Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Протасова Любовь Муратовна

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

специальность 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
профессор
Деев Иван Анатольевич

Москва – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ ... 6

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) ... 15

1.1 Параметры оценки эффективности работы медицинских организаций ... 15

1.2 Удовлетворенность пациентов медицинской помощью как ключевой параметр оценки деятельности медицинской организации ... 18

1.2.1 Факторы, влияющие на удовлетворенность оказанной медицинской помощью ... 19

1.2.2 Методы измерения удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью ... 22

1.3 Современные подходы к повышению удовлетворенности медицинской помощью ... 29

1.4 Применение технологий бережливого производства в медицинских организациях, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты исследований ... 35

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ... 41

2.1 База исследования ... 41

2.2 Программа, этапы, организация исследования ... 42

ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ... 62

ГЛАВА 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕАЛИЗАЦИИ СТАНДАРТА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ... 79

4.1 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов отношением лечащего врача ... 79

4.2 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов отношением среднего медперсонала ... 81

4.3 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов отношением врача-педиатра участкового ... 82

4.4 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов длительностью ожидания в регистратуре ... 85

4.5 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов длительностью ожидания приема врача ... 87

4.6 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов длительностью ожидания записи на лабораторные и(или) инструментальные исследования 89

4.7 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов качеством и полнотой информации о работе медицинской организации 91

4.8 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов организацией прохождения профилактических осмотров 92

4.9 Динамика показателей возможности записи пациентов на прием и информированности населения 94

4.10 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью 95

ГЛАВА 5. УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ (МЕРОПРИЯТИЙ СТАНДАРТА) 100

5.1 Удовлетворенность респондентов отношением лечащих врачей 100

5.2 Удовлетворенность респондентов результатом посещения врача-педиатра участкового 102

5.3 Удовлетворенность респондентов длительностью ожидания в регистратуре 104

5.4 Удовлетворенность респондентов длительностью ожидания на прием к врачу 106

5.5 Удовлетворенность респондентов длительностью ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования 109

5.6 Удовлетворенность респондентов организацией прохождения профилактических осмотров 111

ГЛАВА 6. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НА ОСНОВАНИИ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ 116

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 129

ВЫВОДЫ 139

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 142

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 144

ПРИЛОЖЕНИЯ 168

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДЗТО — Департамент здравоохранения Томской области

ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения

ДИ — доверительный интервал

ДУ — диспансерный учет

КНП — кабинет неотложной помощи

КМП — кабинет медицинской профилактики

КОПП — кабинет организации плановой помощи

МО — медицинская организация

МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации

ОМП — отделение медицинской профилактики

ОШ — отношение шансов

ПГГ — Программа государственных гарантий

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь

БП — бережливое производство

ПК — процедурный кабинет

ПО — профилактический осмотр

ПСЦ — поток создания ценности

РФ — Российская Федерация

СМО — страховая медицинская помощь

СОП — стандартная операционная процедура

Стандарт — Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области

СФО — Сибирский федеральный округ

ТО — Томская область

ТПР — тактический план реализации

ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования

США — Соединенные Штаты Америки

ФФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

CSQ — Client Satisfaction Questionnaire — Опросник по удовлетворенности клиентов

HCAHPS — Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems — Оценка стационарным больным поставщика медицинской помощи.

NHS — National Health Service — Национальное агентство по здравоохранению

PPE-15 — Picker Patient Experience — опыт пациента по Пикеру

PSQ — Patient Satisfaction Questionnaire — опросник по удовлетворенности пациента

SDM-подход — Shared Decision Making — совместное принятие решений

SEQ — Service evaluation questionnaire — опросник для оценки услуг

SOSQ — Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire — Сиэтловский опросник для оценки удовлетворенности амбулаторных пациентов

SWOPS — Satisfaction with Outpatient Services — удовлетворенность амбулаторной помощью

РБ — районная больница

РП — районная поликлиника

ГБ — городская больница

МСЧ — медико-санитарная часть

ТНЦ СО РАН — Томский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Одним из основных механизмов достижения стратегических целей устойчивого развития Российской Федерации является проектный подход как наиболее эффективный инструмент управления на всех уровнях организации государственной власти. Начиная с 2019 года в России реализуются национальные проекты, охватывающие все ключевые задачи развития экономики и социальной сферы, одним из которых является национальный проект «Здравоохранение», содержащий 9 федеральных проектов, в том числе «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», среди мероприятий которых можно выделить широкий спектр профилактических мер, нацеленных на сохранение и укрепление здоровья детского населения («О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»: указ Президента РФ от 07.05.2018 N 204).

В рамках решения вышеуказанных задач в регионах реализуются проекты, ключевая цель которых заключается в развитии и совершенствовании медицинской помощи детям, а также обеспечении ее качества и доступности.

В настоящее время по мере достижения целей Национального проекта «Здравоохранение» отдельное внимание уделяется вопросам организации оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и повышения показателей ее работы.

Так, организационное преобразование медицинских организаций (МО), предусматривающее применение технологий бережливого производства (БП), зарекомендовавшие себя в других отраслях, является важным аспектом для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях детям (Пугачева М.А., Акиньшина О.А., 2019; Евдаков В.А. и др., 2020; Сененко А.Ш. и др., 2020).

В Томской области с целью развития и совершенствования медицинской помощи был разработан и внедрен региональный проект на основе методов БП «Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области» (далее — Стандарт) [73], регламентирующий основные вопросы организации медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе для обслуживания детского населения.

При этом в современной парадигме здравоохранения, предусматривающей максимальную ориентацию на пациента, комплексность оценки проведенных мероприятий может быть обеспечена путем изучения мнения пациентов и уровня их удовлетворенности при обращении в медицинскую организацию как неотъемлемого критерия их результативности (Чумаков А.С. и др., 2010).

Учитывая вышеизложенное, представляется актуальным реализация мероприятий Стандарта с целью повышения уровня удовлетворенности родителей пациентов медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях детскому населению.

Степень разработанности темы исследования

В настоящее время авторами проведено достаточное количество исследований, посвящённых оценке удовлетворенности медицинской помощью и мероприятий по ее повышению. Однако важным условием при оценке уровня удовлетворенности и разработки мероприятий по повышению данного параметра является определение его предикторов (Mazurenko O. и др., 2017г.; Аликова З.Р. и др., 2019)

Показатель удовлетворенности представляет собой комбинацию субъективных психологических ощущений пациентов от пребывания в МО и степени достижения ожидаемого результата, зависящих не только от материально-технической базы организации и соблюдения медицинскими сотрудниками своих должностных инструкций, но и от развития медицинской науки, распространенности информационных технологий и эффективности

организационных решений (Сибурина Т.А. и др., 2013; Балакин С.А. и др., 2009; Чумаков А.С. и др., 2010).

Следует отметить, что имеется целый ряд научных исследований по повышению уровня удовлетворенности с помощью применения технологий БП, которые позволяют настроить систему оказания медицинской помощи на пациента, то есть создать пациент-ориентированный подход через выявление проблем и разработку организационных решений (Коняхина Н.М., 2020; Соловьев А. А., 2018; Hung D.Y. и др., 2017).

Анализ данных литературы позволяет сделать вывод, что одним из значимых инструментов для оценки результативности проведенных мероприятий является измерение удовлетворенности пациентов медицинской помощью, поскольку на его уровень влияют факторы, относящиеся к процессам организации и оказанию медицинской помощи (Nezenga Z.S. и др., 2016; Fan V.S. и др., 2005; Bower P. и др., 2003).

Таким образом, с целью повышения уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, представляется целесообразным реализация мероприятий Стандарта.

Цель исследования — научно обосновать применение организационных технологий, направленных на повышение уровня удовлетворённости родителей пациентов в амбулаторных условиях при оказании медицинской помощи детскому населению.

Задачи исследования.

1. Провести анализ первичной и общей заболеваемости детского населения, а также показателей посещений и параметров, характеризующих кадровое обеспечение государственных медицинских организаций Томской области, за период 2015–2022 гг.

2. Провести оценку удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью до и после внедрения мероприятий «Стандарта

организации амбулаторной помощи на территории Томской области», разработанных на основе принципов бережливого производства.

3. Оценить влияние внедрения мероприятий «Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области» на повышение удовлетворённости родителей пациентов оказанной медицинской помощью в зависимости от места расположения медицинской организации, уровня и длительности реализации мероприятий в соответствии с тактическими планами реализации.

4. Выявить основные факторы, имеющие наибольшее влияние на удовлетворенность родителей пациентов оказанной медицинской помощью.

5. Разработать и научно обосновать математическую модель определения вероятности получения родителями пациентов положительной оценки оказанной медицинской помощи для определения текущей потребности в применении мероприятий «Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области».

Научная новизна.

В результате исследования:

– описаны основные факторы, влияющие на удовлетворенность родителей пациентов медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях детскому населению;

– установлено, что на удовлетворённость родителей пациентов оказанной медицинской помощью влияют условия оказания медицинской помощи и расположение МО, а также объём реализованных мероприятий Стандарта;

– получены новые данные об уровне удовлетворенности родителей пациентов в МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, ассоциированные с продолжительностью влияния мероприятий Стандарта, таких как организация комфортного и безопасного пространства для пациентов; создание системы навигации и информирования пациентов, в том числе по вопросам профилактики и формирования здорового образа жизни; обучение сотрудников

навыкам организации работы и соблюдению этико-деонтологических принципов; логистика медицинской документации и организация места для хранения амбулаторных карт; оптимизация работы процедурного кабинета; внедрение сервисов электронного управления очередью в регистратуре;

– установлено, что наибольшим сроком реализации, необходимым для достижения положительного результата, характеризовались мероприятия по оценке работы поликлиники пациентом, совершенствованию кадровой политики МО и организации санитарных комнат, а также внедрению электронного расписания.

– разработана научно обоснованная математическая модель определения вероятности получения положительной оценки родителями пациентов оказанной медицинской помощью в зависимости от факторов, влияющих на ее уровень.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость работы заключается в определении предикторов, влияющих на удовлетворенность родителей пациентов оказанной медицинской помощью. Важно, что полученные теоретические знания могут быть использованы для перенастройки системы организации медицинской помощи с позиции обеспечения ключевых ожиданий пациентов как конечных получателей комплексных медицинских услуг. Анкета по оценке удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью может быть использована в исследованиях для определения уровня удовлетворенности в зависимости от длительности реализуемых мероприятий Стандарта, позволяющих оценить его результативность.

Полученные данные с учётом структуры факторов, влияющих на уровень удовлетворённости родителей пациентов медицинской помощью, могут быть использованы для проведения дальнейших исследований в этом направлении, а также могут быть применены руководителями МО для повышения уровня удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью.

Практическая значимость работы заключается, прежде всего, в том, что полученные результаты исследования позволят сформировать основные подходы к организации медицинской помощи детскому населению в регионе, а также изменить уровень удовлетворённости родителей пациентов за счет выявленных факторов, влияющих на него.

Такой подход позволит своевременно выявлять основные проблемы организации медицинской помощи, формировать перечень ключевых изменений и отслеживать результативность реализации мероприятий, направленных на повышение удовлетворённости.

Положения, выносимые на защиту

1. Внедрение Стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях детскому населению, более чем на 75 % ассоциировано с увеличением уровня удовлетворённости медицинской помощью, при этом в городских МО данный параметр значимо превышает показатели сельских МО.

2. Значимыми факторами удовлетворенности медицинской помощью являются: удовлетворённость длительностью ожидания приёма врача, длительностью ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования, посещением врача-педиатра участкового, организацией прохождения профилактических осмотров.

3. Созданная математическая модель определения вероятности получения положительной оценки родителями пациентов оказанной медицинской помощью на основе регрессионного анализа, учитывающая результаты оценки работы МО в целом, позволяет перманентно повышать качество оказания медицинской помощи.

Методология и методы исследования

Теоретической и методологической основой настоящего диссертационного исследования послужили работы отечественных и зарубежных специалистов в сфере организации оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, нормативные правовые акты правительства Российской Федерации, а также

Министерства здравоохранения Российской Федерации. Для анализа медико-демографической ситуации, заболеваемости и кадровой обеспеченности государственных медицинских организаций, а также уровня удовлетворённости родителей пациентов оказанной медицинской помощью были использованы различные источники медико-статистических данных, формы государственного статистического наблюдения № 12 и № 30, данные анкет опроса респондентов. Для выполнения задач диссертационной работы использованы аналитический, социологический, а также статистический методы исследования.

Внедрение результатов исследования в практику

Разработанные в рамках проведенного исследования инструменты оценки результативности мероприятий по усовершенствованию медицинской помощи, оказываемой детскому населению в амбулаторных условиях, — методические рекомендации «Разработка и внедрение мероприятий на повышение удовлетворенности медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям», внедрены и используются в 24 МО (акт внедрения от 10.10.2023), ОГАУЗ «Детской больнице №1» и в ОГАУЗ «Детской городской больнице №2», ОГБУЗ «Медико-санитарной части №2». (акты внедрения от 09.10.2023 и от 10.10.2023). Результаты диссертационной работы внедрены в образовательный процесс кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (акт внедрения от 10.10.2023).

Личное участие автора

Личный вклад автора состоит в непосредственном участии во всех этапах диссертационного исследования. Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, разработке программы исследования (90%), сборе первичной информации, формировании базы данных (Приложение 1), анализе и обобщении полученных результатов, их аналитической и статистической обработке (90%). Автор принимала участие в разработке и внедрении разделов Стандарта «Приемная зона», «Система навигации и информационные посетители»,

«Оценка качества медицинской организации» (Приложение 2). Обработка всех полученных первичных результатов исследования производилась лично автором с использованием стандартных пакетов программ для статистической обработки данных (100%). Основные положения диссертации представлены в виде научных публикаций и докладов на научно-практических мероприятиях как лично соискателем, так и в соавторстве (80%).

Связь работы с научными программами

Работа выполнена в рамках государственного задания ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России «Инновационные подходы в организации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации» (государственное задание № 056-00126-22-00 от 17 января 2022 г., уникальный номер реестровой записи 730000Ф.99.1БВ10АА00006).

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность полученных результатов основывается на репрезентативном объеме данных: тактических планов реализации проекта по внедрению Стандарта МО (24 тактических плана реализации) и социологического опроса (5545 респондентов). Статистическая обработка проведена в соответствии с ГОСТ Р 507790.10-2000, использованы современные методы статистического анализа, научные положения, выводы и практические рекомендации аргументированы и полностью отражают поставленные задачи. В работе использованы: описательная статистика, критерий $\chi 2$, многофакторный анализ в модуле бинарной логистической регрессии. Применялись программы MS Office Excel 2019, Statistica 13.0, ППП SPSS 26.0. Достоверным считали уровень значимости $p < 0,05$.

Материалы исследования обсуждались на XXVII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2020 г.), на I заочной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные аспекты медицинской деятельности» (Киров, 2020 г.), XXIVI Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной науки и образования» (Пенза, 2022 г.), IV Международной научно-практической

конференции «Актуальные вопросы современной науки» (Пенза, 2022 г.), LXII Международной научно-практической конференции «Фундаментальные прикладные научные исследования» (Пенза, 2022 г.).

Публикации

По результатам исследования опубликовано 8 научных работ, в том числе 7 статей в изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования РФ, 1 статья в издании, входящем в международные реферативные базы.

Объём и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 176 страницах машинописного текста, состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 23 рисунками, содержит 22 таблицы. Список литературы включает 161 источник, в том числе 109 отечественных авторов и 52 — зарубежных.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Параметры оценки эффективности работы медицинских организаций

Оценка эффективности деятельности медицинских организаций обеспечивает контролируемое реформирование системы здравоохранения и направлена на достижение поставленных целей и повышение качества принятых управленческих решений. При этом в условиях, ограниченности ресурсов эффективно функционирующая система здравоохранения должна обеспечивать оптимальное качество медицинской помощи за счет их рационального использования [34].

Как в Российской Федерации, так и в мире не существует единых подходов относительно комплексной оценки эффективности работы МО, а наборы параметров различаются в учреждениях даже одного региона и в основном выбраны самой МО [25; 63]. Одним из ключевых вопросов при оценке эффективности деятельности МО является определение необходимых параметров, которые одинаково корректно отражали бы затраты ресурсов и результаты деятельности подразделений МО каждого типа. Для их идентификации необходимо учитывать такие критерии как доступность, качество и условия оказания медицинской помощи, эффективность использования имеющихся в наличии ресурсов, тяжесть заболеваний пациентов, степень удовлетворенности населения результатами медицинской помощи, масштаб деятельности и ряд индивидуальных особенностей МО [36; 75; 83]. Так, актуальность анализа деятельности МО представлена в работах авторов B. Hadji et al. (2014), V.J. Cantor, K.L. Poh (2018), в которых был выделен перечень показателей, характеризующий эффективность и рациональность использования ресурсов, а также результаты деятельности МО [112; 118].

Кроме того, для повышения эффективности системы здравоохранения необходимо осуществлять мониторинг результативности работы МО путем выбора параметров оценки, которые должны быть конкретными, измеримыми, достижимыми, значимыми и соотносительными с конкретными сроками. При этом зарубежный опыт показывает, что, несмотря на широкомасштабные научные исследования, по данным Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день перечень показателей эффективности работы системы здравоохранения не является исчерпывающим и недостаточно типизирован [129].

В нашей стране оценка эффективности деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, проводится на основе критериев доступности и качества медицинской помощи, установленных в Программе государственных гарантий, и показателей ресурсного обеспечения медицинской помощи. Стоит отметить, что согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, а медицинская услуга — медицинское вмешательство или совокупность медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» [52].

Однако в литературе изложено множество принципов оценки эффективности деятельности как системы здравоохранения, так и отдельных медицинских организаций. В частности, основой для формирования системы показателей в оценки эффективности деятельности МО является степень достижения медицинской, социальной и экономической эффективности [1; 13; 63].

Для получения сравнительных оценок в исследовании В.И. Стародубова с соавт. (2010) проводилось ранжирование показателей с последующим формированием усредненной итоговой ранговой оценки. Показателями,

используемыми для оценки эффективности системы здравоохранения, стали медико-демографические параметры, уровень детской и взрослой инвалидности, количество посещений МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, число вызовов скорой медицинской помощи, число койко-дней проведенных в круглосуточных стационарах, а также блоки показателей, характеризующие стоимость услуг и подушевого обеспечения оказания медицинской помощи, объём валового регионального продукта и социально значимых заболеваний. В результате была показана значимость проведения подобных исследований для выбора направлений развития отрасли и совершенствования методов оценки [67].

В исследовании Л.В. Руголь (2015) для оценки эффективности и качества работы детских поликлиник были выбраны показатели, характеризующие условия оказания медицинской помощи (внешнее и внутреннее благоустройство, оформление холла и зон ожидания, организация работы регистратуры, доступность предоставляемой информации) и деятельность МО (данные статистических форм и качество медицинской помощи согласно соблюдению требований протоколов и стандартов лечения), а также удовлетворённость родителей ведением приема, взаимоотношением с медицинским персоналом, сроками предоставления медицинских услуг, временем ожидания приема и удовлетворенность медицинского персонала взаимодействия с руководством [77].

В исследовании И.В. Богатовой и Н.Ф. Шильниковой (2014) на основе мнения руководителей МО была построена комплексная модель оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи, включающая показатели, характеризующие реструктуризацию медицинской помощи, текущую деятельность МО и конечные результаты деятельности, в том числе удовлетворенность оказанной медицинской помощью [10]. Также в исследовании И.В. Новокрещенова, И.Г. Новокрещеновой (2009) отмечается, что оценка эффективности деятельности МО должна включать изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью [44].

В этом смысле удовлетворенность представляет собой положительную оценку предоставленной медицинской помощи с точки зрения ожиданий пациента относительно способности системы здравоохранения удовлетворять их запросы. Обсуждения того, как следует измерять качество медицинской помощи, включают удовлетворенность пациентов как один из важных параметров [64].

Анализ литературы подтверждает, что одним из значимых инструментов для оценки результативности проведенных мероприятий является измерение удовлетворенности населения при получении медицинской помощи, так как на его уровень влияют факторы, относящиеся к процессам ее организации и оказания [14; 38; 119; 140; 142; 154].

Таким образом, уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью является элементом комплексной оценки деятельности как отдельных МО, так и системы здравоохранения в целом.

1.2 Удовлетворенность пациентов медицинской помощью как ключевой параметр оценки деятельности медицинской организации

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью — это комплексная оценка деятельности МО со стороны пациентов, охватывающая все компоненты и этапы оказания медицинской помощи [97]. При этом данный параметр носит субъективный характер, отражая мнения потребителей, которые не всегда могут объективно оценить качество в связи с наличием определенных социально-культурных и экономических особенностей [97].

Вместе с тем, удовлетворенность медицинской помощью — это комплексный показатель, отражающий степень соответствия медицинской помощи, условий и сроков ее оказания ожиданиям пациента, его представлениям о должной доступности и качестве медицинской помощи, а также о том, как должна функционировать МО [88]. Также удовлетворенность медицинской помощью — это субъективная оценка, которая четко коррелирует с объективными показателями деятельности МО и дает более полную картину о качестве медицинского

обслуживания [44]. Наряду с этим удовлетворенность медицинской помощью является интегральным показателем, включающим различные аспекты медицинского сервиса и отражающим качество и доступность оказания медицинской помощи [84].

Данные об удовлетворенности медицинской помощью достаточно точно представляют позитивные и негативные тенденции в МО и позволяют разрабатывать и применять корректирующие меры [29; 107].

При этом, как отмечают С.А. Балакин с соавт. (2009), жалобы пациентов имеют обратную корреляцию с уровнем удовлетворенности медицинской помощью, однако выполнение и согласование требований потребителей медицинских услуг, а также отсутствие обращений необязательно обеспечивают высокую удовлетворенность пациентов [89].

По мнению Н.Н. Абашина (2000), обязательный мониторинг удовлетворенности застрахованных уровнем предоставляемой медицинской помощи необходим для совершенствования системы вневедомственного контроля за ее качеством. Об этом же свидетельствуют данные исследований Н.Г. Петровой (2000), С.А. Суслина с соавт. (2022) [1; 69; 94].

Так, исследовательские данные подтверждают важность изучения удовлетворенности медицинской помощью через совпадение мнений пациентов и экспертов по обоснованности жалоб относительно качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторных и стационарных условиях, а также фактов удовлетворения исков, связанных с нарушением здоровья пациентов [14; 25; 37].

1.2.1 Факторы, влияющие на удовлетворенность оказанной медицинской помощью

Факторов, влияющих на уровень удовлетворенности медицинской помощью довольно много, и исследователи демонстрируют некие противоречивые данные в оценки их веса и значения [4; 23; 29; 98; 103; 107; 149].

В рамках исследования, выполненного G.J. Young et al. (2000), было установлено влияние возраста, уровня здоровья, расы и мощности МО на

удовлетворенность медицинской помощью. В исследовании отмечалось, что «пациенты более пожилого возраста, низкого достатка и европеоидной расы чаще положительно оценивали оказанную медицинскую помощь». «Кроме того, установлено, что МО, располагающиеся в сельской местности, также имели более высокие оценки качества и организации медицинской помощи чем МО, располагающиеся в городах» [64; 146; 150; 152].

Аналогичный вывод взаимосвязи удовлетворенности родителей оказанной в амбулаторных условиях медицинской помощью детям с местом жительства пациента были описаны в исследовании З.Р. Аликова с соавт. (2019), проводимое в детских поликлиниках республиках Северного Кавказа [4].

A.S. Kazley et al. (2015) описали, что повышенный уровень безработицы положительно влиял на показатели удовлетворенности пациентов оказанной медицинской услугой. В этом же исследовании было определено, что средний доход на душу населения в регионе является качественным показателем общего уровня рынка медицинских услуг: чем выше доступность ресурсов, тем более низкие оценки пациентов получает МО [137; 147].

В исследовании С.В. Куницкой (2006) было показано, что на уровень удовлетворенности медицинской помощью влияет представление самих пациентов о том, где, кто и какого рода медицинскую помощь им должен оказать. Такие представления основаны на опыте взаимодействия человека с МО, уровне образованности, знании медицинской науки, перенесенных заболеваниях и достигнутом клиническом результате. В свою очередь более высокие ожидания в отношении медицинской помощи имеют пациенты, которые платят за лечение: они обращают внимание на уровень сервисного обслуживания, престиж организации, квалификацию персонала [29; 110; 148].

Исследование J. Aysola et al. (2018) показало, что граждане, пользующиеся более дорогим типом медицинского страхования, чаще положительно оценивали работу МО [144].

В исследовании А.В. Шулаева с соавт. (2011), проведенном в детских поликлиниках г. Казани, было установлено, что ключевыми предикторами, которые оказывают основное влияние на удовлетворенность медицинской помощью, являются возраст родителей пациентов, организация работы и условия пребывания в МО, длительность ожидания в регистратуре и приема врача-педиатра участкового, продолжительность ожидания записи на диагностические исследования, взаимоотношения медицинского персонала и пациента [107].

Также в исследовании Л.И. Меньшиковой с соавт. (2017), проведенном в детских поликлиниках г. Архангельска, была установлена взаимосвязь удовлетворенности родителей пациентов медицинской помощью, оказанной в амбулаторных условиях, с опытом их взаимодействия с медицинским персоналом МО и прежде всего лечащим врачом-педиатром, а также с необходимостью нести дополнительные затраты, связанные с лечением детей [35]. Исследования В.И. Сабанова с соавт. (2000) и А.Н. Бойкова, Л.В. Кочоровой (1997) демонстрируют схожие результаты, при этом причиной неудовлетворенности лечащим врачом пациенты чаще называли уровень профессионализма, а не только проблемы, связанные с соблюдением принципов медицинской этики и деонтологии [11; 78]. A.P. Glass (1995) отмечает, что удовлетворенность пациентов медицинской помощью достоверно коррелирует с внимательным отношением медицинского персонала и доступным объяснением отдельных аспектов лечения [128].

По данным исследований А.А. Фетисовой с соавт. (1998) и С.В. Давыдовского (2001), причиной неудовлетворенности пациентов медицинской помощью является недостаточный уровень вовлеченности и внимания со стороны медицинского персонала, его грубость, а также стигма и дискриминация, которую ощущают пациенты из-за их заболеваний [17; 100].

Основываясь на результатах исследования В.К. Юрьева, В.В. Соколовой (2018), проводимого в детских поликлиниках Санкт-Петербурга, причинами неудовлетворенности родителей являлись сложность записи на прием к педиатру и врачам-специалистам, трудность при вызове врача на дом, ограниченная

доступность в проведении лечебно-диагностических процедур, инструментальных и лабораторных исследований, недостаточный уровень вовлеченности и внимания при взаимодействии пациента с медицинским персоналом [108]. Исследование, проведенное П.В. Жуйковой с соавт. (2016) в детских поликлиниках Удмуртской Республики, демонстрирует схожие результаты [20].

Таким образом изучение уровня удовлетворенности оказанной медицинской помощью позволяет формировать стратегию развития МО, дает возможность отслеживать динамику данного показателя и перенимать опыт отдельных организаций по его улучшению [124].

1.2.2 Методы измерения удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью

Поскольку удовлетворенность пациентов медицинской помощью напрямую зависит от уровня ожиданий пациентов, наиболее информативным методом изучения мнений пациентов относительно работы системы здравоохранения признано проведение социологических опросов.

В литературе описано большое количество методик, позволяющих оценить те или иные аспекты удовлетворенности пациентов, начиная с общепринятых и используемых на государственном уровне инструментов и заканчивая многочисленными авторскими методиками, разработанными для конкретного научного исследования или практического использования в отдельной МО [120; 122; 132; 134; 140; 151].

В Соединенные Штатах Америки (США) для изучения уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью широко используется опросник HCAHPS (hospital consumer assessment of healthcare providers and systems — оценка учреждений и системы здравоохранения пациентами), содержащий 27 вопросов об условиях пребывания в стационаре МО. Это общедоступный стандартизированный инструмент для изучения удовлетворенности пациентов оказанной им медицинской помощью, который позволяет исследовать такие аспекты, как коммуникация с медицинским персоналом и его отзывчивость,

чистота и комфорт организации, адекватность обезболивания, качество предоставленного выписного эпикриза, лекарственная терапия, готовность пациентов рекомендовать лечение в МО, а также общую оценку МО [120]. На основании собранных данных для удобства пациентов при выборе МО формируется их рейтинг, однако в данном опросе не оценивается влияние отдельных характеристик МО и особенностей исследуемой популяции, которые при прочих равных условиях могут вносить вклад в итоговый результат.

Анализ результатов опроса пациентов об оказанной в амбулаторных условиях медицинской помощи в 430 МО по методике HCAHPS показал, что с уровнем удовлетворенности пациентов связаны такие медицинские параметры, как нагрузка и условия труда среднего медицинского персонала [142].

D.C. McFarland et al. (2015), исследуя порядка 930 000 персональных ответов пациентов, установили, что количество больничных коек является одним самых значимых предикторов неудовлетворенности оказанной медицинской помощью [139].

В Европе «используется опросник PPE-15 (Picker Patient Experience — Опыт пациента по Пикеру) состоящий из 15 вопросов и предусматривающий оценку основных аспектов удовлетворённости пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» [133; 143]. «В Великобритании NSH (National Health Service — Национальное агентство по здравоохранению) обязало проводить ежегодные опросы с использованием опросника PPE-15» [140]. А в Швейцарии Национальный координационный и информационный офис по качеству рекомендует использовать данный опросник в 300 больницах для сбора информации о предоставленной медицинской помощи [134]. В исследовании, «затрат и преимуществ внедрения стратегии удовлетворенности пациентов», акцентируется внимание на том, что улучшение удовлетворенности пациентов имеет положительное влияние на четыре аспекта: здоровье и благополучие, благоприятное восстановление пациентов, повышение производительности и эффективности, а также на выбор больниц [121].

Следует отметить, что «оценка удовлетворенности оказанной медицинской помощью посредством HCAHPS и PPE-15 проводится через месяц после выписки пациента из стационара и исключает оценку качества медицинской помощи в амбулаторных условиях, которая играет важную роль в современной системе здравоохранения, поэтому для решения этой проблемы многие страны разрабатывают специальные опросники, решающие данную проблему» [156]. «Так в США используется SOSQ (Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire — Сиэтловский опросник для оценки удовлетворенности амбулаторных пациентов)» [119], «а в Ирландии — SWOPS (Satisfaction with Outpatient Services — Удовлетворенность амбулаторными услугами)» [127].

J.E. Ware и M.K. Snyder (1976) «разработали опросник PSQ (Patient Satisfaction Questionnaire — Опросник по удовлетворенности пациента) предназначенный для помощи в планировании работы МО и улучшении качества медицинских услуг» [113]. «В дальнейшем в США D.L. Larsen и C.C. Attkisson (1979) разработали опросник CSQ (Client Satisfaction Questionnaire — Опросник по удовлетворенности клиентов), с целью оценки общей удовлетворенности пациентов медицинскими услугами, который был дополнен в 1984 году теми же авторами опросником SEQ (Service evaluation questionnaire — опросник для оценки услуг)» [141].

В исследовании M. Beattie et al. (2015) с целью определения более валидных инструментов оценки удовлетворенности пациента, был проведен анализ 11 методов измерения, используемых в разных странах (HCAHPS, QPP, PPE-15, PPQ и др.) посредством шкал COSMIN и Quality Criteria for Measurement Properties, а также с применением собственных критериев, основанных на индексе полезности, разработанном C.P. Van Der Vleuten (1996). «Согласно полученным данным, большинство опросников имеют высокий уровень валидности, однако была продемонстрирована тенденция к тому, что показатель пригодности одного из критериев увеличивается за счет другого, что позволяет сделать вывод о том, что ни один из предложенных опросников не является универсальным. Вместе с тем

при планировании исследований можно подобрать подходящий инструмент измерения удовлетворенности пациентов» [122; 132; 151].

В целях реализации федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение» приказом Министерства здравоохранения от 19.07.2022 № 495, утверждена методика расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент». Для оценки уровня удовлетворенности медицинской помощью в регионе ежемесячно проводится телефонный опрос респондентов страховыми медицинскими организациями. В нем отражены вопросы комфортности пребывания в МО, удобство записи на прием, внимательность персонала, длительность ожидания медицинской помощи, а также соответствие визита в организацию ожиданиям пациента. Расчет показателя удовлетворенности оказанной медицинской помощью в целом включал соотношение ответов респондентов, которые в ходе опроса выбрали варианты «По большей части удовлетворен» и «Абсолютно удовлетворен» к общему числу респондентов, ответивших на вопрос за отчетный период [54].

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ 31.10.2013 №810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» для изучения уровня удовлетворенности пациентов были разработаны анкеты по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в амбулаторных и стационарных условиях, в которых оцениваемыми факторами стали открытость и доступность информации о МО, комфортность условий предоставлений медицинских услуг, в том числе времени ожидания, доброжелательность и вежливость работников МО, общая удовлетворенность условиями оказания медицинских услуг [51; 99].

Целью независимой оценки качества (НОК) является обеспечение населения информацией о качестве условий предоставления услуг МО и улучшения качества

их деятельности [42; 46; 47; 48; 53; 82]. НОК использует для оценки удовлетворенности качеством предоставляемых услуг популярный на сегодняшний день социологический метод — метод опроса. Таким образом, мнения пациентов могут служить критерием для оценки деятельности МО, а результаты изучения удовлетворенности помогают выявить основные предикторы, имеющие влияние на низкий уровень удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием. Это позволяет руководству МО своевременно принимать управленческие решения для повышения качества медицинских услуг.

В свою очередь, качество медицинской помощи включает в себя три основных компонента, соответствующих трем подходам к его обеспечению и оценке: качество структуры, описывающее условия оказания медицинской помощи населению (структурный подход); качество технологий, предполагающее все этапы процесса оказания медицинской помощи (процессуальный подход); качество результата, характеризующее итог оказания медицинской помощи (результативный подход) [123]. Вместе с тем все компоненты качества связаны между собой и оказывают влияние на друг на друга. Кроме того, качество медицинской помощи во многом зависит от уровня экономического развития страны, культурных, научных и социальных составляющих, общего уровня образованности населения и прочего [130].

В исследовании МВ. Ли с соавт. (2020) анализ результатов НОК условий оказания медицинской помощи в многопрофильной больнице г. Владивостока по 5 показателям, характеризующим критерии оценки качества, показал положительную динамику по сравнению 2016 г. с 2019 г. с 86 балов до 89 [32].

В нашей стране «по данным Службы специальной связи и информации Федеральной службы охраны России (ФСО) с 2006 по 2015 год отмечается рост удовлетворенности медицинской помощью с 30 % до 40,4 %» [53]. «Однако данные инструменты измерения не являются стандартизированными, поскольку методология ФСО не является публичной и направлена на то, чтобы снять уровень настроений без анализа причин, а рекомендательный характер анкеты

Министерства здравоохранения приводит к разнообразию методологических подходов при проведении исследований уровня удовлетворенности в различных регионах», из-за которых возникает сложность в сопоставлении данных, полученными разными авторами [55; 80; 92].

Согласно исследованию К.Е. Моисеевой и В.К. Юрьева (2020), в организациях родовспоможения г. Санкт-Петербурга проводилось измерение уровня удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи новорожденным. Авторы использовали методики, рекомендуемые Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФФОМС) — Анкеты удовлетворенности матери новорожденного (Анкета). Вопросы анкеты позволяли оценить удовлетворённость техническим состоянием мест пребывания новорожденных, комфортностью пребывания детей, работой врачей-неонатологов и вспомогательных служб, обеспеченностью медикаментами, качеством оказания медицинской помощи в целом. В результате установлено, что показатель удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения соответствовал высокому уровню [39].

В исследовании Л.Ф. Арслановой с соавт. (2022), проводимое в детской городской поликлинике №8 г. Ижевска, для оценки качества оказания медицинских услуг было проведено интервьюирование по авторской анкете родителей, которая включала вопросы, характеризующие удовлетворенность качеством медицинского обслуживания, работу врача-педиатра участкового и медицинской сестры, их отношение к пациентам, доступность записи на прием, причину и частоту обращаемости. В результате было показано, что большая часть родителей удовлетворена качеством оказания медицинской помощи и работы участкового врача, однако половина респондентов отмечали сложности в доступности записи на прием к врачу, основными причинами неудовлетворенности опрошенных являлись дорогостоящие лекарственные препараты, назначаемые специалистами, и недостаточная квалификация специалистов [7].

Авторами исследования Н.Ю. Алексеева с соавт. (2011) для оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью в клинике ГОУ ВПО Иркутского государственного медицинского университета Минздравсоцразвития была разработана специальная анкета, состоящая из 14 вопросов. Она позволяла изучить уровень удовлетворенности пациентов рядом параметров оказания медицинской помощи, в том числе условиями пребывания, отношением медицинских работников, проходимом лечении, состоянием пациента после лечения, деонологическим аспектом. В результате выявлена тенденция к увеличению удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в 2010 г. (по итогу функционирования новой системы оплаты труда в МО за 2 года) по сравнению с данными, полученными в 2008 г. (до внедрения мероприятий) [3].

В исследовании Л.А. Чувяковой (2018) оценка качества медицинской помощи, оказанная в амбулаторных условиях детскому населению, проводилась с помощью анкеты состоящей из 30 вопросов, посвященных процессу оказания медицинской помощи, ее организации и полученному результау. По результату интервьюирования большинство родителей либо в полной мере удовлетворены качеством медицинской помощи, либо частично. Основным причинами неудовлетворенности стали трудности в общении с медицинским персоналом и прохождении профилактических осмотров [106].

Таким образом, группы факторов, оцениваемые опросником, отличаются в зависимости от страны, в которой он был разработан, так как одни и те же параметры в зависимости от местности могут иметь различную степень влияния на уровень удовлетворенности оказанной медицинской помощью. Несмотря на очевидные недостатки и ограничения применения имеющихся инструментов, связанные с отсутствием валидации, невозможностью сопоставления данных разных МО, неполным учетом всех детерминант удовлетворенности и т.д. [97] проблему выбора методики можно считать вполне решаемой.

1.3 Современные подходы к повышению удовлетворенности медицинской помощью

Начиная с 2022 года в соответствии с решением Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 15.12.2021 показатель, отражающий удовлетворенность населения медицинской помощью, включен в национальный проект «Здравоохранение» [101]. Риски недостижения целевых значений данного параметра могут быть существенно снижены путем разработки и внедрения научно обоснованных подходов к управлению отраслью и отдельными МО, направленных на создание условий для повышения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью.

Мероприятия, повышающие удовлетворенность ею пациентов, включают в себя реструктуризацию МО, сокращение избыточного коечного фонда и перемещение части ее объемов со стационарного на амбулаторный этап, маршрутизацию потоков пациентов, повышение оплаты труда медицинских работников [109; 130; 145].

В результате крупного международного исследования, в рамки которого вошли 33 659 медицинских сестер и 11 318 пациентов из 12 стран Европы, а также 27 509 медицинских сестер и более 120 000 пациентов из США, было установлено, что улучшение условий работы может стать относительно недорогостоящей стратегией для повышения качества стационарной помощи и увеличения удовлетворенности пациентов. «Данный вывод основан на анализе различных характеристик, таких как штатное расписание МО, условия труда, удовлетворенность работой, наличие признаков эмоционального выгорания у медицинских сестер, уровень безопасности пациентов, качество ухода за больными и результат реабилитации» [145].

Аналогичный вывод взаимосвязи качества условий труда и уровня образования медицинских сестёр с исходами лечения был сделан китайскими исследователями [130]. «Связь между удовлетворенностью медицинских сестер условиями работы в МО и удовлетворенностью пациентов качеством ухода

обнаруживает и исследование, проведенное в ЮАР, на основе анализа работы 55 частных и 7 государственных стационаров» [109].

Кроме коммуникации с медицинскими сестрами значимо взаимодействие пациентов и с другими медицинскими работниками. Согласно результатам социологического исследования, проведенного в детских поликлиниках г. Архангельска, важным фактором, влияющим на удовлетворенность родителей пациентов, является взаимодействие с медицинским персоналом, в особенности с врачом-педиатром. Кроме того, одним из ключевых аспектов для формирования удовлетворенности пациента является график работы МО и установленное время приема врача [35].

Метод, известный как совместное принятие решений (Shared Decision Making — SDM), представляет собой подход, позволяющий врачу и пациенту совместно обсуждать медицинские назначения. Он считается перспективным средством для повышения удовлетворенности медицинской помощью. Результаты нескольких крупных рандомизированных исследований в онкологической практике свидетельствуют о том, что опыт SDM положительно влияет на удовлетворенность медицинской помощью, а обучение врачей SDM приносит ощутимую пользу [157].

В исследовании F. Bunn et al. (2004) было установлено, что ежедневное общение врачей с пациентами в сочетании с восприятием их как «личности», а не только как больных, увеличивает удовлетворенность пациентов результатом лечения [116]. «Однако авторы рандомизированного исследования, в котором участвовали более 500 пациентов и врачей, более осторожно оценивают положительное влияние совместного принятия решений с врачом, подчеркивая важность конкретных деталей взаимодействия в рамках SMD-подхода, а не самого факта взаимодействия» [125]. В другом обзоре K.M. Kew et al. (2017), авторами делается вывод о том, что «применение SDM-подхода способствует повышению удовлетворенности медицинской помощью, особенно у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями» [155].

Одним из подходов, позволяющим определять уровень удовлетворенности пациентов конкретной МО и помогающим выстраивать доверительные и продуктивные отношения с пациентами, является внедрение разделов Стандарта системы управления медицинской организацией (далее — Стимул), направленных на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Стимул содержит в себе правила управления МО, которые образуют целостную систему, призванную на постоянной основе обеспечивать пациент-ориентированность и повышать удовлетворенность пациентов в МО, оказывающих медицинскую помощь независимо от их типа, уровня и формы собственности. Основными разделами Стимула являются принципы его построения, модель организационных факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью и управленческий цикл по повышению удовлетворенности. Результатом внедрения Стимула станет информирование пациентов о порядке получения медицинской помощи, повышение удовлетворенности медицинской помощью, доверие к уровню профессионализма персонала и лояльность пациентов к МО в целом. Со стороны персонала ожидается установление порядка действия в конфликтных ситуациях, комфортность рабочей среды для персонала, возможность реализовать свои идеи по улучшению работы МО, а в целом для МО — снижение количества жалоб от пациентов. Кроме того, внедрение Стимула позволят руководству МО выстроить понятный и прогнозируемый для всех заинтересованных сторон алгоритм действий по повышению удовлетворенности пациентов [88].

В свою очередь одним из основных инструментов влияния на удовлетворенность является внедрение принципов бережливого производства, которые позволяют понимать, как настроить систему на пациента, то есть создать пациент-ориентированный подход через выявление проблем, разработку мероприятий по организационным решениям.

Бережливое производство (БП) — это концепция управления, включающая в себя мероприятия по оптимизации производственных процессов, сокращению различного рода потерь, улучшению качества производимой продукции с

помощью кайдзен Другими словами, это система, позволяющая произвести больший объем продукции и услуг при меньших затратах, на меньших производственных площадях и оборудовании при полном удовлетворении ожиданий потребителя. Кайдзен японская философия, означающая «изменение к лучшему» или «хорошее изменение», которая фокусируется на непрерывном совершенствовании процессов производства, разработки, вспомогательных бизнес-процессов и управления [18; 21; 45; 95; 114].

Основателем концепции БП считается Тайити Оно, создававший производственную систему в Toyota в 1950-е годы и сформулировавший ключевые принципы БП. Ими являются непрерывность производственного потока, без задержек и очередей за счет равномерности загрузки персонала, оптимальная планировка площадей организации и устранение всех видов потерь, к которым относятся перепроизводство, лишние движения, ненужная транспортировка, излишние запасы, избыточная отработка, ожидание, переделка/брак [58; 61; 104].

В концепции БП используются нижеуказанные инструменты:

1. картирование потока создания ценности (Value Stream Mapping); это инструмент визуализации и анализа материального и информационного потоков в процессе создания ценности от поставщика до заказчика [59];

2. SMED (Single-Minute Exchange of Dies — быстрая перенакладка) — оперативная перенастройка, направленная на сокращение времени и упрощение процесса переналадки, позволяющая повысить производительность и избежать излишних запасов [59];

3. система JIT (Just-In-Time — точно вовремя) представляет собой производство, при котором создается только та продукция, которая необходима в определенном количестве и в точное время [59];

4. канбан («сигнал, карточка») — средство информирования, используемое для регулирования производства и перемещения изделий в системе «вытягивания», позволяющая оптимизировать планирование производственных

активностей, начиная от прогноза спроса, планирования заданий и балансировки нагрузки на производственные мощности [59];

5. 5S — система организации и рационализации рабочего места, включающая сортировку, соблюдение порядка, содержание чистоты, стандартизацию и постоянное совершенствование [59];

6. система TPM (Total Productive Maintenance — всеобщий уход за оборудованием) направлена на повышение качества оборудования через систему профилактического обслуживания [59];

7. вытягивающее поточное производство (pull production) — схема организации производства, при которой объемы продукции определяются исключительно потребностями заказчика и последующих этапов производства [59];

8. визуализация — размещение инструментов, деталей и других индикаторов состояния производства таким образом, чтобы каждый сотрудник мог однозначно понять, насколько процесс соответствует установленным нормам [59].

Эффективность применения технологий БП в здравоохранении принято измерять через косвенные параметры, такие как удовлетворенность работников и пациентов, качество оказания медицинских услуг, улучшение состояния здоровья, финансовые затраты на организацию медицинской помощи.

По мере того, как бережливые организации работают над улучшением процессов, они выявляют и устраняют потери и их источники. Потери — это действия, которые потребляют ресурсы, но не добавляют ценности в глазах потребителя [77; 117].

Бережливое производство работает в здравоохранении, когда оно является частью более широкой инициативы, способствующей реальным культурным изменениям [115].

Системы здравоохранения должны подходить к бережливому производству с практической точки зрения, используя элементы, которые хорошо работают и применяя их систематически, чтобы способствовать культурным изменениям в

МО. Так принципы бережливого производства хорошо применимы к одним аспектам улучшения рабочего процесса здравоохранения, но не к другим.

Повышение удовлетворенности пациентов, сокращение сверхурочной работы, обработка документов и увеличение доходов клиник — вот лишь некоторые из областей, в которых больницы и другие медицинские организации внедряют принципы бережливого производства [159].

С тех пор, как исследователи поделились своим опытом в использовании данного инструмента на Всемирном саммите по бережливому здравоохранению в 2007 году, все больше и больше организаций здравоохранения внедряют методы бережливого производства в свою деятельность, чтобы контролировать расходы при одновременном повышении качества результатов лечения. Применение концепций, разработанных на производстве, в здравоохранении потребовало продуманного подхода к адаптации этих инноваций в условиях больницы.

Применяя принципы бережливого производства в здравоохранении, организации используют набор инструментов для внедрения изменений [121; 135]. Основное внимание уделяется устранению шагов и процессов, которые не способствуют удовлетворению пациентов и не позволяют обеспечить соответствующий уход за больными [160].

Таким образом, перенос методов БП из области технических решений в сферу здравоохранения должно осуществляться специалистами организации здравоохранения с учетом специфики медицинской деятельности. Кроме того, разработка технических регламентов, связанных с сервисом и обслуживанием, может решить множество текущих проблем, с которыми сталкиваются организаторы здравоохранения.

1.4 Применение технологий бережливого производства в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты исследований

В настоящее время широко используется модель менеджмента, доказавшая свою эффективность в зарубежной практике — концепция бережливого производства. Эта концепция носит пациент-ориентированный характер и направлена на достижение роста доступности и уровня качества медицинской помощи за счет оптимизации процессов и ликвидации потерь [8; 59; 60].

Учитывая аспекты качества медицинской помощи, бережливое производство сокращает время ожидания и продолжительность пребывания пациентов, тем самым способствуя предоставлению доступных и эффективных услуг. Кроме того, когда проекты бережливого производства получают надлежащую поддержку, они могут помочь организациям здравоохранения соответствовать стандартам или целям, связанным со своевременной и эффективной помощью (пропускной способностью), и заинтересованные стороны могут признать такие улучшения в краткосрочной и среднесрочной перспективе. Более того, поскольку «Шесть сигм» нацелены на снижение вариативности, сочетание бережливого производства и «шести сигм» может помочь сгладить поток пациентов и решить более сложные проблемы, если вся организация оказывает чрезвычайную поддержку [126].

Согласно исследованиям К.Ю. Китаниной и А.Г. Ластовецкого (2018), Л.В. Сочковой с соавт. (2018), основными параметрами деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на которые влияют технологии бережливого производства, являются время ожидания в регистратуре, приема врача и назначенных процедур, а также организация прохождения диспансеризации и профилактических осмотров, комфортность рабочей среды для персонала и условий пребывания посетителей МО [24; 30; 61]. Соответственно, наиболее часто результатами применения методов БП являются уменьшение длительности ожидания пациентом непосредственного взаимодействия с

персоналом МО в указанных процессах, а также уменьшение общего времени пребывания пациентов в поликлинике.

В работах Н.М. Коняхина и А.А. Соловьева (2020) внедрение проекта «Бережливая поликлиника» показало положительные результаты: повысилась удовлетворенность пациентов предоставляемыми медицинскими услугами; сократилось время ожидания, затрачиваемое пациентом для записи и посещения поликлиники; упростилось перемещение в поликлинике за счет совершенствования системы навигации [74; 87]. Так, например, в детской городской поликлинике №39 Нижегородской области время ожидания приема в регистратуру сократилось в 2,5 раза (с 15 до 6,5 мин); время прохождения профилактического осмотра снизилось в 2 раза (с 4 до 2 часов); при организации предварительной записи время ожидания забора крови снизилось в 4 раза (с 40 до 5-10 мин); оптимизация процессов организации позволила увеличить время общения врача с пациентом в 1,5 раза [27].

В исследовании Л.В. Сочковой с соавт. (2018), в городской поликлинике №87 г. Санкт-Петербурга первым этапом внедрения БП стал анализ и картирование текущего состояния процесса путем выделения приоритетных направлений проекта. При анкетировании основными проблемами, обозначенными пациентами, являлись следующие: длительное ожидание в регистратуре и приема врача, необорудованные зоны ожидания, неудобное расположение кабинетов и нумерация. Сотрудники, в свою очередь, указали на избыточный документооборот, длительный поиск документов и низкий уровень материально-технического оснащения, а также большие затраты времени на получение результатов лабораторных и инструментальных исследований и лекарственных средств, расходных материалов. При проведении картирования были определены такие характеристики, как длительность отдельных операций процесса, время ожидания, потери, коэффициент эффективности, перемещение пациента по поликлинике, количество точек пересечения потоков здоровых и больных. В дальнейшем создана карта целевого состояния путем устранения потерь, таких как ожидание, лишнее

передвижение, избыточная обработка, ненужная транспортировка. Посредством реорганизации, перепрофилирования кабинетов, автоматизации процесса прохождения первого этапа диспансеризации с возможностью изменения маршрута, организации SMS-оповещений, создания электронных регистратуры и очереди в диагностические кабинеты, выделения отдельных комнат для проведения осмотров, ЭКГ, УЗИ и взятия биоматериалов было достигнуто сокращение сроков диспансеризации с 4 до 2 дней, общего времени ожидания в очередях на 66,5 %, уменьшение протяженности маршрута движения пациентов на 56,2 % и увеличение удовлетворенности граждан с 47 до 70 % [61].

Также в ранее реализованном проекте D.Y. Hung et al. (2017) принципы БП были внедрены в 46 подразделениях 17 клиник с целью улучшения условий труда и процессов оказания медицинской помощи. Были разработаны методы для одной пилотной клиники, которые включали в себя стандартизацию рабочего процесса, контроль за расходными материалами, оптимальное размещение врачей и персонала, изменение порядка приема пациентов. В последующем эти процессы были усовершенствованы в трех тестовых клиниках и масштабированы в тринадцать клиник, после чего был сформирован стандарт для всех МО, участвующих в проекте. Данные об удовлетворенности сотрудников и пациентов, а также доступности медицинской помощи были получены путем опроса, посредством личных обращений в МО или телефонных звонков. В результате отмечалось повышение доступности медицинской помощи на 48,4 % и уровня удовлетворенности пациентов с 49,1 % до 63,2 %. Однако повышение удовлетворенности врачей отмечалось только в тестовых МО, что, по мнению авторов, обусловлено недостаточной поддержкой руководителя организации для внедрения и реализации технологий БП [153].

Исследовании S. Kanamori et al. (2016) в 10 медицинских центрах в 2 регионах Сенегала показали, что использование инструмента БП 5S для организации рабочего процесса в МО с ограниченными ресурсами позволяет повысить уровень удовлетворенности на 0,19 балла после 6–8 месяцев

использования БП и на 0,44 балла при действии инструмента 5S более 8 месяцев [131]. Исследования, проведенные S.E. Melanson et al. (2009) в Бригамской женской больнице, демонстрируют схожие результаты относительно применения технологий БП для повышения уровня удовлетворенности пациентов [111].

В исследовании В.И. Орела с соавт. (2022), проводимом в детских поликлиниках г. Санкт-Петербурга, организация маршрутизации и навигации, внедрения системы автоматического оформления маршрутного листа для пациентов с указанием даты и времени приема, реализация технологии прохождения профилактического осмотра «Карусель» и «Лесенка», оптимальное размещение кабинетов врачей-специалистов, усовершенствование информирования и приглашения на профилактический осмотры посредством современных технологий связи позволило сократить количество визитов в поликлинику при прохождении профилактического медицинского осмотра с 6 до 2 визитов, сократить время пребывания в медицинской организации при профилактическом осмотре с 5 до 2 ч, увеличить количество принятых пациентов в возрасте 12 мес., подлежащих профилактическому осмотру, с 16 до 32 человек в смену, повысить удовлетворенность родителей процессом прохождения профилактического осмотра детей в возрасте 12 мес. до 100 % [70].

В исследовании И.С. Паньшина с соавт. (2018) в детской поликлинике г. Екатеринбурга уменьшилось время пребывания родителей с детьми в регистратуре более чем в 2 раза (с 9 до 4 минут) за счет ремонта регистратуры, оформления детского уголка, внедрения инфомата и установки электронной очереди). Оптимизация кабинетов врачей-педиатров участковых, внедрение кабинета доврачебного приема позволило сократить осмотр одного ребенка до года на 1 минуту в результате чего значительно уменьшить время ожидания пациентов в очереди у кабинета с 1 часа до 10 мин. Принятие на работу второй медсестры прививочного кабинета и изменение расписания его работы способствовало тому, что время нахождения ребенка в прививочном кабинете сократилось на 55 секунд, проходимость кабинета увеличилась на 200 человек в неделю. Стоит отметить, что,

согласно анализу анкетирования, удовлетворенность населения выросла с 54 % на старте до 84 % в конце проектов в январе 2018 года. [43].

Таким образом, формирование комфортных условий пребывания и стандартизация рабочих процессов в результате использования методологии БП в медицинских организациях приводит к повышению уровня удовлетворенности пациентов и персонала, что свидетельствует о значимой эффективности реализованных организационных решений.

Одним из ключевых параметров для анализа эффективности применения бережливого производства в здравоохранении является время, а именно время пребывания пациента в поликлинике, продолжительность ожидания в регистратуре, приема врача и манипуляций, которые напрямую ассоциированы с удовлетворённостью [91].

В исследовании Н.С. Апхановой с соавт. (2019), проводимом в детской поликлинике г. Иркутска, показано внедрение принципов БП, включающие мероприятия по распределению потоков пациентов и введению должности оператора кабинета забора крови для работы с документами. «В результате сократилось время ожидания приема в процедурный кабинет в 2 раза, время пребывания пациента в кабинете в 1,5 раза, а количество принимаемых пациентов в смену увеличилось в 1,2 раза» [5; 6].

Исследование, проведенное И.А. Деевым с соавт. (2020) в Детской городской больнице №2, г. Томска демонстрирует схожие результаты относительно применения технологий БП (картирование и хронометраж, методика «5S», алгоритм «цепочка помощи» и диаграмма Спагетти) для организации и сокращения прохождения профилактических осмотров (ПО) детей первого года жизни, а также повышения удельного веса опрошенных родителей, удовлетворенных процессом прохождения ПО их детьми [86].

Внедрение технологий бережливого производства в МО позволяет не только оптимизировать отдельные процессы, но и улучшить работы целых подразделений: регистратуры, кабинетов забора крови и процедурных, а также организации

диспансеризации и профилактических осмотров взрослых и детей [91; 106]. Использование методов БП приводит к сокращению времени ожидания, которое используется непосредственно на прием врача, не повышая длительности посещения пациентом МО.

В заключение можно отметить, что последствиями применения БП в здравоохранении являются улучшение доступности и качества оказываемой медицинской помощи, повышение производительности и эффективности персонала, сокращение времени ожидания услуг пациентом, снижение затрат, сокращение продолжительности лечения пациента, повышение удовлетворенности пациентов и персонала.

Резюме

Полученные данные исследований, представленных в литературе, демонстрируют большое количество различных показателей эффективности работы МО, связанных с деятельностью МО, и достижение запланированных показателей. Стоит отметить, что одним из неотъемлемым элементом комплексной оценки деятельности системы здравоохранения и отдельных МО является уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

При этом существующие методы и подходы к изучению удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью оценивают ограниченное количество факторов, влияющих на данный параметр и зачастую применены на уровне отдельной МО.

В связи со сложностью в сопоставлении данных, отсутствием валидации и неполным учетом детерминант удовлетворенности представляется актуальным проведение комплексного исследования оценки удовлетворенности оказанной медицинской помощью на региональном уровне с последующим анализом результативности проводимых мероприятий, разработанных на основе применения технологий бережливого производства для стандартизации процесса оказания медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 База исследования

Для проведения исследования были определены 24 МО Томской области: 23 поликлиники, имеющие прикрепленное детское население, и одна клинико-диагностическая поликлиника ОГАУЗ «Областная детская больница» (таблица 1).

Таблица 1 – Перечень медицинских организаций, участвующих в исследовании (в абсолютных числах)

№	Медицинская организация	Численность обслуживаемого прикрепленного детского населения (чел.)
1	ОГАУЗ «Александровская РБ»	1653
2	ОГАУЗ «Детская больница № 1»	21902
3	ОГАУЗ «Детская ГБ № 2»	61687
4	ОГАУЗ «Кожевниковская РБ»	4194
5	ОГАУЗ «Колпашевская РБ»	8700
6	ОГАУЗ «Кривошеинская РБ»	2850
7	ОГАУЗ «Областная детская больница»	-
8	ОГАУЗ «Светленская РБ»	7559
9	ОГАУЗ «Стрежевская ГБ»	8819
10	ОГАУЗ «Томская РБ»	7298
11	ОГБУЗ «Асиновская РБ»	7688
12	ОГБУЗ «Бакчарская РБ»	3298
13	ОГБУЗ «Верхнекетская РБ»	3066
14	ОГБУЗ «Зырянская РБ»	2732
15	ОГБУЗ «Каргасокская РБ»	5032
16	ОГБУЗ «Лоскутовская РП»	6788
17	ОГБУЗ «МСЧ № 2»	22126
18	ОГБУЗ «Молчановская РБ»	2720
19	ОГБУЗ «Парабельская РБ»	3089
20	ОГБУЗ «Первомайская РБ»	3888
21	ОГБУЗ «Поликлиника ТНЦ СО РАН»	7022
22	ОГБУЗ «Тегульдетская РБ»	1509
23	ОГБУЗ «Чаинская РБ»	2500
24	ОГБУЗ «Шегарская РБ»	3740

Примечание: РБ — районная больница, РП — районная поликлиника, ГБ — городская больница, МСЧ — медико-санитарная часть, ТНЦ СО РАН - Томский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук.

2.2 Программа, этапы, организация исследования

В соответствии с поставленными в работе целью и задачами были составлены программа и план исследования.

Объект исследования — организация медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях.

Предметом исследования явились факторы, влияющие на удовлетворенность медицинской помощи.

Единицы наблюдения: родители пациентов, мероприятия Стандарта.

Методологией диссертационного исследования стал комплексный анализ параметров удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью в амбулаторных условиях детскому населению, позволяющий оценить результативность внедрения Стандарта организации амбулаторной медицинской помощи, оказываемой детскому населению в Томской области на основе методов бережливого производства для повышения уровня удовлетворенности граждан.

В рамках данного исследования в качестве результата работы нами оценивалось увеличение удовлетворенности родителей пациентов, при этом любые организационные преобразования, по нашему мнению, должны были быть направлены на изменения этого параметра. Соответственно, в рамках данной работы мероприятия считались результативными при увеличении удовлетворенности по сравнению с базовым значением, при их снижении мероприятии считались нерезультативными.

В таблице 2 и на рисунке 1 представлены программа и схема исследования в соответствии с задачами и методами исследования, которое проводилось в 5 этапов.

На первом этапе были определены цель и задачи исследования, составлена программа исследования, выбраны объект и предметы исследования. Были проанализированы практики применения бережливого производства в медицинских организациях, представленные в литературе.

Таблица 2 – Программа диссертационного исследования

№ этапа	Задачи исследования	Материал, источники информации, объём и период исследования	Методы исследования
1.	Провести анализ источников литературы в отношении применения организационных мероприятий в том числе бережливого производства в медицинских организациях для повышения уровня удовлетворенности медицинской помощью.	– Работы отечественных и зарубежных авторов (n = 163).	Аналитический
	Провести анализ первичной и общей заболеваемости детского населения, а также показателей посещений и параметров, характеризующие кадровое обеспечение государственных медицинских организаций Томской области за период 2015–2022 гг.	– База данных ОГБУЗ «Бюро медицинской статистики». Формы Федерального статистического наблюдения №12, №30 (2015–2022 гг.);	Аналитический
2.	Провести оценку удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью до и после внедрения мероприятий Стандарта организации амбулаторной помощи детскому населению на повышение удовлетворённости, разработанных на основе принципов бережливого производства.	– Анкеты изучения удовлетворённости родителей пациентов работой МО (4639 анкеты) страховыми медицинскими организациями; 2018–2019 гг. – Тактические планы реализация проекта по внедрению Стандарта МО (35 тактических планов реализации).	Социологический Статистический Аналитический
3.	Оценить влияние внедрения мероприятий Стандарта организации амбулаторной помощи детскому населению на повышение удовлетворённости, в зависимости от места расположения МО, уровня и длительности реализации мероприятий в соответствии с тактическими планами реализации (ТПР).	– Анкеты изучения удовлетворённости родителей пациентов работой МО (4639 анкеты) страховыми медицинскими организациями; 2018–2019 гг. – Тактические планы реализация проекта по внедрению Стандарта МО (35 тактических планов реализации).	Социологический Статистический Аналитический
4.	Выявить основные факторы, имеющие наибольшее влияние на удовлетворенность родителей пациентов оказанной медицинской помощью	– Анкеты изучения удовлетворённости родителей пациентов работой МО (4639 анкеты) страховыми медицинскими организациями; 2018–2019 гг. – Тактические планы реализация проекта по внедрению Стандарта МО (35 тактических планов реализации).	Социологический Статистический Аналитический
5.	Разработать и научно обосновать математическую модель для определения вероятности получения родителями пациентов положительной оценки оказанной медицинской помощи	– Анкеты изучения удовлетворённости родителей пациентов работой МО страховыми медицинскими организациями (2022 г.)	Статистический Аналитический

Рисунок 1 – Схема исследования

Критерии результативности внедрения Стандарта:

– Доля положительно оценивших отношение лечащих врачей;
– Доля положительно оценивших отношение среднего медицинского персонала;
– Доля положительно оценивших посещение врача-педиатра участкового;
– Доля положительно оценивших длительность ожидания в регистратуре;
– Доля положительно оценивших длительность ожидания на прием к врачу;
– Доля положительно оценивших длительность ожидания при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования;
– Доля положительно оценивших организацию прохождения профилактических осмотров;
– Доля положительно оценивших информированность о прохождении профилактических осмотров;
– Доля положительно оценивших качество бесплатной медицинской помощи, получаемой в поликлинике

Для повышения эффективности организации оказания медицинской помощи в Томской области был разработан и внедрен Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области (далее — Стандарт), утвержденный распоряжением Департамента здравоохранения Томской области (ДЗТО) от 10.09.2018 № 817, состоящий из 14 разделов, которые регламентировали работу МО [73]. В течение 2019 года Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области был внедрен в 24 МО Томской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению. Для оценки результативности мероприятий Стандарта был определен перечень показателей, мониторинг которых осуществлялся по каждой МО ежемесячно в соответствии с тактическим планом реализации (ТПР), таблица 3.

Таблица 3 – Содержание ТПР

Наименование раздела	**Наименование подразделения**
1.Приемная зона	1.1 Колясочная
	1.2 Гардероб
	1.3 Санитарные комнаты и поддержание чистоты
	1.4 Зона ожидания
	1.5 Зона для кормления грудных детей
2.Система навигации и информационные посетители	Внешний контур 2.1.1 Указатели направления к поликлинике
	2.1.2 Наружные вывески
	2.2.1 Навигации и таблички
	2.2.2 Информационные материалы
3. Организация рабочего места	
4. Требование к сотрудникам и обучение сотрудников	
5. Управление потоками медицинской документации	
6. Регистратура	6.1 Front-office
	6.2 Back-office
	6.3 Администратор холла
	6.4 Картохранилище
	6.5.1 Маршрутизация пациента
	6.5.2 Электронная очередь и инфомат
	6.5.3 Электронное расписание
7. Участковая служба	
8. Врачи-специалисты	
9. Процедурный кабинет	
10. Кабинет организации плановой помощи	
11. Кабинет неотложной помощи	

Продолжение таблицы 3

Наименование раздела	**Наименование подразделения**
12. Кабинет медицинской профилактики	
13. Корпоративная культура	13.1 Миссия и корпоративный стиль
	13.2 Коммуникативная модель и речевые модули
	13.3 Профессиональная этика и правила поведения
	13.4 Кадровая политика
14. Оценка работы поликлиники пациентом	

Разработанный Стандарт включал в себя следующие разделы [12].

1. Приёмная зона.

Приемная зона медицинской организации относится к местам общего пользования и создает первое впечатление о поликлинике у пациентов, сотрудников и других посетителей. Так, в рамках данного раздела Стандарта для обеспечения комфортного пребывания пациентов в детских поликлиниках и доступности для маломобильных групп населения были регламентированы требования к организации работы структурных элементов, входящих в приёмную зону.

В свою очередь, для обеспечения защиты детских колясок от осадков были описаны требования к наличию колясочной в поликлиниках, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, площадь которой должна соответствовать мощности МО.

Также для совершенствования маршрутизации внутри в МО в Стандарте были прописаны требования к обустройству гардероба, которые предполагали его размещение в близи от входа в здание либо наличие навигации для облегчения поиска, а также укомплектованность его мебелью, посадочными местами и плечики для одежды, размер которых зависел от мощности поликлиники.

В первом разделе Стандарта также были описаны требования к санитарным комнатам, которые регламентировали их оснащенность необходимыми предметами в соответствии с санитарными правилами и нормами. Кроме того, в Стандарте были прописаны мероприятия по созданию зон для комфортного время

препровождения посетителей, в том числе, для поликлиник, ведущих амбулаторный прием детского населения, организации игровых зон и комнат для кормления грудных детей и детей раннего возраста.

Так созданные зона ожидания для посетителей и зона отдыха сопровождающих пациентов или лиц с продолжительным периодом ожидания приемом врачей должны быть оборудованы соответствующим образом (места для сидения, информационные материалы и пр.) и располагаться на площадях холлов или коридорах МО.

Помимо этого, основными требованиями к организации игровой зоны для детей являлась оснащённость необходимой мебелью и игровыми принадлежностями, а также нахождение рядом мест ожидания для взрослых, расположенных так, чтобы дети были в зоне видимости родителей.

2. Система навигации и информационные носители.

С целью экономии времени посетителей при посещении детских поликлиник и для снижения обращений в регистратуру по поводу информирования пациентов относительно расположения всех структурных подразделений МО была разработана единая система навигации.

Так, в Стандарте были представлены требования к оптимальной системе навигации для пациента, что облегчало ориентацию пациента как на пути к МО, так и внутри учреждения, описаны требования информирования граждан о работе МО и оказании медицинской помощи, что позволяло иметь непосредственно прямой доступ к информации на стендах внутри МО и на сайте учреждения. В рамках Стандарта были определены требования, предъявляемые ко всем информационным материалам в МО, а также описаны количество, размеры и правила размещения информационных стендов. Кроме того, для облегчения внедрения данного раздела для МО были подготовлены образцы всех информационных носителей и навигационных указателей.

3. Организация рабочего места.

Организация рабочего пространства включает в себя комплекс мероприятий, обеспечивающих необходимые условия для эффективного и безопасного труда сотрудников МО, оказывающих медицинскую помощь детям.

В данном разделе были определены основные требования к организации и принципы стандартизации рабочих мест сотрудников МО с применением инструмента БП-системы 5S, а также инструмента рассмотрения проблем («цепочка помощи»), не относящиеся к оказанию медицинской помощи.

Так, все медицинские кабинеты должны быть организованы по системе 5S, состоящей из 5 простых принципов рационального порядка на рабочем месте, который позволяет при относительно небольших затратах добиваться повышения производительности за счет сокращения потерь в процессе оказания медицинской услуги.

В свою очередь, инструмент «цепочка помощи» представляет собой процесс эскалации, ведущий от идентификации проблемы, возникшей на рабочем месте, до реализации принятого решения. В рамках использования данного инструмента сотрудниками решались вопросы, не связанные с оказанием медицинской помощи, что позволяло повысить эффективность своей работы.

4. Требования к сотрудникам и обучению сотрудников.

В данном разделе Стандарта были регламентированы требования к квалификации и внешнему виду сотрудников, выстраиванию системы коммуникации персонала, в частности приобретения навыков бесконфликтного общения, соблюдения этико-деонтологических принципов и освоения речевых модулей для снижения конфликтных ситуаций, и улучшения взаимоотношений между пациентом и сотрудниками МО. Кроме того, было предусмотрено обучение административного персонала управлению проектами и инструментами БП.

5. Управление потоками медицинской документации.

Мероприятия данного раздела Стандарта позволили упорядочить документооборот внутри организаций, оказывающих амбулаторный прием детского населения, минимизировать действия со стороны пациента в логистике

документов, что позволило сократить время на поиск и доставку карт в кабинет врача. Кроме того, были утверждены требования к выдачи медицинской документации с необходимостью введения журнала учета, что минимизировало их утерю как пациентами, так и персоналом МО и сокращало количество конфликтных ситуаций, связанных с их утерей.

Помимо этого, для сокращения количества обращений в регистратуру за медицинскими документами были установлены требования к сотрудникам регистратуры в подготовке карт амбулаторного пациента накануне приема врача и доставке их в кабинет приёма. Также были установлены требования к ведению и логистике основных форм медицинской документации.

6. Организация работы регистратуры.

Для обеспечения качественной организации работы в рамках данного раздела Стандарта были утверждены требования к обустройству регистратуры, что позволило распределить нагрузку и функционал работников за счет разделения на 2 зоны: back-office, которая осуществляла работу в режиме call-центра, и front-office, которая предполагала взаимодействия с посетителями, обратившимися в поликлинику лично.

Организация call-центров позволило пациентам дистанционно обращаться в регистратуру для записи на прием и своевременно получать услугу, а также исключить ситуации, когда регистратор вынужден одновременно общаться с посетителями МО и отвечать на телефонные звонки.

Кроме того, для организации доступной телефонной связи, оптимизации потока медицинской помощи и маршрутизации пациентов были предусмотрены мероприятия, одним из которых являлось создание электронной очереди, нацеленное на упорядочивании процесса обращения пациентов и сбор данных о востребованных медицинских услугах в поликлиниках.

Согласно данному разделу Стандарта, была организована работа администратора холла для информирования пациентов о порядке получения медицинской помощи, а также минимизация физического барьера между

посетителем и сотрудником регистратуры для непосредственного контакта и налаживания более доверительных отношений.

Помимо этого, были описаны требования к организации картохранилища для хранения медицинских карт амбулаторных пациентов на бумажных носителях во избежание их утери и быстрого нахождения при необходимости.

В Стандарте также были прописаны требования к схеме маршрутизации пациентов. Так, было предусмотрено распределение потоков пациентов с учетом причин обращения в медицинскую организацию и обеспечения равномерной нагрузки на врачей. При необходимости проведения диспансеризации или профилактических осмотров пациентов записывали непосредственно в кабинет или отделение профилактики, а при других случаях обращения пациентов записывали только к врачу-педиатру участковому или к врачам-специалистам. Стоит отметить, что при неотложных состояниях, угрожающих жизни и здоровью, пациента записывали непосредственно в день обращения или предоставляли возможность обращения в кабинет неотложной помощи в часы его приема.

Кроме того, пациентам предоставлялась возможность записи на прием к врачу, повторный прием или консультацию к другим специалистам на 12 месяцев вперед. Однако были созданы ограничения в расписании врачей-специалистов для пациентов, не состоящих на диспансерном учёте, что минимизировало число неэффективных посещений.

Для улучшения качества обслуживания пациентов были прописаны требования по обучению сотрудников регистратуры основам этики, деонтологии и управление конфликтами.

7. Организация работы участковой службы.

В рамках данного раздела Стандарта, были установлены требования работы участковой службы поликлиники, в том числе закреплены функции врачей-педиатров участковых, описаны алгоритмы работы при направлении пациента на консультацию или госпитализацию пациента, установлен минимальный перечень обследований необходимый для консультации врачами-специалистами.

Так, в функционал лечащего врача непосредственно на его приеме добавилось осуществление записи на повторный прием, на исследования и прием к узким специалистам внутри МО. В случае необходимости записи во внешние МО был создан кабинет организации плановой помощи, сотрудники которого осуществляли взаимодействия с МО, в которые направляли пациентов. Помимо этого, была создана маршрутная карта, включающая информацию о наименовании обследования или приеме специалиста, адрес МО и ФИО врача, дате и времени проведения с учетом оптимального маршрута пациента и необходимого срока проведения исследования и рекомендаций по их подготовке.

8. Организация работы врачей-специалистов.

В данном разделе Стандарта, регламентирующем организационные вопросы деятельности врачей-специалистов (работа осуществляется согласно установленному графику, прием организован в 2 смены), был описан перечень обязательных мероприятий по направлению пациентов на консультацию, обследования внутри МО и на внешние услуги, а также требования к организации рабочего места для минимизации излишних действий со стороны пациента при взаимодействии с МО.

9. Организация работы процедурного кабинета.

Процедурный кабинет является одной из обязательных структурных единиц в порядке оказания педиатрической помощи.

В рамках данного раздела был утверждён график выполнения манипуляций, режим работы процедурного кабинета и описаны требования к организации рабочей зоны, позволяющие сократить время нахождения пациента в данном кабинете за счет сокращения потерь.

Применение инструмента БП позволило определить и устранить неэффективные действия со стороны медицинского персонала и пациента, оптимизировать передвижения при проведении процедуры, тем самым сократив затрачиваемое время. Таким образом, был сформирован перечень мер,

направленный на устранение выявленных ключевых проблем и повышение эффективности процессов в процедурных кабинетах.

10. Кабинет организации плановой помощи.

В данном разделе Стандарта для обеспечения эффективной маршрутизации пациентов при обращении в детскую поликлинику и взаимодействия с отделениями МО при направлении на плановую госпитализацию, дополнительные консультации врачей-специалистов, исследования и обследования, в том числе во внешние МО, был организован кабинет организации плановой помощи (КОПП). Кроме того, функционал КОПП включал оформление документов для прикрепления граждан к МО, оформление листов временной нетрудоспособности и взаимодействие между МО и внешними МО в части передачи информации о выписке пациентов и результатах исследований.

Таким образом, организация КОПП позволяет снижение нагрузки на персонал, непосредственно оказывающий медицинскую помощь. По итогам взаимодействия с КОПП пациент получает маршрутную карту с информацией о дате дальнейшего обследования, приема врача или предполагаемой дате госпитализации.

11. Организация работы кабинета неотложной помощи.

Кабинет неотложной помощи (КНП) является структурным подразделением МО, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в амбулаторных условиях, и организовано для оказания неотложной помощи. В рамках данного раздела Стандарта были прописаны требования о нахождения сотрудника КНП в МО, режим работы КНП. Для распределения вызовов между КНП, врачами педиатрами участковыми и службой скорой помощи был сформирован перечень состояний пациентов для оказания помощи сотрудниками КНП в МО и на дому. Там же были прописаны функции КНП в поликлинике и при оказании неотложной помощи на дому. Кроме того, функционал сотрудника КНП включал запись к участковому врачу при необходимости назначения или коррекции лечения основного заболевания.

Таким образом, организация КНП позволила перераспределить потоки пациентов с неотложными состояниями от врачей-педиатров участковых, тем самым сократив время ожидания амбулаторного приёма в плановом порядке. По итогам посещения КНП пациент получает информацию о всех этапах прохождении обследования, а также дате и времени визита к лечащему врачу.

12. Организация работы кабинета (отделения) медицинской профилактики.

В данном разделе Стандарта были расписаны требования к организации кабинета с обеспечением комфортного пребывания посетителей, также отдельным блоком был описан алгоритм процесс профилактических осмотров детей первого года жизни.

Функционал КМП и ОМП включал осуществление профилактических мероприятий, мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, проведения периодических и целевых профилактических медицинских осмотров. Для распределения потоков пациентов и выделения граждан, обратившихся с профилактической целью, размещения КМП и ОМП предполагалось на одном этаже и в одном блоке исходя из особенности зданий поликлиник с обеспечением минимальных требований по комфортному пребыванию посетителей.

Отдельным блоком в Стандарте описан алгоритм организации профилактического осмотра (ПО) детей первого года жизни. ПО детей первого года жизни планировался медицинским персоналом заранее и осуществлялся в соответствии графика, утвержденного руководителями МО. На каждый цикл ПО приглашали определенное количество пациентов в зависимости от числа кабинетов специалистов, уведомляя родителей о дате, времени и месте за 5 дней до проведения ПО. Кроме этого, за день до прохождения ПО участковые медицинские сестры уточняли о возможности явки пациента. При невозможности посещения ПО пациенту назначался новый день и проводилась корректировка группы подлежащих прохождению ПО. В день прохождения ПО каждому пациенту

выдавалась разработанная маршрутная карта, с удобной логистикой по специалистам, где была указана последовательность прохождения кабинетов специалистов, начиная с первого. Таким образом, данная схема организации ПО уменьшила время ожидания у кабинетов врачей-специалистов за счет прохождения всех этапов ПО, исключая врача-педиатра, в соответствии с маршрутной картой выданной в регистратуре МО. После проведения ПО врачами специалистами и проведения инструментальных методов обследования пациенту назначается дата и время осмотра участковым врачом-педиатром.

13. Корпоративная культура, общие принципы профессиональной этики и основные правила поведения.

Мероприятия данного раздела были направлены на формирование положительного имиджа МО среди родителей пациентов детской поликлиники с помощью единообразного оформления информационных носителей, средств навигации, печатной продукции, интернет-сайта МО и брендирования.

Кроме того, в рамках Стандарта были описаны требования к обучению сотрудников навыкам бесконфликтного общения, приобретения гибких навыков в части профессиональной этики и деонтологии и правилам поведения, а также унификации моделей взаимодействия как между врачом и пациентом, так и во взаимоотношениях в медицинском коллективе. При этом, организация процесса обучения включала в себя анализ потребностей, планирование, формирование групп на обучение, разработку или согласование программы обучения, оценку эффективности обучения. Помимо этого, были разработаны речевые модули и алгоритм действий для сотрудников регистратуры МО, кабинета организации плановой помощи и врача.

14. Оценка пациентом работы поликлиники.

В рамках данного раздела Стандарта для оперативного мониторинга работы МО и получения обратной связи от пациентов был разработан сервис онлайн аудита TesMed. Посредством мобильных приложений и веб-сервиса проводилась оценка удовлетворенности пациентов качеством предоставленных медицинских

услуг, в том числе организацией медицинской помощью и условиями ее оказания в МО. Специализированный сервис TesMed позволял выявить основные причины низкого уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью и давал возможность руководителям МО своевременно решать возникающие проблемы, связанные с ее оказанием. Таким образом, благодаря интервьюированию пациентов можно определить основные проблемы происходящие в работе МО и оценить результативность принятых организаторами здравоохранения решений. Мероприятия Стандарта направлены на решения основных проблем, возникающих у пациентов и медицинского персона в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в МО Томской области.

В рамках Стандарта для оптимизации процессов и повышения результативности работы МО были применены принципы БП, позволяющие учесть особенности каждой МО и добиться конечной цели по их унификации и стандартизации. Мероприятия Стандарта были посвящены вопросам, касающимся созданию комфортной среды для пребывания в МО, доступности информации и достижения максимальной эффективности и эргономичности рабочего пространства, организации процесса оказания помощи, логистики потоков пациентов и вопросам преемственности как внутри МО, так и при взаимодействии с другими МО.

На втором этапе исследования для определения результативности разработанных мероприятий Стандарта в МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях детскому населению было проведено анкетирование родителей пациентов, что позволило оценить уровень их удовлетворенности оказанной медицинской помощью перед началом внедрения Стандарта и после его реализации.

Базой проведения данного исследования стали 24 МО Томской области (23 поликлиники, имеющие прикрепленное детское население, и одна клинико-диагностическая поликлиника ОГАУЗ «Областная детская больница»), участвующих в реализации Стандарта.

Анкетирование проводилось со всеми согласившимся родителями или законными представителями без учета критериев включения и исключения, соблюдая тем самым корректность. Данные анкет, которые не соответствовали критериям включения и исключения в исследование, обработке не подлежали. Выборка осуществлялась сплошным методом, при котором учитывались все анкеты заполненные в период исследования.

В качестве инструмента была использована анкета, одобренная Этическим комитетом ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России № 6177 от 06.11.2018 и размещенная на официальных сайтах МО в соответствии приказом ФФОМС от 11.06.2016 № 103 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», а также раздаваемая родителям пациентов при посещении МО страховыми представителями Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области (ТФОМС) — далее Анкета, для изучения уровня удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью (Приложение 3). Критерии включения: возраст респондентов старше 18 лет, обратившие в МО, оказывающие медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях. Критериями исключения являлись возраст респондентов моложе 18 лет и отсутствие 25% ответов в анкете.

К участию в исследовании привлекались родители и иные законные представители, общее количество которых составило 5545 человек (1910 респондентов до и 2729 — после внедрения новой модели, 906 — данные 2022 года). Из общего числа опрошенных 75,2 % составили женщины, 24,8 % — мужчины, что можно объяснить проведением опроса в детских поликлиниках, куда наиболее часто с детьми обращаются женщины. По возрасту интервьюированных распределение было следующим 3629 человека возрасте 18–39 лет (65,4 %), 1291 посетителей 40–59 лет (23,3 %) и 625 лиц 60 лет и старше (11,3 %).

Соотношение жителей города (4043 человека, 72,9 %) и сельской местности (1502 человек, 27,1 %) соответствовало модели распределения жителей Томской области.

Детальная характеристика респондентов, принимавших участие в опросе представлена в таблице 4.

Таблица 4 – Половозрастное распределение до и после внедрения Стандарта (в абсолютных числах)

Возраст	**2018**				**2019**				**2022***			
	Город		Село		Город		Село		Город		Село	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
18–39 лет	299	834	23	93	226	918	110	559	173	313	25	56
40–59 лет	118	271	7	37	82	251	45	210	55	100	44	71
60 лет и старше	54	150	6	18	36	143	42	107	9	11	19	30
Итого	**471**	**1255**	**36**	**148**	**344**	**1312**	**197**	**876**	**237**	**424**	**88**	**157**

Примечание: * – данные 6 МО Томской области, реализовавшие мероприятия Стандарта более чем на 75 % и 2 МО, не достигшие данный уровень реализации за 2022г.

Также на этом этапе проводился статистический анализ удовлетворенности родителей пациентов в 24 МО Томской области в период с 2018 по 2019 гг. После обработки информации, полученной от 4639 респондентов, была сформирована база данных. Стратификация была проведена по следующим признакам: статус населенного пункта (город, сельская местность), внедрение Стандарта (2018 — нет, 2019 — да), уровень реализации мероприятий ТПР (1 группа внедрено более 75 % мероприятий ТПР, 2 группа внедрено менее 75 %), что позволило провести анализ изменений в работе МО и их влияния на показатели удовлетворенности.

На третьем этапе изучалось влияние временного фактора реализации Стандарта на показатели удовлетворенности респондентов, при этом ответы на вопросы Анкеты последовательно стратифицировались в зависимости от длительности действия каждого мероприятия Стандарта на момент интервьюирования (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 месяцев). Сравнение осуществлялось

попарно в выборках со сроком реализации мероприятий с момента внедрения больше и меньше анализируемого значения. В качестве критерия результативности мероприятия Стандарта с позиции удовлетворенности было принято статистически значимое превышение доли положительных ответов в выборке с большей относительного заданного значения длительностью его действия.

На четвертом этапе была построена модель влияния факторов на общую оценку удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью. Для построения модели применялся пошаговый отбор включения переменных в уравнение прямой. В результате многофакторного анализа были выявлены параметры регрессионной модели, оказывающие наибольший вклад на уровень удовлетворенности медицинской помощью в целом. Также для подтверждения полученных результатов и возможности практического применения модели была проведена ее апробация на данных, не вошедших в исходную выборку. Так, качество модели оценивалось на основании данных полученных от родителей детей, которым была оказана медицинская помощь в амбулаторных условиях за 2022 год в 6 МО Томской области, реализовавшие мероприятия Стандарта более чем на 75 % (ОГАУЗ «Детская больница № 1», ОГАУЗ «Детская ГБ № 2», ОГАУЗ «Областная детская больница», ОГБУЗ «МСЧ № 2», ОГБУЗ «Первомайская РБ», ОГБУЗ «Шегарская РБ») и 2 МО, не достигшие данный уровень реализации (ОГБУЗ «Верхнекетская РБ», ОГАУЗ «Стрежевская ГБ»).

Было проанализировано 906 ответов респондентов и получены результаты применения модели для прогнозирования возникновения положительного отзыва при оценке удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью.

На заключительном этапе проведена оценка результатов внедрения Стандарта организации амбулаторной медицинской помощи, оказываемой детскому населению в деятельность медицинских организаций, сформулированы выводы и практические рекомендации.

Характеристика методов исследования, включенных в программу исследования.

1. В рамках исследования информация для анализа удовлетворенности медицинской помощью была получена в ходе опроса, проведённого методом анкетирования. Интервьюирование проводили с помощью анкеты, размещенной на официальных сайтах МО, а также раздаваемой родителям пациентов при посещении МО страховыми представителями ТФОМС (Приложение 3). Анкета включала несколько блоков вопросов, позволяющих изучить уровень удовлетворенности родителей пациентов рядом параметров оказания медицинской помощи. В первом блоке рассматривались вопросы, направленные на оценку отношения медицинских работников (доброжелательность, коммуникативный комфорт, грубость, раздражение, безразличие) и посещения врача в амбулаторных условиях (комфортность условий пребывания пациента в МО, компетентность медицинского персонала и т.д.). В следующем блоке проанализированы вопросы, связанные с удовлетворенностью временем ожидания (продолжительность ожидания при обращении в регистратуру и приема врача, длительность ожидания при записи к специалисту и на лабораторные и/или инструментальные исследования). Завершал анкету ключевой вопрос о результативности прохождения профилактических осмотров детей до 1 года (необходимо было дать субъективную оценку организации прохождения осмотра, эффективности назначенного лечения, а также достаточности обследования). Респондентам предлагался следующий диапазон ответов: «удовлетворен», «скорее удовлетворен», «скорее не удовлетворен», «не удовлетворен» и «затрудняюсь ответить». В качестве положительной оценки пациентом соответствующего параметра были выбраны ответы «удовлетворен», «скорее удовлетворен», а в качестве отрицательной — «скорее не удовлетворен», «не удовлетворен».

2. Аналитический метод использовался для исследования удовлетворенности потребителей качеством предоставления услуг. В данном случае применялись таблицы распределения по результатам анкетирования,

которые давали общее представление о факторах формирования единого мнения потребителей. Полученные результаты применены в формировании региональной модели организации профилактических осмотров детского населения для повышения удовлетворенности граждан.

3. Статистические методы исследования. Качественные признаки описаны в виде абсолютных и относительных частот встречаемости. Сравнение категориальных признаков выполнялось с помощью критерия χ^2. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета программ Statistica 13.0. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании был принят равным 0,05 (p — достигнутый уровень значимости).

4. Для получения уравнения и оценки вклада параметров удовлетворенности в общую оценку удовлетворённости родителей пациентов оказанной медицинской помощью использовался многофакторный анализ в модуле бинарной логистической регрессии при котором использовался ППП SPSS 26.0. Для построения модели применялся пошаговый отбор включения переменных в уравнение прямой с определением минимального набора предикторов по оценке значения коэффициента детерминации (R^2), показывающего долю влияния всех предикторов модели на дисперсию зависимой переменной. Адекватность полученной модели оценивали с помощью критериев Хосмера – Лемешева, Вальда. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Проверка значимости модели осуществлялась при помощи критерия χ^2. При значении $p < 0,05$ принималась гипотеза о согласованности модели. Интерпретация параметров логистической регрессии производилась на основе величины exp(b): если коэффициент b является положительным, то exp (b) больше 1, и шансы наступления прогнозируемого события возрастают, отрицательное значение коэффициента b указывает на снижение шансов (exp (b)). Чувствительность и специфичность предикторов оценивалась при помощи ROC-анализа. Количественная

интерпретация результатов проводилась по ROC-кривым с оценкой показателя AUC (Area under ROC curve — площадь под ROC-кривой).

ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Томская область входит в состав Сибирского федерального округа (СФО) и занимает по площади 314,4 тыс. км^2, а также включает в себя 4 города областного подчинения, 16 районов, 2 города районного подчинения, 1 рабочий посёлок (посёлок городского типа); 570 сельских населённых пунктов.

В период исследования в Томской области проживало 1077,4 тыс. человек (по состоянию на 01.01.2019), в том числе городское население составляло 781,2 тыс. человек (72,5 % общей численности области), сельское население — 296,2 тыс. человек (27,5 %). В общей численности населения Томской области доля лиц женского пола составляла 53,1 %, мужского пола — 46,9 %. Численность населения младше трудоспособного возраста составляла 206,4 тыс. человек (19,2 % от общей численности населения), трудоспособного — 619,2 тыс. человек (57,4 %), старше трудоспособного возраста — 251,8 тыс. человек (23,4 %). Следует отметить, что возрастная структура населения составляла: дети 0–14 лет — 18,0 %, подростки — 3,1 %, взрослые 18 лет и старше — 78,9 % населения области [90].

Численность детского населения Томской области в возрасте от 0 до 17 лет включительно по состоянию на 01.01.2019 составила 227 459 человек (0–14 лет — 195 766 человек или 86,1 %; 15–17 лет — 31 693 человек или 13,9 % от всей численности детского населения) [90].

По итогам за 2019 год, на территории Томской области родилось 10704 человек, умерло 12138 человек, в том числе детей до 1 года — 48 человек. Отмечалось, что показатель смертности в 2019 году стал выше по сравнению с 2018 годом коэффициент естественной убыли населения составил 1,4. Коэффициент рождаемости в 2019 году — 9,9 рождений на 1000 населения и снизился на 9,2% по сравнению с 2018 годом (10,9 рождений на 1000 населения), что на 2% ниже показателя по Российской Федерации (10,1 на 1000 населения) и на 5% ниже показателя по Сибирскому федеральному округу (10,4 на 1000 населения).

Коэффициент смертности населения вырос по сравнению с 2018 годом на 1,8% и составил 11,3 случаев смерти на 1000 населения (2018 год — 11,1), что ниже, чем тот же показатель по РФ (12,3) и СФО (12,9) на 8,8% и 14,2% соответственно (рисунок 2).

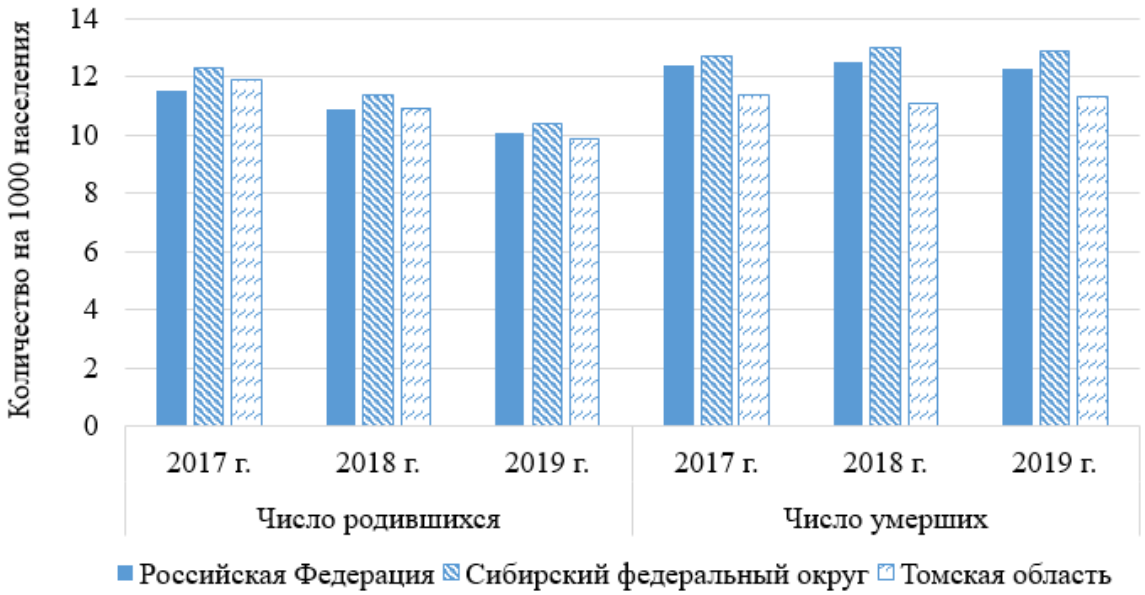

Рисунок 2 – Динамика показателей естественного движения населения в Томской области, Сибирском федеральном округе и Российской Федерации за 2017–2019 гг. (на 1 тыс. населения)

По данным Федеральной службы государственной статистики [90], в 2022 году в медицинских организациях Томской области трудились 23 564 человека, в том числе: в организациях федерального подчинения — 2750, подчинения субъекта РФ — 20 605, прочих министерств и ведомств — 209 человек. Из общего числа работников здравоохранения 4753 человек составляли врачи, в том числе в организациях федерального подчинения — 553 человек, в организациях подчинения субъекту РФ — 4131, прочих министерствах и ведомствах — 69 человек.

Анализ динамики обеспеченности врачебными кадрами в Томской области в период с 2015 по 2022 гг. показал положительную тенденцию. Рост показателя по

области в целом с 42,0 до 44,5 на 10 тыс. населения и по медицинским организациям подчинения МЗ РФ с 36,0 до 38,7 врачей на 10 тыс. населения.

Обеспеченность врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2022 году по сравнению с 2021 годом снизилась в 12 из 19 муниципальных образований области. Темпы снижения показателя к итогу 2021 года составили от 2,3 % в областном центре до 16,8 % в Шегарском районе. Увеличение показателей зарегистрированы в 7 муниципальных образованиях области, где темпы их роста составили от 2,4 % в Молчановском до 11,5 % в Кривошеинском районах. Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения в Томской области в 2022 году на 8,5% выше федерального норматива (41,0 на 10 тыс. населения). При этом, в сравнении с данными по СФО и РФ в целом, обеспеченность врачами в Томской области на 10 тыс. населения выше на 21,6% и 19,6% соответственно.

Обеспеченность врачами детских поликлиник Томской области, участвующих в исследовании в 2022 году, практически не изменилась, снижение показателя составило в целом с 36,1 до 35,1 на 10 тыс. детского населения в сравнении с 2015 годом. При этом в 9 МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях детям, отмечалось снижение показателя к итогу 2015 года, и составило от 0,4 % в Первомайской до 17,6 % в Лоскутовской районных больницах. Увеличение показателей зарегистрированы в 15 МО, где темпы их роста составили от 0,8 % в Кожевниковской до 83,3 % в Зырянской районных больницах (таблица 5). Обеспеченность врачами-педиатрами участковыми для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на 10 тыс. детского населения в Томской области по сравнению с 2021 годом в области увеличилась на 4,1% (с 10,65 в 2021 г. до 11,09 в 2022 г.), что обусловлено увеличением численности с 241 врачей в 2021 году до 243 — в 2022 году. При этом в сравнении с данными СФО и РФ в целом обеспеченность врачами-педиатрами участковыми в Томской области на 10 тыс. детского населения выше на 18,6 % и 17,9 % соответственно.

Из общего числа работников медицинских организаций 8 599 человек составлял средний медперсонал и лица без медицинского образования, занимающие должности среднего медицинского персонала, в том числе в организациях федерального подчинения — 964, в организациях подчинения субъекту РФ — 7 560, прочих министерствах и ведомствах — 75.

Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения составляла в 2022 году 75,9, что ниже федерального норматива (114,3 на 10 тыс. населения) на 33,6 %.

Обеспеченность средним медицинским персоналом, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2022 году по сравнению с 2021 годом снизилась в 13 из 19 муниципальных образований области. Темпы снижения показателя к итогу 2021 года составили от 1,9 % в Асиновском до 13,8 % в Томском районах. Максимальное, на 11,3 %, увеличение показателя зарегистрировано в г. Кедровый.

Обеспеченность средним медицинским персоналом детских поликлиник Томской области, участвующих в исследовании в 2022 году, по сравнению с 2015 годом уменьшилась на 6,6 % и составила 36,7 на 10 000 детского населения. Обеспеченность средним медицинским персоналом в 2022 году по сравнению с 2015 годом снизилась в 10 из 24 МО, темпы снижения показателя к итогу 2015 года составили от 0,4 % в Первомайском до 33,9 % в Верхнекетской районных больницах. Увеличение показателей зарегистрированы в 14 МО, где темпы их роста составили от 1,1 % в Тегульдетской районной больнице до 109,9 % в поликлинике ТНЦ СО РАН (таблица 5).

В свою очередь, укомплектованность врачебными кадрами в 2022 году составляла 63,5 %, занятыми врачебными должностями — 83,1 % при коэффициенте совместительства 1,4 (в организация подчинения субъекта РФ: укомплектованность кадрами составляет 62,1 %, занятыми должностями — 82,6 % при коэффициенте совместительства 1,4). Укомплектованность врачами в 2022 году в сравнении с 2021 годом увеличилась на 8,0 %.

Укомплектованность врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2022 году по сравнению 2021 годом в среднем по области увеличилась. Стабильно низкими, менее 60,0 %, остаются показатели укомплектованности врачами в Кожевниковском (50,3 %), Зырянском (53,5 %), Асиновском (55,6 %) районах, городах Кедровый (54,5 %) и Стрежевом (57,3 %). Максимальный показатель укомплектованности зарегистрирован в Парабельском районе (84,1 %). Следует отметить, что обеспеченность врачами в медицинских организациях подчинения субъекту РФ увеличилась в 2022 году до 22,3 врачей на 10 тыс. населения или 6,2 %.

Укомплектованность врачами детских поликлиник Томской области, участвующих в исследовании в 2022 году, по сравнению с 2015 годом увеличилась на 5,9% и составила 65,2 %, низкими показателями укомплектованности врачами остаются в Асиновской (44,0 %), Верхнекетской (46,5 %), Кожевниковской (48,0 %), Кривошеинской (57,1 %), Каргасовской (58,3 %) районных больницах и в Стрежевской городской больнице (56,0 % — таблица 6). Укомплектованность врачами-педиатрами участковыми в 2022 году в сравнении с 2021 годом увеличилась на 2,4 % и составляла 100 %, однако неукомплектованными остаются медицинские организации Асиновского (87,5 %) и Тегульдетского районов (61,5%), а также и г. Стрежевого (76,2%). Стоит отметить, что укомплектованность врачами-педиатрами участковыми в Томской области превышает показатели по СФО и РФ в целом на 13,7 % и 12,5 % соответственно.

Укомплектованность кадрами среднего медицинского персонала составляла 64,5 %, занятыми должностями — 82,0 % при коэффициенте совместительства 1,3, в организация подчинения субъекта РФ: укомплектованность кадрами составляет 63,4 %, занятыми должностями — 81,4 % при коэффициенте совместительства 1,4.

Укомплектованность средним медицинским персоналом, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2022 году по сравнению 2021 годом в среднем по области снизилась. Снижение показателей зарегистрировано в одиннадцати муниципальных районах области. Темпы их

снижения к итогу 2021 года составили от 1,4 % в Асиновском до 9,2 % в Кожевниковском районах. Стабильно низкими, менее 70,0 %, остаются показатели укомплектованности средним медицинским персоналом в Асиновском (68,0 %), Зырянском (69,1 %), Кожевниковском (59,4 %), Кривошеинском (65,2 %) и Первомайском (63,7 %) районах, в городе Стрежевом (64,5 %) и областном центре (63,5 %). Максимальный показатель укомплектованности средним медицинским персоналом зарегистрирован в Парабельском районе (84,2 %), минимальный показатель — в г. Кедровом (44,4 %).

Укомплектованность средним медицинским персоналом в детских поликлиниках Томской области участвующих в исследовании в 2022 году по сравнению с 2015 году увеличилась на 1,0 % (с 54,6 % до 55,6 %), однако неукомплектованными остаются 13 из 24 МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, самыми низкими показатели остаются у организаций: детская больница № 1 (52,3 %), детская городская больница № 2 (46,9 %), МСЧ № 2 (50,0 %) и областная детская больница (57,1% — таблица 6).

Число посещений в МО, оказывающую помощь в амбулаторных условиях в 2022 году увеличилось на 1,4 % по сравнению с 2021 годом. Число посещений на одного жителя в Томской области по поводу заболевания увеличилось на 1,1 % и составляло 4759,9 на 1000 населения, с профилактическими и иными целями — на 2,0 % и составила 2546,9 на 1000 населения. Структура посещений в 2022 году была распределена следующим образом: 65,1 % составили посещения по поводу заболевания, 34,9 % составили с профилактической и иными целями. В 2022 году показатель по Томской области на 3,9 % ниже, чем в среднем по Сибирскому федеральному округу и на 7,6 % ниже показателя по Российской Федерации.

Таблица 5 – Обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом детских поликлиник и детских поликлинических подразделений Томской области за 2015–2022 гг. на 10 тыс. детского населения (в ‰)

	2015		2016		2017		2018	
	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал
ОГАУЗ «Детская больница № 1»	69,19	102,32	65,30	102,96	60,89	88,78	67,72	91,97
ОГАУЗ «Детская ГБ № 2»	32,37	35,49	32,43	35,85	34,43	36,53	34,77	34,61
ОГБУЗ «МСЧ № 2»	14,46	6,99	13,78	5,97	15,38	5,88	14,70	6,68
ОГБУЗ «Поликлиника ТНЦ СО РАН»	11,03	5,51	14,42	6,18	12,29	8,78	14,12	6,28
ОГАУЗ «Областная детская больница»	2,47	3,03	2,42	2,78	2,33	2,73	2,39	2,70
ОГАУЗ «Александровская РБ»	25,71	15,42	25,16	15,10	25,30	15,18	25,81	15,49
ОГБУЗ «Асиновская РБ»	17,79	6,35	14,93	7,46	15,90	7,34	14,74	7,37
ОГБУЗ «Бакчарская РБ»	20,18	10,09	20,49	10,25	20,39	10,19	23,18	10,30
ОГБУЗ «Верхнекетская РБ»	16,36	13,63	16,12	13,43	18,83	13,45	18,72	10,70
ОГБУЗ «Зырянская РБ»	9,95	9,95	13,39	10,04	19,91	9,95	20,05	10,03
ОГБУЗ «Каргасокская РБ»	17,92	5,97	20,03	6,01	22,03	6,01	22,24	10,11
ОГАУЗ «Кожевниковская РБ»	12,35	12,35	14,16	12,14	13,96	11,96	14,00	10,00
ОГАУЗ «Колпашевская РБ»	19,87	12,15	21,84	13,10	19,50	13,00	21,69	10,85
ОГАУЗ «Кривошеинская РБ»	10,29	6,86	10,22	6,81	13,38	6,69	10,06	6,71
ОГБУЗ «Молчановская РБ»	16,42	6,57	16,36	6,54	19,55	9,78	19,37	6,46
ОГБУЗ «Парабельская РБ»	16,29	9,78	19,26	6,42	19,00	9,50	15,68	9,41
ОГБУЗ «Первомайская РБ»	14,62	4,87	14,68	4,89	14,48	4,83	14,47	4,82
ОГБУЗ «Тегульдетская РБ»	23,78	17,84	24,01	18,01	24,26	18,19	24,49	24,49
ОГАУЗ «Томская РБ»	19,44	9,72	20,42	12,57	21,89	9,38	24,88	10,25
ОГАУЗ «Светленская РБ»	12,66	14,07	12,44	13,82	14,83	12,13	15,90	9,28
ОГБУЗ «Лоскутовская РП»	14,17	12,15	13,62	11,68	14,47	9,04	12,02	12,02
ОГБУЗ «Чаинская РБ»	26,39	15,08	19,02	11,41	19,16	11,49	19,43	11,66
ОГБУЗ «Шегарская РБ»	19,81	7,43	19,87	7,45	22,15	9,84	24,78	9,91
ОГАУЗ «Стрежевская ГБ»	14,46	9,29	15,33	10,22	12,25	11,23	13,22	11,19
Всего	**36,11**	**39,33**	**35,33**	**38,84**	**35,69**	**37,26**	**36,27**	**36,85**

Продолжение таблицы 5

	2019		2020		2021		2022	
	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал
ОГАУЗ «Детская больница № 1»	64,85	95,68	68,91	98,91	66,44	98,47	65,77	93,54
ОГАУЗ «Детская ГБ № 2»	35,69	38,90	37,63	38,62	37,87	38,55	36,10	39,02
ОГБУЗ «МСЧ № 2»	16,49	5,79	16,70	6,50	16,47	6,30	19,46	6,32
ОГБУЗ «Поликлиника ТНЦ СО РАН»	14,87	10,41	15,10	9,61	15,80	10,53	15,44	11,58
ОГАУЗ «Областная детская больница»	2,29	2,51	2,28	2,41	2,25	2,25	2,10	2,36
ОГАУЗ «Александровская РБ»	25,83	15,50	20,64	15,48	15,92	15,92	23,45	17,58
ОГБУЗ «Асиновская РБ»	13,72	7,48	16,16	7,46	13,61	7,42	16,28	6,78
ОГБУЗ «Бакчарская РБ»	21,37	8,01	16,04	6,01	19,35	11,06	23,33	11,67
ОГБУЗ «Верхнекетская РБ»	18,68	10,67	18,10	10,34	15,31	7,66	15,03	9,02
ОГБУЗ «Зырянская РБ»	17,18	10,31	17,82	10,69	18,12	7,25	18,24	7,30
ОГБУЗ «Каргасокская РБ»	18,57	10,32	20,37	10,18	14,34	10,24	15,80	11,29
ОГАУЗ «Кожевниковская РБ»	13,94	7,97	10,11	10,11	12,15	10,12	12,45	10,38
ОГАУЗ «Колпашевская РБ»	18,13	11,73	19,64	14,18	17,57	14,28	21,87	17,77
ОГАУЗ «Кривошеинская РБ»	17,01	10,20	17,66	10,60	17,89	10,73	14,61	10,96
ОГБУЗ «Молчановская РБ»	19,04	6,35	22,05	6,30	18,33	9,16	20,10	10,05
ОГБУЗ «Парабельская РБ»	18,99	9,49	12,22	9,16	14,93	8,96	17,24	10,34
ОГБУЗ «Первомайская РБ»	14,70	4,90	14,92	4,97	15,08	5,03	14,57	4,86
ОГБУЗ «Тегульдетская РБ»	23,97	17,97	28,25	16,95	26,82	16,09	24,04	18,03
ОГАУЗ «Томская РБ»	25,95	10,09	22,42	8,41	20,25	10,13	22,62	11,31
ОГАУЗ «Светленская РБ»	13,48	13,48	13,19	13,19	13,08	10,46	18,33	11,79
ОГБУЗ «Лоскутовская РП»	14,05	9,37	12,71	11,30	11,06	9,68	11,67	10,37
ОГБУЗ «Чаинская РБ»	23,70	11,85	24,00	12,00	24,09	12,04	22,40	11,20
ОГБУЗ «Шегарская РБ»	30,14	10,05	27,81	10,11	22,48	9,99	22,17	9,85
ОГАУЗ «Стрежевская ГБ»	15,28	10,19	17,92	11,95	16,15	9,69	16,33	10,50
Всего	**36,45**	**38,42**	**36,63**	**37,95**	**35,54**	**36,82**	**35,13**	**36,73**

Таблица 6 – Укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом детских поликлинических подразделений Томской области за 2015–2022 гг. (в %).

	2015		2016		2017		2018	
	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал
ОГАУЗ «Детская больница № 1»	67,1	53,1	65,6	57,3	59,0	50,3	66,7	52,9
ОГАУЗ «Детская ГБ № 2»	59,3	49,8	60,0	50,8	63,4	51,8	67,2	53,0
ОГБУЗ «МСЧ № 2»	42,8	44,1	43,0	38,2	48,1	38,2	46,6	44,1
ОГБУЗ «Поликлиника ТНЦ СО РАН»	45,7	50,0	59,6	52,2	56,0	100,0	62,1	51,6
ОГАУЗ «Областная детская больница»	69,7	60,6	69,7	59,7	68,4	59,7	71,1	60,2
ОГАУЗ «Александровская РБ»	74,1	100,0	80,0	100,0	87,0	100,0	87,0	85,7
ОГБУЗ «Асиновская РБ»	43,8	48,8	38,4	58,5	41,6	64,9	39,7	80,0
ОГБУЗ «Бакчарская РБ»	72,7	100,0	61,5	100,0	61,5	80,0	69,2	80,0
ОГБУЗ «Верхнекетская РБ»	57,1	100,0	57,1	100,0	66,7	100,0	66,7	94,1
ОГБУЗ «Зырянская РБ»	34,3	100,0	48,5	100,0	75,0	100,0	75,0	100,0
ОГБУЗ «Каргасокская РБ»	75,0	100,0	83,3	100,0	81,5	75,0	81,5	100,0
ОГАУЗ «Кожевниковская РБ»	48,0	100,0	51,9	100,0	51,9	100,0	56,0	100,0
ОГАУЗ «Колпашевская РБ»	48,6	100,0	53,3	100,0	47,4	100,0	63,5	100,0
ОГАУЗ «Кривошеинская РБ»	48,0	100,0	46,2	100,0	66,7	100,0	50,0	100,0
ОГБУЗ «Молчановская РБ»	90,9	100,0	87,0	100,0	82,8	100,0	72,7	100,0
ОГБУЗ «Парабельская РБ»	52,6	100,0	63,2	66,7	63,2	100,0	58,8	100,0
ОГБУЗ «Первомайская РБ»	64,9	100,0	66,7	100,0	66,7	100,0	66,7	100,0
ОГБУЗ «Тегульдетская РБ»	69,6	100,0	69,6	85,7	76,2	85,7	76,2	114,3
ОГАУЗ «Томская РБ»	77,4	85,7	74,3	88,9	80,0	66,7	82,9	87,5
ОГАУЗ «Светленская РБ»	60,0	100,0	80,0	100,0	86,3	90,0	94,1	70,0
ОГБУЗ «Лоскутовская РП»	84,8	85,7	84,8	85,7	97,0	71,4	73,7	77,8
ОГБУЗ «Чаинская РБ»	68,3	100,0	48,8	75,0	51,3	75,0	54,1	85,7
ОГБУЗ «Шегарская РБ»	55,2	100,0	59,3	100,0	73,5	100,0	83,3	100,0
ОГАУЗ «Стрежевская ГБ»	53,8	85,7	57,7	95,2	46,2	100,0	47,3	100,0
Всего	**59,3**	**54,6**	**60,2**	**57,4**	**60,6**	**55,9**	**63,6**	**57,2**

Продолжение таблицы 6

	2019		2020		2021		2022	
	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал	врачи	средний медперсонал
ОГАУЗ «Детская больница № 1»	64,9	57,4	66,9	55,1	64,9	57,4	66,9	55,1
ОГАУЗ «Детская ГБ № 2»	68,2	51,0	70,0	49,3	68,2	51,0	70,0	49,3
ОГБУЗ «МСЧ № 2»	51,7	38,2	56,9	41,2	51,7	38,2	56,9	41,2
ОГБУЗ «Поликлиника ТНЦ СО РАН»	67,8	90,3	84,6	90,3	67,8	90,3	84,6	90,3
ОГАУЗ «Областная детская больница»	68,4	56,3	68,4	54,3	68,4	56,3	68,4	54,3
ОГАУЗ «Александровская РБ»	87,0	100,0	76,2	100,0	87,0	100,0	76,2	100,0
ОГБУЗ «Асиновская РБ»	36,7	80,0	55,3	80,0	36,7	80,0	55,3	80,0
ОГБУЗ «Бакчарская РБ»	62,7	60,0	59,3	66,7	62,7	60,0	59,3	66,7
ОГБУЗ «Верхнекетская РБ»	66,7	94,1	65,1	94,1	66,7	94,1	65,1	94,1
ОГБУЗ «Зырянская РБ»	90,9	100,0	90,9	100,0	90,9	100,0	90,9	100,0
ОГБУЗ «Каргасокская РБ»	72,0	100,0	80,0	100,0	72,0	100,0	80,0	100,0
ОГАУЗ «Кожевниковская РБ»	56,0	80,0	40,0	100,0	56,0	80,0	40,0	100,0
ОГАУЗ «Колпашевская РБ»	58,6	100,0	70,6	100,0	58,6	100,0	70,6	100,0
ОГАУЗ «Кривошеинская РБ»	74,1	100,0	74,1	100,0	74,1	100,0	74,1	100,0
ОГБУЗ «Молчановская РБ»	72,7	100,0	77,8	100,0	72,7	100,0	77,8	100,0
ОГБУЗ «Парабельская РБ»	63,2	100,0	44,4	100,0	63,2	100,0	44,4	100,0
ОГБУЗ «Первомайская РБ»	66,7	100,0	68,6	100,0	66,7	100,0	68,6	100,0
ОГБУЗ «Тегульдетская РБ»	76,2	85,7	95,2	85,7	76,2	85,7	95,2	85,7
ОГАУЗ «Томская РБ»	83,7	87,5	68,1	66,7	83,7	87,5	68,1	66,7
ОГАУЗ «Светленская РБ»	78,4	100,0	78,4	100,0	78,4	100,0	78,4	100,0
ОГБУЗ «Лоскутовская РП»	85,7	66,7	94,7	88,9	85,7	66,7	94,7	88,9
ОГБУЗ «Чаинская РБ»	72,7	75,0	72,7	75,0	72,7	75,0	72,7	75,0
ОГБУЗ «Шегарская РБ»	90,6	100,0	86,3	100,0	90,6	100,0	86,3	100,0
ОГАУЗ «Стрежевская ГБ»	54,5	95,2	54,5	95,2	54,5	95,2	54,5	95,2
Всего	**64,0**	**57,5**	**65,7**	**57,0**	**64,0**	**57,5**	**65,7**	**57,0**

Таблица 7 – Структура посещений МО Томской области на 1000 детского населения за 2015-2022 гг. области (в ‰)

	2015 год			2016 год			2017 год			2018 год		
	всего	из них:		всего	из них:		всего	из них:		всего	из них:	
		по поводу заболеваний	с профи-лактической целью		по поводу заболеваний	с профи-лактической целью		по поводу заболеваний	с профи-лактической целью		по поводу заболеваний	с профи-лактической целью
Александровский	15483,8	8421,6	7062,2	18052,8	9530,4	8522,4	18303,6	8935,7	9367,9	19485,3	10074,9	9410,4
Асиновский	14139,9	7151,2	6988,7	13327,1	7409,7	5917,4	12917,8	7816,7	5101,1	14129,0	7724,6	6404,3
Бакчарский	12683,6	6386,2	6297,4	12357,7	6761,3	5596,4	12362,2	6472,1	5890,1	11836,3	5413,7	6422,6
Верхнекетский	16654,9	6555,3	10099,5	15017,2	6876,4	8140,8	13754,7	7223,0	6531,7	14355,2	7034,2	7320,9
Зырянский	16517,9	7299,6	9218,3	15428,9	6066,3	9362,6	13079,3	5801,3	7278,0	13411,4	5952,5	7458,9
Каргасокский	14556,8	7205,1	7351,7	12206,7	7158,5	5048,3	12610,3	7716,6	4893,7	15204,0	8243,7	6960,4
Кожевниковский	11209,5	5200,0	6009,5	10220,9	5042,9	5178,0	10800,8	4753,3	6047,5	11288,3	5532,7	5755,6
Колпашевский	16481,4	7571,5	8909,9	14581,0	8283,2	6297,7	12770,4	8500,8	4269,7	11680,7	7883,2	3797,5
Кривошеинский	15144,4	7515,8	7628,6	11217,0	4781,9	6435,1	11813,7	4811,4	7002,3	14038,2	4453,2	9585,0
Молчановский	16243,3	9705,1	6538,3	14346,5	6032,4	8314,1	11847,2	5315,7	6531,4	10484,3	5897,0	4587,3
Парабельский	14557,8	6389,7	8168,1	16043,3	7479,0	8564,4	15952,5	7374,0	8578,5	11880,8	8122,3	3758,5
Первомайский	12678,6	5277,0	7401,6	12377,2	5766,1	6611,1	11504,0	5281,9	6222,1	9777,9	4485,2	5292,7
Тегульдетский	17088,0	8019,6	9068,4	16656,7	7834,9	8821,7	16052,2	6875,1	9177,1	15145,1	6219,8	8925,3
Томский	15115,2	7066,4	8048,8	14596,2	7227,1	7369,1	14478,6	7194,7	7283,9	13742,1	6414,3	7327,7
Чаинский	17362,2	6577,1	10785,1	16993,2	6061,6	10931,5	13801,1	6300,4	7500,8	12146,9	5311,6	6835,3
Шегарский	11874,7	6372,7	5502,0	10662,5	6193,2	4469,3	12703,2	6159,7	6543,6	12179,4	5158,1	7021,3
г. Стрежевой	10206,0	6581,5	3624,5	11076,4	5611,9	5464,5	11360,7	6796,2	4564,6	10363,7	5591,0	4772,7
г. Кедровый	11269,5	7377,7	3891,8	11427,5	7269,0	4158,5	9950,9	5618,7	4332,2	6974,0	3305,8	3668,2
г. Томск	16875,0	8203,9	8671,1	16289,2	8222,7	8066,5	16407,9	8311,0	8096,8	16203,8	8192,9	8010,9
Томская область	**15967,9**	**7893,9**	**8074,1**	**15448,2**	**7915,1**	**7533,1**	**16692,0**	**8926,4**	**7765,6**	**14821,4**	**7642,4**	**7179,0**
в т ч в МО подчинения МЗ РФ	14207,9	6922,8	7285,1	13625,9	6868,5	6757,5	13546,2	6971,4	6574,8	13343,8	6771,8	6572,0

Продолжение таблицы 7

	2019 год			2020 год			2021 год			2022 год		
	всего	из них:		всего	из них:		всего	из них:		всего	из них:	
		по поводу заболеваний	с профи-лактической целью		по поводу заболеваний	с профи-лактической целью		по поводу заболеваний	с профи-лактической целью		по поводу заболеваний	с профи-лактической целью
Александровский	14207,6	7171,0	7036,7	12247,7	7167,2	5080,5	12586,2	8221,8	4364,5	12946,7	9235,6	3711,0
Асиновский	14297,3	8065,6	6231,7	9165,5	5665,1	3500,4	11859,9	6511,7	5348,2	14238,3	8227,2	6011,1
Бакчарский	13782,9	5855,1	7927,9	10029,4	4767,7	5261,7	12203,7	5383,9	6819,8	11397,3	5920,1	5477,2
Верхнекетский	13668,6	7107,0	6561,6	9228,5	5260,3	3968,2	10215,1	6639,7	3575,4	12943,5	6977,5	5966,0
Зырянский	14390,7	6090,4	8300,3	8255,5	4158,9	4096,6	11043,9	5929,7	5114,2	11631,5	5783,3	5848,2
Каргасокский	16354,7	7895,6	8459,1	10163,5	5368,6	4794,9	13333,1	7437,3	5895,7	16716,2	8735,8	7980,4
Кожевниковский	10469,6	4445,1	6024,5	6299,6	2694,0	3605,6	9694,3	4391,7	5302,6	9094,4	3943,1	5151,3
Колпашевский	10246,3	7068,9	3177,4	9766,6	6458,2	3308,5	11317,8	5658,9	5658,9	15896,5	9573,2	6323,4
Кривошеинский	14588,8	5133,3	9455,4	9592,0	3887,7	5704,3	11772,1	4578,2	7193,9	12917,5	4674,2	8243,2
Молчановский	9016,8	5087,6	3929,2	5453,4	3269,7	2183,7	7249,5	4561,1	2688,5	8601,0	5505,9	3095,1
Парабельский	12731,0	7836,1	4894,9	9864,1	6128,0	3736,1	9643,0	4900,0	4743,0	13027,6	6020,7	7006,9
Первомайский	10191,8	5064,4	5127,4	8628,8	5203,6	3425,2	8818,5	5372,3	3446,2	7790,7	3972,3	3818,4
Тегульдетский	16928,1	6779,5	10148,6	10075,7	4520,3	5555,4	7688,8	4003,8	3685,1	10405,6	4685,1	5720,6
Томский	14225,2	6554,6	7670,5	10499,7	5549,0	4950,8	12040,7	7012,6	5028,1	11674,1	6022,5	5651,6
Чаинский	13891,4	6210,5	7680,9	7969,2	4879,6	3089,6	11800,5	5432,4	6368,1	10317,3	5153,8	5163,5
Шегарский	11640,6	4930,7	6709,9	7142,4	4253,1	2889,3	9390,2	5629,5	3760,7	9301,1	6062,3	3238,7
г. Стрежевой	10942,1	5631,8	5310,4	9271,4	5457,2	3814,2	8702,8	4987,0	3715,8	9445,0	5266,0	4179,1
г. Кедровый	8400,0	4787,6	3612,4	2657,0	1609,8	1047,2	8745,5	4872,7	3872,7	11664,6	7433,8	4230,8
г. Томск	16772,1	8578,7	8193,4	12192,3	6657,7	5534,6	14391,1	7671,5	6719,6	15456,0	8085,8	7370,3
Томская область	**13697,0**	**6947,3**	**6749,6**	**9883,7**	**5452,4**	**4431,3**	**11681,4**	**6293,8**	**5387,6**	**12535,3**	**6623,9**	**5911,4**
в т ч в МО подчинения МЗ РФ	13697,0	6947,3	6749,6	9883,7	5452,4	4431,3	11681,4	6293,8	5387,6	12535,3	6623,9	5911,4

Обращаемость детского населения в МО в 2022 году, в среднем по области снизилась на 21,5 % по сравнению с 2015 годом. Снижение показателей зарегистрировано в шестнадцати из 19 муниципальных образований области, включая областной центр.

Минимальный показатель посещаемости врачей детским населением зарегистрирован в Первомайском районе (7790,7 на 1000 детского населения), максимальный — в Каргасокском районе (16716,2 на 1000 детского населения).

Число посещений с профилактическими целями в среднем по области снизилось на 26,8%. Снижение показателей зарегистрировано в 15 из 19 муниципальных образований области, включая областной центр. Минимальный показатель посещаемости врачей с профилактическими целями детским населением зарегистрирован в Молчановском районе (3095,1 на 1000 детского населения), максимальный — в Кривошеинском районе (8243,2 на 1000 детского населения — таблица 7). В 2022 году число посещений детей в возрасте 0–17 лет в МО Томской области на 3,3 % выше показателя по Сибирскому федеральному округу и на 1,6 % ниже показателя по РФ.

Уровень общей заболеваемости детского населения Томской области по итогам 2022 года составил 1848,8 случая заболеваний на 1000 детского населения. Это на 14,1 % ниже показателя за 2015 год (2215,1 случая на 1000 соответствующего населения). Наибольшее количество зарегистрированных случаев в показателе общей заболеваемости среди детского населения Томской области в 2022 году выявлено по следующим нозологиям: болезни органов дыхания (55,6 %), болезни органов пищеварения (8,3), болезни глаза и его придаточного аппарата (4,6 %), таблица 8. Стоит отметить, что уровень общей заболеваемости детского населения в возрасте 0–17 лет в Томской области по итогам 2022 года ниже показателей по СФО и РФ в целом на 14,3 % и 21,1 % соответственно (рисунок 3).

Уровень первичной заболеваемости детского населения в возрасте 0–17 лет в Томской области по итогам 2022 года составил 1481,2 случай заболеваний на 1000

детского населения и по сравнению с 2015 годом снизился на 14,6 % (1734,0 случая на 1000 соответствующего населения, таблица 9).

Рисунок 3 – Динамика общей заболеваемости детского населения в возрасте 0–17 лет в Томской области (в ‰)

При этом максимальное снижение первичной заболеваемости детского населения в Томской области отмечается по следующим классам: болезни глаза и его придаточного аппарата (58,4 %), болезни нервной системы (55,7 %), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (53,4 %). При сравнении уровня первичной заболеваемости детского населения в Томской области, СФО и в РФ в целом по итогам 2022 года выявлено, что показатели заболеваемости в регионе ниже на 9,4 % и 15,5 % соответственно (рисунок 4).

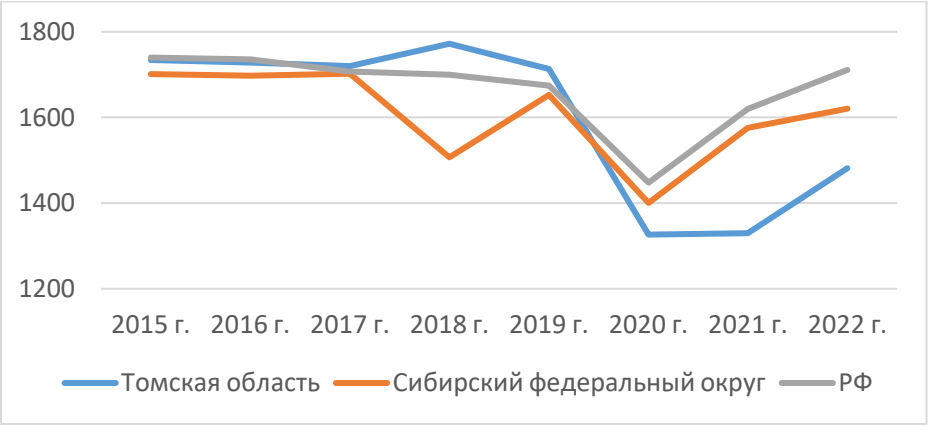

Рисунок 4 – Динамика первичной заболеваемости детского населения в возрасте 0–17 лет в Томской области (в ‰)

Таблица 8 – Общая заболеваемость на 1000 детского населения Томской области в возрасте 0–17 лет в 2015–2022 гг. (в абсолютных числах, %)

Классы болезней по МКБ-10	**2015 г.**	**2016 г.**	**2017 г.**	**2018 г.**	**2019 г.**	**2020 г.**	**2021 г.**	**2022 г.**	**Отклонение, %**
I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	100,5	103,0	98,1	92,7	93,3	58,3	56,1	72,6	-27,8
II Новообразования	9,1	9,1	9,6	10,7	10,4	7,0	6,1	8,3	-8,8
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14,7	15,7	15,3	16,2	16,3	11,7	11,6	13,4	-8,8
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	60,3	64,9	57,5	56,3	61,4	44,8	43,8	50,0	-17,1
V Психические расстройства и расстройства поведения	55,3	48,8	43,7	41,8	43,5	41,3	38,5	39,0	-29,5
VI Болезни нервной системы	103,8	100,6	93,6	91,9	90,1	50,0	51,5	58,4	-43,7
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата	129,5	132,8	126,6	138,1	139,1	78,9	80,5	84,4	-34,8
VIII Болезни уха и сосцевидного отростка	55,5	55,6	52,6	56,0	52,8	35,6	31,7	37,8	-31,9
IX Болезни системы кровообращения	14,4	14,9	13,8	13,6	15,9	9,6	8,0	9,9	-31,3
X Болезни органов дыхания	1092,3	1118,8	1116,3	1153,5	1168,1	933,3	949,7	1027,3	-6,0
XI Болезни органов пищеварения	177,8	184,6	196,9	213,5	221,7	179,4	160,0	153,7	-13,6
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки	82,8	76,0	75,9	70,2	72,0	58,0	55,1	61,2	-26,1
XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	88,7	90,6	86,3	99,9	99,7	61,4	58,0	62,0	-30,1
XIV Болезни мочеполовой системы	52,6	48,5	45,3	44,2	44,2	29,3	26,9	27,5	-47,7
XVI Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	7,2	7,4	7,5	7,6	6,6	5,1	4,8	3,9	-45,8
XVII Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	29,2	29,0	27,2	28,5	27,3	19,0	16,3	17,8	-39,0
XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	64,4	61,0	62,9	63,8	67,6	53,5	45,6	47,7	-25,9
Всего по Томской области	**2151,2**	**2168,2**	**2143,4**	**2215,1**	**2244,9**	**1712,6**	**1700,2**	**1848,8**	**-14,1**
Сибирский федеральный округ	**2189,3**	**2200,4**	**2206,7**	**1953,2**	**2182,2**	**1868,1**	**2067,1**	**2112,4**	**-3,5**
РФ	**2242,9**	**2250,3**	**2215,7**	**2207,5**	**2202,1**	**1941,8**	**2132,4**	**2238,7**	**-0,2**

Таблица 9 – Первичная заболеваемость на 1000 детского населения Томской области в возрасте 0–17 лет в 2015–2022 гг. (в абсолютных числах, %)

Классы болезней по МКБ-10	**2015 г.**	**2016 г.**	**2017 г.**	**2018 г.**	**2019 г.**	**2020 г.**	**2021 г.**	**2022 г.**	**Отклонение, %**
I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	92,0	95,2	90,0	83,0	84,5	53,5	51,2	66,9	-27,3
II Новообразования	5,9	5,8	5,3	6,2	5,5	3,6	2,8	4,2	-28,8
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	8,8	9,9	9,4	9,9	10,3	6,7	6,5	7,7	-12,5
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	28,5	27,7	24,9	27,3	26,6	12,3	11,5	14,2	-50,2
V Психические расстройства и расстройства поведения	10,4	9,9	8,0	7,8	9,7	8,8	8,7	8,1	-22,1
VI Болезни нервной системы	50,8	46,2	38,9	49,3	47,1	20,4	18,9	22,5	-55,7
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата	74,1	71,3	73,1	69,3	52,0	31,3	29,0	30,8	-58,4
VIII Болезни уха и сосцевидного отростка	51,2	51,2	48,7	52,0	48,7	32,1	28,2	33,5	-34,6
IX Болезни системы кровообращения	8,3	7,8	7,0	6,9	8,6	4,2	3,2	4,5	-45,8
X Болезни органов дыхания	1042,1	1070,0	1070,6	1106,2	1105,8	897,8	908,2	994,6	-4,6
XI Болезни органов пищеварения	101,5	99,9	108,2	114,2	86,4	69,0	73,4	71,7	-29,4
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки	73,7	64,6	63,0	55,8	58,2	45,3	42,5	50,2	-31,9
XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	55,4	49,5	48,9	56,7	47,6	24,2	20,2	25,8	-53,4
XIV Болезни мочеполовой системы	35,4	33,8	31,1	30,9	27,1	18,6	16,9	17,3	-51,1
XVI Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	7,2	7,4	7,5	7,6	6,6	5,1	4,8	3,9	-45,8
XVII Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	12,1	11,3	10,2	11,3	9,0	5,9	4,9	6,6	-45,5
XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	64,0	61,0	62,9	63,8	67,6	53,5	45,6	47,7	-25,5
Всего по Томской области	**1734,0**	**1727,8**	**1720,0**	**1772,1**	**1713,4**	**1326,4**	**1329,6**	**1481,2**	**-14,6**
Сибирский федеральный округ	**1701,5**	**1697,2**	**1702,1**	**1506,7**	**1652,4**	**1400,4**	**1575,8**	**1620,6**	**-4,8**
РФ	**1739,8**	**1735,7**	**1707,2**	**1699,4**	**1674,4**	**1447,7**	**1619,7**	**1711,2**	**-1,6**

Резюме

Проведенный анализ медико-демографической ситуации Томской области, Сибирского федерального округа и РФ в целом свидетельствует о естественной убыли населения, что связано со снижением числа родившихся граждан и ростом смертности.

Анализ кадровой ситуации в государственной системе здравоохранения показал, что обеспеченность врачами в Томской области в целом за период исследования повысилась на 6,0% и была выше федерального норматива в 2022 году на 8,5 %. При этом, в сравнении с данными по СФО и РФ в целом обеспеченность врачами в Томской области на 10 тыс. населения выше на 21,6% и 19,6% соответственно. Однако стоит отметить низкий показатель укомплектованности и обеспеченности средним медицинским персоналом.

При этом, с 2015 года отмечено ежегодное снижение показателя посещаемости детского населения МО, как в целом так и по поводу заболеваемости. Исключение составили 2017, 2021 и 2022 гг. когда показатель повысился относительно предыдущего.

Анализ общей и первичной заболеваемости свидетельствует об тенденции снижения показателей, однако стоит отметить различные темпы падения по отдельным классам заболеваний. Кроме того, выявлено, что уровень общей и первичной заболеваемости детского населения в возрасте 0–17 лет в Томской области по итогам 2022 года ниже показателей по СФО и РФ в целом.

ГЛАВА 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕАЛИЗАЦИИ СТАНДАРТА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Для оценки изменений в работе детских поликлиник перед началом внедрения Стандарта и после его реализации был проведен социологический опрос среди родителей и иных законных представителей детей, который позволил оценить уровень их удовлетворенности оказанной медицинской помощью (n = 4639, 1910 респондентов до и 2729 — после внедрения новой модели).

С целью проведения сравнительного анализа результативности разработанных мероприятий в детских поликлиниках и их влияния на показатели удовлетворенности, стратификация была проведена по следующим признакам: статус населенного пункта (город, село), внедрение Стандарта (2018 — нет, 2019 — да), уровень реализации мероприятий ТПР (1 группа внедрено более 75 % мероприятий ТПР, 2 группа внедрено менее 75 %). В 1 группу вошли 18 МО (5 городских и 13 сельских), в 2 группу — 7 (сельских).

4.1 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов отношением лечащего врача

При сравнении показателя удовлетворённости родителей пациентов, а именно отношением лечащих врачей, было установлено, что доля положительных оценок в 2018 году составила 84,9 %, отрицательных — 8,4 %, (в городе — 85,1 % и 8,1 %, в сельской местности — 83,7 % и 10,9 % соответственно, различий не было выявлено p = 0,36). В 2019 году доля положительно оценивших данный параметр составила 81,7 %, отрицательно — 13,7 %, (в городе — 93,9 %, 5 %, в сельской местности — 63,6 % и 26,6 % соответственно, p <0,05; 2018 vs 2019 p <0,05). При сравнении показателя в сельской местности, в 2018 году уровень удовлетворенности был выше, чем в 2019 году (p <0,05). Противоположные

результаты были установлены в городе: данный показатель в 2019 году был выше, чем в 2018 году (p <0,05), в соответствии с рисунком 5.

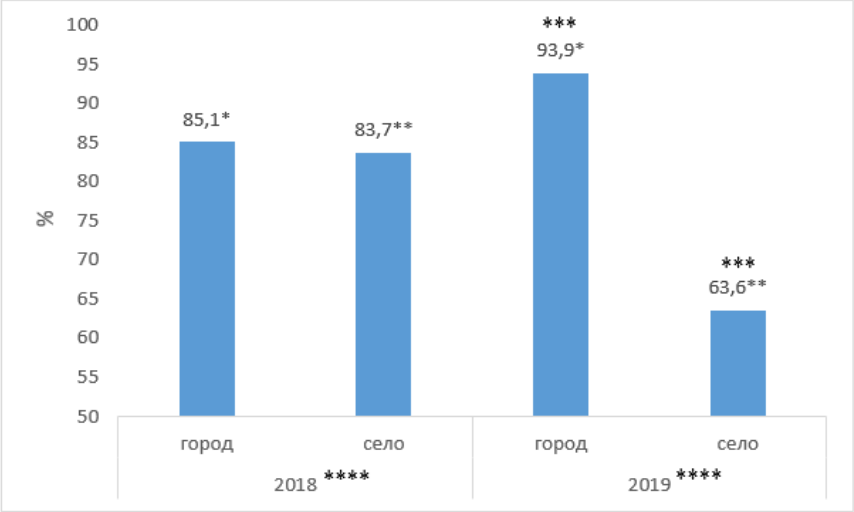

Рисунок 5 – Доля положительно оценивших отношение лечащих врачей в 2018 и 2019 гг., %

* – p <0,05 при сравнении показателя городских МО в 2018 и 2019 гг.; ** – p <0,05 при сравнении сельских МО в 2018 и 2019 гг.; *** – p <0,05 при сравнении показателя в 2019 г. от места жительства (город, село); **** – p <0,05 при сравнении показателя в 2018 и 2019 гг.

В свою очередь, при стратификации МО в зависимости от уровня внедрения Стандарта на две группы в 2019 году было получено, что в группе 1 доля положительных оценок составила 86,5 %, а в группе 2 — 61,6 %, p <0,05. В 2018 году достоверных различий не выявлено (p = 0,07). При сравнении показателя в зависимости от периода исследования в группе 1 доля положительно оценивших данный показатель в 2018 составила 85,3 %, а в 2019 — 86,5 % (p <0,05), в соответствии с рисунком 6.

Таким образом, результаты анализа демонстрируют отрицательную динамику изменения показателя в 2019 году по сравнению с 2018 годом, которая может свидетельствовать о недостаточном уровне реализуемых организационных преобразований.

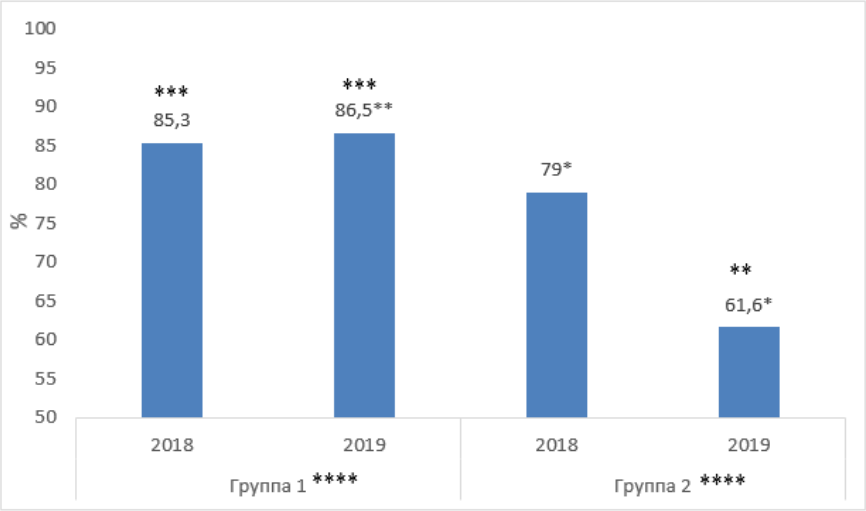

Рисунок 6 – Доля положительно оценивших отношение лечащих врачей в МО 1 и 2 групп, %

* – p <0,05 при сравнении показателя МО 2 группы в 2018 и 2019 гг.; ** – p <0,05 при сравнении МО 1 и 2 группы в 2019 г.; *** – p <0,05 при сравнении показателя МО 1 группы в 2018 и 2019 гг.; **** – p <0,05 при сравнении МО 1 и 2 группы.

Следует отметить, что в МО, которые внедрили мероприятия ТПР более чем на 75 %, установлено увеличение доли родителей пациентов, удовлетворенных отношением лечащих врачей, что подтверждает результативность реализуемых требований Стандарта.

4.2 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов отношением среднего медперсонала

Еще одним параметром оценки МО было отношение среднего медицинского персонала. Анализ результатов социологического опроса показал, что в 2018 году доля положительно оценивших данный показатель составила 82 %, отрицательно — 7 %, а в 2019 году — 53,7 % и 16,3 % соответственно (p <0,05). При стратификации выборки в зависимости от места жительства было установлено, что в сельской местности в 2018 году уровень удовлетворенности был выше, чем в 2019

году (доля положительных оценок — 85,3 % и 53,7 % соответственно, p <0,05), в соответствии с рисунком 7.

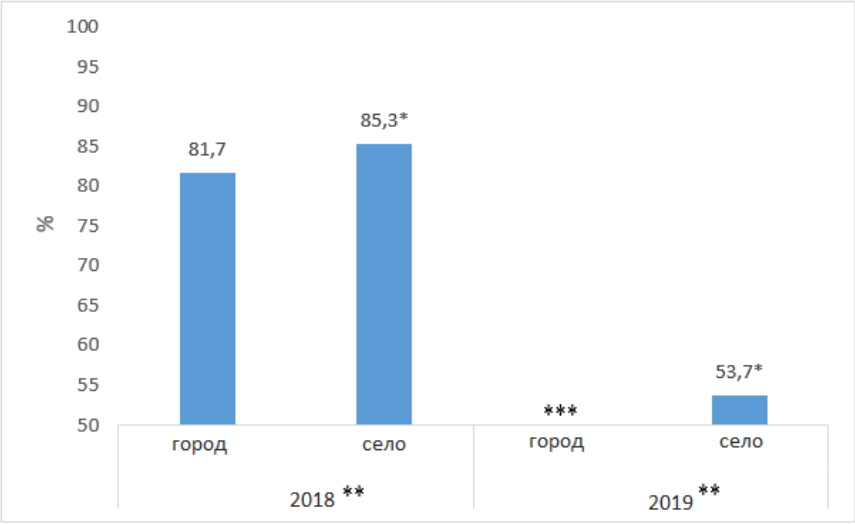

Рисунок 7 – Доля положительно оценивших отношение среднего медицинского персонала в 2018 и 2019 гг., %

* – p <0,05 при сравнении показателя сельских МО в 2018 и 2019 гг.

** – p <0,05 при сравнении показателя 2018 и 2019 гг., *** – нет данных.

Таким образом, результаты анкетирования показали отрицательную динамику данного показателя после внедрения Стандарта, что может быть обусловлено как низкой результативностью мероприятий ТПР, так и сопротивлением персонала организационным преобразованиям. Также вероятной причиной могли стать изменения кадровой обеспеченности МО или иные изменения, не связанные с реализацией Стандарта.

4.3 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов отношением врача-педиатра участкового

Следующим показателем, который был проанализирован, стала удовлетворённость посещением врача-педиатра участкового. При сравнении выборок было установлено, что доля положительных оценок в 2018 году составила 81,2 %, отрицательных — 3 % (в городе — 80,3 % и 2,7 %, в сельской местности —

89,7 % и 6 % соответственно, p <0,05). В 2019 году доля положительно оценивших исследуемый параметр составила 86,7 %, отрицательно — 7,6 % (в городе — 92 % и 3,5 %, в сельской местности — 78,9 % и 13,6 % соответственно, p <0,05; 2018 vs 2019 p <0,05). Следует отметить, что при сравнении показателя в сельской местности установлено, что в 2018 году уровень удовлетворенности был выше, чем в 2019 году (p <0,05). Противоположные результаты были получены в городе. Так, доля родителей пациентов, положительно оценивших данный показатель, в 2019 году была выше, чем в 2018 году (p <0,05), согласно рисунку 8.

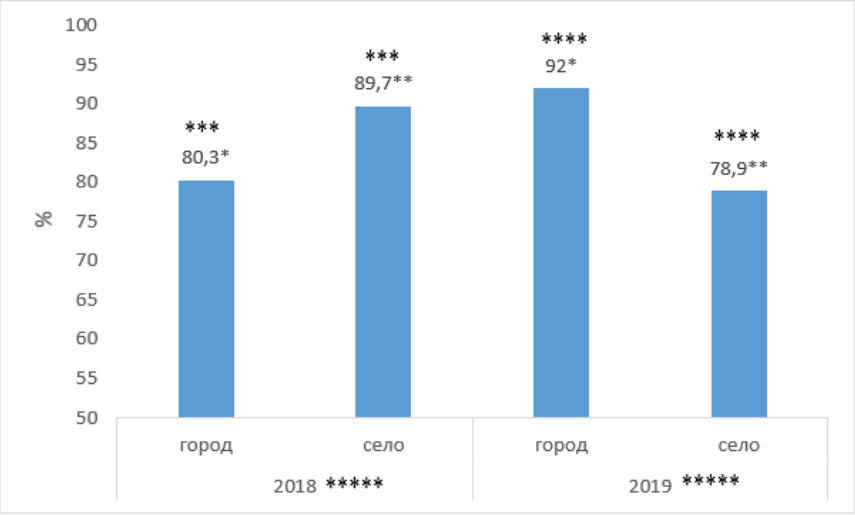

Рисунок 8 – Доля положительно оценивших отношение врача-педиатра участкового в 2018 и 2019 гг., %

* – p <0,05 при сравнении показателя городских МО в 2018 и 2019 гг.; ** – p <0,05 при сравнении сельских МО в 2018 и 2019 гг.; *** – p <0,05 при сравнении показателя в 2018 г. от места жительства (город, село); **** – p <0,05 при сравнении показателя в 2019 г. от места жительства (город, село); ***** – p <0,05 при сравнении показателя 2018 и 2019 гг.

При распределении МО в зависимости от уровня внедрения Стандарта в 2019 году доля положительно оценивших исследуемый параметр в МО группы 1 составила 88,5 %, а в группе 2 — 79,3 %, p <0,05, в свою очередь в 2018 различий не было выявлено, p = 0,39. Следует отметить, что в группе 1 доля положительно

оценивших данный показатель в 2018 году составила 81 %, а в 2019 — 88,5 % (p <0,05), в соответствии с рисунком 9.

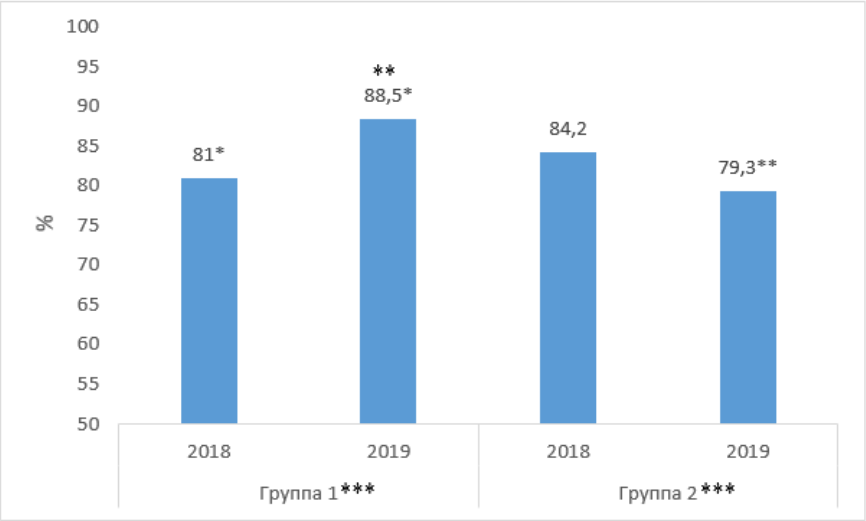

Рисунок 9 – Доля положительно оценивших отношение врача-педиатра участкового в МО 1 и 2 групп, %

* – p <0,05 при сравнении показателя МО 1 группы в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении МО 2019 г. в 1 и 2 группы; *** – p <0,05 при сравнении МО 1 и 2 группы

Таким образом, результаты социологического опроса показали увеличение доли граждан, удовлетворенных посещением врача-педиатра участкового после изменений, реализуемых в рамках Стандарта. В 2019 году данный показатель был выше, чем в 2018, в городе (по сравнению с сельской местностью) параметр удовлетворенности показал положительную динамику.

Установлена положительная динамика изменений, связанная с выполнением мероприятий ТПР, так в МО группы 1 родители пациентов выше оценивали показатель в 2019 году по сравнению со группой 2 МО, относительно одинаковых исходных данных до начала проекта, а также в группе 1 МО доля положительно оценивших в 2019 году была выше по сравнению с 2018 годом.

4.4 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов длительностью ожидания в регистратуре

Далее был проанализирован блок вопросов, связанный с удовлетворенностью временем ожидания. При сравнении показателя удовлетворённости длительностью ожидания в регистратуре, было установлено, что доля положительно оценивших исследуемый показатель в 2018 году составила 83,6 %, отрицательно — 14,3 % (в городе — 83,9 % и 14,2 %, в сельской местности — 80,4 % и 15,2 % соответственно, p = 0,7). В 2019 году доля положительно оценивших составила 84,2 % отрицательно — 9,7 (в городе — 92,3 % и 3,8 %, в сельской местности — 73,8 % и 17,4 % соответственно, p <0,05; 2018 vs 2019 p <0,05). В свою очередь, при распределении выборки в зависимости от места жительства выявлено, что в городе доля положительно оценивших данный показатель в 2019 году была выше, чем в 2018 году (p <0,05), в соответствии с рисунком 10.

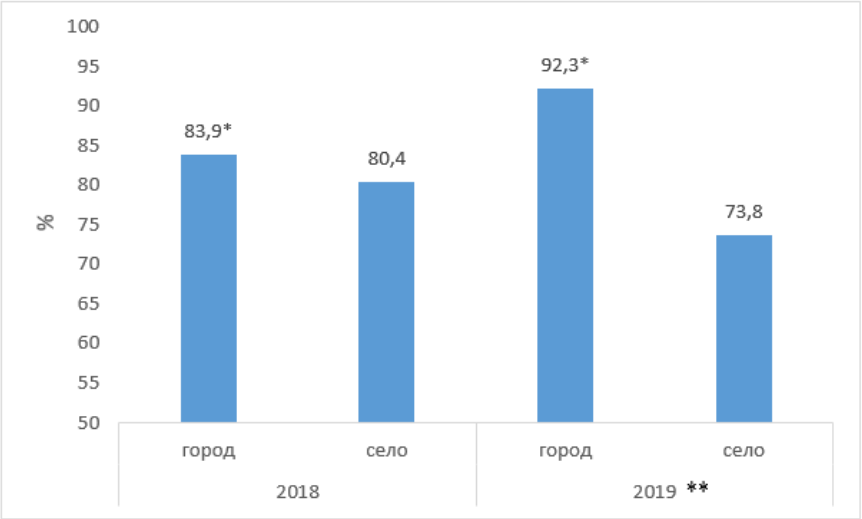

Рисунок 10 – Доля положительно оценивших длительность ожидания в регистратуре в 2018 и 2019 гг., %

* – p <0,05 при сравнении показателя городских МО в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении показателя в 2019 г. от места жительства (город, село)

При распределении МО на группы в зависимости от уровня внедрения Стандарта в 2019 году были получены следующие результаты: в группе 1 доля положительных оценок составила — 87 %, а в группе 2 — 75,7 % (p <0,05). При сравнении данного показателя между группами в 2018 году значимых различий не было выявлено, p = 0,25. При сравнении показателя МО группы 1 в 2018 и 2019 годах выявлены достоверные различия, в соответствии с рисунком 11.

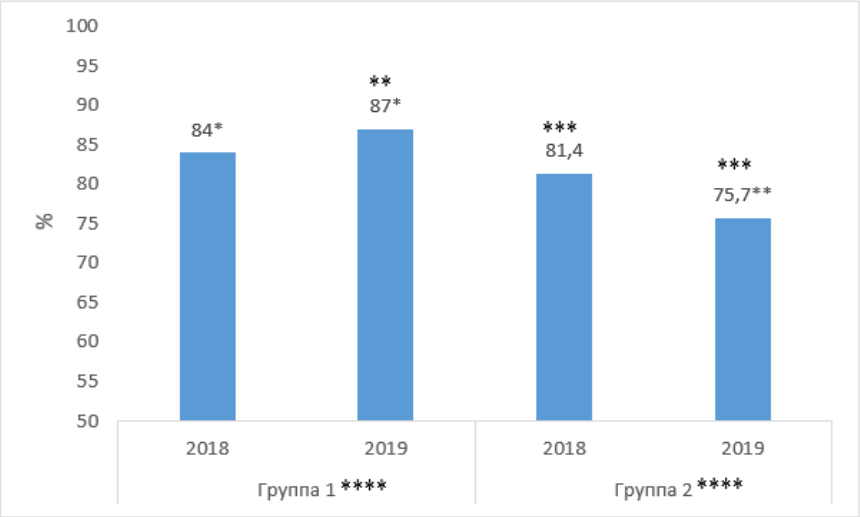

Рисунок 11 – Доля положительно оценившие длительность ожидания в регистратуре в МО 1-й и 2-й групп, %

* – p <0,05 при сравнении показателя МО 1 группы в 2018 и 2019 гг.; ** – p <0,05 при сравнении МО 2019 г. в 1 и 2 группы; *** – p <0,05 при сравнении показателя МО 2 группы в 2018 и 2019 гг.; **** – p <0,05 при сравнении МО 1 и 2 группы

Таким образом, анализ социологического опроса демонстрирует положительные изменения показателя удовлетворенности длительностью ожидания в регистратуре после внедрения Стандарта. Так, в 2019 году доля положительно ответивших на данный вопрос была выше, чем в 2018 году. Результаты исследования показали, что в МО, которые внедрили улучшения более чем на 75 %, удовлетворенность была выше, чем в организациях, которые не достигли данного уровня реализации ТПР.

4.5 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов длительностью ожидания приема врача

При сравнении такого показателя удовлетворённости родителей пациентов, как длительность ожидания приема врача, было установлено, что доля положительных оценок в 2018 году составила 57,9 %, отрицательных — 40,1 % (в городе — 56,2 % и 41,9 %, в сельской местности — 74,3 % и 23,5 % соответственно, p <0,05). В 2019 году доля положительно оценивших — 80 %, отрицательно — 13,9 % (в городе — 86,7 % и 9,1 %, в сельской местности — 72,5 % и 19,2 % соответственно, p <0,05; 2018 vs 2019 p <0,05). Стоит отметить, что при стратификации выборки в зависимости от места жительства выявлено, что в 2019 году доля положительно оценивших исследуемый параметр в городе была выше, чем в 2018 году (p <0,05), в соответствии с рисунком 12.

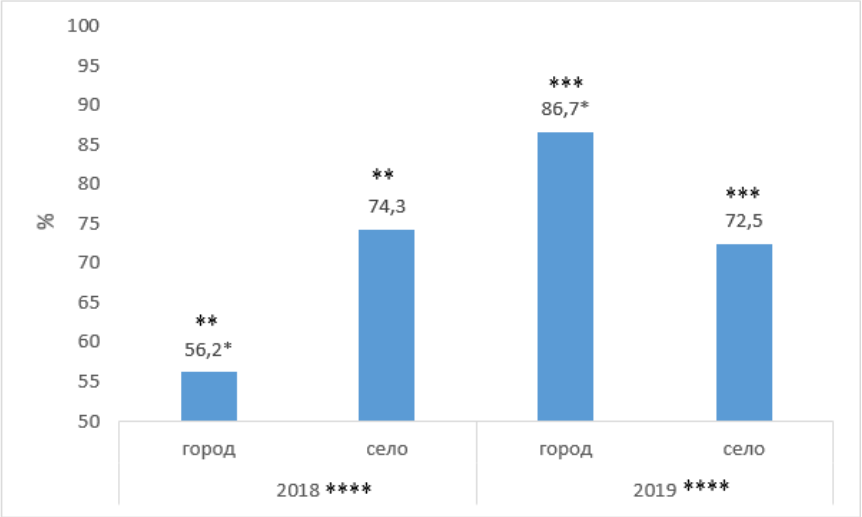

Рисунок 12 – Доля положительно оценивших длительность ожидания приема врача в 2018 и 2019 гг., %

* – p <0,05 при сравнении показателя городских МО в 2018 и 2019 гг.;
** – p <0,05 при сравнении показателя в 2018 г. от места жительства (город, село);
*** – p <0,05 при сравнении показателя в 2019 г. от места жительства (город, село); **** – p <0,05 при сравнении показателя 2018 и 2019 гг.

При распределении МО на группы в зависимости от уровня внедрения Стандарта были получены следующие результаты: в 2019 году в группе 1 доля положительных оценок составила 81,2 %, а в группе 2 — 76,1 % (p <0,05), в 2018 году — 57,1 % и 71,1 % соответственно (p <0,05). При сравнении показателя МО группы 1 в 2018 и 2019 годах выявлены достоверные различия, в соответствии с рисунком 13.

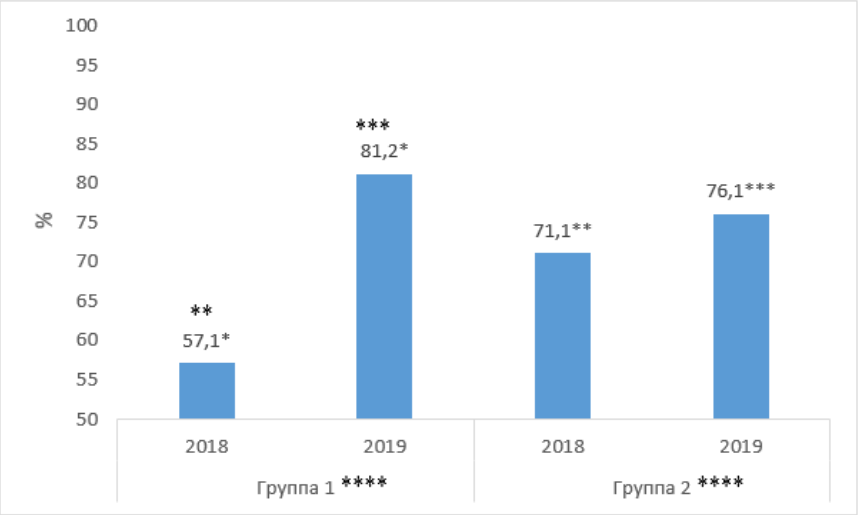

Рисунок 13 – Доля положительно оценившие отношение длительность ожидания приема врача в МО 1 и 2 групп, %

* – p <0,05 при сравнении показателя МО 1-й группы в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении МО 2018 г. в 1-й и 2-й группы; *** – p <0,05 при сравнении МО 2019 г. в 1 и 2 групп; **** – p <0,05 при сравнении МО 1 и 2 группы

Таким образом, результаты анализа продемонстрировали позитивную динамику изменения показателя. Так в 2019 году удовлетворенность длительностью ожидания приема врача была выше по сравнению с 2018 годом. Выявлены достоверные различия в МО, которые реализовали мероприятия ТПР более чем на 75 %, и организациями, которые не добились такого уровня внедрения. Но поскольку изменения установлены в группах как в 2019, так и 2018 годах, нельзя утверждать, что на увеличение доли положительно ответивших повлияли мероприятия, реализованные в рамках Стандарта.

4.6 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов длительностью ожидания записи на лабораторные и(или) инструментальные исследования

Также в рамках вопросов, связанных с временем ожидания, был рассмотрен показатель удовлетворенности длительностью ожидания записи на лабораторные и(или) инструментальные исследования. Доля граждан, положительно оценивших данный параметр в 2018 году, составила 81 %, отрицательно — 7,1 % (в городе — 81,7 % и 6,5 %, в сельской местности — 73,9 % и 13 % соответственно, p <0,05). В 2019 году доля положительно оценивших — 86,3 %, отрицательно — 7,5 % (в городе — 93,6 % и 2,6, в сельской местности — 77,3 % и 13,6 % соответственно, p <0,05; 2018 vs 2019 p <0,05). Стоит заметить, что в 2019 году уровень удовлетворённости был выше как в городе, так и в сельской местности по сравнению с 2018 годом (p <0,05), в соответствии с рисунком 14.

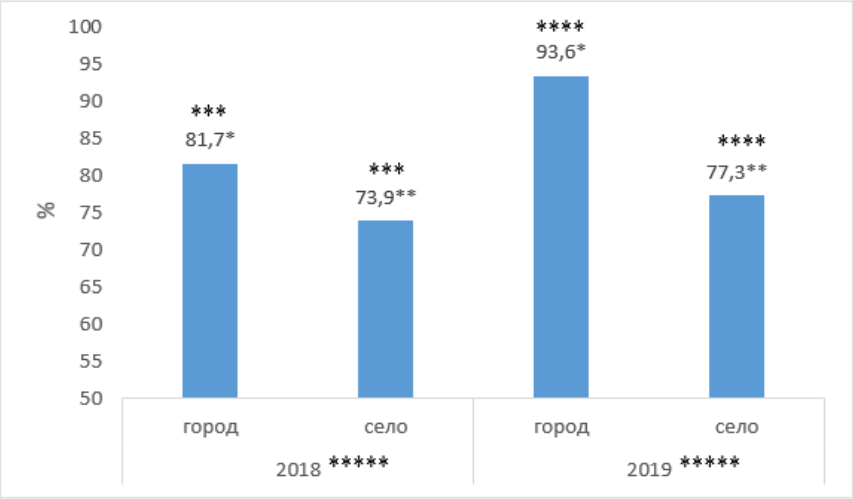

Рисунок 14 – Доля положительно оценивших длительность ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования в 2018 и 2019 гг., %

* – p <0,05 при сравнении показателя городских МО в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении показателя сельских МО в 2018 и 2019 гг.;

*** – p <0,05 при сравнении показателя в 2018 г. от места жительства (город, село); **** – p <0,05 при сравнении показателя в 2019 г. от места жительства (город, село); ***** – p <0,05 при сравнении показателя 2018 и 2019 гг.

При стратификации МО в зависимости от уровня внедрения мероприятий Стандарта в 2019 году было установлено, что в группе 1 доля положительных оценок составила 88,8 %, а в группе 2 — 77,3 % (p <0,05). При сравнении данного показателя в 2018 году в группах 1 и 2 значимых различий не выявлено (p = 0,36). При сравнении показателя в МО группы 1 выявлены достоверные различия за период 2018 и 2019 годов (доля положительно ответивших в 2018 году составила 80,8 %, в 2019 году — 88,8 %, p <0,05), в соответствии с рисунком 15.

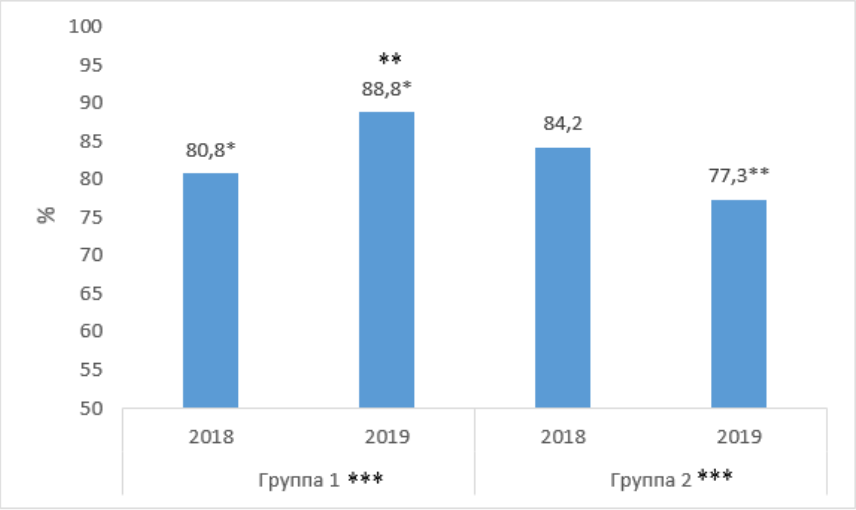

Рисунок 15 – Доля граждан, удовлетворенных длительностью ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования после внедрения Стандарта в МО 1 и 2 групп, %

* – p <0,05 при сравнении показателя МО 1 группы в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении МО 2019 г. в 1 и 2 группы; *** – p <0,05 при сравнении МО 1 и 2 группы

Таким образом, результаты анкетирования показали увеличение доли граждан, удовлетворенных длительностью ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования после внедрения Стандарта, в частности в зависимости от места жительства — как в городе, так и в сельской местности в 2019 году по сравнению с 2018 годом данный показатель был выше. Установлена положительная динамика изменений, связанная с выполнением мероприятий ТПР, так в МО группы 1 родители пациентов выше оценивали данный параметр в

2019 году по сравнению со второй группой МО, относительно одинаковых исходных данных до начала проекта, а также в группе 1 МО доля положительно оценивших изменения в 2019 году была выше по сравнению с 2018 годом.

4.7 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов качеством и полнотой информации о работе медицинской организации

Далее был проанализирован показатель удовлетворенности качеством и полнотой информации о работе МО. В результате было установлено, что доля положительных оценок в 2018 году составила 88,2 %, отрицательных — 1,7 %, а в 2019 году — 70 %, 3,9 % соответственно (p <0,05). При стратификации выборки в зависимости от места жительства выявлено, что в сельской местности доля положительно оценивших исследуемый показатель в 2018 году была выше, чем в 2019 году (p <0,05), в соответствии с рисунком 16.

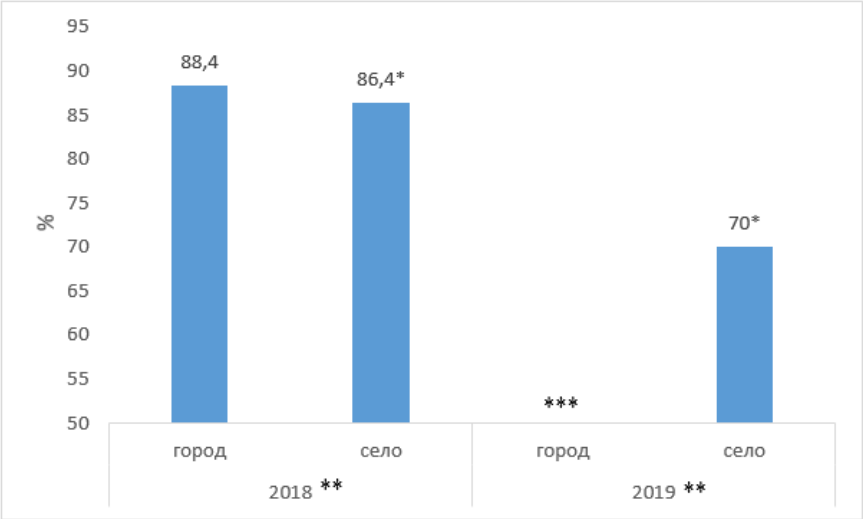

Рисунок 16 – Доля положительно оценивших качество и полноту информации о работе МО в 2018 и 2019 гг., %

* – p <0,05 при сравнении показателя сельских МО в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении показателя 2018 и 2019 гг., *** – нет данных

Таким образом, результаты социологического опроса родителей пациентов показали отрицательную динамику данного показателя после внедрения

Стандарта, что может быть обусловлено как низкой результативностью мероприятий ТПР по отношению к деятельности МО, так и недостаточный периодом времени реализации мероприятий для получения статистически достоверных результатов.

4.8 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов организацией прохождения профилактических осмотров

Еще одним параметром оценки МО была организация прохождения профилактических осмотров. Анализ результатов анкетирования показал, что доля граждан, положительно оценивших данный показатель в 2018 году, составила 68,3 %, отрицательно — 9,2 % (в городе — 67,7 % и 8,4 %, в сельской местности — 75,7 % и 18,2 % соответственно, $p < 0,05$). В 2019 году доля положительных оценок составила 72,4 %, отрицательных — 18 % (в городе — 84,7 % и 10,5 %, в сельской местности — 57,1 % и 27,4 % соответственно, $p < 0,05$; 2018 vs 2019 $p < 0,05$). При стратификации выборки в зависимости от места жительства выявлено, что в сельской местности в 2018 году уровень удовлетворенности был выше, чем в 2019 году ($p < 0,05$). Противоположные результаты были установлены в городе: данный показатель в 2019 году был выше, чем в 2018 году ($p < 0,05$), в соответствии с рисунком 17.

В свою очередь, при стратификации МО в зависимости от уровня внедрения Стандарта на две группы, в 2019 году было установлено: в группе 1 доля положительных оценок составила 77,2 %, а в группе 2 — 55 %, $p < 0,05$. При сравнении данного показателя между группами в 2018 году не было выявлено значимых различий ($p = 0,62$). При сравнении показателя в МО группы 1 выявлены достоверные различия за период 2018 и 2019 годов (доля положительно ответивших в 2018 составила 68,4 %, в 2019 — 77,2 %, $p < 0,05$), в соответствии с рисунком 18.

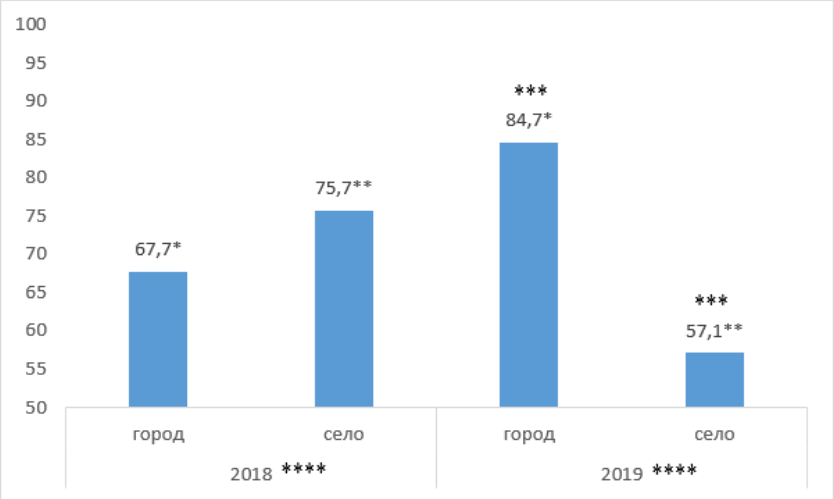

Рисунок 17 – Доля положительно оценивших организацию профилактических осмотров в 2018 и 2019 гг., %

* – p <0,05 при сравнении показателя городских МО в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении показателя сельских МО в 2018 и 2019 гг.;

*** – p <0,05 при сравнении показателя в 2019 г. от места жительства (город, село); **** – p <0,05 при сравнении показателя 2018 и 2019 гг.

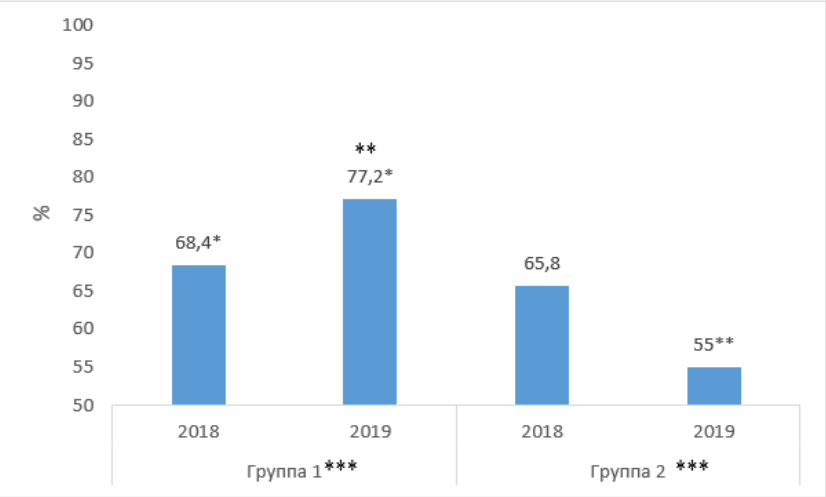

Рисунок 18 – Доля положительно оценившие организацию прохождения профилактических осмотров в МО 1 и 2 групп, %

* – p <0,05 при сравнении показателя МО 1 группы в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении МО 2019 г. в 1 и 2 группы; *** – p <0,05 при сравнении МО 1 и 2 группы

Таким образом, результаты опроса продемонстрировали увеличение доли граждан, удовлетворенных организацией прохождения профилактических осмотров после внедрения Стандарта, в частности в зависимости от места жительства в городе в 2019 году по сравнению с 2018 годом данный показатель был выше.

Установлена положительная динамика изменений, связанная с выполнением мероприятий ТПР, так в МО группы 1 родители пациентов выше оценивали данный показатель в 2019 году по сравнению со второй группой МО, относительно одинаковых исходных данных до внедрения Стандарта, а также в группе 1 МО доля положительно оценивших в 2019 году была выше по сравнению с 2018 годом.

4.9 Динамика показателей возможности записи пациентов на прием и информированности населения

Следующими были рассмотрены вопросы, касающиеся возможности записи пациентов на прием и информированности населения. Так, при анализе показателя записи на прием к врачу было установлено, что доля записавшихся посредством колл-центра и электронной записи в 2018 году была выше, чем в 2019 году и составила 80,5 % и 46,3 % соответственно, $p < 0,05$. При сравнении показателя в зависимости от уровня внедрения Стандарта были получены следующие результаты: в группе 1 доля записавшихся посредством колл-центра и электронной записи — 78,5 %, а в группе 2 — 59,7 % ($p < 0,05$) — (таблица 10).

При сравнении показателя информированности пациентов о прохождении профилактических осмотров в МО в зависимости от уровня внедрения Стандарта было установлено, что в группе 1 доля информированных пациентов составила 88,7 %, а в группе 2 — 83,2 %, $p < 0,05$.

Таким образом, анализ полученных данных демонстрирует, что в 2019 году граждане все больше записывались посредством личного посещения поликлиники, однако в МО, которые внедрили мероприятия ТПР более чем на 75 %, большее количество пациентов записывалось посредством колл-центра и электронной записи по сравнению с группой организаций, которые не достигли данной

величины реализации Стандарта. Следует отметить, что доля информированных о прохождении профилактических осмотров была выше в МО группы 1 по сравнению со группой 2, тем не менее различия данного показателя относительно внедрения Стандарта не были установлены.

4.10 Динамика показателя удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью

В завершении в рамках оценки МО был проанализирован показатель удовлетворённости родителей пациентов оказанной медицинской помощью. Установлено, что доля положительных оценок в 2018 году составила 59,9 %, отрицательных — 32,5 % (в городе — 60,0 % и 32,6 %, в сельской местности — 58,8 % и 23,5 % соответственно, $p < 0,05$). В 2019 году доля положительно оценивших — 85,5 %, отрицательно — 10,7 % (в городе — 86,5 % и 10,4 %, в сельской местности — 78,3 % и 15,8 % соответственно, $p < 0,05$; 2018 vs 2019 $p < 0,05$). Стоит отметить, что при стратификации выборки в зависимости от места жительства выявлено, что в 2019 году доля положительно оценивших исследуемый параметр в городе была выше, чем в 2018 году ($p < 0,05$), в соответствии с рисунком 19.

При стратификации МО в зависимости от уровня внедрения мероприятий Стандарта в 2019 году было установлено, что в группе 1 доля положительных оценок составила 85,7 %, а в группе 2 — 70,6 % ($p < 0,05$). При сравнении данного показателя в 2018 году в группах 1 и 2 значимых различий не выявлено ($p = 0,51$). При сравнении показателя в МО группы 1 выявлены достоверные различия за период 2018 и 2019 годов (доля положительно ответивших в 2018 составила 60,2 %, в 2019 — 85,7 %, $p < 0,05$), в соответствии с рисунком 20.

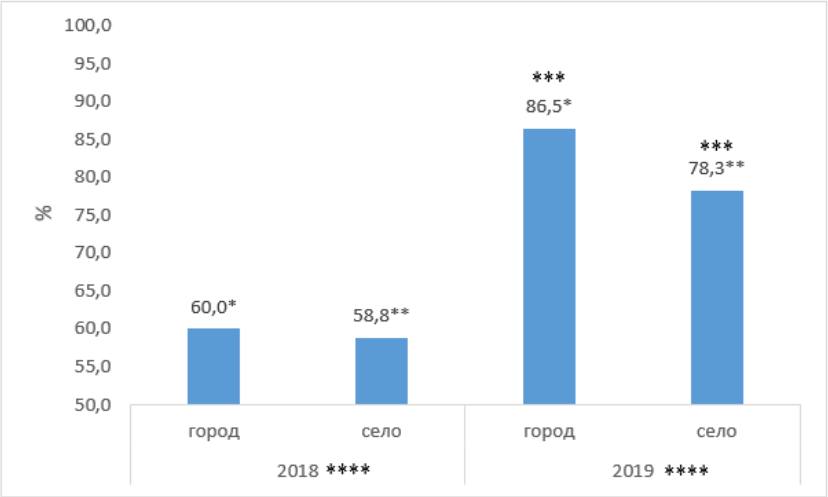

Рисунок 19 – Доля положительно оценивших качество медицинской помощи в 2018 и 2019 гг., %

* – p <0,05 при сравнении показателя городских МО в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении показателя сельских МО в 2018 и 2019 гг.;

*** – p <0,05 при сравнении показателя в 2019 г. от места жительства (город, село); **** – p <0,05 при сравнении показателя 2018 и 2019 гг.

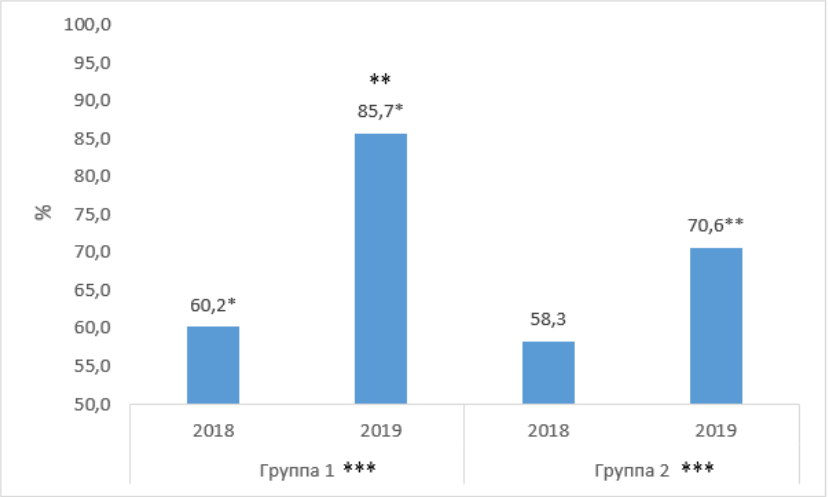

Рисунок 20 – Доля положительно оценивших качество медицинской помощи в МО 1 и 2 групп, %

* – p <0,05 при сравнении показателя МО 1 группы в 2018 и 2019 гг.;

** – p <0,05 при сравнении МО 2019 г. в 1 и 2 группы; *** – p <0,05 при сравнении МО 1 и 2 группы

Таким образом, результаты анкетирования показали положительные изменения показателя, так в 2019 году доля удовлетворенных родителей пациентов оказанной медицинской помощью, была выше чем в 2018 году. Установлена положительная динамика изменений, связанная с выполнением мероприятий ТПР, так в МО группы 1 родители пациентов выше оценивали данный показатель в 2019 году по сравнению со второй группой МО, относительно одинаковых исходных данных до внедрения Стандарта, а также в группе 1 МО доля положительно оценивших в 2019 году была выше по сравнению с 2018 годом.

Таблица 10 – Влияние внедрения Стандарта на оценку удовлетворенности медицинской помощью (в %)

Наименование показателя	**Анализируемый показатель**	**2018 г.**			**2019 г.**		
		Всего, %	**Город, %**	**Село, %**	**Всего, %**	**Город, %**	**Село, %**
Как вы оцениваете отношение к Вам лечащих врачей?	Положительный ответ	84,9 [А]	85,1 [В]	83,7 [Г]	81,7 [А]	93,9 [БВ]	63,6 [БГ]
	Отрицательный ответ	8,4	8,1	10,9	13,7	5,0	26,6
	Затрудняюсь ответить	6,7	6,8	5,4	4,6	1,1	9,8
Как вы оцениваете отношение к Вам среднего медицинского персонала?	Положительный ответ	82 [А]	81,7	85,3 [D]	53,7 [А]	НД	53,7 [D]
	Отрицательный ответ	7,0	11,1	4,9	16,3	НД	16,3
	Затрудняюсь ответить	11,0	7,2	9,8	30,0	НД	30,0
Удовлетворены ли Вы результатом посещения врача-педиатра участкового?	Положительный ответ	81,2 [А]	80,3 [БВ]	89,7 [БГ]	86,7 [А]	92 [БВ]	78,9 [БГ]
	Отрицательный ответ	3,0	2,7	6,0	7,6	3,5	13,6
	Затрудняюсь ответить	15,8	17,0	4,3	5,7	4,5	7,5
Удовлетворены ли Вы длительностью ожидания в регистратуре?	Положительный ответ	83,6 [А]	83,9 [В]	80,4	84,2 [А]	92,3 [БГ]	73,8 [Б]
	Отрицательный ответ	14,3	14,2	15,2	9,7	3,8	17,4
	Затрудняюсь ответить	2,1	1,9	4,4	6,1	3,9	8,8
Удовлетворены ли Вы длительностью ожидания на прием к врачу?	Положительный ответ	57,9 [А]	56,2 [БВ]	74,3 [Б]	80 [А]	86,7 [БВ]	72,5 [Б]
	Отрицательный ответ	40,1	41,9	23,5	13,9	9,1	19,2
	Затрудняюсь ответить	2,0	1,9	2,2	6,1	4,2	8,3
Удовлетворены ли Вы длительностью ожидания при записи на лабораторные и(или) инструментальные исследования?	Положительный ответ	81 [А]	81,7 [БВ]	73,9 [БГ]	86,3 [А]	93,5 [БВ]	77,3 [БГ]
	Отрицательный ответ	7,1	6,5	13,0	7,5	2,6	13,6
	Затрудняюсь ответить	11,9	11,8	13,1	6,2	3,8	9,2

Продолжение таблицы 10

Наименование показателя	**Анализируемый показатель**	**2018 г.**			**2019 г.**		
		Всего, %	**Город, %**	**Село, %**	**Всего, %**	**Город, %**	**Село, %**
Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе МО, доступной на стендах данной МО?	Положительный ответ	88,2 [А]	88,4 [Б]	86,4 [БГ]	70 [А]	НД	70,0 [Г]
	Отрицательный ответ	1,7	1,7	1,6	3,9	НД	3,9
	Затрудняюсь ответить	10,1	9,9	12,0	26,1	НД	26,1
Информированы ли Вы о прохождении профилактического осмотра?	Да	88,0	87,5	94,0	86,2	НД	86,2
	Нет	12,0	12,5	6,0	13,8	НД	13,8
Удовлетворены ли Вы организацией прохождения профилактического осмотра?	Положительный ответ	68,3 [А]	67,7 [БГ]	75,7 [БГ]	72,4 [А]	84,7 [БВ]	57,1 [БГ]
	Отрицательный ответ	9,2	8,4	18,2	18	10,5	27,4
	Затрудняюсь ответить	22,5	23,9	6,1	9,6	4,8	15,5
Насколько Вы удовлетворены оказанной медицинской помощью?	Положительный ответ	59,9[А]	60,0 [В]	58,8 [Г]	85,5 [А]	86,5 [БВ]	78,3 [БГ]
	Отрицательный ответ	32,5	32,6	23,5	10,7	10,4	15,8
	Затрудняюсь ответить	7,6	7,4	17,7	3,8	3,1	5,9

НД – нет данных
[А] – $p < 0,05$ при сравнении показателя в 2018 и 2019 годах
[Б] – $p < 0,05$ при сравнении показателя в зависимости от места жительства (город, сельская местность)
[В] – $p < 0,05$ при сравнении показателя городских МО в 2018 и 2019 гг.
[Г] – $p < 0,05$ при сравнении сельских МО в 2018 и 2019 гг.

Резюме

Результаты исследования свидетельствуют о том, что уровень удовлетворенности медицинской помощью может быть использован как индикатор для оценки деятельности МО, способствующий повышению эффективности взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами, что является ключевым аспектом при построении пациент ориентированной модели здравоохранения.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что Стандарт, разработанный на основе концепции БП, демонстрирует результативность данного подхода в МО для повышения удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи.

Результаты, полученные в рамках исследования, продемонстрировали, что параметры удовлетворенности отношением лечащего врача, посещением врача-педиатра участкового, организацией прохождения профилактических осмотров, а также удовлетворенности пациентов длительностью ожидания в регистратуре, приема к врачу и записи на лабораторные и инструментальные исследования показали положительную динамику в период внедрения Стандарта,

Отрицательную динамику показали такие параметры, как удовлетворенность отношением среднего медицинского персонала, качество и полнота информации о работе МО. Вероятной причиной полученных результатов может быть как низкая результативность мероприятий ТПР по отношению к деятельности МО, сопротивление со стороны персонала и пациентов нововведениям, так и изменения кадровой обеспеченности МО, недостаточная информация об организационных преобразованиях и другие причины, не связанные с внедрением Стандарта, которые необходимо изучать на уровне каждой МО.

Также параметр информированности о прохождении профилактических осмотров до внедрения Стандарта и после не изменился, это можно объяснить недостаточным периодом времени реализации мероприятий для получения статистически достоверных результатов.

ГЛАВА 5. УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ (МЕРОПРИЯТИЙ СТАНДАРТА)

Для изучения влияния временного фактора реализации Стандарта на показатели удовлетворенности респондентов ответы на вопросы Анкеты последовательно стратифицировались в зависимости от длительности действия каждого мероприятия Стандарта на момент анкетирования (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 и 9 месяцев). Сравнение осуществлялось попарно в выборках со сроком реализации мероприятий с момента внедрения больше и меньше анализируемого значения.

В качестве критерия результативности мероприятия Стандарта с позиции удовлетворенности было принято статистически значимое превышение доли положительных ответов в выборке с большей относительного заданного значения длительностью его действия.

5.1 Удовлетворенность респондентов отношением лечащих врачей

По данным анкетирования доля положительных оценок была выше у пациентов МО, где мероприятия Стандарта «Зона для кормления грудных детей», «Организация рабочего места», «Требование к сотрудникам и обучение сотрудников», «Управление потоками медицинской документации», «Картохранилище», «Маршрутизация пациента», «Миссия и корпоративный стиль», «Коммуникативная модель и речевые модули» и «Профессиональная этика и правила поведения» были реализованы более 2 месяцев, по сравнению с пациентами МО, имевших меньший период реализации указанных мероприятий.

Аналогичная статистическая картина наблюдалась по достижении 3 месяцев с момента организации работы процедурного кабинета (таблица 11)

Среди пациентов МО, в которых сроки реализации мероприятий «Указатели направления к поликлинике» и «Кабинет медицинской профилактики» составили более 5 месяцев, доля граждан, удовлетворенных отношением лечащих врачей,

была значимо выше, чем в выборке с меньшей продолжительностью исполнения мероприятий.

Анализ по итогам 7 месяцев показал, что среди пациентов МО, где мероприятие «Оценка работы поликлиники пациентом» было реализовано дольше указанного срока, доля положительно оценивших исследуемый параметр была достоверно выше, чем в организациях, где продолжительность реализации мероприятия была меньше.

При стратификации ответов респондентов по итогам 8 месяцев установлено, что процент удовлетворенных отношением лечащего врача в выборке пациентов из МО с внедренными разделами «Гардероб», «Зона ожидания» и «Кадровая политика» был достоверно выше, чем в группе сравнения (таблица 11).

Таблица 11 – Данные анализа удовлетворенности респондентов отношением лечащих врачей (в абсолютных числах, %)

Вопрос Анкеты: Как Вы оцениваете отношение к Вам лечащих врачей						
Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
1.2 Гардероб	8	880	78,85	1297	83,68	$\chi^2 = 10,08$; $p < 0,001$
1.4 Зона ожидания	8	1598	79,86	579	87,07	$\chi^2 = 17,31$; $p < 0,001$
1.5 Зона для кормления грудных детей	2	300	62,76	1828	87,09	$\chi^2 = 160,15$; $p < 0,001$
2.1.1 Указатели направления к поликлинике	5	1615	80,31	562	85,80	$\chi^2 = 9,95$; $p < 0,05$
3. Организация рабочего места	2	246	64,23	1931	84,58	$\chi^2 = 90,70$; $p < 0,001$
4. Требование к сотрудникам и обучение сотрудников	2	413	64,63	1764	87,02	$\chi^2 = 162,66$; $p < 0,001$
5. Управление потоками медицинской документации	2	161	66,80	2016	83,13	$\chi^2 = 39,03$; $p < 0,001$
6.4 Картохранилище	2	52	59,77	2125	82,39	$\chi^2 = 28,77$; $p < 0,001$
6.5.1 Маршрутизация пациента	2	124	64,58	2053	82,98	$\chi^2 = 40,27$; $p<0,001$
9 Процедурный кабинет	3	235	59,95	1942	85,40	$\chi^2 = 144,61$; $p < 0,001$

Продолжение таблицы 11

Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
12 Кабинет медицинской профилактики	5	153	69,55	1973	82,89	$\chi2 = 24,09$; $p < 0,001$
13.1 Миссия и корпоративный стиль	2	277	62,67	1900	85,43	$\chi2 = 127,55$; $p < 0,001$
13.2 Коммуникативная модель и речевые модули	2	128	63,37	2049	83,16	$\chi2 = 48,82$; $p < 0,001$
13.3 Профессиональная этика и правила поведения	2	88	55,69	2089	83,29	$\chi2 = 75,58$; $p < 0,001$
13.4 Кадровая политика	8	341	68,34	1838	84,73	$\chi2 = 72,74$; $p < 0,001$
14. Оценка работы поликлиники пациентом	7	972	76,48	1205	86,38	$\chi2 = 43.56$; $p < 0,001$

5.2 Удовлетворенность респондентов результатом посещения врача-педиатра участкового

При сравнении выборок (согласно разработанному алгоритму) установлено, что доля положительных оценок исследуемого параметра была выше у пациентов МО, где мероприятия Стандарта «Зона для кормления грудных детей», «Организация рабочего места», «Требование к сотрудникам и обучение сотрудников», «Управление потоками медицинской документации», «Картохранилище», «Процедурный кабинет», «Миссия и корпоративный стиль», «Коммуникативная модель и речевые модули» и «Профессиональная этика и правила поведения» были реализованы более 2 месяцев (таблица 12).

Среди пациентов МО, где со старта реализации мероприятий «Гардероб» и «Кабинет медицинской профилактики» прошло более 5 месяцев, доля граждан, удовлетворенных посещением врача-педиатра участкового, была значимо выше, чем в группе, сформированной из пациентов поликлиник, где срок реализации мероприятий был короче.

Пациенты МО с продолжительностью мероприятия «Маршрутизация пациента» более 6 месяцев демонстрировали большую долю положительно

ответивших на данный вопрос Анкеты, по сравнению с группой пациентов МО с меньшим сроком реализации.

Анализ по итогам 7 месяцев показал, что у пациентов МО, где мероприятие «Оценка работы поликлиники пациентом» было реализовано дольше, доля положительно оценивших результат посещения врача-педиатра участкового была достоверно выше, чем у пациентов организаций, где продолжительность мероприятия не достигла анализируемого значения.

Удельный вес положительно ответивших на вопрос об удовлетворенности посещением врача-педиатра участкового среди пациентов МО, где срок реализации разделов «Электронное расписание» и «Кадровая политика» составил более 8 месяцев, был достоверно выше, чем у пациентов группы сравнения (таблица 12).

Таблица 12 – Данные анализа удовлетворенности респондентов результатом посещения врача-педиатра участкового (в абсолютных числах, %)

Вопрос Анкеты: удовлетворены ли Вы посещением врача-педиатра участкового						
Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
1.2 Гардероб	5	274	74,86	1998	88,56	$\chi2 = 51,10$; $p < 0,001$
1.5 Зона для кормления грудных детей	2	368	76,99	1838	89,44	$\chi2 = 53,49$; $p < 0,001$
3. Организация рабочего места	2	304	79,37	1968	87,89	$\chi2 = 20,54$; $p < 0,001$
4. Требование к сотрудникам и обучение сотрудников	2	495	77,59	1777	89,57	$\chi2 = 59,90$; $p < 0,001$
5. Управление потоками медицинской документации	2	196	81,33	2076	87,19	$\chi2 = 6,50$; $p < 0,001$
6.4 Картохранилище	2	58	66,67	2214	87,34	$\chi2 = 32,28$; $p < 0,001$
6.5.1 Маршрутизация пациента	6	145	75,52	2127	87,53	$\chi2 = 22,19$; $p < 0,001$
6.5.3 Электронное расписание	8	405	81,98	1801	88,33	$\chi2 = 14,23$; $p < 0,001$
9 Процедурный кабинет	2	280	71,43	1992	89,33	$\chi2 = 92,34$; $p < 0,001$
12 Кабинет медицинской профилактики	5	170	77,27	2045	87,51	$\chi2 = 18,17$; $p < 0,001$

Продолжение таблицы 12

Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
13.1 Миссия и корпоративный стиль	2	358	80,99	1914	87,79	$\chi2 = 14,70$; $p < 0,001$
13.2 Коммуникативная модель и речевые модули	2	152	75,25	2120	87,6	$\chi2 = 24,61$; $p < 0,001$
13.3 Профессиональная этика и правила поведения	2	122	77,22	2150	87,26	$\chi2 = 12,94$; $p < 0,001$
13.4 Кадровая политика	8	386	77,35	1886	88,84	$\chi2 = 46,05$; $p < 0,001$
14. Оценка работы поликлиники пациентом	7	652	83,80	1620	87,85	$\chi2 = 7,75$; $p < 0,05$

5.3 Удовлетворенность респондентов длительностью ожидания в регистратуре

Проведенный анализ показал, что доля положительно оценивших длительность ожидания в регистратуре была достоверно выше среди пациентов МО, в которых более 1 месяца был реализован раздел «Картохранилище», по сравнению с выборкой, где продолжительность реализации мероприятия была меньше (таблица 13).

Пациенты МО, где мероприятия «Организация рабочего места», «Требование к сотрудникам и обучение сотрудников», «Управление потоками медицинской документации», «Процедурный кабинет», «Миссия и корпоративный стиль», «Коммуникативная модель и речевые модули» и «Профессиональная этика и правила поведения» были реализованы более 2 месяцев, демонстрировали большую долю положительно ответивших на данный вопрос Анкеты, нежели респонденты группы сравнения.

Среди пациентов МО, где срок реализации мероприятия «Кабинет медицинской профилактики» был более 5 месяцев, доля граждан, удовлетворенных длительностью ожидания в регистратуре, была значимо выше, чем в выборке с меньшей продолжительностью мероприятия.

Анализ по итогам 6 месяцев показал, что в группе пациентов МО, где мероприятие «Маршрутизация пациента» было реализовано дольше указанного срока, доля положительно оценивших исследуемый параметр была выше, чем среди респондентов из МО, где продолжительность реализации мероприятия была меньше.

У пациентов МО, где мероприятие «Оценка работы поликлиники пациентом» было реализовано более 7 месяцев, удельный вес удовлетворенных ожиданием в регистратуре был значимо выше, чем у пациентов поликлиник, где продолжительность реализации мероприятия была меньше.

При стратификации ответов респондентов по итогам 8 месяцев было установлено, что доля положительно оценивших данный параметр среди пациентов МО с внедренными более указанного срока разделами «Электронное расписание» и «Кадровая политика» была достоверно выше, чем в группе сравнения (таблица 13).

Таблица 13 – Данные анализа удовлетворенности респондентов длительностью ожидания в регистратуре (в абсолютных числах, %)

Вопрос Анкеты: удовлетворены ли Вы длительностью ожидания в регистратуре						
Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
1.5 Зона для кормления грудных детей	2	324	68,22	1658	88,72	$\chi2 = 121,89$; $p < 0,001$
2.1.1 Указатели направления к поликлинике	5	1532	83,13	516	87,46	$\chi2 = 6,29$; $p < 0,05$
3. Организация рабочего места	2	291	76,58	1757	85,58	$\chi2 = 19,51$; $p < 0,001$
4. Требование к сотрудникам и обучение сотрудников	2	460	72,78	1588	88,17	$\chi2 = 83,17$; $p < 0,001$
5. Управление потоками медицинской документации	2	181	75,73	1867	85,09	$\chi2 = 14,19$; $p < 0,001$
6.4 Картохранилище	1	52	59,77	1996	85,08	$\chi2 = 40,34$; $p < 0,001$
6.5.1 Маршрутизация пациента	6	138	71,88	1910	85,23	$\chi2 = 23,68$; $p < 0,001$

Продолжение таблицы 13

Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
6.5.3 Электронное расписание	8	373	76,43	1609	86,69	$\chi2 = 31,13$; $p < 0,001$
9 Процедурный кабинет	2	268	68,37	1780	87,21	$\chi2 = 87,67$; $p < 0,001$
12 Кабинет медицинской профилактики	5	144	66,06	1850	86,01	$\chi2 = 59,13$; $p < 0,001$
13.1 Миссия и корпоративный стиль	2	335	76,31	1713	85,91	$\chi2 = 24,88$; $p < 0,001$
13.2 Коммуникативная модель и речевые модули	2	133	65,84	1915	85,84	$\chi2 = 55,59$; $p < 0,001$
13.3 Профессиональная этика и правила поведения	2	114	72,15	1934	85,01	$\chi2 = 18,34$; $p < 0,001$
13.4 Кадровая политика	8	340	68,55	1708	88,18	$\chi2 = 114,23$; $p < 0,001$
14. Оценка работы поликлиники пациентом	7	925	80,09	1123	87,87	$\chi2 = 27,61$; $p < 0,001$

5.4 Удовлетворенность респондентов длительностью ожидания на прием к врачу

При анализе данного показателя было установлено, что доля положительных оценок среди пациентов МО, где мероприятия Стандарта «Зона для кормления грудных детей», «Наружные вывески», «Навигации и таблички», «Информационные материалы», «Требование к сотрудникам и обучение сотрудников», «Back-office», «Процедурный кабинет», «Миссия и корпоративный стиль», «Коммуникативная модель и речевые модули» и «Профессиональная этика и правила поведения» были реализованы более 2 месяцев, была выше, чем у пациентов поликлиник с меньшим сроком реализации (таблица 14).

Доля положительно оценивших исследуемый параметр была значимо выше в группе пациентов МО, где сроки реализации разделов «Организация рабочего места», «Управление потоками медицинской документации», «Картохранилище» и

«Электронная очередь и инфомат» превысили 3 месяца, по сравнению с выборкой из МО, не достигших данного срока.

Группа пациентов МО, где мероприятия «Гардероб», «Указатели направления к поликлинике» и «Кабинет медицинской профилактики» были реализованы более 5 месяцев, демонстрировала достоверно большую долю удовлетворенных длительностью ожидания на прием к врачу, чем в организациях, где срок реализации мероприятий был меньше.

При стратификации ответов респондентов по итогам 6 месяцев процент положительно ответивших на данный вопрос Анкеты был значимо выше у пациентов МО, где более указанного срока были реализованы мероприятия «Зона ожидания» и «Маршрутизация пациента», по сравнению с группой пациентов из организаций, в которых продолжительность мероприятия не достигала анализируемого значения.

Среди пациентов МО, где мероприятие «Оценка работы поликлиники пациентом» было реализовано более 7 месяцев, доля положительно оценивших исследуемый параметр была достоверно выше, чем у пациентов МО, где указанный раздел Стандарта был реализован не так долго.

При сравнении выборок удельный вес удовлетворенных длительностью ожидания на прием к врачу в группе пациентов из МО, где срок реализации разделов «Санитарные комнаты и поддержание чистоты», «Front-office» и «Кадровая политика» составил более 8 месяцев, был достоверно выше, нежели аналогичный показатель в группе сравнения (таблица 14).

Таблица 14 – Данные анализа удовлетворенности респондентов длительностью ожидания на прием к врачу (в абсолютных числах, %)

Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
1.2 Гардероб	5	224	61,37	1601	83,60	$\chi 2 = 94,87$; $p < 0,001$

Продолжение таблицы 14

Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
1.3 Санитарные комнаты и поддержание чистоты	8	1310	76,21	515	91,80	$\chi2 = 64,38$; $p < 0,001$
1.4 Зона ожидания	6	1249	76,81	576	88,07	$\chi2 = 37,01$; $p < 0,001$
1.5 Зона для кормления грудных детей	2	297	62,26	1466	85,53	$\chi2 = 128,51$; $p < 0,001$
2.1.1 Указатели направления к поликлинике	5	1331	76,45	494	91,65	$\chi2 = 59,54$; $p < 0,001$
2.1.2 Наружные вывески	2	1075	77,06	719	85,39	$\chi2 = 22,95$; $p < 0,001$
2.2.1 Навигации и таблички	2	985	77,07	840	83,83	$\chi2 = 16,06$; $p < 0,001$
2.2.2 Информационные материалы	2	1053	78,17	772	82,74	$\chi2 = 7,21$; $p < 0,05$
3. Организация рабочего места	3	405	72,32	1420	82,56	$\chi2 = 27,71$; $p < 0,001$
4. Требование к сотрудникам и обучение сотрудников	2	431	68,19	1394	84,59	$\chi2 = 76,83$; $p < 0,001$
5. Управление потоками медицинской документации	3	221	73,18	1604	81,09	$\chi2 = 10,27$; $p < 0,05$
6.1 Front-office	8	979	76,42	846	84,68	$\chi2 = 23,97$; $p < 0,001$
6.2 Back-office	2	768	75,89	995	84,39	$\chi2 = 25,06$; $p < 0,001$
6.4 Картохранилище	3	718	76,71	1107	82,37	$\chi2 = 11,05$; $p < 0,001$
6.5.1 Маршрутизация пациента	6	137	71,35	1688	80,84	$\chi2 = 9,91$; $p < 0,05$
6.5.2 Электронная очередь и инфомат	3	919	78,41	844	82,83	$\chi2 = 6,75$; $p < 0,05$
9 Процедурный кабинет	2	234	59,69	1591	84,27	$\chi2 = 122,72$; $p < 0,001$
12 Кабинет медицинской профилактики	5	151	68,95	1620	81,12	$\chi2 = 18,22$; $p < 0,001$
13.1 Миссия и корпоративный стиль	2	336	76,54	1489	80,88	$\chi2 = 4,18$; $p < 0,05$
13.2 Коммуникативная модель и речевые модули	2	132	65,67	1693	81,43	$\chi2 = 28,51$; $p < 0,001$
13.3 Профессиональная этика и правила поведения	2	110	69,62	1715	80,82	$\chi2 = 11,55$; $p < 0,001$
13.4 Кадровая политика	8	308	62,22	1517	84,99	$\chi2 = 125,72$; $p < 0,001$
14. Оценка работы поликлиники пациентом	7	860	77,89	965	82,06	$\chi2 = 6,17$; $p < 0,05$

5.5 Удовлетворенность респондентов длительностью ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования

Исследование показало, что группа пациентов МО, где более 1 месяца реализован раздел «Картохранилище», демонстрировала достоверно более высокую долю положительно оценивших исследуемый параметр, по сравнению с выборкой из организаций, не реализовавших указанное мероприятие (таблица 15).

Доля граждан, положительно оценивших данный параметр, в выборке из МО, где мероприятия Стандарта «Зона для кормления грудных детей», «Организация рабочего места», «Требование к сотрудникам и обучение сотрудников», «Управление потоками медицинской документации», «Процедурный кабинет», «Миссия и корпоративный стиль», «Коммуникативная модель и речевые модули» и «Профессиональная этика и правила поведения» были реализованы более 2 месяцев, была выше, чем в группе пациентов из МО с меньшим сроком реализации.

Среди пациентов МО, где мероприятие «Back-office» было реализовано более 3 месяцев, доля положительно оценивших длительность ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования была достоверно выше, чем в выборке из МО, реализовавших указанное мероприятие менее 3 месяцев.

В выборке, сформированной из пациентов МО, где срок реализации мероприятий «Гардероб», «Указатели направления к поликлинике», «Навигации и таблички» и «Кабинет медицинской профилактики» был более 5 месяцев, доля удовлетворенных указанным параметром была значимо выше, чем среди пациентов поликлиник с меньшей продолжительностью мероприятия.

Среди пациентов МО, где разделы «Зона ожидания» и Маршрутизация пациента» были реализованы более 6 месяцев, доля граждан, удовлетворенных длительностью ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования, была достоверно выше, чем среди получивших услугу в организациях, где срок реализации указанных мероприятий был менее 6 месяцев.

В группе пациентов МО, где мероприятие «Оценка работы поликлиники пациентом» было реализовано более 7 месяцев, доля положительно оценивших параметр длительности ожидания записи на лабораторные и (или)

инструментальные исследования была значимо выше, чем в выборке из МО, в которых продолжительность реализации мероприятия была меньше.

При группировке ответов респондентов по итогам 8 месяцев было установлено, что доля положительно оценивших длительность ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования у пациентов МО с внедренными более указанного срока разделами «Санитарные комнаты и поддержание чистоты», «Электронное расписание» и «Кадровая политика», была достоверно выше аналогичного показателя группы сравнения (таблица 15).

Таблица 15 – Данные анализа удовлетворенности респондентов длительностью ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования (в абсолютных числах, %)

Вопрос Анкеты: удовлетворены ли Вы длительностью ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования						
Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
1.2 Гардероб	5	267	73,15	1820	88,65	$\chi2 = 63,02$; $p < 0,001$
1.3 Санитарные комнаты и поддержание чистоты	8	1529	84,19	558	92,69	$\chi2 = 27,61$; $p < 0,001$
1.4 Зона ожидания	6	1463	84,91	624	89,78	$\chi2 = 9,96$; $p < 0,05$
1.5 Зона для кормления грудных детей	2	341	71,49	1679	90,66	$\chi2 = 121,14$; $p < 0,001$
2.1.1 Указатели направления к поликлинике	5	1550	84,33	537	92,59	$\chi2 = 25,43$; $p < 0,001$
2.2.1 Навигации и таблички	5	1344	84,63	743	89,52	$\chi2 = 11,00$; $p < 0,001$
3. Организация рабочего места	2	301	78,59	1786	87.76	$\chi2 = 22,96$; $p < 0,001$
4. Требование к сотрудникам и обучение сотрудников	2	483	76,06	1604	89,96	$\chi2 = 76,54$; $p < 0,001$
5. Управление потоками медицинской документации	2	189	78,75	1898	87,14	$\chi2 = 12,89$; $p < 0,001$
6.2 Back-office	3	1072	85,15	948	88,59	$\chi2 = 5,99$; $p < 0,05$
6.4 Картохранилище	1	52	59,77	2035	87,30	$\chi2 = 53,81$; $p < 0,001$

Продолжение таблицы 15

Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
6.5.1 Маршрутизация пациента	6	138	71,88	1949	87,56	$\chi2 = 36,79$; $p < 0,05$
6.5.3 Электронное расписание	8	389	79,23	1631	88,74	$\chi2 = 30,47$; $p < 0,001$
9 Процедурный кабинет	2	277	70,66	1810	89,34	$\chi2 = 96,96$; $p < 0,001$
12 Кабинет медицинской профилактики	5	151	68,95	1881	88,10	$\chi2 = 61,71$; $p < 0,001$
13.1 Миссия и корпоративный стиль	2	345	78,05	1742	88,16	$\chi2 = 31,21$; $p < 0,001$
13.2 Коммуникативная модель и речевые модули	2	132	65,67	1955	88,18	$\chi2 = 79,04$; $p < 0,001$
13.3 Профессиональная этика и правила поведения	2	115	72,78	1972	87,26	$\chi2 = 26,18$; $p < 0,001$
13.4 Кадровая политика	8	354	71,08	1733	90,26	$\chi2 = 123,07$; $p < 0,001$
14. Оценка работы поликлиники пациентом	7	955	83,19	1132	89,13	$\chi2 = 23,01$; $p < 0,001$

5.6 Удовлетворенность респондентов организацией прохождения профилактических осмотров

Анализ результатов анкетирования выявил, что доля положительно оценивших процедуру прохождения профилактического осмотра в группе пациентов МО, где был более 1 месяца реализован раздел «Картохранилище», была достоверно выше, чем в группе сравнения (таблица 16).

Доля граждан, давших положительную оценку данной услуги, среди пациентов МО, где мероприятия Стандарта «Зона для кормления грудных детей», «Организация рабочего места», «Требование к сотрудникам и обучение сотрудников», «Управление потоками медицинской документации», «Процедурный кабинет», «Миссия и корпоративный стиль», «Коммуникативная модель и речевые модули» и «Профессиональная этика и правила поведения» были

реализованы более 2 месяцев, была значимо выше, чем в группе пациентов МО с меньшим сроком реализации.

В выборке пациентов МО, где мероприятия «Гардероб», «Указатели направления к поликлинике» и «Кабинет медицинской профилактики» были реализованы более 5 месяцев, доля граждан, удовлетворенных организацией прохождения профилактических осмотров, была значимо выше, чем у респондентов из организаций, где срок реализации мероприятий был меньше.

Доля положительных оценок среди респондентов из МО, где более 6 месяцев было внедрено мероприятие «Маршрутизация пациента», была достоверно выше, чем у пациентов, прошедших осмотр в организациях с меньшим сроком реализации.

Пациенты МО, где мероприятие «Оценка работы поликлиники пациентом» было реализовано более 7 месяцев, демонстрировали более высокую долю положительно оценивших исследуемый параметр, чем пациенты поликлиник, где указанный раздел Стандарта был реализован на протяжении меньшего срока.

При анализе параметра удовлетворенности организацией прохождения профилактических осмотров доля положительных оценок среди пациентов МО, где срок реализации разделов «Санитарные комнаты и поддержание чистоты», «Электронное расписание» и «Кадровая политика» составил более 8 месяцев, была достоверно выше, чем в группе сравнения (таблица 16).

Таблица 16 – Данные анализа удовлетворенности респондентов организацией прохождения профилактических осмотров (в абсолютных числах, %)

Вопрос Анкеты: удовлетворены ли Вы организацией прохождения профилактических осмотров						
Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
1.2 Гардероб	5	222	61,16	1512	74,44	$\chi2 = 27,24$; $p < 0,001$
1.3 Санитарные комнаты и поддержание чистоты	8	1272	70,39	462	78,71	$\chi2 = 15,33$; $p < 0,001$

Продолжение таблицы 16

Реализованный раздел Стандарта	Срок действия (мес.)	Положительные ответы, в МО, где срок действия меньше (из графы «Срок действия»)		Положительные ответы, в МО, где срок действия больше (из графы «Срок действия»)		Сравнение
		кол-во	%	кол-во	%	
1.5 Зона для кормления грудных детей	2	289	61,09	1391	75,93	$\chi2 = 41,83$; $p < 0,001$
2.1.1 Указатели направления к поликлинике	5	1290	70,53	444	78,58	$\chi2 = 14,02$; $p < 0,001$
3. Организация рабочего места	2	201	52,62	1533	76,19	$\chi2 = 89,36$; $p < 0,001$
4. Требование к сотрудникам и обучение сотрудников	2	381	60,19	1353	76,83	$\chi2 = 64,58$; $p < 0,001$
5. Управление потоками медицинской документации	2	158	66,67	1576	73,06	$\chi2 = 4,38$; $p < 0,05$
6.4 Картохранилище	1	48	55,17	1686	73,08	$\chi2 = 13,47$; $p < 0,001$
6.5.1 Маршрутизация пациента	6	119	62.30	1615	73,31	$\chi2 = 10,66$; $p < 0,001$
6.5.3 Электронное расписание	8	256	52,35	1424	78,41	$\chi2 = 132,41$; $p < 0,001$
9 Процедурный кабинет	2	226	57,65	1508	75,32	$\chi2 = 51,27$; $p < 0,001$
12 Кабинет медицинской профилактики	5	128	58,99	1573	74,48	$\chi2 = 23,98$; $p < 0,001$
13.1 Миссия и корпоративный стиль	2	243	55,23	1491	76,31	$\chi2 = 79,90$; $p < 0,001$
13.2 Коммуникативная модель и речевые модули	2	112	55,72	1622	73,96	$\chi2 = 30,68$; $p < 0,001$
13.3 Профессиональная этика и правила поведения	2	99	62,66	1635	73,12	$\chi2 = 8,09$; $p < 0,05$
13.4 Кадровая политика	8	283	56,94	1451	76,49	$\chi2 = 75,36$; $p < 0,001$
14. Оценка работы поликлиники пациентом	7	782	68,26	1912	76,08	$\chi2 = 21,36$; $p < 0,001$

Таким образом, на основании вышеописанных результатов можно сформулировать рекомендации по повышению удовлетворенности.

1. Для достижения быстрого эффекта в повышении удовлетворенности родителей пациентов в детских поликлиниках целесообразно начать с мероприятий по организации комфортного и безопасного пространства для пациентов, например, с создания зоны для кормления детей до 1 года; созданию системы

навигации и информирования пациентов, в том числе по вопросам профилактики и формирования здорового образа жизни; обучению сотрудников навыкам организации работы и соблюдению этико-деонтологических принципов. Дополнительно желательно выстроить логистику медицинской документации и организовать место для хранения амбулаторных карт, а также оптимизировать работу процедурного кабинета (Рисунок 21).

2. При внедрении мероприятий, связанных с организацией процессов маршрутизации пациентов и медицинской профилактики, а также внедрении сервисов электронного управления очередью в регистратуре, необходимо учитывать, что эффект будет отсроченным (Рисунок 21).

3. Самыми продолжительными по времени получения ожидаемых результатов будут мероприятия по оценке работы поликлиники пациентом, совершенствованию кадровой политики МО и организации санитарных комнат, а также внедрению электронного расписания (Рисунок 21).

Длительность воздействия мероприятий Стандарта для значимого повышения удовлетворённости оказанной медицинской помощью

Быстрый эффект (через 2-3 месяца)

Реализованный раздел Стандарта	Доля положительно оценивших респондентов
1.5 Зона для кормления грудных детей	76-89%
2.1.2 Наружные вывески	85%
2.2.2 Информационные материалы	83%
3. Организация рабочего места	76-88%
4. Требование к сотрудникам и обучение сотрудников	77-90%
5. Управление потоками медицинской документации	73-87%
6.2 Back-office	84-89%
6.4 Картохранилище	73-87%
6.5.2 Электронная очередь и инфомат	83%
9 Процедурный кабинет	75-89%
13.1 Миссия и корпоративный стиль	76-88%
13.2 Коммуникативная модель и речевые модули	74-88%
13.3 Профессиональная этика и правила поведения	73-87%

Отсроченный эффект (через 5-8 месяцев)

Реализованный раздел Стандарта	Доля положительно оценивших респондентов
1.2 Гардероб	74-89%
1.3 Санитарные комнаты и поддержание чистоты	79-93%
1.4 Зона ожидания	88-90%
2.1.1 Указатели направления к поликлинике	79-93%
2.2.1 Навигации и таблички	84-90%
6.1 Front-office	85%
6.5.1 Маршрутизация пациента	73-88%
6.5.3 Электронное расписание	78-89%
12 Кабинет медицинской профилактики	74-88%
13.4 Кадровая политика	76-90%
14. Оценка работы поликлиники пациентом	76-89%

Рисунок 21 – Длительность воздействия мероприятий Стандарта для значимого повышения удовлетворённости оказанной медицинской помощью

Считаем, что данные рекомендации могут учитываться при принятии управленческих решений как на уровне отдельной МО (планирование и реализация конкретных мероприятий по улучшению условий оказания медицинской помощи),

так и на региональном уровне (разработка региональных программ и проектов в рамках формирования пациент-ориентированной системы здравоохранения).

Резюме

Изучение параметров удовлетворенности оказанной медицинской помощью, в зависимости от длительности воздействия реализованных мероприятий Стандарта в МО, показало значимые различия между выборками начиная с первого месяца внедрения отдельных его мероприятий.

Таким образом, полученные в настоящем исследовании данные о взаимосвязи длительности воздействия факторов организационных преобразований, проводимых в МО, на уровень удовлетворенности родителей пациентов и сформированные на их основе рекомендации могут быть использованы в практическом здравоохранении при выборе оптимальных мер, направленных на улучшение условий оказаний медицинской помощи, их приоритизации, планировании целевых значений исследуемых показателей удовлетворенности. Дальнейшая научная работа в данном направлении должна быть ориентирована на разработку комплексных моделей оценки удовлетворенности оказанной медицинской помощью на локальном и региональном уровнях с последующим анализом их результативности.

ГЛАВА 6. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НА ОСНОВАНИИ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ

Для идентификации наличия статистической связи параметров с удовлетворенностью респондентов оказанной медицинской помощью был проведен однофакторный анализ независимых переменных, пригодных для построения модели (таблица 17).

Таблица 17 – Факторы влияющие на уровень удовлетворенности медицинской помощью по результатам одномерного анализа (в абсолютных числах, %)

Признаки	Удовлетворены оказанной медицинской помощью, получаемой в поликлинике		Не удовлетворены оказанной медицинской помощью, получаемой в поликлинике		Сравнение	ОШ 95 % ДИ
	N	%	N	%		
Удовлетворены отношением лечащих врачей	2439	93,7	526	69,6	$\chi2$ = 326,94; p <0,001	ОШ = 6,50; 95 % ДИ 5,21–8,11
Удовлетворены отношением среднего медперсонала	1045	86,1	384	64,1	$\chi2$ = 114,68; p <0,001	ОШ = 3,46; 95 % ДИ 2,74–4,37
Удовлетворены результатом посещения врача-педиатра участкового	2378	93,3	484	71,3	$\chi2$ = 256,20; p <0,001	ОШ = 5,60; 95 % ДИ 4,46–7,03
Удовлетворены длительностью ожидания в регистратуре	2350	97,8	421	72,5	$\chi2$ = 449,18; p <0,001	ОШ = 16,85; 95 % ДИ 12,15–23,38
Удовлетворены длительностью ожидания на прием к врачу	1974	93,2	133	30,0	$\chi2$ = 998,34; p <0,001	ОШ = 31,95; 95 % ДИ 24,53–41,62
Удовлетворены длительностью ожидания при записи на лабораторные и(или) инструментальные исследования	2368	97,3	367	60,6	$\chi2$ = 721,02; p <0,001	ОШ = 23,37; 95 % ДИ 17,42–31,35

Продолжение таблицы 17

Признаки	Удовлетворены оказанной медицинской помощью, получаемой в поликлинике		Не удовлетворены оказанной медицинской помощью, получаемой в поликлинике		Сравнение	ОШ 95 % ДИ
	N	%	N	%		
Удовлетворены качеством и полнотой информации о работе МО, доступной на стендах данной МО	1056	88,9	484	83,6	$\chi2$ = 486,04; p <0,001	ОШ = 9,57; 95 % ДИ 7,69–11,89
Проинформированы о прохождении профилактического осмотра	1091	91,7	463	79,6	$\chi2$ = 52,16; p <0,001	ОШ = 2,83; 95 % ДИ 2,12–3,78
Удовлетворены организацией прохождения профилактического осмотра	2037	87,2	277	46,5	$\chi2$ = 470,96; p <0,001	ОШ = 7,85; 95 % ДИ 6,41–9,56

Исследование статистической взаимосвязи между качественным признаком и положительным отзывом при оценке удовлетворенности оказанной медицинской помощью осуществляли при помощи анализа таблиц сопряженности, с вычислением критерия $\chi2$ Пирсона с поправкой Йетса.

Все исследованные факторы статистически значимо (p <0,05) влияли на оценку пациентом оказанной медицинской помощью, наибольший вклад в которую вносили такие показатели, как длительность ожидания в регистратуре (ОШ = 16,85; 95 % ДИ 12,15–23,38), приема врача (ОШ = 31,95; 95 % ДИ 24,53–41,62), и при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования (ОШ = 23,37; 95 % ДИ 17,42–31,35), в меньшей степени пациенты связывают доступность и качество оказанной медицинской помощи с организацией прохождения профилактического осмотра (ОШ = 7,85; 95 % ДИ 6,41–9,56), отношением лечащих врачей (ОШ = 6,50; 95 % ДИ 5,21–8,11) и среднего медицинского персонала (ОШ = 3,46; 95 % ДИ 2,74–4,37), результативностью посещения врача-педиатра участкового (ОШ = 5,60; 95 % ДИ 4,46–7,03), информированностью о прохождении

профилактического осмотра (ОШ = 2,83; 95 % ДИ 2,12–3,78), качеством и полнотой информации (ОШ = 9,57; 95 % ДИ 7,69–11,89).

Для прогнозирования возникновения положительного отзыва при оценке удовлетворенности оказанной медицинской помощью использовался метод множественного логистического регрессионного анализа. Оценка удовлетворенности оказанной медицинской помощью представлена в виде бинарной переменной, где 0 — отрицательный отзыв при оценке удовлетворенности оказанной медицинской помощью, 1 — положительный отзыв.

В ходе исследования была создана многофакторная логистическая регрессионная модель для оценки удовлетворенности медицинской помощью, в которую в качестве независимых переменных вошли отношение лечащего врача и среднего медицинского персонала, результат посещения врача-педиатра участкового, качество информации о МО, длительность ожидания в регистратуре, приема к врачу и при записи на лабораторные и инструментальные исследования, способ записи на прием, а также информированность и организация прохождение профилактических осмотров. Возможность использования выбранных показателей для модели была определена в ходе начальных этапов настоящей работы.

Построение логистической регрессионной модели осуществлялось методом пошагового исключения прогностических факторов с определением минимального набора предикторов по оценке квадрата Найджелкерка. Интерпретация параметров логистической регрессии производилась на основе величины exp(b): если коэффициент b положительный, то exp(b) больше 1 и шансы возрастают, если коэффициент отрицательный — шансы снижаются. Проверка значимости модели осуществлялась при помощи критерия $\chi 2$. При значении $p < 0,05$, гипотеза о незначимости модели отвергалась.

Тестирование модели выявило статистически достоверное влияние выбранной комбинации эффектов на положительный исход (критерий $\chi 2$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,625$). Следовательно, при помощи созданной модели можно судить о вероятности получения положительного отзыва при оценке удовлетворенности

оказанной медицинской помощью. Основные результаты регрессионного анализа представлены в таблице 18 и рисунке 22.

Таблица 18 – Параметры многофакторного анализа признаков (в абсолютных числах)

Параметры		Коэффициент регрессии (b)	Среднеквадратическая ошибка	exp (b)	95% ДИ exp (b)	Критерий Вальда
Константа	B_0	-6,011	0,403	0,002		221,923 p <0,001
Как вы оцениваете отношение к Вам среднего медперсонала?	x_1	0,640	0,175	1,896	1,347–2,670	13,432 p <0,001
Удовлетворены ли Вы результатом посещения врача-педиатра участкового	x_2	1,341	0,186	3,821	2,653–5,504	51,877 p <0,001
Удовлетворены ли Вы длительностью ожидания в регистратуре	x_3	1,161	0,181	3,194	2,241–4,551	41,321 p <0,001
Удовлетворены ли Вы длительностью ожидания на прием к врачу	x_4	3,313	0,172	27,476	19,610–38,498	370,718 p <0,001
Удовлетворены ли Вы длительностью ожидания при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования	x_5	2,322	0,195	10,194	6,951–14,949	141,284 p <0,001
Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе МО, доступной на стендах данной МО	x_6	-0,823	0,208	0,439	0,292–0,660	15,639 p <0,001
Информированы ли Вы прохождением профилактического осмотра	x_7	0,604	0,226	1,829	1,174–2,849	7,128 p =0,008
Удовлетворены ли Вы организацией прохождения профилактического осмотра	x_8	1,225	0,172	3,405	2433–4,765	51,028 p <0,001
Примечание: exp (b) – экспонированное значение шансов						

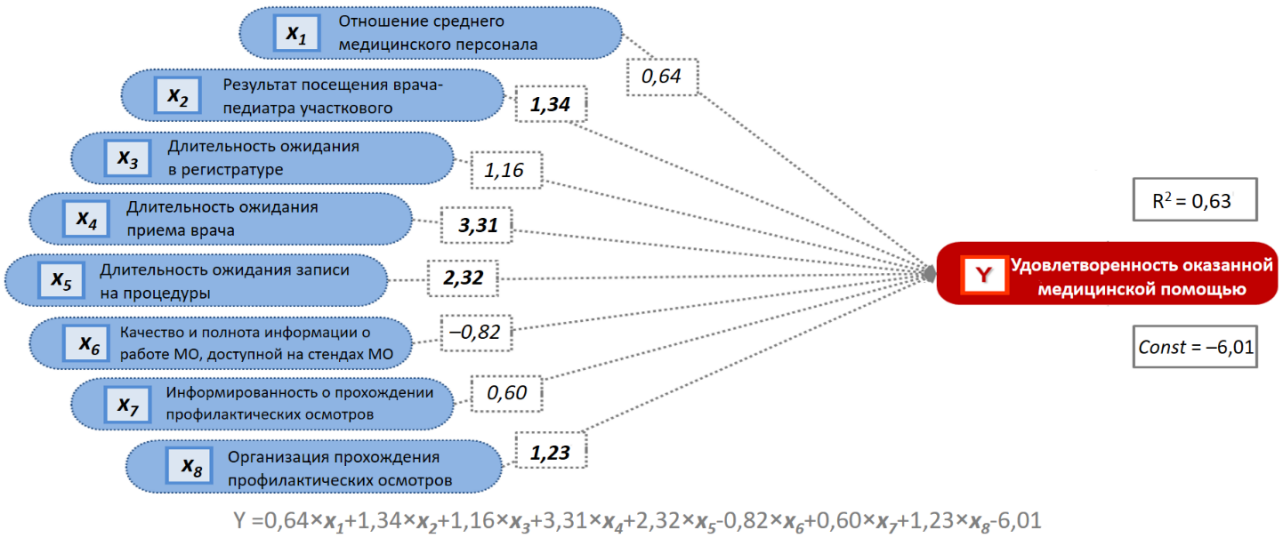

Рисунок 22 – Построение регрессионного уравнения и модели, степени влияния факторов

Тестирование вариантов модели показало, что все переменные модели независимо друг от друга имели статистически достоверное влияние на положительную оценку удовлетворенности медицинской помощью, являясь самостоятельными прогностическими факторами.

Так, наиболее выраженное статистическое влияние на положительную оценку удовлетворенности медицинской помощью оказывали удовлетворенность длительностью ожидания на прием к врачу и при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования, результатом посещения врача-педиатра участкового и организацией прохождения профилактических осмотров, наименее выраженное — информированность о работе МО и отношение среднего медицинского персонала.

При помощи коэффициентов регрессии модели нами было составлено логистическое регрессионное уравнение оценки удовлетворенности оказанной медицинской помощью: $p = \frac{1}{1+e^{-(0,64*x_1+1,341*x_2+1,161*x_3+3,313*x_4+2,322*x_5-0,823*x_6+0,604*x_7+1,225*x_8-6,011)}}$, где: e — основание натурального логарифма; x_1 — удовлетворенность отношением среднего медперсонала; x_2 — удовлетворенность результатом посещения врача-педиатра участкового; x_3 — удовлетворенность длительностью ожидания в регистратуру; x_4 — удовлетворенность длительностью ожидания на прием к врачу;

x_5 — удовлетворенность длительностью ожидания при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования; x_6 — удовлетворенность качеством и полнотой информации о работе МО; x_7 — информированность о прохождении профилактического осмотра; x_8 — удовлетворенность организацией прохождения профилактических осмотров. Значение вероятности изменяется в пределах от нуля до 1. Если прогностическая вероятность больше 0,5, то пациент будет отнесен к группе с благоприятным исходом (положительный отзыв при оценке удовлетворенности медицинской помощью).

Все переменные в полученное уравнение вводятся при обнаружении признака (положительного ответа) как «1», а при отсутствии признака (отрицательного отзыва) — как «0».

Эффективность применения логистической регрессионной модели проанализирована путем определения удовлетворенности оказанной медицинской помощью для каждого из респондентов при помощи логистического регрессионного уравнения с последующим сравнением расчетной оценки удовлетворенности с полученной при анкетировании родителей пациентов (наличие ответов на ключевой вопрос анкеты «удовлетворены ли вы качеством бесплатной медицинской помощи, оказанной в поликлинике» и наличие ответов на другие вопросы анкеты).

Так, прогностическая точность применения модели при оценке удовлетворенности оказанной медицинской помощью составила 84,0 %, также в данном метаматематическом анализе оценивались следующие показатели: чувствительность (Se) которая была равна 73,0 %, и специфичность (Sp) — 90,7 % (таблица 19).

Таблица 19 – Параметры классификации регрессионного анализа (в абсолютных числах, %)

Наблюдаемые значения	Прогнозируемые значения		
	Удовлетворены	Не удовлетворены	Процент правильных ответов
Удовлетворены	521	193	73,0 (Se)

Продолжение таблицы 19

Наблюдаемые значения	Прогнозируемые значения		
	Удовлетворены	Не удовлетворены	Процент правильных ответов
Не удовлетворены	109	1060	90,7 (Sp)
Процент корректно прогнозируемых			84,0

Чувствительность представляет собой долю истинно положительных случаев (процент верно классифицируемых родителей пациентов, удовлетворенных оказанной медицинской помощью). Специфичность — это доля истинно отрицательных случаев (процент верно классифицируемых респондентов с отрицательной оценкой удовлетворенности оказанной медицинской помощью). Однако оба показателя должны иметь достаточно высокие значения, в обратном случае есть риск получить ложноположительные и ложноотрицательные результаты классификации.

Следующим шагом выполняли построение ROC-кривой (от англ. Receiver Operating Characteristic) — графика, позволяющего оценить качество бинарной модели. ROC-кривая показывает зависимость количества верно классифицированных положительных примеров (истинно положительное множество) от количества неверно классифицированных отрицательных примеров (ложно отрицательное множество). Далее производили количественную интерпретацию ROC-кривой с определением показателя AUC (от англ. Area Under Curve) — площади под ROC-кривой, отображающей зависимость чувствительности и специфичности модели при различных порогах классификации. Чем выше показатель AUC, тем большей прогностической способностью обладает логистическая модель.

В таблице 20 представлены результаты ROC-анализа, а на рисунке 23 – график ROC-кривой.

Таблица 20 – Площадь под ROC-кривой (в абсолютных числах)

Показатель AUC (площадь под кривой)	Стандартная ошибка	Асимптотическая значимость	Асимптотический 95 % доверительный интервал	
			Нижняя граница	Верхняя граница
0,890	0,005	0,000	0,880	0,900

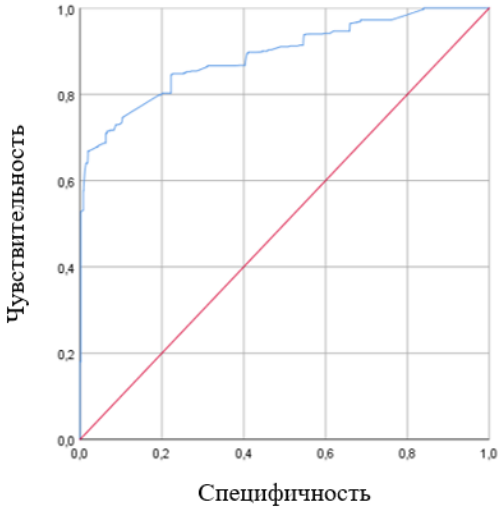

Рисунок 23 – График ROC-кривой

Для трактовки показателя AUC существуют классификации по данному параметру, используемый нами пример классификации модели представлен в таблице 21.

Таблица 21 – Оценка качества построенной модели на основе ROC-анализа (в абсолютных числах)

Качество модели	**Значение AUC**
Отличное	0,9–1,0
Очень хорошее	0,8–0,9
Хорошее	0,7–0,8
Среднее	0,6–0,7
Неудовлетворительное	0,5–0,6

Полученная регрессионная модель является адекватной с высоким уровнем значимости (χ^2 =1158,969, p <0,001), снижение коэффициента логарифмического правдоподобия до 1340,384. Процент объясненной дисперсии — 62,5.

По данным построения ROC-кривой показатель AUC составил 0,89±0,005 (ДИ 95 % 0,88–0,90; p <0,001), что указывает на очень высокое качество прогностической модели и, следовательно, полученное уравнение регрессии обосновано рекомендует ее к использованию в практике для оценки вероятности получения удовлетворенности качеством медицинской помощи.

Стоит отметить, что для подтверждения полученных результатов и возможности практического применения модели важна ее апробация на данных, не вошедших в исходную выборку. Так, качество модели оценивалось на основании данных полученных от родителей детей, которым была оказана медицинская помощь в амбулаторных условиях за 2022 год. Согласно модели, для всех случаев высчитали вероятность возникновения положительного отзыва при оценке удовлетворенности оказанной медицинской помощью. Респондентов классифицировали на группы с положительным (вероятность > 50 %) и отрицательным (вероятность ≤ 50 %) отзывом и сравнили с их известными данными соответствующим вопросом анкеты. В таблице 22 представлены результаты применения модели для прогнозирования возникновения положительного отзыва при оценке удовлетворенности оказанной медицинской помощью.

Таблица 22 – Параметры классификации модели на основе данных за 2022 год (в абсолютных числах, %)

Наблюдаемые значения	Прогнозируемые значения		
	Удовлетворены	Не удовлетворены	Процент правильных ответов
Удовлетворены	772	8	98,9 (Se)
Не удовлетворены	2	124	98,4 (Sp)
Процент корректно прогнозируемых			98,9

Как следует из полученных результатов, разработанная модель имеет высокий показатель конкордации 98,9 %, является устойчивой и может работать в любой иной выборке из той же генеральной совокупности.

Также созданная методом логистической регрессии, модель классификации была протестирована на двух случайным образом выбранных анкетах, принадлежащих к группам исследования.

Анкета № 4822 от 12.12.2022.

Женщина из возрастной группы 18–36 лет ответила на вопрос анкеты об удовлетворенности оказанной ее ребенку медицинской помощи в амбулаторных условиях в Стрежевской городской больнице следующим образом: «Скорее не удовлетворена, чем удовлетворена».

По факторам удовлетворенности ответы были следующие:

– отношение среднего медицинского персонала — относились с вниманием и участием;

– результат посещения врача-педиатра участкового — скорее не удовлетворена, чем удовлетворена;

– длительность ожидания в регистратуре — скорее удовлетворена, чем не удовлетворена;

– длительность ожидания на прием к врачу — скорее не удовлетворена, чем удовлетворена;

– длительность ожидания при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования — скорее не удовлетворена, чем удовлетворена;

– качество и полнота информации о работе МО, доступной на стендах данной МО — скорее не удовлетворена, чем удовлетворена;

– информированность о прохождении профилактического осмотра — нет, не информирована;

– организация прохождения профилактического осмотра — скорее не удовлетворена, чем удовлетворена;

Применение модели логистической регрессии

Входные данные в уравнение прямой: отношение среднего медицинского персонала = 1; результат посещения врача-педиатра участкового = 0; удовлетворенность длительностью ожидания в регистратуре = 1; удовлетворенность длительностью ожидания на прием к врачу = 0; удовлетворенность длительностью ожидания при записи на процедуры = 0; удовлетворенность качеством и полнотой информации о работе МО, доступной на стендах данной МО = 0; информированность о прохождении профилактического осмотра = 0; удовлетворенность организацией прохождения профилактического осмотра = 0. При расчете вероятность возникновения положительного отзыва при оценке удовлетворенности оказанной медицинской помощью у данного анкетируемого составляет 0,1 % (p =0,001).

Анкета № 5328 от 21.06.2022.

Женщина из возрастной группы 18–36 лет осталась скорее удовлетворена, чем не удовлетворена медицинской помощью, оказываемой в детской поликлинике медико-санитарной части № 2.

По факторам удовлетворенности ответы были следующие:

– отношение среднего медицинского персонала — относится с вниманием и участием;

– результат посещения врача-педиатра участкового — не удовлетворена;

– длительность ожидания в регистратуре — да, удовлетворена;

– длительность ожидания на прием к врачу — да, удовлетворена;

– длительность ожидания при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования — да, удовлетворена;

– качество и полнота информации о работе МО, доступной на стендах данной МО — скорее не удовлетворена, чем удовлетворена;

– информированность о прохождении профилактического осмотра — да, через МО;

– организация прохождения профилактического осмотра — скорее удовлетворена, чем не удовлетворена;

Применение модели логистической регрессии

Входные данные в уравнение прямой: отношение среднего медицинского персонала = 1; результат посещения врача-педиатра участкового = 0; удовлетворенность длительностью ожидания в регистратуре = 1; удовлетворенность длительностью ожидания на прием к врачу = 1; удовлетворенность длительностью ожидания при записи на процедуры = 1; удовлетворенность качеством и полнотой информации о работе МО, доступной на стендах данной МО = 1; информированность о прохождении профилактического осмотра = 1; удовлетворенность организацией прохождения профилактического осмотра = 1. Вероятность возникновения положительного отзыва при оценке удовлетворенности оказанной медицинской помощью у данного анкетируемого составляет 92 % (p =0,92).

Таким образом, метод логистической регрессии определил прогностическую функцию, оба анкетируемых были классифицированы по группам наблюдения верно.

По результатам тестирования модели можно сделать вывод о ее хорошей прогностической способности определения вероятности получения положительной оценки родителями пациентов оказанной медицинской помощи и возможности применения модели для своевременного принятия управленческих решений, направленных на повышение уровня удовлетворенности населения качеством предоставления услуг.

Резюме

Таким образом, применение для оценки удовлетворенности оказанной медицинской помощью логистической регрессионной модели, в которую в качестве переменных входят удовлетворенность отношением среднего медицинского персонала и результатом посещения врача-педиатра участкового, удовлетворенность длительностью ожидания в регистратуру и приема врача, при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования, а также удовлетворенность качеством и полнотой информации о МО,

информированностью и организацией прохождения профилактических осмотров, благодаря высокой прогностической точности позволяет определить необходимость применения тех или иных мероприятий Стандарта для повышения удельного веса положительно оценивших параметры удовлетворенности.

Полученные данные позволяют не только установить, какие факторы влияют на показатель удовлетворённости родителей пациентов работой МО, но и какие конкретные организационные мероприятия Стандарта влияют на мнение пациентов МО об оказанной медицинской помощи. Так результаты исследования свидетельствуют о том, что реализация мероприятий Стандарта по повышению доли положительно оценивших длительность ожидания приёма врача в большей степени (более чем в 27 раз, 95 % ДИ (19,61–38,49)) увеличивает шансы получения положительной оценки оказанной медицинской помощью чем другие факторы, оказывающие влияние на данный показатель.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного анализа зарубежного и отечественного опыта, было выявлено, что одним из неотъемлемых элементов комплексной оценки деятельности системы здравоохранения и отдельных медицинских организаций является измерение удовлетворенности населения, так как на уровень данного параметра влияют факторы, относящиеся к процессам организации и оказания медицинской помощи [119; 123; 140; 142; 152; 154]. Показатель удовлетворенности представляет собой комбинацию субъективных психологических ощущений пациентов от пребывания в МО и степени достижения ожидаемого результата, зависящий не только от материально-технической базы организации и соблюдения медицинскими сотрудниками своих должностных инструкций, но и от распространенности информационных технологий и эффективности организационных решений [56; 84; 89].

Следует отметить, что, начиная с 2022 года в соответствии с решением Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 15.12.2021, в национальный проект «Здравоохранение», который реализуется с 2019 года, включен дополнительный показатель, отражающий удовлетворенность населения медицинской помощью. Риски недостижения целевых значений данного параметра могут быть существенно снижены путем разработки и внедрения действенных подходов к управлению удовлетворенностью на всех уровнях системы здравоохранения, что подчеркивает актуальность исследований в данном направлении.

За последние несколько лет в субъектах РФ уже накоплен значительный массив данных по изучению мнения пациентов о системе здравоохранения в рамках реализации проектов «Бережливая поликлиника» и «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», процедуры независимой оценки качества условий оказания медицинских услуг, а также самостоятельных региональных инициатив, направленных на внедрение принципов пациент-ориентированности в работу МО, который может

быть использован в качестве информационной базы для подобных научных изысканий [26; 31; 61; 66; 81; 85; 87; 96].

На территории Томской области в рамках формирования пациент-ориентированной системы здравоохранения в 2018 году был разработан Стандарт, регламентирующий основные вопросы организации медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе для обслуживания детского населения.

Положительная динамика в период внедрения Стандарта была показана при оценке родителями пациентов отношения лечащего врача и посещения врача-педиатра участкового на фоне реализации мероприятий, регламентирующих работу участковой службы, врачей-специалистов, организацию рабочей зоны сотрудников с применением инструмента бережливого производства 5S, а также требованиями к сотрудникам и обучению сотрудников, корпоративной культуре, включающих речевые модули и корпоративные семинары для персонала, кадровую политику МО и правила поведения работников. В рамках реализации указанных разделов Стандарта сотрудники поликлиник получили необходимые навыки управления процессами, что позволило им выстроить свою работу таким образом, чтобы минимизировать излишние действия со стороны пациента, которые могли тратиться на обращение в регистратуру или колл-центр для записи на консультацию или обследование. В свою очередь соблюдение универсальных принципов медицинской этики и деонтологии в отношении с пациентами являлись одними из главных критериев оценки профессионализма как отдельного сотрудника, так и организации в целом.

Доказано, что вежливость, уважение и способность медицинского персонала внимательно слушать пациентов являются значимыми факторами общего удовлетворения пациентов. Так, по результатам исследования Е.А. Наумовой и В.Ю. Ушакова (2015) было показано, что доверие пациента к врачу, достаточный объем предоставляемой информации, высокий уровень физического комфорта, а также эмоциональная поддержка и вежливое отношение медицинского персонала повышают удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью [41]. В

исследовании Н.А. Екимовой и Л.А. Карасевой (2020) было продемонстрировано, что самые высокие оценки (от 100 % до 84 %) пациенты ставят за профессиональное выполнение манипуляций, вежливое и доброжелательное отношение, создание безопасной среды пребывания в стационаре [19].

Стоит отметить, что мероприятия, включающие в себя обустройство приемной зоны для пациентов, навигацию с разъяснением направления движения пациента для облегчения ориентации как на пути к МО, так и внутри учреждения, регулирование интенсивности потока пациентов, а также логистику оказания медицинской помощи и организацию кабинета плановой помощи для обеспечения маршрутизации пациентов в том числе и записи на повторные приемы к врачам для получения направлений, на консультацию или госпитализацию, способствовали повышению удовлетворенности пациентов длительностью ожидания в регистратуре, приема к врачу и записи на лабораторные и инструментальные исследования. В исследовании, проведенном А.Ю. Давыдовым с соавт. (2020), показано, что обеспечение наиболее оптимального распределения потоков посетителей и организации работы диагностических подразделений приводит к снижению затрат времени пациентов на посещение поликлиники, созданию комфортности и повышению их удовлетворённости организацией работы МО [65].

Было установлено, что мероприятия по созданию зоны комфортного ожидания для пациентов, организации игровых зон и комнат для кормления грудных детей и детей раннего возраста, а также доброжелательность персонала, доступность и полная информация о МО привели к снижению времени ожидания пациентом как в регистратуре, так и на прием к врачу. Об этом же свидетельствуют данные исследований М.С. Григорович с соавт. (2018), С.В. Романов с соавт. (2017) [60; 79].

Кроме того, в результате внедрения Стандарта параметр удовлетворенности организацией прохождения профилактических осмотров также вырос, благодаря внедрению мероприятий управления потоками медицинской документации, что минимизировало действия пациента в логистике документов, а выстраивание алгоритма работы процедурного кабинета, процесса профилактических осмотров

детей первого года жизни с применением БП привело к сокращению времени нахождения пациента как в кабинетах, так и в поликлинике в целом. Представленные данные подтверждаются рядом исследований, проведенных на пилотных объектах [71; 86].

Отрицательную динамику показали такие параметры, как удовлетворенность отношением среднего медицинского персонала, качеством и полнотой информации о работе МО. Вероятной причиной полученных результатов может быть как низкая результативность мероприятий ТПР по отношению к деятельности МО, негативное восприятие новой схемы маршрутизации и изменения привычного для населения порядка получения медицинской помощи, а также недостаточная информационная подготовка пациентов и сотрудников МО к проводимым организационным преобразованиям, так и другие причины, не связанные с внедрением Стандарта, которые необходимо изучать на уровне каждой МО. Возражения сотрудников, могут быть обусловлены мнением, что новшества подразумевают дополнительную нагрузку и тем самым снижают качество профессиональной деятельности [22]. Решением в данной ситуации может стать своевременное информирование персонала об организационных изменениях в МО и повышение мотивации к работе в новых условиях. Сопротивление со стороны пациентов может быть вызвано субъективным ожиданием трудностей из-за нововведений.

Не изменился параметр информированности о прохождении профилактических осмотров до внедрения Стандарта и после. Это можно объяснить недостаточным периодом времени реализации мероприятий для получения статистически достоверных результатов.

Вместе с тем практическое применение результатов анализа удовлетворенности не должно останавливаться на стадии пассивной оценки показателей, поэтому перед организаторами здравоохранения всех уровней стоят масштабные задачи по переходу к новой модели управления, основанной на повышении удовлетворенности населения за счет реализации целенаправленных воздействий. Каждый руководитель должен понимать, какие меры требуется осуществить для улучшения или поддержания на приемлемом уровне параметров

удовлетворенности медицинской помощью, как их приоритизировать для достижения максимального эффекта, как быстро может быть получен значимый результат от конкретных мероприятий.

Проведенный анализ показал, что достоверный прирост доли пациентов, удовлетворенных медицинской помощью, так или иначе связан с длительностью воздействия реализованных организационных преобразований.

Следует отметить, что для значимого повышения уровня удовлетворённости оказанной медицинской помощью в зависимости от продолжительности влияния все мероприятия Стандарта условно можно разделить на две группы: мероприятия с быстрым получением эффекта (от 2 до 3 месяцев) и мероприятия с отсроченным эффектом (от 5 до 8 месяцев, Рисунок 21). Быстрый отклик от реализуемых мероприятий свидетельствует о результативности выбранных организационных решений. В свою очередь, отсроченный эффект мероприятий Стандарта может быть обусловлен рядом причин, связанных с трудностями реализации отдельных мер, феноменом привыкания и выходом из зоны комфорта пациентов, а также сопротивлением со стороны сотрудников и пациентов и т.п.

Значимое повышение удовлетворённости родителей пациентов отношением лечащего врача на фоне реализации мероприятий Стандарта по организации зоны для кормления грудных детей, рабочей зоны сотрудников и формированию корпоративной культуры отмечается через 2 месяца. На наш взгляд, это обусловлено созданием благоприятных условий как для пациентов, так и для сотрудников за счет организации зон комфортного ожидания, рабочих мест врачей и медицинских сестер, снижения трудоемкости процессов, формирования навыков общения между медицинскими работниками и пациентами на основе принципов этики и деонтологии. Эффект от мероприятий по улучшению навигации наступает через 5 месяцев, поскольку это может быть связано со сложностью реализации требований Стандарта. Основными ограничениями, по нашему мнению, являются недостаток ресурсов и низкая вовлеченность сотрудников. В свою очередь, достоверный прирост доли пациентов, удовлетворенных взаимодействием с медицинским персоналом на фоне внедрения разделов «Гардероб» и «Зона

ожидания» отмечается через 8 месяцев и может быть связан с переносом общего положительного впечатления от пребывания в МО на отдельного медицинского работника. Стоит также отметить, что позитивное влияние на оценку удовлетворенности отношением лечащего врача на фоне реализации мероприятий по совершенствованию кадровой политики отмечается через 8 месяцев, что может быть обусловлено необходимостью обучения сотрудников навыкам управления, переосмысления кадровых процессов и осуществления подбора кадров, а также низкой мотивацией персонала.

Преобладание положительных оценок при анализе удовлетворенности посещением врача-педиатра участкового на фоне внедрения разделов «Управление потоками медицинской документации» и «Регистратура», обусловлено, по нашему мнению, минимизацией участия пациента в движении документов и снижением количества обращений в регистратуру за медицинскими картами. Кроме того, организация в рамках внедрения Стандарта call-центров позволила наладить запись на прием дистанционно, а также исключила ситуации, когда регистратор вынужден одновременно общаться с посетителями МО и отвечать на телефонные звонки. Эти меры способствовали формированию у пациентов более позитивного психологического фона еще до непосредственного посещения врача-педиатра участкового, что повлияло и на общий уровень их удовлетворенности данным параметром.

Необходимо также отметить позитивное влияние на оценку длительности ожидания очереди в регистратуру и на прием к участковому врачу таких решений, как создание электронной очереди для упорядочивания процесса обращения граждан в регистратуру, внедрение функционала администратора холла для ускорения распределения потоков пациентов и организация front-офиса с минимизацией физического барьера между посетителем и сотрудником. Данные меры позволили не только снизить сроки ожидания, но и косвенно повлиять на оценку пациента за счет создания комфортных условий для установления контакта с ним и налаживания более доверительных отношений. Результатом совершенствования работы регистратуры в рамках Стандарта также стало

сокращение числа конфликтных ситуаций по вопросам предоставления необходимой информации о порядке получения медицинских услуг за счет обучения сотрудников регистратуры основам этики, деонтологии и управления конфликтами. Примечательно, что отклик от организации front-офиса наступил лишь через 8 месяцев от внедрения мероприятия. Одной из возможных причин этого может быть длительная адаптация пациентов к изменениям (выход из зоны комфорта).

Показательно, что такой параметр, как посещение врача-педиатра участкового, был оценен выше в МО, внедривших систему оценки поликлиники пациентом. Это может быть обусловлено возможностью напрямую повлиять на положительные решения в организации работы учреждения и опосредованно — на качество приема врача-педиатра участкового. Эффект от реализации мероприятий по оценке поликлиники был отсроченным, на наш взгляд, в связи с выходом из зоны комфорта пациентов при изменении привычных им действий, сопровождающих обращение в МО, что зачастую на первоначальных этапах несет отрицательную оценку деятельности учреждения.

Реализация разделов «Приемная зона», «Система навигации и информационные носители», «Управление потоками медицинской документации» и «Регистратура» оказала положительное влияние на уровень удовлетворенности родителей пациентов длительностью ожидания в регистратуре, приема врача и записи на лабораторные и инструментальные исследования. В рамках указанных разделов были утверждены требования к организации работы структурных элементов МО, которые входят в приемную зону (возведение колясочной, замена входной группы, выделение помещения под гардероб, организация зоны ожидания и отдыха, санитарных комнат); описаны требования к оптимальной навигации для пациента, что облегчало ориентацию пациента как на пути к МО, так и внутри учреждения; прописаны требования к информированию граждан о работе МО и оказании медицинской помощи.

Следует отметить, что раздел «Управление потоками медицинской документации» позволил упорядочить документооборот внутри МО,

минимизировать необходимость обращения пациента в регистратуру за документами за счет введения требований по подготовке амбулаторных карт накануне приема врача и доставке их в кабинет, а внедрение системы хранения позволило сократить время на поиск нужных материалов.

Мероприятия по созданию зоны ожидания для пациентов, организации игровых зон и комнат для кормления грудных детей и детей раннего возраста, а также доброжелательность персонала, доступность и полная информация о МО внесли положительный вклад в уровень удовлетворенности длительностью ожидания пациентом как в регистратуре, так и на прием к врачу за счет обеспечения комфортности нахождения в поликлинике. Внедрение указанных выше мероприятий привело к достоверному повышению доли удовлетворенных медицинской помощью уже спустя 2 месяца от начала реализации, что говорит об их результативности.

Положительная оценка организации прохождения профилактических осмотров детского населения ассоциирована с внедрением разделов Стандарта, предусматривающих оптимизацию работы процедурных кабинетов и регистратуры, открытие кабинетов медицинской профилактики, управление потоками медицинской документации, создание зон ожидания и улучшение системы навигации, которые позволяют сократить длительность прохождения профилактического осмотра и время ожидания, а также минимизировать количество визитов в поликлинику. Однако повышение доли удовлетворённых организацией профилактических осмотров под воздействием мероприятий по организации кабинета медицинской профилактики, навигации и маршрутизации наступает через 5–6 месяцев, что может быть связано с сопротивлением изменениям в работе поликлиники со стороны сотрудников и пациентов. Возражения сотрудников, на наш взгляд, обусловлены мнением, что новшества подразумевают дополнительную нагрузку и тем самым снижают качество профессиональной деятельности. Сопротивление со стороны пациентов может быть вызвано субъективным ожиданием трудностей из-за нововведений. Решением в данной ситуации может стать своевременное информирование персонала об

организационных изменениях в МО и повышение мотивации к работе в новых условиях, разъяснительная работа с населением.

Кроме того, на современном этапе развития здравоохранения особую актуальность приобретают вопросы оценки удовлетворенности населения медицинской помощью и разработка комплекса мероприятий по повышению ее уровня во всех сферах функционирования отрасли.

Так, в рамках данного исследования была построена модель комплексной оценки удовлетворенности оказанной медицинской помощью, в которую в качестве переменных вошли: отношение среднего медицинского персонала, результат посещения врача-педиатра участкового, качество информации о МО, длительность ожидания в регистратуре, приёма врача и процедур, а также информированность и организация прохождение профилактических осмотров.

По мнению экспертов, основными требованиями для применения и использования в РФ искусственного интеллекта в медицинской практике являются показатели чувствительности модели от 95 % и выше и специфичности — от 80 % и выше, подтверждённые при валидации в рамках клинических исследований [33]. Как следует из полученных результатов после апробации на данных, не вошедших в исходную выборку, разработанная модель имела показатель конкордации 98,9 %, что указывает на очень высокое качество прогностической модели и, следовательно, полученное уравнение регрессии обоснованно рекомендует ее к использованию в практике для оценки вероятности получения удовлетворенности качеством медицинской помощи.

Таким образом, обобщая результаты проведенного анализа результативности мероприятий Стандарта при внедрении в детские поликлиники Томской области, можно сделать вывод об их эффективности.

Полученный опыт представляет практический интерес, поскольку позволяет сделать выводы не только о результативности отдельных организационных преобразований, но и о длительности воздействия управленческих решений как на уровне отдельной МО, так и на региональном уровне для значимого повышения удовлетворённости пациентов оказанной медицинской помощью.

Полученные нами данные не только позволили оценить влияние организационных мероприятий на уровень удовлетворенности родителей пациентов оказанной медицинской помощью, но и на практике апробировать инструменты оценки результативности мероприятий по совершенствованию медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях детскому населению.

ВЫВОДЫ

1. В Томской области отмечалось снижение общей заболеваемости и первичной заболеваемости среди детского населения за период 2015–2022 гг. на 14,1% и 14,6%, соответственно. При этом с 2015 года отмечено ежегодное снижение объемов первичной медико-санитарной помощи: число посещений на 1000 детского населения сократилось на 21,5%, в том числе посещений с профилактической целью — на 26,8%, числа обращений по заболеванию — на 16,1%. Обеспеченность врачебными кадрами в Томской области в период с 2015 по 2022 гг. выросла с 42,0 до 44,5 на 10 тыс. населения при федеральном нормативе 41,0 на 10 тыс. населения. В 2022 году обеспеченность средним медицинским персоналом в Томской области составляла 75,9 на 10 тыс. населения, что ниже показателей Сибирского федерального округа и Российской Федерации на 14,9% и 6,3% соответственно.

2. Уровень удовлетворенности родителей пациентов медицинской помощью до внедрения «Стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» составлял 58,8 %, после — 78,3 % (увеличение доли удовлетворенных медицинской помощью на 19,5%, $p < 0,05$). В медицинских организациях, внедривших «Стандарт организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях», установлено достоверное увеличение доли пациентов, положительно оценивших такие показатели, как посещение врача-педиатра участкового, длительность ожидания в регистратуре и на прием к врачу, записи на лабораторные и инструментальные исследования, организация прохождения профилактических осмотров ($p < 0,05$).

3. Внедрение «Стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» в городские медицинские организации характеризовалось большим приростом доли пациентов, удовлетворённых медицинской помощью в сравнении с медицинскими организациями, расположенными в селе (увеличение доли удовлетворенных медицинской помощью в городских медицинских организациях на 26,5%, в медицинских

организациями, расположенными в селе — 19,5% p <0,05). Внедрение «Стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» более чем на 75 % в медицинские организации ассоциировано с увеличением доли пациентов, удовлетворенных медицинской помощью в целом на 15,1% (с 70,6% по 85,7%, p <0,05) и уровня удовлетворённости по таким параметрам, как отношение лечащих врачей, посещение врача-педиатра участкового; длительность ожидания в регистратуре и на прием к врачу, записи на лабораторные и инструментальные исследования и организация прохождения профилактических осмотров (p <0,05).

4. Реализация мероприятий «Стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» по таким направлениям, как организация комфортного и безопасного пространства для пациентов; создание системы навигации и электронного расписания; обучение сотрудников навыкам организации работы и соблюдение этико-деонтологических принципов продолжительностью более двух месяцев ассоциирована с увеличением удовлетворённости отношением лечащих врачей, посещением врача-педиатра участкового, записью к специалистам и ожиданием приёма врача и процедур (p <0,05). Внедрение мероприятий «Стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях», предусматривающих оптимизацию работы процедурных кабинетов и открытие кабинетов медицинской профилактики через два месяца характеризовалось приростом доли пациентов, удовлетворённых организацией прохождения профилактических осмотров (с 57,7 до 75,3 %, p <0,05).

5. Результаты комплексной оценки показали взаимосвязь увеличения доли удовлетворённых оказанной медицинской помощью родителей пациентов с повышением доли положительно оценивших такие параметры, как взаимодействие с медицинским персоналом, длительность ожидания, информированность о работе медицинских организаций и организация прохождения профилактических осмотров (p <0,05).

6. В результате использования модели среди факторов удовлетворенности в наибольшей степени на получение положительной оценки родителями пациентов работой медицинской организации оказывают влияние:

удовлетворённость длительностью ожидания приёма врача (ОШ – 27,47 [95% ДИ 19,61–38,49]), удовлетворённость длительностью ожидания записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования (ОШ – 10,19 [95% ДИ 6,95–14,95]), удовлетворённость посещением врача-педиатра участкового (ОШ – 3,82 [95% ДИ 2,65–5,50]) и удовлетворённость организацией профилактического осмотра (ОШ – 3,41 [95% ДИ 2,43 – 4,77]).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Руководителям органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации

– при разработке планов мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи в амбулаторных условиях целесообразно использовать предложенную математическую модель определения вероятности получения положительной оценки родителями пациентов оказанной медицинской помощи как элемента комплексной оценки деятельности медицинской организации;

– для выявления уровня удовлетворенности родителей пациентов медицинской помощью, оказываемой детскому населению в амбулаторных условиях как в отдельных МО, так и на отраслевом уровне, необходимо использовать метод анкетирования для анализа текущего состояния организации медицинской помощи в систематическом режиме;

– на основе полученных данных о факторах, влияющих на параметры удовлетворенности родителей пациентов медицинской помощью, оказываемой детскому населению в амбулаторных условиях, следует проводить реализацию мероприятий Стандарта в соответствии с выявленными проблемами.

Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощи детскому населению в амбулаторных условиях

– для достижения быстрого эффекта в повышении удовлетворенности родителей пациентов целесообразно начать с мероприятий по организации комфортного и безопасного пространства для пациентов (например, с создания зоны для кормления детей до 1 года); создания системы навигации и информирования пациентов, в том числе по вопросам профилактики и формирования здорового образа жизни; обучения сотрудников навыкам организации с использованием принципов бережливого производства и соблюдению этико-деонтологических норм и правил;

– для достижения высокого уровня удовлетворенности родителей пациентов целесообразно выстроить логистику медицинской документации и систему хранения амбулаторных карт, а также организовать работу процедурного кабинета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абашин, Н.Н. Некоторые результаты оценки эффективности вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи / Н.Н. Абашин // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения : материалы V научно-практической конференции / ред. О.П. Щепин. – Москва, 2000. – С. 52–55.

2. Алексеева, А.В. Некоторые аспекты доступности медицинской помощи детскому населению / А.В. Алексеева // Детская медицина Северо-Запада. - 2018. - Т.7. - №1. - С. 18-19.

3. Алексеева, Н.Ю. Исследование удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения / Н.Ю. Алексеева, Л.П. Пчела, С.В. Макаров // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 1. – С. 259–266.

4. Аликова, З.Р. Удовлетворенность родителей оказанием амбулаторно-поликлинической помощи детям в условиях региона / З.Р. Аликова, Л.А. Анаева, Ф.У. Козырева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 6. – С. 1022–1026.

5. Апханова, Н.С. Определение направлений работы медицинской организации в условиях реализации принципов «бережливого производства» по результатам социологического исследования (на примере ОГАУЗ "Иркутская городская детская поликлиника № 2") / Н.С. Апханова, Е.В. Душина, Е.М. Гусенкова // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации : материалы Всероссийской научно-практической конференции : в 2 т. Т. 1 / под ред. Г.М. Гайдарова. – Иркутск, 2019. – С. 88–91. – ISBN 978-5-98277-291-6.

6. Апханова, Н.С. Опыт внедрения принципов «бережливого производства» в работу медицинской организации (на примере ОГУАЗ «Иркутская городская детская поликлиника № 2») / Н.С. Апханова, Е.В. Душина,

Е.М. Гусенкова // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации : материалы Всероссийской научно-практической конференции : в 2 т. Т. 1 / под ред. Г.М. Гайдарова. – Иркутск, 2019. – С. 85–88. – ISBN 978-5-98277-291-6.

7. Арсланова, Л.Ф. Оценка качества оказания медицинских услуг в детской поликлинике / Л.Ф. Арсланова, А.С. Мустаева, Т.В. Ямщикова // Modern Science. – 2022. – № 6–3. – С. 215–219.

8. «Бережливые технологии» как инструмент повышения эффективности здравоохранения (обзор проблемы) / Е.Г. Гандурова, А.В. Горбачев, А.Л. Дорофеев [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – № 2. – С. 90–92.

9. Берсенева, Е.А. Результаты анкетирования пациентов с целью оценки организации процессов в медицинском учреждении / Е.А. Берсенева, С.А. Мендель, Е.А. Савостина, Р.Т. Таирова // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, № 2. – С. 59–65

10. Богатова, И.В. Научное обоснование выбора критериев оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи / И.В. Богатова, Н.Ф. Шильникова // Забайкальский медицинский вестник. – 2014. – № 1. – С. 98–102.

11. Бойков, А.Н. Мнение пациентов о качестве санаторной помощи / А.Н. Бойков, Л.В. Кочорова // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / под ред. Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург, 1997. – Вып. 2 : Посвящается 100-летию СПбГМУ им. И. П. Павлова. – С. 52–54.

12. Бойков, В.А. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на основе технологий бережливого производства : дис. … д-ра мед. наук / В.А. Бойков. – Москва, 2021. – 297 с.

13. Васильева, К.Н. Критерии оценки эффективности деятельсноти медицинской организации / К.Н. Васильева, О.В. Савельева // Апрельские научные чтения имени профессора Л. Т. Гиляровской: сборник статей XI Международной

научно-практической конференции / ред. Д.А. Ендовицкий [и др.]. – Воронеж : Воронежский государственный университет,2020. – С. 20–24.

14. Величко, Е.А. Социологический опрос как инструмент, влияющий на оценку качества оказания медицинской помощи хирургических отделений многопрофильных стационаров / Е.А. Величко, Н.П. Истомин, А.Ю. Некрасов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – Т. 62, № 4. – URL: https://doi.org/10.21045/2071-5021-2018-62-4-2 (дата обращения: 23.11.2023).

15. Выступление С.А. Краевого, заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации от 23.07 : национальный проект «Здравоохранение» // Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : [сайт]. – URL: http://www.roszdravnadzor.ru/documents/53487 (дата обращения: 22.03.2022).

16. Гандурова, Е.Г. Первый опыт реализации проекта «Бережливое производство» в условиях городской поликлиники / Е.Г. Гандурова, О.А. Димова, В.Н. Кораблев // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2018. – № 3. – С. 21–24.

17. Давыдовский, С.В. Мнение потребителей психиатрической помощи как один из показателей качества медицинского обслуживания / С.В. Давыдовский // 2 Съезд психиатров и наркологов Республики Беларусь : материалы съезда / под ред. Р.А. Евсегнеева [и др.]. – Гродно, 2001. – С. 11. – ISBN 985-6539-47-1.

18. Дорофеев, М.О. Бережливое производство [Электронный ресурс] / М.О. Дорофеев, Л.А. Семина // Форум молодых ученых. – 2020. – № 5 (45). – URL: b06fdc_e1d2f68f8c04415ea670336c356029aa.pdf (forum-nauka.ru) (дата обращения: 23.11.2023).

19. Екимова, Н.А. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой в условиях внедрения инноваций в сестринскую практику / Н.А. Екимова, Л.А. Карасева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1. – С. 143–151.

20. Жуйкова, П.В. Анализ удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи детям в поликлинике / П.В. Жуйкова, А.И. Зямилова, Н.М. Попова // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2. – С. 42.

21. Исаева, А.А. Обеспечение устойчивого развития «умного здравоохранения» на основе принципов бережливости/ А.А. Исаева // Устойчивое развитие цифровой экономики, промышленности и инновационных систем: сборник трудов научно-практической конференции с зарубежным участием / ред. Д. Г. Родионова, А. В. Бабкина. – Санкт-Петербург: Политех-Пресс, 2020. – С. 320–323.

22. Квитчук, Н.А. Проект "Бережливая поликлиника": инновационные конфликты в амбулаторном звене / Н.А. Квитчук, Т.П. Грищенко // Приоритетные направления развития науки и образования : сборник статей Международной научно-практической конференции : в 2 ч. Ч. 2 / ред. Г.Ю. Гуляев. – Пенза : МЦНС «Наука и Просвещение», 2018. – С. 238–241. – ISBN 978-5-907046-28-3.

23. Кислицына, О.А. Факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность россиян системой здравоохранения/ О.А. Кислицына // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 8. – URL: https://doi.org/10.21045/2071-5021-2020-66-2-8 (дата обращения: 23.11.2023).

24. Китанина, К. Ю. Бережливый менеджмент в здравоохранении / К.Ю. Китанина, А.Г. Ластовецкий // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – № 2. – URL: https://doi.org/10.24411/2075-4094-2018-16022 (дата обращения: 02.05.2023).

25. Комплексная оценка качества оказания медицинской помощи с точки зрения пациента / М.А. Черкасов, А.Ж. Черный, И.И. Шубняков [и др.] // Травматология и ортопедия. – 2019. – № 1. – С. 49–58.

26. Кондратьева, И.Ю. Новая модель оказания первичной медико-санитарной помощи детям – бережливая поликлиника / И.Ю. Кондратьева, Л.Н. Коптева // Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения: сборник научных трудов. Том Выпуск 6 / под общ. ред. М.А. Поздняковой. – Нижний Новгород: Ремедиум Приволжье, 2019. – С. 168–172.

27. Кондратьева, И.Ю. Практическая эффективность проекта «Бережливая поликлиника» / И.Ю. Кондратьева // Ремедиум Приволжье. – 2017. – № 10. – С. 6–9.

28. Корчагин, Е. Нематериальная мотивация медработников. Какие инструменты используют руководители / Е. Корчагин, Е. Лудупова, Ю. Тарасов, Р. Каримова // Здравоохранение. – 2018. – № 3. – С. 42–49.

29. Куницкая, С.В. К проблеме удовлетворенности населения медицинской помощью / С.В. Куницкая // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 1. – С. 33–35.

30. Ластовецкий, А.Г. Оценка принципов бережливого производства в медицинских учреждениях в перспективе и в настоящем / А.Г. Ластовецкий, И.Г. Титов, К.Ю. Китанина // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – № 4. – URL: https://doi.org/10.24411/2075-4094-2018-16082 (дата обращения: 21.11.2022).

31. Латуха, О.А. Применение международного опыта бережливого производства в концепции устойчивого развития медицинской организации/ О.А. Латуха // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2018. – Т. 8, № 1. – С. 239–254.

32. Ли, М.В. Анализ результатов независимой оценки качества условий оказания медицинской помощи в многопрофильной больнице г. Владивостока / М.В. Ли, Н.В. Пономаренко, С.Н. Бениова // Фундаментальные и прикладные науки сегодня : материалы XXII международной научно-практической конференции. – Morrisville : LuluPress, Inc., 2020. – С. 35–38. – ISBN 978-1-716-95046-9.

33. Лучинин, А.С. Модель логистической регрессии для прогнозирования летальности в отделении интенсивной терапии: проблемы и решения / А.С. Лучинин, А.В. Лянгузов // Качественная клиническая практика. – 2022. – № 2. – С. 13–20.

34. Медведева, О.В. Управление качеством медицинской помощи : учебно-методическое пособие / О.В. Медведева. – Рязань, 2020. – 178 с.

35. Меньшикова, Л.И. Оценка удовлетворенности родителей пациентов первичной медико-санитарной помощью, оказанной в детских поликлиниках / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, Э.А. Мордовский // Экология человека. – 2017. – № 12. – С. 15–20.

36. Методика расчета эффективности применения мобильной телемедицинской лаборатории на уровне территории РФ / Е.П. Какорина, Г.С. Лебедев, В.О. Флек [и др.] // Проблемы информатизации здравоохранения : юбилейный сборник научных статей / под ред. С.А. Гаспаряна, В.К. Гасникова, В.Н. Ярыгина. – Москва, 2005. – С. 159–176. – ISBN 5-88458-092-4.

37. Методические подходы к управлению удовлетворенностью больного медицинской услугой как свойством качества / У.О. Каппушев, О.В. Тюрина, Т.П. Васильева, М.Д. Васильев // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения : материалы VI научно-практической конференции / ред. О.П. Щепин. – Москва, 2001. – Ч. 1. – С. 223–225.

38. Микерова М.С. М.С. Разработка и стандартизация критериев оценки удовлетворенности пациента как компонента качества медицинской помощи / Микерова, Е.А. Каровайкина, А.С. Гараева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019. – № 5–6. – С. 24–29.

39. Моисеева, К.Е. Оценка удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения / К.Е. Моисеева, В.К. Юрьев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 4. – URL: https://doi.org/10.21045/2071-5021-2020-66-4-9 (дата обращения: 21.11.2022).

40. Наркевич, А.Н. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях / А.Н. Наркевич, К.А. Виноградов // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] – 2019. – Т. 65, № 6. – URL: https://doi. org/10.21045/2071–5021–2019–65–6–10 (дата обращения: 23.11.2023).

41. Наумова, Е.А. Влияние личностных характеристик пациента на удовлетворенность от лечения у пациентов отделений терапии, кардиологии, гастроэнтерологии / Е. А. Наумова, В. Ю. Ушаков // Научный журнал «АПРОБАЦИЯ». – 2015. – Т. 28, № 1. – С. 86–90.

42. Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями : материал опубл. 09.03.2016 : обновл. 21.09.2022 // Министерство здравоохранения РФ : [сайт]. – URL: https://minzdrav.gov.ru/open/supervision/format (дата обращения 30.09.2022).

43. Новая модель организации первичной медицинской помощи на примере поликлиники № 5 МАУ дГКБ № 11 / И.С. Паньшина, Ю.С. Егорова, А.С. Соколова [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2019. – № 6. – С. 26–31.

44. Новокрещенов, И.В. Роль социологической информации в системе управления качеством медицинской помощи / И.В. Новокрещенов, И.Г. Новокрещенова // Труды Астраханской государственной медицинской академии. Т. 39 : Актуальные проблемы демографической политики и состояние здоровья населения Российской Федерации : материалы Всероссийской научно-практической конференции / Астраханская государственная медицинская академия. – Астрахань, 2009. – С. 200–201.

45. Нурбаева, Г. Бережливое производство как одна из новых управленческих технологий в системе здравоохранения / Г. Нурбаева, Г. Кабдуева, Д. Апеисова // Journal of Health Development. – 2019. – Т. 3, № 32. – С. 60–68.

46. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам совершенствования проведения независимой оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы : Федеральный закон от 05.12.2017 № 392-ФЗ (последняя редакция) : принят Государственной Думой 24 ноября 2017 года : одобрен Советом Федерации 29 ноября 2017 года // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284137 (дата обращения: 21.11.2022).

47. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования : Федеральный закон от 21.07.2014 № 256-ФЗ (последняя редакция) : принят Государственной Думой 4 июля 2014 года : одобрен Советом Федерации 9 июля 2014 года // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165899 (дата обращения: 21.11.2022).

48. О порядке осуществления координации деятельности по проведению независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования и общего методического обеспечения проведения указанной оценки : постановление Правительства РФ от 14.11.2014 № 1202 : ред. от 29.11.2018 // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171061 (дата обращения: 21.11.2022).

49. Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (вместе с "Информацией, предоставляемой медицинскими организациями, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями") : приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н : зарег. в Минюсте России 20.02.2015 N 36153 // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_137853 (дата обращения: 21.11.2022).

50. Об организации работы по обеспечению технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети «Интернет» [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 13 июля 2018 г. № 442: изм. от 28 января 2020 г. // Министерство здравоохранения Российской Федерации : сайт. – URL: https://minzdrav.gov.ru/documents/9571-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-13-iyulya-2018-g-442-ob-organizatsii-rabot-po-obespecheniyu-tehnicheskoy-vozmozhnosti-vyrazheniya-mneniya-patsientami-o-kachestve-usloviy-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami-na-ofitsialnom-sayte-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-v-seti-internet (дата обращения: 02.05.2023).

51. Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения (вместе с "Методическими рекомендациями по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения") : приказ Минздрава России от 31.10.2013 № 810а // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_154473 (дата обращения: 21.11.2022).

52. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (последняя редакция) : принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года : одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895 (дата обращения: 21.11.2022).

53. Об уполномоченном федеральном органе исполнительной власти, определяющем состав информации о результатах независимой оценки качества условий осуществления образовательной деятельности организациями, осуществляющими образовательную деятельность, условий оказания услуг

организациями культуры, социального обслуживания, медицинскими организациями, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, включая единые требования к такой информации, и порядок ее размещения на официальном сайте для размещения информации о государственных и муниципальных учреждениях в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" : постановление Правительства РФ от 14.11.2014 № 1203 : ред. от 06.08.2020 // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171062 (дата обращения: 21.11.2022).

54. Об утверждении методики расчета дополнительного показателя "Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент" федерального проекта "Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации", входящего в национальный проект "Здравоохранение": приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.07.2022 г. № 495 // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_428894/ (дата обращения: 09.05.2023).

55. Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения : материал опубл. 01.09.2015 : обновл. 08.09.2015 // Министерство здравоохранения РФ : [сайт]. – URL: https://minzdrav.gov.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennye-rezultaty-sotsiologicheskih-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya (дата обращения: 21.11.2022).

56. Общественное мнение как форма контроля за медико-социальной эффективностью здравоохранения (методологические, методические и тактические аспекты/ А.С. Чумаков, А.А. Шошин, А.Т. Магомедов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 3. – URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/221/307/lang,ru/ (дата обращения 02.05.2023).

57. Одинец, А. И. Исследование по вопросам оценки условий оказания медицинской помощи/ А.И. Одинец // Актуальные проблемы теоретической,

экспериментальной, клинической медицины и фармации: сборник трудов конференции / ред. И.В. Медведева, И.М. Петров, Г.С. Соловьев [и др.] – Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2019. – С. 229–230.

58. Оно, Т. Производственная система Тойоты: уходя от массового производства / Т. Оно ; пер. с англ. А. Грязновой, А. Тягловой ; под ред. В.А. Лапидуса. – 4-е изд. – Москва, 2013. – 194 с. – ISBN 978-5-903148-39-4.

59. Опыт внедрения технологий бережливого производства в здравоохранении: обзор лучших практик / Л.М. Протасова, В.Н. Масунов, В.А. Бойков [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65, № 4. – URL: https://doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-4-1 (дата обращения: 21.11.2022).

60. Опыт оптимизации работы городской поликлиники, основанной на принципах бережливого производства и информатизации / М.С. Григорович, А.В. Стариков, С.Н. Войтко [и др.] // Российский семейный врач. – 2018. – Т. 22., № 4. – С. 19–24.

61. Опыт реализации пилотного проекта "Бережливая поликлиника" в поликлинике крупного города / Л.В. Сочкова, М.М. Быкова, А.В. Ким, О.М. Носырева // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – Т. 3, № 2. – С. 4–11.

62. Основные критерии удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг детскому населению г. Якутска / И.П. Луцкан, Е.А. Борисова, Н.В. Саввина [и др.] // Исследования и практика в медицине. –2019. – Т. 6, № 1. – С. 132–138.

63. Основные принципы построения системы критериев и показателей для оценки качества и эффективности медицинской деятельности / А.Л. Линденбратен, Н.К. Гришина Н.К, С.М. Сердюковский [и др.] // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 2. – С. 30–35.

64. Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью / Г.В. Шнайдер, И.А. Деев, О.С. Кобякова, Л.М. Протасова [и др.] // Социальные аспекты

здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 4. – URL: https://doi.org/10.21045/2071-5021-2020-66-4-4 (дата обращения: 23.11.2023).

65. Оценка удовлетворенности пациентов как индикатор пациентоориентированного подхода в организации акушерско-гинекологической помощи/ А.Ю. Давыдов, Г.Б. Артемьева, В.В. Хоминец, Е.Н. Танишина // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2020. – Т. 8, № 1. – С. 38–44.

66. Оценка удовлетворенности пациентов медицинской помощью в отделении хирургической инфекции ЦГКБ № 40 / Е.В. Юдаков, М.В. Томилова, К.М. Бадыкова, Т.В. Зарипова // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы V Международной (75 Всероссийской) научно-практической конференции молодых учёных и студентов. – Екатеринбург, 2020. – № 2. – С. 475–479.

67. Оценка эффективности деятельности региональных систем здравоохранения / В.И. Стародубов, И.М. Сон, С.А. Леонов, С.А. Стерликов // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 15–25.

68. Пациентоориентированный подход: анализ взаимосвязи оценки пациентами результативности медицинской помощи и условий её оказания / Н.Г. Бразовская, И.А. Деев, О.С. Кобякова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65, № 1. – URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1097/30/lang,ru/ (дата обращения 12.12.2021).

69. Петрова, Н.Г. Компьютеризация здравоохранения как необходимое условие создания системы контроля качества / Н.Г. Петрова // Информатизация и экономика здравоохранения регионов России : материалы ежегодной научно-практической конференции. – Москва, 2000. – С. 74–75.

70. Применение бережливых технологий при организации профилактических мероприятий среди детского населения Санкт-Петербурга / В.И. Орел, В.И. Смирнова, Д.В. Ченцов, Д.Н. Разгуляева // Российский педиатрический журнал. – 2022. – Т. 3, № 1. – С. 227.

71. Применение инструментов бережливого производства при организации профилактических осмотров детского населения Томской области /

И.А. Деев, В.А. Бойков, Л.М. Канонеркер [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 9. – С. 30–36.

72. Пугачева, М.А. Концепция пациентоориентированности: сущность, инструменты и особенности внедрения в Республике Татарстан / М.А. Пугачева, О.А. Акиньшина // Форум молодых ученых. – 2019. – № 6 (34). – С. 948–954.

73. Распоряжение Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 № 817 «Об утверждении Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области» [Электронный ресурс] – URL: https://zdrav.tomsk.ru/storage/111621/ %D0 %A1 %D1 %82 %D0 %B0 %D0 %BD % D0 %B4 %D0 %B0 %D1 %80 %D1 %82_ %D0 %90 %D0 %9F %D0 %9F.pdf/ (дата обращения 25.11.2019).

74. Реализация проекта "бережливая поликлиника" в городской больнице г. Ижевска / Н.М. Коняхина, Е.А. Кузнецова, О.И. Карташова, Т.В. Ямщикова // Modern Science. – 2020. – № 1. – С. 254–257.

75. Результативность организационной модели повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи / С.А. Суслин, П.В. Владимирович, О.В. Кирьякова [и др.] //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 1. – С. 715–731.

76. Романов С.В. Пути повышения удовлетворенности пациентов при обслуживании в регистратуре поликлиники медицинской организации системы ФМБА России / С.В. Романов, С.А. Дзюбак, О.П. Абаева // Медицина экстремальных ситуаций. – 2017. – № 61 (3). – С. 47–50.

77. Руголь, Л.В. Новые технологии повышения качества и доступности амбулаторной медицинской помощи / Л.В. Руголь // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 3. – С. 22–29.

78. Румянцева, Е.Е. Бережливые технологии в сфере здравоохранения / Е.Е. Румянцева, И.К. Куприна, Н.В. Смирнова // Вектор экономики. – 2020. – № 7. – С. 33.

79. Сабанов, В.И. Качество медицинской помощи: оценка пациентами / В.И. Сабанов, Л.Н. Грибина, Н.П. Багметов // Информатизация и экономика

здравоохранения регионов России : материалы ежегодной научно-практической конференции. – Москва, 2000. – С. 153–156.

80. Светличная, Т.Г. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по данным социологического опроса) / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, А.В. Кудрявцев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 3. – С. 18–21.

81. Светличная, Т.Г. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, Е.Л. Борчанинова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – № 5–6. – С. 3–7.

82. Светличная, Т.Г. Уровень и структура удовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений Мурманска/ Т.Г. Светличная, О.А.Цыганова, В.К. Зинькевич // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 2. – С. 3–7.

83. Сердюковский, С. М. Методические принципы комплексной оценки деятельности медицинских организаций / С.М. Сердюковский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. –Т. 27, № 4. – С. 476–478. – URL: http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-476-478 (дата обращения: 23.11.2023).

84. Сибурина, Т.А. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью / Т.А. Сибурина, Г.Н. Барскова, Л.В. Лактионова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – № 1. – URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/454/30 (дата обращения: 21.11.2022).

85. Совершенствование деятельности городской поликлиники на основе бережливых технологий / В.А. Евдаков, А.М. Алленов, Г.Б. Артемьева [и др.] // Наука молодых. – 2020. – № 4. – С. 481–484.

86. Совершенствование организации профилактических осмотров детского населения Томской области с использованием бережливых технологий / И.А. Деев, В.А. Бойков, С.В. Барановская, М.А. Бабешина // Advanced science :

сборник статей XIV Международной научно-практической конференции / ред. Г.Ю. Гуляев. – Пенза : Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2020. – С. 86–90. – ISBN 978-5-00159-553-3.

87. Соловьев, А.А. Удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг на разных этапах реализации проекта "бережливая поликлиника" в Томской области / А.А. Соловьев, Н.В. Копысова // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2018. – Т. 33, № 4. – С. 154–157.

88. Стандарт системы управления медицинской организацией, направленной на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью. – Москва, 2022. – 28 с. [Электронный ресурс] // Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения: сайт. – URL: https://mednet.ru/images/materials/rabota-s-udovletvorennostju/buklet_stimul.pdf (дата обращения: 10.01.2023).

89. Стандартизация измерения и оценки удовлетворенности пациентов, гостей и сотрудников для повышения качества деятельности и развития бренда санатория / С.А. Балакин, Н.А. Малькова, Ю.Д. Пестов [и др.] // Курортные ведомости. – 2009. – № 2. – С. 26–28.

90. Статистический ежегодник. 2019: Статистический сборник. – Томск: Томскстат-Т, 2019. – 94 с.

91. Стратегия внедрения бережливого производства в детской поликлинике / И.Ю. Кондратьева, Л.Н. Коптева, И.А. Переслегина, Т.А. Боровкова // Медицинский альманах. – 2018. – № 3. – С. 10–14.

92. Суслин С.А. Некоторые методические подходы к оценкам уровня удовлетворенности населения медицинской помощью / С.А. Суслин, П.В. Тимяшев, С.В. Шешунова // сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума. – Москва: Наука и инновации – современные концепции. – 2021. – С. 172–178.

93. Суслин, С.А. Удовлетворенность пациентов городской многопрофильной больницы медицинским обслуживанием / С.А. Суслин, А.В.

Вавилов, Р.И. Гиннятулина // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т.5. – №4. – С. 118–125

94. Суслин, С.А. Удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях / С.А. Суслин, П.В. Тимяшев, С.Х. Садреева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 3. – С. 72–75.

95. Технологии бережливого производства в здравоохранении (опыт ФМБА России) / В.В. Уйба, М.В. Забелин, В.В. Миронова [и др.] // Медицина экстремальных ситуаций. – 2018. – Т. 20, № 3. – С. 248–252.

96. Технологии бережливого производства в реформировании медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Аналитический обзор / А.Ш. Сененко, И.М. Сон, Н.А. Дзюба [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 4. – URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1182/30/lang,ru/ (дата обращения 20.11.2020).

97. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? / М.А. Садовой, О.С. Кобякова, И.А. Деев [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – Т. 16, № 1. – С. 152–161.

98. Удовлетворенность медицинской помощью в российской федерации: факторы, влияющие на оценку / Д.С. Тюфилин, В.П. Чигрина. В.А. Медведев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2023 – № 8. – С. 68–80.

99. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфилин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 3. – URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/753/30/lang,ru/ (дата обращения 20.12.2019).

100. «Уязвимость» медицинских работников и удовлетворенность населения качеством медицинской помощи / А.А. Фетисова, Т.П. Васильева, О.В. Тюрина, В.В. Гоголев // Вестник Ивановской медицинской академии. – 1998. – Т. 3, № 2. – С. 12–14.

101. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://static-

0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/046/711/original/FP_Pervichnaya_mediko-sanitarnaya_pomoshh'.pdf?1565344598 (дата обращения: 27.07.2022).

102. Фетютина, ВА. Оптимизация деятельности медицинских организаций путем внедрения бережливого производства / В.А. Фенютина, А.В. Бреусов // Инновации и инвестиции – 2019. – № 6 – С. 354–358.

103. Харитонов, С.В. Факторы, влияющие на удовлетворенность больных медицинской помощью в ходе медицинской реабилитации / С.В. Харитонов, Н.П. Лямина, М.В. Голубев, И.В. Погонченкова // Современные проблемы науки и образования. Электронный вестник – 2020. – № 3. – URL: https://science-education.ru/ru/article/view?id=29824 (дата обращения: 22.11.2023).

104. Хуснитдинова, Д.И. Оценка качества предоставляемых медицинских услуг пациентами поликлиники № 2 города Ижевска, оказывающей медицинскую помощь по технологии бережливого производства/ Д.И. Хуснитдинова, И.В. Сабирова, Н.М. Попова // Авиценна. – 2018. – Т. 26, № 4. – С. 4–6.

105. Царенко, А.С. Проекты «Бережливый регион», «Бережливая поликлиника», «Бережливый город» как шаги на пути к созданию «Бережливого Правительства»: оценка реализации лин-инициатив в государственном секторе РФ [Электронный ресурс] / А.С. Царенко, О.Ю. Гусельникова // Государственное управление. Электронный вестник. – 2019. – С. 167–203. – URL: http://e-journal.spa.msu.ru/uploads/vestnik/2019/vipusk__73._aprel_2019_g./problemi_upravlenija_teorija_i_praktika/tsarenko__guselnikova.pdf (дата обращения: 10.01.2023).

106. Чувякова, Л.А. Оценка качества медицинских услуг в практике российской педиатрии (на примере детского отделения городской поликлиники в г. Новосибирске) / Л.А. Чувякова // Синергия наук. – 2018. – № 30. – С. 53–64.

107. Шулаев, А.В. Факторный анализ удовлетворенности родителей организацией медицинского обслуживания в детских поликлиниках г. Казани / А.В. Шулаев, Г.С. Гатауллина, Л.З. Рашитов // Медицинский альманах. – 2011. – № 6. – С. 19–22.

108. Юрьев, В.К. Оценка удовлетворенности родителей доступностью и качеством медицинской помощи детям / В.К. Юрьев, В.В. Соколова // Детская медицина Северо-Запада. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 360.

109. A tale of two systems--nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: a questionnaire survey / S.K. Coetzee, H.C. Klopper, S.M. Ellis, L.H. Aiken // Int. J. Nurs. Stud. – 2013. – Vol. 50, № 2. – P. 162–173.

110. Akbar, F.H. The differences of patient satisfaction level in public and private hospitals in Makassar, Indonesia / F.H. Akbar, F. Rivai, A.H. Awang // Enfermería Clínica. – 2020. – № 30. – P. 165–169. – URL: https://doi.org/10.1186/s12913-022-07502-8.

111. Applying Lean/Toyota production system principles to improve phlebotomy patient satisfaction and workflow / S.E. Melanson, E.M. Goonan, M.M. Lobo [et al.] // Am. J. Clin. Pathol. – 2009. – Vol. 132, № 6. – P. 914–919.

112. Assessing the relationships between hospital resources and activities: a systematic review / B. Hadji, R. Meyer, S. Melikeche [et al.] // J. Med. Syst. – 2014. – Vol. 38, № 10. – P. 127.

113. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale / D.L. Larsen, C.C. Attkisson, W.A. Hargreaves, T.D. Nguyen // Eval. Program. Plann. – 1979. – Vol. 2, № 3. – P. 197–207.

114. Bertolaccini, L. The Statistical point of view of Quality: the Lean Six Sigma methodology / L. Bertolaccini, A. Viti, A. Terzi // J. Thorac. Dis. – 2015. – Vol. 7, № 4. – P. E66–68.

115. Brandao de Souza, L. Trends and approaches in lean healthcare / L. Brandao de Souza // Leadersh. Health Serv. (Bradf. Engl.). – 2009. – Vol. 22, № 2. – URL: https://doi.org/10.1108/17511870910953788 (дата обращения: 21.11.2022).

116. Bunn, F. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction / F. Bunn, G. Byrne, S. Kendall // Cochrane Database Syst. Rev. – 2004. – № 4. – URL: https://doi.org/10.1002/14651858.CD004180 (дата обращения: 22.11.2022).

117. Burgess, N. Evaluating Lean in healthcare / N. Burgess, Z. Radnor // Int. J. Health Care. Qual. Assur. – 2013. – Vol. 26, № 3. – P. 220–235.

118. Cantor, V.J. Integrated Analysis of Healthcare Efficiency: A Systematic Review / V.J. Cantor, K.L. Poh // J. Med. Syst. – 2017. – Vol. 42, № 1. – P. 8.

119. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care / V.S. Fan, M. Burman, M.B. McDonell, S.D. Fihn // J. Gen. Intern. Med. – 2005. – Vol. 20, № 3. – P. 226–233.

120. Costs and Benefits of HCAHPS : Final Report / J. Harmon, W. Alan, J. Catherine, C. Darcy. – Cambridge : Abt Associates Inc., 2005. – URL: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS (дата обращения: 21.11.2022).

121. Costs and Benefits of Implementing a Patient Experience Strategy; Or Why Every Director of Finance Should be Investing in Patient Experience // Excellence Framework for Patient Experience : [site]. – URL: https://pexlib.net/?105343 (дата обращения: 21.11.2022).

122. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century / Institute of Medicine (US) ; Committee on Quality of Health Care in America. – Washington : National Academies Press, 2001. – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274 (дата обращения: 21.11.2022). – ISBN 978-0-309-46561-8.

123. Donabedian, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? / A. Donabedian // Am. J. Public. Health. – 1981. – Vol. 71, № 4. – P. 409–412.

124. Druss, B.G. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care / B.G. Druss, R.A. Rosenheck, M. Stolar // Psychiatr. Serv. – 1999. – Vol. 50, № 8. – P. 1053–1058.

125. Effects of a Brief Psychosocial Intervention on Inpatient Satisfaction: A Randomized Controlled Trial / E.J. Pace, N.J. Somerville, C. Enyioha [et al.] // Fam. Med. – 2017. – Vol. 49, № 9. – P. 675–678.

126. Effects of Lean Healthcare on Patient Flow: A Systematic Review / D. Tlapa, C.A. Zepeda-Lugo, G.L. Tortorella [et al.] // Value Health. – 2020. – Vol. 23, № 2. – P. 260–273.

127. Functional status and patient satisfaction: a comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus / V.S. Fan, G.E. Reiber, P. Diehr [et al.] // J. Gen. Intern. Med. – 2005. – Vol. 20, № 5. – P. 452–459.

128. Glass, A.P. Identifying issues important to patients on a hospital satisfaction questionnaire / A.P. Glass // Psychiatr. Serv. – 1995. – Vol. 46, № 1. – P. 83–85.

129. Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management / eds. J. Cylus, I. Papanicolas, P.C. Smith. – Copenhagen (Denmark), 2016. – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436888 (дата обращения: 21.11.2022). – ISBN-13 9789289050418. – (Health Policy Series, N 46).

130. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe / L.M. You, L.H. Aiken, D.M. Sloane [et al.] // Int. J. Nurs. Stud. – 2013. – Vol. 50, № 2. – P. 154–161.

131. Impact of the Japanese 5S management method on patients' and caretakers' satisfaction: a quasi-experimental study in Senegal / S. Kanamori, M.C. Castro, S. Sow [et al.] // Glob. Health Action. – 2016. – Vol. 9. – URL: https://doi.org/10.3402/gha.v9.32852 (дата обращения: 21.11.2022).

132. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review / M. Beattie, D.J. Murphy, I. Atherton, W. Lauder // Syst. Rev. – 2015. – Vol. 4. – P. 97.

133. Jenkinson, C. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries / C. Jenkinson, A. Coulter, S. Bruster // Int. J. Qual. Health Care. – 2002. – Vol. 14, № 5. – P. 353–358.

134. Keegan, O. A guide to hospital outpatient satisfaction surveys. Practical recommendations and the satisfaction with outpatient services (SWOPS) questionnaire : report / O. Keegan, H.M. McGee. – Dublin : Royal College of Surgeons in Ireland, 2003. – URL: https://doi.org/10.25419/rcsi.10770950.v2 (дата обращения: 21.11.2022).

135. Lean healthcare from a change management perspective / L. van Rossum, K.H. Aij, F.E. Simons [et al.] // J. Health Organ. Manag. – 2016. – Vol. 30, № 3. – P. 475–493.

136. Managerial strategies and policies - analysis of patient satisfaction based on demographic data / G. Radu, M. Radu, A. Condurache, V. Lorin Purcărea // *Journal of medicine and life*. – 2018. – Vol. 11, № 3 – P. 218–224.

137. Market factors related to hospitals' patient satisfaction ratings / A.S. Kazley, E.W. Ford, M. Diana, N. Menachemi // J. Hosp. Adm. – 2015. – Vol. 4, № 4. – URL: https://doi.org/10.5430/jha.v4n4p40 (дата обращения: 21.11.2022).

138. Mazurenko, O. Predictors of Hospital Patient Satisfaction as Measured by HCAHPS: A Systematic Review / O. Mazurenko, T. Collum, A. Ferdinand, N. Menachemi // J Healthc Manag. – 2017. – № 62. – P. 272–283.

139. McFarland, D.C. Demographic factors and hospital size predict patient satisfaction variance--implications for hospital value-based purchasing / D.C. McFarland, K.A. Ornstein, R.F. Holcombe // J. Hosp. Med. – 2015. – Vol. 10, № 8. – P. 503–509.

140. Nezenega, Z.S. Patient satisfaction on tuberculosis treatment service and adherence to treatment in public health facilities of Sidama zone, South Ethiopia / Z.S. Nezenega, Y.H. Gacho, T.E. Tafere // BMC Health Serv. Res. – 2013. – Vol. 13, P. 110.

141. Nguyen, T.D. Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire / T.D. Nguyen, C.C. Attkisson, B.L. Stegner // Eval. Program. Plann. – 1983. – Vol. 6, № 3/4. – P. 299–313.

142. Nursing: a key to patient satisfaction / A. Kutney-Lee, M.D. McHugh, D.M. Sloane [et al.] // Health Aff. (Millwood). – 2009. – Vol. 28, № 4. – P. w669–677.

143. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. 2011 / Organization for Economic Cooperation and Development. – OECD/World Health Organization, 2011. – URL: https://doi.org/10.1787/9789264120914-en (дата обращения: 21.11.2022). – ISBN-13 978-9264120907.

144. Organizational Processes and Patient Experiences in the Patient-centered Medical Home / J. Aysola, M.M. Schapira, H. Huo, R.M. Werner // Med. Care. – 2018. – Vol. 56, № 6. – P. 497–504.

145. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States / L.H. Aiken, W. Sermeus, K. Van den Heede [et al.] // BMJ. – 2012. – Vol. 344. – P. e1717.

146. Patient satisfaction and its socio-demographic correlates in a tertiary public hospital in Nepal: a cross-sectional study /M. Adhikari, N.R. Paudel, S.R. Mishra [et al.] // BMC Health Serv Res. – 2021. – Vol. 21, № 1. – P. 135. – URL: https://doi.org/10.1186/s12913-021-06155-3.

147. Patients' satisfaction and public and private sectors' health care service quality in Pakistan: Application of grey decision analysis approaches /S.A. Javed, S. Liu, A. Mahmoudi [et al.] // Int J Health Plann Manage. – 2019. – Vol. 34, № 1. – P. e168–e182. – URL: https://doi.org/10.1002/hpm.2629.

148. Patient satisfaction: Public vs. private hospital in Central Sulawesi, Indonesia / D. Mutiarasari, I.P.K. Demak, E.Y. Bangkele [et al.] // Gac Sanit. – 2021. – Vol. 35, № 2. – P. S186–S190. – URL: https://doi.org/10.1016/j. gaceta.2021.07.012.

149. Patient satisfaction with health care services at a national institute of ophthalmology /N. Van Huy, N.N. Dung, C.D. Thang [et al.] // Int J Health Plann Manage. – 2018. – Vol. 33, № 1. – P. e251–e262. – URL: https://doi.org/10.1002/hpm.2449.

150. Patient satisfaction with general practice in urban and rural areas of Scotland / I. Iqbal, L. Thompson, P. Wilson // Rural Remote Health. – 2021. – Vol. 21, № 4. – P. 6634. – URL: https://doi.org/10.22605/RRH6634.

151. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires / C.B. Terwee, S.D. Bot, M.R. de Boer [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 2007. – Vol. 60, № 1. – P. 34–42.

152. Rural-urban disparities in patient satisfaction with oral health care: a provincial survey / A. Alhozgi , J.S. Feine, F. Tanwir [et al.] // BMC Oral Health. – 2021. – Vol. 21, № 1. – P. 261. – URL: https://doi.org/10.1186/s12903-021-01613-0.

153. Scaling Lean in primary care: impacts on system performance / D.Y. Hung, M.I. Harrison, M.C. Martinez, H.S. Luft // Am. J. Manag. Care. – 2017. – Vol. 23, № 3. – P. 161–168.

154. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey / P. Bower, M. Roland, J. Campbell, N. Mead // BMJ. – 2003. – Vol. 326, № 7383. – P. 258.

155. Shared decision-making for people with asthma / K.M. Kew, P. Malik, K. Aniruddhan, R. Normansell // Cochrane Database Syst. Rev. – 2017. – Vol. 10, № 10. – URL: https://doi.org/10.1002/14651858 (дата обращения: 21.11.2022).

156. The Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ) Questionnaire / H.R. Rubin, J.E. Ware, E.C. Nelson, M. Meterko // Med. Care. – 1990. – Vol. 28, № 9, Suppl. – P. S17–18.

157. Training for Medical Oncologists on Shared Decision-Making About Palliative Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial / I. Henselmans, H.W. van Laarhoven, H.C. de Haes [et al.] // Oncologist. – 2019. – Vol. 24, № 2. – P. 259–265.

158. Ware, J.E. Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services. Vol. 1, part B : Results regarding scales constructed from the patient satisfaction questionnaire and measures of other health care perceptions : final report / J.E. Ware, M.K. Snyder, W.R. Wright. – Springfield, VA : National technical information service, 1976. – URL: https://ntrl.ntis.gov/NTRL/dashboard/searchResults.xhtml (дата обращения: 21.11.2022).

159. Waring, J.J. Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance / J.J. Waring, S. Bishop // Soc. Sci. Med. – 2010. – Vol. 71, № 7. – P. 1332–1340.

160. Weinstock, D. Lean healthcare / D. Weinstock // J. Med. Pract. Manage. – 2008. – Vol. 23, № 6. – P. 339–341.

161. Young, G.J. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics / G.J. Young, M. Meterko, K.R. Desai // Med. Care. – 2000. – Vol. 38, № 3. – P. 325–334.

Приложение № 1

База данных

	Вопросы Анкеты																					ТПР реализован или нет																																
N	0	1	2	3	4.1WH	4.2WD	4.3WL	5	6	7	8	9	10	Пол	Возраст	дата анкетирования	год	Медицинские организации	г/с	ХП	ТПР, %	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	2.1.1.	2.1.2.	2.2.1.	2.2.2.	3.	4.	5.	6.1.	6.2.	6.3.	6.4.	6.5.1.	6.5.2.	6.5.3.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.1.	13.2.	13.3.	13.4.	14.
58	5	1	1	2	4	1	1	2	1	1	1	4	1	2	2	10.12.2018	2018	Стрежевская ГБ	2	0	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
59	5	1	1	2	4	2	1	1	1	2	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	Стрежевская ГБ	2	0	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60	5	1	1	3	4	2	1	1	1	1	1	4	4	2	1	10.12.2018	2018	Стрежевская ГБ	2	0	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61	5	1	1	3	1	4	1	1	4	1	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	Стрежевская ГБ	2	0	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
62	5	1	1	3	4	4	3	2	4	1	1	4	1	2	2	10.12.2018	2018	Стрежевская ГБ	2	0	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
63	5	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	Стрежевская ГБ	2	0	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
64	5	1	1	1	4	1	3	1	1	1	1	4	2	2	1	10.12.2018	2018	Стрежевская ГБ	2	0	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
66	1	1	1	1	1	4	1	3	2	1	1	4	1	2	2	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	4	5	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
68	3	3	3	3	1	5	1	1	1	1	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	4	1	2	2	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	4	4	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
71	1	3	3	3	1	1	1	1	2	1	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72	3	1	1	1	1	5	1	3	1	1	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	2	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	2	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
76	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	3	2	3	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
77	3	1	1	1	5	5	2	1	2	2	1	4	3	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
78	3	2	2	2	2	4	1	1	2	2	1	4		2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
79	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	4	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80	1	1	1	1	4	3	2	1	1	1	1	4	2	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
82	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	3	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	4	3	2	1	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	3	1	1	1	4	5	1	1	2	1	1	4	3	2	2	10.12.2018	2018	ДГБ №2	1	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	3	2	1	10.12.2018	2018	одб	1	0	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
86	1	1	1	3	2	1	2	1	2	1	1	4	3	2	1	10.12.2018	2018	одб	1	0	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	3	1	1	3	5	1	1	1	1	2	2	4	3	2	1	10.12.2018	2018	одб	1	0	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

БАЗА | Легенда | Анкета | ТПР | Половозрастное распределение

Приложение № 2

Протокол

совещания у первого заместителя начальника Департамента здравоохранения Томской области по вопросам разработки Стандарта организации амбулаторно-поликлинической помощи

Дата: 07.05.2018
Время: 12:30
Инициатор: Бойков В.А. – первый заместитель начальника Департамента здравоохранения Томской области
Участники: Бойков В.А., Таранов А.А., Шибалков И.П., Барановская С.В., Кравченко А.В., Шнайдер Г.В., Протасова Л.В., Канонеркер Л.М., Рубейкина С.В., Кляцова А.В., Бабешина М.А., Титова М.А., Малахова С.В., Шаталова Е.В.
Цель: Обсудить вопросы разработки разделов Стандарта
СЛУШАЛИ:

1. О ходе работы над проектом «Формирование пациент-ориентированной системы здравоохранения» (все участники)
2. Вопросы функционирования кабинета неотложной медицинской помощи (функционал, разделение потоков со скорой, участковыми терапевтами) и доврачебного кабинета (Шаталова Е.В.)
3. О результатах работы над программой по оценке удовлетворенности населения (Шнайдер Г.В.)
4. Об образовательных мероприятиях по вопросам бережливого производства (Кляцова А.В.)
5. Обсуждение представленной информации, предложения (все участники)

РЕШИЛИ:
1. Бойкову В.А.: создать рабочую группу по разработке и внедрению раздела Стандарта «Оценка качества медицинской организации» в составе:

1) Малахова С.В.
2) Шнайдер Г.В.
3) Шибалков И.П.
4) Протасова Л.М.

Срок исполнения: 11.05.2018

ПОРУЧЕНИЯ:

№	Содержание поручения	Срок исполнения	ФИО ответственного исполнителя
1.	Проанализировать загруженность back-office поликлиник ДГБ №2 в зависимости от времени суток (утро/вечер)	30.05.2018	Прошутя С.А., Канонеркер Л.М., Протасова Л.М.
2.	Проанализировать таблицу С.А. Прошутя по посещениям специалистов. Предложить варианты решения разделения потоков пациентов	11.05.2018	Рубейкина С.В., Титова М.А., Бабешина М.А., Дьякина Н.В.

Первый заместитель начальника
Департамента здравоохранения Томской области В.А. Бойков

Приложение № 3

Анкета по мониторингу доступности и качества медицинской помощи

№	Вопрос	Варианты ответа
0	Насколько Вы удовлетворены оказанной медицинской помощью, получаемой в поликлинике?	1. Удовлетворен (а)
		2. Скорее удовлетворен (а), чем не удовлетворен (а).
		3. Скорее не удовлетворен (а), чем удовлетворен (а).
		4. Не удовлетворен
		5. Затрудняюсь ответить
1	Как вы оцениваете отношение к Вам лечащих врачей?	1. Относится с вниманием и участием
		2. Относятся с безразличием
		3. Затрудняюсь ответить
		4. Относятся с раздражением и грубостью
2	Как вы оцениваете отношение к Вам среднего медперсонала?	1. Относится с вниманием и участием
		2. Относятся с безразличием
		3. Затрудняюсь ответить
		4. Относятся с раздражением и грубостью
3	Удовлетворены ли Вы результатом посещения врача-педиатра участкового?	1. Да, удовлетворен (а)
		2. Скорее удовлетворен (а).
		3. Скорее не удовлетворен (а).
		4. Затрудняюсь ответить
		5. Не удовлетворен (а)
4	Удовлетворены ли Вы организацией работы данной медицинской организации:	
4.1	Удовлетворены ли Вы длительностью ожидания в регистратуре?	1. Да, удовлетворен (а)
		2. Скорее удовлетворен (а).
		3. Скорее не удовлетворен (а).
		4. Затрудняюсь ответить
		5. Не удовлетворен (а)
4.2	Удовлетворены ли Вы длительностью ожидания на прием к врачу?	1. Да, удовлетворен (а)
		2. Скорее удовлетворен (а).
		3. Скорее не удовлетворен (а).
		4. Затрудняюсь ответить
		5. Не удовлетворен (а)
4.3	Удовлетворены ли Вы длительностью ожидания при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования?	1. Да, удовлетворен (а)
		2. Скорее удовлетворен (а).
		3. Скорее не удовлетворен (а).
		4. Затрудняюсь ответить
		5. Не удовлетворен (а)
5	Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе МО, доступной на стендах данной МО?	1. Да, удовлетворен (а)
		2. Скорее удовлетворен (а).
		3. Скорее не удовлетворен (а).
		4. Затрудняюсь ответить
		5. Не удовлетворен (а)

Продолжение приложения № 3

Анкета по мониторингу доступности и качества медицинской помощи

№	Вопрос	Варианты ответа
6	Как Вы чаще всего записываетесь к врачу?	1. Через колл-центр
		2. Лично через регистратуру
		3. Самозапись в холле поликлиники
		4. Посредством электронной записи
7	Знаете ли Вы, в какой медицинской страховой организацией Вы застрахованы?	1. Да, знаю
		2. Нет, не знаю
8	Знаете ли Вы, кто такой страховой представитель?	1. Да, знаю
		2. Нет, не знаю
9	Информированы ли Вы о прохождении профилактического осмотра?	1. Да, через СМИ
		2. Да, через СМО
		3. Да, лично через регистратуру
		4. Да, через МО
		5. Другой источник информации
		6. Нет, я не информирован
10	Удовлетворены ли Вы организацией прохождения профилактического осмотра?	1. Да, удовлетворен (а)
		2. Скорее удовлетворен (а).
		3. Скорее не удовлетворен (а).
		4. Затрудняюсь ответить
		5. Не удовлетворен (а)

Приложение № 4

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«БЮРО МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ»
(ОГБУЗ «БМС»)

Ленина проспект, д.111, г. Томск, 634050
Телефон (3822) 73 25 80;
Факс (3822) 73 25 80
e-mail: medstat@tomsk.gov70.ru
ОКПО 58909656 ОГРН 1027000911365
ИНН 7017054913 КПП 701701001
10.10.2023 № _____
На №_____ от _____

В Диссертационный совет
Д 208.110.01
при ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

АКТ

внедрения результатов диссертационной работы Протасовой Любови Муратовны на тему «Оценка результативности применения современных организационных технологий при оказании медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Результаты кандидатской диссертационной работы Протасовой Любови Муратовны «Оценка результативности применения современных организационных технологий оказания медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях», а именно разработанные инструменты оценки результативности мероприятий по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи оказываемой детскому населению внедрены и используются в 24 медицинских организациях Томской области (ОГАУЗ «Бюро медицинской статистики» определено Департаментом здравоохранения Томской области, как проектный офис по внедрению и контролю реализации мероприятий Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области на основании распоряжения «Об организации Регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи Томской области» №124 от 22.02.2019).

Заместитель директора по организационного-методической работе М.А. Бабешина

Приложение № 5

Областное государственное автономное
учреждение здравоохранения

«ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА №1»
(ОГАУЗ ДБ № 1)

Московский тракт, д.4, г. Томск, 634050
Телефон (3822) 52 71 79;
Факс (3822) 52 71 79
e-mail: detbol1@tomsk.gov70.ru
ОКПО 36301036 ОГРН 1027000865924
ИНН 7018015829 КПП 701701001
09.10.2023 № _____
На №_____от_____

В Диссертационный совет
Д 208.110.01
при ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

АКТ

внедрения результатов диссертационной работы Протасовой Любови Муратовны на тему «Оценка результативности применения современных организационных технологий при оказании медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Результаты диссертационной работы Протасовой Любови Муратовны «Оценка результативности применения современных организационных технологий при оказании медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях», в виде инструментов оценки результативности мероприятий по совершенствованию медицинской помощи, оказываемой детскому населению в амбулаторных условиях, внедрены и используются в ОГАУЗ "Детской больнице №1". Описанные в диссертационной работе инструменты применяются для формирования мероприятий, направленных на повышение уровня удовлетворённости, а также для оценки работы отдельных структурных подразделений (поликлиник) ОГАУЗ "Детской больнице №1".

И.о. главного врача А.Л. Солнышко

Приложение № 6

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения

«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №2»
(ОГАУЗ ДГБ № 2)

Кривая ул., д.31, г. Томск, 634003
Телефон (3822) 65 27 42;
Факс (3822) 65 27 42
e-mail: dgb2@dgb2.tom.ru
ОКПО 01947173 ОГРН 1027000878475
ИНН 7018012867 КПП 701701001
09.10.2023 № _____
На №_____от_____

В Диссертационный совет
Д 208.110.01
при ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России)

127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

АКТ

о внедрении (использовании) результатов кандидатской диссертационной работы по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза Протасовой Любови Муратовны «Оценка результативности применения современных организационных технологий при оказании медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях»

Результаты кандидатской диссертационной работы Протасовой Любови Муратовны «Оценка результативности применения современных организационных технологий при оказании медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях», а именно применяется оценка удовлетворенности родителей пациентов медицинской помощью, оказываемой детскому населению в амбулаторных условиях, как индикатор эффективности реализуемых мероприятий по внедрению Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области, утвержденного распоряжением Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 № 817. Подходы к оценке, предложенные Л.М. Протасовой позволяют оперативно корректировать организационные решения, принимаемые в медицинской организации для повышения уровня удовлетворённости.

Главный врач Д.В. Черкашин

Приложение № 7

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ №2»
(ОГБУЗ МСЧ № 2)

Бела Куна ул., д.3, г. Томск, 634040
Телефон (3822) 64 42 33;
Факс (3822) 64 42 33
e-mail: dgb2@dgb2.tom.ru
ОКПО 36295761 ОГРН 1027000915897
ИНН 7017004447 КПП 701701001
10.10.2023 № _____
На №_____от_____

В Диссертационный совет
Д 208.110.01
при ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

АКТ

о внедрении (использовании) результатов кандидатской диссертационной работы по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза Протасовой Любови Муратовны «Оценка результативности применения современных организационных технологий при оказании медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях»

Результаты диссертационной работы Протасовой Любови Муратовны «Оценка результативности применения современных организационных технологий при оказании медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях внедрены и используется в ОГБУЗ "Медико-санитарная часть №2". Для обеспечения своевременной корректировки мероприятий, направленных на достижение высокого уровня удовлетворенности оказанной медицинской помощи применяется анализ результатов регулярно проводимого в учреждении (1 раз в квартал) социологического опроса, при этом учитываются данные о влиянии различных факторов и организационных решений на уровень удовлетворённости, представленные в рамках диссертационного исследования Л.М. Протасовой.

Главный врач А.В. Холопов

Приложение № 8

Минздрав России

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

Московский тракт, д. 2, г. Томск, 634050
Телефон (3822) 53 04 23;
Факс (3822) 53 33 09
e-mail: office@ssmu.ru
http://www.ssmu.ru
ОКПО 01963539 ОГРН 1027000885251
ИНН 7018013613 КПП 701701001
10.10.2023 №_____
На №_____от_____

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
канд. мед. наук
_____А.О. Окороков
_____2023

В Диссертационный совет
Д 208.110.01
при ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации
127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

АКТ

внедрения в учебный процесс кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья результатов диссертационной работы Протасовой Любови Муратовны на тему «Оценка результативности применения современных организационных технологий при оказании медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя - доцент, д.м.н. Бойков Вадим Андреевич и членов: доцент, к.м.н. Барановская Светлана Викторовна, к.м.н. Нагайцев Александр Викторович удостоверяем, что результаты диссертационной работы Протасовой Любови Муратовны внедрены в учебный процесс кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья в части:

Полученные данные об опыте применения современных технологий совершенствования медицинской помощи, оказываемой детскому населению в амбулаторных условиях для управления (оперативного и стратегического) основными организационными процессами вошли в отдельный раздел курса «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» для студентов по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», а также используется при преподавании дисциплины «Современные проблемы управления здравоохранением», для магистрантов специальности «Менеджмент».

Ряд положений диссертации рекомендован и применяется магистрантами в ходе выполнения выпускных квалификационных работ.

Председатель В.А. Бойков

Члены комиссии С.В. Барановская

А.В. Нагайцев