

На правах рукописи

Гусева Светлана Леонидовна

**Реформирование системы управления многопрофильной
поликлиникой**

14.02.03. – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва, 2012

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Научный консультант:

Доктор медицинских наук, профессор

Сон Ирина Михайловна

Официальные оппоненты:

доктор мед. наук, профессор

Линденбратен Александр Леонидович

доктор мед. наук, профессор

Евдаков Валериан Алексеевич

доктор мед. наук, профессор

Злобин Александр Николаевич

Ведущая организация:

ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита состоится 18 мая 2012 года на заседании Диссертационного Совета Д.208. 110.01. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России) по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова,11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России (127254, г. Москва, ул. Добролюбова,11)

Автореферат разослан « ___ » _____ 2012.

Ученый секретарь
диссертационного совета, д.м.н.

Пучков Константин Геннадьевич

Общая характеристика работы.

Актуальность проблемы. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в исследовании теоретических и практических аспектов совершенствования системы управления отечественным здравоохранением, задача построения оптимальной модели управления и рационального использования имеющихся ресурсов лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) остается одной из наиболее актуальных (А.Л. Линденбратен, 1999, В.И. Стародубов, 2000, О.П. Щепин, 2001, И.Н. Денисов, 2004, В. З. Кучеренко, 2005, 2009, Ю.П. Лисицын, 2005).

С начала 90-х годов XX столетия в России формируется острое противоречие между декларируемым приоритетом формирования здорового общества и реальной возможностью его реализации в рамках существовавшей государственной системы охраны здоровья (И.М. Шейман, 2005, А.Я. Гриненко, 2001, А.В. Решетников, 2002). Несовершенство системы управления отраслью, построенной на принципах централизации и жесткой регламентации деятельности учреждений здравоохранения, вступило в противоречие с рыночной идеологией социально-экономических преобразований и, соответственно потребовало проведения реформ в сфере здравоохранения (В.О. Щепин, 1997, Д.Д. Венедиктов, 1999). За несколько лет в российском здравоохранении произошел крутой поворот от чрезвычайно централизованной к фрагментарной системе. Основным направлением было проведение радикальной децентрализации с делегированием управленческих и финансовых полномочий на *местный уровень самоуправления*. Акцент приоритетности управленческих решений сдвинулся с общегосударственного уровня на *региональный и учрежденческий* (Н.А. Капитоненко, В.А. Свистунов, В.П. Чебоненко, 1999, Т.М. Демуров, О.А. Дзукаев, А.Т. Кадзаев., 2000). Влияние рынка проявилось во внедрении элементов коммерческой деятельности в здравоохранение; изменении объема платных услуг; экономического статуса ЛПУ; характера экономических связей; трансформации форм собственности и видов хозяйствования; экономического положения самого медработника. Однако в условиях рыночной экономики снизилась эффективность управления лечебным учреждением. Утрата возможностей прямого административного контроля над ЛПУ в настоящее время зачастую неадекватно восполняется

методами экономического управления. Господствующим методом отношений с ЛПУ до сих пор является выделение финансовых ресурсов вне прямой связи с реальными объемами и качеством оказания медицинской помощи (В.И. Стародубов, 2002, 2008)

Многие исследователи признают, что масштабы преобразований в области управления здравоохранением незначительны, ожидания, связанные с переходом на ОМС оказались пока не реализованными (М. Давыдов, Н. Мелянченко, 2006; Ф.Н. Кадыров, 2008; А.А. Калининская, А.А. Евсюков, А.Ф. Стукалов, 2010; P. Jacobs, J. Rappaport, 2004; D. Wonderling, R. Gruen, N. Black, 2005).

Система организации работы первичного амбулаторного звена в России, которое до сих пор не является основным в процессе оказания медицинской помощи населению, не отвечает растущим запросам потребителей, требует оптимизации и совершенствования методов управления. Достижение целей на макроэкономическом уровне является невыполнимым без проведения мер по повышению эффективности деятельности *конкретных медицинских учреждений*, т.е. на микроэкономическом уровне (Х. Виссема, 1996, П.Ф Друкер, 2000, Б. Андерсен, 2003).

Все вышеизложенное определило **цель** настоящего исследования: разработать и научно обосновать оптимизированную модель управления многопрофильной поликлиникой.

Задачи исследования:

1. Изучить основные показатели здоровья и оценить показатели результативности оказания медицинской помощи населению, проживающему на территории обслуживания базового учреждения в динамике за 10 лет (2001-2010гг.).

2. Провести комплексный анализ всех звеньев системы управления ресурсами медицинского учреждения, в котором населению оказывается амбулаторная помощь, и оценить необходимость и целесообразность реформирования системы управления в первичном звене здравоохранения (на примере городской поликлиники № 6 г. Самара).

3. Оценить систему финансирования ЛПУ и обосновать возможность и целесообразность использования дополнительных источников

финансирования для обеспечения финансовой устойчивости лечебных учреждений первичного звена.

4. Оценить медицинскую, социальную и экономическую эффективность механизма оплаты труда по конечному результату работы персонала и оценить уровень удовлетворения ожиданий работников.

5. Разработать предложения по совершенствованию системы менеджмента качества в многопрофильной поликлинике и провести комплексную оценку результатов её внедрения.

6. Разработать и обосновать организационные и экономические принципы управления ресурсами в амбулаторном звене здравоохранения, а также рекомендации по совершенствованию системы управления многопрофильной поликлиникой.

Научная новизна исследования.

Научно обоснованы подходы к совершенствованию стратегии реформирования системы управления первичным звеном здравоохранения (с учетом адаптации функций управления поликлиникой к условиям регулируемого рынка).

Представлена комплексная оценка функционирования амбулаторно-поликлинического лечебного учреждения. Проведен многофакторный анализ управленческих, социальных, экономико-правовых условий функционирования поликлиники.

На основе структурирования процессов управления по основным функциям муниципальной поликлиники определены направления совершенствования организационной структуры.

Выявлены пути повышения оперативности реализации управленческих решений ЛПУ с учетом достижения стратегических и тактических целей с наименьшими затратами.

Научно обосновано выделение базовой ресурсной составляющей амбулаторной помощи: врача первичной медицинской помощи, который являясь распорядителем кредитов и координатором деятельности всех структурных подразделений поликлиники, функционирует в качестве стратегической «бизнес-единицы».

Дано научное обоснование эффективности внедрения профилактических медицинских технологий, расширения возможностей

системного решения проблем в области профилактики и снижения риска развития наиболее распространенных социально-значимых заболеваний с использованием принципов социального маркетинга.

Дано научное обоснование подходов к регламентации процесса оказания платных услуг с учетом индивидуальных особенностей и возможностей самостоятельного амбулаторно-поликлинического учреждения.

Разработан алгоритм реализации современных концепций менеджмента на уровне лечебного учреждения, основанный на анализе внешней и внутренней среды организации, проведения SWOT- анализа и использования сбалансированной системы показателей.

Проанализированы возможности внедрения в управлении ЛПУ принципов обучающейся организации и управления технологически ориентированным рабочим местом.

Научно обоснованы направления совершенствования всех компонентов системы менеджмента на уровне первичного звена здравоохранения: управление кадрами, в том числе социально-психологическими методами; технологическими и логистическими процессами; финансами.

Проанализированы возможности системы ресурсного планирования лечебного учреждения.

Представлено научное обоснование предложений по совершенствованию системы непрерывного улучшения качества как методологии принятия результативных управленческих решений, основанной на постоянной модификации и реинжиниринге (перепроектировании) технологических процессов, усовершенствовании результатов деятельности, способности ЛПУ адекватно реагировать на новые стимулы внешней среды.

Научно-практическая значимость.

В результате проведенного исследования предложены обоснованные рекомендации по построению эффективной управленческой модели деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения как одной из основ структурной перестройки отрасли, способной гибко реагировать на внешние изменения и воздействия, решать внутренние противоречия и проблемы через *собственные* методы управления и контроля.

Представленная модель управления соответствует научным и практическим критериям менеджмента, доступна в использовании для медицинского персонала.

Проведен многофакторный анализ условий внешней и внутренней среды первичного звена здравоохранения, анализ стратегического потенциала амбулаторного учреждения, маркетинговый аудит, формализованы характеристики элементов управления, дана оценка функциональных сфер организации.

Проведен детальный SWOT-анализ, на основании рассмотрения всех факторов которого были выработаны и внедрены в практику адаптивные решения по корректировке целей и стратегий поликлиники (корпоративных, продуктовых, ресурсных, функциональных, управленческих). Разработана и внедрена Система сбалансированных показателей (Balanced Score Card - BSC) и система менеджмента качества амбулаторно-поликлинического учреждения. Регламентированы и документированы процессы управления лечебным учреждением с учетом пересекающихся зон ответственности.

Апробация результатов исследования.

Основные положения и результаты исследования доложены и обсуждены на: научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2005); VIII международной конференции «Экология и здоровье человека» (Самара, 2005); совместном заседании кафедр Общественного здоровья и здравоохранения, Общественного здоровья и здравоохранения ИПО Самарского государственного медицинского университета, Управления здравоохранения г. Самара, Министерства здравоохранения Самарской области (Самара, 2005); XXV межрегиональном съезде врачей «Управление качеством здравоохранения через новации» (Самара-Тольятти, 2005); международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2006); научно-практической конференции «Инновационные технологии в медицине» (Самара, 2007); научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении» (Москва, 2007); межинститутской научной конференции «Безопасность жизнедеятельности и здравоохранение» (Москва, 2007); XXVI Межрегиональном съезде врачей «Году семьи – новые технологии» (Самара,

2007); межрегиональном практическом семинаре «Управление медицинскими учреждениями в условиях модернизации и развития здравоохранения» (Самара, 2008); III съезде врачей общей практики (семейных врачей) «Актуальные проблемы внедрения общей врачебной практики (семейной медицины) в России» (Белгород, 2008); XVI межрегиональной научно-практической конференции памяти академика Н.Н. Бурденко «Актуальные вопросы современного практического здравоохранения» (Москва, 2008); научно-образовательном форуме «Мужское здоровье и долголетие» (Москва, 2008); научно-практической конференции «Инновационные оздоровительные технологии в медицине» (Москва, 2008); совместных заседаниях кафедры Общественного здоровья и здравоохранения ИПО Самарского государственного медицинского университета, департамента здравоохранения г. Самара, Министерства ЗиСР Самарской области (Самара, 2008-2009гг.); III Всероссийском съезде средних медицинских работников (Екатеринбург, 2009); межвузовской научной конференции с международным участием «Инновационные технологии профилактической медицины в вузовской науке начала XXI века» (Москва, 2009); научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха (Москва, 2009); научно-практической конференции по проблемам медико-социальной экспертизы в Уральском Федеральном округе (Ханты-Мансийск, 2009); межинститутской научной конференции с международным участием «Современные технологии в профилактической и клинической медицине» (Москва, 2009); научно-практической конференции «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации» (Москва, 2010); Российском национальном конгрессе кардиологов (Москва, 2010, 2011.); научно-практической конференции «Улучшение качества оказываемой населению медицинской помощи в Российской Федерации: проблемы и пути решения» (Курган, 2010); XV Всероссийском конгрессе «Экология и здоровье человека», (Самара, 2010); научно-практической конференции «Маркетинг как эффективный инструмент антикризисного управления и развития бизнеса» (Самара, 2010); международных научно - практических конференциях «Здоровье здоровых» (Самара, 2009,2010,2011); Всероссийской научно-практической конференции «Экономические аспекты

здоровья и здравоохранения» (Москва, 2011), Апробационном совете ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России (Москва, 2011).

Внедрение результатов исследования:

Результаты исследования были внедрены в работу 16 амбулаторных учреждений/подразделений г.о. Самары (городских поликлиник №№1; 3; 4; 9; 10; 13; 15; МСЧ №№1, 2, 5, 14; Городских больниц №№4, 6, 7, 8, 10).

Результаты исследований были использованы для подготовки решений исполнительной власти Самарской области и Самары по вопросам организации здравоохранения, нормативных и информационных материалов:

- Концепции развития здравоохранения города Самары на 2003-2006гг., 2007-2009гг;
- Программы «Здоровье населения города Самары на 2006-2010 годы»;
- Регламента «Оказание платных амбулаторно-поликлинических услуг государственными и муниципальными медицинскими учреждениями Самарской области»
- Программы «Улучшение репродуктивного здоровья населения г. о. Самара на 2008-2012гг»;
- Программы «Самара - наша жизнь».

Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения Самарского государственного медицинского университета им. Д. И. Ульянова.

Результаты исследования использованы при подготовке методических пособий: «Современные модели оказания первичной медико-санитарной помощи» (Москва, 2008) и «Доходы и расходы организации здравоохранения» (Самара, 2009).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа основных показателей здоровья и оценки показателей результативности оказания медицинской помощи населению, проживающему на территории обслуживания базового учреждения;

2. Результаты комплексного анализа системы управления ресурсами и оценки системы финансирования медицинского учреждения, оказывающего амбулаторную помощь населению, из бюджетных и внебюджетных источников, а также обоснование целесообразности использования

дополнительных источников финансирования для обеспечения финансовой устойчивости лечебного учреждения первичного звена;

3. Результаты оценки медицинской, социальной и экономической эффективности механизма оплаты труда по конечному результату работы персонала и оценки уровня удовлетворения ожиданий работников;

4. Предложения по совершенствованию системы менеджмента качества многопрофильной поликлиники и результаты их внедрения;

5. Организационные и экономические принципы управления ресурсами в амбулаторном звене здравоохранения (на примере многопрофильной поликлиники).

Личный вклад автора. Автором самостоятельно разработана программа и план исследования, проведен аналитический обзор литературы и нормативных актов, регламентирующих вопросы организации и управления лечебно-профилактическим учреждением, разработаны 13 видов карт социального опроса и проведено анкетирование 2 740 пациентов и 430 медицинских работников, проанализированы показатели здоровья и эффективности работы учреждения, оказывающего амбулаторную помощь населению, проживающему на территории его обслуживания. Автор самостоятельно проводила сбор первичного материала, его статистическую обработку и анализ; проводила оценку медицинской, социальной и экономической эффективности механизма оплаты труда, разработала систему менеджмента качества многопрофильной поликлиники и провела комплексную оценку результатов её внедрения; разработала организационные и экономические принципы управления ресурсами и качеством оказания медицинской помощи в амбулаторном звене здравоохранения.

Публикации по теме диссертации.

По теме диссертации опубликовано 57 печатных работ, в т. ч. 15 в изданиях, рекомендованных ВАК, 1 монография, 2 учебно - методических пособия.

Структура работы.

Диссертационная работа состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, списка литературы, включающего 218 отечественных и 47

иностранных источников, 23 приложения. Диссертация изложена на 326: страницах, иллюстрирована 96 таблицами, 37 схемами и рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение. Обоснована актуальность проблемы, определена цель, сформулированы задачи исследования, показаны научная новизна и практическая значимость работы, представлены положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Основные проблемы реформирования первичного звена здравоохранения и пути их решения (обзор литературы)» проанализированы и обобщены данные современной отечественной и зарубежной литературы, посвященные развитию организационных форм первичной медико-санитарной помощи, принципам оплаты труда персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, вопросам повышения медико-социальной и экономической эффективности деятельности, системам менеджмента качества медицинских организаций, вопросам финансирования и управления здравоохранения. В обзоре рассмотрены научные труды по современному стратегическому менеджменту, маркетингу, управленческому учету и бюджетированию, проблемам управления и моделирования в сложных системах, теории и практике рыночных отношений в здравоохранении. Отмечено что, несмотря на определенные успехи, достигнутые в вопросах управления здравоохранением, проблема построения оптимальной управленческой модели и рационального использования имеющихся ресурсов в амбулаторном учреждении остается до конца нерешенной и по-прежнему актуальной.

Во второй главе «Методика, материалы и этапы исследования» дано описание базы исследования, изложена программа и методы исследования.

Базой исследования являлась муниципальная городская поликлиника № 6 (ГП 6) г. Самары, которая обслуживает 43 тысячи взрослых пациентов. В течение последних 10 лет наблюдается четко выраженная тенденция «постарения» прикрепленного населения: в группе «60 лет и старше» отмечается увеличение пациентов с 21,7% в 2001 г. до 26,3% в 2010г. Соотношение мужчин и женщин на территории обслуживания составляет 40 и 60 % соответственно.

В структуре поликлиники имеются три отделения общеврачебной практики, гинекологическое, специализированное, диагностическое отделения, дневной стационар, стационар на дому, отделение неотложной помощи, восстановительного лечения, платных услуг и отделение профилактики. Более 70% посещений приходится на посещения врачей общей практики. Ведется прием по 17 специальностям. В штатном расписании поликлиники (по ОМС) 115,5 врачебных должностей, укомплектованность физическими лицами составляет 82%, и 131,5 должностей среднего медицинского персонала, укомплектованность физическими лицами составляет 86%. В последние годы происходит рост числа должностей врачей и уменьшение числа должностей среднего медицинского персонала, соответственно снижается укомплектованность физическими лицами врачебных должностей и увеличение – должностей среднего медицинского персонала.

Общая схема исследования представлена в Таблице 1.

Таблица 1.

Материалы, методы, организация исследования

Задачи	Материалы	Методы
Изучить основные показатели здоровья и оценить показатели результативности оказания медицинской помощи населению, проживающему на территории обслуживания базового учреждения в динамике за 10 лет (2001-2010гг.)	Формы Федерального статистического наблюдения по РФ, Самарской области, г.о. Самара за 2000(1)-2010гг.: № 2, 7, 9, 12, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 32, 35, 57, 71 Формы 51С,52С Росстата–602отч. Протоколы анализа хронометража функции врачебной должности-72	исторический, статистического анализа, прогнозирования, исследования динамических тенденций и развития явлений
Провести комплексный анализ всех звеньев системы управления ресурсами медицинского учреждения, оказывающего амбулаторную помощь населению, и оценить необходимость и целесообразность реформирования системы управления в первичном звене здравоохранения (на примере Городской поликлиники № 6 г. Самара).	Формы ФСН по РФ, Самарской области, г. Самара за 2000-2010гг.: № 30, 17 Формы бухгалтерской отчетности ГП 6 за 2000-2010гг.: 0503130, 0503121,0503125, 0503127, 0503137, 0503164, 0503169, 0503178 Формы планово-экономической службы ГП 6, г.о. Самара, Самарской области за 2000-2010гг.: № 14Ф, 14Мед, П-4,62	статистического анализа, логического, хронометража, системного, ситуационного, экономического анализа, экспертных оценок
Оценить систему финансирования ЛПУ из бюджетных и внебюджетных	Формы ФСН по РФ, Самарской области, г.о. Самара за 2000-2010гг.: № 2, 7, 9, 12, 14-ДС, 16-	статистического анализа, логического, системного, ситуационного,

источников и обосновать возможность и целесообразность использования дополнительных источников финансирования для обеспечения финансовой устойчивости АПУ	ВН, 17, 30, 32, 35, 57, 71 Формы планово-экономической службы ГП 6, г.о. Самара, Самарской области за 2000-2010гг: Формы №14Ф, 14Мед, П-4, 62	экономического анализа, экспертных оценок, исторический (монографический)
Оценить медицинскую, социальную и экономическую эффективность механизма оплаты труда по конечному результату работы персонала и оценить уровень удовлетворения ожиданий работников	Формы ФСН по г.о. Самара: № 7, 17, 30, 62, 14Ф, 14Мед, П-4, 12, 14ДС Формы бухгалтерской отчетности ГП 6 за 2000-2010гг.: 0503130, 0503121, 0503125, 0503127, 0503137, 0503164, 0503169, 0503178 Карты социологического опроса за 2001-2010гг населения (2740) и сотрудников базового лечебного учреждения (430)	статистического анализа, логического, системного, ситуационного, экономического анализа, экспертных оценок, социопсихологического анализа
Разработать предложения по совершенствованию системы менеджмента качества в многопрофильной поликлинике и провести комплексную оценку результатов её внедрения.	Паспорта процессов системы менеджмента качества ГП 6 2009-2010гг – 8 паспортов Отчеты по управлению документацией, управлению записями по качеству, внутреннему аудиту, управлению несоответствующими услугами, по корректирующим действиям, предупреждающим действиям – 120 отчетов	статистического анализа, логического, системного, ситуационного, экономического анализа, экспертных оценок, прогнозирования, динамических тенденций и развития явлений
Разработать и обосновать организационные и экономические принципы управления ресурсами в амбулаторном звене здравоохранения, а также рекомендации по совершенствованию системы управления многопрофильной поликлиникой	Оценка процессов системы менеджмента качества ГП 6 2009-2010гг, данные SWOT-анализа, сбалансированной системы показателей ГП 6, Карты социологического опроса населения (2740) и сотрудников (430) базового лечебного учреждения	статистического анализа, логического, системного, ситуационного, экономического анализа, экспертных оценок, прогнозирования, динамических тенденций и развития явлений

Объектом исследования являлось лечебно – профилактическое учреждение – городская поликлиника.

Субъектами исследования являлись пациенты и медицинские работники поликлиники №6 г.о. Самара.

Предметом исследования являлась система управления процессами оказания медицинской помощи в условиях многопрофильной поликлиники.

В исследовании применялись следующие методы: аналитический, статистический, монографический, социологический, исследования динамических тенденций и развития явлений, ранжирования, хронометража, экспертных оценок, организационного моделирования, прогнозирования, ситуационного, экономического анализа.

Проведенное исследование основывалось на принципах системного подхода и включало следующие этапы:

- ситуационный анализ, включающий оценку состояния эффективности использования ресурсов в ЛПУ;
- комплексный анализ ресурсных показателей деятельности и состояния здоровья населения ГП 6;
- выявление проблем и «зон неэффективности» в деятельности ГП 6;
- выявление максимального эффекта при минимальных затратах путем сравнительного анализа альтернативных путей и методов достижения цели;
- разработку стратегических целей, сведение и обоснование их в организационно-экономической модели эффективного использования ресурсов в АПУ;
- контроль, оценка результатов эффективности внедрения модели управления ресурсами в ГП 6.

На первом этапе была разработана программа исследования, инструментарий для проведения социологических опросов и экспертиз. Были проанализированы: состояние использования ресурсов здравоохранения, имеющийся передовой опыт, в том числе ряда зарубежных стран, проведения реформ в первичном звене, существующие тенденции и рекомендации.

На втором этапе, по данным отчетов федерального статистического наблюдения (ФСН), изучены основные показатели здоровья населения, проживающего на территории обслуживания базовой поликлиники, а также показатели ее деятельности в динамике за 10 лет.

Информационной базой являлись отчетные формы ФСН по Российской Федерации, Самарской области, г.о. Самара, Городской поликлинике №6 за 2000-2010гг. (всего 602 отчета): №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях»; №7 «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями»; №12 «Отчет о числе заболеваний зарегистрированных в районе обслуживания лечебного учреждения»; №14ДС «Сведения о

деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения»; №16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности»; № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах»; № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении»; №32 «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»; №35 «Отчет о больных злокачественными новообразованиями»; №57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин; №71 «Сведения о деятельности врачей - клинических фармакологов»; №51С и 52С Росстата.

Для решения задач третьего этапа применялся метод экспертных оценок для сравнения технологии и определения баланса «стоимость-эффективность». Была разработана карта экспертного опроса и сформирована группа экспертов, в которую входили 9 экспертов из числа сотрудников ГП 6, Департамента здравоохранения г.о. Самара и руководитель Управления медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области.

Были проанализированы показатели, получаемые на основании данных: форм бухгалтерской отчетности ГП 6 за 2000-2010гг.: 0503130, 0503121,0503125, 0503127, 0503137, 0503164, 0503169, 0503178; форм № 14Ф, 14Мед, П-4,62 планово-экономической службы ГП 6, г.о. Самара, Самарской области за 2000-2010гг.; формы № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» г.о. Самара, Самарской области за 2006-2010гг.

Нормированное время работы всех врачей всех специальностей устанавливалось на основании протоколов хронометража, который проводится ежегодно. На основании хронометражных исследований рассчитывались затраты рабочего времени на лечебно-диагностическое посещение у ВОП, нормы нагрузки, годовой бюджет рабочего времени, и расчет плановой функции. Всего заполнено и изучено 72 протокола.

На четвертом и пятом этапе, была использована информационная база накопленная и проанализированная на предыдущих этапах, а также проведены социологические опросы, позволившие оценить степень удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи и отношении медицинского персонала к новой системе оплаты труда в

Городской поликлинике 6. Заполнено 2740 карт социологического опроса населения по вопросам удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в поликлинике и 430 карт опроса медицинского персонала (врачей и медсестер). Анкетирование пациентов проводилось ежегодно методом систематической вероятностной выборки путем ежедневных опросов граждан, обращающихся за перерегистрацией полиса. Анкетирование сотрудников проводилось однократно 1 раз в год сплошным методом. Анкеты включают характеристики респондентов по полу, возрасту, социальному (профессии) положению, частоте посещения специалистов поликлиники (для пациентов). В анкетах по оценке удовлетворенности качеством медпомощи для пациентов представлены дифференцированные клише ответов по видам медицинской помощи и подразделениям учреждения (учитываются качество и объемы), предусмотрено место для предложений. Анкеты для сотрудников содержат вопросы по многокритериальной оценке эффективности работы Совета по качеству поликлиники, дифференцированной оплате труда по конечному результату, командного строительства, изменению внутреннего климата поликлиники, социальной поддержке, возможностей самореализации.

На последнем этапе на основе результатов предыдущих этапов с помощью метода исследования динамических тенденций и развития явлений была разработана оптимальная модель управления ресурсами многопрофильной поликлиникой.

Анализ собранных данных реализован в операционной системе Windows XP с использованием стандартных прикладных пакетов. В процессе исследования использовались также следующие компьютерные базы данных (БД) АИС «Поликлиника» и базы данных, входящие в электронный реестр оказанных медицинских услуг: локальная БД пациентов (число записей - 67321), БД законченных случаев (1678828), БД диагнозов (1988983), БД листов временной нетрудоспособности (126166), БД посещений БД (3833464), медицинских услуг (10622275), БД выписанных рецептов (92390), БД параметров состояния (835504), БД флюорографических обследований (228341), БД выполненных прививок (224217), БД сведений об онкоосмотре (975492), БД сведений о льготах (82147), БД выданных талонов (196518), ядро реестра оказанных медуслуг (664726), БД оказанных медуслуг (878127),

БД информации о специфике оказанных амбулаторных услуг (663426), БД платежей по принятым к оплате реестрам (17706), БД информации о специфике медуслуг, оказанных в больничном учреждении (26885).

Третья глава посвящена комплексному анализу ресурсных показателей деятельности и показателей здоровья населения, проживающего в зоне обслуживания муниципальной поликлиники с 2000 по 2010 гг.

Проведенный анализ позволяет сделать выводы о положительной динамике основных показателей здоровья населения, проживающего в зоне обслуживания, за последние 10 лет: общая смертность населения практически не изменилась (14,0 в 2001г и 13,7‰ в 2010г.), смертность лиц трудоспособного возраста уменьшилась (с 6,0 до 4,4‰, на 26,7%), снизился первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте (с 46,0 до 36,1 на 10000 населения). Динамика показателей временной нетрудоспособности характеризуется уменьшением числа дней и случаев временной нетрудоспособности. В 2000г. число дней нетрудоспособности среди населения, проживающего на территории обслуживания поликлиники, составляло 179,7 тысячи, число случаев – 10,7 (на 100 человек прикрепленного населения), средняя длительность 1 случая – 16,7 дня. К 2010г. общее число дней нетрудоспособности уменьшилось до 125,7 тыс. (на 30,1%); число случаев – до 9,9 (на 7,5%), средняя длительность 1 случая – до 12,6 дня (на 24,6%).

В то же время по основным классам заболеваний отмечается рост показателей общей и первичной заболеваемости прикрепленного населения. Общая заболеваемость с 2000 по 2010г. возросла с 163400,3 до 273596,4 на 100 000 прикрепленного населения (на 67,4%), первичная – с 67200,3 до 93044,8 на 100 000 прикрепленного населения (на 38,5%). Следует отметить, что показатели общей заболеваемости населения, проживающего в зоне обслуживания поликлиники, в 2010г. были на 38,9% выше, чем в среднем по Самарской области и на 91,6% выше среднероссийских показателей; показатели первичной заболеваемости – на 76,0 и 63,7% соответственно.

Наиболее существенный рост наблюдается по классу «новообразования»: общая заболеваемость - рост более чем в 2 раза, впервые выявленная – более чем в 3 раза; «болезни системы кровообращения» (БСК) - рост общей заболеваемости в 2 раза; «болезни эндокринной системы» - рост

общей заболеваемости на 50%, впервые выявленной - более, чем на 60%; «болезни костно-мышечной системы» (КСМ) - двукратное увеличение общей и впервые выявленной заболеваемости. Снижение заболеваемости отмечено лишь по классам «инфекционные заболевания», «болезни уха и сосцевидного отростка» и «болезни кожи и подкожной клетчатки».

С одной стороны рост показателей заболеваемости является негативным явлением, с другой стороны свидетельствует о повышении в последние годы эффективности работы по выявлению заболеваний среди прикрепленного населения, в том числе и в рамках дополнительной диспансеризации.

Анализ организации амбулаторной помощи населению, проживающему в районе обслуживания поликлиники, показал, что одновременно с ростом показателя заболеваемости по обращаемости отмечается рост на 25% числа посещений, в том числе профилактических, их доля в общем числе посещений в 2010г. возросла до 19,7%.

В рамках дополнительной диспансеризации за период действия Национального проекта Здоровье было осмотрено около 12 000 человек, около 20% из которых составляет территориальное население поликлиники (Рисунок 1).

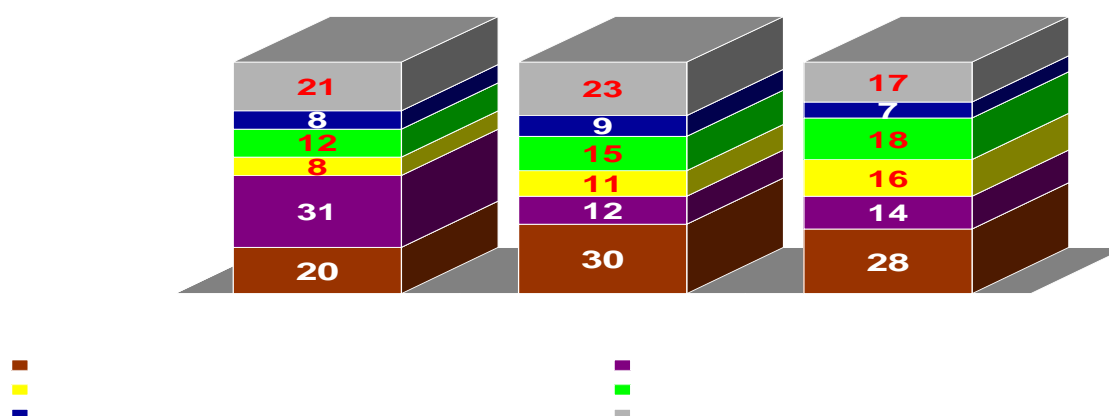


Рисунок 1. Структура патологии, выявленной при дополнительной диспансеризации (2006-2010гг.)

Структура выявленной патологии у различных категорий работников существенно различается. Так, у 62% работников бюджетной сферы ранее

уже имелись хронические заболевания, у 25% - заболевания выявлены впервые. Среди работающих с вредными производственными факторами соотношение хронических заболеваний и выявленных впервые при дополнительной диспансеризации составляет соответственно 68 и 14%, среди остальных работающих граждан - 54 и 7,5% соответственно.

Из Рисунка 1 следует, что у работников бюджетной сферы наиболее часто выявляются заболевания эндокринной системы (31%), на 2-м месте – БСК (20%), далее болезни мочеполовой системы (МПС) (12%), - болезни КМС и доброкачественные новообразования (по 8%). У лиц, работающих с вредными производственными факторами, на первом месте по частоте выявления находятся БСК (30%), на втором - болезни МПС (15%), на третьем – болезни эндокринной системы (12%), затем – болезни КМС (11%). У остальных работающих наиболее часто выявлялись БСК (28%), в 18% - заболевания МПС (18%), в 16% случаев - заболевания КМС. Большая доля выявленных заболеваний эндокринной и мочеполовой системы связана с тем, что многие пациенты в рамках дополнительной диспансеризации впервые были осмотрены эндокринологом и урологом, а также прошли соответствующие диагностические исследования.

Анализ результатов диспансеризации показал существенное преобладание 3 группы здоровья во всех категориях обследуемых. Наибольшая доля «здоровых» (31%) выявляется среди лиц, работающих с вредными производственными факторами, что обусловлено регулярным проведением предварительных и периодических медицинских осмотров, своевременным лечением выявленной патологии, а также их более молодым возрастным составом. Среди этой категории отмечается и самая высокая доля 2-й группы здоровья (18% - с высокими факторами риска заболеваний и 50% - хронических больных).

Для выявления зон неэффективности в работе городской поликлиники №6 были проанализированы все виды деятельности.

В первую очередь, отделения неотложной медицинской помощи (НМП). Так, в 2010г. из числа вызовов, выполненных НМП ГП 6, 1,1% были обслужены бригадами скорой медицинской помощи (СМП) до приезда НМП

и 0,6% потребовали вызовов специализированных бригад СМП в связи с тяжелым состоянием больного.

Изучение каналов поступления вызовов НМП показало, что 34,6% вызовов были приняты от больных, 21,1% - от родственников и соседей. Доля вызовов НМП, поступивших от врачей СМП, составила 21,3% от общего числа вызовов НМП.

Из Таблицы 2 следует, что чаще всего больному медицинская помощь оказывается дома, однако практически каждому 4 пациенту необходима госпитализация в стационар, доля ложных вызовов составляет менее 1%.

Таблица 2.

Результаты вызовов бригад неотложной медицинской помощи, 2010г.

Результаты вызовов	число вызовов НМП	
	в % к итогу	на 1000 прикрепленного взрослого населения
1. Больной оставлен дома	66,3	72,4
2. Госпитализация в больничные учреждения города	24,9	27,1
3. Перевозки, в том числе	6,3	6,8
- в поликлинику на обследования	4,5	4,9
- в больницу (на консультации, обследования)	0,87	0,9
- из поликлиники домой	0,77	0,8
- из больницы домой	0,08	0,09
- в больницу, а затем домой	0,08	0,09
4. Вызвана специализированная бригада СМП, в том числе	0,6	0,6
- кардиологические	0,2	0,2
- реанимационные	0,3	0,3
- неврологические	0,1	0,1
5. Вызов обслужен бригадой СМП до приезда НМП	1,1	1,2
6. Ложные вызовы	0,8	0,9
Всего	100,0	109,0

Чаще всего в госпитализации по неотложным показаниям нуждались пациенты по поводу различных заболеваний органов пищеварения (31%) и БСК (в 30,3% случаев), болезней МПС (16,8%) и системы органов дыхания (14,3%). В 4,4% случаев бригада НМП констатировала необходимость в госпитализации пациентов из прикрепленного населения по поводу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин.

Почти 1/3 больных, направленных НМП в стационары отказались от госпитализации, при этом почти половина отказов (48,5%) приходилась на

лиц в возрасте 60 лет и старше. В классе «Болезни органов пищеварения» на первом месте по числу отказов от госпитализации была желчнокаменная болезнь (29,5%), на втором - язва 12-ти перстной кишки (18,0%), на третьем - хронический панкреатит (14,7%). Почти половина случаев отказов больных от госпитализации в классе болезней мочеполовой системы была связана с почечной коликой, почти $\frac{1}{3}$ - с обострением хронического пиелонефрита. У пациентов с болезнями органов дыхания причины отказов, в основном, связаны с острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, острыми бронхитами, пневмониями. В 70,3% случаев больные, отказавшиеся от госпитализации, имеют хронически текущее заболевание. Более 80% вызовов НМП происходит с 8 утра до 20 часов.

В ГП 6 развернут дневной стационар (ДС) на 50 коек, который работает в 2 смены. Из 50 коек ДС: 30 – терапевтических, 12 – гинекологических, 6 - акушерских, 2 - хирургических. «Профильность» койки меняется в зависимости от потребностей. Штаты ДС включают: 3,5 должности врачей, из них 1,5 должности терапевта, 1,0 - акушер – гинеколога, 0,5 - невролога, 0,5 - хирурга; 4,25 - должности среднего медицинского персонала и 1,0 должность младшего медицинского персонала.

В целях улучшения качества оказания амбулаторной помощи пациентам в условиях ДС разработаны и введены в действие фармакоэкономические протоколы лечения. За период исследования с 2000г. по 2010г. в ДС закончили лечение 28341 человек, из них 23% составили мужчины и 77% - женщины. По возрастному составу пролеченные в 2010 году пациенты распределились следующим образом - 41% пациентов, лица трудоспособного возраста до 60 лет, 51% - лица до 70 лет и 8% - лица старше 70 лет. 72% больных, закончивших лечение в ДС, работали и 28% не работали по разным причинам; 89% были направлены в ДС врачом общей практики и 11% врачами специалистами поликлиники.

Среди пациентов закончивших лечение в ДС в 2010 году 40,2% составили больные БСК; 17,8% - беременные женщины; 14,5% - проходили лечение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; 14,4% - по поводу заболеваний мочеполовой системы; 6,86% - эндокринной системы; 1,7% - нервной системы.

Средняя занятость койко-места в ДС в 2010 году составила 329,2 дней, оборот койки 38,2; средняя длительность лечения - 9,6 дней, что ниже на 25 % длительности лечения в стационаре круглосуточного пребывания (12,2 дней). Следует отметить, что средние сроки лечения больных в ДС ниже практически по всем классам болезней. При этом количество штатных должностей в терапевтическом отделении городской больницы на 50 коек включает значительно больше должностей медицинского персонала по сравнению со штатной численностью в ДС: общее количество ставок в ДС 7,25, в круглосуточном стационаре – 22,25.

Медицинская эффективность лечения больных в ДС подтверждается тем, что 95% больных были выписаны с улучшением, 3% - с выздоровлением и у 2% больных состояние здоровья осталось без изменения.

Развитие замещающих стационар технологий в поликлинике наряду с медико-социальной эффективностью позволило в течение последних двух лет сдерживать рост госпитализации прикрепленного населения в стационары круглосуточного пребывания.

Динамика экономической эффективности работы ДС ГП 6 за 2010г. представлена в Таблице 3. За 10 лет работы экономия, основанная на разнице в тарифах круглосуточного и дневного стационара по аналогичным профилям, составила более 60млн. рублей.

Таблица 3.

Экономический эффект деятельности дневных стационаров на базе ГП 6 за 2010 г. с учетом «профильности»

Профиль дневного стационара	Дневной стационар		Круглосуточный стационар	Экономический эффект (Р) (в руб.)
	Кол-во пролеченных больных (n)	Средняя стоимость лечения (р)	Средняя стоимость госпитализации (m)	
Терапия	1827	2516	5420	5 305 608
Хирургия	69	2377	5644	225 423
Акушерство	302	2924	6785	1 166 022
Гинекология	243	1422	4535	756 459
Всего:				7 453 512

За период изучения (2007- 2010г.г.) в стационаре на дому (СД) закончили лечение - 10198 человек, в том числе 33,9% - мужчин и 66,1% - женщин. По возрастному составу основное большинство лечившихся в СД (78,6%) были лица старше трудоспособного возраста, из них: 22,3% - до 70

лет, 56,3% - от 70 до 79 лет. Доля лиц трудоспособного возраста составила только 21,4%, 82,1% больных, закончивших лечение в СД, были инвалидами I, II, и III групп; 3,6% - инвалидами (участниками) Великой Отечественной войны, 11,1% - пенсионерами и 3,2% - работали.

Из числа закончивших лечение в СД 45,5% составили больные БСК; 2,4% - болезнями органов дыхания; 7,4% - болезнями органов пищеварения; 31,8% - болезнями КМС; 0,7% - болезнями МПС; 1,8% - болезнями нервной системы; 0,4% - болезнями кожи и подкожной клетчатки.

Больными в СД было проведено 95927 койко-дней. На первом месте по числу проведенных койко-дней в СД были больные БСК (45,9% от общего числа койко-дней лечения в СД), на втором месте – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (32,7%), на третьем – с болезнями органов дыхания (11,6%), на четвертом - с болезнями органов пищеварения (7,3%). .

Средняя длительность лечения в СД составила 9,4 дней. Наибольшая длительность лечения среди больных в СД была по поводу болезни крови и кроветворных органов, болезней КМС и БСК (9,4 дня). В классе «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» наибольшее число дней лечились больные с дорсопатиями (10,0 дней); в классе «болезни нервной системы» - по поводу рассеянного склероза и последствий воспалительных болезней ЦНС (10,0 дней); в классе «БСК» - по поводу ишемической болезни сердца (9,4 дня).

Из числа больных лечившихся в СД 96,4% имели сопутствующие заболевания, из них 12,7% больных имели одно, 31,1% - два, 52,6% - три и более и только у 3,6% больных не было ни одного сопутствующего заболевания. Среди больных, имеющих три и более сопутствующих заболеваний, 83,3% составили лица старше трудоспособного возраста. Результатом лечения в СД у 87,6% больных было улучшение, у 2,0% - незначительное улучшение, у 0,4% - выздоровление, у 6,4% - состояние не изменилось, у 3,6% произошло ухудшение, что потребовало госпитализации в круглосуточный стационар.

Оценка экономической эффективности показала, что стоимость лечения (цены 2009г.) больных в СД за год составила 1 840,3 тысяч рублей, при этом стоимость одного койко-дня составила 86,77 руб. При этом средняя

стоимость лечения в терапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания городской больницы составила 5420,50 руб. (стоимость одного койко-дня – 301,14 руб.). Средняя стоимость лечения в стационаре на дому в 3,5 раза меньше стоимости одного койко-дня в круглосуточном стационаре. Экономия расходов отмечается по статьям: «заработная плата с начислениями» – в 3,7 раза, «мягкий инвентарь» – в 6,5 раза, а также из-за отсутствия расходов на питание. При этом затраты на лекарственные средства в СД всего в 2 раза меньше аналогичных расходов в круглосуточном стационаре. Более детальный анализ расходов на статью «Медикаменты» показал, что с учетом отсутствия необходимости в СД приобретения дезинфицирующих средств на общеучрежденческие нужды, расходы на данную статью в СД практически сопоставимы с расходами в круглосуточном стационаром. Проведенные расчеты свидетельствуют о высоком экономическом эффекте организации СД, как самостоятельного структурного подразделения амбулаторно-поликлинических учреждений.

Низкие показатели частоты госпитализации пациентов ГП 6 в круглосуточные стационары на протяжении последних 10 лет дают основание говорить об отсутствии «подмены» амбулаторно-поликлинической помощи замещающими стационар технологиями.

В главе 4 «Реформирование организационной структуры первичного звена здравоохранения» представлены описание, анализ и оценка эффективности разработанной и внедренной в базовом лечебном учреждении стратегии реформирования организационной структуры ЛПУ.

Организационная структура ГП 6, как и большинства муниципальных поликлиник, также представляет собой линейно-функциональную модель, предусматривающую вертикальный организационный контроль (Рисунок 2). Сотрудники объединены в департаменты (отделы) в соответствии с видами выполняемой деятельности и квалификацией. Группировка сотрудников в соответствии с однородностью задач позволяет реализовать эффект масштаба и эффективно использовать имеющиеся ресурсы. По-возможности, производится максимальное укрупнение специализированных рабочих заданий, так, чтобы объединенные в команды сотрудники могли более полноценно использовать свой потенциал. Так, например, командная организация труда во врачебно-сестринской бригаде (один врач – две

медсестры) по результатам ежемесячного мониторинга дает существенное (до 20%) улучшение конечных результатов деятельности ОВП.

Организационная структура ГПб

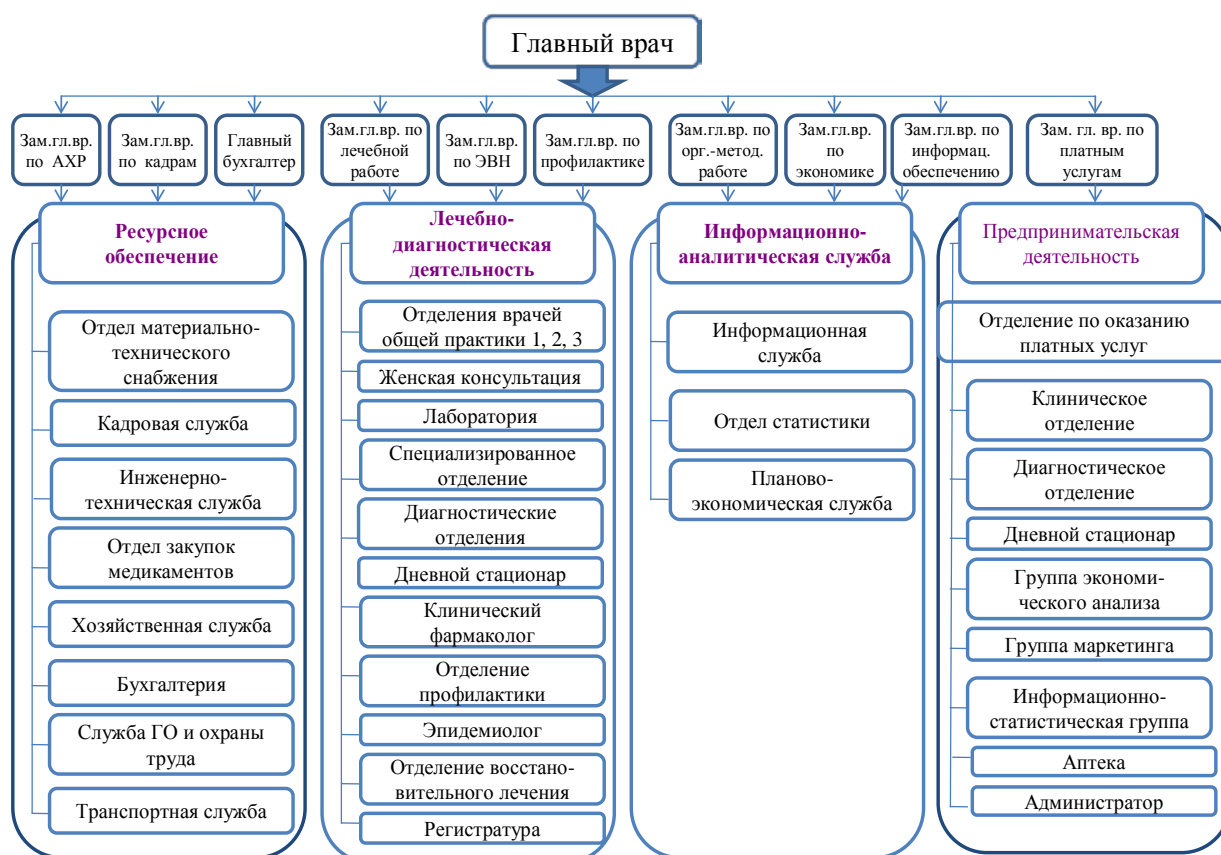


Рисунок 2. Организационная структура ГП б.

В соответствии с принципом управляемости, предполагается научно обоснованное фиксирование соотношения руководителя и числа подчиненных ему работников. При проектировании необходимо стремиться к оптимальности такого соотношения, так как если нагрузка руководителя намного превышает допустимые нормы, то резко снижается оперативность и эффективность работы руководителя. Осуществление на практике этого принципа затруднено из-за отсутствия научно обоснованных норм управляемости. Норма управляемости в нашем лечебном учреждении составляет 8-10 подчиненных на одного менеджера высшего звена (заместители главного врача) и 10-15 человек для менеджеров среднего звена (заведующие подразделениями). Указанная норма управляемости выше рекомендуемой традиционной теорией организационного строительства, с

одной стороны, в связи с тотальной регламентацией деятельности медработников, с другой стороны, в силу особенностей профессии нецелесообразностью жесткого контроля над деятельностью врачебно-сестринского персонала.

Представленная линейно-функциональная структура обеспечивает такое разделение управленческого труда, при котором линейные звенья управления призваны управлять, а функциональные — консультировать, помогать в разработке конкретных вопросов и подготовке соответствующих решений и программ. Руководители функциональных подразделений (например, по финансам, персоналу) осуществляют влияние на производственные подразделения формально. Как правило, они не имеют права самостоятельно отдавать им распоряжения.

Жесткий причинно-следственный принцип построения структуры организации (в т. ч. ЛПУ) возможен только в том случае, когда сотрудник выполняет четко предписанную ему функцию в автоматическом режиме. Если же ставить задачей реализацию творческого потенциала сотрудника, необходимо отказаться от малоповоротливой бюрократической структуры в пользу адаптивных систем управления. В связи с этим, в базовой поликлинике возникла необходимость создания более гибкой и адаптивной организационной структуры. С этой целью стали внедряться элементы матричного управления, предполагающие одновременное использование функционала и программной структуры. Схема матричной структуры представлена на Рисунок 3. В данном случае сохраняется обеспечение традиционного контроля над отделами со стороны вертикали власти, а руководитель осуществляет координацию взаимодействий между отделами, определяя, что и когда должно быть сделано. Линейные же руководители решают, кто и как будет выполнять ту или иную работу. Имеют место двойные линии властных полномочий. Однако при высокой степени самостоятельности менеджера *в связи с временным функционированием матрицы* принцип единоначалия сохраняется.



Схема матричной организационной структуры

Руководители целевых программ

Руководители функциональных служб

Функции, исполняемые в интересах целевых программ

Рис. 3. Схема матричной организационной структуры лечебного учреждения

Руководитель матричной структуры – это менеджер программной линии, который отвечает за одну (горизонтальную) сторону матрицы, а первый руководитель (главный врач) – за матрицу в целом: функциональную и программную цепочки, за поддержание баланса власти между двумя сторонами матрицы, разрешение возможных противоречий. Состав и численность команды определяется задачами новой программы.

Дуализм управленческой цепочки – основная причина возникающей в матричной структуре противоречий. Матричная структура, по опыту ГП 6, является наиболее эффективной в быстро изменяющейся внешней среде, регулярные заседания руководителей (частые в связи с ограниченными временными рамками) позволили своевременно решать возникающие в процессе новые вопросы. Кроме того, такая структура способствовала самообучению, как специалистов, так и руководителей высшего звена, позволила наиболее рационально использовать специалистов за счет их перегруппировки и, наконец, повысила уровень корпоративной культуры.

Результаты исследования подтвердили вывод о том, что при всех преимуществах матричной структуры организации, она не может быть использована в учреждениях здравоохранения на постоянной основе, поскольку преимущественно вертикальное администрирование отраслью не позволяет «отпустить» творческую составляющую двойного подчинения, но

как временная структура матрица может быть использована при управлении процессом внедрения инноваций.

Во втором разделе главы проведена оценка роли и места ВОП в работе современной многопрофильной поликлиники. В базовом лечебном учреждении общеврачебная практика (ОП), являясь распорядителем кредитов и координатором деятельности всех структурных подразделений поликлиники, функционирует в качестве стратегической бизнес-единицы.

Приоритетная роль ВОП в рамках лечебно-диагностического и информационно-аналитического и логистического процессов дает возможность минимизировать избыточные (технологически и финансово) процессы, сократить издержки лечебного учреждения, повысить удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи. Кроме того, эффективность и результативность работы ВОП определяет структурный баланс на уровне лечебного учреждения первичного звена: расширение приемов ВОП и МОП по смежным специальностям позволяет не только в соответствии с потребностями населения оптимизировать количество врачей-специалистов в поликлинике, но и обеспечить последним возможности консультативной и профилактической деятельности. Возможности и преимущества формирования новой модели профилактики заболеваний на уровне первичного звена, перехода от санитарно-просветительной работы к социальному маркетингу (СМ) проанализированы в третьем разделе главы. Организация профилактической работы в базовой поликлинике представлена двухуровневой системой профилактики.

С целью минимизации избыточных процессов и экономии времени пациентов в процессе получения комплексной профилактической услуг и в ГП 6 был разработан ряд организационных схем по наиболее актуальным направлениям деятельности: Маршрут пациента по дополнительной диспансеризации, Маршрут «Мужское здоровье», Маршрут здоровья для сотрудников, Маршрут «онкоосмотра» и др. В результате анализа было выявлено, что в рамках существующего бюджетного финансирования, без привлечения дополнительных средств только организационные мероприятия могут существенно изменить структуру оказываемой амбулаторной помощи в направлении профилактического компонента.

В четвертом разделе главы представлен анализ работы платного отделения базовой поликлиники как самостоятельной структуры. Оценка контингента населения, проживающего в районе обслуживания, и «неприкрепленных» пациентов позволяет в динамике отследить потребительские характеристики потенциальных и реальных клиентов, определить наиболее эффективную тактику формирования спроса и сбыта медицинских услуг, провести сегментацию рынка, определить маркетинговую стратегию. Для стандартизации технологии и упрощения обслуживания пациентов в учреждении был разработан Алгоритм взаимодействия пациентов с платными подразделениями, разработан регламент оказания платной медицинской помощи. Наглядно представлены преимущества стратегии сочетания дифференцированного и недифференцированного маркетинга медицинских услуг. Возможность перевода потребителя медицинских услуг из одного сегмента в другой определяет рыночную жизнеспособность лечебно-профилактического учреждения. Развитие платной структуры в муниципальной поликлинике предполагает не только достижение финансовой стабильности лечебного учреждения, но и усиление аналитической составляющей поликлинической статистики. При работе с корпоративными клиентами и физическими лицами проводятся регулярные обзоры структуры выявленных заболеваний и их распространенности, в том числе различных отраслях промышленности, проводится профилактическая работа (Рисунок 4).

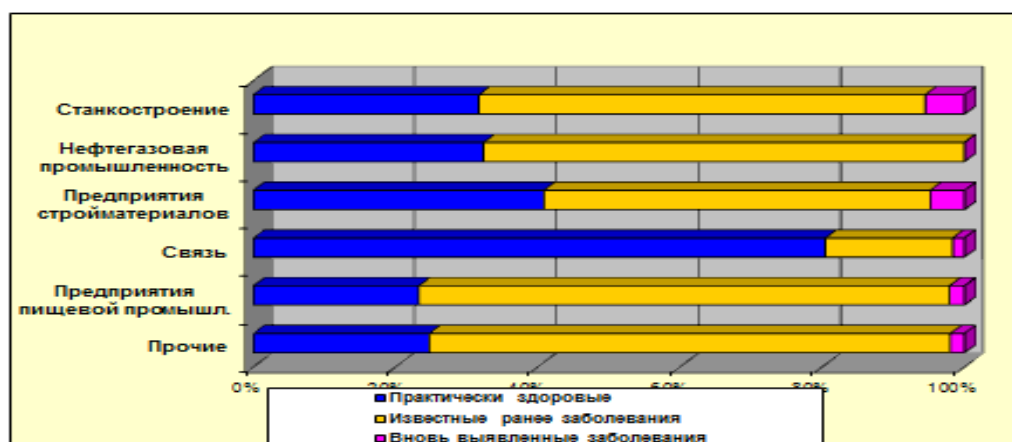


Рисунок 4. Заболеваемость по отраслям производства, ГП 6, 2010г.

В Главе 5 «Реформирование системы управления в муниципальной поликлинике» проанализированы возможности использования рыночных регуляторов в развитии отечественного здравоохранения.

Проведенный анализ деятельности поликлиники позволил выявить, что наиболее важными позициями для обеспечения высокого качества медицинской помощи, оказываемой в рамках системы ОМС, являются эффективная организационная структура и высокая загрузка производственных мощностей; для медицинской помощи, оказываемой в рамках «платных услуг», не менее значимыми являются формирование положительного имиджа у клиентов за счет расширения ассортимента услуг, повышения комфортности, клиентоориентированности персонала.

В настоящее время медицинская помощь, оказываемая по программе ОМС и «платные» услуги имеют противоположные характеристики, например: высокая и низкая степень контроля со стороны государственных институтов, слабая и высокая ответственность за уровень сервиса и качество услуг, слабая и высокая конкуренция.

Анализ стратегического потенциала базового учреждения позволяет сделать выводы о слабой возможности первичного звена здравоохранения реализовать поставленные стратегические цели без привлечения дополнительных ресурсов и организационно-технических преобразований.

Обобщенные характеристики элементов управления ГП 6, представленные в Таблице 4, послужили основой для анализа внутренней среды организации, формирования проблемного поля учреждения.

В условиях жестко ограниченного государственного финансирования и административно закрепленного объема медпомощи устойчивость бюджетного учреждения возможна только за счет оптимизации издержек (снижение общехозяйственных и коммерческих затрат) и привлечения альтернативных источников финансирования (максимизация доходов от увеличения продаж). Стратегия дифференциации по качеству медицинских услуг позволяет получить более высокую рентабельность (эффект синергии) в рамках функционирования бюджетной и внебюджетной составляющих деятельности.

Таблица 4.

Характеристики элементов управления

Стратегия	программа госгарантий бесплатной медицинской помощи: стратегия дифференциации медуслуг по качеству и уровню сервиса (возможности ограничены), создание благоприятного имиджа организации с целью получения стратегических преимуществ перед конкурентами. предпринимательская деятельность: расширение рынка и привлечение платежеспособной клиентуры путем повышения качества услуг и уровня сервиса
Структура	линейно-функциональная структура, наличие корпоративного совещательного центра, программно-целевые структуры
Системы управления	система управления производством: система управления качеством услуг, управление производственной мощностью; проектное управление, система управления затратами, управление маркетингом, управление инновациями
Состав инструментов управления	планирование, прогнозирование, бюджетирование (нисходящее в части ОМС и восходящее в области платных услуг), многоуровневая система контроля качества, финансовый контроль
Стиль	демократический
Суммарная компетентность персонала	клиенториентированность, умение работать в команде, высокая степень обучаемости, низкая степень сопротивления инновациям, корпоративная культура
Совместно разделяемые ценности	имидж организации не позволяет оказывать услуги низкого качества, приоритет гуманности профессии

В рамках регулярного стратегического управления ГП 6 была выбрана матрица качественного стратегического анализа – матрица SWOT, которая предоставляет возможности принятия решения на основании анализа структурированного информационного поля. Определение ключевых компетенций ГП 6 в рамках ОМС позволило выделить новые возможности учреждения, связанные с увеличением расходов государства на здравоохранение, в том числе повышение доступа новым медицинским и здоровьесберегающим технологиям, программам формирования здорового образа жизни. К сильным сторонам базового учреждения следует отнести наличие высококвалифицированного клиенториентированного медицинского персонала, укомплектованность штатных должностей более 90%, достаточную оснащенность и производительность лечебно-диагностического оборудования. Однако слабые стороны в виде отсутствия возможностей территориального развития и увеличения мощностей, жесткой регламентации текущей деятельности, и угрозы, характеризующиеся систематическим недофинансированием системы на фоне увеличения

финансовой ответственности и ужесточения правового регулирования и надзора, ограничивают стратегические перспективы ЛПУ и возможность их реализации. Кроме того, большое количество пациентов, получающих медицинскую помощь в рамках «платных услуг» является проявлением сильной стороны поликлиники, и, напротив, рост, даже числа пациентов, получающих медицинскую помощь в рамках ОМС, может являться слабой стороной, особенно, при выраженном дефиците бюджетного финансирования (чем больше таких пациентов, тем больше объемы необходимой для них помощи, тем сложнее обеспечение должного уровня и доступности медпомощи).

Объединение различных направлений контроля, т.е. инструментов внутренней финансовой оценки и статистических отчетов, с учетом интересов пациентов и сотрудников в лечебно-профилактическом учреждении возможно через сбалансированную систему показателей (Balanced Score Card - BSC) (Таблица 5).

Таблица 5.

Balanced Score Card амбулаторно-поликлинического учреждения

№	А. Финансы	Б. Клиенты	В. Процессы	Г. Потенциал
1	Оптимизировать издержки за счет непроизводственных затрат	Улучшить сервисность обслуживания клиентов	Совершенствовать систему контроля за качеством и сервисностью оказания услуг	Сократить время разработки новых продуктов
2	Увеличить выручку за счет расширения доли рынка	Повысить удовлетворенность клиентов качеством медуслуг	Внедрить принципы стандартизации предоставления услуг	Активизировать внедрение инновационных технологий
3	Увеличить рентабельность за счет оптимизации структуры услуг	Построить систему управления отношений с клиентами	Расширить возможности аутсорсинга	Повысить квалификацию базовых сотрудников
4	Расширить возможности кредитования	Повысить степень известности учреждения	Оптимизировать систему размещения ресурсов, инфраструктуру	Активизировать рекламные возможности

По сути, новая концепция ВОЗ по качеству систем здравоохранения – переход от модели, ориентированному на болезнь к «холистическому подходу» - использует основные принципы построения BSC. По каждому из четырех направлений деятельности были выбраны наиболее важные показатели, соответствующие миссии и главной цели лечебного учреждения: обеспечение высокого качества и доступности медицинских услуг населению. Для систематизации и структурирования процессов было

проведено документирование целей по отдельным перспективам. Таким образом, BSC, ориентированная на финансовый результат и упрочение конкурентной позиции, совершенствование внутренних процессов и перспективу развития организации служит инструментом синтеза в рамках разработки стратегии лечебного учреждения, она позволяет оценить состояние актуального стратегического и оперативного планирования, определить направления, где существует необходимость в корректирующих действиях.

Базовыми принципами деятельности по управлению человеческими ресурсами (УЧР) в поликлинике являются принципы концепции организационного развития: улучшение климата организации (финансирование социальных программ и дополнительного образования из прибыли), повышение результативности за счет постоянной оперативной корректировки индикаторов качества, оценка результатов деятельности «в команде», управление конфликтами путем психологического сопровождения (семинары-тренинги), создание устойчивых форм обратной связи с вовлечением больших групп персонала (ежегодное анкетирование - 430 карт). Базовым условием деятельности по УЧР поликлиники является дифференцированная оплата труда сотрудников, при формировании которой используются элементы открытого управления (ОУ). ОУ признано продемонстрировать каким образом труд работника вписывается в картину общего состояния организации и влияет на ее финансовое будущее. Начиная с 2000 года, в ГП 6 используется нормирование оплаты труда по оказанной услуге: размер заработной платы напрямую зависит от количества и качества оказанной медицинской помощи. При распределении фонда оплаты труда, в том числе внебюджетных финансовых средств, на заработную плату персонала имеют место гибкие стимулирующие системы. Используются критерии объема труда, качества, медицинской результативности, удовлетворенности пациентов и исполнительская дисциплина работников. В рамках разработки и внедрения Системы менеджмента качества поликлиники был внедрен протокол, устанавливающий требования системы менеджмента качества (СМК) поликлиники к процессу «Управление персоналом»

Результатом внедрения экономического стимулирования работников и дифференцирования оплаты труда по конечному результату стала стойкая

тенденция к стабилизации и улучшение количественных и качественных показателей деятельности поликлиники, был дан новый старт «сотрудничеству в команде». ГП 6 для управленческого учета общеврачебная практика определена как центр финансовой ответственности.

В **шестой главе** исследования проанализированы пути повышения качества оказания медицинских услуг в первичной медицинской помощи. В соответствии с современной концепцией ВОЗ по качеству систем здравоохранения, в ГП 6 была внедрена холистическая модель управления качеством. Модель управления качеством представляет собой двухуровневый (уровень отделений и учреждения) Совет по качеству. Отличием работы Совета по качеству от традиционной внутриведомственной экспертизы качества является обязательное участие в оценке деятельности врачебно-сестринских бригад финансового менеджмента, группы статистического учета и специалистов по информационному обеспечению.

Были разработаны основные принципы и положения, используемые для достижения надлежащего качества в целом: системный подход, ориентация на результат, использование мониторинга и внутреннего аудита качества, управление по отклонениям, разработана методика стратегического планирования по улучшению качества (Рисунок 5).

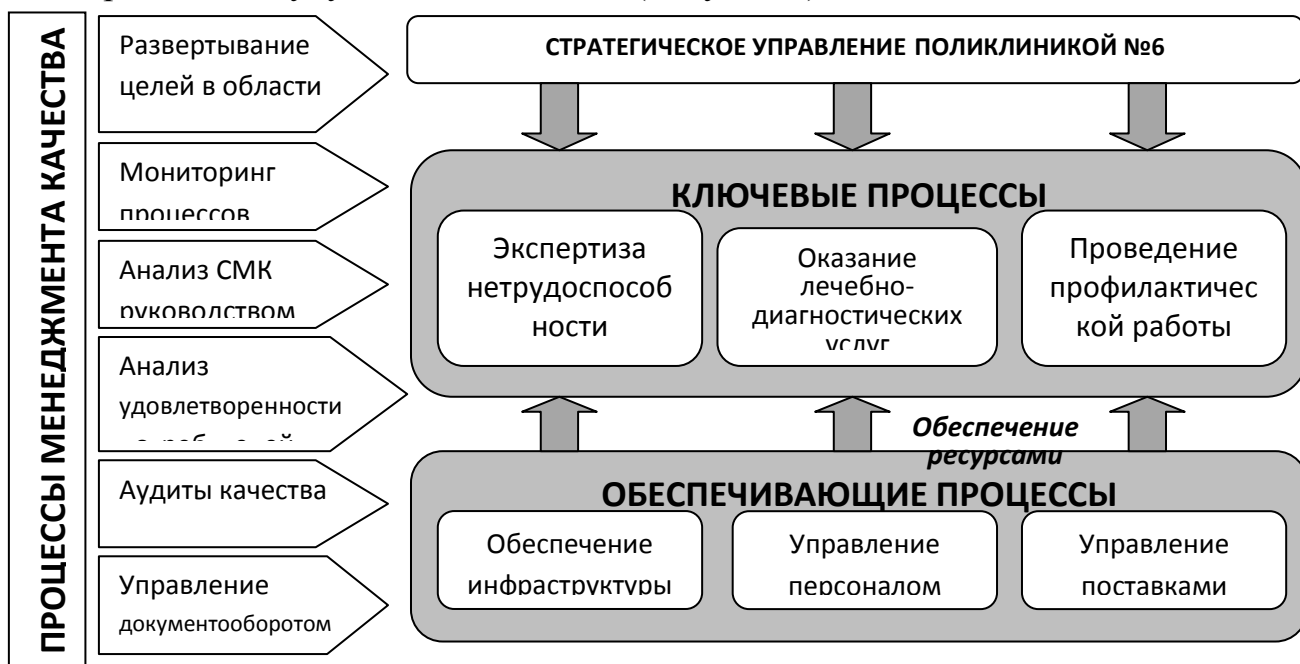


Рисунок 5. Схема стратегического управления поликлиникой.

Документированы основные процессы: управление целями в области качества, аудиты качества, управление документацией, управление технологическими процессами (лечебно-диагностический процесс, временная экспертиза трудоспособности, система профилактики), закупками.

Клинико-экономический анализ деятельности медперсонала предусматривает: анализ объемов медицинской помощи и затрат на каждом этапе медицинской помощи; учет движения финансов и потоков пациентов с конкретного территориального участка на все этапы; выявление «зон неэффективности»; устранение избыточных процессов, игнорирование процессов, не добавляющих ценность; снижение вариабельности процессов; принятие управленческих решений по модификации и усовершенствованию системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Балльная оценка результатов работы (point system) предполагает нормирование всех видов деятельности персонала в зависимости от их приоритетности, сложности и доли участия каждого сотрудника. В выборе индикаторов качества был отдан приоритет критическим точкам лечебно-диагностического процесса (Рисунок б), часто выполняемым или проблемным процедурам, с учетом возможности четко контролировать результаты. Стандарты учреждения, как опорные документы, используются как инструмент для разработки критериального пространства. Динамичность критериев оценки работы персонала в рамках Совета по качеству способствует как повышению управляемости персоналом, так и развитию толерантности сотрудников к высокой неопределенности внешней среды.

Одним из важнейших приоритетов здравоохранения становится вовлечение в процесс управления медицинским учреждением пациентов, как потребителей медицинских услуг. Формирование потребительских ценностей в базовом учреждении основано на пошаговой работе по улучшению качества, достижению конечной цели – нулевого уровня дефектов в оказании медицинских услуг. Обеспечение качества медицинской услуги – это создание необходимых условий взаимоотношений врача и пациента для оптимального удовлетворения спроса на медицинские услуги.

Лечебно-диагностический процесс

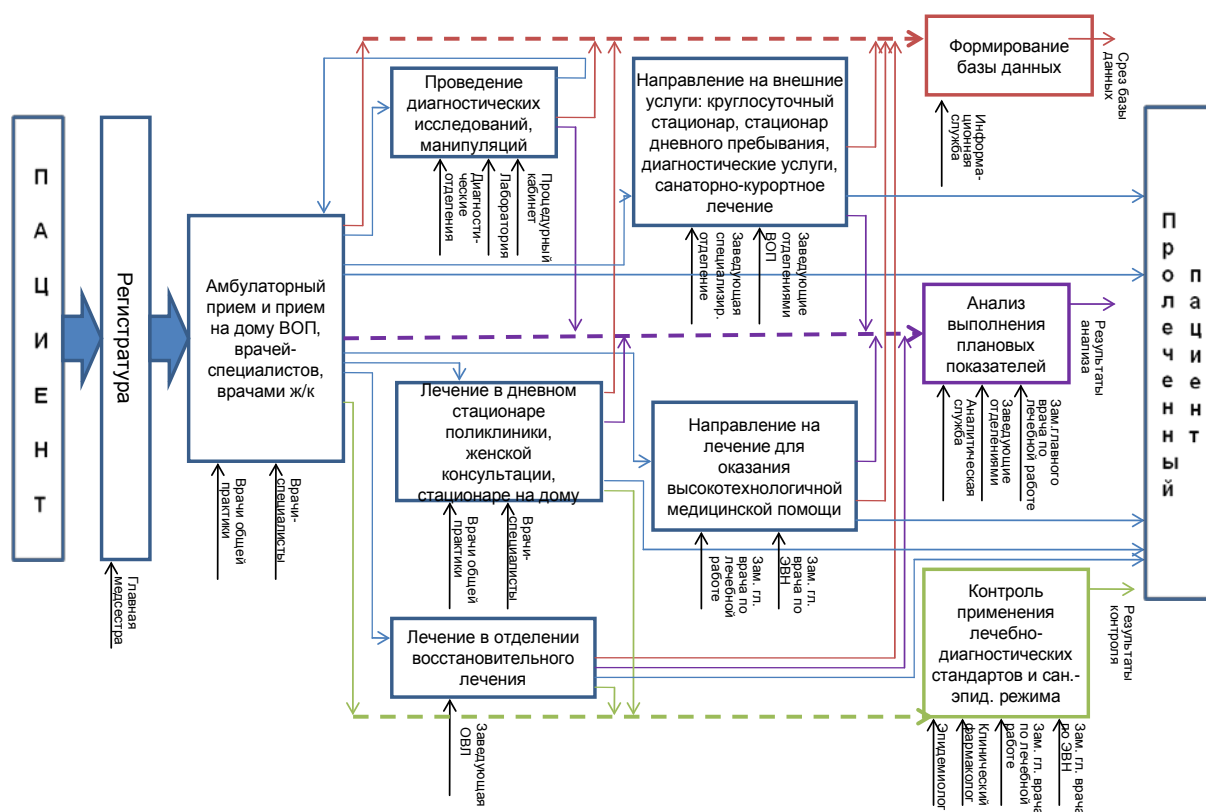


Рисунок 6. Схема лечебно-диагностического процесса ГП 6.

ВЫВОДЫ

1. Отмечается положительная динамика основных показателей здоровья населения, проживающего в зоне обслуживания. За последние 10 лет: смертность лиц трудоспособного возраста уменьшилась (с 6,0 до 4,4‰, на 26,7%), снизился первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте (с 46,0 до 36,1 на 10000 населения). Динамика показателей временной нетрудоспособности характеризуется уменьшением числа дней и случаев временной нетрудоспособности. В 2000г. число дней нетрудоспособности среди населения, проживающего на территории обслуживания поликлиники, составляло 179,7 тысячи, число случаев – 10,7, средняя длительность 1 случая – 16,7 дня. К 2010г. общее число дней нетрудоспособности уменьшилось до 125,7 (на 30,1%); число случаев – до 9,9 (на 7,5%), средняя длительность 1 случая – до 12,6 дня (на 24,6%).

2. По основным классам заболеваний отмечается рост показателей общей и первичной заболеваемости прикрепленного населения. Общая

заболеваемость с 2000 по 2010г. возросла с 163400,3 до 273596,4 на 100 000 прикрепленного населения (на 67,4%), первичная – с 67200,3 до 93044,8 на 100 000 прикрепленного населения (на 38,5%). Наиболее существенный рост наблюдается по классу «новообразования»: общая заболеваемость - рост более чем в 2 раза, впервые выявленная – более чем в 3 раза; «болезни системы кровообращения» (БСК) - рост общей заболеваемости в 2 раза; «болезни эндокринной системы» - рост общей заболеваемости на 50%, впервые выявленной - более, чем на 60%; «болезни костно-мышечной системы» (КСМ) - двукратное увеличение общей и впервые выявленной заболеваемости. Снижение заболеваемости отмечено лишь по классам «инфекционные заболевания», «болезни уха и сосцевидного отростка» и «болезни кожи и подкожной клетчатки».

3. Медицинская эффективность лечения больных в дневном стационаре подтверждается тем, что 95% больных выписываются с улучшением, 3% - с выздоровлением и у 2% больных состояние здоровья осталось без изменения. Кроме того, развитие замещающих стационар технологий в поликлинике наряду с медико-социальной эффективностью позволило в течение последних двух лет сдерживать рост госпитализации прикрепленного населения в стационары круглосуточного пребывания. За 10 лет работы экономия, основанная на разнице в тарифах круглосуточного и дневного стационара по аналогичным профилям, составила более 60млн. рублей.

4. Результатом лечения в стационаре на дому у 87,6% больных было улучшение, у 2,0% - незначительное улучшение, у 0,4% - выздоровление, у 6,4% - состояние не изменилось, у 3,6% произошло ухудшение, что потребовало госпитализации в круглосуточный стационар. Оценка экономической эффективности показала, что стоимость лечения (цены 2009г.) больных в стационаре на дому за год составила 1 840,3 тысяч рублей, при этом стоимость одного койко-дня составила 86,77 руб. При этом средняя стоимость лечения в терапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания городской больницы составила 5420,50 руб. (стоимость одного койко-дня – 301,14 руб.). Экономия расходов отмечается по статьям: «заработная плата с начислениями» – в 3,7 раза, «мягкий инвентарь» – в 6,5 раза, а также из-за отсутствия расходов на питание. При

этом затраты на лекарственные средства в СД всего в 2 раза меньше аналогичных расходов в круглосуточном стационаре.

5. Представленная стратегия оптимизации организационной структуры амбулаторно-поликлинического учреждения позволяет регламентировать процессы управления лечебным учреждением, в виде задокументированных 8 паспортов базовых процессов; повысить оперативность реализации управленческих решений и эффективность труда руководителей всех уровней. Общеврачебная практика рассматривается как основная стратегическая бизнес-единица (SBU), интегрирующая ресурсы учреждения. Деятельность общеврачебных практик построена на базе корпоративной ответственности персонала. Межсекторальное сотрудничество в рамках социального маркетинга предусматривает реорганизацию служб поликлинической профилактики в соответствии с потребностями пациентов, повышение социальной значимости профилактических услуг.

6. Методика регламентации оказания платных медицинских услуг на базе муниципальной поликлиники способствует, с одной стороны, ограничению нерегулируемой коммерциализации здравоохранения, с другой стороны, позволяет использовать дополнительное финансирование как фактор повышения устойчивости лечебного учреждения (доходы от предпринимательской деятельности ГП 6 возросли с 2,2 млн. руб. в 2000 г. до 25,3 млн. руб. в 2010г). Освоение государственными лечебными учреждениями рыночных сегментов с высокообеспеченными потребителями медицинских услуг способствует перераспределению финансовых рисков с бюджетной составляющей на прибыль ЛПУ, что расширяет возможности предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам с низким доходом, являющимся основными потребителями услуг муниципального здравоохранения.

7. Базовой составляющей в представленной стратегии управления человеческими ресурсами является дифференцированная оплата труда сотрудников по конечным результатам деятельности, при формировании которой используются элементы открытого управления. В рамках открытого управления сотрудники поликлиники получают открытый доступ к циклу

финансового контроля, что стимулирует повышение ответственности за результаты труда всей команды, развиваются межфункциональные коммуникации и сотрудничество. Создание устойчивых форм обратной связи с большими группами персонала позволяет создать атмосферу, благоприятную для непрерывного улучшения результатов деятельности и улучшить климат организации.

8. Внедрение системы экономического стимулирования работников и дифференцирования оплаты труда по конечному результату позволяет не только повысить уровень заработной платы персонала и полностью укомплектовать штаты поликлиники, но прежде всего, добиться медико-социальной результативности работы, обусловленной высокой ответственностью за здоровье населения врачебно-сестринских бригад, активным использованием в работе многоуровневой системы профилактики и ресурсосберегающих технологий.

9. Разработанная система контроля и управления качеством медицинских услуг, представленная в виде двухуровневого Совета по качеству, соответствующая международным стандартам ISO 9001:2008, позволяет эффективно использовать нормирование оплаты труда по оказанной услуге, при котором размер заработной платы напрямую зависит от количества и качества оказываемой медицинской помощи. Предлагаемая оценка деятельности общеврачебных практик с учетом поправочных коэффициентов на категориальность участка (от 0,7 до 1,2) дает возможность выравнивания территориальных условий при распределении стимулирующих надбавок. Динамичность критериев оценки работы персонала в рамках Совета по качеству позволяет адекватно оценивать работу персонала общеврачебных практик в активно развивающихся условиях работы амбулаторной помощи и высокой степени неопределенности внешней среды. Технологический цикл управления качеством достаточно компактен, прост для понимания сотрудников, анализ работы (мониторинг) доступен для всех участников процесса.

10. Разработанная стратегия реформирования управления первичного звена муниципального здравоохранения позволяет заменить чрезмерное использование административно-командных методов управления социально-интегрированным, осуществляемым на основе лидерства, планирования,

современных систем контроля (открытое управление, сбалансированная система показателей) и реинжиниринговых технологий управлением в соответствии с требованиями, которые диктуются сложным характером современных систем здравоохранения.

11. Разработанный алгоритм стратегического управления лечебного учреждения, основанный на анализе внешней и внутренней среды организации, проведения SWOT- анализа и использования сбалансированной системы показателей, дает возможность реализации современных концепций менеджмента на базе ЛПУ. Сбалансированная система показателей, ориентированная на финансовый результат и упрочение конкурентной позиции, совершенствование внутренних процессов и перспективу развития организации, является инструментом синтеза в рамках разработки стратегии лечебного учреждения, позволяет оценить состояние актуального стратегического и оперативного планирования.

12. Представленная модель управления за исследуемые 10 лет доказала свою клинико-экономическую эффективность и позволила оптимизировать работу многопрофильной поликлиники за счет рационального управления ресурсами на микроуровне. Возросла доля посещений к ВОП до 70,3% от общего объема посещений и доля профилактических посещений до 19,7%, снизился уровень круглосуточной госпитализации до 148,5% за счет расширения возможностей дневного стационара поликлиники (57,9‰) и стационара на дому (56,8‰), снизился уровень вызовов скорой медицинской помощи до 184,7‰, повысилась удовлетворенность населения работой поликлиники с 43% в 2000 г. до 89% в 2010г., повысилась удовлетворенность сотрудников оценкой труда по конечным результатам деятельности с 82% в 2001 году до 96% в 2010 году.

Предложения для внедрения в практику:

1. Реформирование системы управления первичным звеном здравоохранения должно быть основано на диверсификации методов управления, использовании наряду с командно-административными экономико-математических и социально-психологических методов с учетом последних достижений теории управления частными корпорациями. Базовым условием реформирования должно являться использование современных маркетинговых технологий, в первую очередь учет интересов пациента, для

обеспечения высокой медицинской, социальной и экономической эффективности ЛПУ.

2. Стратегия оптимизации организационной структуры амбулаторно-поликлинического учреждения должна предусматривать использование адаптивных организационных структур (венчурные команды) и командного строительства. Необходимым условием эффективности проектных, матричных и кросс-функциональных структур являются изменения взаимоотношений между подразделениями лечебного учреждения, при сохранении систем планирования, контроля, распределения ресурсов, стиля руководства, методов мотивации персонала результаты внедрения таких структур могут быть отрицательными. При существующей сложной системе отечественного здравоохранения в лечебных учреждениях должны эксплуатироваться, в зависимости от ситуации, одновременно несколько вариантов организационных структур.

3. Основываясь на практическом опыте реформирования структуры ГП б, можно рекомендовать принципы организационного обучения и управление технологически ориентированным рабочим местом как базовую составляющую развития общеврачебной практики – основного ресурсного потенциала первичного звена здравоохранения. Главными условиями непрерывного организационного обучения является командная структура, делегирование работникам части полномочий и обобществление информации. Электронные связи и сети определяют «архитектуру» современной организации, поэтому внедрение подхода к управлению информацией в виде системы ресурсного планирования, объединяющей основные бизнес-функции, является актуальным для лечебно-профилактического учреждения.

3. Рекомендуется распространение опыта внедрения принципов социального маркетинга, школ терапевтического обучения пациентов с хроническими заболеваниями и школ здоровья в профилактической работе амбулаторно-поликлинического отделения. В рамках существующего бюджетного финансирования только сокращение продолжительности рабочих циклов, включая устранение барьеров между рабочими этапами, а также игнорирование малозначительных звеньев может существенно изменить структуру оказываемой амбулаторно-поликлинической помощи в

направлении профилактического приоритета, что в среднесрочной перспективе может принести ощутимый медико-экономический эффект.

4. Регламент оказания платных медицинских услуг на базе муниципальной поликлиники может быть рекомендован в качестве ограничителя непрерывно растущей коммерциализации здравоохранения. Реальный расчет возможностей каждого лечебного учреждения в предоставлении объемов платных услуг, оптимальных, с одной стороны, для финансовой стабильности организации, с другой стороны, приемлемого с точки зрения доступности и качества услуг в рамках ОМС должен определяться особенностями ресурсного обеспечения ЛПУ.

5. В качестве инструмента внутренней финансовой оценки и статистических отчетов, объединяющего различные направления контроля рекомендуется использование сбалансированной системы показателей (BSC), в которой традиционные финансовые показатели дополнены показателями операционными, связанными с критическими факторами успеха учреждения. Управление взаимосвязанными направлениями и как системой содействует результативности и эффективности деятельности лечебного учреждения при достижении ее глобальных целей.

6. Стратегия кадрового менеджмента, базовой составляющей которого является совершенствование оплаты труда персонала по конечному результату, управление знаниями и управление организационным климатом, может быть рекомендована для внедрения в практику деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений как основа для управления кадровыми ресурсами.

7. Рекомендуется в практическом использовании ЛПУ стратегия улучшения качества, базирующаяся на критериях оптимальности; многоуровневая система менеджмента качества, сертифицированная по стандартам ISO 9001: 2008. В рамках маркетинговой стратегии поликлиники рекомендуется формирование потребительских ценностей на основе пошаговой работы по улучшению качества и достижению конечной цели – нулевого уровня дефектов в оказании медицинских услуг. На рынке стандартизированных услуг для широких слоев населения, где ценообразование не подвержено рыночным законам, целесообразно внедрение *стратегии дифференциации с широким охватом рынка:*

дифференциация по качеству услуг, доступности их предоставления, создание высокого имиджа поликлиники.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

Работы, опубликованные в изданиях, рекомендованных ВАК:

1. Гусева С.Л. Дифференцирование территориальных участков многопрофильной поликлиники по категориям сложности /Чертухина О.Б., Гусева С.Л., Рыбачева Т.С.//Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2006. - № 7.- С.48-50.

2. Гусева С.Л. Модель реформирования первичной медицинской помощи/Калининская А.А., Сон И.М., Гусева С.Л., Стукалов А.Ф. //Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. - № 5 – С. 6-10.

3.Гусева С.Л. Реформирование системы управления качеством в первичном звене муниципального здравоохранения (на примере работы городской поликлиники № 6 г.о. Самара)/Гусева С.Л.//Управление качеством медицинской помощи. - 2010. - №1 - С. 66-68.

4.Гусева С.Л. Стратегия развития лечебного учреждения на основе использования сбалансированной системы показателей/Гусева С.Л.// Экономика здравоохранения. – 2011. - №1-2 - С. 11-14.

5.Гусева С.Л. Организационные формы работы и показатели деятельности стационаров на дому /Калининская А.А., Сон И.М., Гусева С.Л.// Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. -№ 1.– С. 8-12.

6.Гусева С.Л. Структурная эффективность как основа оптимизации издержек и организационного развития лечебного учреждения// Вестник Медицинского стоматологического института. – 2010. - № 3 - С. 27-29.

7.Гусева С.Л. Особенности деятельности и нормативная база дневного стационара /Калининская А.А., Дзугаев А.К., Стукалов А.Ф., Гусева С.Л.// Российский медицинский журнал. – 2010. - №4 - .7-11.

8.Гусева С.Л. Система управления качеством в первичном звене здравоохранения /Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Савельев В.В.// Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. - № 1(6) - С. 1538-1541.

9.Гусева С.Л. Социальный маркетинг – эффективная ресурсосберегающая технология /Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Воекова Н.А. //Известия Самарского научного центра РАН – 2010. - № 1(6) - С. 1535-1537.

10. Гусева С.Л. Профилактика как основа развития первичной медико-санитарной помощи /Гусева С.Л.// Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. - №1(7) - С. 1815-1820.

11. Гусева С.Л. Социальный маркетинг – будущее профилактической медицины /Гусева С.Л.// Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. - № 1(7) - С. 1821-1824.

12. Гусева С.Л. Реформирование системы управления в первичном звене здравоохранения [Электронный ресурс]/ Гусева С.Л., Кондратьев И.Н., Пучков К.Г. // Социальные аспекты здоровья населения.-2011.-№4. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/326/30/>

13. Гусева С.Л. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний по опыту работы «Кабинета отказа от курения» в ММУ ГП № 6 /Гусева С. Л., Логинова Р. Д., Борзова О. А., Воекова Н. А.// Профилактическая медицина. Материалы конгресса кардиологов Кавказа с международным участием. Выпуск 2 – 2011. – № 4 – с. 20.

14. Гусева С.Л. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом/Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Борзова О.А., Воекова Н.А. //Профилактическая медицина. Материалы конгресса кардиологов Кавказа с международным участием. Выпуск 2 – 2011. – № 4 – С. 20 - 21.

15. Гусева С.Л. Профилактика сосудистых осложнений у лиц с нарушениями углеводного обмена на примере скрининга для раннего выявления сахарного диабета /Гусева С. Л., Логинова Р. Д., Борзова О. А., Воекова Н. А.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Материалы Российского национального конгресса кардиологов. – 2011. - №10(6) – С.89-90.

Работы, опубликованные в других изданиях:

1. Гусева С.Л. Профилактика в рамках национального проекта «Здоровье» /Гусева С.Л., Генералова М. М., Кириллов В. И. //Новые технологии в современном здравоохранении: Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». – М., 2007. - С. 14-18.

2. Гусева С.Л. Организация профилактической работы в ЛПУ Промышленного района /Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Кузовкова О.А. Генералова М.М.// Инновационные технологии в медицине: Сборник научных трудов научно-практической конференции, посвященной 50-летию ММУ «Медико-санитарная часть № 2» г.о. Самара.- Самара, 2007. - С. 126-130.

3. Гусева С.Л. Итоги проведения дополнительной диспансеризации в рамках национального проекта «Здоровье»/ Гусева С.Л., Генералова М.М., Кузовкова О.А. //Экран муниципального здравоохранения.- 2007. - №9 - С.1-4.

4. Гусева С.Л. Внебюджетные источники финансирования городской поликлиники// Безопасность жизнедеятельности и здравоохранение: материалы межинститутской научной конференции, посвященной памяти академика АМН СССР, профессора Ф.Г. Короткова. Часть 2. – М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2007. – С. 35-36.

5. Гусева С.Л. Маршрут здоровой семьи /Гусева С.Л., Рыбачева Т.С., Петрова О.В., Генералова М.М., Кривошеева Т. В.// Году семьи – новые

технологии: Материалы XXVI Межрегионального съезда врачей. – М., 2007 - С. 201-203.

6. Гусева С.Л. Модель организационно-экономической деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения в условиях одноканального финансирования и фондодержания первичного звена /Кузнецов С.И. Бальзамова Л.А., Калининская А.А., Гусева С.Л. // Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития, М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. - С. 39-76.

7. Гусева С.Л. Эффективные формы профилактической деятельности в участковой службе /Кузнецов С.И. Бальзамова Л.А., Гусева С.Л. // Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития, М.: - ОАО «Издательство «Медицина», 2007. - С. 114-133.

8. Гусева С.Л. Первичная медицинская помощь: пути реформирования /Гусева С.Л., Стукалов А.Ф., Чижикова Т.В.// Состояние и перспективы развития первичной медико-санитарной помощи в России// Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия на объектах транспорта Российской Федерации: Сборник научно-практических работ. – М., 2008. – С. 297-300.

9. Гусева С.Л. Общая врачебная (семейная практика)/ Калининская А.А., Сон И.М., Гусева С.Л., Стукалов А.Ф. //Здоровье России. Атлас. – М., 2008. - С. 217-221.

10. Гусева С.Л. Направления профилактической работы врача и медсестры общей практики по реализации национального проекта «Здоровье»/ Гусева С.Л., Борзова О.А., Генералова М.М.// Актуальные вопросы современного практического здравоохранения: Сборник трудов XVI межрегиональной научно-практической конференции памяти академика Н.Н. Бурденко. – М., 2008. - С. 77-78.

11. Гусева С.Л. Система управления качеством медицинской помощи в Самарской области// Инновационные оздоровительные технологии в медицине: Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 850-летию Московского государственного медико-стоматологического университета. - М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2008.-С. 46-47.

12. Гусева С.Л. Модели финансирования здравоохранения в Самарской области// Инновационные оздоровительные технологии в медицине: Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 850-летию Московского государственного медико-стоматологического университета. - М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2008. - С. 41-43.

13. Гусева С.Л. Мужское здоровье – проблема общая /Гусева С.Л., Генералова М.М., Петрова О.В., Кузовкова О.А.// Мужское здоровье и долголетие: Сборник статей к Международной медицинской выставке и научно-образовательному форуму. – М., 2008. - С. 35-36.

14. Гусева С.Л. Роль врача и медсестры. общей практики в организации профилактической работы с населением /Гусева С.Л., Савельев В.В.,

Кузовкова О.А., Борзова О.А.// Экран муниципального здравоохранения. 2008. - № 11 - С. 46-47.

15. Гусева С.Л. Сохранение мужского здоровья, как фактор улучшения демографической ситуации в стране /Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Кузовкова О.А., Генералова М.М.// Экран муниципального здравоохранения. – 2008. - №11 - С. 76.

16. Гусева С.Л. Эффективность прививочной работы на примере вирусного гепатита В /Гусева С.Л., Савельев В.В.// Экран муниципального здравоохранения. – 2008. - №11- С.145-146.

17. Гусева С.Л. «Мамма-школа» на страже здоровья женщин /Гусева С.Л., Генералова М.М.// Экран муниципального здравоохранения.- 2008. - №11- С.152-153.

18. Гусева С.Л. Организация работы «Школ здоровья» на базе центра «Семья» Железнодорожного района города Самары /Гусева С.Л., Генералова М.М., Логинова Р.Д., Петрова О.В., Марсакова Л.П.// Экран муниципального здравоохранения. – 2008. - №11- С. 158.

19. Гусева С.Л. Результаты скрининга на раннее выявление факторов риска сахарного диабета /Гусева С.Л., Воекова Н.А., Генералова М.М. //Экран муниципального здравоохранения.- 2008. - №12 - С. 36-38.

20. Гусева С.Л. Государственная кадровая политика в здравоохранении РФ /Калининская А.А., Сон И.М., Гусева С.Л. // Вестник семейной медицины. III съезд врачей общей практики (семейных врачей) «Актуальные проблемы внедрения общей врачебной практики в России» - М.,2008. - № 7. – С. 20-21.

21. Гусева С.Л. Организационные принципы работы врачей общей практики в Самарской области в современных условиях /Кузнецов С.И., Бальзамова Л.А., Калининская А.А., Коротков Ю.А., Гусева С.Л.// Справочник врача общей практики. - М., 2008. - № 11. – С. 81-86.

22. Гусева С.Л. Современные модели оказания первичной медико-санитарной помощи / Калининская А.А., Сон И.М., Кузнецов С.И., Бальзамова Л.А., Гусева С.Л., Стукалов А.Ф.//Учебно - методическое пособие.- М.,2008.-234с.

23. Гусева С. Л. Доходы и расходы организации здравоохранения в РФ/ Чертухина О. Б., Рахаева И. В., Гусева С. Л., Савачаева Е. Н.// Методическое пособие к модулю «Управление финансовыми ресурсами медицинской организации». – Самара, 2009 – 32с.

24. Гусева С.Л. Актуальные вопросы качества сестринской помощи/ Егорова Н.Г., Шаталова И.В., Гусева С.Л.// Материалы III Всероссийского съезда средних медицинских работников. – Екатеринбург, 2009. - С. 5-7.

25. Гусева С.Л. Совершенствование системы финансирования первичной медицинской помощи /Калининская А.А., Гусева С.Л., Стукалов А.Ф.// Инновационные технологии профилактической медицины в вузовской науке начала XXI века: Материалы межвузовской научной конференции с международным участием. М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2009.–С. 67-69.

26. Гусева С.Л. Опыт внедрения дифференциальной оплаты труда в муниципальной поликлинике// Инновационные технологии профилактической медицины в вузовской науке начала XXI века: Материалы межвузовской научной конференции с международным участием. М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2009. – С. 97-100.

27. Гусева С.Л. Здоровье нации – социальная проблема// Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях: Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха. Часть I.- М., 2009. – С. 20-21.

28. Гусева С.Л. Пути совершенствования и организации медико-социальной помощи жителям села// Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях: Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха. Часть I.– М., 2009.– С.23-24.

29. Гусева С.Л. Профилактика – основное направление в работе врача общей практики /Коротков Ю.А., Ластовецкий А.Г., Гусева С.Л.// Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях: Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха. Часть II. – М., 2009г. - С. 20-21.

30. Гусева С.Л. Муниципальное здравоохранение – основа первичной медико-санитарной помощи /Гусева С.Л., Калининская А.А., Коротков Ю.А. // Сборник материалов научно-практической конференции по проблемам медико-социальной экспертизы в Уральском Федеральном округе. – Х.-Мансийск., 2009. – С. 204-205.

31. Гусева С.Л. Опыт работы дневного стационара в поликлинических условиях /Гусева С.Л., Кожевникова В.В., Логинова Р.Д., Даниэль Н.В.// Экран муниципального здравоохранения. - 2009. - №15 - С. 39-40.

32. Гусева С.Л. Профилактическая работа на участке общей врачебной практики /Гусева С.Л., Кузовкова О.А., Логинова Р.Д., Шепелева Ю.Н. // Экран муниципального здравоохранения. – 2009. - № 15 - С. 49-51.

33. Гусева С.Л. Фондодержание лечебно-профилактических учреждений и общих врачебных практик /Калининская А.А., Гусева С.Л.// Современные технологии в профилактической и клинической медицине: Материалы межинститутской научной конференции с международным участием. – М., 2010. - С. 53-54.

34. Гусева С.Л. Подходы к реформированию организационной структуры городской поликлиники// Современные технологии в профилактической и клинической медицине: Материалы межинститутской научной конференции с международным участием. – М., 2010. - С. 75-77.

35. Гусева С.Л. Менеджмент качества в городской поликлинике// Современные технологии в профилактической и клинической медицине:

Материалы межинститутской научной конференции с международным участием. – М., 2010. - С. 98-99.

36. Гусева С.Л. Совершенствование управления человеческими ресурсами как стратегический императив лечебного учреждения// Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации: Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». – М., 2010г. - С. 30-40.

37. Гусева С.Л. Система управления качеством в первичном звене здравоохранения [Электронный ресурс]// «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации»: Сборник научных трудов. – М., 2010г. - С. 43-44.

38. Гусева С.Л. Опыт внедрения системы менеджмента качества в амбулаторном учреждении /Гусева С.Л. Савельев В.В.// Экран муниципального здравоохранения. – 2010. - № 19 - С. 17-19.

39. Гусева С.Л. От школы «Здоровое сердце» - к здоровому образу жизни /Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Бодрова О.А.// Экран муниципального здравоохранения. – 2010. - № 19 - С. 49-50.

40. Гусева С.Л. Опыт работы кабинета отказа от курения /Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Митронина Л.М.// Экран муниципального здравоохранения. – 2010. - № 19 - С. 50-52.

41. Гусева С.Л. Сахарный диабет и сердце: анализ литературных обзоров и рекомендации для врачей амбулаторной службы /Гусева С.Л., Воекова Н.А., Бодрова О.А., Логинова Р.Д.// Экран муниципального здравоохранения. - 2011. - №21 - С. 15-16.

42. Гусева С.Л. Диспансерное наблюдение пациентов с сочетанным алкогольным и вирусным (HCV) поражением печени в практике врача-инфекциониста /Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Кржижевский Д.В.//Экран муниципального здравоохранения. – 2011. - № 21 - С. 129-130.