формирования первичных потоков работающего населения в ЦЗ

Повышение эффективности управления качеством медицинской помощи в ЦЗ происходит за счет создания инноваций в управлении ресурсами и

совершенствования организационных технологий деятельности. Для повышения качества оказываемых профилактических услуг в ЦЗ разработаны: схема оказания профилактической помощи, методики действий врача при первичном и повторном посещении ЦЗ, оригинальный алгоритм оказания помощи курящим посетителям, для улучшения организации предоставления услуг ЦЗ – схемы маршрутизации посетителей ЦЗ при стационарной форме и выездной форме работы.

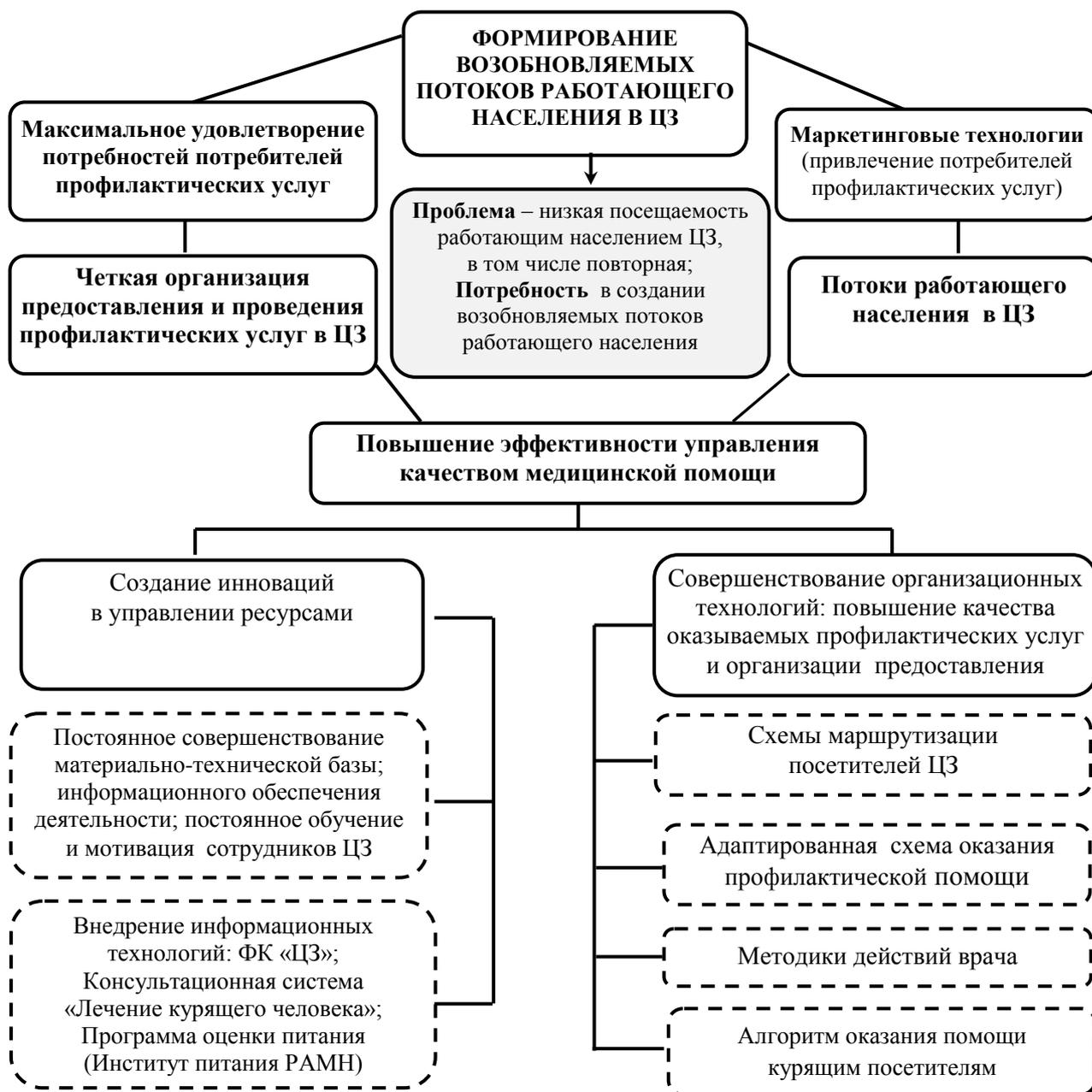


Рисунок 3. Технология формирования возобновляемых потоков работающего населения в ЦЗ

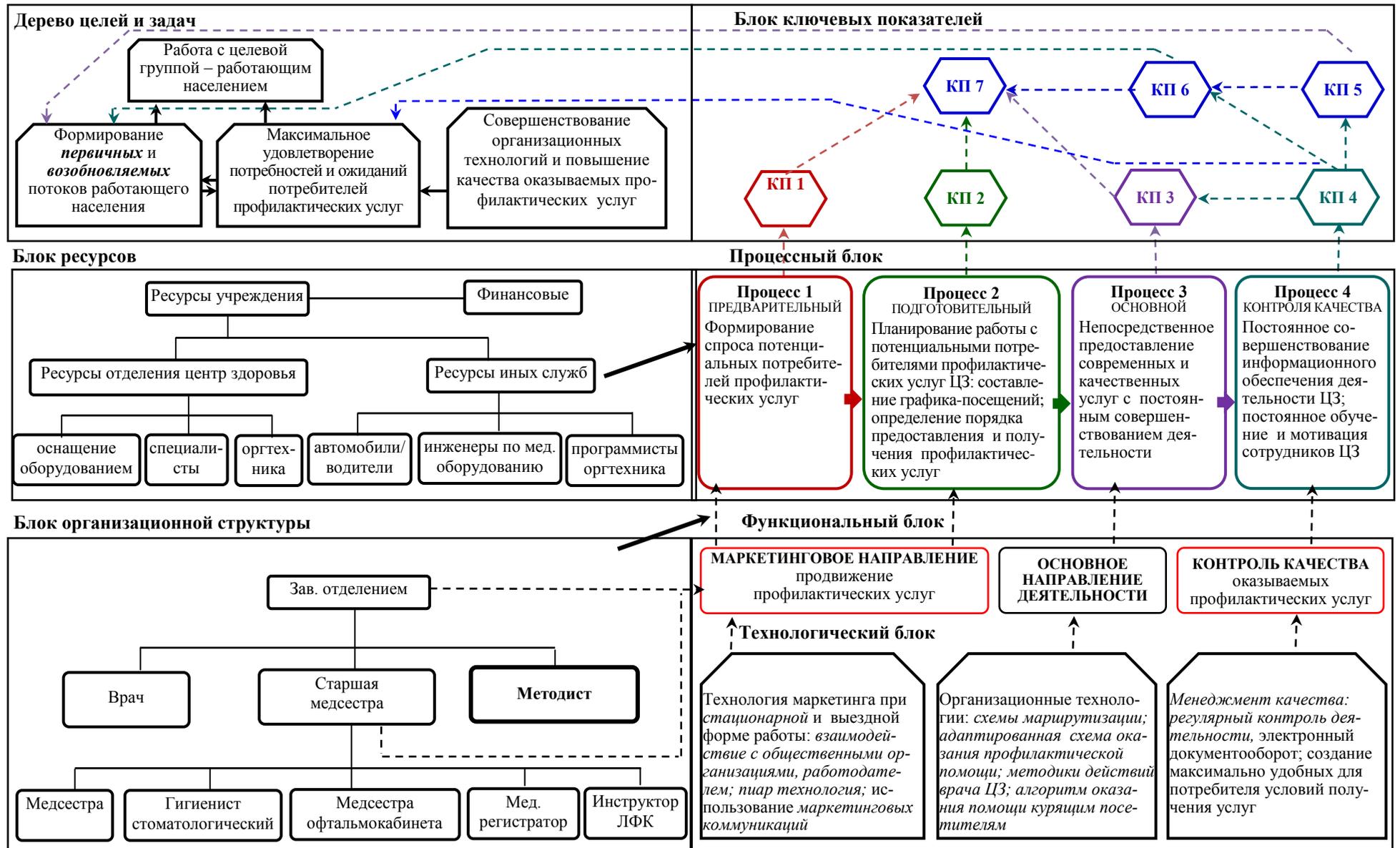


Рисунок 4. Усовершенствованная многомерная организационно-функциональная модель оказания профилактической помощи работающему населению в центре здоровья

**В шестой главе** проведена оценка результативности предложенной организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ. Медико-социальная характеристика посетителей ЦЗ ТОКБ (2011–2014 г.г.) свидетельствует о том, что основным посетителем ЦЗ является работающее население – (74%), трудоспособного возраста (67%). Средний возраст посетителей ЦЗ составляет  $47,5 \pm 14,6$ ; средний возраст обратившихся мужчин –  $45,3 \pm 15,2$ ; женщин –  $48,2 \pm 14,3$  лет, что соответственно меньше, чем по данным других исследователей (Авдеева М.В., 2014; Стародубов В.И. и др., 2015). Основную долю посещений составляют женщины (76%), профилактическая активность мужчин – в 3 раза ниже (24%). Удовлетворены посещением ЦЗ 88% опрошенных респондентов, которые считают полученную информацию информативной и полезной, удовлетворены посещением, но хотят узнать больше – 11% респондентов. При этом готовы выполнять полученные рекомендации полностью, регулярно – 54% опрошенных, частично – 42% из-за отсутствия возможностей. Отмечен рост посещений работающим населением ЦЗ с 55% в 2010 г. до 73% в 2014 г. и увеличение профилактической активности мужчин с 17% в 2010 г. до 25% в 2014 г. при внедрении технологии формирования первичных потоков работающего населения в ЦЗ. Внедрение технологии формирования возобновляемых потоков работающего населения в ЦЗ позволяет повысить число повторно обратившихся посетителей в течение всего периода наблюдений (возобновляемые потоки) с целью динамического наблюдения практически в 3 раза – с 5% в 2012 г. до 14% в 2014 г. от общего количества первично обратившихся граждан.

Установленные в исследовании гендерные различия по частоте распространения факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, повышенное АД, ожирение, гиперхолестеринемии) сопоставимы с представительской выборкой по РФ (ЭССЕ-РФ 2012–2013 г.г.). По частоте гипергликемии гендерных различий не выявлено ( $p > 0,05$ ). Отмечено повышение средних уровней показателей клинико-лабораторного обследования – индекса массы тела, холестерина как у мужчин, так и у женщин ( $26,7 \pm 4,8$  кг/м<sup>2</sup> и  $27,5 \pm 6,2$  кг/м<sup>2</sup>) и

( $5,2 \pm 1,08$  ммоль/л и  $5,6 \pm 1,07$  ммоль/л), соответственно. Установленные статистически значимые гендерные различия средних уровней изучаемых показателей подтверждают гендерные различия в частоте факторов риска ( $p < 0,05$ ). Анализ динамики частоты факторов риска неинфекционных заболеваний за 2011–2014 г.г. показал, что среди мужчин наблюдалась статистически значимая тенденция увеличения частоты ИМТ, ожирения с 37,4% и 26,6% в 2011 г. до 40,3% и 30,5% в 2014 г., соответственно ( $p < 0,05$ ). Среди женщин – статистически значимый рост частоты абдоминального ожирения с 29,4% до 46% и гипергликемии с 3% до 5,3% ( $p < 0,05$ ). В 2011–2014 г.г. было выявлено 19,9%–17,7%–18,5%–19,7% курящих лиц ( $n=1349$ ,  $n=1198$ ,  $n=1499$ ,  $n=1535$ , соответственно). За изучаемый период отмечен рост частоты курения среди женщин с 16 до 20% статистически не значимый ( $p > 0,05$ ), при этом среди мужчин тенденции роста частоты курения отмечено не было.

## ВЫВОДЫ

1. Здоровье населения Томской области характеризуется увеличением ожидаемой продолжительности предстоящей жизни с 64,8 лет (2002 год) до 70,0 лет (2012 год), снижением уровня смертности с 14,3‰ (2002 год) до 11,9‰ (2012 год). Тем не менее, численность работающего населения трудоспособного возраста сократилась на 25,7 тыс. человек (3,7%) за 2007–2012 годы, а уровень смертности работающих мужчин в трудоспособном возрасте в субъекте практически в 3,6–3,7 раза выше уровня смертности женщин. Отмечена устойчивая тенденция роста уровня общей заболеваемости по классу болезни системы кровообращения с 2009 по 2012 годы на 5,2%, в том числе у работающего населения.

2. Выявлена высокая частота распространения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди пациентов медицинских организаций первичного звена здравоохранения Томской области (работающее население): недостаточного употребления овощей и фруктов у 60%, избыточного употребления соли у 54%, низкой физической активности у 32%, что формирует значительную потребность в профилактической медицинской по-

мощи. Несмотря на профессиональную осведомленность, обнаружена высокая частота распространения факторов риска неинфекционных заболеваний (избыточной массы тела – 32%, ожирения – 29%, гиперхолестеринемии – 57%) среди медицинских работников первичного звена здравоохранения Томской области.

3. Установлено, что основную долю посетителей центров здоровья для взрослого населения Томской области за период 2010–2014 годы составили лица с факторами риска неинфекционных заболеваний (62,5–71,9%), нуждающиеся в их коррекции. Выявлены гендерные различия по частоте распространения курения, повышенного артериального давления, ожирения, гиперхолестеринемии сопоставимые с представительской выборкой по РФ (ЭССЕ-РФ 2012–2013 г.г.). Отмечена статистически значимая тенденция увеличения частоты распространения избыточной массы тела, ожирения с 37,4% и 26,6% в 2011 году до 40,3% и 30,5% в 2014 году среди мужчин, соответственно ( $p < 0,05$ ). Наблюдается статистически значимый рост частоты распространения абдоминального ожирения с 29,4% до 46% и гипергликемии с 3% до 5,3% за период 2011–2014 годов среди женщин ( $p < 0,05$ ).

4. С помощью ССВУ (SWOT)-анализа выявлены «зоны неэффективности» в деятельности центров здоровья: низкий охват комплексным обследованием и профилактическим консультированием работающего населения, недостаточное продвижение профилактических медицинских услуг среди работающего населения; отсутствие маркетинговых технологий и системы менеджмента качества в работе центров здоровья. Существующая организация работы центра здоровья нуждается в совершенствовании.

5. Разработана многомерная организационно-функциональная модель оказания профилактической помощи работающему населению в центре здоровья, включающая в себя: функциональный, процессный, технологические блоки, блок критериев оценки результативности.

6. Разработана технология формирования первичных потоков работающего населения для прохождения комплексного обследования, профилактического консультирования в центре здоровья, при внедрении которой отмечен

рост посещений центра здоровья работающим населением с 55% в 2010 году до 73% в 2014 году и технология формирования возобновляемых потоков работающего населения для динамического наблюдения в центре здоровья, основанная на повышении эффективности управления качеством медицинской помощи, позволяющая повысить число повторно обратившихся посетителей в течение всего периода наблюдений (возобновляемые потоки) практически в 3 раза – с 5% в 2012 году до 14% в 2014 году от общего количества первично обратившихся граждан.

7. Внедрение разработанной организационно-функциональной модели оказания профилактической помощи работающему населению в центре здоровья в деятельность центра здоровья позволяет привлечь работающее население для прохождения комплексного обследования и профилактического консультирования в центре здоровья как при выездной, так и при стационарной формах работы. Установлено, что основным посетителем центра здоровья Томской областной клинической больницы за 2011–2014 годы является работающее население (74%), трудоспособного возраста (67%); средний возраст которых составляет  $47,5 \pm 14,6$  лет, что существенно меньше, чем по данным других исследователей.

8. Предложен комплекс критериев оценки, направленный на повышение результативности деятельности центра здоровья, наиболее значимым из которых являются: медико-социальная характеристика обратившихся в центр здоровья граждан, частота распространения факторов риска неинфекционных заболеваний среди посетителей центра здоровья, количество повторно обратившихся посетителей в центр здоровья в течение всего периода наблюдений (возобновляемые потоки).

## **ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

**1. Органам управления здравоохранением.** Для совершенствования профилактической деятельности в первичном звене здравоохранения необходимо организовать плановое направление пациентов из ЦЗ медицинских

организаций, не имеющих прикрепленного населения в медицинские организации ПМСП по месту их прикрепления (по разработанной схеме).

**2. Главным врачам медицинских организаций** в целях совершенствования деятельности ЦЗ организовывать оказание профилактической медицинской помощи работающему населению в подведомственных ЦЗ в соответствии с разработанной организационно-функциональной моделью оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ.

**3. Руководителям ЦЗ** в целях улучшения организации работы внедрить в деятельность ЦЗ разработанные: технологии формирования первичных и возобновляемых потоков работающего населения для прохождения комплексного обследования, профилактического консультирования, динамического наблюдения; систему оценок результативности процессов деятельности с работающим населением; многомерную организационно-функциональную модель оказания профилактической помощи работающему населению в ЦЗ.

**4. Врачам ЦЗ медицинских организаций без прикрепленного населения** целесообразно использовать разработанные и представленные в настоящем исследовании методики действия врача при первичном и повторном посещении пациентами ЦЗ и Методические рекомендации по оказанию помощи курящим пациентам.

#### **Список научных работ, опубликованных по теме диссертации**

**1. Найденова, Н.Е. Организация профилактической помощи в центре здоровья медицинского учреждения, не имеющего прикрепленного населения, в современных условиях (на примере Томской области) /Н.Е. Найденова //Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 3. – С. 34–43. (0,38 п.л., автора – 0,38п.л.).**

**2. Найденова, Н.Е. Организационно-функциональная модель оказания профилактической помощи работающим гражданам в центре здоровья /Н.Е. Найденова //Актуальные вопросы и перспективы развития медицины: сборник научных трудов. – Омск, 2016. – С. 94–97. (0,16 п.л., автора – 0,16 п.л.).**

3. Найденова, Н.Е. Разработка и использование адаптированных методик для повышения эффективности деятельности центра здоровья /Н.Е. Найденова //Заместитель главного врача. – 2016. – Т. 116, № 1. – С. 14–20. (0,27 п.л., автора – 0,27 п.л.).

4. Найденова, Н.Е. Технология формирования возобновляемых потоков работающего населения в центре здоровья /Н.Е. Найденова //Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Новосибирск, 2016. – С. 72–74. (0,08 п.л., автора – 0,08 п.л.).

5. Найденова, Н.Е. Факторы риска артериальной гипертонии у жителей Томской области /Н.Е. Найденова //Артериальная гипертония: от теории к практике: материалы XI Всероссийского конгресса. – Кемерово, 2015. – С. 85. (0,03 п.л., автора – 0,03 п.л.).

6. Найденова, Н.Е. Анализ демографической ситуации в Томской области /Н.Е. Найденова, Н.Я. Несветайло //Современные тенденции развития науки и технологий: сборник научных трудов по материалам V Международной научно-практической конференции. В 4 ч. Ч. 1 /под ред. Е.П. Ткачевой. – Белгород, 2015. – С. 120–121. (0,08 п.л., автора – 0,06 п.л.).

7. Найденова, Н.Е. Оказание помощи курящим пациентам в центрах здоровья и в кабинетах медицинской профилактики: методические рекомендации /Н.Е. Найденова, Н.Н. Зубарева. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2015. – 36 с. (0,75 п.л., автора – 0,71 п.л.).

8. Найденова, Н.Е. Оценка потребности в профилактической медицинской помощи в первичном здравоохранении Томской области /Н.Е. Найденова, О.И. Острикова //Трансляционная кардиология – путь к прогрессу!: материалы VI Съезда кардиологов Сибирского федерального округа. – Томск, 2015. – С. 95. (0,03 п.л., автора – 0,02 п.л.).

**9. Найденова, Н.Е. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний у медицинских работников первичного звена здравоохранения Томской области /Н.Е. Найденова, Е.Н. Лобыкина //Профилактическая медицина. – 2015. – № 2. – С. 38–42. (0,21 п.л., автора – 0,19 п.л.).**

**10. Найденова, Н.Е. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди взрослого населения Томской области (по результатам деятельности центра здоровья) /Н.Е. Найденова, Е.Н. Лобыкина //Архив внутренней медицины. – 2015. – Т. 23, № 3. – С. 18–22. (0,21 п.л., автора – 0,19 п.л.).**

11. Найденова, Н.Е. Функциональная модель оказания профилактической помощи в центре здоровья /Н.Е. Найденова //Современные тенденции развития науки и

технологий: сборник научных трудов по материалам V Международной научно-практической конференции. В 4 ч. Ч. 1 /под ред. Е.П. Ткачевой. – Белгород, 2015. – С. 121–125. (0,17 п.л., автора – 0,17 п.л.).

12. Роль и возможности центров здоровья в профилактике социально значимых неинфекционных заболеваний /Н.Е. Найденова, М.А. Лукашов, Е.Н. Лобыкина, О.И. Острикова //Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2015. – № 1. – С. 122–126. (0,19 п.л., автора – 0,05 п.л.).

13. Найденова, Н.Е. Опыт оказания медицинской помощи по отказу от курения в условиях центра здоровья /Н.Е. Найденова, Е.Е. Дмитриева, Н.Н. Зубарева //Заместитель главного врача. – 2014. – Т. 101, № 10. – С. 23–32. (0,35 п.л., автора – 0,33 п.л.).

**14. Найденова, Н.Е. Роль и возможности центра здоровья в коррекции факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (на примере оказания консультативной помощи населению по отказу от курения) /Н.Е. Найденова, Е.Н. Лобыкина //Атеросклероз. – 2014. – № 3. – С. 46–54. (0,83 п.л., автора – 0,75 п.л.).**

#### Список сокращений

БСК	– болезни системы кровообращения
ГЛ	– уровень глюкозы в крови
ДЗТО	– Департамент здравоохранения Томской области
ЗОЖ	– здоровый образ жизни
ИМТ	– избыточная масса тела
КМП	– кабинет медицинской профилактики
КП	– ключевой показатель
ОМП	– отделение медицинской профилактики
ОТ	– окружность талии
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
РФ	– Российская Федерация
САД	– систолическое артериальное давление
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ТОКБ	– Томская областная клиническая больница
ХС	– уровень холестерина в крови
ЦЗ	– центры здоровья
ЦМП	– Центр медицинской профилактики