

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ВОРОНЕЖСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Н.Н. БУРДЕНКО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Данилов Александр Валентинович

**Научное обоснование использования инновационных организационных
технологий для повышения эффективности управления медицинскими
организациями на региональном уровне**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация

на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Сон Ирина Михайловна

Воронеж - 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ РЕГИОНА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	15
1.1. Методы повышения эффективности управления здравоохранением в современных условиях.....	15
1.2. Анализ методов оценки показателей деятельности систем здравоохранения зарубежных стран.....	20
1.3. Отечественный опыт оценки эффективности деятельности систем здравоохранения на региональном уровне.....	28
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	36
2.1. Изучаемые разделы, источники информации, методы исследования.....	36
2.2. Общая характеристика региона исследования и его ресурсов здравоохранения.....	58
ГЛАВА 3. ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РЕГИОНА НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИИ БЕНЧМАРКИНГА.....	69
3.1. Развитие методологии оценки эффективности деятельности медицинских организаций региона.....	69
3.2. Использование сопоставительных оценок показателей в системе управления региональным здравоохранением.....	74
3.3. Использование сопоставительных оценок показателей при реструктуризации региональной системы оказания стационарной медицинской помощи.....	77
ГЛАВА 4. ИЗМЕРЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ И СОПОСТАВИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	93

4.1. Организация измерения качества медицинских услуг на основе методики SERVQUAL.....	93
4.2. Анализ результатов анкетирования в медицинских организациях в соответствии с методикой SERVQUAL.....	95
4.3. Анализ субъективных и объективных характеристик медицинских услуг с целью проведения дизайна качества медицинских услуг.....	111
ГЛАВА 5. ТЕХНОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СОПОСТАВИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕГИОНА.....	121
5.1. Расчет показателей эффективности 32-х медицинских организаций региона для целей сопоставительного анализа.....	121
5.2. Детализация показателей эффективности медицинской организации и выявление потенциала повышения эффективности на примере БУЗ ВО «Рамонская РБ».....	130
5.3. Представление результатов сопоставительного анализа 32-х медицинских организаций региона.....	134
ГЛАВА 6. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РЕГИОНА НА ОСНОВЕ ИННОВАЦИОННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	138
6.1. Организация управления медицинскими организациями региона на основе сопоставительных оценок показателей деятельности и оценок удовлетворенности качеством медицинской помощи.....	138
6.2. Формирование управленческих решений в медицинской организации с учетом результатов измерений качества медицинской помощи.....	142
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	156
ВЫВОДЫ.....	162
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	166
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	167
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	198
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	204

ПРИЛОЖЕНИЕ В..... 206

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность

В стратегии развития здравоохранения Российской Федерации (РФ) на долгосрочный период 2015-2030 гг. определены приоритеты и основные направления государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения. Определены задачи, решение которых направлено на сохранение и укрепление здоровья граждан РФ на основе обеспечения повышения доступности и качества медицинской помощи.

Анализ ресурсного обеспечения деятельности медицинских организаций, сложившуюся демографическую ситуацию и уровень заболеваемости населения свидетельствуют о том, что проводимые в РФ реформы недостаточно эффективны. Ведущие специалисты в области организации здравоохранения высказывают предложения о необходимости более глубокого анализа мероприятий планируемых реформ, применения научно доказанных нормативов, проведения структурно-функциональных изменений (Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Погонин А.В., 2018).

В ряде работ отечественных и зарубежных специалистов по организации здравоохранения рассмотрены подходы по применению современных методов управления отраслью здравоохранения, обеспечения высокого качества оказания медицинской помощи. Авторы сходятся во мнении, что важнейшими элементами повышения эффективности управления здравоохранением являются повышение компетенции руководителей, внедрение современных технологий управления отраслью, использующих принципы менеджмента в медицинских организациях. Отмечается актуальность проблемы эффективности деятельности медицинских организаций (Кадыров Ф.Н., 2011, Габуева Л.А., 2015). В работах ведущих ученых в области организации здравоохранения (Стародубов В.И., Флек В.О., Обухова О.В., Базарова И.Н., Носова Е.А., 2010, Вялков А.И, Сквирская Г.П., 2011, Леонов С.А., Коротков Ю.А., Владимиров С.К., Мельников Ю.Ю., Мирсков Ю.А., 2012, Сибурин Т.А., Князев А.А., Лохтина Л.К., Мирошникова Ю.В., 2012,

Сапралиева Д.О., Кудрина В.Г., Андреева Т.В., 2015) прослеживается научный интерес к решению проблемы анализа и оценки в отрасли здравоохранения.

Проводятся исследования по оценке системы здравоохранения с позиции удовлетворенности пациентов (В.И. Стародубов, А.А. Калининская, И.М. Сон и др., 2016, Е.Н. Овчинников, А.В. Губин и др., 2017, Е.А. Берсенева, С.А. Мендель и др., 2018).

Степень разработанности темы исследования

В сфере здравоохранения разрабатываются и применяются различные методы управления, в т.ч. путем определения рейтинга медицинских организаций (Какорина и др., 2014) для стимулирования их деятельности. Однако, как отмечают Улумбекова Г.Э. (2012) и Тарасенко Е.А. (2014), рейтинги, как инструмент управления, используются недостаточно. Чаще всего рейтинги составляются для определения репутации медицинских организаций путем опроса пациентов и врачей.

Не в полном объеме проведено научное обоснование методик определения показателей эффективности деятельности медицинских организаций, использование таких показателей в системе управления региональным здравоохранением. До настоящего времени обоснование способов построения рейтингов, методов сопоставительного анализа, мониторинга таких показателей, регулярное проведение ранжирования медицинских организаций по показателям эффективности деятельности в самостоятельное направление не выделялось, что и определило цель, задачи и содержание диссертационного исследования.

Цель исследования

На основании комплексного исследования деятельности медицинских организаций и удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи научно обосновать, разработать и внедрить инновационные организационные технологии, направленные на повышение эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне.

Для достижения поставленной цели были сформулированы и решены следующие **задачи исследования:**

1. Провести анализ зарубежного и отечественного опыта организации систем здравоохранения и определить пути повышения эффективности управления медицинскими организациями региона.

2. Исследовать методы оценки эффективности деятельности медицинских организаций, разработанные в ходе научных исследований и применяемые на практике органами государственного управления.

3. Разработать технологию управления медицинскими организациями региона на основе бенчмаркинга и сопоставительного анализа.

4. Разработать технологию измерения качества оказания медицинской помощи на основе модели удовлетворенности пациентов и сопоставительного анализа показателей качества оказания медицинской помощи.

5. Разработать технологию проведения сопоставительного анализа показателей деятельности медицинских организаций региона.

6. Оценить эффективность управления медицинскими организациями региона на основе инновационных управленческих технологий.

Научная новизна диссертационного исследования

Научно обосновано использование инновационных организационных технологий для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне как совокупности научно-методических средств, направленных на формирование научно обоснованных управленческих решений.

Впервые разработаны инновационные организационные технологии, предназначенные для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне на основе сопоставительного анализа.

Впервые разработан научно-методический подход к измерению удовлетворенности пациентами качеством оказанной медицинской помощи с применением метода SERVQUAL.

Впервые разработана организационная технология повышения эффективности управления медицинскими организациями региона на основе использования методов сопоставительного анализа.

Разработан научно-методический подход к оценке эффективности деятельности и определения направлений развития организаций здравоохранения региона с использованием методов сопоставительного анализа.

Впервые разработана организационная технология измерения качества оказания медицинской помощи на основе модели удовлетворенности пациентов и проведения сопоставительного анализа в медицинских организациях по критериям эффективности деятельности и качества.

Разработаны научно-практические рекомендации по повышению эффективности деятельности медицинских организаций региона путем определения неэффективности в оказании медицинских услуг и формирования решений по оптимальному размещению ресурсов регионального здравоохранения.

Теоретическая и практическая значимость работы

Разработан научно-методический подход к управлению медицинскими организациями региона на основе сопоставительного анализа.

Предложена технология внедрения метода сопоставительного анализа в управленческую деятельность медицинских организаций и органа управления здравоохранением региона.

Разработан научно-методический подход к измерению удовлетворенности пациентов качеством оказанной специализированной медицинской помощи в медицинских организациях региона.

Проведенные исследования позволили:

обосновать возможность разработки научно-методического аппарата для внедрения сопоставительного анализа в систему принятия управленческих решений органа управления здравоохранением региона как инструмента, позволяющего сопоставить предоставляемые медицинские услуги и показатели деятельности медицинских организаций;

разработать методический подход к внедрению метода сопоставительного анализа для оптимального размещения ресурсов регионального здравоохранения

путем определения неэффективности в оказании медицинских услуг и выявления возможных направлений для роста эффективности;

сформировать и внедрить методический подход к мониторингу показателей деятельности медицинских организаций на основе сопоставительного анализа, обеспечивающего повышенную гибкость и приспособляемость работы медицинских организаций региона к изменениям внешних факторов и потребностей граждан;

разработать и внедрить методический подход к измерению удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью на основе метода SERVQUAL.

Методология и методы исследования

Решение задач исследования проводилось в рамках основных положений системного подхода, использовании методов экономико-математического моделирования, медико-статистических методов обработки информации. Информационной базой исследования послужили законодательные и нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинских организаций, материалы Росстата, аналитические материалы органов управления здравоохранением и научно-исследовательских институтов. Проведено исследование отечественных и зарубежных публикаций, материалов научно-практических конференций по исследуемой проблеме. Получены и проанализированы данные медико-социологического опроса пациентов, получивших медицинскую помощь в медицинских организациях региона. Статистическая обработка проводилась с использованием программного комплекса SPSS Statistics v22. Применялись методы описательной статистики, методы статистического анализа числовой информации для оценки связи между порядковыми и категоризированными случайными величинами; в частности, параметрические методы сравнения средних, одно-выборочный тест для проверки гипотезы о распределении в генеральной совокупности по критерию Колмогорова-Смирнова, методы сравнения характеристик числовой переменной по группам, тест надежности измерений на основе вычисления коэффициента

альфа Кронбаха. Оценки эффективности деятельности медицинских организаций определялись методом бенчмаркинга с применением специализированного программного обеспечения Vanxia Frontier Analyst v4.2.0. Развертывание функций качества проводилось с использованием специализированного программного обеспечения Qualica DFSS v19.

Положения, выносимые на защиту

1. Методика инструментального бенчмаркинга и сопоставительного анализа показателей деятельности медицинских организаций в рамках управленческой технологии позволяет сравнивать показатели своей деятельности с показателями организаций-лидеров. Предложенная методика использует объективные данные, не привлекая мнения экспертов, и обеспечивает руководителей здравоохранения новыми технологиями организации работы медицинской организации, улучшения качества медицинского обслуживания.

2. Методика оценки эффективности деятельности организаций здравоохранения региона на основе сопоставительного анализа и индекса специализации медицинских организаций позволяет выделить группу неэффективных медицинских организаций для включения в план реструктуризации региональной системы здравоохранения с целью повышения ее эффективности.

3. Организационная технология, направленная на измерение качества оказания медицинской помощи, которая использует модель удовлетворенности пациентов и обеспечивает проведение сопоставительного анализа в медицинских организациях с формированием интегрального критерия качества.

4. Модель интеграции методики измерения удовлетворенности качеством медицинской помощи и методики развертывания функций качества QFD характеризуется возможностью создания информационной модели качества медицинских услуг, с помощью которой можно определить пути совершенствования качества медицинских услуг в организации, выявить приоритеты над лечебным, сервисным, поддерживающим и маркетинговым бизнес- процессами для осуществления их корректировки.

5. Разработанная и экспериментально апробированная методика формирования управленческих решений по повышению эффективности деятельности медицинских организаций на базе матрицы классификации, которая строится из сопоставительных оценок эффективности и оценок удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи.

Внедрение результатов исследования в практику

Практическая значимость результатов исследования определяется их направленностью на решение важной научной проблемы, связанной с обоснованием использования инновационных организационных технологий, реализация которых позволит повысить эффективность управления медицинскими организациями на региональном уровне. Решаемая научная проблема имеет социальное, медицинское и экономическое значение.

Полученные результаты проведенного исследования применяются в органах управления здравоохранением Белгородской, Воронежской и Липецкой областей, медицинских организациях Юго-Восточной дирекции здравоохранения – филиала Центральной дирекции здравоохранения – филиала ОАО «РЖД» и подтверждены актами внедрения. Разработаны и включены в учебный процесс кафедры управления в здравоохранении ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации и кафедры ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации программы последипломного повышения квалификации по вопросам применения инновационных организационных технологий, методики проведения on-line тестирования и ситуационные тесты по формированию решений в практике управления здравоохранением региона (Приложение А).

Результаты, полученные на основе разработанных инновационных управленческих технологий, использовались при разработке Стратегии социально-экономического развития Воронежской области на период до 2020 г. В соответствии с полученными в ходе исследования результатами разработана и

внедрена долгосрочная целевая программа модернизации здравоохранения Воронежской области.

Личный вклад автора

Автором осуществлен выбор направления исследования, создана программа исследования, включающая, в том числе, проведение медико-социологического исследования. Проведена обработка, анализ и графическая интерпретация полученных результатов. В работах, выполненных в соавторстве, автором проведен сбор основных показателей деятельности медицинских организаций региона, выполнено моделирование процессов, анализ и обобщение полученных результатов, аналитическая и статистическая обработка данных. Этапами исследования являются: постановка задач, их экспериментальная, теоретическая и практическая реализация, обсуждение полученных результатов, их научная публикация и доклады на конференциях, внедрение в практику управления региональным здравоохранением. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования.

Связь работы с научными программами

Работа выполнена в соответствии с федеральной научной программой в области здравоохранения «Инновационные фундаментальные технологии в медицине» и кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИДПО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют п. 3, 6 и 8 паспорта специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов диссертационного исследования обеспечена использованием новейших достижений теории, методологии и практики управления здравоохранением региона. В качестве эмпирической базы данных

использованы материалы официальной государственной статистики РФ, результаты научно-технических и экономических исследований.

Использованы репрезентативные выборки при проведении медико-социологического опроса. Были применены современные общенаучные и специальные методы и приемы исследования.

Разработанные в диссертации положения и полученные результаты подтверждены их положительной оценкой на международных научных конференциях, а также актами об их внедрении в практику управления региональным здравоохранением и учебный процесс.

Материалы диссертационной работы были представлены на российских и международных конгрессах и конференциях: XIX Международном конгрессе «Информационные технологии в медицине 2018» (11-12 октября 2018, г. в Москва); VII международном конгрессе «Оргздрав-2019. Эффективное управление в здравоохранении» (24-25 апреля 2019 г., Москва); XX Международном конгрессе «Информационные технологии в медицине 2019» (10-11 октября 2019 г., Москва); VIII международном конгрессе «Оргздрав-2020. Эффективное управление в здравоохранении» (25-26 мая 2020 г., Москва); Всероссийской (национальной) научно-практической конференции «Исследование и практика в социально-экономической и гуманитарной сфере» (Санкт-Петербург, 2020).

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на заседаниях Правительства Воронежской области (2017–2020 гг.), департамента здравоохранения Воронежской области (2016–2020 гг.), заседаниях кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИДПО ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России в 2016–2021 гг., кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) в 2021 г.

Публикации

По материалам диссертационной работы опубликовано 52 научных работы, в том числе 13 статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук (из них 3 статьи в научных изданиях, индексируемых Scopus, WoS), 1 монография, 2 учебных пособия, 5 публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

Структура и объем работы

Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения и библиографического списка, включающего 231 отечественных и 19 зарубежных наименований. Работа изложена на 224 страницах машинописного текста, содержит 49 рисунков, 13 таблиц.

ГЛАВА 1. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ РЕГИОНА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Методы повышения эффективности управления здравоохранением в современных условиях

В последние годы государством сделаны существенные инвестиции в здравоохранение. Однако и они не позволили значительно улучшить ситуацию, поскольку не сопровождались масштабными и высокоэффективными организационными и финансово-экономическими мероприятиями. В последние годы особенно важные проблемы отрасли здравоохранения были освещены в публикациях ряда отечественных и зарубежных ученых (Габбасов А.Б. [21], Медик В.А. [122], Стародубов В.И. [181, 183, 185, 186], Улумбекова Г.Э. [199], Щепин О.П. с соавт. [226, 227] и др.). В трудах ученых А.И. Вялкова [19], В.З. Кучеренко [109, 110], В.И. Стародубова [182, 184], Д.В. Пивня [153, 201] изложены принципы осуществления реформ в отрасли здравоохранения, представлены направления повышения качества медицинской помощи.

В условиях изменения экономики страны, совершенствования нормативно-правовой базы здравоохранения, непрерывной модернизации отрасли, возникает потребность в проведении научных разработок в области повышения эффективности управления региональными системами здравоохранения.

Отставание уровня развития российского здравоохранения от уровня развитых стран значительно сильнее, чем во многих других ключевых отраслях экономики. Как отмечается в работах [14, 74, 114, 178, 200], проведенные в последние годы реформы здравоохранения не привели к запланированному результату. Одной из причин тому явились не использованные в максимальной степени экономические методы управления.

Целью реформирования российского здравоохранения провозглашалось улучшение общественного здоровья на основе повышения доступности и качества

медицинской помощи для широких слоев населения, развития профилактической направленности деятельности лечебно-профилактических учреждений и формирования здорового образа жизни при повышении эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли [207]. Однако, с переходом к системе ОМС проблемы здравоохранения России не были разрешены [188].

В 2010 году был принят Федеральный закон 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании». Он определил общую структуру взаимоотношений в отрасли здравоохранения, направленных на укрепление материально-технической базы медицинских организаций, приобретение оборудования и внедрение современных информационных технологий. Прогрессивные страховые механизмы финансирования здравоохранения при консервативных способах управления здравоохранением не могут реализоваться. Одной из важнейших стратегических задач реформирования здравоохранения является разработка и развитие современных организационных управленческих технологий [146, 196, 223]. В работе В.И. Стародубова сделан вывод, что такая структура не обеспечивает повышение качества медицинской помощи [181].

Практическим воплощением программы модернизации здравоохранения явился национальный проект «Здоровье». Целью модернизации были определены такие показатели, как повышение качества оказания медицинских услуг и обеспечение доступности медицинской помощи населению [80, 106, 110, 209, 210].

Следует отметить, что выделенные средства на финансирование модернизации отрасли здравоохранения позволили закрыть основные острые проблемы в отношении медицинских организаций и, по сути, явились антикризисной мерой [134]. Кроме того, были разработаны нормативно-правовые акты, связанные с расширением основных условий функционирования системы здравоохранения – 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также систему финансирования здравоохранения – 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [146].

Для профессионального выполнения Программы модернизации были созданы требуемые финансовые условия. Но, как отмечает ряд авторов, модернизация системы здравоохранения с программами ресурсного обеспечения должна включать разделы эффективного управления отраслью [77, 122, 152].

Хальфин Р.А. в работе [211] отмечает, необходимость реформирования системы здравоохранения в России назрела давно. За последние 25 лет были опробованы разные проекты преобразования, но в достижении целей, к сожалению, прорывных решений достигнуть не удалось. Но было бы ошибочно полагать, что только недостаток финансовых средств является источником всех проблем нашей медицины, поскольку серьезные недостатки имеются в организационно-управленческой стратегии, кадровой политике и законодательном обеспечении. Все планируемые преобразования в отрасли, по мнению авторов, должны быть частью общей социально-экономической реформы и занимать центральное место среди приоритетов политики и общественного развития нашего государства.

Эффективное управление отраслью здравоохранения, проведение анализа качества оказания медицинской помощи пациентам, оценка удовлетворенностью качеством возможны при наличии данных социологических исследований. В работе [13] отмечается, что в отечественном здравоохранении не учитывается и не анализируется степень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи как один из показателей деятельности.

Различные методические подходы к исследованию уровня удовлетворенности пациентов разрабатывают в отечественной научной литературе Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, Э.А. Мордовский [127], Л.С. Леонтьева, Т.В. Халилова, Ж.Ю. Кургаева [121], Ямщикова Т.В., Александрова О.С., Камалова Г.Р. [231], Артемьева М.А. [1], Суслин С.А., Вавилов А.В., Гиннятулина Р.И. [201], Евстигнеев С.В., Васильев В.В. [73], Кондратова Н.В. [94], Садовой М.А., Кобякова О.С., Деев И.А. и др. [172]. Как следствие, в работах этих ученых использованы различные методы опроса на основе самостоятельно составленных анкет.

Требованиями Федерального закона № 323-ФЗ предусмотрена независимая оценка качества оказания медицинских услуг [204]. В требованиях содержится описание оценки медицинской деятельности по следующим критериям: открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность пациента оказанными услугами [204]. Общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации [107, 164]. Причем принципы изучения удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг остаются предметом научных дискуссий. Министерством здравоохранения Российской Федерации разработаны методические рекомендации по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, где предложена анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных и стационарных условиях [27, 162]. Как отмечает ряд авторов, методы исследования мнения населения о качестве медицинских услуг требует более глубокого изучения [100, 143, 144, 145]. Разработанные Министерством здравоохранения анкеты являются важным шагом к организации исследования удовлетворенности пациентов в медицинских организациях, однако данный подход будет эффективным лишь после отработки технологии получения, обработки и анализа информации не только в масштабах одной медицинской организации, но и в масштабах региона и страны в целом.

В связи с этим разработка и внедрение инновационных методов оценки удовлетворенности пациентов, мониторинг уровня удовлетворенности и его динамики после реализации мероприятий по улучшению качества медицинских услуг, является актуальной задачей современного здравоохранения. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает необходимость

соответствии порядкам и стандартам [204], утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Еще одним из разделов деятельности, позволяющих организации реализовать свою деятельность на принципиально новом уровне, является внедрение современных информационных систем. Определены требования по разработке Программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации на 2011-2012 гг. по разделу «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение» (Письмо Минздравсоцразвития России от 08.11.2010 № 29-1/10/2-10191).

Следующим этапом должна стать интеграция медицинских информационных систем с системами электронного документооборота, справочно-правовыми информационными системами, бухгалтерскими и кадровыми информационными комплексами. Создание таких многогранных систем потребует решения многих задач, в том числе по защите персональных данных, хранению, архивированию и доступу к данным. Управление такими массивами данных потребует создания алгоритмов формирования проектов управленческих решений самой информационной системой.

Внедрение современных информационных систем в здравоохранение Российской Федерации за последние годы перешло на новый уровень и ставит сложные задачи по интеграции новых технологий в такую непростую и с трудом изменяемую систему, как здравоохранение [24].

Изучение мнения пациентов об условиях пребывания в стационаре, полученных результатах лечения, об отношении к ним персонала медицинской организации, возможно при активном использовании результатов социологических опросов [49, 68, 85, 106, 157]. Полученные оценки позволяют понять, в каком состоянии находится медицинская организация, какое качество медицинских услуг предоставляется и что должны сделать организаторы здравоохранения в обеспечение лечебно-диагностического процесса [14, 84, 90, 92].

1.2. Анализ методов оценки показателей деятельности систем здравоохранения зарубежных стран

При проведении такого анализа в качестве основных документов были выбраны и рассмотрены методики Всемирной организации здравоохранения и Организации экономического сотрудничества и развития.

Всемирная организация здравоохранения при оценке систем здравоохранения основывается на комплексном подходе, охватывающем и функционирование системы и её результативность, оцениваемые как в краткосрочном, так и в долгосрочном периоде. Всемирная организация здравоохранения выделяет три цели: 1) повышение уровня здоровья; 2) степень соответствия ожиданиям потребителей медицинских услуг; 3) эффективность распределения расходов на социальные нужды. Т.е., целью всемирной организации здравоохранения является повышение среднего состояния здоровья в стране и снижение неравномерности в уровне здоровья. Степень соответствия ожиданиям потребителей медицинских услуг (в русскоязычной терминологии – «отзывчивость») включает себе такие составляющие: уважение к людям и ориентированность на пациента. А третья цель, ориентированная на эффективность в распределении расходов на социальные нужды, рассматривается с позиции его равномерного распределения для всех граждан страны [141, 168, 187, 250].

С позиции всемирной организации здравоохранения к наиболее важным разделам методики оценки эффективности системы здравоохранения является [141, 224, 225]:

- общий уровень здоровья определяется в виде интегрального показателя, включающего такие элементы как производительность системы здравоохранения, параметры сохранения здоровья населения страны;
- уровень отзывчивости системы связывают с пациенто-ориентированностью системы здравоохранения и включает в себя такие понятия, как качество, конкурентность и гуманность. При этом качество включает в себя такие

показатели, как своевременность обслуживания, так и характеристики оказываемых медицинских услуг. Конкурентность предполагает свободу выбора пациентом поставщика услуг при надлежащем уровне их качества. Гуманность является показателем верховенства прав человека на выбор методов лечения, обеспечения врачебной тайны и наличие системы обязательной иммунизации, системной профилактики и структур социальной поддержки.

Уровень результативности система здравоохранения по методологии всемирной организации здравоохранения вычисляется путём измерения описанных выше компоненты [141].

Полученные показатели оценки результативности системы здравоохранения каждой страны уточняются путем применения «граничного анализа» (Frontier Analysis), для того чтобы обеспечить сравнительную оценку функционирования систем здравоохранения страны с возможным уровнем, который бы мог быть достигнут при выделении заданного ресурса в данной стране. Таким образом, определяется направление расходования ресурсов и эффективность их использования.

Методика, принятая в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), учитывает 4 основных показателя: 1) улучшение здоровья, 2) отзывчивость, 3) равномерность финансовое распределение и полученных результатов здравоохранения; 4) экономическая эффективность. В странах ОЭСР собираются и публикуются показатели по 10 ключевым направлениям, включающим: состояние здоровья, выделенные ресурсы для отрасли здравоохранения, достижения систем здравоохранения, финансирование и снабжение, деятельность социальной защиты, состояние фармацевтического рынка, а также демографические экономические показатели.

Рассмотрим еще один подход к оценке эффективности и результативности системы здравоохранения. Этот подход успешно используется в практике ряда зарубежных стран, таких как ЕС, США, Япония. Таким подходом является бенчмаркинг, с помощью которого осуществляется поиск преимуществ в отрасли

здравоохранения. В указанных странах бенчмаркинг используется для выработки стратегии, основываясь на достижениях партнеров и конкурентов [193, 212].

Метод бенчмаркинга представляет альтернативу группе методов стратегического планирования, отличающийся тем, что показатели определяются не от достигнутого, а путём анализа результатов деятельности партнеров или конкурентов [14, 154, 194].

Применение методов бенчмаркинга осуществляется в рамках непрерывного цикла, содержащего такие этапы как: планирование, координация, мотивация и оценка действий, направленные на улучшение деятельности своей организации [153, 166].

В научной литературе изложено множество принципов оценки эффективности деятельности как системы здравоохранения, так и отдельных медицинских организаций. В частности, изложены методы классификации показателей, сгруппированные в критерии экономической социальной и медицинской эффективности. В основном это интегральные показатели [35, 81, 90, 101, 102, 129, 127, 182, 229].

Современные подходы к оценке медико-экономической эффективности медицинских организаций изложены в работах [128, 132, 229]. Для получения сравнительных оценок медико-экономической эффективности медицинских организаций используются два основных методических подхода. Первый подход традиционно основан на сравнении статистических показателей работы учреждения с действующими федеральными и региональными нормативами.

Следует отметить имеющиеся методологические сложности при использовании этих методик [76, 215-221, 222]:

- не всегда обосновывается состав показателей, которые используются для интегральной оценки;
- наблюдается избыточность совокупности показателей. Например, совместное использование таких показателей, как уровень госпитализации, число койко-дней, средняя длительность госпитализации является

избыточным для оценки, так как каждый из этих трёх показателей эффективности является функцией двух других;

- процедура сопоставления количественных показателей их качественной (бальной) оценке должна иметь теоретическое обоснование в рамках теории шкалирования [133];

- недопустима интерпретация среднеарифметических нормированных значений или бальных оценок совокупности показателей как интегрального показателя.

На рубеже 1990-2000 гг. в зарубежной литературе была описана методология оценки эффективности системы здравоохранения, которая позволяет преодолеть указанные выше недостатки. В ее основе лежит метод Data Envelopment Analysis – DEA [51], известный по значительному числу публикаций в зарубежных изданиях и используемый для целей бенчмаркинга. В настоящее время общепринятого русского эквивалента английскому названию метода нет, однако, предлагается такой вариант – «анализ среды функционирования» - АСФ [11]. Данный метод начинает использоваться и в России [3, 11, 12, 51, 130, 136, 137, 213].

Важнейшей целью государственной социальной политики Российской Федерации в области здравоохранения является гарантированное обеспечение граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью надлежащего качества.

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [204] контроль в сфере здравоохранения РФ включает в себя контроль качества и безопасности медицинской деятельности. В целях регулирования организации и проведения контроля законом 323-ФЗ установлен ряд положений, раскрывающих суть используемых терминов и понятий, определяющих формы контроля и полномочия органов государственной власти РФ, субъектов РФ и медицинских организаций. Законом предусмотрено три формы контроля: государственный, ведомственный и внутренний.

Государственный контроль осуществляется органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями путем проведения проверок [5]:

- фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;
- применения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;
- организации и осуществления ведомственного и внутреннего контроля органами и организациями;
- осуществления лицензирования медицинской деятельности [203].

Порядок организации и проведения государственного контроля установлен постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» [125, 126, 158].

Ведомственный контроль осуществляется федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ в соответствии с имеющимися полномочиями. Порядок организации и проведения ведомственного контроля установлен приказом Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [163].

Внутренний контроль осуществляется в порядке, установленном руководителями органов или организаций государственной, муниципальной и

частной систем здравоохранения в целях обеспечения медицинской деятельности. Наличие внутреннего контроля является лицензионным требованием при осуществлении медицинской деятельности (Федеральный закон от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» [159], постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности» [160]). Внутренний контроль не входит в утвержденный Постановлением № 291 «Перечень видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».

В соответствии с Федеральным законом 323-ФЗ [204] издан приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [161].

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в соответствии с законодательством РФ об ОМС [204], регламентируется приказом ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [164]. Целью утвержденного Порядка является проведение мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС реализуется посредством проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, а также экспертизы качества медицинской помощи.

При оценке качества медицинских услуг могут быть использованы различные подходы [53, 73]. Изучение качества медицинской услуги возможно, как с позиций процесса ее оказания, так и с позиции сферы потребления медицинской услуги. Такой взгляд перекликается с тремя аспектами качества

медицинских услуг, изложенными в ставших классическими работах А. Donabedian [235] и являющимися в настоящее время общепринятыми [115, 116, 118, 121, 131, 139, 156, 197]:

- качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: материально-техническая база, обеспеченность кадрами и т.д.);
- качество процесса (верный диагноз, выбор адекватной технологии лечения, соблюдение норм и стандартов, принятой тактики лечения);
- качество результата (эффект от проведенных мероприятий).

Кроме того, в сфере здравоохранения описаны следующие методы оценки качества медицинской услуги: оценка через стандарты (медицинские стандарты, клинические рекомендации, другие нормативные документы); анализ отчетных данных (отчетные документы по согласованной деятельности); медицинский аудит (анализ информации, отраженной в медицинской документации); метод опроса (изучает удовлетворенность пациента медицинской деятельностью) и эвристические методы (метод Дельфи, метод «мозгового штурма»). Различные методические подходы к исследованию уровня удовлетворенности пациентов разрабатывают в отечественной научной литературе [6, 20, 53, 120, 130, 140, 149].

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период 2020 г. Неотъемлемой задачей для реализации целей развития системы здравоохранения является создание системы управления качеством медицинской помощи [96].

Государственной программой РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294, предусмотрено внедрение системы управления качеством медицинских услуг в 2015-16 гг. в 90%, а в последующие годы в 95% медицинских организаций.

Построение в медицинской организации системы менеджмента качества позволяет повысить удовлетворенность пациентов и эффективность процесса оказания медицинской помощи с точки зрения использованных ресурсов и достигнутых результатов [112, 119, 123]. Существуют различные международные стандарты, устанавливающие подходы к управлению качеством. В РФ приняты и

действуют национальные ГОСТы, совместимые с международными стандартами семейства ISO 9000-9001. Принципы, описанные в стандартах семейства ISO 9000-9001, носят универсальный характер и могут быть успешно применены для управления качеством в медицинских организациях [39].

Процесс формирования региональных систем менеджмента качества медицинской помощи является сложной стратегической задачей [103, 124, 167, 190]. При решении этой задачи важно обеспечить возможность получения своевременных, объективных, достоверных и хорошо структурированных данных о процессах, составляющих медицинскую деятельность, условиях ее осуществления, эффективности использования ресурсов и результатах оказания медицинской помощи.

В системе менеджмента качества учитываются сведения об удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. В действующих ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения», ГОСТ Р 54732-2011 «Менеджмент качества. Удовлетворенность потребителей. Руководящие указания по мониторингу и измерению» и ГОСТ Р 56036-2014 «Менеджмент качества. Руководящие указания по организации мониторинга удовлетворенности потребителей», предлагается методика социологического опроса пациентов для измерения значения удовлетворенности пациентов и некоторые методы принятия решений по выбору корректирующих и предупреждающих действий в менеджменте качества оказания медицинских услуг на региональном уровне [39]. В частности, согласно ГОСТ Р 54732-2011 «...удовлетворенность потребителей определяется расхождением между ожиданиями потребителей и восприятием потребителями продукции, поставляемой организацией».

Анализ публикаций зарубежных и российских авторов по вопросу оценки качества оказания услуг позволяет сделать вывод о том, что наиболее эффективным и интерпретируемым является методика «SERVQUAL» (качество услуги). Она была разработана с целью преодоления сложности перевода абстрактных рассуждений о качестве услуг в плоскость конкретных

управленческих решений по улучшению качества обслуживания потребителей [48, 88, 104, 191, 205].

1.3. Отечественный опыт оценки эффективности деятельности систем здравоохранения на региональном уровне

Деятельности региональных систем здравоохранения и оценка их эффективности подразделяется на три основных составляющих [89, 91, 95, 173]:

- оценка эффективности регионального здравоохранения, в рамках оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти «Указ Президента РФ № 825 от 28.06.2007 г. «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации»);

- оценка эффективности субъектов здравоохранения, предусмотренная Федеральным законодательством (к ним относятся медицинские и страховые медицинские организации);

- региональные системы оценки субъектов здравоохранения [3, 40].

Первоначальный формат методики имел существенную проблему, заключающуюся в чрезмерном объеме показателей, что вызвало значительную нагрузку на органы власти субъектов РФ, уполномоченные на сбор и валидацию такой информации. При оценке эффективности возникла проблема, связанная с несоответствием в табличных данных субъектов РФ. Причиной явилась слабая согласованность групп статистических показателей, которые были использованы в оценке совместно с группами показателей иных федеральных и региональных отчетов. Тем самым было выявлено отсутствие единой терминологической базы показателей, что ограничило возможность сопоставления данных в ходе анализа и прогнозирования плановых значений.

В 2012 году было произведено сокращение объема показателей, что позволило упростить сбор данных, но в модифицированной методике остались преимущественно экономические показатели деятельности. Оценка

эффективности деятельности органов исполнительной власти в социальной сфере проводилась путем выявления степени удовлетворённости населения.

Министерством здравоохранения Российской Федерации изданы приказы, в которых утверждены методики оценки эффективности деятельности медицинских организаций. В частности, это приказ Минздрава России от 11.07 2013 г. № 451 «О целевых показателях эффективности ...» [93]. В приказе определена методика оценки эффективности и она распространяет свое действие на небольшое количества высокоспециализированных медицинских организаций. А это предполагает существенную конкретизацию факторов, поиск специального механизма оценивания результатов. Результаты такого оценивания связывают с персональным стимулированием руководителей организаций за достижение ими заданных значений показателей.

Эффективность учреждений науки, высшего профессионального образования, дополнительного профессионального образования, специализированных учреждений здравоохранения оценивается по значительному набору показателей эффективности и результативности деятельности их руководителей. Такая оценка содержит более десяти показателей, целевые значения показателей заданы либо в виде %, либо в виде абсолютных значений, а критерии оценки определяются по шкале баллов. Расчет итоговой оценки деятельности вышеперечисленных учреждений и организаций выполняется путем суммирования баллов. Размер премии руководителя учреждения или организации определяется как отношение баллов, набранных этой организацией, к максимальному количеству баллов, набранных лучшей организацией, действующих в регионе.

Рассмотренная методика явилась основой для разработки нормативно-правовых актов многих субъектов РФ по оценке эффективности деятельности медицинских организаций, подведомственных органам управления здравоохранением региона. Методики в этих субъектах использовали аналогичную шкалу баллов с небольшими корректировками базовой методики. В частности, целевые показатели задавались для выделенных групп медицинских

организаций, при этом должны быть выполнены минимальные требования по каждому показателю:

- вознаграждение выплачивалось только лучшим медицинским организациям, получившим наибольшее количество баллов;
- установление стоимости достижения целевого показателя;
- задание набора целевых показателей для каждого специализированного учреждения здравоохранения;
- в дополнении к шкале баллов производились оценки показателей дефектности, которые снижают либо исключают возможность получения вознаграждения.

Возникла ситуация, при которой, с одной стороны показатели деятельности, представленные в отчетных формах, детально показывают функционирование медицинской организации, но при этом трудно выделить из большого количества статистических показателей наиболее значимые [70, 111, 170], а с другой стороны статистическая, управленческая и бухгалтерская отчетности после проведения систематизацией полученных данных дают возможность эффективно использовать информацию для выработки управленческих решений [72, 73, 150].

В то же время, несмотря на значительное количество показателей, предназначенных для представления объективной картины о деятельности медицинской организации, классификация таких показателей остаётся достаточно условной [233].

В частности, Шамшурина [222] считает целесообразным разделить показатели деятельности и показатели эффективности на две самостоятельные группы. В работе Кадырова Ф.Н. [82] показатели эффективности выделяются в самостоятельные группы, связанные с уровнями проведения анализа деятельности организации, с видом эффективности, их производственной мощности и формы собственности медицинской организации. При этом структурные подразделения медицинских организаций рассматриваются как самостоятельные организации, функционирующие во взаимодействии с внешними факторами.

Такая практика возникла по причине отсутствия серьезных методологических проработок, направленных на системную оценку эффективности медицинских организаций, с возможностью расчета по каждому квалификационному признаку. Очевидно, разрабатываемые исследователями методики и вводимые ими аналитические показатели для оценки эффективности деятельности медицинских организаций продолжают дополняться и совершенствоваться.

До настоящего времени способы определения набора показателей, определение их рационального количества для целей формирования управленческих решений в деятельности медицинских организаций остается открытым (Сибурин Т.А. [175, 176, 177], Kaplan R.S. [241]). Наборы таких показателей характеризуются существенной вариабельностью.

В ряде нормативно-правовых документов таких как, 313-ФЗ, 83-ФЗ, определяющих деятельность медицинских организаций, не содержится точных указаний для выбора индикаторов эффективности. Продолжает оставаться дискуссионным вопрос о выборе состава показателей для целей управления деятельностью медицинских организаций, диапазон которых варьируется от применения универсальной группы показателей [185], до отсутствия единых подходов к выбору критериев и показателей [105].

Важнейшие показателями деятельности поликлиник изложены в работах [25, 108, 151, 222]. Как отмечают авторы (Флек В.О., Кравчук С.Г.) [208], учитывается качество медицинского обслуживания, число обоснованных жалоб граждан и т.д.

При формировании системы оценки каждый из этих критериев считается важным, однако, для получения точной и объективной оценки необходимо основываться не на произвольном наборе показателей, а проводить формулирование цели, декомпозицию цели на задачи и планируемые результаты, способы оценки достигаемых результатов [175, 237].

В свою очередь каждая методология ориентирована на те или иные группы критериев, что подчеркивает их важность в рамках тех или иных аспектов

деятельности медицинских организаций. А это приводит к необходимости дальнейшей структуризации, кластеризации используемых критериев с учетом основных факторов.

При определении критериев используются такие показатели деятельности медицинских организаций, на основе которых осуществляется оценка, группировка, сравнение и классификация, позволяющие определить эффективность всего лечебно-диагностического процесса, качество оказания медицинских услуг, и т.д. [165, 192].

В соответствии с постановлением Правительства от 7 февраля 2011 года и приказа Минздрава от 31 октября 2013 года ключевыми критериями являются доступность и качество медицинской помощи данные критерии используются при осуществлении оценки эффективности управленческой деятельности в отрасли здравоохранения.

К базовым критериям также относятся следующие: использование информационных технологий; применение клинических рекомендаций; медико-экономические стандартов; реализация стратегии развития и достижения целевых показателей отрасли здравоохранения и т.д. [33, 51, 59, 64, 66].

В связи с этим следует отметить, что технология определения задачи рационального выбора набора критериев может быть основана на использовании технологии SMART [237], как проектно-ориентированного подхода, в соответствии с которым показатели деятельности представляются в таких аспектах, как: конкретность – S, измеримость – M, достижимость – A, релевантность – R и отражены в дорожной карте – T. В то же время концепция SMART характеризуется использованием большого количества единичных показателей, при оценке которых возникает ситуация слабой управляемости. К тому же осложняется обработка сбор и обработка учетных данных. Поэтому пришли к выводу, что общее количество показателей не должно превышать 20-25 [240], а при необходимости использования большего количества показателей используется процедура агрегирования показателей и последующего оценивания (Стародубов В.И. [185]).

Начальный этап формирования списка показателей деятельности медицинских организаций носит эвристический характер и их количество в списке может быть неограниченным. Для последующего выявления наиболее значимых показателей вводится приоритетность, оценивается возможность агрегирования и оценивается связь с основными целями деятельностью медицинской организации. Дальнейшая работа с показателями заключается в уменьшении их количества, отсева промежуточных и малозначимых показателей путем проведения экспертного опроса [105] или расчёта коэффициентов корреляции [83].

При изучении основных принципов определения понятия «эффективность и результативность системы здравоохранения» приходим к заключению, что отечественная трактовка понятия эффективности обладает достаточно узким определением одного из важнейших показателей – качества медицинской помощи. В Федеральном законе 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» данное определение включает лишь показатели медицинской результативности и своевременности оказания медицинской помощи [204]. При этом законодательно не определены понятия эффективности и результативности. В практическом здравоохранении основной методикой оценки эффективности является методика сравнения показателей качества за период с показателями прошлых периодов. При этом не используются методики, основанные на определении производственных функций и сопоставительного анализа.

Имеются проблемы с применением методов оценки и сбора информации о деятельности медицинских организаций с целью последующего анализа и формирования результатов оценки. К этим проблемам относится узковедомственный поход, при котором информация собирается и оказывается доступной только профильному органу управления здравоохранением, методика не проходит публичное обсуждение, отсутствует консультационная поддержка в процессе сбора и оценки информации.

Следовательно, возникает проблема, направленная на совершенствование методов оценки эффективности медицинских организаций региона. Одной из

приоритетных задач, направленных на решение указанной проблемы, является проработка методологических основ по совершенствованию механизмов такой оценки, в частности, повышение объективности и информационной открытости, формирование комплексных показателей деятельности медицинских организаций, проработка методов сопоставления показателей деятельности с международными данными.

Таким образом, в результате совершенствования системы оценки эффективности организатора здравоохранения получают информацию необходимую для обоснования и принятия управленческих решений. При этом показатели эффективности, опубликованные в открытых источниках информации (например, интернет-ресурсы), дают возможность населению осуществить обоснованный выбор как медицинской организации, так и врача.

Резюме.

Проведен анализ зарубежного и отечественного опыта организации систем здравоохранения, рассмотрены способы оценки эффективности деятельности медицинских организаций, изложенные как в научных публикациях, так и применяемые в сфере государственного управления.

При изучении основных принципов определения понятия «эффективность и результативность системы здравоохранения» приходим к заключению, что отечественная трактовка понятия эффективности обладает достаточно узким определением одного из важнейших показателей – качества медицинской помощи. В Федеральном законе 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» определены лишь показатели медицинской результативности и своевременности оказания медицинской помощи. Понятие «эффективность» в этом нормативном документе не установлено. Для оценки эффективности, в основном, используется методика сравнения текущих показателей качества с показателями качества за прошлые периоды. В тоже время, на практике не применяются методики, основанные на определении предела производственных возможностей медицинских организаций.

Остаются не до конца решенные вопросы с применением дополнительных методов, появляющихся на этапе сбора данных для последующего анализа и валидации, а также дополнительных методов на этапе реализации полученных результатов оценки. В большинстве рассмотренных методик оценки деятельности медицинских организаций результаты передаются в профильный орган государственной власти. При этом отсутствует практика публикации полученных результатов оценки, проведении консультационной поддержки организации, деятельность которой оценивалась.

Таким образом, возникает проблема совершенствования научных подходов к формированию оценки эффективности деятельности субъектов здравоохранения. При этом, одной из приоритетных задач, направленных на решение указанной проблемы, является разработка научно-методической базы формирования современных способов оценки эффективности. В частности, требуется учесть такие аспекты, как повышение объективности, формирование интегрального показателя, обеспечение сопоставимости с оценками, представленных международными институтами.

Кроме того, развитие механизма оценки эффективности деятельности медицинских организаций позволит обеспечить руководителей здравоохранения региона информацией, необходимой для выработки и принятия управленческих решений.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Изучаемые разделы, источники информации, методы исследования

Исследование выполнялось на кафедре общественного здоровья, здравоохранения, гигиены и эпидемиологии ИДПО ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Диссертационное исследование носит комплексный характер, сформулированные в работе цель и задачи исследования определили предмет и объект исследования, позволили сформулировать программу исследования (таблица 2.1).

В ходе проведения диссертационного исследования методологической и теоретической основой работы явились положения теории систем, результаты анализа как отечественных, так и зарубежных работ в области управления отраслью здравоохранения, положения стратегии развития отрасли здравоохранения РФ до 2030 года, методов анализа и развития медицинских организаций региона, современные подходы к управлению качеством оказания медицинской помощи, используемые на практике.

Диссертационное исследование содержит разделы, в которых изложены подходы к решению ряда проблем в области повышения эффективности управления медицинскими организациями региона [48]:

- изучение зарубежного и отечественного опыта организации систем здравоохранения и совершенствования системы управления медицинскими организациями;
- описание показателей и способов повышения эффективности управления медицинскими организациями региона в современных условиях;
- изучение и создание научно-методических средств повышения эффективности управления медицинскими организациями региона на основе концепции бенчмаркинга;

Таблица 2.1 – Программа исследования

Методы исследования:

Системного анализа, экономико-математического моделирования, медико-статистической обработки информации, информационно – аналитический, экспертных оценок, социологический, бенчмаркинга, SWOT-анализа, GAP-анализа, организационного эксперимента

Объекты исследования:

Медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь населению в региональной системе здравоохранения

Предметы исследования:

Организация системы управления медицинскими организациями региона, оказывающими специализированную медицинскую помощь населению, с использованием инновационных подходов

Единица наблюдения:

Показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь населению, за период 2015-2019 гг.

Дизайн исследования:

Ретроспективное исследование показателей деятельности медицинских организаций региона, медико-социологическое исследование среди пациентов

Этапы исследования:

1. Провести критический анализ современных методов управления медицинскими организациями региона и выявить пути их совершенствования	2. Разработать научно-методический инструментарий повышения эффективности управления медицинскими организациями региона	3. Проработать подход к оценке эффективности медицинских организаций региона для целей управления на основе метода бенчмаркинга DEA	4. Провести медико-социологическое исследование на основе методики SERVQUAL среди пациентов по проблемам удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи	5. Разработать и внедрить в деятельность медицинских организаций, органов управления здравоохранением региона, научно-практические рекомендации. Оценить
--	---	---	--	--

ния				эффективность результатов проведенного научного исследования
-----	--	--	--	--

Методы исследования:

Библиографический, контент-анализ	Информационно-аналитический, статистический, системного анализа	Бенчмаркинга, теории информации, SWOT-анализа, сопоставительный	Системного анализа, математической статистики, социологический, GAP-анализа, QFD	Системного анализа, математической статистики, экспертных оценок, организационный эксперимент
--------------------------------------	---	--	---	--

Период исследования:

2013-2016 гг.	2016-2018 гг.	2019 г.
---------------	---------------	---------

- обоснование и разработка организационно-методических средств измерения качества оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения региона;
- разработка научно-практических рекомендаций и внедрение методического и организационного обеспечения, ориентированного на повышение эффективности деятельности организаций здравоохранения региона.

Информационную базу исследования составили отечественные и зарубежные литературные источники, нормативно-правовые документы РФ, официальные статистические отчеты Росстата и территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Воронежской области. Использованы электронные ресурсы, включающие официальные сайты департамента здравоохранения Воронежской области, медицинских организаций, Росстата. Эмпирической базой явились анкеты по изучению мнения пациентов для оценки удовлетворенностью качеством медицинской помощи.

Методы исследования. При проведении исследования использовались научные методы и подходы, способы сбора и обработки информации. Методы экспертных оценок, медико-социологических исследований, SWOT-анализа, методы организационного эксперимента, аналитические и статистические методы, методы бенчмаркинга и развертывания функций качества вошли в методологическую базу исследования.

Метод экспертных оценок. Для оценки значимости показателей деятельности медицинских организаций региона, внешних и внутренних факторов окружающей среды, важности мероприятий по развитию медицинских организаций, использовался метод экспертных оценок. В качестве экспертов выступали руководители медицинских организаций региона. Анкеты с результатами опроса экспертов обобщались, выполнялся расчет средних оценок и крайних отклонений. Затем определялась функция согласованности мнений. Группировка и отбор факторов проводилась при условиях, когда средняя степень согласованности мнений экспертов не

являлась случайной. Для этого проверялась значимость коэффициентов сходимости мнений (коэффициент конкордации), которая вычислялась по формуле:

$$W = \frac{12}{m^2(n^3 - n) - m \sum_{j=1}^m T_j} S, \quad (2.1)$$

$$\text{где } S = \sum_{j=1}^n \left(\sum_{i=1}^m R_{ij} - \frac{m(n+1)}{2} \right)^2, \quad T_j = \sum_{i=1}^{L_j} (n_i^3 - n_i),$$

где: n – количество анализируемых факторов; m – количество экспертов; R_{ij} – ранг j -го фактора, который присвоен ему i -м экспертом; T_j – число связей; n_i – количество элементов в i -й связке для j -го эксперта.

Когда мнение экспертов полностью совпадает, то $W=1$. При полном несовпадении $W=0$. Таким образом, фактическое значение коэффициента конкордации лежит в пределах $1 \geq W \geq 0$. В нашем случае значение коэффициента составило 0,87, что позволило сделать вывод о достаточно хорошей концентрации мнений экспертов относительно факторов возможных рисков, влияющих на медицинские организации.

Социологический метод. Проводился в двух медицинских организациях, оказывающих медицинские услуги на территории Воронежской области. Первичная информация собиралась при проведении медико-социологического исследования путем индивидуального анкетирования. На этапе проведения выборочного наблюдения с целью обеспечения требуемой точности результатов наблюдения определялся объем выборочной совокупности.

При формировании объема выборки обычно исходят из подхода, при котором она должна составлять 5-10% от объема генеральной совокупности. Использование такого подхода создает неопределенность в достоверности будущих результатов. При неопределенной доверительной вероятности невозможно сделать достоверный статистический вывод.

Для расчета численности выборки для случая бесповторного отбора n_x используется следующая формула [8, 53]:

$$n_x = \frac{N \cdot t^2 \cdot \sigma^2}{N \cdot \Delta x^2 + t^2 \cdot \sigma^2}; \quad (2.2)$$

где t – критерий Стьюдента, σ^2 – дисперсия генеральной совокупности, N – размер генеральной совокупности; Δx – доверительный интервал (предельная ошибка).

По приведенной формуле 2.2 возможен расчет объема выборки, зная объем самой генеральной совокупности N . Генеральная совокупность включала число пролеченных в течение года пациентов в исследуемых медицинских организациях.

При формировании выборочной совокупности произведена стратификация генеральной совокупности по качественным и количественным признакам: по возрасту и по условию оказания медицинской помощи (в стационарных условиях) [41, 57, 58]. Распределение единиц наблюдения в выборочной совокупности проводилось с учетом вышеуказанных признаков и в соответствии с их распределением в генеральной совокупности. Половозрастной состав пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в Рамонской РБ, приведен на рисунке 2.1.

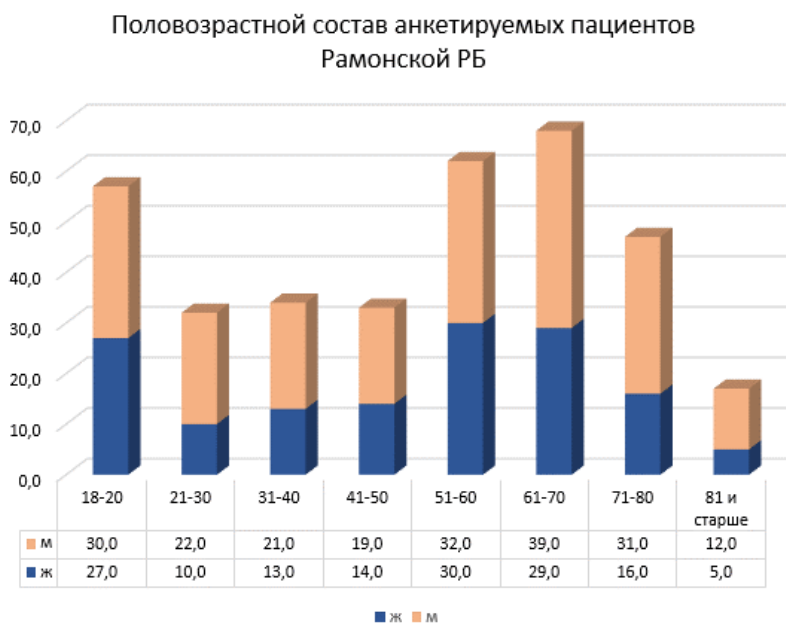


Рисунок 2.1 – Демографическая характеристика пациентов Рамонской РБ, участвующих в проведении медико-социологического исследования

Репрезентативность простой случайной выборки пациентов Рамонской РБ достигается при числе опрошенных не менее 350.

Соответственно, для обеспечения репрезентативности простой случайной выборки пациентов, получивших помощь в медицинской организации ГKB №5, необходимо было опросить 339 пациентов. Половозрастной состав пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в ГKB №5, приведен на рисунке 2.2.

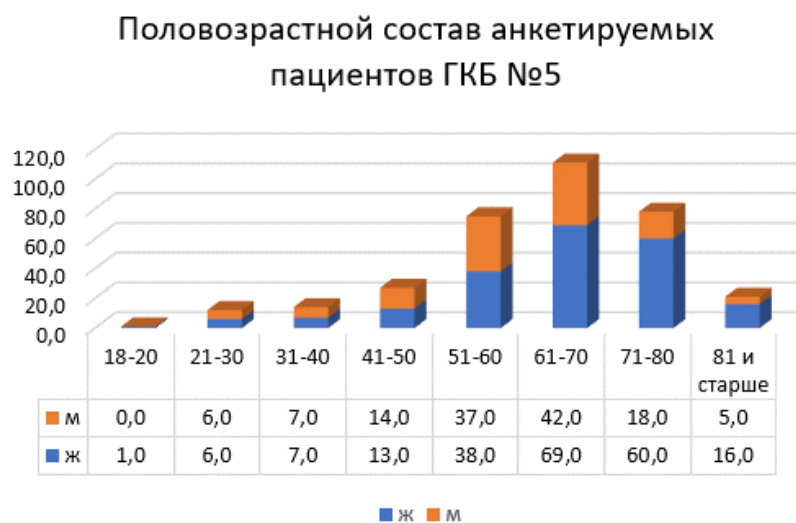


Рисунок 2.2 – Демографическая характеристика пациентов ГKB №5, участвующих в проведении медико-социологического исследования

Вопросы анкеты формулировались в соответствии с методикой SERVQUAL [55, 143, 206]. Алгоритм проведения медико-социологического опроса показан на рисунке 2.3.

Ранговые данные анкет обследования пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь, проходят первичную обработку и вводятся в электронную таблицу Excel. При обработке анкет производится проверка приемлемости ответов, отбраковка анкет с пропусками ответов на вопросы, исключаются некорректно заполненные анкеты.

Результатом обработки анкет медико-социологического опроса по методике SERVQUAL является измеренное значение удовлетворенности



Рисунок 2.3 – Алгоритм измерения удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи на основе медико-социологического опроса

качеством оказания медицинской помощи. Считается, что «измерение, в отличие от оценки, характеризуется научной обоснованностью, корректностью использования математико-статистического аппарата, большей точностью, надежностью и объективностью, стандартизованностью и универсальностью, меньшей чувствительностью к смене наборов исходных данных и т.д.» [42, 71].

Инструментом медико-социологического опроса для оценки удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи пациентов являлась анкета (Приложение Б). В анкету включены разделы с социально-демографической характеристикой респондентов, оценками ожидания и восприятия, основанными на опроснике SERVQUAL, позволяющем измерить удовлетворенность качеством оказанной им медицинской помощи.

Статистический анализ и интерпретация полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов исследования. В качестве обязательного предварительного этапа статистического анализа приводили проверку данных на нормальное распределение. Использовались методы описательной статистики, оценки достоверности и надежности данных (критерий Кохрена).

Статистический анализ и визуализация данных включал анализ таблиц сопряженности признаков (критерий χ^2 Пирсона). Различия считали статистически значимыми при значении $p < 0,05$. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ SPSS Statistics v22.

Обработка результатов медико-социологического обследования проводилась с использованием стандартных решений по обработке социологической информации с использованием специализированного программного обеспечения SPSS Statistics v22 [142]. При проведении эксперимента использовались методы описательной статистики и методы статистического вывода, графического анализа, построения регрессионных уравнений.

Один из подходов к улучшению качества медицинских услуг заключается в преодолении несоответствия между «Восприятием» и «Ожиданием» пациентами качества медицинских услуг. Для этого проводится интеграция методики SERVQUAL с методикой QFD – методикой систематического и структурированного преобразования пожеланий пациентов в требования к качеству услуги и/или процесса [38].

Методика QFD позволяет дать более полное представление руководителям для улучшения качества услуг и перевести потребительские требования в требования к медицинской организации. Она основывается на технологии развертывания функций качества Quality Function Deployment – QFD [248], позволяющей в компактной форме представить данные о разнообразных объективных характеристиках медицинских услуг, а также отследить их влияние на принимаемые управленческие решения в рамках разработки услуг улучшенного качества [28, 29, 38, 69, 118, 247].

Технология QFD заключается в интеграции следующих аналитических методов [38]:

- GAP-анализ разрывов между воспринимаемым и ожидаемым качеством услуг, получаемых пациентами медицинской организации;
- SWOT-анализ сильных и слабых сторон медицинской организации относительно конкурентов по объективным показателям конкурентоспособности оказываемых медицинских услуг;
- экспертный опрос и анализ связей между свойствами медицинской услуги и потребительскими ожиданиями о ней;
- экспертный опрос и анализ характера и степени взаимодействия подразделений в медицинской организации [38, 56].

Технология QFD представляет собой гибкий метод принятия решений, использующийся в разработке продуктов или услуг, и позволяющий обеспечить потребительское качество на всех его этапах [247]. При этом формы матричных диаграмм напоминают дом и поэтому их часто называют Домом Качества (Quality House) – базовым инструментом для визуализации

качественных данных. Дом качества состоит из следующих элементов [7] (рисунок 2.4):



Рисунок 2.4 – Структура Дома качества

Согласно технологии QFD, требования потребителей медицинских услуг надлежит развертывать и конкретизировать поэтапно:

- уточнение требований потребителей услуг;
- выделение приоритетных потребительских требований;
- перевод требований потребителей услуг в объективные характеристики медицинских услуг;
- выявление тесноты связи (корреляции) между требованиями потребителей услуг и характеристиками медицинских услуг;
- определение абсолютной и относительной важности характеристик медицинских услуг;
- установление корреляционных связей между характеристиками медицинских услуг;
- определение сравнительной ценности медицинских услуг (бенчмаркинг);

- определение желательных характеристик медицинских услуг, улучшаемых с целью удовлетворения требований потребителей медицинских услуг;
- принятие решения о направлениях улучшений медицинских услуг и вложении инвестиций.

При реализации компьютерной поддержки процесса приоритеты требований потребителей медицинских услуг (пациентов) и приоритеты объективных характеристик медицинских услуг определяются в виде математической модели оценки их количественных характеристик. Приоритезация требований потребителей медицинских услуг и объективных характеристик медицинских услуг производится по формуле [13, 38]:

$$\theta_j = \sum_{i=1}^k P_i \cdot H_{ij} \quad (2.3)$$

где H_{ij} – коэффициент взаимосвязи j -й характеристики медицинской услуги и i -го требования потребителей услуг;

P_i – вес i -го требования потребителей услуг, k – число требований, n – число характеристик медицинских услуг.

SWOT-анализ. С целью разработки направлений развития и повышения эффективности деятельности медицинских организаций региона проводится оценка слабых и сильных сторон организации, а также внешних влияний и угроз, был применен SWOT-анализ и проработка аналитической информации. При этом проводился экспертный опрос с учетом того, что достоверность экспертных оценок повышается за счёт корректного подбора экспертов, соблюдения принципов и процедур экспертного опроса. Достоверность зависит как от профессиональных и практических знаний эксперта, так и от его стажа и опыта работы. SWOT-анализ проводился в такой последовательности.

Вначале методом экспертного опроса выявлялись слабые и сильные стороны медицинской организации, а также оценивалось внешнее влияние и

угрозы на нее. Опрос проводился с использованием анкеты, включающей следующие разделы: сильные стороны, слабые стороны, внешнее влияние и угрозы.

Экспертный опрос проводился сплошным методом – в число экспертов были включены руководители медицинских организаций и их подразделений. Такой подход связан как с небольшим размером выборки, особенностями организационной структуры медицинской организации, так и разновидностью оцениваемых ситуаций.

Далее был проведен вероятностный анализ событий, которые могут возникнуть и повлиять на деятельность медицинской организации. Вероятностные оценки внешних возможностей и угроз медицинской организации вносятся в специальную матрицу. Оценивающие значения вероятности возникновения внешних возможностей и угроз классифицируют на высокую, среднюю или низкую. Вероятностные оценки классифицируют как сильное, умеренное или слабое влияние (рисунок 2.5).

Воздействие	Сильное	Требуются серьезные управленческие усилия 3	Управление рисками и их мониторинг 4	Требуется активное управление 5
	Среднее	Следует идти на риски при должном мониторинге 2	Управленческие усилия оправданы 3	Требуются управленческие усилия 4
	Слабое	Следует идти на риски 1	Следует идти на риски, контролируя их 2	Мониторинг рисков руководством 3
		Низкая	Средняя	Высокая
		Вероятность		

Рисунок 2.5 – Матрица качественной оценки рисков медицинской организации

Влияние оценивалось экспертами на основе собственных знаний о состоянии дел во внешней среде, взаимодействующей с медицинской организацией, с учетом тенденций развития отрасли медицинских услуг. В качестве первостепенных внешних возможностей и угроз выделяются те, что с высокой вероятностью могут возникнуть и при этом оказать весьма значительное влияние на деятельность медицинской организации.

После формирования матрицы разрабатываются рекомендации по укреплению преимуществ медицинских организаций, устранению обозначенных недостатков. Экспертами определяются слабые стороны медицинской организации региона, обозначаются внешние факторы (возможности и угрозы), которые вносятся в матрицу SWOT-анализа. Разрабатываются предложения, направленные на компенсацию внешних угроз, рассматривая потенциал сильных сторон. Определяются требования применительно к нейтрализации возможной ситуации, при которой одновременной выявлены внутренние слабые стороны медицинской организации и наличие внешних угроз.

Результатом SWOT-анализа является построение матрицы SWOT-модели, учитывающей различные сценарии развития организации. По результатам анкетирования выявлялись оценки взаимовлияний факторов Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности) и Threats (угрозы).

Пример матрицы SWOT-анализа, отражающий развитие медицинской организации, представлен на рисунок 2.6.

После математической обработки результатов опроса экспертов, предназначенного для определения локальных приоритетов факторов и выявления предпочтений альтернатив, ячейки матрицы, показанной на рисунке 2.6, заполняются значениями критериев. При этом учитывается их принадлежность к факторам Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности) и Threats (угрозы). В полученной матрице поля SO (сильные стороны/возможности) и WT (слабые

стороны/угрозы) прорабатываются в меньшей степени, т.к. ситуация SO является идеализированной, а ситуация WT является достаточно пессимистичной. По результатам анализа значений полей матрицы WO и TS предусматривают разработку рекомендаций с целью нахождения внутренних и внешних ресурсов медицинской организации, оптимизации управления деятельностью по оказанию медицинских услуг.

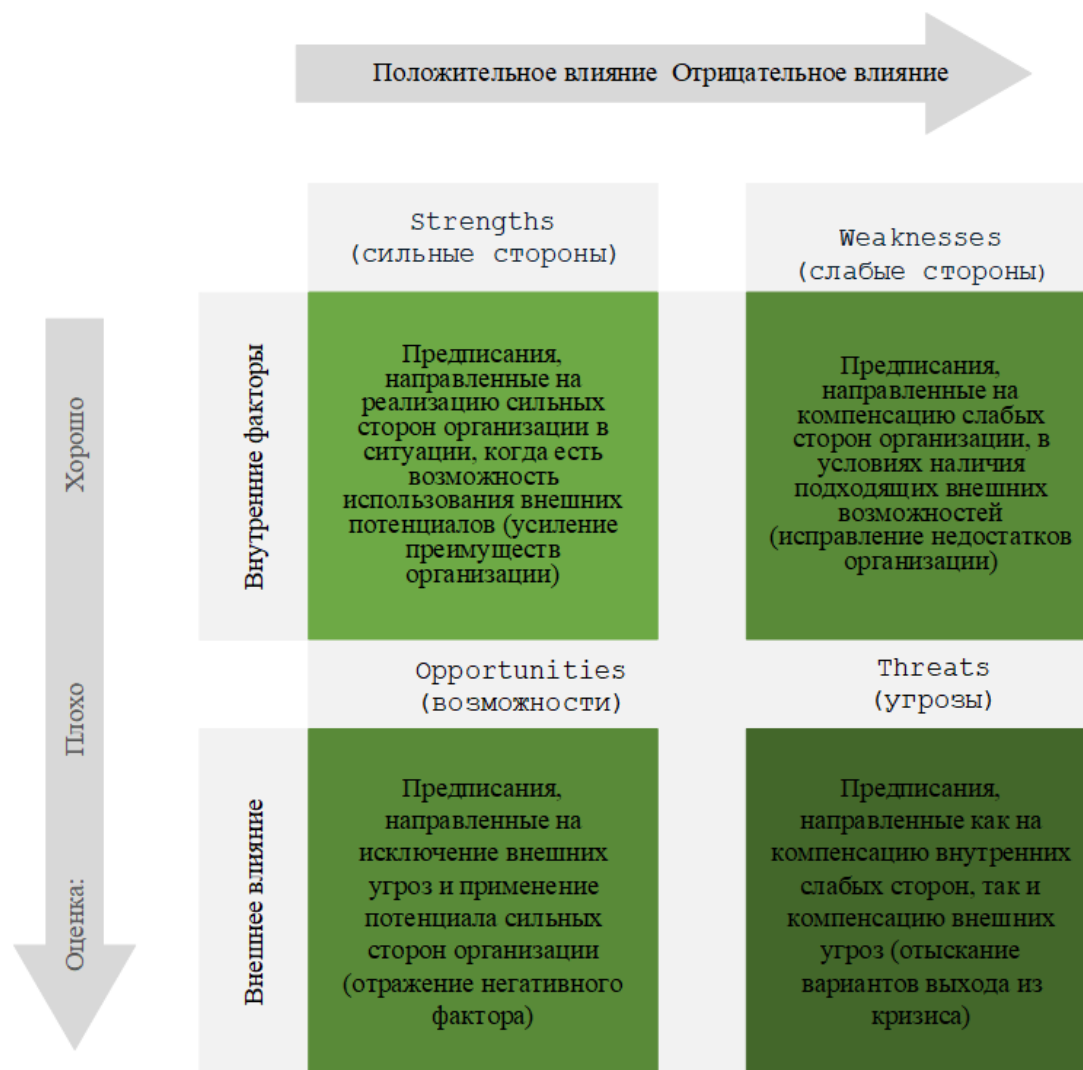


Рисунок 2.6 - Матрица SWOT-анализа внутренних факторов и внешнего влияния применительно к медицинской организации

При исследовании развития региональной системы здравоохранения проведен анализ аспектов SWOT-модели функционирования медицинской организации, на основании которого делается вывод о наиболее важных

факторах. Модель считается устойчивой в ситуации, когда проблемы концентрируются в базисных факторах и поведение системы существенно не изменяется при добавлении новых факторов в модель.

Организационный эксперимент. Организационный эксперимент применен в период внедрения в деятельность медицинских организаций региона рекомендаций, направленных на повышение эффективности деятельности, сформированных на основе бенчмаркинга и сопоставительного анализа. Рекомендации касаются внутриорганизационной системы управления качеством медицинской помощи, системы управления медицинским персоналом, механизма сотрудничества с другими медицинскими организациями в части кооперации между учреждениями.

Информационно-аналитический метод. Аналитический метод использован для целей рассмотрения и составления обзора собранных сведений в отрасли здравоохранения; результатов обобщения данных и собственных исследований; выработки представления об использовании показателей эффективности деятельности в отрасли здравоохранения; оценивания организационных и административных элементов управления; рассмотрения положения медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь на отраслевом рынке; выявления тенденций развития медицинских организаций; формирования перечня мероприятий, направленных на развитие, роста результативности медицинских организаций региона и надлежащих координационных и управленческих механизмов; проектирования сложной конфигурации по усилению эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы государственных гарантий и оценки эффективности ее элементов.

Статистический метод. Для получения результатов эксперимента использовались следующие методы статистического анализа: расчет относительных и средних величин выборки, графоаналитический и табличный методы, выявление и оценка факторов, оказывающих наибольшее

влияние, метод вычисления оценок надежности выборки. Рассчитывались значения медианы, среднеквадратичного отклонения, показатели соотношения, вычислялись уравнения регрессии по полученным эмпирическим данным. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Проверка достоверности статистических выводов проводилась общепринятыми в статистике методами. В качестве технических средств, используемых для статистической обработки результатов медико-социологического опроса, других материалов исследования, явилась персональная рабочая станция iRu Office J2325. В целом, используемые статистические методы позволили получить достоверные статистические выводы и дали возможность решить сформулированные в настоящем исследовании задачи.

Индекс теории информации. Для измерения степени специализации стационара по данным об используемых в стационаре клинико-статистических групп (КСГ) используется индекс теории информации ИТ [242]. Этот индекс вычисляется на основе сравнения значения доли i -й используемой КСГ в стационаре к региональной доле i -й КСГ. Когда различие между этими двумя долями уменьшается, то индекс приближается к нулю; при увеличении различия значение индекса также увеличивается.

Количественный показатель ИТ вычисляется следующим образом [242]:

$$ITI_h = \sum_{i=1}^I \left(\frac{N_{ih}}{N_h} \right) \times \ln \left[\frac{N_{ih}/N_h}{\theta_i} \right], \quad (2.4)$$

где N_{ih} - количество случаев использования i -й КСГ в стационаре h ;

N_h - число пролеченных больных в стационаре h ;

θ_i - количество случаев использования i -й КСГ в регионе, деленное на общее количество стационарных больных в регионе;

$\ln [\cdot]$ является натуральным логарифмом относительной специализации стационара.

Метод бенчмаркинга был использован при определении оценок эффективности деятельности медицинских организаций и формирования на основе полученных оценок комплекса управленческих решений. Назначение метода бенчмаркинга - выработать сопоставительные оценки конкурентоспособности (competitive benchmarking) – осуществить процесс сравнения себя с теми, кто сумел достичь высоких показателей деятельности. Конкурентоспособность – это свойство объектов, характеризующее степень удовлетворения какой-либо потребности в сравнении с аналогичными объектами, представленными на данном рынке, т.е. это способность оказываемых медицинских услуг отвечать требованиям рынка и запросам пациентов [26, 32, 44, 46, 52, 54, 65, 189].

Процедура проведения бенчмаркинга заключается в реализации ряда мероприятий, изложенных в работе [192].

Применение бенчмаркинга и сопоставительного анализа на его основе позволяет на системном уровне изучить все факторы и причины, которые определяют позиции организации-лидера. Использование бенчмаркинга дает возможность определить слабые места в деятельности медицинской организации, а также направления деятельности, в которых требуется проведение модернизации.

GAP-анализ представляет собой анализ стратегического разрыва (несоответствия), позволяющий определить расхождение между желаемым и реальным в деятельности организации. В нашем случае применяется для анализа несоответствий между ожидаемым и воспринимаемым качеством оказанных медицинских услуг пациентами при проведении медико-социологического опроса.

Сопоставительный анализ используется как исследование и описание одной медицинской организации через ее системное сравнение с другими организациями с целью прояснения ее специфичности. Составными частями сопоставительного метода являются установление основания сопоставления, сопоставительная интерпретация и типологическая характеристика.

Установление основания сопоставления заключается в выборе какого-либо показателя деятельности медицинской организации в качестве эталона основания исследования. Сопоставительная интерпретация заключается, прежде всего в том, что сопоставляемые показатели деятельности изучаются с помощью описательного метода, а полученные результаты сопоставляются. Последний этап сопоставительного метода – типологическая характеристика – направлен на выявление типичных и нетипичных свойств медицинской организации, установление ее места в проводимой классификации [98, 99].

Источниками информации для исследования являются:

- литература по вопросам организации и управления отраслью здравоохранения в России и за рубежом, известные методы оценки эффективности деятельности медицинских организаций, нормативно-правовые документы (законы РФ, приказы Минздрава РФ), и др. источники, в т.ч. онлайн-издания по исследуемой проблеме;
- опубликованные исследования теоретических и методологических подходов к системам управления медицинскими организациями, материалы изучения принципов международных стандартов ISO 9000, интроспекция методов оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи: ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения»; ГОСТ Р 54732-2011 «Менеджмент качества. Удовлетворенность потребителей. Руководящие указания по мониторингу и измерению»; ГОСТ Р 56036-2014 «Менеджмент качества. Руководящие указания по организации мониторинга удовлетворенности потребителей» [30];
- рассмотрение подходов к повышению эффективности медицинских организаций.

Для решения поставленных задач было проведено исследование, которое включало ряд этапов, реализованных за период с 2013 по 2018 гг.

На первом этапе было осуществлено рассмотрение используемых на практике методов управления медицинскими организациями региона и

определены направления их совершенствования. Рассмотрены существующие инструменты, предназначенные для оценки эффективности деятельности медицинских организаций, приведено описание организационно-методических технологий управления медицинскими организациями региона на основе концепции сопоставительного анализа.

В рамках **второго этапа** был разработан научно-методический инструментарий повышения эффективности управления медицинскими организациями региона на основе метода бенчмаркинга. Была изучена и оценена действующая система управления системой здравоохранения Воронежской области в среднесрочном периоде. Состояние экономико-финансовой деятельности медицинских организаций региона определялось путем анализа учетно-отчетных форм, определенных Приказом Росстата от 17.04.2014 № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере ОМС», а также следующие документы:

- протоколы заключений департамента здравоохранения Воронежской области о несоответствии плановых и фактических показателей деятельности медицинских организаций;
- план корректирующих действий по устранению несоответствий между плановыми и фактическими показателями деятельности медицинских организаций (решения департамента здравоохранения Воронежской области).

В итоге были сформированы показатели деятельности с глубиной временного лага в пять лет. На их основе проводилось обоснование и разработка организационно-методических средств повышения эффективности управления медицинскими организациями региона в современных условиях.

Следующий, **третий этап** был связан с проработкой инновационного подхода к оценке эффективности медицинских организаций, позволяющего

на региональном уровне сформировать и реализовать на практике адекватную требованиям внешней среды систему управления медицинскими организациями региона, ориентированную на повышение эффективности их деятельности и конкурентоспособности. Практическая реализация инновационного подхода, основанного на концепции бенчмаркинга, предполагает внедрение в практику управления здравоохранением новых, исключая субъективизм в применении методов управления и обоснования решений, дополняющих имеющиеся инструменты управления.

Реализована процедура бенчмаркинга по данным из годовых отчетов ряда медицинских организаций Воронежской области, вычислены оценки эффективности их деятельности. Полученные оценки по модели «на вход» позволили определить рейтинг каждой медицинской организации в части использования имеющихся ресурсов, а оценки по модели «на выход» - рейтинг эффективности работы каждой медицинской организации в части количества оказанных населению медицинских услуг [51, 79].

Использование разработанных организационно-методических средств, ориентированных на повышение эффективности управления региональной системой здравоохранения, позволило сформировать механизм реструктуризации отрасли. В частности, целью реструктуризации региональной системы здравоохранения явилось поддержание медицинской помощи на должном уровне и достижение установленных целевых показателей по уровню смертности и заработной плате медицинских работников путем проведения значительных изменений (сокращение численности медицинских работников, переход от стационарной помощи к амбулаторной, уменьшение количества коек и т.д.), что приводит к изменению самой структуры системы, и как следствие, ее эффективности.

На этом же, самом трудоемком этапе, проводилась разработка организационно-методических средств измерения качества оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения региона на основе модели удовлетворенности пациентов и создание условий для проведения

бенчмаркинга в медицинских организациях по критериям качества. Проводилось медико-социальное исследование, при котором осуществлялось анкетирование пациентов, статистическая обработка и анализ результатов.

Оценки деятельности медицинских организаций, получаемые с использованием разработанных организационно-методических средств, позволяют за различные временные отрезки проводить мониторинг уровня развития системы регионального здравоохранения, его основных компонентов, с возможностью выявления вероятности наличия дефектов организации и управления в здравоохранении, в статическом, динамическом и сравнительном аспектах и являются ценным аналитическим материалом для определения приоритетных задач и направлений деятельности региональных органов управления здравоохранением.

В рамках **четвертого этапа** проведено медико-социологическое исследование удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи с применением методики SERVQUAL [243].

Анкетирование проводилось среди пациентов квотной выборки, учитывающей и отражающей структуру генеральной совокупности, на этапе выписки пациентов из стационара. Анкета содержала вопросы о социально-демографическом статусе пациентов, а также две группы вопросов по 22 вопроса в каждой, соответствующих методике SERVQUAL.

В результате сделан вывод о применимости методики для измерения удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи [34, 38].

На заключительном, **пятом этапе** проводилась разработка научно-практических рекомендаций и осуществлялось внедрение методического и организационного обеспечения, ориентированного на повышение эффективности деятельности организаций здравоохранения региона, оценка эффективности результатов проведенного научного исследования.

В рамках структуры методологического знания проведение настоящего исследования относится к четвертому классу исследования - технологическая

методология, включающая составление методики и техники исследования (набор процедур, реализация которых обеспечит получение достоверного эмпирического материала, проведение первичной обработки, анализ результатов и подготовка требований по включению в управленческую деятельность медицинских организаций, обеспечение эффективности управления региональным здравоохранением).

В работе использовано информационное (кибернетическое) моделирование, при котором отображаются лишь некоторые функции деятельности медицинской организации и их рассматривают как «черный ящик», имеющий ряд входов и выходов, что позволяет моделировать некоторые связи между выходами и входами. Информационная (кибернетических) модель отражает некоторые аспекты информационных процессов управления медицинской организацией, что позволяет оценить ее поведение и сформировать требуемые управленческие решения.

Для построения таких моделей использовались как специализированные программные средства, реализующие алгоритм инструментального бенчмаркинга, так и известные программные средства статистического анализа, графической визуализации.

2.2. Общая характеристика региона исследования и его ресурсов здравоохранения

Базой для проведения исследования выбрана система здравоохранения Воронежской области, развитого в экономическом плане субъекта Федерации. Воронежская область как субъект РФ входит в состав Центрального федерального округа.

В состав Воронежской области входят 32 района, 15 городов областного подчинения, 3 городских округа, 21 поселок городского типа, 493 сельских администраций. Территория (площадь) – 52,4 тыс. км². На 1 января 2019 года численность населения области составляла 2331122 человек,

Плотность населения - 45 чел./км², доля городского населения – 67,7 %. Областным центром является г. Воронеж, который делится на 6 районов [202].

В структуре населения Воронежской области соотношение численности мужчин и женщин на начало 2018 года составляет мужчин – 45,9 % и 54, 1% соответственно. С 2015 г. по 2017 г. наблюдался незначительный рост численности постоянного населения, а с 2017 г. численность населения региона сокращалась незначительно, на 6 тыс. человек в год (рисунок 2.7) [171, 180].



Рисунок 2.7 - Динамика численности населения Воронежской области

Население Воронежской области относится демографически к второму типу показателей демографического старения, т.е. в последние годы детей в возрасте от 0 до 17 лет меньше, по отношению к возрастной когорте старше трудоспособного возраста, в 2018 г. 43 % для женщин и 108 % для мужчин соответственно. В регионе проходит процесс старения населения, что увеличивает нагрузку на экономику, систему здравоохранения и влияет на потенциал воспроизводства населения.

Воронежская область характеризуется высоким уровнем урбанизации: доля городского населения составляет порядка 67,7 %, доля сельского населения – 32,3 % [214].

По данным на 01.01.2019 доля жителей области, находящихся в трудоспособном возрасте, составляет порядка 54,9 %, моложе трудоспособного – 15,8 %, старше трудоспособного – 29,3 %.

В Воронежской области, как отмечает Воронежстат, «по многим демографическим показателям в последние годы отмечается положительная динамика (рисунок 2.8).

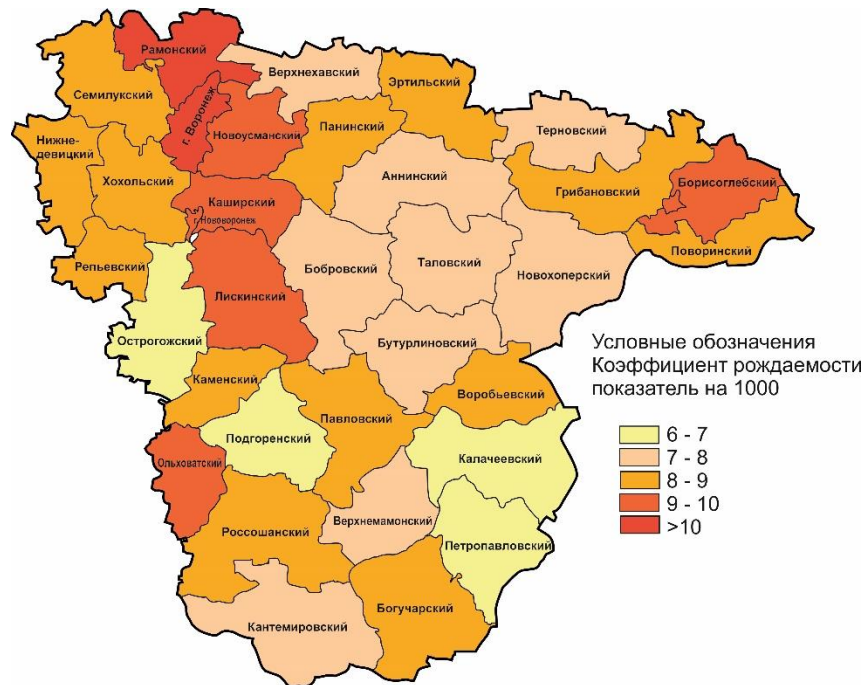


Рисунок 2.8 - Ранжирование административных территорий Воронежской области по уровню рождаемости (статданные за 2016 год)

В 2015 году был достигнут наименьший за последние 15 лет коэффициент естественной убыли населения (-4,2 на 1000 населения)» [196]. Этот процесс характеризуется ростом рождаемости и снижением смертности в регионе [73].

По данным Воронежстат «в абсолютном выражении в 2016 году родилось 24936 детей, аналогичные показатели имелись в 2013 году (24934 детей). Количество умерших же в 2016 году составило 35551 человек, что на

658 меньше, чем в 2013 году (36209 человек) [73] (рисунок 2.9).

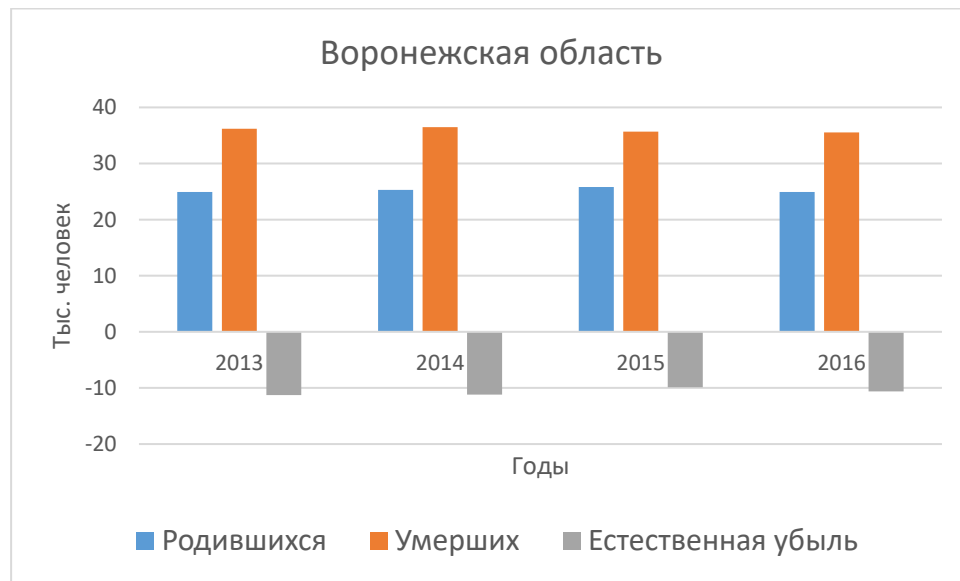


Рисунок 2.9 - Показатели смертности и рождаемости в Воронежской области за 2013-2016 гг.

Источник: составлено на основе данных территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Воронежской области

В Воронежской области ведутся активные мероприятия по снижению младенческой смертности, в 2016 году она составила 4,75%, снизившись по сравнению с предыдущими годами на 2,7 % (в 2013 году - 7,45%), что существенно ниже показателя по Российской Федерации - 8,1 % в 2014 г.» [73].

В результате планомерной работы по стабилизации демографической ситуации за период 2013-2016 годы снизились коэффициенты смертности (рисунок 2.10).

Ресурсы здравоохранения Воронежской области составляют (по юридическим лицам) 67 больничных учреждений на 17503 коек. В области функционируют: 32 центральных районных больницы, 179 амбулаторий, 15 диспансеров со стационарами и ряд других специализированных учреждений. В области трудятся 10261 врач и 22106 специалистов среднего медицинского персонала.

Следует заметить, что по сведениям Воронежстат, «...с 2013 по 2016 год произошло незначительное сокращение численности врачей в регионе на

729 человек, а обеспеченность населения врачами снизилась до уровня 50,9 на 10 тыс. населения (с 54,2 в 2013 году)» [196, 202]. При этом в среднем, по сравнению с данными по Российской Федерации и Центральному федеральному округу показатели обеспеченности населения врачами в медицинских организациях ниже (в 2016 году 46,4 и 46,3 соответственно), чем в регионе.

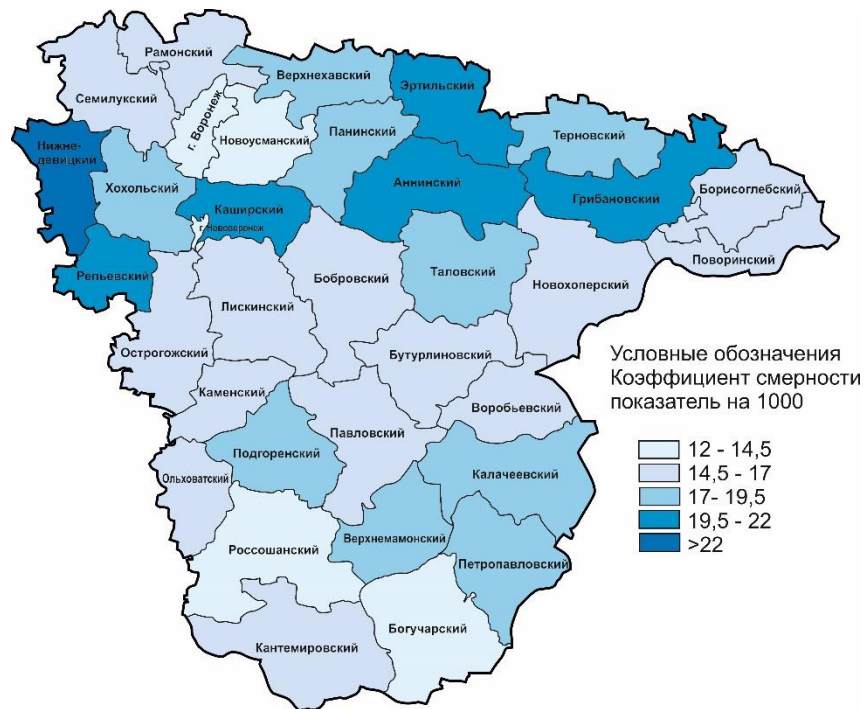


Рисунок 2.10. Ранжирование административных территорий Воронежской области по уровню общей смертности (статданные за 2016 год)

Несмотря на наличие в области Воронежской государственной медицинской академии и 5-ти средних образовательных медицинских учреждений перед областью стоит проблема, связанная с диспропорцией в обеспеченности медицинскими кадрами городской и сельской местности.

Число больничных коек и обеспеченность населения больничными койками в медицинских организациях Воронежской области, оказывающих медицинские услуги населению, показаны на рисунке 2.11.

Из диаграммы видно, что в среднем, по сравнению с данными по Российской Федерации показатели обеспеченности населения больничными койками в медицинских организациях региона выше (в 2016 году - 81,6).

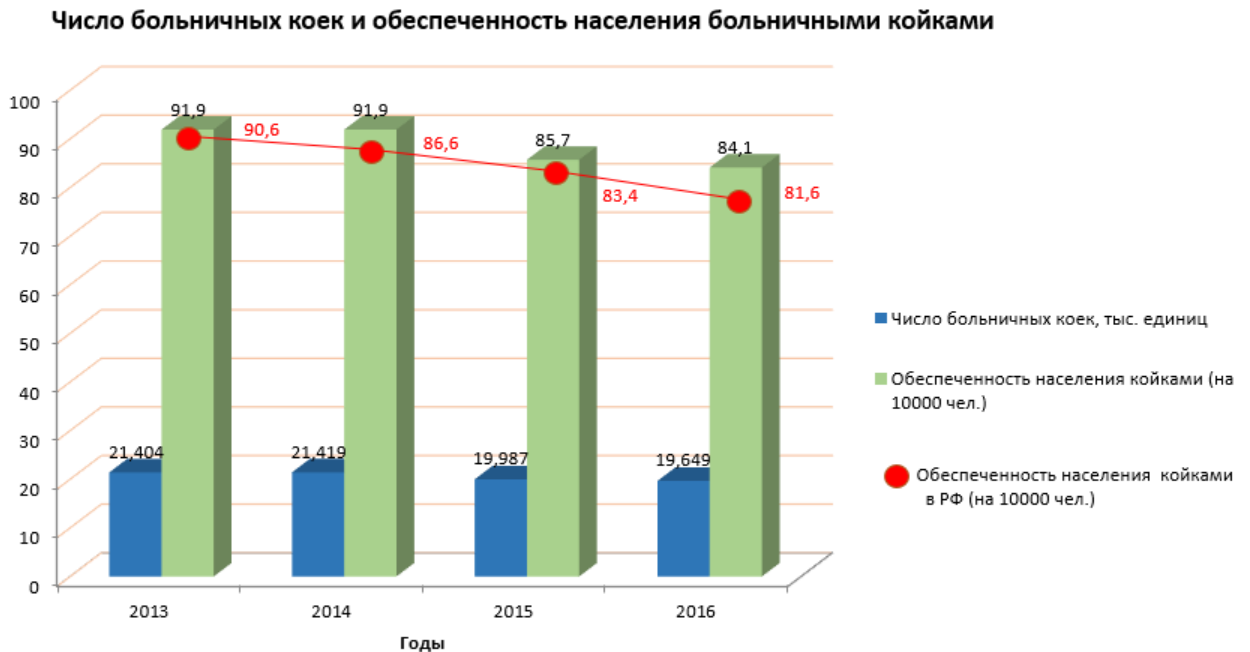


Рисунок 2.11 - Динамика числа больничных коек и обеспеченности населения больничными койками в медицинских организациях Воронежской области

Источник: составлено на основе данных территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Воронежской области

Из данных Воронежстата о мощности амбулаторно-поликлинических учреждений Воронежской области, представленных на рисунке 2.12 видно, что в сравнении со средними значениями мощности амбулаторно-поликлинических учреждений по Российской Федерации, мощности амбулаторно-поликлинических учреждений Воронежской области оказываются меньше на 7-10% [113].

Следовательно, одним из направлений повышения эффективности регионального здравоохранения остается обеспечение доступности амбулаторно-поликлинической помощи по видам и условиям предоставления населению Воронежской области в требуемом объеме посещений в год.

Рассматривая экономические отношения в сфере здравоохранения и предоставления услуг, следует отметить, что растет объем платных медицинских услуг населению. Так, по данным Воронежстат, индекс

физического объема, в процентах к предыдущему году, показывает рост до 108,5 процентов в 2016 году. Удельный вес медицинских услуг в общем объеме платных услуг населению вырос с 4,1% в 2013 году до 4,8% в 2016 году.

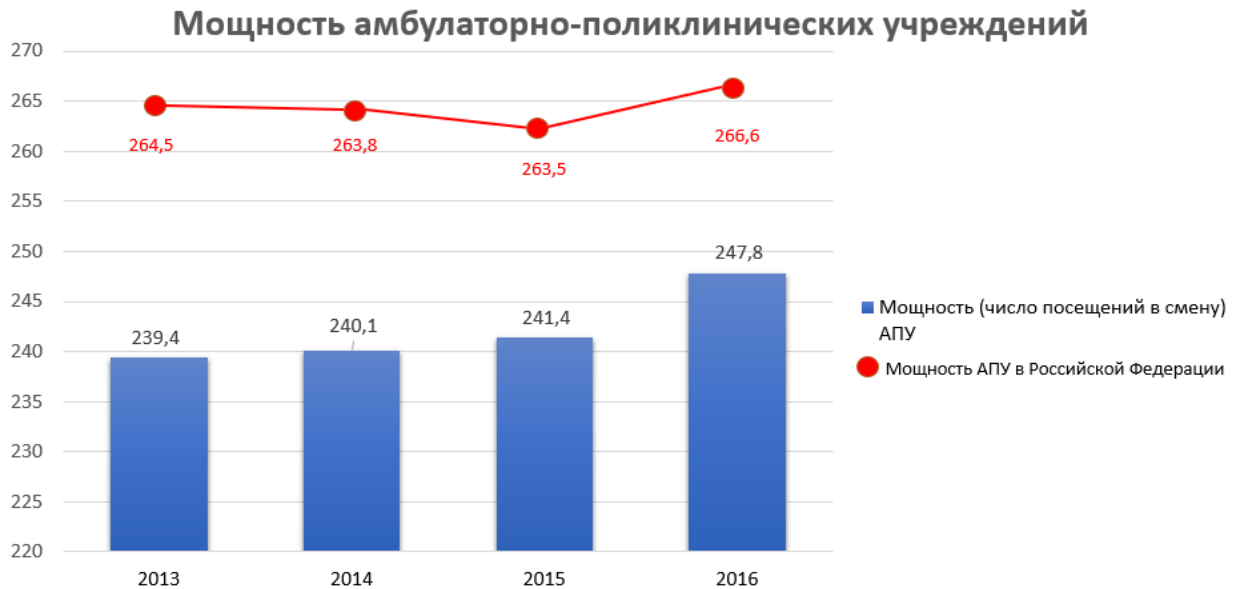


Рисунок 2.12 - Динамика мощности (числа посещений в смену) амбулаторно-поликлинических учреждений Воронежской области

Источник: составлено на основе данных территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Воронежской области

В Воронежской области в 2018 г. действуют 78 медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь и 139 амбулаторно-поликлинических учреждений, а также 661 фельдшерско-акушерский пункт, 41 здравпункт. На межмуниципальном уровне выделено 54 межрайонных специализированных отделений. Третий, региональный уровень, включает 32 областные медицинские организации и ряд специализированных центров.

В Воронежской области создана трехуровневая система оказания медицинской помощи. На рисунке 2.13 приведена структура сети медицинских организаций Воронежской области и показаны ее мощности.

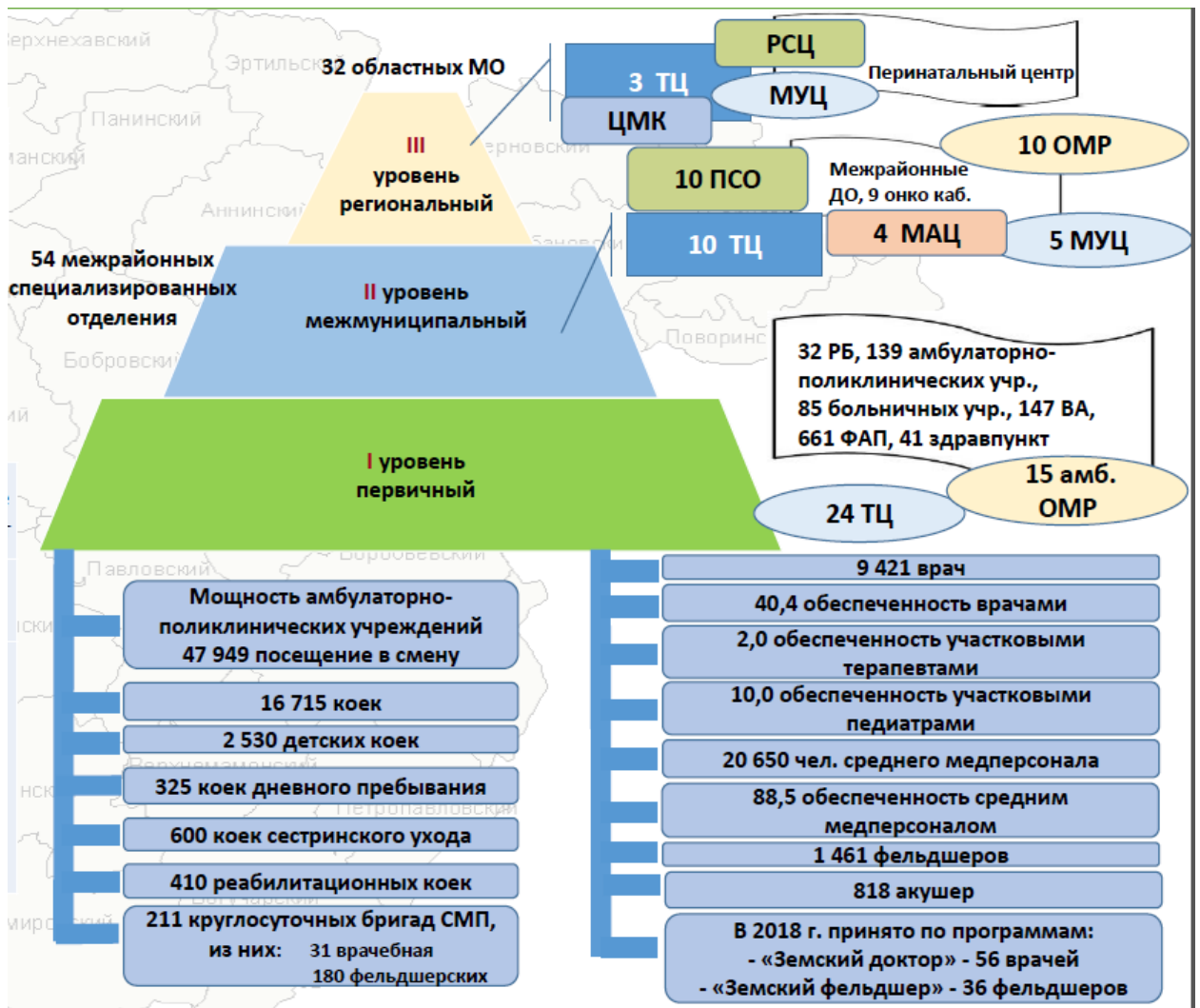


Рисунок 2.13 - Мощности сети медицинских организаций Воронежской области

Мощность амбулаторно-поликлинических организаций составляет 59657 посещений в смену, или 256,3 на 10000 человек населения. Число врачебных посещений (включая профилактические) в 2018 году – 19183,7 тысяч. Число посещений среднего медицинского персонала – 1576,0 тысяч.

Число выполненных вызовов станциями скорой медицинской помощи в 2018 году на 10000 населения по области – 2961,2.

В Воронежской области в 2018 г. общее число коек в стационарах - 19102, что составляет 82,1 на 10 тыс. населения. В структуре коечного фонда, по данным регионального органа управления здравоохранением, развернуты койки интенсивного лечения для категории пациентов, требующих врачебного наблюдения круглосуточно. По отчетным данным, показатель

«среднее число дней пребывания пациента на койке» – 10,6, «среднее число дней занятости больничной койки» – 295,9, что говорит о недостаточной загруженности стационарных коек и необходимости сокращения коечного фонда.

С целью выполнения майского Указа Президента от 07.05.2018 года № 204 реализуются мероприятия регионального сегмента федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» и по трем направлениям раздела «Демография». Основные направления реализации мероприятий национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» в медицинских организациях Воронежской области в 2018-2019 гг. показаны на рисунке 2.14.

В ходе реализации национальных проектов повышается необходимость постоянного мониторинга ресурсного потенциала медицинских организаций региона с целью выявления его недостатков и разработки мероприятий по его рациональному использованию. Такие мероприятия предполагают как выбор наилучшего варианта решения из множества возможных, так и процесс приведения региональной системы здравоохранения в наилучшее состояние [63, 175, 179].

При этом оценка ресурсного потенциала учреждения здравоохранения проводится в разрезе составляющих его элементов: финансового, трудового и материально-технических потенциалов на основе системы показателей.

В ходе анализа процессов формирования и использования финансовых ресурсов установлено, что источниками финансирования являются областной бюджет, средства ОМС, а также средства от оказания платных услуг.

Персонал, работающий в медицинском учреждении, представляет собой его главную ценность. Поэтому анализ трудового потенциала является залогом выявления скрытых резервов в деятельности медицинских организаций. Анализ трудовых ресурсов проводится по нескольким направлениям: анализ структуры и динамики численности работающих,



Рисунок 2.14 - Мероприятия национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография», а также региональные проекты, направленные на реализацию стратегии развития до 2035 г.

анализ уровней квалификации работников, укомплектованности и совместительства должностей.

Анализ мощностей действующих медицинских организаций и кадрового потенциала региона позволил сформировать мероприятия по рациональному использованию ресурсов регионального здравоохранения в среднесрочном периоде.

ГЛАВА 3. ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РЕГИОНА НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИИ БЕНЧМАРКИНГА

3.1. Развитие методологии оценки эффективности деятельности медицинских организаций региона

Рассмотрим метод АСФ (DEA) применительно к медицинским организациям подробнее. В зарубежных исследованиях, связанных с применением DEA в отрасли здравоохранения [232, 236, 240, 244, 249], оцениваемые подразделения, больницы, обычно называются единицами принятия решений (DMU). DMU можно рассматривать как фактические организационные единицы, как многомерные описания показателей деятельности в данный момент времени.

DMU характеризуется преобразованием имеющихся ресурсов в медицинские услуги. На преобразование влияют неконтролируемые переменные, например, уровень компетенции медицинского персонала и регламентация работы в организации. При оценке эффективности медицинской организации по оказанию специализированной медицинской помощи в качестве ресурсов (входными параметрами) могут являться, например, количество койко-дней, число врачей, медсестер, не медицинского персонала и состав доступного оборудования. Выходными параметрами (результатами) могут являться: количество дней пребывания пациента в различных отделениях больницы, количество хирургических вмешательств, количество и продолжительность амбулаторных посещений. В более подробном исследовании результаты могли бы также включать количество госпитализаций по КСГ. Неконтролируемые переменные могут включать значительную часть постоянных расходов, медицинский статус поступивших пациентов и демографический, медицинский и социально-экономический

статус региона, обслуживаемого стационаром [135].

Для получения оценок эффективности деятельности медицинских организаций необходимо обеспечить построение так называемой «эффективной границы». «Для корректности построения такой границы, а также для содержательности полученных оценок, рассматривается множество подобных исследуемых объектов. Математически такой подход сводится к построению большого семейства оптимизационных задач. В результате решения этих задач будет построена граница эффективности, которая определяется деятельностью наиболее эффективно функционирующих объектов из всей совокупности.

Такая граница принимается за 100% эффективности и дальнейшее рассуждение построено на анализе отклонений деятельности отдельных объектов от этой границы. В отличие от традиционного статистического подхода к оцениванию эффективности, в котором производится сравнение каждого элемента с некоторым «средним» показателем, в АСФ предполагается сравнение каждого элемента только с сопоставимыми для него аналогами.

Кроме того, особенности методологии АСФ, позволяют отказаться от применения каких-либо весов и стандартов при проведении оценки, как это делается в экспертных методах, и тем самым повысить объективность такой оценки. В идеале, в ходе оценки учитываются лишь объективные данные о количестве используемых ресурсов и полученных результатах [169].

Возможны два варианта измерения эффективности - эффективность выпуска (output-oriented) и эффективность использования ресурсов (input-oriented).

Расстояния АВ (рисунок 3.1) отражает техническую неэффективность организации, функционирующей в точке А, т.е. тот объем, на который возможно увеличение выпуска без дополнительного привлечения ресурсов, а кривая ZZ' является эффективным фронтом. Аналогично в случае

ориентации на сокращение ресурсов, техническая неэффективность выражена расстоянием QP (рисунок 3.2). Техническая эффективность чаще выражается отношением: OA/OB – в случае ориентации на выпуск и OQ/OR – в случае ориентации на ресурсы. По определению эти меры эффективности находятся в пределах от 0 до 1. Следует отметить, что в случае использования нерадиальной меры, такой, как кратчайшее расстояние от точки, в которой функционирует организация, до производственной функции, она не будет инвариантна к изменению единиц измерения.

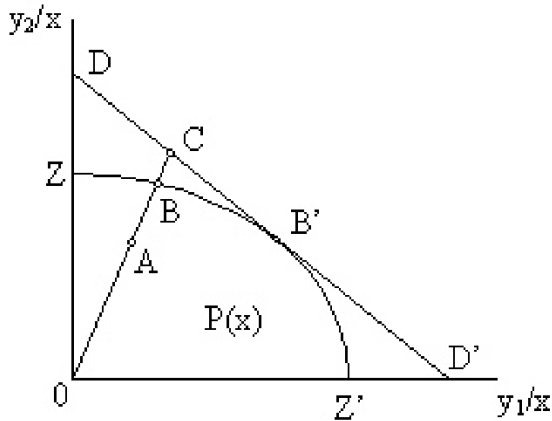


Рисунок 3.1 - Эффективность выпуска

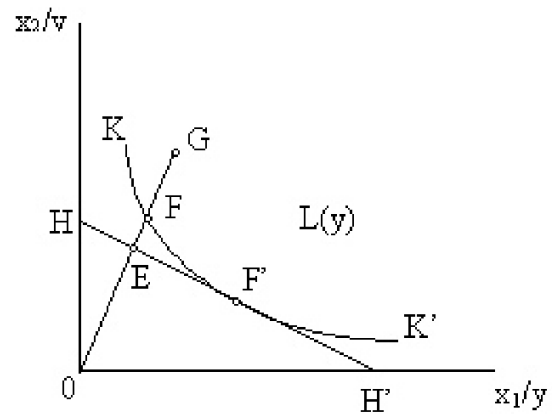


Рисунок 3.2 - Эффективность использования ресурсов

Эти способы определения эффективности предполагают знание производственной функции полностью эффективной организации, но на практике такое случается крайне редко. Также предложено использовать для ее нахождения либо непараметрический метод кусочно-линейной выпуклой изокванты, которая сконструирована так, что ни одна из наблюдаемых точек не может лежать левее и ниже (подход, ориентированный на ресурсы), либо нахождение параметрической производственной функции, например, вида Кобба-Дугласа, которая удовлетворяла бы данным, с теми же условиями. Было предложено несколько методов математического программирования, которые позволяют решить задачу отыскания кусочно-линейного

эффективного фронта и по этой причине было введено название Data Envelopment Analysis (DEA). Оболочечный анализ данных (DEA) является одним из эффективных способов визуализации и анализа данных о деятельности организации, который позволяет на основе эмпирических данных (входов и выходов) построить эффективную производственную функцию и определить положение относительно нее отдельных организаций.

В процессе оболочечного анализа данных DEA определяется:

- эффективный фронт (выпуклая оболочка, состоящая из наилучшим образом функционирующих организаций),
- мера эффективности (отражает расстояние от фронта, для точек, находящихся на фронте эффективность равна 1 и меньше 1 для остальных точек),
- однородная группа (подмножество точек, ближайших к данной),
- эффективная цель для организации, которая является проекцией точки на фронт.

Медицинская организация является на 100% эффективной, если:

- ни один из выходных параметров не может быть повышен без повышения одного или более входных факторов, либо понижения других выходных параметров;
- ни один из входных факторов не может быть уменьшен без понижения одного или более выходных параметров, либо повышения других входных факторов.

При постановке задачи рассматриваются N медицинских организаций с K входами и M выходами. Тогда для i -й медицинской организации векторы x_i и y_i представляют набор входов (ресурсов) и выходов (выпуска) соответственно. Набор таких векторов для исследуемой выборки можно записать в виде матриц X и Y . Цель DEA анализа состоит в построении непараметрического эффективного выпуклого фронта таким образом, что

наблюдаемые точки будут лежать не выше эффективной производственной функции (input-oriented).

В целом методология анализа среды функционирования позволяет определять количественную меру эффективности деятельности медицинской организации, определить эталонные медицинские организации для каждой неэффективной медицинской организации, находить наилучшие направления повышения эффективности, определять зоны устойчивости медицинской организации, отслеживать динамику и выявлять тенденции в развитии медицинской организации. В результате появляется возможность получения количественных оценок эффективности управленческих решений в деятельности медицинских организаций, позволяющих более обоснованно разрабатывать оптимальные стратегии развития медицинских организаций региона.

В заключение отметим, что оболочечный анализ данных (DEA) является набором методов анализа эффективности функционирования, который имеет ряд преимуществ в сравнении со ставшими уже традиционными методами анализа, такими как анализ показателей функционирования и методами регрессионного анализа. Оболочечный анализ позволяет получить легко интерпретируемую визуализацию данных и определить направление для поиска улучшений в функционировании медицинской организации. Этот способ оценки функционирования может быть полезен руководителям регионального здравоохранения для планирования и контроля деятельности. Приведенные выше результаты исследования позволяют сделать следующие выводы о целесообразности применения предложенных методов оценки эффективности медицинских организаций» [51].

В следующих разделах данной главы показаны способы применения описанного метода и приведены результаты оценки эффективности деятельности медицинских организаций.

3.2. Использование сопоставительных оценок показателей в системе управления региональным здравоохранением

Действующей региональной программой Воронежской области «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением правительства Воронежской области от 31.12.2013 г. № 1189 [31] определено, что важными характеристиками успешного решения задач развития человеческого капитала являются стабилизация демографической ситуации, снижение смертности в трудоспособном возрасте; структурная и технологическая модернизация здравоохранения; увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Основная цель Программы: обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Задачами Программы являются:

- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
- повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины [97];
- повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
- развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
- обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;

- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
- развитие информационно-коммуникационной инфраструктуры, в том числе телемедицины;
- повышение качества оказываемой медицинской помощи в части обеспечения населения необходимыми лекарственными препаратами;
- определение приоритетных направлений развития территориального здравоохранения с учетом региональных особенностей (плотности расселения, демографической ситуации, половозрастных особенностей, особенностей заболеваемости и обращаемости), включая разработку геоинформационной системы сбора, хранения, анализа и графической визуализации статистических данных системы здравоохранения Воронежской области;
- обеспечение системности организации охраны здоровья;
- создание условий для реализации Программы.

Одним из приоритетных направлений развития и модернизации системы здравоохранения в Воронежской области является повышение эффективности использования внутренних ресурсов, совершенствования организации и управления отраслью. Это позволяет обеспечить доступность и качество медицинской помощи без существенного увеличения объемов финансирования.

При этом решается задача повышения структурной эффективности системы здравоохранения Воронежской области, основанная на разработке и реализации программ развития регионального здравоохранения, ориентированная на достижение стратегических целей и целевых значений отраслевых показателей, утвержденных в упомянутой выше программе.

Реализация указанных задач невозможна без совершенствования процессов управления медицинскими организациями региона, которая

заключается в разработке моделей поддержки принятия решений для выбора наиболее адекватных текущей ситуации управленческих мероприятий.

В данной работе в качестве одного из инновационных направлений совершенствования процессов управления региональным здравоохранением предложена методика инструментального бенчмаркинга и сопоставительного анализа, позволяющая выявить: лучшие/передовые практики у организаций-лидеров, их развитие и применение в менее эффективных организациях в целях улучшения, совершенствования, развития медицинских услуг [192].

На вопросы относительно эффективности деятельности ответы могут быть получены с использованием средств инструментального бенчмаркинга. При этом результаты такого бенчмаркинга позволяют обосновать ряд важных управленческих решений, дать информацию для разработки стратегического плана по обеспечению требуемой конкурентоспособности медицинской организации.

Следовательно, методика инструментального бенчмаркинга и на его основе методика сопоставительного анализа – «это управленческая технология, с помощью которой обнаруживаются, тестируются и осмысливаются новые методы работы, необходимые для достижения новых целей, и обнаруживаются неэффективные процессы. Бенчмаркинг позволяет руководству здравоохранения региона и медицинских организаций сравнивать свою деятельность с деятельностью ведущих организаций, находить и внедрять наиболее эффективные методы организации работы и постоянно повышать качество медицинской помощи, оказываемой пациентам» [192].

Технология проведения инструментального анализа и сопоставительного анализа функционально однородных медицинских организаций региона применена для районных больниц Воронежской области. В результате сформировали границу эффективности использования ресурсов 32-х медицинских организаций, позволяющую выделить

медицинские организации-лидеры и медицинские организации-аутсайдеры. При этом результатом расчета показателей эффективности с использованием метода анализа среды функционирования АСФ может являться один интегральный показатель для каждой из медицинских организаций. Они ранжируются по значениям этого показателя [51].

В методе АСФ знания экспертов можно использовать для учета относительной важности показателей. Однако применение экспертных знаний не является обязательным, что значительно снижает степень субъективизма при определении рейтинга медицинских организаций [51].

Пошаговая технология инструментального бенчмаркинга медицинских организаций региона с применением программного обеспечения, предназначенного для анализа среды функционирования Vanxia Frontier Analyst ver. 4.2.0 изложена в главе 5. Результаты вычислений приведены в Приложении В.

Следующий раздел этой главы посвящен использованию методологии бенчмаркинга при реструктуризации региональной системы оказания стационарной медицинской помощи.

3.3. Использование сопоставительных оценок показателей при реструктуризации региональной системы оказания стационарной медицинской помощи

Одной из приоритетных задач развития системы здравоохранения, указанной в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г., является повышение эффективности системы организации медицинской помощи [93].

На совещании по проблемам здравоохранения от 5 февраля 2014 г. дано поручение Президента России: «Обеспечить представление плана осуществления до 2020 года структурных преобразований сети медицинских

организаций, обратив особое внимание на развитие стационарозамещающих технологий в больничных учреждениях» [86, 91].

Организационно-методологическим подходом к реализации такой приоритетной задачи выступает реструктуризация системы регионального здравоохранения. Актуальность проблемы реструктуризации стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи связана с необходимостью перехода от экстенсивной модели здравоохранения на прогрессивные медико-организационные формы оказания помощи с целью повышения эффективности использования ограниченного материального, финансового и кадрового потенциала отрасли [75, 78].

В частности, целью реструктуризации является разрешение структурной диспропорции коечного фонда - избыточность коечного фонда по одним профилям сочетается с его недостаточностью по другим и с раздробленностью специализированных коек по мелким отделениям, снижающим эффективность их работы. Основными критериями реструктуризации являются: обеспечение (повышение) доступности медицинской помощи, обеспечение (повышение) ее качества и эффективности. Так, достижение критерия «Повышение территориальной доступности стационарной медицинской помощи» не предполагает рост ее качества и эффективности. Достижение критерия «Повышение качества и эффективности стационарной медицинской помощи» приводит к снижению транспортной доступности. В условиях крупного города критерий повышения территориальной доступности не является доминирующим, поэтому в данном разделе в явном виде учитываться не будет.

В ранее действующем приказе Минздрава РФ от 8.06.2016 № 358 [56]: «Методические рекомендации по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения» давались рекомендации по расчету: «...для определения потребности в мощностях медицинских организаций, оказывающих

медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и в стационарных условиях, необходимо проводить расчеты по потребности в специалистах с высшим медицинским образованием в разрезе врачебных специальностей на основе функции врачебной должности и коечного фонда по каждому профилю медицинской помощи». При проведении организационно-управленческих мероприятий практический интерес представляют ситуации перераспределения имеющихся кадровых и материально-технических ресурсов внутри структурных подразделений медицинской организации.

В данном разделе изложен подход к использованию аналитического инструментария, ориентированного на подготовку принятия управленческих решений по реструктуризации региональной системы оказания стационарной медицинской помощи [64].

Для проведения реструктуризации используется методология бенчмаркинга. Собственно, процесс бенчмаркинга состоит из нескольких этапов, которые делаются последовательно. Во-первых, определяют цели, которые следует достичь с помощью этого инструмента. Цели могут быть разные: от простого определения того, насколько стационар работает лучше или хуже, чем другие, до решения конкретной проблемы и определения того, за счет каких изменений стационар может стать более эффективным. После этого необходимо определить один или несколько стационаров, которые являются лидерами в регионе или у которых лучше всех работает именно интересующая нас функция. Третьим шагом процесса будет изучение опыта стационара-лидера, его показателей. И последним, четвертым шагом, будет адаптация, приспособление изученного опыта для решения проблем неэффективного стационара [62].

В научных изданиях по организации здравоохранения имеется незначительное количество работ с результатами эмпирического исследования о том, как специализация стационара связана с

эффективностью оказания медицинских услуг. В данной работе исследуется тема положительного влияния специализации стационара на эффективность оказания медицинских услуг, поскольку это уменьшает затраты. Предполагается, что специализация повышает эффективность медицинской организации. В ходе исследования проводился анализ отношения между индексом специализации стационара и эффективностью стационара. Индекс специализации КСГ, выраженный как индекс теории информации ITI, позволяет измерить величину специализации в стационарах. Количественный показатель технической эффективности стационаров, полученный на основе метода АСФ, использовался в качестве индикаторов эффективности.

В работе выдвинута гипотеза, что стационары с более высокими индексами специализации будут более эффективными по сравнению с менее специализированными стационарами, и что небольшие стационары, более вероятно, были бы эффективнее, чем крупные стационары после принятий решений по реструктуризации с учетом повышения уровня специализации.

Далее рассмотрим основные источники данных и введем специальный индекс, необходимый для формирования модели анализа эффективности деятельности стационаров региона.

В перечень источников данных, использованных в этом исследовании, входят данные о количестве случаев оказания медицинской помощи стационарами, участвующими в системе ОМС региона за 2015 год, по всем КСГ. Эти данные использовались для вычисления такого показателя, как индекс теории информации ITI для каждого стационара. При расчете показателей эффективности деятельности стационаров на основе метода анализа среды функционирования АСФ использовались данные Федерального статистического наблюдения «Сведения о медицинской организации за 2015 год» - форма № 30 [22, 64].

Для исследования были отобраны все стационары государственной формы собственности, действующие в системе ОМС региона, всего 56 стационаров.

Разные значения доли используемых КСГ указывают на форму специализации, при которой количественный показатель индекса увеличивается, когда различие увеличивается. Степень специализации, измеренная с помощью индекса ИП, отражает узкий или широкий диапазон КСГ, используется при формировании счетов ОМС за пролеченных пациентов в стационаре. Так, стационары, которые обеспечивают широкий диапазон медицинских услуг, показывают невысокую степень специализации.

В модели анализа эффективности использовался количественный показатель оценки эффективности оказания медицинских услуг, вычисленный на основе метода АСФ. АСФ - количественная техника, применяемая для вычисления единственного совокупного показателя, позволяющего оценить относительную эффективность медицинских организаций [249].

Метод АСФ имеет преимущество перед регрессионным анализом в оценке эффективности стационара. Регрессионный анализ измеряет эффективность стационара, используя отношения данного стационара к линии регрессии, которая зависит от среднего значения результатов деятельности, тогда как АСФ оценивает результаты деятельности по отношению к наиболее эффективным стационарам. Стационар, идентифицированный по методу АСФ как эффективный, эффективен в части использования имеющихся ресурсов. При анализе деятельности стационаров имеющиеся ресурсы могут быть использованы как для увеличения результатов работы (числа госпитализаций), так и уменьшения ресурсов при сохранении значений объемных показателей. Поэтому термин «эффективный» не указывает на абсолютную эффективность.

Для расчета индексов специализации были использованы данные о применяемых в каждом стационаре КСГ, полученных путем группировки оплаченных счетов ОМС за оказанную медицинскую помощь в 2015 году [54, 64, 65].

При расчете индексов специализации по формуле (2.3) получены значения индекса IT в диапазоне от минимального значения индекса, равного 0,29, до максимального значения, равного 5,44.

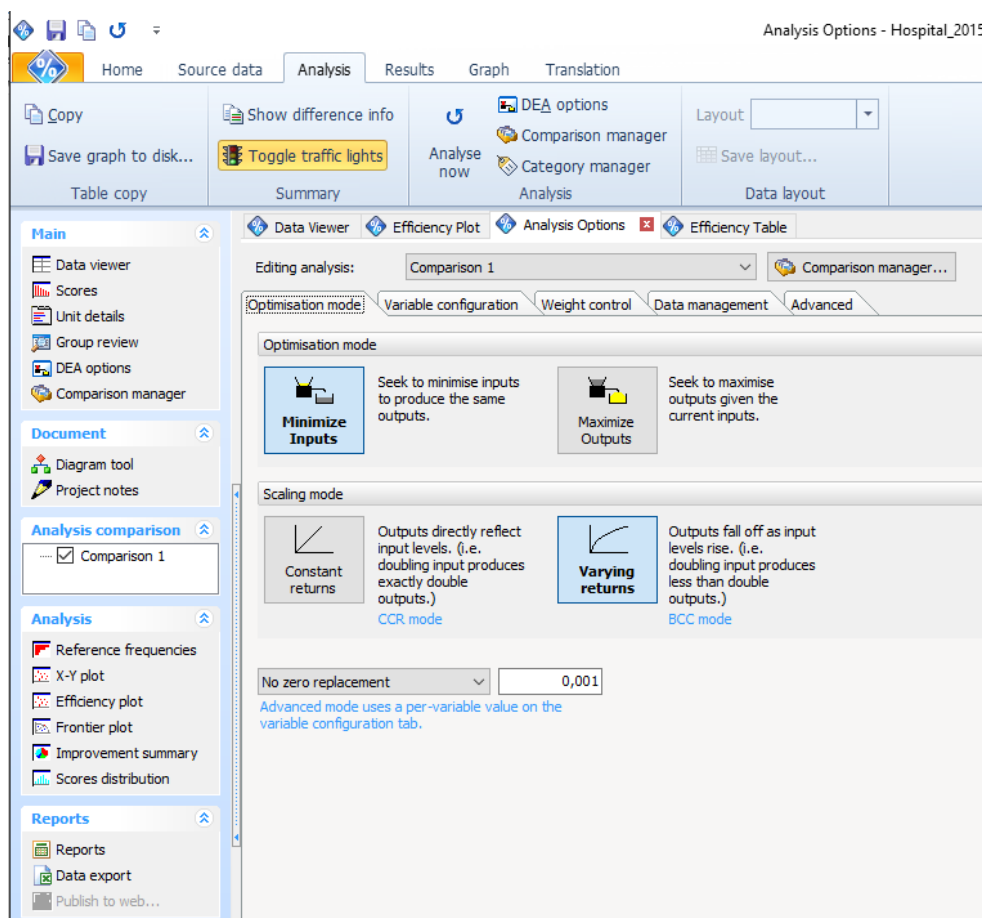


Рисунок 3.3 - Экранная форма задания параметров расчетной модели для проведения инструментального бенчмаркинга

Для расчета показателей эффективности деятельности стационаров с помощью метода АСФ [62] использовались одна выходная и три входные переменные. Выходная переменная: число использованных в стационарных

условиях пациентов. Входные переменные: число развернутых коек, количество врачей и количество медсестер. Для оценки технической эффективности анализируемых стационаров в расчете задавалась переменная отдача от масштаба («Varying returns» - модель VRS) [62].

С целью получения практически значимых результатов исследования была использована ориентированная на вход модель АСФ (Minimize Inputs). Расчет модели проводился с применением программного обеспечения Banxia Frontier Analyst [239]. На рисунке 3.3 показана экранная форма программного комплекса Banxia Frontier Analyst с настройками параметров расчетной модели [62].

Unit name	Score	Efficient	Condition
БУЗ ВО "Аннинская РБ"	67,4%		●
БУЗ ВО "Бобровская РБ"	63,5%		●
БУЗ ВО "Богучарская РБ"	77,9%		●
БУЗ ВО "Борисоглебская РБ"	76,7%		●
БУЗ ВО "Бутурлиновская РБ"	66,0%		●
БУЗ ВО "ВГБ № 14"	100,0%	✓	●
БУЗ ВО "ВГБ № 16"	48,3%		●
БУЗ ВО "ВГБ № 4"	74,4%		●
БУЗ ВО "ВГБ № 5"	56,6%		●
БУЗ ВО "ВГДКБ № 1"	100,0%	✓	●
БУЗ ВО "ВГКБ № 11"	60,6%		●
БУЗ ВО "ВГКБ № 17"	100,0%	✓	●
БУЗ ВО "ВГКБ № 2 им. К.В. Федяев"	78,5%		●
БУЗ ВО "ВГКБ № 20"	71,8%		●
БУЗ ВО "ВГКБ № 3"	100,0%	✓	●
БУЗ ВО "ВГКБСМП № 1"	100,0%	✓	●
БУЗ ВО "ВГКБСМП № 10"	99,4%		●
БУЗ ВО "ВГКБСМП № 8"	100,0%	✓	●
БУЗ ВО "ВОКЦСМП"	62,6%		●
БУЗ ВО "Верхнеамонская РБ"	70,3%		●
БУЗ ВО "Верхнехавская РБ"	76,3%		●
БУЗ ВО "Воробьевская РБ"	56,7%		●
БУЗ ВО "Грибановская РБ"	77,0%		●
БУЗ ВО "Калачеевская РБ"	73,9%		●
БУЗ ВО "Каменская РБ"	73,8%		●
БУЗ ВО "Кантемировская РБ"	77,0%		●
БУЗ ВО "Каширская РБ"	72,1%		●
БУЗ ВО "Лисинская РБ"	85,9%		●
56 units		Min: 42	

Unit name	Score	Efficient	Condition
БУЗ ВО "Нижнедевицкая РБ"	82,2%		●
БУЗ ВО "Новоусманская РБ"	75,6%		●
БУЗ ВО "Новохоперская РБ"	69,2%		●
БУЗ ВО "Ольховатская РБ"	75,4%		●
БУЗ ВО "Острогожская РБ"	66,3%		●
БУЗ ВО "Павловская РБ"	65,4%		●
БУЗ ВО "Панинская РБ"	76,0%		●
БУЗ ВО "Петропавловская РБ"	73,5%		●
БУЗ ВО "Поворинская РБ"	62,2%		●
БУЗ ВО "Подгоренская РБ"	86,7%		●
БУЗ ВО "Рамонская РБ"	81,3%		●
БУЗ ВО "Репьевская РБ"	66,9%		●
БУЗ ВО "Россошанская РБ"	75,1%		●
БУЗ ВО "Семилукская РБ"	69,2%		●
БУЗ ВО "Таловская РБ"	73,6%		●
БУЗ ВО "Терновская РБ"	83,3%		●
БУЗ ВО "Хохольская РБ"	75,5%		●
БУЗ ВО "Эртильская РБ"	72,7%		●
БУЗ ВО ВОДКБ № 1	68,3%		●
БУЗ ВО ВОКБ № 1	100,0%	✓	●
БУЗ ВО ВОКБ № 2	65,7%		●
БУЗ ВО ВОКИБ	85,1%		●
БУЗ ВО ВОККВД	46,1%		●
БУЗ ВО ВОКЦП СПИД	42,9%		●
БУЗ ВО ОДКБ № 2	100,0%	✓	●
БУЗ ВО ОКОБ	100,0%	✓	●
БУЗ ВО ОКОД	72,8%		●
ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко	100,0%	✓	●
56 units		Min: 42	

Рисунок 3.4 - Показатели эффективности деятельности стационаров региона, рассчитанные по отчетным за данным 2015 год

При расчете по данным за 2015 год получены следующие оценки эффективности (рисунок 3.4).

Расчетным путем получены оценки эффективности стационаров региона на основе метода АСФ с тремя входными и одной выходной переменными (рисунок 3.4). В результате расчета получили 10 эффективных стационаров (17,8 %) и 46 неэффективных стационаров (82,2 %). Эффективные и неэффективные стационары были сравнены с точки зрения входных и выходной переменных. Различие между эффективным и неэффективными стационарами более существенны по входным переменным.

Таблица эффективности (Efficiency Table) имеет ряд вкладок. На вкладке Распределение (Distribution) отображается информация о диапазоне показателей эффективности и количество единиц измерения в каждом диапазоне. Распределение показателей эффективности стационаров региона приведено на рисунке 3.5.

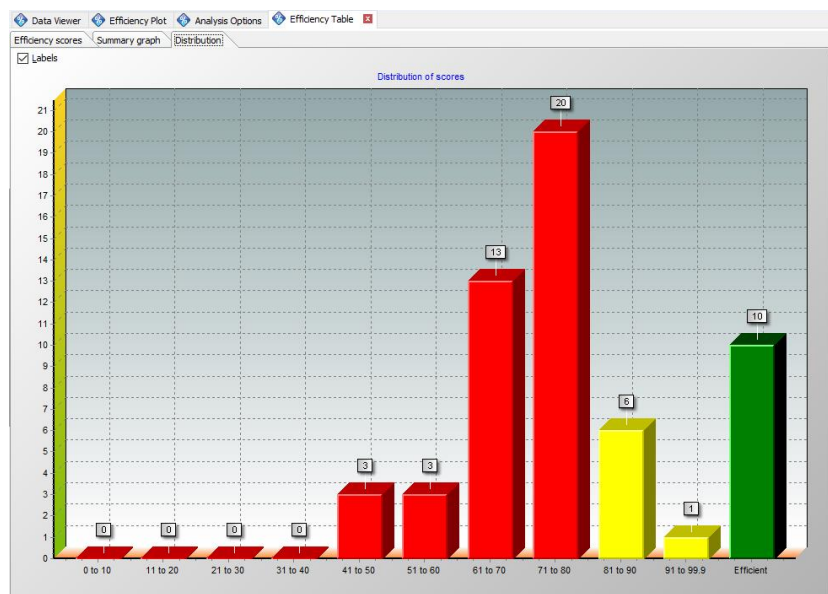


Рисунок 3.5 - Гистограмма распределения показателей эффективности стационаров региона

Метки вверху столбцов гистограммы показывают количество медицинских организаций в каждом диапазоне. Как видно из рисунка 3.5, в диапазоне 81-90 имеется 6 организаций, в диапазоне 91-99.9 - 1 организация и в диапазоне Effective - 10 организаций, т.е. они на 100 % эффективны.

Далее, полученные в расчете значения эффективности деятельности на основе модели АСФ, настроенной на анализ использования входных ресурсов (число развернутых коек, количество врачей и количество медсестер), позволяют выделить группу эффективных медицинских организаций (всего 11 из 56). Взятые по каждой из этих медицинских организаций пары значений «Число развернутых коек» и «Количество врачей» использованы для построения уравнения регрессии. Для этих целей применялся пакет программ IBM SPSS Statistics [142]. В результате выбрана квадратичная зависимость, коэффициенты уравнения которого приведены в таблице 3.1, а вид полученной зависимости приведен на рисунке 3.6 [62].

Таблица 3.1 – Значения коэффициентов уравнения регрессии

	Коэффициенты		Значимость
	B	Стандартная ошибка	
Коек	0,354697	0,075	0,002
Коек ²	0,000192	0,000	0,001
Константа	-7,893888	24,413	0,755

Получим регрессионное уравнение зависимости количества врачей $V_{\text{врачей}}$ от числа развернутых в эффективных медицинских организациях коек $K_{\text{коек}}$:

$$V_{\text{врачей}} = -7,89388 + 0,354697 \times K_{\text{коек}} + 0,000192 \times K_{\text{коек}}^2.$$

Используя данное уравнение, можно определить излишнюю/недостаточную численность врачей в неэффективных медицинских организациях. Например, в медицинской организации со

значением эффективности 72.8 % (БУЗ ВО ВОКОД) развернуто 350 коек. По формуле, для приведения численности врачей к уровню эффективных медицинских организаций, должно быть

$$V_{\text{врачей_МО}} = -7,89388 + 0,354697 \times 350 + 0,000192 \times 350^2 \approx 140.$$

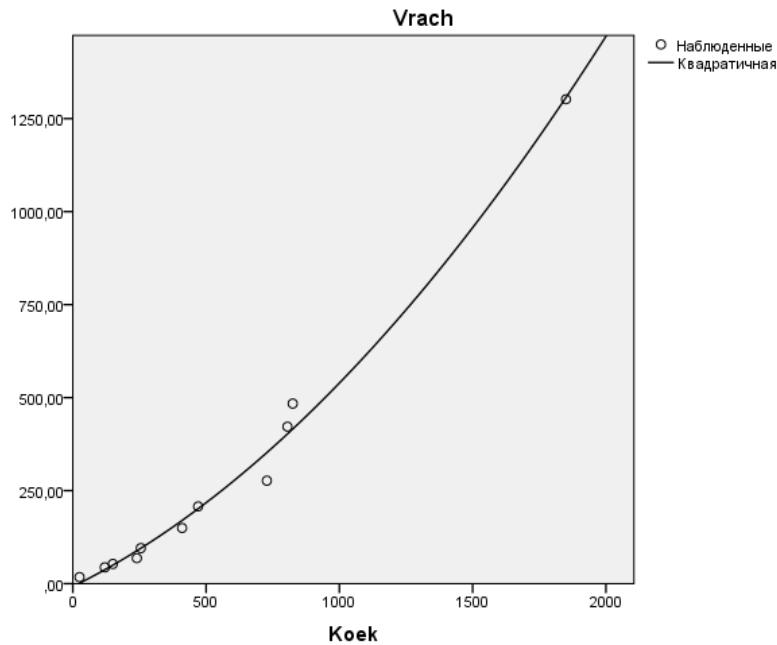


Рисунок 3.6 - График зависимости числа развернутых коек от количества врачей для эффективных стационаров региона

По данным статистики за 2015 года, численность врачей в этой организации составляет 222 врача. Для достижения БУЗ ВО ВОКОД показателей медицинской организации-лидера (повысить значение эффективности с 72,8 % до 100 %) необходимо уменьшить численность врачей на 82 врача (на 37 % от фактической численности).

В таблице 3.2 приведены результаты расчета по медицинским организациям, оказывающих помощь городскому населению, в которых фактическая численность врачей отличается от численности медицинских организаций-лидеров более чем на 30 %.

Для выявления причин низкой эффективности деятельности того или иного стационара требуется проведение аудита, при котором оценивается уровень используемых медицинских технологий, наличие и применение

Таблица 3.2 – Значения фактической и расчетной численности врачей в зависимости от числа развернутых коек

Медицинская организация	Число развернутых коек	Количество врачей	Эффективное количество врачей	Разность, %
БУЗ ВО "ВГБ № 4"	60	47	14	-70
БУЗ ВО "ВГБ № 5"	110	166	33	-80
БУЗ ВО "ВГКБ № 11"	110	315	33	-89
БУЗ ВО "ВГБ № 16"	60	247	14	-94
БУЗ ВО "ВГКБ № 17"	240	69	88	28
БУЗ ВО "ВГКБ № 20"	90	66	26	-61
БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 2»	68	135	17	-87
БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»	350	222	140	-37
БУЗ ВО «Воронежский областной клинический кожно-венерологический диспансер»	120	64	37	-41
БУЗ ВО «Воронежский областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИД»	104	142	31	-78
БУЗ ВО "ВОКЦСВМП"	150	90	50	-44

современного диагностического и терапевтического/хирургического оборудования, оценка уровня владения профессиональными компетенциями врачами, оценка уровня информатизации деятельности стационара и др.

Затем следует проведение анализа указанных направлений деятельности в стационаре-лидере. И, наконец, выработка управленческих решений по достижению уровня стационара-лидера по выбранным направлениям деятельности.

Полученные оценки бенчмаркинга стационаров региона являются исходными данными для формирования сценариев реструктуризации. В условиях усиливающейся конкуренции органы управления здравоохранением должны иметь стратегию реструктуризации системы оказания стационарной медицинской помощи, позволяющей повысить уровень ее эффективности, исключить неправильное употребление или злоупотребление ресурсами регионального здравоохранения [62].

Проведенные расчеты подтверждают выдвинутую гипотезу о том, что городские стационары с высокой специализацией являются эффективными по сравнению с другими стационарами региона.

Рассчитанные индексы специализации и оценки эффективности деятельности по каждому стационару позволяют отнести каждый в один из четырех квадрантов. На рисунке 3.7 стационары с низкой эффективностью входят в зону реструктуризации.

На основе полученных значений показателей эффективности деятельности стационаров и оценок их специализации возможны следующие сценарии повышения эффективности в т.ч., проведения реструктуризации (таблица 3.3, таблица 3.4) [62].

Как отмечается в [62], при выборе тех или иных сценариев реструктуризации стационарной медицинской помощи региона учитывают возможные (достигаемые) показатели медицинской, социальной и экономической эффективности:

- общая мощность и структура коечного фонда стационаров должна соответствовать расчетным нормативам, приведенным в письме Минздрава «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» - Объемы специализированной медицинской помощи на 1000 жителей;
- снижение уровня заболеваемости (снижение расходов на лечение, снижение расходов на выплаты по социальному страхованию, сокращение численности временно нетрудоспособного населения);

Таблица 3.3 - Сценарии для стационара, имеющего высокий индекс специализации и низкие показатели эффективности

1.1	Мотивировать персонал стационара на достижение показателей деятельности, близких к эффективному стационару («догнать лидера»)
1.2	При сохранении достигнутых показателей деятельности сократить персонал стационара, численность которого соответствовала бы численности эффективного стационара
1.3	Перепрофилировать стационар на оказание иных видов медицинской помощи (при недостатке развернутых коек по иным профилям и наличие избытка коек в регионе по данной специализации)
1.4	Ликвидировать стационар (при избытке развернутых коек в регионе по данной специализации)

Таблица 3.4 - Сценарии для стационара, имеющего невысокий индекс специализации и низкие показатели эффективности

2.1	Мотивировать персонал стационара на достижение показателей деятельности, близких к эффективному многопрофильному стационару
2.2	При сохранении достигнутых показателей деятельности сократить персонал стационара, численность которого пропорционально соответствовала бы численности эффективного многопрофильного стационара
2.1	Мотивировать персонал стационара на достижение показателей деятельности, близких к эффективному многопрофильному стационару

Продолжение Таблицы 3.4

2.2	При сохранении достигнутых показателей деятельности сократить персонал стационара, численность которого пропорционально соответствовала бы численности эффективного многопрофильного стационара
2.3	При малой мощности стационара реорганизовать его в форме присоединения к эффективному многопрофильному стационару
2.4	При малой мощности стационара преобразовать его из многопрофильного стационара в узкопрофильный
2.5	Для крупного многопрофильного стационара осуществить повышение квалификации врачей-специалистов и приобрести высокотехнологичное оборудование, что позволит обеспечить более эффективное оказание медицинской помощи

- снижение уровня инвалидности (снижение расходов на лечение, снижение расходов на выплату пенсий по инвалидности, сокращение численности нетрудоспособного населения);
- снижение уровня смертности (снижение численности выбывших трудовых ресурсов из воспроизводственного процесса, снижение расходов на социальные выплаты в связи с потерей кормильца).

Целью реструктуризации региональной системы оказания медицинской помощи является поддержание медицинской помощи на должном уровне и достижение установленных целевых показателей по уровню смертности и заработной плате медицинских работников путем проведения значительных изменений (сокращение численности медицинских работников, переход от стационарной помощи к амбулаторной, уменьшение количества коек и т.д.), что несомненно, совершенствует саму структуру системы, и как следствие, ее эффективность [62].

Проведенный анализ таких показателей, как индекс специализации стационаров и эффективность оказываемых стационарных услуг, позволяют сформировать набор сценариев реструктуризации региональной системы

оказания стационарной медицинской помощи, обосновать соответствующие управленческие решения.



Рисунок 3.7 - Проблемное поле с зоной реструктуризации стационаров региона

Результаты применения сопоставительных оценок при реорганизации бюджетных медицинских организаций Воронежской области, оказывающих специализированную медицинскую помощь, приведены в главе 6 диссертации.

Резюме

Оценки эффективности процесса оказания медицинских услуг определяется процедурами формирования и расчета критериев эффективности, на основе которых возможно проведение численного сопоставления эффективности функционирования как региональной системы здравоохранения, так и составляющих ее элементов.

Результатом такой оценки является анализ и планирование деятельности медицинской организации, ориентированной на рост результативности и эффективности деятельности: повышение качества оказания медицинской помощи; минимизация влияния персонала на качество; повышение удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи; внедрение в практику инновационных медицинских технологий.

Предложена методика инструментального бенчмаркинга и сопоставительного анализа показателей деятельности медицинских организаций, которая позволяет сравнивать результаты своей деятельности с деятельностью ведущих организаций без привлечения экспертов. Результаты анализа дают информацию о том, какие наиболее эффективные методы организации работы следует использовать.

Описана методика оценки эффективности деятельности организаций здравоохранения региона на основе сопоставительного анализа и индекса специализации медицинских организаций. Такая методика позволяет выделить группу неэффективных медицинских организаций для включения в план реструктуризации региональной системы здравоохранения, целью которой является повышение ее эффективности.

Анализ показателей эффективности больниц, действующих на территории Воронежской области (56 медицинских организаций), полученных методом сопоставительного анализа, показывает, что ряд больниц, расположенных в границах г. Воронежа, имеют излишнюю численность врачей в диапазоне 37 – 94 % от штатной численности.

ГЛАВА 4. ИЗМЕРЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ И СОПОСТАВИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Организация измерения качества медицинских услуг на основе методики SERVQUAL

Для целей измерения удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи на основе модели удовлетворенности пациентов используется методика SERVQUAL, как одна из наиболее используемая в зарубежных исследованиях в отрасли здравоохранения. При этом качество медицинской помощи, измеряемое индексом качества (Service Quality Index – SQI) методикой SERVQUAL, зависит от важности, которую он предоставляет пользователям и ее представления по каждому компоненту. Мотивация сотрудников в организации, как неотъемлемая часть общей концепции качества, косвенно измеряет качество медицинского обслуживания, выраженное в SQI методики SERVQUAL.

Оценка качества медицинской помощи зависит от процесса сравнения пациентом (оценка) ожиданий в отношении качества медицинских услуг до его потребления путем непосредственного восприятия медицинского обслуживания в момент и после его потребления. Восприятие качества осуществляется в двух основных аспектах [87]:

- 1) то, что получает пациент (технический аспект качества);
- 2) как пациент получает медицинскую услугу (функциональный аспект качества).

Анализ показывает, как на практике можно измерить удовлетворенность качеством медицинской помощи быстро и эффективно.

Для этого рассмотрим порядок применения методики SERVQUAL в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь. Были выбраны две медицинские организации – бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская клиническая больница № 5» и бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Рамонская районная больница». Особенность рассматриваемой методики заключается в том, что полученные оценки удовлетворенности не зависят от мощности, степени специализации, уровня применяемых медицинских технологий медицинской организации, квалификации врачей, а зависят только от ожиданий и восприятий пациентами.

Для измерения удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи был использован комплекс методов и методик при сочетании изучения генеральной и выборочных совокупностей.

В рамках методики SERVQUAL получение оценок «Ожидание - Восприятие» пациентами в процессе оказания им медицинской помощи возможно путем определения подкритерия качества и индекса качества (SQI).

Рассмотренные 22 подкритерия в разделе анкеты «Ожидаемое качество медицинских услуг» (от O_1 до O_{22}) и 22 подкритерия в «Воспринимаемое качество медицинских услуг» (от B_1 до B_{22}), которые образуют пять критериев качества: Материальность ($M_1 - M_4$), Надежность ($H_5 - H_9$), Отзывчивость ($O_{10} - O_{13}$), Уверенность ($Y_{14} - Y_{17}$) и Сочувствие ($C_{18} - C_{22}$), составляющие индекса качества (SQI), рисунок 4.1. Высказывания пациентов по каждому вопросу анкеты кодировались с помощью пятибалльной шкалы Лайкерта.

На основе результатов опросов были получены оценки восприятия и ожидания для каждого из подкритериев (как среднее арифметическое всех случаев). По каждому подкритерию коэффициент качества рассчитывался как разность между рейтингами восприятия и ожидания по подкритериям. Значения подкритериев каждого из пяти критериев качества вычисляются как разность между оценками восприятия и ожидания для данного критерия.



Рисунок 4.1 - Определение составляющих индекса качества медицинской помощи - SQI

4.2. Анализ результатов анкетирования в медицинских организациях в соответствии с методикой SERVQUAL

Анкетирование в Рамонской районной больнице. После проведения медико-социального опроса и обработки анкет со значениями ожидания и восприятия пациентов по известным технологиям социологических исследований (добровольное согласие пациента на проведение опроса, заполнение раздела анкеты «Ожидания» до начала госпитализации, а раздела анкеты «Восприятие» - после получения медицинской помощи, отбраковка анкет с неполным, некорректным заполнением ответов, проверка на соответствие статистическим расчетным оценкам генеральной и выборочной

совокупности), получены следующие значения относительно пяти вышеперечисленных критериев, всего 22 вопроса анкеты оценки качества медицинской услуги.

1. Частный коэффициент качества «Материальность». Рейтинги ожидания и восприятия по подкритериям M_1 - M_4 (средние арифметические значения ожидания и восприятия) составляют соответственно 4,9 и 4,5. Индекс качества для подкритериев M_1 - M_4 отрицательный -0,4.

2. Частный коэффициент качества «Надежность». Рейтинги ожидания и восприятия по подкритериям H_5 - H_9 (средние арифметические значения восприятия и ожидания) - 4,91 и 4,83. Индекс частного качества для подкритериев H_5 - H_9 отрицательный -0,08.

3. Частный показатель качества «Отзывчивость». Рейтинги ожидания и восприятия O_{10} - O_{13} составляют 2,56 и 3,38 соответственно. Индекс частного качества для подкритериев O_{10} - O_{13} положителен 0,82.

4. Частный фактор качества «Уверенность». Рейтинги ожидания и восприятия по критерию «Уверенность», Y_{14} - Y_{17} , составляет 4,89 и 4,89 соответственно. Показатель качества частных критериев Y_{14} - Y_{17} равен нулю 0.

5. Частный коэффициент качества «Сочувствие». Рейтинги ожидания и восприятия по критерию «Сочувствие» C_{18} - C_{22} составляет соответственно 2,71 и 3,76. Индекс частного качества для критерия C_{18} - C_{22} является положительным 1,05.

Одиннадцать подкритериев ожидания медицинского обслуживания превышают его восприятие после его получения, то есть, Ожидание > Восприятие (M_1 - M_4 , H_5 - H_8 , Y_{15} - Y_{17}). Значения некоторых подкритериев равны, например, критерий «Уверенность» (Y_{14} - Y_{17}).

В ряде подкритериев ожидание медицинской услуги хуже представления о ней после ее получения, т.е. Ожидание < Восприятие: H_5 - H_9 ,

O₁₀-O₁₃, Y₁₄-Y₁₇, C₁₈-C₂₂) (таблица 4.1). Это определяет положительные значения критериев.

В подкритерии Н₉ ожидание в отношении медицинского обслуживания совпадает с восприятием после ее получения, т.е. Ожидание = Восприятие, которое имеет нулевое значение.

Взаимосвязи между критериями по разделам анкеты «Ожидание» и «Восприятие» представлены в виде диаграммы на рисунке 4.2.

В интерпретации подкритериев используется подход, ориентированный на результат, при котором критерии и входящие в них подкритерии оцениваются по значимости (таблица 4.1).

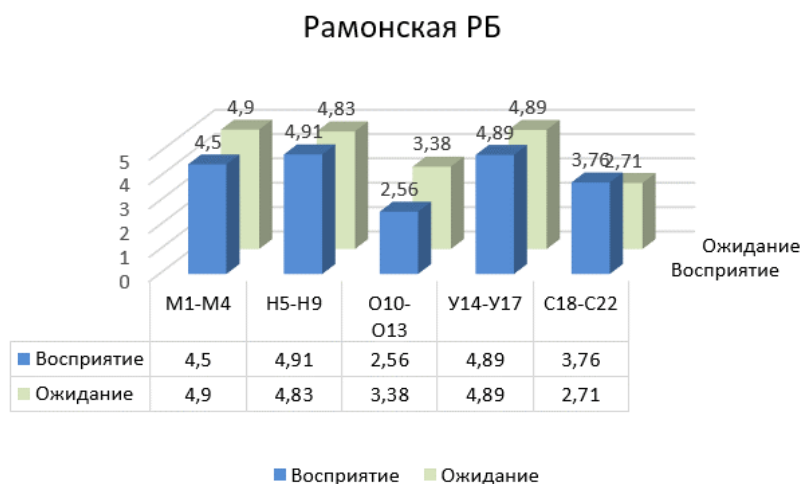


Рисунок 4.2 - Сводная информация о рейтинге Ожидание и Восприятие для случая оказания медицинских услуг в Рамонской РБ

Самый низкий коэффициент качества был получен по критерию «Материальность», равный -0,4, а самый высокий - по критерию «Сочувствие», равный 1,05. Отрицательные значения подкритериев Н₅-Н₉ «Надежность» и М₁-М₄ «Материальность» приближаются к нулевому значению, что позволяет сделать вывод об удовлетворительном качестве выполнения медицинских услуг по этим критериям. Положительные и нулевые значения по подкритериям Y₁₄-Y₁₇ «Уверенность», O₁₀-O₁₃

«Отзывчивость» и $C_{18}-C_{22}$ «Сочувствие» определяют хорошее качество выполнения медицинских услуг по этим критериям.

Далее проводится статистический анализ SQI. Связь между $B_1, B_{14}, O_{12}, O_{17}, B_{17}$ и SQI была исследована методами непараметрической статистики следующим образом:

- между $B_1, B_{14}, O_{17}, B_{17}$ и SQI было найдено статистически значимое ($p < 0,01$) пропорциональное соотношение;

Таблица 4.1 - Оценка подкритериев качества по критериям качества медицинской помощи, оказываемой в Рамонской РБ

№	Критерии	Ранг по критерию	Результат по критерию
1.	$C_{18} - C_{22}$ «Сочувствие»	1,05	Хорошо
2.	$O_{10} - O_{13}$ «Отзывчивость»	0,82	Хорошо
3.	$Y_{14} - Y_{17}$ «Уверенность»	0	Хорошо
4.	$H_5 - H_9$ «Надежность»	- 0,08	Удовлетворительно
5.	$M_1 - M_4$ «Материальность»	- 0,4	Удовлетворительно

- между O_{12} и SQI была найдена статистически значимая ($p = 99\%$) сильная обратная зависимость. Следовательно, мотивация персонала может быть измерима по критерию O_{12} «Мотивация сотрудников помогает пациентам».

Таблица 4.2 - Статистические оценки в разделах «Ожидание» и «Восприятие» качества медицинских услуг Рамонской РБ

№	Переменные	Среднее	Доверительный интервал	Ошибка	Медиана
1.	$R_{O_{1,22}}$ «Рейтинг	3,97	3,86 – 4,1	0,64	3,79
2.	$R_{B_{1,22}}$ «Рейтинг	4,26	4,14 – 4,38	0,089	4,21
3.	SQI	0,29	0,28 – 0,28	0,09	0,14

Были рассчитаны три новые переменные: $R_{O_{1,22}}$, $R_{B_{1,22}}$ и SQI . Переменная $R_{O_{1,22}}$ «Ожидаемый рейтинг» была рассчитана для каждого опрошенного пациента в качестве среднего арифметического ответов от O_1 до O_{22} . Переменная $R_{B_{1,22}}$ «Оценка восприятия» рассчитывается для каждого опрошенного пациента в качестве среднего арифметического ответов от B_1 до B_{22} . Вычислим SQI - индекс качества = рейтинг восприятия - рейтинг ожиданий (таблица 4.3).

Таблица 4.3 - Индекс качества оказания медицинских услуг «Рамонская РБ», оказываемых медицинской организацией

№	Подкритерии и критерии качества	Рейтинг ожидания	Рейтинг восприятия	Коэффициент качества
М1	В больнице есть современная техника и оборудование	4,92	4,48	-0,44
М2	Интерьеры больницы находятся в отличном состоянии	4,88	4,19	-0,69
М3	Персонал больницы красиво и аккуратно одет	5,00	4,60	-0,40
М4	Информационные материалы (буклеты, проспекты) в больнице привлекательны	4,85	4,47	-0,38
МАТЕРИАЛЬНОСТЬ (М₁ – М₄)		4,92	4,44	-0,48
Н5	Больница выполняет свои обещания предоставить услугу в назначенное время	4,91	4,79	-0,12
Н6	Если у пациентов возникли проблемы, больница пытается их искренне решить	4,83	4,77	-0,06
Н7	Больница имеет надежную репутацию	4,94	4,77	-0,17
Н8	Услуги больницы предоставлены пациентам точно и своевременно	4,95	4,85	-0,11
Н9	Больница избегает ошибок и неточностей в своей деятельности	4,92	4,95	0,03
НАДЕЖНОСТЬ (Н₅ – Н₉)		4,91	4,83	-0,08
О10	Персонал больницы дисциплинирован	2,61	4,63	2,02
О11	Сотрудники больницы быстро и оперативно предоставляют медицинскую помощь	2,58	3,17	0,59

Продолжение Таблицы 4.3

O12	Сотрудники больницы всегда помогают своим пациентам решать возникшие проблемы	2,62	2,89	0,26
O13	Персонал больницы быстро реагирует на запросы пациентов	2,29	2,86	0,57
ОТЗЫВЧИВОСТЬ (O₁₀ – O₁₃)		2,53	3,39	0,86
Y14	Между пациентами и персоналом больницы существует атмосфера доверия и взаимопонимания	4,80	4,88	0,08
Y15	В больнице пациенты чувствуют себя в безопасности	4,94	4,86	-0,08
Y16	Персонал больницы вежлив с пациентами	4,95	4,86	-0,09
Y17	Руководство больницы оказывает всяческую поддержку персоналу для эффективного лечения пациентов	4,92	4,69	-0,23
УВЕРЕННОСТЬ (Y₁₄ – Y₁₇)		4,91	4,83	-0,08
C18	Для пациентов в больнице применяется индивидуальный подход	2,96	4,94	1,98
C19	Персонал больницы проявляет личное участие в решении проблем пациентов	2,93	3,54	0,61
C20	Персонал больницы знает потребности своих пациентов	2,47	2,80	0,33
C21	Персонал больницы ориентируется на проблемы пациентов	2,52	2,65	0,14
C22	Время работы в больнице удобно для всех пациентов	2,73	4,82	2,09
СОЧУВСТВИЕ (C₁₈ – C₂₂)		2,71	3,75	1,05
ИНДЕКС КАЧЕСТВА (SQI)		3,99	4,25	0,25

Анкетирование в городской больнице ГKB №5. При формировании выборочной совокупности произведена стратификация генеральной совокупности по качественным и количественным признакам, аналогично исследованию, проведенному в Ramонской РБ. Распределение единиц наблюдения в выборочной совокупности проводилось в соответствии с их распределением в генеральной совокупности.

Были использованы те же методы статистического анализа, что и при исследовании в Рамонской РБ.

Рассмотрим результаты обработки анкет со значениями ожидания и восприятия пациентов относительно пяти вышеперечисленных критериев, разбитых на 22 подкритерия качества медицинской услуги.

1. Частный критерий качества «Материальность». Рейтинг ожидания и восприятия по критерию «Материальность» M_1-M_4 составляют соответственно 4,6 и 4,2. Индекс частного качества для подкритериев M_1-M_4 отрицательный -0,4.

2. Частный критерий качества «Надежность». Рейтинг ожидания и восприятия H_5-H_9 составляют соответственно 4,78 и 4,35. Индекс качества для критерия H_5-H_9 является отрицательным -0,43.

3. Частный критерий качества «Отзывчивость». Рейтинг ожидания и восприятия $O_{10}-O_{13}$ составляют 2,54 и 2,74 соответственно. Индекс качества для подкритериев $O_{10}-O_{13}$ отрицателен -0,2.

4. Частный критерий качества «Уверенность». Рейтинг ожидания и восприятия по критерию «Уверенность», $Y_{14}-Y_{17}$, составляет 4,89 и 4,20 соответственно. Показатель качества частного критерия $Y_{14}-Y_{17}$ отрицательный -0,69.

5. Частный критерий качества «Сочувствие». Рейтинг ожиданий и восприятия по критерию «Сочувствие» $C_{18}-C_{22}$ составляют соответственно 2,41 и 3,02. Индекс частного качества для критерия $C_{18}-C_{22}$ является положительным 0,61.

В семнадцати подкритериях раздела «Ожидание» медицинских услуг до их получения наблюдается превышение значений подкритериев Восприятие услуг после их получения, то есть, раздел «Ожидание»: M_1-M_4 , H_5-H_9 , O_{11} , O_{13} , $Y_{14}-Y_{17}$, C_{20} , C_{21} (таблица 4.4). Это определяет отрицательный коэффициент качества для этих подкритериев. В этих случаях значение подкритериев может быть положительным или отрицательным, в

зависимости от полученных значений других подкритериев, таких как «Отзывчивость» (O₁₀-O₁₃) и «Сочувствие» (C₁₈-C₂₂).

В пяти подкритериях раздела «Ожидание» значения качества медицинских услуг до их получения превышают значения подкритериев раздела «Восприятие» после их получения: O₁₀, O₁₂, C₁₈, C₁₉, C₂₂ (таблица 4.4). Это определяет долю в положительном значении подкритерия. Результаты анкетирования определяют соотношение критериев в разделах «Ожидание» и «Восприятие», как показано на рисунке 4.3.

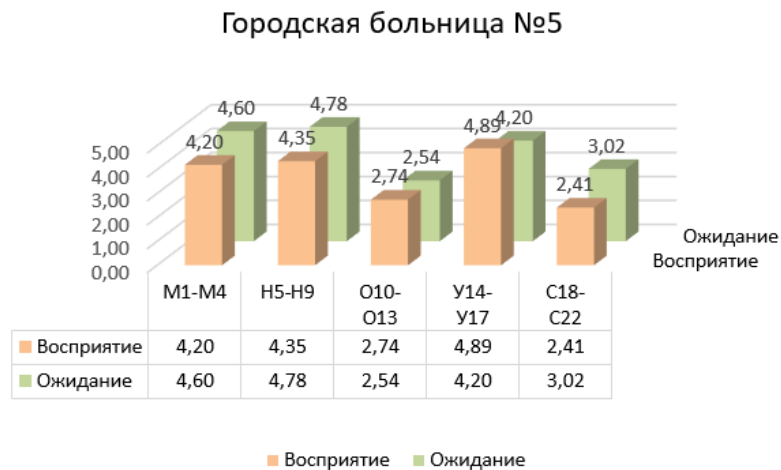


Рисунок 4.3 - Сводная информация о рейтинге разделов «Ожидание» и «Восприятие» при оценке качества медицинских услуг ГКБ №5

В интерпретации критериев качества используются два значения, ориентированные на результат – ранг по критериям и оцениваемый в зависимости от знака результат (таблица 4.4).

Самый низкий коэффициент качества был получен по критерию «Уверенность» равный -0,69, а самая высокая - по критерию «Сочувствие» равный 0,61. Положительные и нулевые значения подкритериев C₁₈-C₂₂ «Сочувствие» и O₁₀-O₁₃ «Отзывчивость» определяют результат по этим критериям как удовлетворительное (удовлетворительное качество выполнения медицинских услуг в рамках эти критерии).

Таблица 4.4 - Оценка показателей качества по критериям для ГКБ №5

№	Критерий	Ранг по критерию	Результат по критерию
1.	Сочувствие $C_{18} - C_{22}$	0,61	Хорошо
2.	Отзывчивость $O_{10} - O_{13}$	0,2	Хорошо
3.	Материальность $M_1 - M_4$	-0,4	Удовлетворительно
4.	Надежность $H_5 - H_9$	-0,43	Удовлетворительно
5.	Уверенность $Y_{14} - Y_{17}$	-0,69	Неудовлетворительно

Отрицательные значения подкритериев M_1-M_4 «Материальность» и H_5-H_9 «Надежность» близки к нулевому значению, соответственно значения этих критериев является удовлетворительным (удовлетворительное качество выполнения медицинских услуг по этим критериям), а значения критерия $Y_{14}-Y_{17}$ «Уверенность» стремятся к -1, что свидетельствует о неудовлетворительном качестве оказания медицинских услуг по этому критерию.

Отношения между $O_1, B_1, O_9, B_9, O_{17}, B_{17}, O_{19}, B_{19}$ и SQI исследовались методами непараметрической статистики следующим образом: между O_1, B_1, B_9 и SQI было установлено статистически значимое (при $p = 95\%$) пропорциональное соотношение, и B_{14}, O_{17}, B_{17} и SQI обнаружили статистически значимое (при $p = 99\%$) пропорциональное отношение. Между O_9, O_{19}, B_{19} и SQI было найдено статистически значимое ($p = 99\%$) сильное обратное отношение.

Мы вычисляем три новые переменные: $R_{O_{1-22}}, R_{B_{1-22}}$ и SQI. Переменная $R_{O_{1-22}}$ «Рейтинг Ожидания» рассчитывается для каждого опрошенного пациента как среднее арифметическое ответов от O_1 до O_{22} . Переменная $R_{B_{1-22}}$ «Рейтинг Восприятия» рассчитывается для каждого опрошенного пациента как среднее арифметическое ответов от B_1 до B_{22} (таблица 4.5).

Таблица 4.5 - Статистические оценки в разделах «Ожидание» и «Восприятие» ГКБ №5

№	Переменные	Mean	Confidence interval of Mean	Std. Error	Median
1.	R_O1_22 Рейтинг ожидания	3,81	3,68 – 3,95	0,033	3,78
2.	R_B1_22 Рейтинг восприятия	3,70	3,47 – 3,93	0,048	3,66
3.	SQI	-0,11	-0,21 – 0,02	0,06	0,14

Тогда получим SQI - индекс качества = рейтинг восприятия - рейтинг ожиданий (таблица 4.6).

Таблица 4.6 - Индекс качества оказания медицинских услуг, оказываемых медицинской организацией «ГКБ №5»

№	Подкритерии и критерии качества	Рейтинг ожидания	Рейтинг восприятия	Коэффициент качества
M1	В больнице есть современная техника и оборудование	4,64	4,47	-0,17
M2	Интерьеры больницы находятся в отличном состоянии	4,40	3,78	-0,62
M3	Персонал больницы красиво и аккуратно одет	4,82	4,68	-0,14
M4	Информационные материалы (буклеты, проспекты) в больнице привлекательны	4,51	3,90	-0,61
МАТЕРИАЛЬНОСТЬ (M₁ – M₄)		4,59	4,21	-0,38
H5	Больница выполняет свои обещания предоставить услугу в назначенное время	4,69	4,25	-0,44

Продолжение Таблицы 4.6

Н6	Если у пациентов возникли проблемы, больница пытается их искренне решить	4,71	4,34	-0,38
Н7	Больница имеет надежную репутацию	4,86	4,36	-0,50
Н8	Услуги больницы предоставлены пациентам точно и своевременно	4,81	4,36	-0,45
Н9	Больница избегает ошибок и неточностей в своей деятельности	4,85	4,48	-0,37
НАДЕЖНОСТЬ (Н₅ – Н₉)		4,79	4,36	-0,43
О10	Персонал больницы дисциплинирован	2,74	4,25	1,51
О11	Сотрудники больницы быстро и оперативно предоставляют медицинскую помощь	2,83	2,20	-0,64
О12	Сотрудники больницы всегда помогают своим пациентам решать возникшие проблемы	2,23	2,29	0,05
О13	Персонал больницы быстро реагирует на запросы пациентов	2,38	2,24	-0,14
ОТЗЫВЧИВОСТЬ (О₁₀ – О₁₃)		2,55	2,74	0,20
У14	Между пациентами и персоналом больницы существует атмосфера доверия и взаимопонимания	4,75	4,25	-0,50
У15	В больнице пациенты чувствуют себя в безопасности	4,80	4,17	-0,63
У16	Персонал больницы вежлив с пациентами	5,11	4,34	-0,77
У17	Руководство больницы оказывает всяческую поддержку персоналу для эффективного лечения пациентов	4,91	4,07	-0,84
УВЕРЕННОСТЬ (У₁₄ – У₁₇)		4,89	4,20	-0,69
С18	Для пациентов в больнице применяется индивидуальный подход	2,38	3,95	1,58
С19	Персонал больницы проявляет личное участие в решении проблем пациентов	2,46	2,65	0,20
С20	Персонал больницы знает потребности своих пациентов	2,23	2,07	-0,17
С21	Персонал больницы ориентируется на проблемы пациентов	2,46	2,17	-0,29

C22	Время работы в больнице удобно для всех пациентов	2,53	4,28	1,74
СОЧУВСТВИЕ (C₁₈ – C₂₂)		2,41	3,02	0,61
ИНДЕКС КАЧЕСТВА (SQI)		3,85	3,71	-0,14

Исследование, проведенное для измерения качества оказания медицинской помощи в Рамонской РБ и ГКБ №5 на основе методики SERVQUAL, показывает различные результаты рейтингов частных критериев и определяет соответствующий индекс качества (рисунок 4.4 и рисунок 4.5).

Медицинская деятельность Рамонской РБ, оцениваемая SQI, положительна и составляет 0,25 балла ($SQI = 0,25$), что свидетельствует о том, что восприятие пациентами качества предоставляемой больницей услуги в целом превышает их ожидания (рисунок 4.4). Согласно SQI в целом, результат услуг, предоставляемых Рамонской РБ, определяется как успешный или качественный.

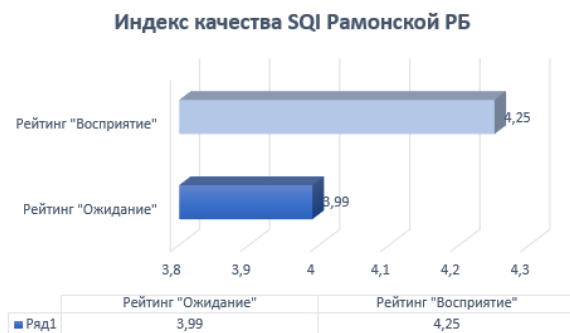


Рисунок 4.4 - Индекс качества SQI Рамонской РБ

Рисунок 4.5 - Индекс качества SQI ГКБ №5

Если принять во внимание модель качества (модель Парасурамана, Zeithaml and Berry, [245, 246]), то следует, что между ожиданиями и восприятием нет различий (Gap 5), поэтому при положительном значении

SQI должен поддерживаться общий уровень качества и улучшаться по остальным подкритериям.

Из таблицы 4.3 индекс качества (SQI) для Рамонской РБ видно, что значения подкритериев $M_1, M_2, M_3, M_4, H_5, H_6, H_7, H_8$, приближаются к нулю, а это означает, что ожидание качества услуги намного меньше ее восприятия и, в целом, она положительна. В соответствии с концепцией всеобщего управления качеством (TQM) эти подкритерии должны быть подвергнуты постоянному улучшению качества в будущем. Необходимо, чтобы организация стремилась максимизировать пространство разрыва Gap 5 для отдельных подкритериев. Учитывая зависимость этого разрыва от остальных (Gap 1, Gap 2 и Gap 3, соответствующие имиджу управления услугами и стандартам оказания медицинской помощи), необходимо улучшить восприятие руководством медицинской организации предпочтений пациентов при оказании услуг. Это позволит «перевести» голос пациентов в стандарты предоставления услуг на языке технических характеристик услуг (медицинские стандарты), а также их реализацию на практике (внутренний контроль).

В случае оценки медицинской деятельности ГКБ №5, измеренной индексом SQI, который имеет отрицательное значение -0,14, делаем вывод о том, что ожидания превышают восприятие услуги, но результат считается удовлетворительным - частные индексы качества близки к нулю. Медицинское обслуживание, как правило, считается успешным, качественным.

Значение SQI показывает, что разрыв Gap 5 модели «Gap» между ожиданиями и восприятиями в ГКБ №5 больше, чем у Рамонской РБ. Независимо от того, что для обеих больниц результаты SQI считаются успешными, качество обслуживания в ГКБ №5 отстает от ожидаемого из-за влияния отрицательных значений подкритериев: $M_1, - M_4, H_5 - H_9, O_{11}, O_{13}, Y_{14} - Y_{17}, C_{20}$ и C_{21} (таблица 4.6).

Частные индексы качества могут иметь иной характер, чем SQI. Положительное значение частного индекса свидетельствует о том, что пациенты по данному критерию удовлетворяются в большей степени, чем ожидалось. С одной стороны, высокий частный индекс может возникнуть из-за неправильной организации процесса управления - множества регламентированных процедур и использования значительных ресурсов. Это подразумевает: документирование процедур, стандартизацию процессов, обучение персонала, измерение и анализ, контроль и тестирование. Анализ и стандартизация опыта, который легко доступен и может быть повторно использован.

Выраженный высокий индекс качества можно рассматривать как уровень качества, который организация может обеспечить.

Отрицательное значение индекса качества сигнализирует о том, что пациенты недовольны услугами, оцененными по соответствующим критериям, и требует анализа структуры SQI – анализ критериев, являющихся «виновными» в неудовлетворенности пациентов.

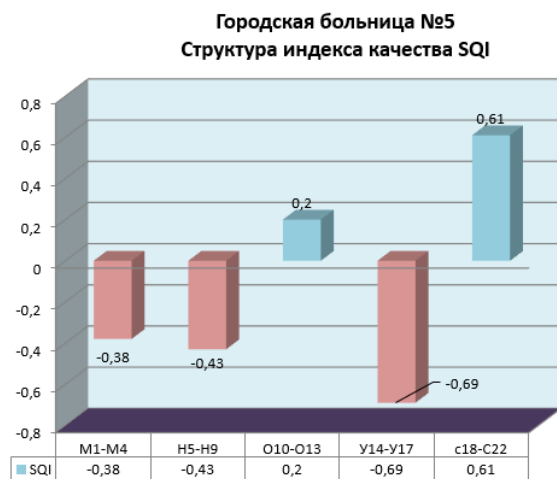
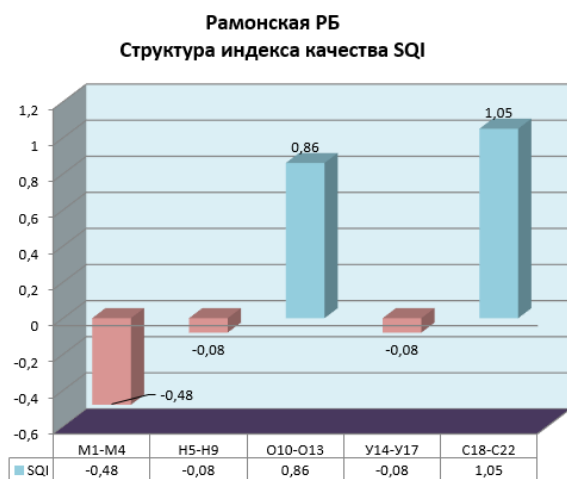


Рисунок 4.6 - Структура SQI Рамонской РБ

Рисунок 4.7 - Структура SQI ГКБ №5

Структура SQI исследуемой Рамонской РБ показывает неоднородность качества медицинских услуг – оцениваемых как положительный индекс качества SQI, но с несколькими отрицательными значениями подкритериев (рисунок 4.6). Более выраженная структура SQI имеется в ГКБ №5 (рисунок 4.7).

Причины обусловлены более крупным сегментом рынка, большей серьезностью случаев и экстренности, влиянием демографических факторов на хронические заболевания.

Для выбранных медицинских организаций подкритерии с наивысшим положительным значением являются C_{18} - C_{22} , которые интерпретируются как прецедент. С одной стороны, это означает знание потребностей пациентов, которое имеет основополагающее значение для обеспечения качества, а с другой стороны, наличие разрыва между ожиданиями и восприятием показывает, что критерий не может полностью «компенсировать» другие критерии. Следовательно, служба управления оказанием медицинской помощи должна повысить качество услуг.

Например, для ГКБ №5 критерий «Уверенность» со значением, равным -1 (рисунок 4.8), свидетельствует об неудовлетворительном качестве, что требует проведения тщательного анализа. С подкритериями, которые составляют структуру критерия «Уверенность», связаны: доверие, безопасность, вежливость и поддержание лидерства.

Подкритерии доверие (U_{14}), безопасность (U_{15}), вежливость (U_{16}) и участие высшего руководства (U_{17}) в оказании услуг являются строительными блоками технологии «вопрос-ответ», что составляет сущность управления качеством. Поэтому, оценивая разность значений ожидания и восприятия по подкритериям U_{14} - U_{17} , получаем информацию об уровне качества обслуживания медицинской организацией. И уровень качества обслуживания определяет уровень управления качеством в этой организации.



Рисунок 4.8 - Значения подкритериев критерия «Уверенность» для ГКБ №5

Доверие достигается усилиями организации по обеспечению качества, которая для этого непосредственно способствует формированию профессиональной компетентности и мотивации человеческих ресурсов. Этот факт приводит к расширению исследования в направлении исследований удовлетворенности персонала и создания мотивационного профиля двух рассмотренных медицинских организаций.

Исследование в двух медицинских организациях показывает наличие корреляции между качеством медицинского обслуживания – SQI, ожиданием и восприятием. Коэффициенты корреляции статистически значимы и прямо пропорциональны к O_1 , O_{17} , O_{19} , B_1 , B_9 , B_{14} , B_{17} и обратно пропорциональны к O_{19} и B_{19} .

Исходя из того факта, что $SQI = (\text{Восприятие} - \text{Ожидание})$ следует, что SQI увеличивается (качество растет), когда «Восприятие» растет – то есть, имеется лучшее восприятие обслуживания, более высокая производительность обслуживания. Это объясняет значительную положительную связь между SQI и «Восприятие». Исследование показывает, что увеличение «Ожидания» приводит к уменьшению SQI. Как объяснить статистически значимую положительную связь между SQI и «Ожидание»? Значение «Ожидание» больше, когда пользователь информирован (из уст в

уста), имеет больше опыта. Положительная связь между SQI и «Ожидание» возможно только при значительно более высоком уровне восприятия услуги. Следовательно, восприятие услуги похоже на «буфер» для ожиданий - оно должно поддерживаться на повторном и продолжительном высоком уровне. Обратная зависимость между SQI и O_{19} и B_{19} может означать ошибку или неправильное представление пациентов о медицинской организации.

В шестой главе диссертации показано использование индекса качества (SQI) для целей управления медицинскими организациями региона.

4.3. Анализ субъективных и объективных характеристик медицинских услуг с целью проведения дизайна качества медицинских услуг

Рассмотрим основные этапы развертывания функции качества в рамках технологии QFD [38]. При изучении требований потребителей медицинских услуг необходимо понять их суть и в последующем связать с теми объективными характеристиками медицинских услуг или процесса оказания услуг, которые могли бы быть реально изменены, т.е. найти ответ на вопрос «Что надо сделать?». Требования формируются на основе нормирования результатов измерения удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами по методике SERVQUAL с установлением рейтинга важности каждого из 22-х подкритериев анкеты.

В данном разделе используются сведения о медицинских услугах населению по профилю «Травматология и ортопедия», оказываемых БУЗ Воронежской области ГКБ №5» и результаты измерения удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи, полученные в этом БУЗ (раздел 4.2 данной главы).

Рейтинг важности потребительских требований может быть определен как экспертным путем, так и в результате медико-социологических исследований по оценке медицинских услуг. В нашем случае коэффициенты

весомости требований получены в ходе анкетирования экспертов. В анкете каждое требование могло быть оценено по шкале от 0 до 10 баллов.

Как правило, все требования можно разделить на две группы: немногочисленные существенные и многочисленные несущественные. Диаграмма Парето обеспечивает простой графический способ ранжирования требований от наиболее до наименее важных. Метод основан на принципе Парето, который предполагает, что из-за 20% требований возникает 80% последствий. Отделяя наиболее важные причины от менее важных, можно достичь наибольшего улучшения при наименьших усилиях, т.е. диаграмма используется для выявления малого числа требований, оказывающих наибольшее влияние.

VOC Pareto

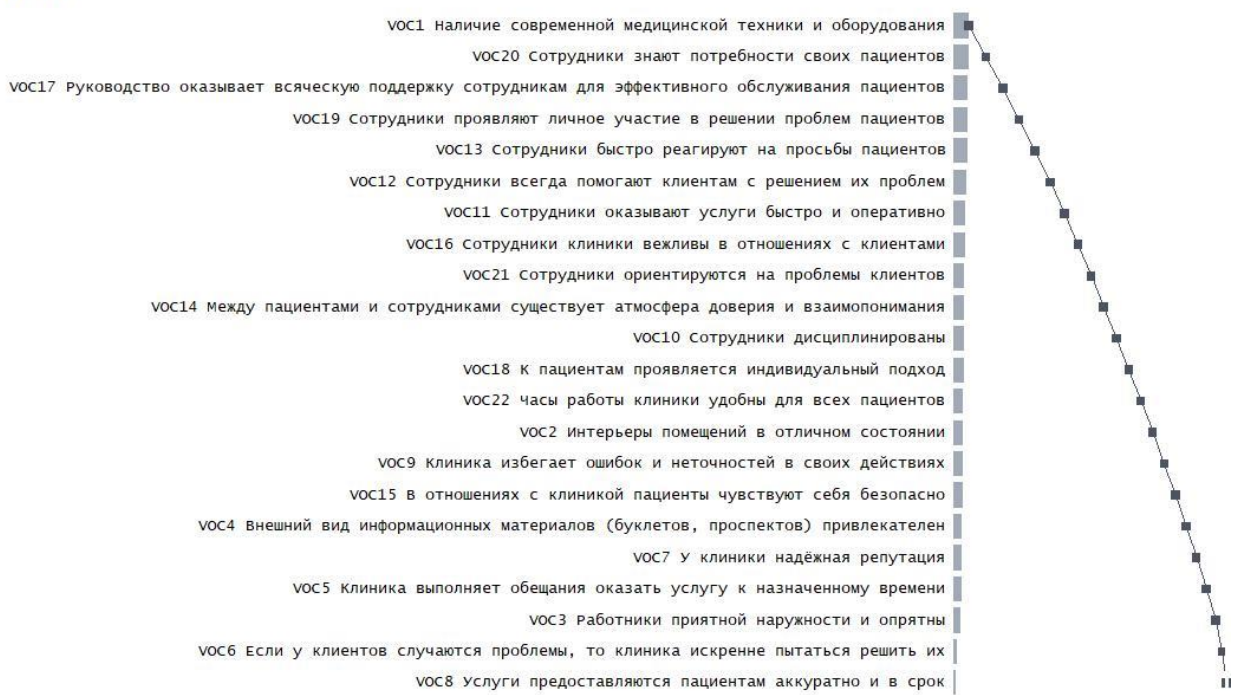


Рисунок 4.9 - Перечень требований потребителей услуг с установленным рейтингом важности каждого требования

На рисунке 4.9 приведены требования потребителей медицинских услуг в виде диаграммы Парето (Voice of Customer (VOC_i) – голос потребителя услуг по *i*-му требованию к услуге).

В результате в Доме качества появляется столбец с указанием весомости каждого требования.

Далее, определяем характеристики качества медицинской услуги или процесса с установлением рейтинга важности каждой характеристики. Характеристики должны быть измеримыми, чтобы можно было подвергать контролю достижение установленных целей. Управление изменениями основано на реинжиниринге процессов с целью сокращения финансовых, производственных, временных затрат, повышения качества предоставления медицинской помощи. Причинно-следственный анализ влияния взаимосвязанных факторов на повышение эффективности оказания услуг выявил, что из множества показателей эффективности деятельности медицинской организации в рассматриваемый период времени эксперты выбрали следующие характеристики, критичные для качества, Critical To Quality - CTQ.

На рисунке 4.10 приведены объективные характеристики медицинских услуг в виде диаграммы Парето.

Следующим этапом является «перевод» требований потребителей услуг в объективные характеристики медицинской услуги или процесса, другими словами, требуется ответить на вопрос «Как сделать?». Для этого необходимо установить тесноту связей между соответствующими компонентами «Что делать?» и «Как сделать?».

Такой подход соотносится с теорией С. Gronroos, в которой выделяются два качественных аспекта, ведущих к оптимальному восприятию качества услуги потребителем [238]. Для потребителя важно не только ЧТО он получает в процессе обслуживания, но и КАК он это получает. Согласно

этой теории следует различать технические (что) и функциональные (как) аспекты качества.

CTQ Pareto

- C4 Результативность лечения заболеваний (структура законченных случаев)
- C3 обеспеченность современным диагностическим медицинским оборудованием (процент об...
- C8 Соблюдение расписания оказания медицинских услуг
- C10 уровень (процент) обеспеченности медсестринского персонала на одного пациента
- C6 уровень квалификации медицинского персонала (процент врачей имеющих высшую катег...
- C13 уровень доверия к клинике со стороны населения (имидж клиники)
- C12 уровень осведомленности населения о клинике
- C11 продолжительность ожидания услуги клиентами
- C2 уровень обеспеченности площадей (на одного клиента и персонал)
- C9 уровень наличия профильного образования у контактного персонала
- C5 уровень инновационных методов лечения
- C1 Состояние интерьера помещения
- C7 уровень (процент) полнотавочного медицинского персонала
- C14 Степень ответственности и дисциплины персонала

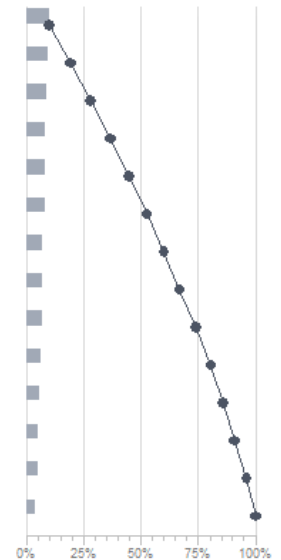


Рисунок 4.10 - Перечень объективных характеристик медицинских услуг, критичных для качества, с установленным рейтингом важности каждой характеристики

Для полного восприятия качества необходимо одновременное наличие функционального и технического аспектов качества услуги. Двухфакторная модель качества медицинской услуги может быть представлена в виде следующей схемы (рисунок 4.11).

Исследованию взаимосвязи между компонентами «Что делать?» и «Как сделать?» помогают матричные диаграммы связей, называемые таблицами качества. При этом достаточно таких понятий, как «сильная связь», «средняя связь» и «слабая связь», выраженных соответственно коэффициентами 9, 3 и 1 (допускается использовать другие коэффициенты или символы). Если требуются более точные результаты, то применяют корреляционно-регрессионный анализ - коэффициенты Пирсона (Спирмена), выраженные по

шкале Чеддока числовым значением в диапазоне от 0 до 1 (0,9–0,99 - весьма высокая прямая связь; 0,1–0,3 - связь слабая прямая; отрицательное или нулевое значение - связи нет, значение в матрицу не вносится). Использование статистических методик предполагает значительное количество испытаний и измерений, что на практике не всегда осуществимо или нецелесообразно.



Рисунок 4.11 - Двухфакторная модель качества медицинской услуги

В рассматриваемом случае теснота связей обозначается символами или весовыми коэффициентами, проставленными в клетках матрицы: сильная связь – ● или 9 баллов; средняя связь – ○ или 3 балла; слабая связь – △ или 1 балл. При компьютерной поддержке этого этапа осуществляется выбор соответствующего символа на пересечении строк (требование к услуге VOC_i) и столбцов (характеристика услуги C_j).

Далее, при развертывании функций качества по технологии QFD, следует определить цели в виде таких значений характеристик качества создаваемой услуги или процесса, которые не только будут соответствовать ожиданиям потребителя услуг, но и обеспечат конкурентоспособность создаваемой услуги в регионе. Необходимо также установить рейтинг

важности компонентов «Что делать?» и на основе этих данных определить рейтинг важнейших компонентов «Как сделать?».

Матричная диаграмма дополняется корреляционной матрицей, напоминающей крышу дома, в котором в виде символов (дискретно, от +9 до -9, как показано на рисунке 4.12) указывается положительная или отрицательная корреляционная зависимость между соответствующими характеристиками услуги с позиции потребителя, которое устанавливается экспертным путем. Это дает возможность выяснить, какие факторы могут действовать совместно или вызывать противоречия и конфликты.

При построении «крыши» Дома качества исходят из того, что в производстве медицинских услуг ряд его медико-технологических характеристик взаимосвязаны, а некоторые друг другу противоречат (лечебный, сервисный, поддерживающий и маркетинговый бизнес-процессы). Подобные зависимости целесообразно учитывать с целью оптимизации процесса производства услуг, получая максимально отвечающую потребительским требованиям услугу. Необходимость построения корреляционной матрицы вызвана стремлением медицинской организации изменить какую-либо характеристику, может привести к существенному изменению других в силу корреляции между ними. В методике QFD такую матрицу называют матрицей удовлетворенности.

⊙	9,00	Strong positive effect
○	3,00	Some positive effect
△	1,00	Possible positive effect
×	0,00	definitely no correlation
▽	-1,00	Possible negative effect
↓	-3,00	Some negative effect
↓↓	-9,00	Starker negativer Effekt

Рисунок 4.12 - Обозначения дискретных значений корреляционной связи между характеристиками медицинской услуги

Подготовленные в соответствии с технологией QFD данные составляют Дом качества, позволяющий представить наглядно всю имеющуюся на данный момент информацию и раскрыть внутренние взаимосвязи конкретных характеристик качества услуги. Эта информация дополняется данными технического бенчмаркинга о характеристиках оказываемой в настоящий момент аналогичной услуги медицинскими организациями - конкурентами. В предложенной методике оценка конкурентоспособности подразумевает сравнительный анализ по отношению к конкурентам декомпозированных объективных характеристики реализации четырех ключевых бизнес-процессов (лечебный, поддерживающий, сервисный, маркетинговый). Результаты данной оценки по десятибалльной шкале представлены в основании Дома качества.

Построенный Дом качества представляет собой информационную модель медицинской услуги с улучшенными характеристиками, которой воспользуются будущие потребители. На рисунке 4.13 представлен Дом качества, построенный с применением QFD-методологии к медицинским услугам, оказываемым БУЗ ВО «ГКБ №5» г. Воронежа.

При построении Дома качества использовалось специализированное программное обеспечение Qualica DFSS v19 [247].

В результате выполнения вышеуказанных процедур по технологии QFD получены исходные данные для оценки характеристик качества имеющихся медицинских услуг и разработки услуг улучшенного качества. Реализован механизм перевода требований потребителей медицинских услуг в характеристики медицинских услуг [100, 198].

Установлено, что при формировании требований к ожидаемому качеству медицинских услуг, выраженных на языке потребителей, важную роль играют показатели, имеющие высокие значения степени важности, такие как:

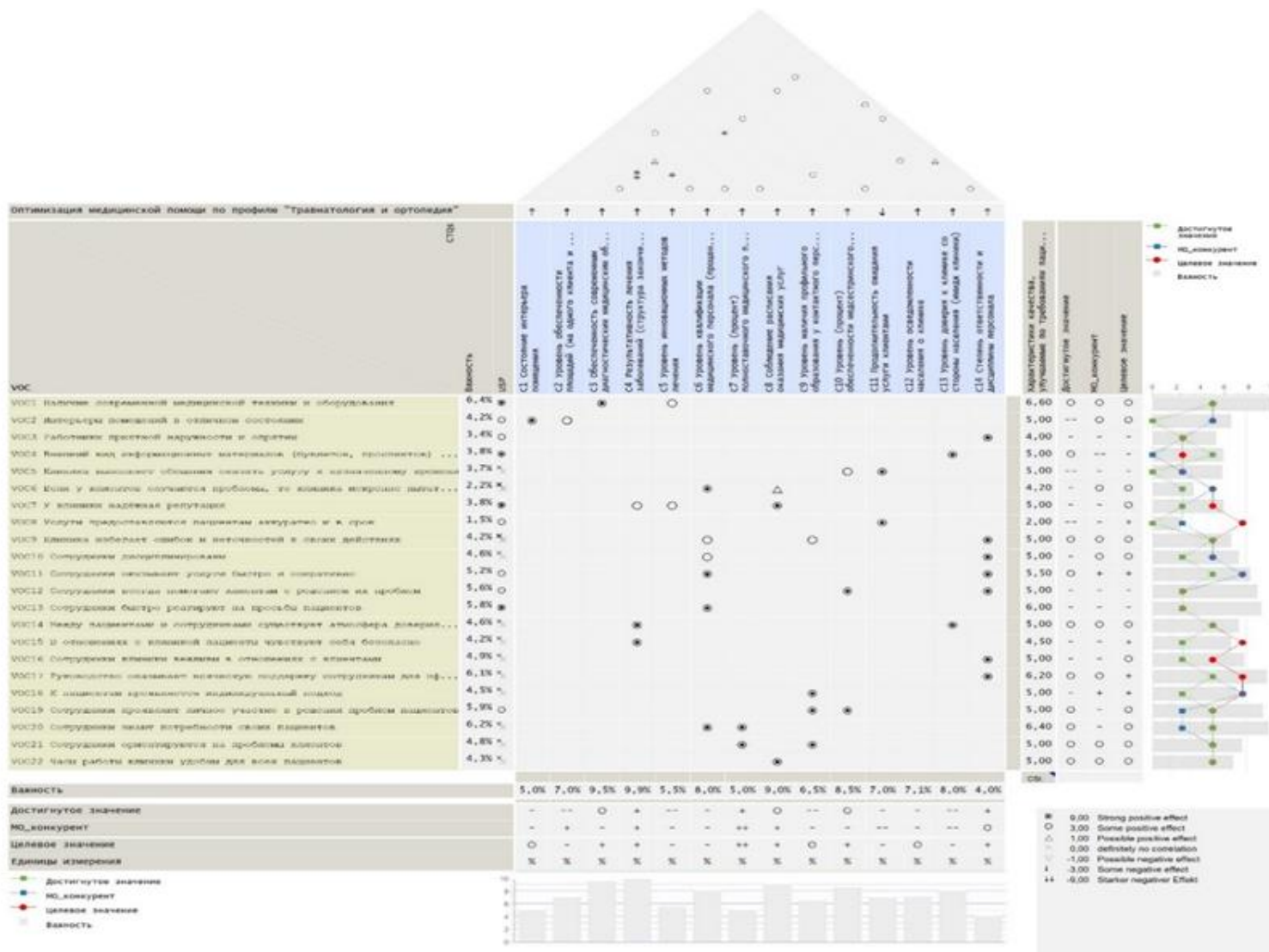


Рисунок 4.13 - Дом качества услуг, оказываемых ГКБ №5 по профилю «Травматология и ортопедия»

- наличие современной медицинской техники и оборудования;
- сотрудники знают потребности своих пациентов;
- руководство оказывает всяческую поддержку сотрудникам для эффективного обслуживания пациентов;
- сотрудники проявляют личное участие в решении проблем пациентов;
- сотрудники быстро реагируют на просьбы пациентов.

Проведенные исследования позволяют прогнозировать предпочтения потребителей медицинских услуг и, следовательно, проектировать медицинские услуги улучшенного качества, отвечающие ожиданиям потребителей. При этом потребитель услуг активно участвует в процессе создания новой услуги, происходит ликвидация разрыва между медико-технологическим и потребительским качеством [138, 147].

На основании построенного Дома качества разработчики формулируют исходные данные для технического задания на проектирование новой услуги. Проектирование медицинской услуги проводится с использованием методологии PDCA (цикл Деминга) [56] в приложении к медицинской технологии обеспечения и управления качеством травматологической и ортопедической помощи. Методология реализует пошаговый алгоритм взаимодействий врача и пациента: Plan-Do-Check-Akt (планирование-выполнение-проверка-действие). Это ни в коей мере не отменяет возможности применения более сложных методов (например, прикладной статистики, критериев проверки гипотез, методов мозгового штурма, методов статистического управления процессами или FMEA). При проектировании медицинских услуг важная роль отводится пункту 8.5.1.g ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Выполнение действий с целью предотвращения ошибок, связанных с человеческим фактором» [30].

Предложенный подход реализует важнейший принцип современной системы управления качеством медицинских организаций, соответствующей стандартам ГОСТ ИСО 13053-2-2015 [29], - ориентация на потребителя медицинских услуг (пациента).

Резюме

Представлен новый подход и алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи в специализированных медицинских организациях. Это достигнуто путем интеграции адаптированной методики SERVQUAL и модели GAP в контексте всеобщего управления качеством (TQM). Такие оценки позволяют руководителям здравоохранения применять их в практической деятельности, дают информацию к переосмыслению стратегии развития организации с точки зрения достижения заданных целей при имеющихся ресурсах.

Предложена организационная технология, направленная на измерение качества оказания медицинской помощи. Такая технология использует модель удовлетворенности пациентов, на основе которой формируется интегральный критерий качества SQI и обеспечивается проведение сопоставительного анализа в медицинских организациях.

Проведенная интеграция методики измерения удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи SERVQUAL и методики разворачивания функций качества QFD позволяет создать информационную модель качества медицинских услуг – Дом качества и определить пути совершенствования качества медицинских услуг в организации, выявить приоритеты над лечебным, сервисным, поддерживающим и маркетинговым бизнес- процессами, по которым необходимо в первую очередь осуществлять корректировку. Также модель дает возможность отслеживания положения медицинской организации по основным объективным характеристикам услуг в сравнении с конкурентами и потребительских ожиданий относительно этих услуг, которые тоже могут изменяться с течением времени.

ГЛАВА 5. ТЕХНОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СОПОСТАВИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕГИОНА

5.1. Расчет показателей эффективности 32-х медицинских организаций региона для целей сопоставительного анализа

Рассматриваемая технология базируется на применении инструментальных средств бенчмаркинга Vanxia Frontier Analyst [239] и содержит следующие шаги:

1. Подготовка исходных данных и создание проекта по показателям деятельности в 2016 году 32-х районных больниц Воронежской области (таблица 5.1).

2. Загрузка исходных данных для расчета показателей эффективности.

3. Задание параметров модели оценки эффективности: модель, ориентированная на вход; постоянная отдача от масштаба] [23].

4. Определение свойств переменных модели оценки эффективности (входная переменная «Всего должностей штатных», выходные переменные «Поступило пациентов, Число посещений врачей»).

5. Определение показателей эффективности и их анализ.

После выполнения шагов 2 - 4 по загрузке исходных данных, определения параметров модели и задания ориентации переменных (вход - выход) получены расчетные значения эффективности (рисунок 5.1).

Таблица 5.1 - Показатели деятельности 32-х районных больниц Воронежской области [62]

	Наименование медицинской организации	Кол-во штатных должностей	Поступило пациентов	Число посещений врачей
1.	БУЗ ВО «Аннинская РБ»	174,00	6 416,00	277 552,00

Продолжение Таблицы 5.1

2.	БУЗ ВО «Бобровская РБ»	243,50	9162,00	377 286,00
3.	БУЗ ВО «Богучарская РБ»	124,50	4 622,00	154 423,00
4.	БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	285,25	14 840,00	555 686,00
5.	БУЗ ВО «Бутурлиновская РБ»	179,25	7 477,00	324 304,00
6.	БУЗ ВО «Верхнемамонская РБ»	62,25	2 732,00	126 885,00
7.	БУЗ ВО «Верхнехавская РБ»	98,00	3 241,00	165 935,00
8.	БУЗ ВО «Воробьевская РБ»	71,00	2108,00	110198,00
9.	БУЗ ВО «Грибановская РБ»	102,50	4 985,00	183 321,00
10.	БУЗ ВО «Калачеевская РБ»	208,25	9 333,00	338 804,00
11.	БУЗ ВО «Каменская РБ»	72,75	2 691,00	135 520,00
12.	БУЗ ВО «Кантемировская РБ»	133,25	5 242,00	225 632,00
13.	БУЗ ВО «Каширская РБ»	97,00	2 550,00	138 941,00
14.	БУЗ ВО «Лискинская РБ»	421,00	18 071,00	744 974,00
15.	БУЗ ВО «Нижедевицкая РБ»	66,25	2 962,00	112 274,00
16.	БУЗ ВО «Новоусманская РБ»	235,00	10 540,00	392 936,00
17.	БУЗ ВО «Новохоперская РБ»	127,50	6 205,00	260 342,00
18.	БУЗ ВО «Ольховатская РБ»	87,00	2916,00	141 763,00
19.	БУЗ ВО «Острогожская РБ»	189,50	9140,00	367 401,00
20.	БУЗ ВО «Павловская РБ»	193,75	8867,00	313 571,00
21.	БУЗ ВО «Панинская РБ»	101,50	3869,00	188 324,00
22.	БУЗ ВО «Петропавловская РБ»	64,50	2967,00	136 939,00
23.	БУЗ ВО «Поворинская РБ»	95,00	4 766,00	175 612,00
24.	БУЗ ВО «Подгоренская РБ»	86,00	3 493,00	118 467,00
25.	БУЗ ВО «Рамонская РБ»	140,25	3 874,00	169 572,00
26.	БУЗ ВО «Репьевская РБ»	58,00	2427,00	96 575,00
27.	БУЗ ВО «Россошанская РБ»	302,75	15 528,00	622 130,00
28.	БУЗ ВО «Семилукская РБ»	249,00	9 655,00	410 568,00
29.	БУЗ ВО «Таловская РБ»	153,25	6001,00	266 934,00
30.	БУЗ ВО «Терновская РБ»	74,75	3 242,00	117 969,00
31.	БУЗ ВО «Хохольская РБ»	96,00	3144,00	238 049,00
32.	БУЗ ВО «Эртильская РБ»	92,75	3 572,00	128 518,00

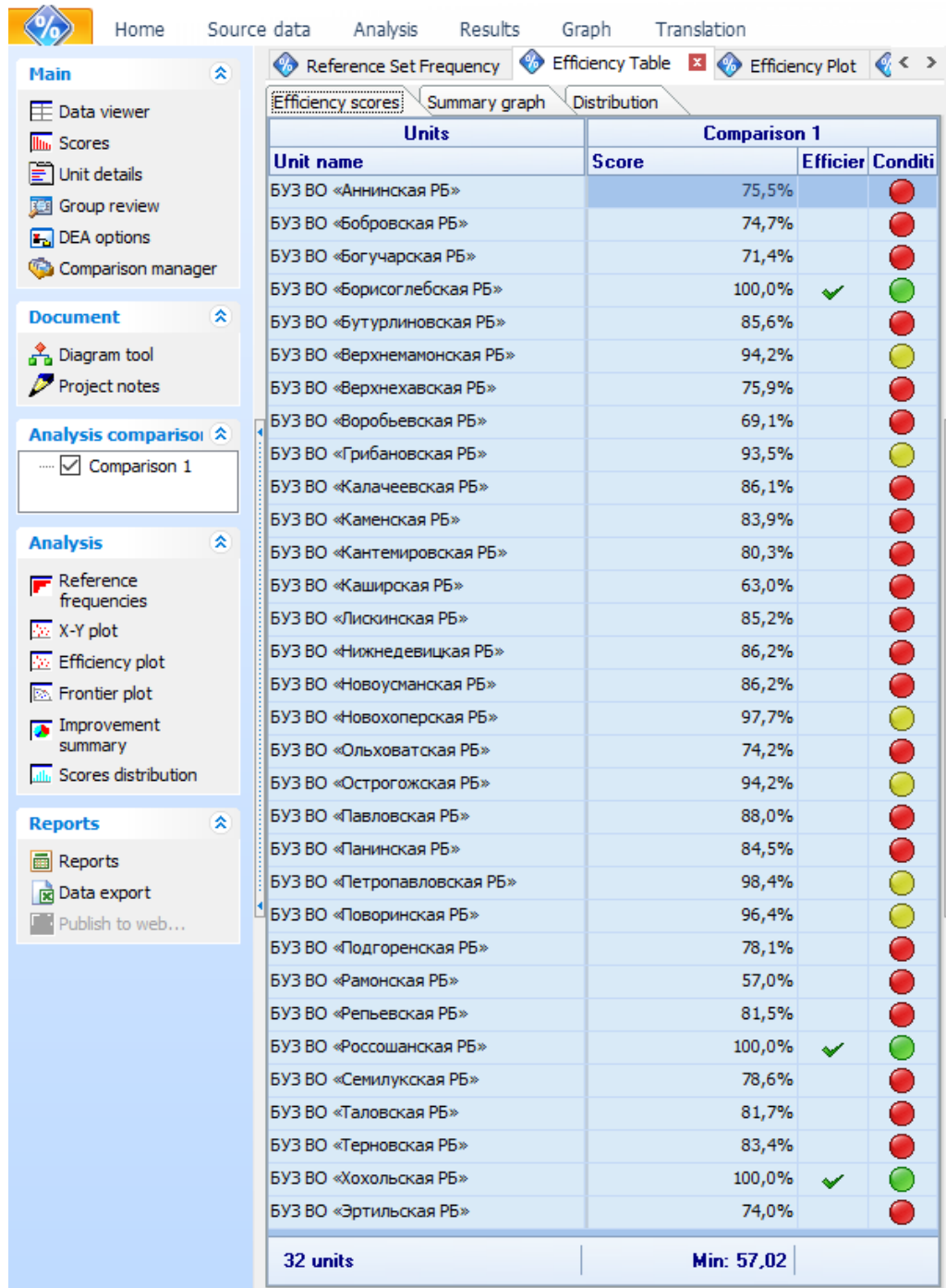


Рисунок 5.1 - Результаты расчета значений показателей эффективности: зеленым цветом выделены 100% эффективные медицинские организации; желтым цветом – организации со значением эффективности более 90%; красным цветом - организации со значением эффективности менее 90%.

Построим диаграмму распределения медицинских организаций по полученным значениям показателя эффективности (рисунок 5.2). В диапазоне значений показателя эффективности от 51 % до 60 % находится лишь одна медицинская организация, от 61 % до 70 % – 2, от 71 % до 80 % –

9, от 81 % до 90% – 11, от 91 % до 99 % – 6, ровно 100 % – 3 медицинские организации (Россошанская РБ, Хохольская РБ, Борисоглебская РБ).

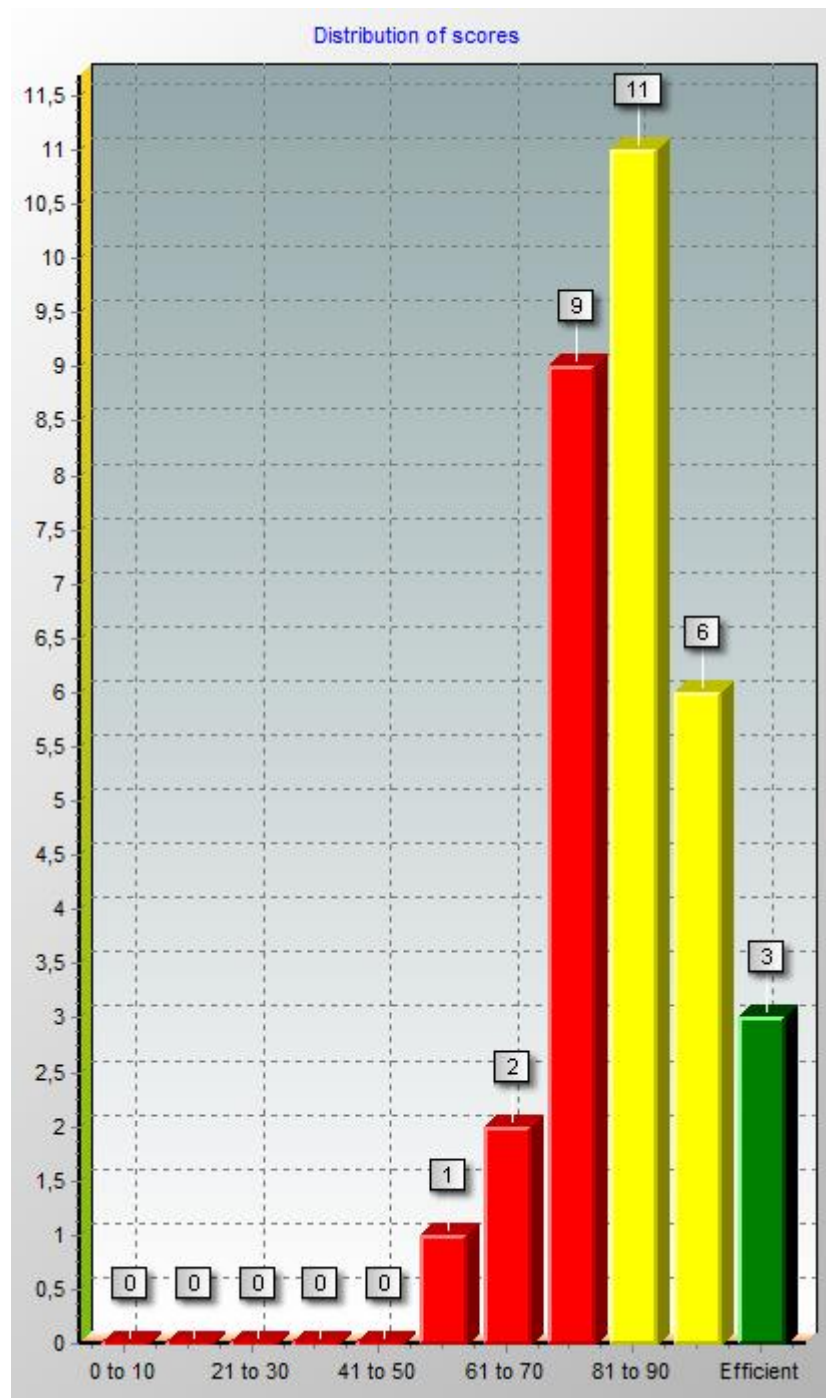


Рисунок 5.2 - Диаграмма распределения эффективных/неэффективных медицинских организаций

Далее, проводится анализ эффективных медицинских организаций с указанием количества медицинских организаций, для которых они являются

лидерами. В частности, Россошанская РБ выступает лидером для 21 медицинской организации, Хохольская РБ является лидером для 19 медицинских организаций, Борисоглебская РБ – для 12 медицинских организаций. Наименования организаций-аутсайдеров для этих организаций-лидеров показаны на рисунках 5.3 - 5.5.

Referencing Unit	Score
БУЗ ВО «Анинская РБ»	75,5
БУЗ ВО «Бобровская РБ»	74,7
БУЗ ВО «Бутурлиновская РБ»	85,6
БУЗ ВО «Верхнеамонская РБ»	94,2
БУЗ ВО «Верхнехавская РБ»	75,9
БУЗ ВО «Воробьевская РБ»	69,1
БУЗ ВО «Каменская РБ»	83,9
БУЗ ВО «Кантемировская РБ»	80,3
БУЗ ВО «Каширская РБ»	63,0
БУЗ ВО «Лискинская РБ»	85,2
БУЗ ВО «Нижнедевицкая РБ»	86,2
БУЗ ВО «Новохоперская РБ»	97,7
БУЗ ВО «Ольховатская РБ»	74,2
БУЗ ВО «Острогожская РБ»	94,2
БУЗ ВО «Панинская РБ»	84,5
БУЗ ВО «Петропавловская РБ»	98,4
БУЗ ВО «Рамонская РБ»	57,0
БУЗ ВО «Репьевская РБ»	81,5
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	100,0
БУЗ ВО «Семилукская РБ»	78,6
БУЗ ВО «Таловская РБ»	81,7

Рисунок 5.3 - Перечень из 21 организации-аутсайдера для проведения процедуры сравнения с результатами деятельности организации-лидера БУЗ ВО «Россошанская РБ»

В программном обеспечении Vanxia Frontier Analyst на основе модели эффективности может быть проведен анализ одного из двух вариантов: 1) с учетом уровня выходных показателей, которые показывает та или иная медицинская организация, и требуется определить, насколько можно сократить входные ресурсы при сохранении текущего уровня выходных показателей? Это минимизация входных ресурсов; 2) с учетом текущего уровня входных ресурсов, используемых той или иной медицинской

организацией, и требуется определить, какой уровень выходных показателей следует достичь? Это максимизация выходных показателей.

Referencing Unit	Score
БУЗ ВО «Хохольская РБ» (19)	100,0
БУЗ ВО «Анинская РБ»	75,5
БУЗ ВО «Бобровская РБ»	74,7
БУЗ ВО «Бутурлиновская РБ»	85,6
БУЗ ВО «Верхнемамонская РБ»	94,2
БУЗ ВО «Верхнехавская РБ»	75,9
БУЗ ВО «Воробьевская РБ»	69,1
БУЗ ВО «Каменская РБ»	83,9
БУЗ ВО «Кантемировская РБ»	80,3
БУЗ ВО «Каширская РБ»	63,0
БУЗ ВО «Лискинская РБ»	85,2
БУЗ ВО «Новохоперская РБ»	97,7
БУЗ ВО «Ольховатская РБ»	74,2
БУЗ ВО «Острогожская РБ»	94,2
БУЗ ВО «Панинская РБ»	84,5
БУЗ ВО «Петропавловская РБ»	98,4
БУЗ ВО «Рамонская РБ»	57,0
БУЗ ВО «Семилукская РБ»	78,6
БУЗ ВО «Таловская РБ»	81,7
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	100,0

Рисунок 5.4 - Перечень из 19 организаций-аутсайдеров для проведения процедуры сравнения с результатами деятельности организации-лидера БУЗ ВО «Хохольская РБ»

Referencing Unit	Score
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ» (12)	100,0
БУЗ ВО «Богучарская РБ»	71,4
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	100,0
БУЗ ВО «Грибановская РБ»	93,5
БУЗ ВО «Калачеевская РБ»	86,1
БУЗ ВО «Нижнедевицкая РБ»	86,2
БУЗ ВО «Новоусманская РБ»	86,2
БУЗ ВО «Павловская РБ»	88,0
БУЗ ВО «Поворинская РБ»	96,4
БУЗ ВО «Подгоренская РБ»	78,1
БУЗ ВО «Репьевская РБ»	81,5
БУЗ ВО «Терновская РБ»	83,4
БУЗ ВО «Эртильская РБ»	74,0

Рисунок 5.5 - Перечень из 12 организаций-аутсайдеров для проведения процедуры сравнения с результатами деятельности организации-лидера БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

В следующем разделе показан порядок проведения анализа эффективности одной медицинской организации и выявление потенциала повышения эффективности в рамках варианта 1 – минимизация входных ресурсов при сохранении значений выходных показателей.

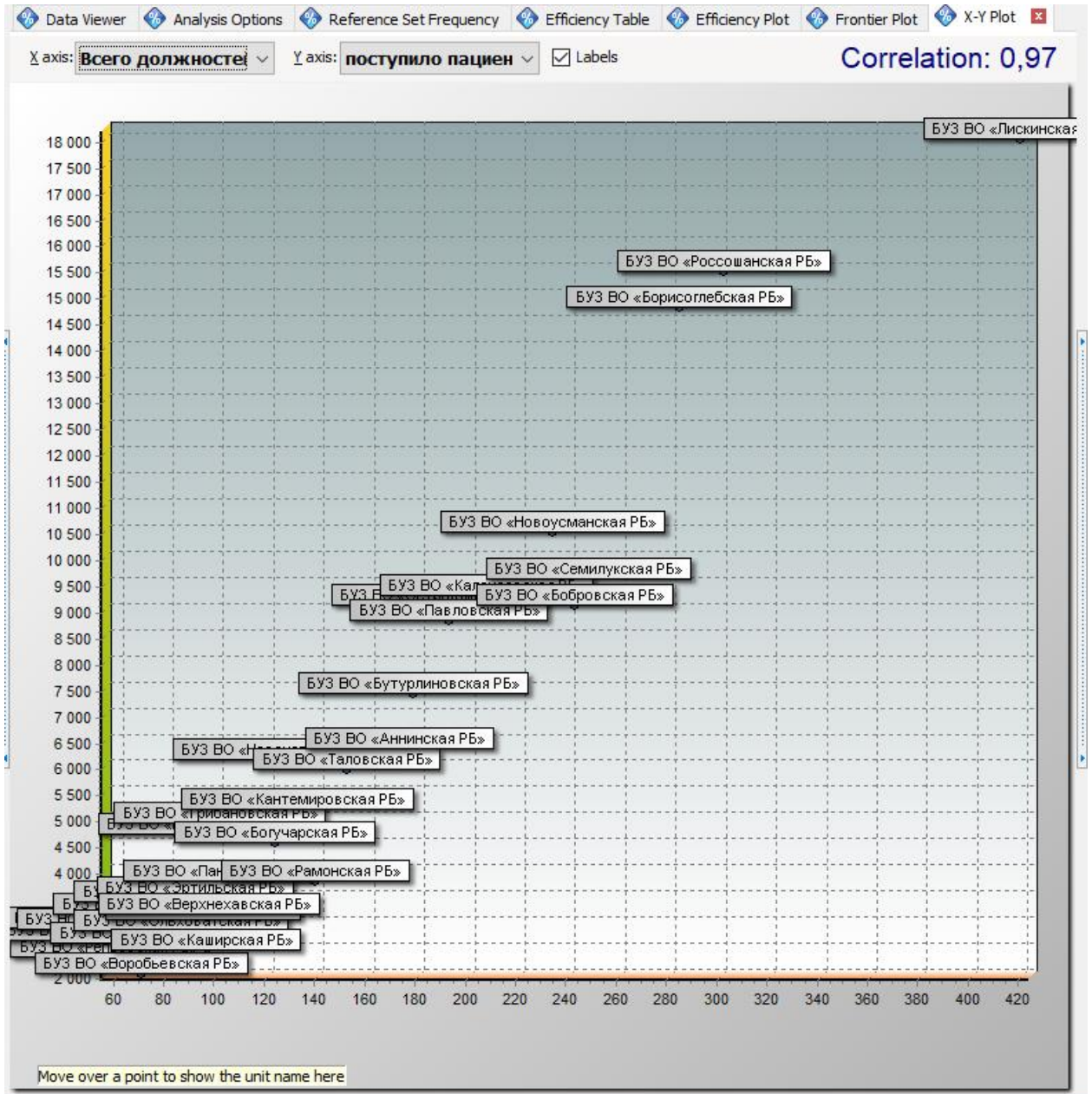


Рисунок 5.6 - График зависимости числа пролеченных пациентов от числа штатных должностей врачей

Далее, проведен корреляционный анализ зависимости числа пролеченных пациентов от числа штатных должностей врачей по 32

медицинским организациям. Получен коэффициент корреляции, равный 0,97 (рисунок 5.6).

Также выявлена зависимости числа пациентов, получивших амбулаторную помощь, от числа штатных должностей врачей, при которой коэффициент корреляции равен 0,98 (рисунок 5.7).

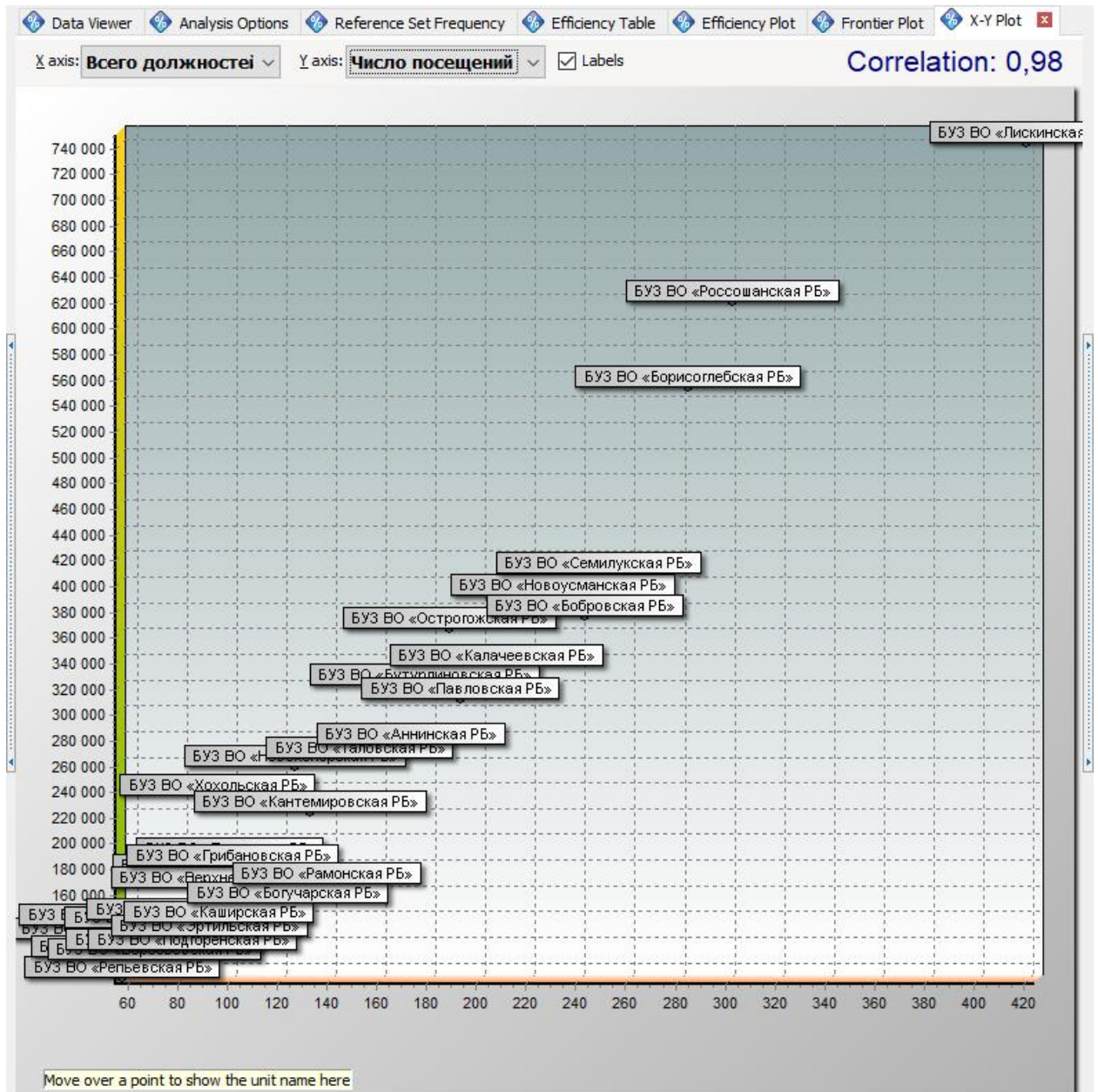


Рисунок 5.7 - График зависимости числа пациентов, получивших амбулаторную помощь, от числа штатных должностей врачей

При дальнейшем анализе зависимости показателей эффективности от числа штатных должностей врачей медицинской организации получен коэффициент корреляции, равный 0,17. Следовательно, «можно сделать вывод о слабой зависимости численности врачей медицинской организации от ее эффективности» [62] (рисунок 5.8).

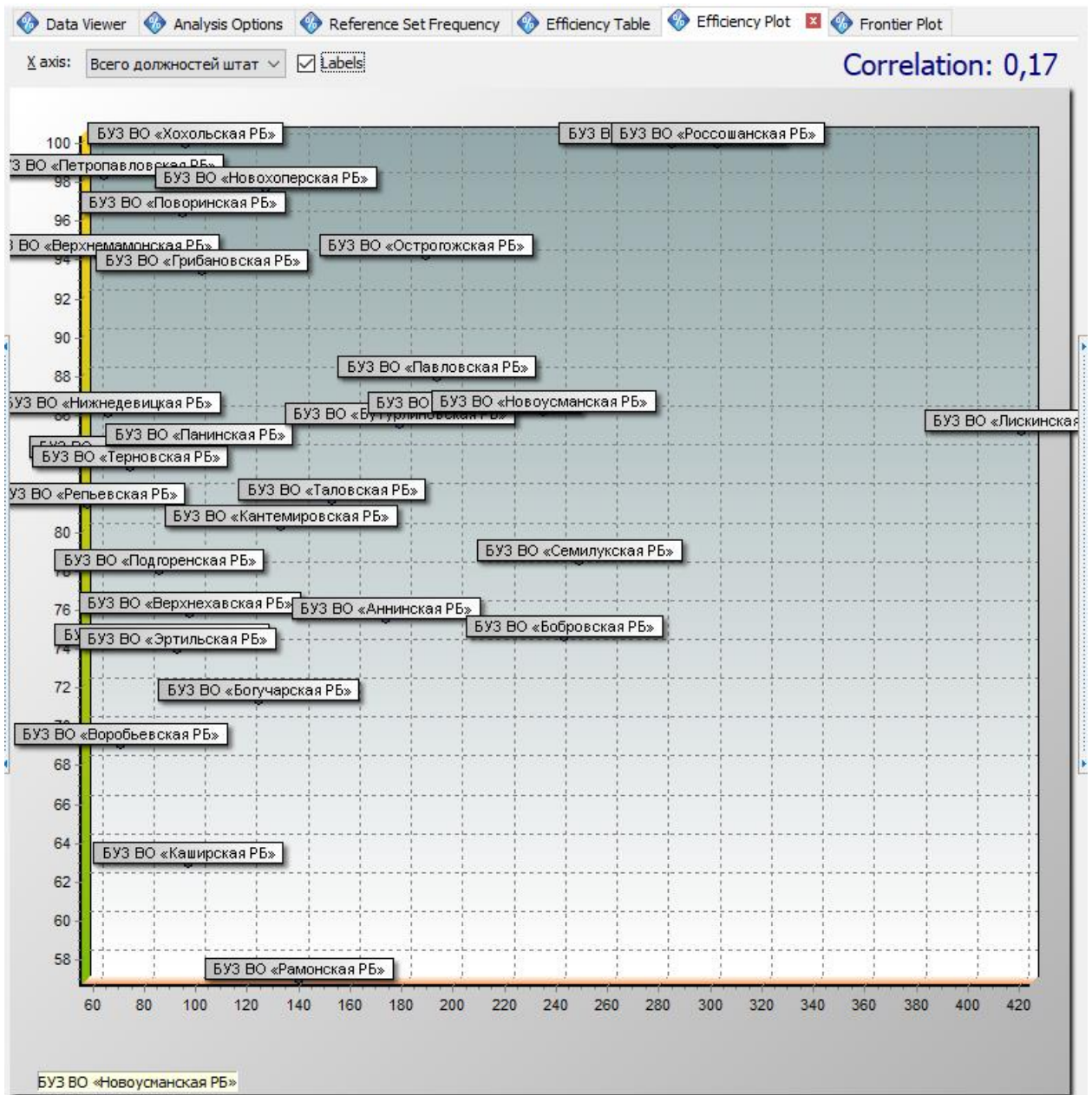


Рисунок 5.8 - График зависимости показателей эффективности от числа штатных должностей врачей медицинской организации

5.2. Детализация показателей эффективности медицинской организации и выявление потенциала повышения эффективности на примере БУЗ ВО «Рамонской РБ»

Проведем детализацию эффективности медицинских организаций на примере БУЗ ВО «Рамонская РБ» относительно БУЗ ВО «Россошанская РБ». Из рисунка 5.9 видно, что при расчетной эффективности Рамонской РБ в 57 % потенциалом эффективности (до 100 %) является снижение численности на 42 штатные единицы при сохранении числа пролеченных пациентов и числа посещений врачей [234].

На этой диаграмме показано процентное изменение каждой входной переменной, значение которой следует достичь, чтобы оказаться эффективной. Входные/выходные переменные расположены вдоль оси Y, а потенциальное процентное улучшение - вдоль нижней оси X.

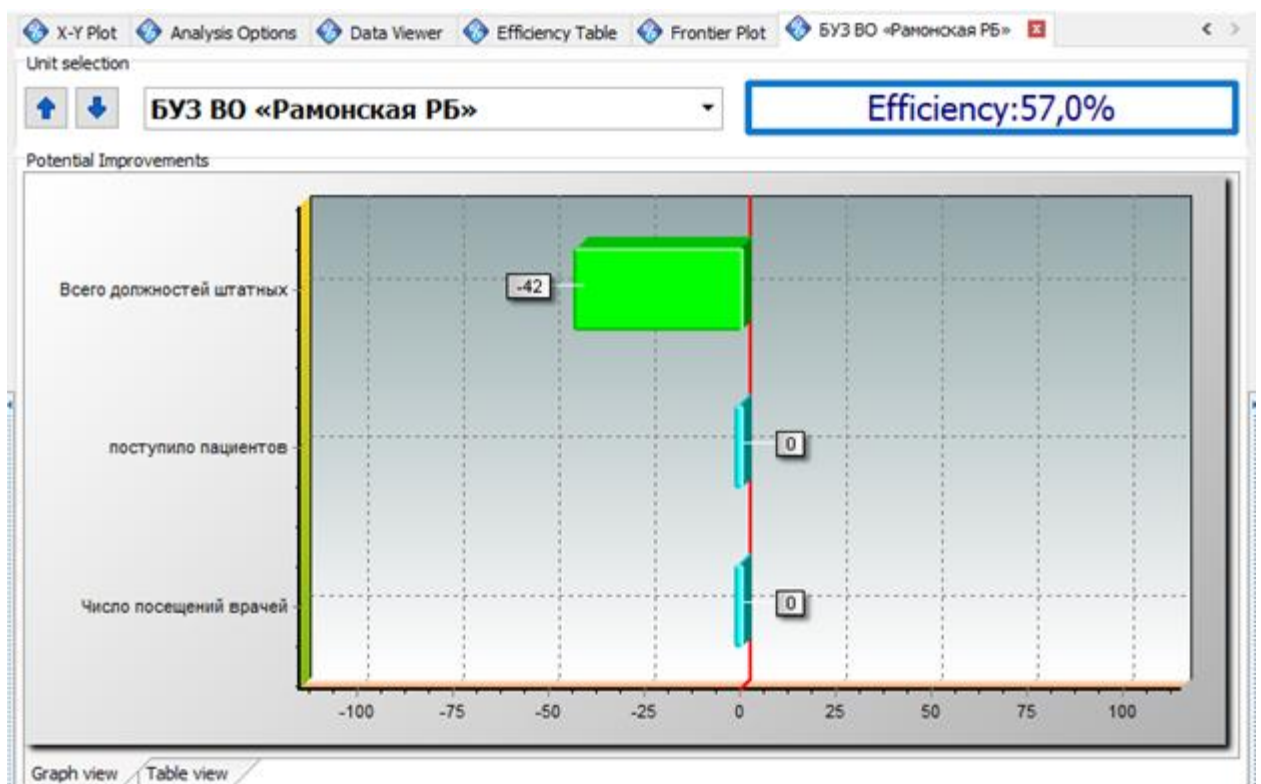


Рисунок 5.9 - Потенциал повышения эффективности БУЗ ВО «Рамонская РБ» относительно показателей БУЗ ВО «Россошанская РБ»

Для просмотра возможных улучшений в табличной форме в столбце Факт (Actual) отображается значение, которое в настоящее время достигается единицей измерения. В столбце Цель (Target) отображается значение для ввода/вывода, которое должно быть достигнуто. Процентная разница между этими значениями отображается в столбце «Потенциальное улучшение».

На рисунке 5.10 а) показана диаграмма сравнения показателей деятельности БУЗ ВО «Россошанская РБ» и БУЗ ВО «Рамонская РБ» (параметры «Рамонской РБ» приняты за 100 %). На рисунке 5.10 б) приведена диаграмма показателей деятельности БУЗ ВО «Рамонская РБ» со значениями вклада в достижение выходных параметров (упущенная возможность). А на рисунке 5.10 в) приведена диаграмма сравнения показателей деятельности БУЗ ВО «Россошанская РБ» и БУЗ ВО «Рамонская РБ».

На диаграммах видно, какие значения подлежат улучшению в каждой из выходных переменных.

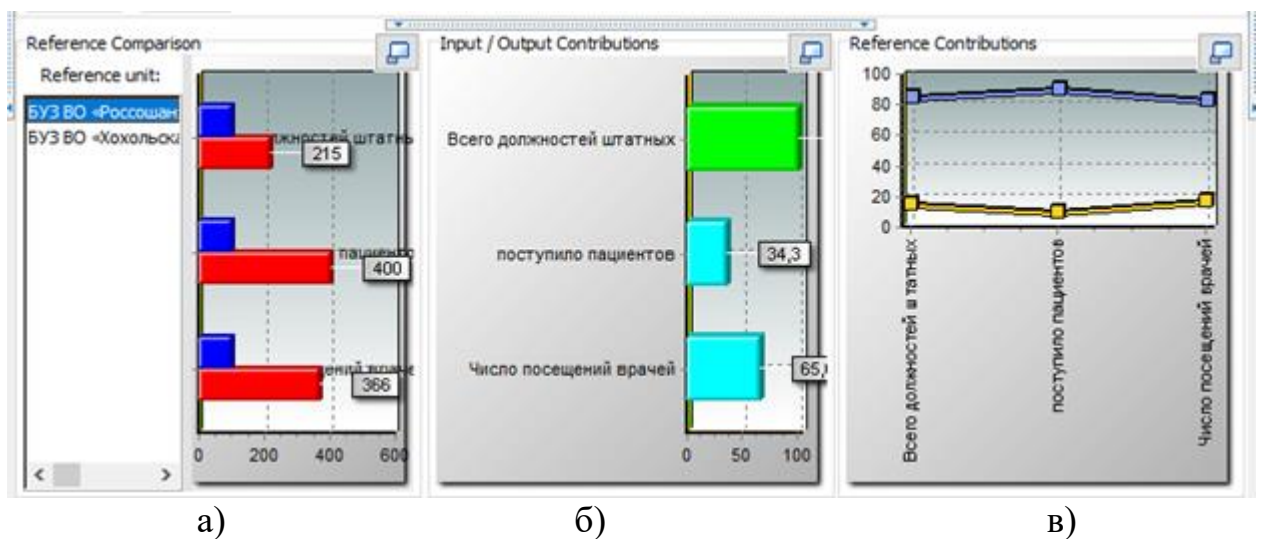


Рисунок 5.10 - Потенциал повышения эффективности БУЗ ВО «Рамонская РБ» относительно показателей БУЗ ВО «Россошанская РБ» (сводная графика)

Аналогичные сводки можно получить для других единиц измерения, выбрав имя единицы измерения из раскрывающегося списка или используя

кнопки вверх и вниз для прокрутки полного списка единиц измерения.

Следующий шаг заключается в формировании границы эффективности и ее анализ. Рассмотрим это на примере БУЗ ВО «Рамонская РБ». Граница эффективности строится по показателям деятельности 32-х медицинских организаций (рисунок 5.11).

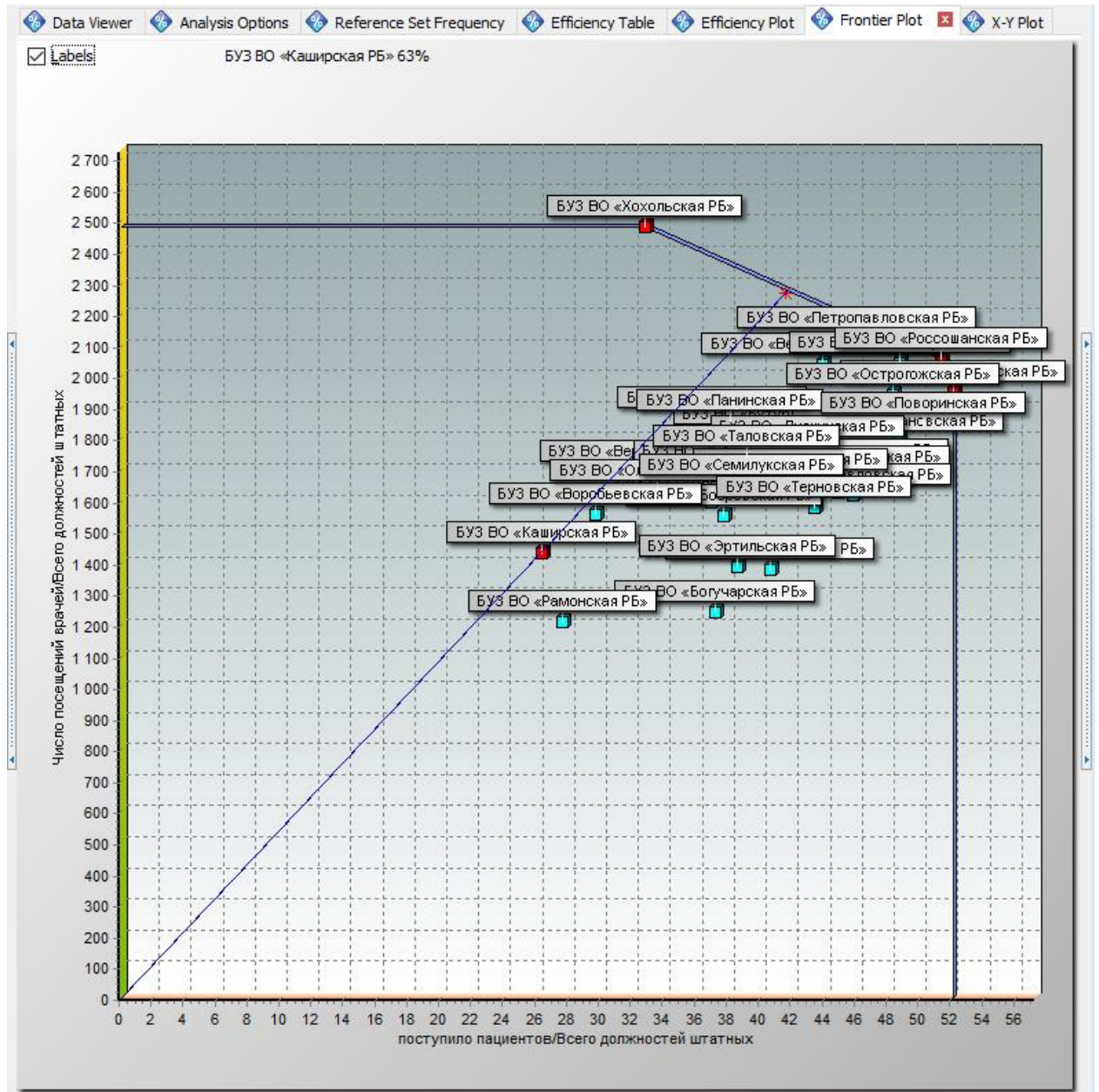


Рисунок 5.11 - Граница эффективности, построенная по результатам деятельности 32-х районных больниц региона, определенная по модели «Ориентация на вход»

Линия, проведенная из начала оси координат до границы эффективности через точку, соответствующую параметрам «Рамонская РБ», показывает степень удаленности от этой границы и позволяет определить целевые ориентиры на достижение 100% эффективности (рисунок 5.12).

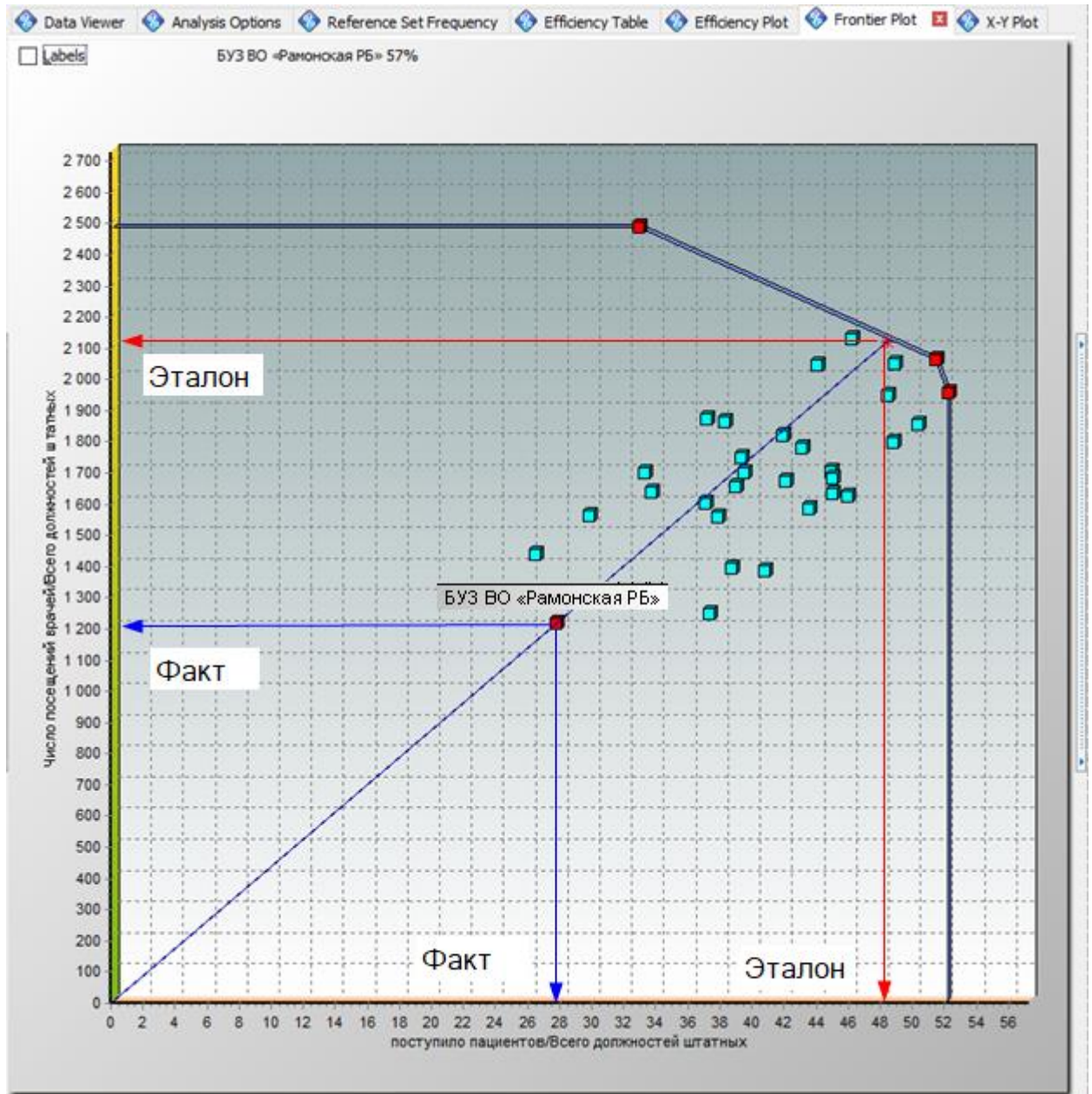


Рисунок 5.12 - Фактическая эффективность медицинской организации «Рамонская РБ» и расстояние до границы эффективности

Расчет значений эталонных показателей для медицинской организации «Рамонская РБ»:

- количество штатных единиц – 140,25;
- количество пролеченных больных – 3874;
- число посещений врачей для получения амбулаторной помощи – 169572.

Отношение «Число посещений врачей / Количество штатных единиц» = 1209. Эталонное значение, определенное по линии до границы эффективности = 2100. Для достижения 100% эффективности при оказании амбулаторно-поликлинических услуг (при том же значении числа посещений) следует сократить число штатных единиц врачей до $169572/2100 = 80,7$.

Отношение «Поступило пациентов / Количество штатных единиц» = 27,6. Эталонное значение, определенное по линии до границы эффективности = 48. Для достижения 100% эффективности при оказании медицинской помощи в специализированной медицинской организации (при том же значении пролеченных больных) следует сократить число штатных единиц врачей до $3874/48 = 80,7$.

5.3. Представление результатов сопоставительного анализа 32-х медицинских организаций региона

Оцениваются потенциально возможные улучшения результатов деятельности медицинских организаций региона (для достижения 100% эффективности всеми районными больницами).

Основное направление достижения высокой эффективности медицинских организаций – повышение производительности врачей с последующим снижением численности занятых врачей. При этом другие параметры модели – «Число посещений врачей» и «Поступило пациентов» остаются неизменными. Итоговая таблица показана на рисунке 5.13.

Unit name	Co	Score	RTS	Actual Всего д	Actual постр	Actual Число пос	Target Всего должнос	Target поступ	Target Число п	Percent Всего должност	Percent пост	Percent Число посещений вра
БУЗ ВО «Анинская РБ»	0	75,54	0	174,00	6416,00	277552,00	131,44	6416,00	277552,00	-24,5	0,0	0,0
БУЗ ВО «Бобровская РБ»	0	74,66	0	243,50	9162,00	377286,00	181,79	9162,00	377286,00	-25,3	0,0	0,0
БУЗ ВО «Богучарская РБ»	0	71,36	0	124,50	4622,00	154423,00	88,84	4622,00	173071,48	-28,6	0,0	12,1
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	0	100,00	0	285,25	14840,00	555686,00	285,25	14840,00	555686,00	0,0	0,0	0,0
БУЗ ВО «Бутурлиновская РБ»	0	85,60	0	179,25	7477,00	324304,00	153,44	7477,00	324304,00	-14,4	0,0	0,0
БУЗ ВО «Верхнемамонская РБ»	0	94,24	0	62,25	2732,00	126885,00	58,66	2732,00	126885,00	-5,8	0,0	0,0
БУЗ ВО «Верхнехавская РБ»	0	75,88	0	98,00	3241,00	165935,00	74,36	3241,00	165935,00	-24,1	0,0	0,0
БУЗ ВО «Воробьевская РБ»	0	69,11	0	71,00	2108,00	110198,00	49,07	2108,00	110198,00	-30,9	0,0	0,0
БУЗ ВО «Грибановская РБ»	0	93,48	0	102,50	4985,00	183321,00	95,82	4985,00	186664,06	-6,5	0,0	1,8
БУЗ ВО «Калачевская РБ»	0	86,14	0	208,25	9333,00	338804,00	179,40	9333,00	349475,57	-13,9	0,0	3,1
БУЗ ВО «Каменская РБ»	0	83,91	0	72,75	2691,00	135520,00	61,04	2691,00	135520,00	-16,1	0,0	0,0
БУЗ ВО «Кантемировская РБ»	0	80,33	0	133,25	5242,00	225632,00	107,04	5242,00	225632,00	-19,7	0,0	0,0
БУЗ ВО «Каширская РБ»	0	62,99	0	97,00	2550,00	138941,00	61,10	2550,00	138941,00	-37,0	0,0	0,0
БУЗ ВО «Лискинская РБ»	0	85,23	0	421,00	18071,00	744974,00	358,82	18071,00	744974,00	-14,8	0,0	0,0
БУЗ ВО «Нижедевицкая РБ»	0	86,16	0	66,25	2962,00	112274,00	57,08	2962,00	112274,00	-13,8	0,0	0,0
БУЗ ВО «Новоусманская РБ»	0	86,21	0	235,00	10540,00	392936,00	202,60	10540,00	394671,86	-13,8	0,0	0,4
БУЗ ВО «Новохоперская РБ»	0	97,74	0	127,50	6205,00	260342,00	124,61	6205,00	260342,00	-2,3	0,0	0,0
БУЗ ВО «Ольховатская РБ»	0	74,22	0	87,00	2916,00	141763,00	64,57	2916,00	141763,00	-25,8	0,0	0,0
БУЗ ВО «Острогожская РБ»	0	94,24	0	189,50	9140,00	367401,00	178,58	9140,00	367401,00	-5,8	0,0	0,0
БУЗ ВО «Павловская РБ»	0	87,97	0	193,75	8867,00	313571,00	170,44	8867,00	332026,13	-12,0	0,0	5,9
БУЗ ВО «Панинская РБ»	0	84,48	0	101,50	3869,00	188324,00	85,75	3869,00	188324,00	-15,5	0,0	0,0
БУЗ ВО «Петропавловская РБ»	0	98,36	0	64,50	2967,00	136939,00	63,44	2967,00	136939,00	-1,6	0,0	0,0
БУЗ ВО «Поворинская РБ»	0	96,43	0	95,00	4766,00	175612,00	91,61	4766,00	178463,58	-3,6	0,0	1,6
БУЗ ВО «Подгоренская РБ»	0	78,07	0	86,00	3493,00	118467,00	67,14	3493,00	130795,90	-21,9	0,0	10,4
БУЗ ВО «Раменская РБ»	0	57,02	0	140,25	3874,00	169572,00	79,98	3874,00	169572,00	-43,0	0,0	0,0
БУЗ ВО «Репьевская РБ»	0	81,46	0	58,00	2427,00	96575,00	47,25	2427,00	96575,00	-18,5	0,0	0,0
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	0	100,00	0	302,75	15528,00	622130,00	302,75	15528,00	622130,00	0,0	0,0	0,0
БУЗ ВО «Семилукская РБ»	0	78,55	0	249,00	9655,00	410568,00	195,59	9655,00	410568,00	-21,4	0,0	0,0
БУЗ ВО «Таловская РБ»	0	81,70	0	153,25	6001,00	266934,00	125,21	6001,00	266934,00	-18,3	0,0	0,0
БУЗ ВО «Терновская РБ»	0	83,37	0	74,75	3242,00	117969,00	62,32	3242,00	121397,17	-16,6	0,0	2,9
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	0	100,00	0	96,00	3144,00	238049,00	96,00	3144,00	238049,00	0,0	0,0	0,0
БУЗ ВО «Эртильская РБ»	0	74,03	0	92,75	3572,00	128518,00	68,66	3572,00	133754,07	-26,0	0,0	4,1

Рекомендуемое снижение должностей
штатной численности, %

Рекомендуемое повышение числа
посещений врачей, %

Рисунок 5.13 - Отчетная форма с результатами сопоставительного анализа и значениями показателей каждой медицинской организации, рекомендованных для снижения/повышения, ориентированных на достижение высокой эффективности деятельности

На примере БУЗ ВО «Рамонская РБ» сгенерирован отчет (рисунок 5.14).

57,02% БУЗ ВО «Рамонская РБ»			Peers: 2 References: 0
Potential Improvements			
Variable	Actual	Target	Potential Improvement
Всего должностей штатных	140,25	79,98	-42,98 %
Число посещений врачей	169572,00	169572,00	0,00 %
поступило пациентов	3874,00	3874,00	0,00 %
Peer Contributions			
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	84,62 %	
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	82,01 %	
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	89,60 %	
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	15,38 %	
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	17,99 %	
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	10,40 %	
Input / Output Contributions			
Всего должностей штатных	100,00 %	Input	
Число посещений врачей	65,64 %	Output	
поступило пациентов	34,36 %	Output	
Peers			
БУЗ ВО «Россошанская РБ»			
БУЗ ВО «Хохольская РБ»			

Рисунок 5.14 - Форма отчета, сформированная для каждой медицинской организации с заданием рекомендуемых к улучшению значений параметров (Actual - факт, Target – цель, Potential Improvement - потенциал улучшения)

Сформированные отчеты по 32-м медицинским организациям приведены в Приложении В.

Резюме

Изложена технология проведения сопоставительного анализа показателей деятельности медицинских организаций региона. Такая технология базируется на применении инструментальных средств бенчмаркинга Vanxia Frontier Analyst. Проведен расчет показателей

эффективности 32-х медицинских организаций региона для целей сопоставительного анализа.

На примере одной медицинской организации проведена детализация показателей эффективности и осуществлено выявление потенциала повышения эффективности. В частности, детализация эффективности медицинских организаций БУЗ ВО «Рамонская РБ» относительно БУЗ ВО «Россошанская РБ» показывает, что при расчетной эффективности Рамонской РБ с 57% потенциалом эффективности и при установлении цели на достижение 100% эффективности, этой медицинской организации необходимо обеспечить снижение численности на 42 штатные единицы (43% штатной численности врачей) при сохранении числа пролеченных пациентов и числа посещений врачей.

Далее, оценены потенциально возможные улучшения результатов деятельности медицинских организаций региона. Для достижения 100% эффективности каждой из районных больниц получены расчетные значения по снижению количества врачей, в среднем на 15,93% от штатной численности.

Следует отметить, что минимизация входных данных или максимизации выходных данных зависит от анализируемой ситуации. В случае модели максимизации выходных данных необходимо оценить, действительно ли возможно достичь целевых выходных данных, например, в ситуации, когда такие данные считаются недостижимыми из-за внешних факторов, тогда эта модель, вероятно, будет неуместной.

ГЛАВА 6. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РЕГИОНА НА ОСНОВЕ ИННОВАЦИОННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

6.1. Организация управления медицинскими организациями региона на основе сопоставительных оценок показателей деятельности и оценок удовлетворенности качеством медицинской помощи

Рассмотрим разработанный в настоящем диссертационном исследовании подход к организации процесса сопоставительного анализа в системе здравоохранения регионального уровня и комплекс управленческих решений, формируемых на его основе [53].

Для принятия решения о ликвидации/развитии той или иной медицинской организации органом управления здравоохранением региона на основе сопоставительных оценок (методология формирования таких оценок изложена в 3-й главе диссертации) и оценок степени удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи (методология формирования таких оценок изложена в 4-й главе диссертации) составляется классификационная матрица. Предлагаемая матрица содержит четыре категории и имеет вид, показанный на рисунке 6.1.

В частности, если медицинская организация имеет высокую эффективность, определенную в результате проведенной процедуры бенчмаркинга ($\geq 90\%$), и высокий показатель качества оказания медицинской помощи (индекс качества SQI положительный и $\geq 0,4$), то такую организацию относят к 1-й категории. Соответственно, иная медицинская организация, имеющая низкую эффективность ($< 70\%$) и отрицательный индекс качества ($SQI < -0,4$), будет отнесена к 4-й категории. При наличии промежуточных значений показателей эффективности и качества медицинские организации будут классифицированы во 2-ю или 3-ю категорию.

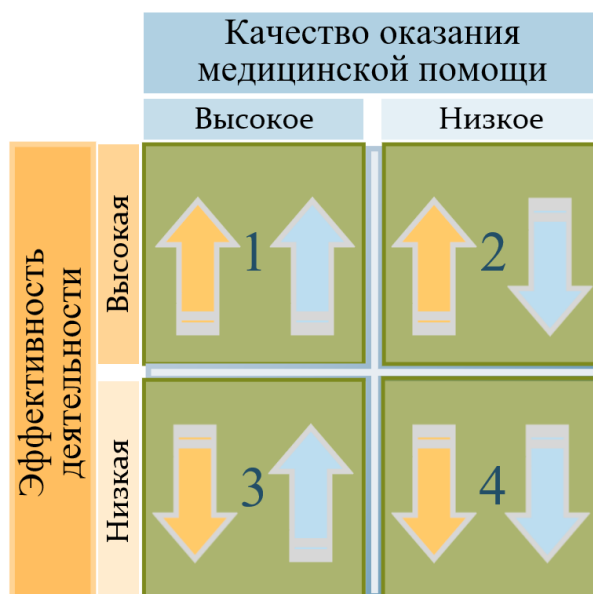


Рисунок 6.1 - Классификационная матрица с номерами категорий, присваиваемые медицинским организациям региона [53]

Проведенная классификация позволяет определить для медицинских организаций, отнесенных к одной из четырех категорий, соответствующий комплекс мероприятий, направленный на совершенствование их деятельности. Так, для медицинских организаций, отнесенных к 4-й категории (низкие показатели эффективности, низкие оценки качества) возможны следующие мероприятия:

1. Организация экспертизы по направлениям:
 - квалиметрическая оценка персонала;
 - оценка обеспеченности материальными и финансовыми ресурсами;
 - оценка маркетинговой деятельности медицинских учреждений (формирование потребительского спроса на медицинские услуги).
- 2. Проведение оценки качества медицинских услуг позволяет:
 - измерить качество оказанной медицинской помощи на основе модели удовлетворенности пациентов;
 - провести SWOT-анализ процесса оказания медицинских услуг, выявить риски обеспечения функционального качества медицинских услуг;

- оценить субъективные и объективные характеристики процессов оказания медицинской помощи по отдельным функциональным видам организации деятельности медицинской организации.

3. По результатам проведенного анализа осуществляется разработка стратегического планирования развития медицинской организации:

- внедрение методов социального стимулирования (повышение окладов, улучшение условий работы персонала, создание условий для повышения квалификации кадров);
- обеспечение медицинского учреждения современной материально-технической базой и новыми медицинскими технологиями;
- внедрение инновационных методов диагностики и лечения;
- изменение годовых объемных показателей с учетом качества оказания медицинской помощи - при участии в исполнении территориальной программы государственных гарантий;
- совершенствование системы контроля за доступностью и качеством оказываемых услуг;
- применение сценариев реструктуризации – повышение/понижение уровня специализации, уменьшение/увеличение коечного фонда, ликвидация в форме присоединения к эффективной медицинской организации.

Для медицинских организаций, отнесенных к 1-й категории (высокие показатели эффективности, высокие оценки качества), возможно проведение следующих мероприятий:

- внедрение методов материального стимулирования (повышение окладов, выплата премиальных по итогам отчетного периода);
- побуждение к улучшению условий работы персонала, формирование условий для повышения квалификации кадров;
- обеспечение необходимых условий для применения новых медицинских технологий, направленных на совершенствование

медицинской помощи, повышения профессиональных качеств медицинских работников;

- создание условий для организации и проведения приема медицинских работников на конкурсной основе.

Для повышения эффективности работы и совершенствования объективных и субъективных характеристик медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, относящимися ко 2-й или 3-й категории, применяются мероприятия, определенные для организаций из 1-й и 4-й категорий. При этом в составе мероприятий преобладают либо мероприятия по повышению эффективности деятельности (для организаций 3-й категории), либо мероприятия по повышению качества медицинских услуг (для организаций 2-й категории) [93].

Регулярное (один раз в полугодие) проведение процедур сопоставительного анализа показателей эффективности деятельности медицинских организаций региона является источником объективной информации в стратегическом планировании отрасли здравоохранения, т.к. задачи повышения эффективности использования ресурсов на основе перехода на интенсивные модели развития приводят к существенной реструктуризации сети медицинских организаций. Для управления процессом реструктуризации необходимо стратегическое планирование, направленное на обеспечение последовательной реализации государственной политики в области здравоохранения.

Регулярное (один раз в полугодие) измерение удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи по изложенной в настоящей диссертационной работе методике SERVQUAL является независимым источником информации для принятия управленческих решений.

В следующем разделе приводится алгоритм формирования таких решений с учетом результатов измерений качества медицинских услуг, оказанных в медицинской организации.

Кроме того, в оценку деятельности медицинских организаций следует включать данные медико-социального мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, эффективность использования ресурсов относительно основных показателей иных медицинских организаций региона.

В целом, рассмотренная методология сопоставительного анализа медицинских организаций региона создает предпосылки к внедрению экономически эффективных (рыночных) методов управления в здравоохранении [71].

При этом ключевым механизмом обеспечения устойчивого развития здравоохранения с ориентацией на совершенствование объективных и субъективных характеристик медицинской помощи и эффективности использования ресурсов является развитие конкуренции медицинских организаций. Это означает, прежде всего, целенаправленные усилия по развитию конкуренции в оказании медицинской помощи в системе ОМС.

6.2. Формирование управленческих решений в медицинской организации с учетом результатов измерений качества оказания медицинской помощи

Полученные результаты анализа удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи позволяют оценить состояние процесса оказания медицинских услуг с выделением конкретных аспектов ее совершенствования.

Оценка качества медицинского обслуживания проводится ежегодно в соответствии с приведенным алгоритмом оценки пациентами качества оказания медицинских услуг в стационаре.

ШАГ 1- оценка качества оказания медицинской помощи с помощью методики SERVQUAL и Gap-модели:

- Определение индекса качества (SQI) с применением методики SERVQUAL - опрос пациентов. Имеются ли в SQI и подкритериях какие-либо расхождения между ожиданием (O) и восприятием (B) медицинских услуг, предоставляемых стационаром:
 - - если существует расхождение между ожиданием и восприятием медицинской услуги (Gap 5);
 - - если $O \leq B$, то нет расхождения между ожиданием и восприятием медицинского обслуживания.
 - Какова величина и направление разрыва? Оценка производится по результату и значению:
 - - по результату (неудовлетворительно, удовлетворительно, успешно);
 - - по значению - числовое выражение, которое может быть: +, -, 0.
 - Какие критерии и подкритерии образуют разрыв Gap5: «Ожидание - Восприятие»?
 - На какие критерии и подкритерии руководству обратить внимание?
 - Обратная связь между пациентами и руководством организации для принятия управленческого решения. Это должно создать новый разрыв - разрыв Gap1 (между всеми критериями и руководством организации). Наличие разрыва означает несоответствие между стратегическими целями и результатами, измеренными методологией.
 - Проведение SWOT-анализа организации.
 - Мониторинг – отклонения по сравнению с прошлым периодом?
 - Сравнительный анализ между подразделениями в организации и другими медицинскими организациями на основе SERVQUAL.
9. Обучение – изучение опубликованных данных.
- ШАГ 2 - фокус на пациенте (удовлетворенность пациентов).
- Оценка медицинского обслуживания в целом.
 - Оценка медицинского обслуживания по компонентам.

- Оценка «Важность – Представление» завершается оценкой сильных и слабых сторон предложения медицинских услуг.
- Какие важные услуги не доступны на требуемом уровне? Руководство должно сосредоточиться на улучшении этой части предложения. Каковы важные услуги, которые стационар делает хорошо? Что нужно для поддержания хорошей производительности.
- Какие второстепенные услуги, которые оказываются посредственно? Они требуют внимания, потому что даже незначительные, имеют отношение к услуге в целом (пациент имеет психологическое свойство принимать услугу в целом).
- Каковы незначительные услуги, которые выполняются хорошо? Они связаны с ненужными издержками.
- Эти принципы позволяют руководству определять, куда сосредоточить усилия.

ШАГ 3 - оценка поведения всего персонала:

- Разработать мотивационный профиль персонала.
- Классифицируя мотивационные факторы и оценивая удовлетворение их сотрудников, определить тенденцию потенциального качества в будущем, выраженную путем добавления ценности через знания и информацию, тем самым формируя конкурентное преимущество.
- Повысить степень аргументации персонала медицинских организаций и побудить к повышению качества оказываемых медицинских услуг [93].

ШАГ 4 - определение основных показателей качества и количественных значений показателей качества:

- Для основных показателей качества - номинальные значения в разделе «Ожидание» (положительные, удовлетворительные значения для данных критериев близки к пожеланиям пациентов).

- Для вспомогательных критериев качества - требуется переоценка стандартов, которые создают эту часть сервиса.
- Разность между этими критериями определяется как разрыв между ожиданиями и восприятием медицинской услуги.

ШАГ 5 - применение алгоритма:

- Определить демографическую структуру потенциальных потребителей медицинских услуг (по полу, возрасту, типу болезни).
- Определение потребностей, связанных с заболеваемостью и потребностями, связанными с профилактикой.
- Определение того, какие сегменты рынка предпочтительны для медицинской организации?
- Разработка стратегического плана:
 - - дополнительная информация: факторы риска для обслуживаемого населения;
 - - доходы, социально-экономические факторы, культура, поведенческие стереотипы, отношение потребителей к здравоохранению и медицинской организации;
 - - осуществление контроля за подразделениями в организации;
 - - выполнение сопоставительного анализа на основе оценок уровня качества.

При проведении SWOT-анализа организации использован подход, обеспечивающий интеграцию методов «SERVQUAL–SWOT». По существу, подход «SERVQUAL–SWOT» является результатом обследования и эксперимента по объединению двух методов - методики SERVQUAL и метода SWOT-анализа. Идея реализуется в период организационного роста, как для оценки текущей ситуации, так и для выполнения стратегических задач.

Практика адаптации методологии к анализу SERVQUAL-SWOT заключается в следующем. Внутренняя среда организации строится на

основе критериев эффективности и подкритериев опросов «Ожидание» и «Восприятие» о медицинских услугах, поскольку они отражают больничные процессы и аспекты. Внешняя среда включает внешние факторы, такие как изменения в потребностях клиентов, новые продукты и технологии, медицина, подходы к диагностике и лечению, изменения в политике и законодательстве в области здравоохранения, изменения в ценностях общества и качестве жизни.

Результаты - значения QI и PIQ обследований «определяют, какие подкритерии и определяют сильные и слабые стороны внутренней среды. Положительные значения QI и PIQ и отрицательные, но близкие к нулю, определяют сильные стороны организации. Они считаются удовлетворительными и успешными.

Отрицательные значения QI и PIQ, которые приближаются к единице, выявляют слабые места организации. К возможностям относят внешние факторы, которые могут изменить PIQ данного критерия на положительное (высокое) значение. Угрозами считаются внешние факторы, способные изменить PIQ данного критерия на отрицательную (in - low) значимость» [161] (таблица 6.1).

Таблица 6.1 - Адаптация методики SERVQUAL к методу SWOT- анализа

Внутренняя среда организации	S	W
	QI/PIQ: значения (+) или (-), но около 0	QI/PIQ: значения < 0 или (-), но близкие к 1
Внешняя среда	O	T
	Факторы окружающей среды, которые меняют PIQ на (+) и (-) на высокое значение	Факторы окружающей среды, которые меняют PIQ на (-) и высокое к низкому значению

Рассмотрим реализацию подхода «SERVQUAL-SWOT» в медицинской организации ГКБ № 5. Согласно подходу «SERVQUAL-SWOT» сильные

стороны исследуемой больницы определяются чувствительностью к критериям, связанным с оборудованием. Руководство больницы прекрасно ориентируется на потребности пациентов. Персонал работает индивидуально с пациентами, решает проблемы со здоровьем оперативно и ответственно.

Между персоналом и пациентами установлен высокий уровень доверия. Подкритерии $M_1 - M_4$, хотя имеют удовлетворительные значения, отражают слабые места. Стратегическими целями в этом случае должны быть: изучение новых технологий, участие в проектах и программах по борьбе с гипертонией, поддержание мотивации.

Алгоритм применения подхода «SERVQUAL-SWOT» в практике управления медицинскими организациями региона включает следующие последовательные шаги:

Шаг 1. Медико-социологический опрос «Ожидания» качества оказания медицинских услуг для измерения ожиданий пациентов.

Шаг 2. Медико-социологический опрос «Восприятие» качества оказания медицинских услуг для измерения восприятия пациентов.

Шаг 3. Определение оценок «Ожидания» и «Восприятие» качества медицинской помощи.

Шаг 4. Расчет QI для каждого подкритерия.

Шаг 5. Расчет PIQ для каждого критерия.

Шаг 6. Расчет SQI.

Шаг 7. Определить уровень качества оказания медицинских услуг по значениям QI, PIQ и SQI и разделить их как успешные, удовлетворительные или неудовлетворительные.

Шаг 8. Адаптация методики SERVQUAL к SWOT-анализу путем построения матрицы SWOT, как применение любых критериев, как указано в таблице 6.3.

Шаг 9. Сравнение результатов со стратегическими целями и установление новых целей для улучшения.

Критерии и подкритерии методики SERVQUAL отражают структуру

и функции организации и доступ к ней. Это определяет их как параметры для оценки внутренней среды организации (больницы).

Универсальность SWOT-анализа придает характер «открытой системы», матрица может «принимать» различные критерии оценки, согласно взглядам руководства в качестве критериев, касающихся: финансовой части, медицинской части или пациентов.

Интеграция методики SERVQUAL с методом SWOT-анализа позволила обосновать и принять ряд управленческих решений, основой которых являлись результаты сопоставительного анализа. Были подготовлены и приняты Постановления правительства Воронежской области о реорганизации путем присоединения:

- БУЗ ВО «Городская больница №17» (постановление от 12 сентября 2016 г. № 676);
- КУЗ ВО «Воронежская областная специализированная онкологическая больница» (постановление от 19 октября 2016 г. № 776);
- БУЗ ВО «Воронежская городская детская клиническая больница № 1» (постановление от 19 октября 2016 г. № 773);
- БУЗ ВО «Поликлиника №15» (постановление от 19 октября 2016 г. № 772);
- БУЗ ВО «Поликлиника №19» (постановление от 19 октября 2016 г. № 774).

Реализация этих постановлений позволила провести реструктуризацию процессов оказания медицинской помощи, подготовить условия для повышения эффективности здравоохранения региона.

В целом, по результатам сопоставительного анализа, для реформирования стационарной медицинской помощи в среднесрочном периоде необходимо:

1. Применение для лечения в стационарах инновационных медицинских технологий, а также специализация коек по назначению: интенсивного лечения; восстановительного лечения; сестринского ухода.

2. Реализация клинических рекомендаций, стандартов оборудования и клиничко-статистических групп на перечисленные выше койки. Соотношение

затрат должно быть примерно следующим - 2: 1,5: 1. Провести кадровый аудит и сформировать планы повышения квалификации врачей.

3. Развивать сеть организаций и служб «паллиативной помощи и долговременного ухода за пациентами (включая увеличение количества медицинских и социальных коек для граждан старшей возрастной группы и инвалидов)» [148].

Далее, информационная подсистема сопоставительного анализа использовалась для выработки стратегических управленческих решений по одной из проблем ресурсного обеспечения деятельности системы здравоохранения - проблеме кадрового обеспечения.

Рассматривались региональные показатели обеспеченности населения врачами (без учёта совмещений), персоналом со средним медицинским образованием, коэффициент соотношения врачей и персонала со средним медицинским образованием. Показатель полноты охвата врачей квалификационными категориями в 2015 г. составил 61,1 %, среднего медицинского персонала – 72,9 % из числящихся на медицинских должностях в медицинских организациях, подведомственных департаменту здравоохранения. Причинами этого являются как недостатки в системе медицинского образования, так и невысокий уровень оплаты труда.

Имеется устойчивая тенденция оттока кадров из отрасли здравоохранения, сложился дефицит врачей первичного звена, часть из них совершенствуется как врачи-специалисты. Положение усугубляется недостаточной укомплектованностью врачами – 94 % и высоким коэффициентом их совместительства - 1,3. Как отмечает Стародубов В.И. «свидетельствует о дефиците ряда врачей ряда специальностей и высокой интенсивности их труда. Совмещение в ряде случаев обусловлено низкой заработной платой и стремлением компенсировать её за счёт увеличения нагрузки» [148].

В то же время проведенный сопоставительный анализ районных больниц показывает, что в этих организациях существует избыточная

численность врачей. Для неэффективных организаций рекомендуемое снижение должностей штатной численности – от 43% до 18%, что является существенным внутренним резервом.

Проведенный сопоставительный анализ городских больниц с учетом уровня их специализации показывает избыточную численность врачей в неэффективных медицинских организациях. При этом (как видно из рисунка 5.12 диссертации), избыточная численность превышает 37% по отношению к численности медицинской организации-лидера.

Для целей совершенствования обеспечения системы здравоохранения региона необходимыми кадровыми ресурсами необходимо:

1. «Обеспечить оптимальное соотношение медицинского персонала, его численность и структуру. Для этого наряду с увеличением оплаты труда медицинского персонала, предусмотренного указом президента РФ (врачи - в 2 раза по отношению к средней заработной плате по экономике региона, средний медицинский персонал - на уровне средней заработной платы по экономике), должны быть предусмотрены дополнительные меры. [155]

Среди них:

- оптимизировать номенклатуру медицинских специальностей;
- дальнейшее развитие профессиональных стандартов;
- обосновать стандарты обеспечения медицинским персоналом в разрезе специальностей с учетом изменившихся потребностей населения в медицинской помощи и современных технологий ее обеспечения» [148].

2. Повышение квалификации медицинского персонала. Внедрить современные технологии повышения квалификации врачей [55]. Наиболее важными направлениями развития непрерывного образования являются:

- увеличить часы профессионального роста медицинского персонала с 144 до 250 ч;
- комплексная подготовка (экономика здравоохранения, управление качеством медицинской помощи и т.д.);

- внедрение инновационных ИТ-технологий современности в последипломное образование врачей, применение методов искусственного интеллекта в медицине, ведения электронной медицинской карты.

3. Повысить мотивацию медицинских кадров к качественному труду.

Для этого необходимо:

- повысить оплату труда медицинских работников;
- уменьшить техническую нагрузку на высококвалифицированный персонал путём увеличения числа среднего медицинского персонала, а также автоматизации документооборота, путём внедрения электронных медицинских карт;
- предусмотреть меры по позитивному освещению роли медицинской профессии в СМИ.

Кроме того, следует учитывать текущую возрастную кадровую ситуацию в отрасли. Как отмечает Стародубов В.И. «по данным Минздрава РФ на 2015 год, в государственном и муниципальном здравоохранении работают около 15 % работников старше пенсионного возраста и 45 % в предпенсионном возрасте. Ежегодный выпуск медицинских вузов и школ сократится из-за демографического провала. В настоящее время молодых людей в возрасте 21 года в 2 раза больше, чем детей в возрасте 5-14 лет, соответственно, количество обратившихся снизится. Такая ситуация приводит к нехватке кадров в здравоохранении и необходимости использовать труд пенсионеров» [148].

Таким образом, приведенные примеры использования подсистемы бенчмаркинга в деятельности органа управления здравоохранением региона для формирования решений по оптимизации работы коечного фонда и обеспечения кадровыми ресурсами свидетельствуют о ее возможностях осуществлять информационную поддержку таких решений. При использовании подсистемы бенчмаркинга осуществляется научная обоснованность выработки стратегических управленческих решений, направленных на развитие здравоохранения региона.

Далее, рассмотрим организационно-методические аспекты повышения эффективности оказания медицинских услуг организациями региона, действующих в рамках территориальной Программы государственных гарантий [60, 61, 66]. Отметим, что в организации взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций и органа управления здравоохранением по вопросам координации ресурсов применяют общие правила функционирования и подходы при оценке показателей эффективности. Аналогичные правила приняты при взаимодействии со структурами, занимающимися управлением ресурсами и обеспечением качества медицинской помощи [50].

Межведомственная комиссия по разработке территориальной Программы государственных гарантий - постоянно действующая экспертная структура высшего уровня в системе ОМС Воронежской области. Одной из целей Комиссии является координация использования ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи в регионе в часто меняющихся условиях. Основными задачами такой комиссии являются:

- сбор на регулярной основе показателей деятельности медицинских организаций, функционирующих в системе ОМС Воронежской области;
 - совершенствование механизма расходования ресурсов в условиях изменяющейся потребности населения в медицинской помощи, контроль за соблюдением порядка расходования выделенных ресурсов;
- осуществление распределения и перераспределения объемов медицинской помощи по видам и условиям предоставления медицинской помощи, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Управление ресурсами медицинских организаций регионального уровня представлено в виде следующих этапов. На первом этапе определяется порядок взаимодействия сторон, проработка концепции,

определение объема потребных ресурсов, необходимых для оказания доступной медицинской помощи с надлежащим качеством.

На втором этапе – подготавливается информационно-аналитическое и техническое обеспечение, предназначенное для целей управления процессами оказания медицинской помощи, прорабатываются общие правила, единые подходы в оценке и контролю качества медицинской помощи, применению клинических руководств и медицинских стандартов, формированию территориальной программы государственных гарантий ОМС, согласование и утверждение соответствующих нормативных актов.

На третьем, основной этапе, осуществляется обеспечение адекватной медицинской помощи в контексте основных направлений: потребность населения в объемах и видах медицинской помощи и возможности медицинских организаций, развитие концепции тотального менеджмента качества (TQM), планирование, использование и контроль имеющихся ресурсов.

Четвертый, результирующий этап - содержит получение, анализ и контроль сведений, относящихся к управлению ресурсами медицинских организаций региона, в сравнении с достигнутым уровнем оказания медицинской помощи.

Для обеспечения эффективного использования ресурсов ОМС организационные механизмы должны подкрепляться эффективными экономическими стимулами.

Необходимость стимулирования связана с тем, что расходы на оказание медицинской помощи населению в сфере ОМС превышают установленные нормативы потребления, то с целью выравнивания условий деятельности фондов ОМС субъектов РФ Федеральный фонд направляет субвенции на финансирование территориальных программ ОМС.

Выполнение в полном объеме обязательств государства в области охраны здоровья возможно лишь на основе единой концепции финансирования в сфере здравоохранения. Мероприятия по охране здоровья

осуществляются на базе взаимодействия административных, организационных и экономических инструментов органов управления здравоохранением и системы ОМС. В интересах оценки реального объема финансовых средств на оказание застрахованным в сфере ОМС лицам ежегодно разрабатывается и утверждается территориальная программа государственных гарантий ОМС. Такая программа включает виды, профили и условия оказания медицинской помощи, при которых факты обращения за медицинской помощью считаются страховыми случаями. В эту программу внесены перечни медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в сфере ОМС, в рамках территориальной программы государственных гарантий.

Следует отметить, что расчет необходимого объема финансовых средств основывается на федеральных нормативах потребления медицинской помощи, разработанных и утвержденных Минздравом РФ.

Для рационального распределения ресурсов регионального здравоохранения, выделяются приоритетные направления использования имеющихся средств. Приоритеты устанавливаются таким образом, чтобы государственные ресурсы способствовали улучшению состояния здоровья населения в целом за счет использования максимально эффективных видов медицинской помощи с точки зрения укрепления общественного здоровья на единицу затрат. С этой целью разрабатывается согласованный набор критериев для выбора приоритетов в предоставлении медицинской помощи.

Эти ключевые области должны реализовываться системно в рамках предлагаемого механизма управления ресурсами на основе методологии сопоставительного анализа и постоянно развиваться путем определения приоритетов при их использовании для достижения основополагающей цели повышения продолжительности и качества жизни.

Резюме

Предложена методика формирования управленческих решений по повышению эффективности медицинских организаций на базе матрицы

классификации. Такая матрица формируется из сопоставительных оценок эффективности и оценок удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи по каждой медицинской организации.

Показан механизм формирования управленческих решений в медицинской организации с учетом результатов измерений качества оказанной медицинской помощи. Приведен алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи с помощью методики SERVQUAL и Gap-модели.

Использован подход, обеспечивающий интеграцию методов «SERVQUAL–SWOT», как результат обследования и эксперимента по объединению двух методов - методики SERVQUAL и метода SWOT-анализа.

На основе предложенной организационной технологии возможно формирование решений по оптимизации работы коечного фонда и обеспечения кадровыми ресурсами. Были приняты управленческие решения, основой которых являлись результаты инструментального бенчмаркинга по реорганизации путем присоединения 5 медицинских организаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное диссертационное исследование содержит три части:

- обзор и анализ концепций для оценки эффективности деятельности организаций и сопоставление подходов к оценке эффективности здравоохранения;
- методологическая часть, посвященная вопросам обоснования и выбора методов оценки эффективности деятельности медицинских организаций с учетом современной трактовки понятия эффективности;
- эмпирическая часть, связанная с оценкой и анализом эффективности лечебной деятельности государственных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь и измерением удовлетворенности качеством медицинской помощи на основе инновационных организационных технологий, разработанных в диссертации.

Значительные новые научные результаты части обзора и анализа включают следующие положения.

Во-первых, проанализировано существенное количество работ, в которых оценивается исключительно экономическая эффективность медицинских учреждений. Имеется небольшое число публикаций, освещающих эффективность лечебной деятельности медицинских учреждений, что является основной целью их функционирования. В результате исследования используется очень узкий спектр показателей эффективности, в основном экономических, в качестве переменных, по которым оценивается эффективность работы медицинских организаций.

Во-вторых, при исследовании моделей эффективности в отрасли здравоохранения установлено значительное различие в подходах, используемых отечественными и зарубежными учеными. В западных исследованиях применяются схемы причинно-следственных отношений, построенные с использованием математических методов и моделей, в том

числе методы анализа среды функционирования DEA и анализа стохастической границы производственных возможностей ASF. В отечественных исследованиях преобладают модели и методы количественного анализа. Следовательно, выявлено существенное различие между отечественными и зарубежными исследованиями моделей и методов управления в отрасли здравоохранения.

В-третьих, были систематизированы оценки эффективности деятельности медицинских организаций регионов, используемые органами государственной власти. При этом проведен системный анализ региональных общедоступных утвержденных методик оценки эффективности работы медицинских организаций в органах исполнительной власти ряда субъектов РФ, которые были разработаны или на основе примерных показателей эффективности работы медицинских организаций, рекомендованных Минздравом России или по собственной инициативе.

Среди значимых результатов методологической части работы с научной новизной можно назвать следующие.

Во-первых, определена методика оценки деятельности медицинских организаций, в которой сочетаются как экономические (производственная эффективность), так и медицинские аспекты деятельности медицинской организации (оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи). Построение оценок эффективности медицинских организаций и образование классификационной матрицы основывается на следующих принципах:

- многомерности, при которой деятельность медицинской организации, как правило, моделируется как отображение множества «входных» (ресурсов) и множества «выходных», описывающих результаты;
- многоаспектности, которая подразумевает, что деятельность организации оценивается в различных аспектах, таких как техническая эффективность оказанной медицинской помощи, функциональная эффективность оказанной медицинской помощи;

- многосубъектности, при котором эффективность деятельности организации должна быть интегральным показателем, обобщающим ее деятельность в соответствии с присущими критериями оценивания.

Во-вторых, в методической части работы проведена адаптация математических методов бенчмаркинга для отрасли здравоохранения, позволяющих оценить эффективность медицинских организаций. Для этого были разработаны средства инструментального бенчмаркинга на основе анализа границы производственных возможностей, предназначенные для проведения сопоставительного анализа показателей деятельности медицинских организаций с целью определения оценок эффективности использования имеющихся ресурсов. Для определения оценок эффективности деятельности медицинской организации выбрана методика сопоставимых показателей, позволяющий определить оценки эффективности как меры отдаления от границы, на которой расположены медицинские организации-лидеры. Это позволяет ранжировать организации по показателям эффективности на основе численной информации, исключая субъективный подход к их получению.

В-третьих, предложен подход к измерению удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи по изложенной в настоящей диссертационной работе методике SERVQUAL. Для этого проводится медико-социологическое исследование с применением разработанной анкеты. Статистический анализ результатов обследования дает значения удовлетворенности, которые являются независимым источником информации для принятия управленческих решений с учетом результатов измерений качества медицинских услуг, оказываемых в медицинской организации.

В эмпирической части работы, посвященной созданию и апробации инновационных организационных технологий, относятся обладающие научной новизной следующие.

Во-первых, для оценки эффективности деятельности медицинских организаций региона определены наиболее значимые показатели деятельности, используемые как исходные данные для инструментального бенчмаркинга.

Во-вторых, проведен анализ эффективных медицинских организаций с указанием количества медицинских организаций, для которых они являются лидерами. Детализированы составляющие эффективности медицинских организаций-аутсайдеров относительно медицинских организаций-лидеров. Существенным результатом при низкой эффективности некоторых медицинских организаций является вывод о необходимости снижения численности штатных единиц врачей при сохранении числа пролеченных пациентов и числа посещений врачей. Основное направление достижения высокой эффективности медицинских организаций – повышение производительности врачей с последующим снижением численности занятых врачей. Полученные оценки бенчмаркинга стационаров региона являются исходными данными для формирования сценариев реструктуризации.

Органы здравоохранения определяют стратегию реструктуризации системы оказания стационарной медицинской помощи, которая позволяет повысить уровень ее эффективности, исключить нецелевое использование или злоупотребление региональными ресурсами здравоохранения. Расчеты показывают, что городские больницы с высокой специализацией эффективнее других больниц региона.

В-третьих, было проведено количественное измерение удовлетворенности пациентов качеством оказываемой помощи. Она проводилась по результатам медико-социологического обследования пациентов по разработанной анкете. Опрос проводился в медицинских организациях Воронежской области государственной формы собственности, участвующих в системе ОМС. Анкета состояла из трех частей, содержащих как общие вопросы (пол, возраст и т.п.), так вопросы относительно ожидания и восприятия качества медицинской помощи. Ответы респондентов

отображались на шкалу Лайкерта. Предложен новый подход и алгоритм оценки качества стационарного лечения. Это достигнуто путем интеграции адаптированной методологии SERVQUAL и модели GAP в контексте всеобщего управления качеством (TQM).

В-четвертых, в результате построения матрицы оценок эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную и поликлиническую помощь, функционирующих в рамках территориальной программы ОМС они классифицированы в одну из четырех групп, каждая из которых предполагает набор сценариев с перечнем мероприятий, направленных на повышение эффективности их деятельности. Выделены медицинские организации-лидеры и медицинские организации-аутсайдеры и определены те показатели деятельности, которые необходимо достичь для повышения своей эффективности.

Разработанные инновационные организационные технологии являются инструментом управления, который может использоваться для стимулирования конкуренции в сфере управления региональным здравоохранением. Для этого есть определенные аргументы.

1) При использовании сопоставительного анализа происходит ориентация руководства здравоохранения региона на предпочтения граждан. С его помощью сопоставляются предоставляемые медицинские услуги и показатели деятельности медицинских организаций. Такой анализ заполняет пробелы в перечне услуг, предоставляемых в данном месте или наоборот, критически рассматривает необходимость использования ресурсов для тех услуг, которые предоставляются в данном месте и возможность которых предоставляется на рыночной основе. Для более правильной оценки результата аналитическая функция сравнения в рамках бенчмаркинга должна сопровождаться выявлением предпочтений граждан посредством опросов.

2) Бенчмаркинг также способствует оптимальному распределению ресурсов, выявляя неэффективность оказания медицинской помощи и предоставляя направления для роста эффективности. Он также выступает в

качестве инструмента оценки инвестиционных направлений, поскольку анализ определяет, какие ресурсы по-прежнему необходимы для производства определенных значимых услуг. В этой связи бенчмаркинг способствует росту инновационной деятельности, особенно в плане совершенствования организационной структуры и ее распространению среди органов здравоохранения.

3) Результаты анализа качества предоставляемых услуг также дают информацию для совершенствования системы оплаты труда медицинского персонала.

4) В организации непрерывного процесса обучения и совершенствования, вызванного подходом, основанным на сравнительном анализе, повышается гибкость и приспособленность работы медицинских организаций региона к изменениям внешних факторов и к потребностям граждан.

Приведенные выводы свидетельствуют о том, что инновационные организационные технологии полезны в практике управления медицинскими организациями региона. Их использование может быть востребовано с учетом того, что имеется значительный практический опыт применения методов социальной конкуренции в государственном секторе в недавнем прошлом.

Проведенные исследования и полученные результаты подтверждают целесообразность использования разработанных в настоящей диссертационной работе инновационных методов управления к внедрению в управление здравоохранением региона для повышения эффективности его функционирования, достижения медицинской, социальной, экономической эффективности.

ВЫВОДЫ

1. Исследование основных подходов к определению важнейших для целей управления системой здравоохранения понятий эффективности и результативности показывает, что принятая на практике модель эффективности не отвечает современным методам управления. Эта модель включает следующие показатели: «медицинская результативность» и «своевременность оказания медицинской помощи». В федеральном законе 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» отсутствуют определения таких понятий, как эффективность и результативность. В основном органы управления здравоохранением региона применяют методику оценки эффективности, полученную путем свертки показателей и их сравнение с показателями за прошлые периоды. В практической деятельности управления не используются методики с определением границ производственных возможностей медицинских организаций.

2. Одной из составляющих инновационной организационной технологии является инструментальный бенчмаркинг и на его основе сопоставительный анализ как управленческая технология, предлагающая новые методы работы при управлении здравоохранением региона, необходимые для достижения цели повышения эффективности медицинских организаций путем выявления неэффективных и определения направления совершенствования. Сопоставительный анализ позволяет исключить субъективные оценки при сравнении деятельности организации-аутсайдера с деятельностью медицинских организаций-лидеров, позволяет сформировать информацию для принятия решения по выбору направления по повышению эффективности своей работы и обеспечению качества медицинской помощи, оказываемой пациентам.

3. Предложенная инновационная организационная технология позволяет решать задачи реструктуризации региональной системы оказания медицинской помощи. Тем самым ориентирует на поддержание медицинской

помощи на должном уровне, способствует достижению установленных целевых показателей по уровню смертности и заработной плате медицинских работников путем проведения значительных изменений (сокращение численности медицинских работников, переход от стационарной помощи к амбулаторной, уменьшение количества коек и т.д.), путем изменения структуры региональной системы здравоохранения. И, как следствие, повышается эффективность региональной системы здравоохранения. Результаты анализа индекса специализации стационаров и оценок эффективности оказываемых стационарных услуг дают информацию для формирования сценариев реструктуризации региональной системы оказания стационарной медицинской помощи, позволяют обосновать соответствующие управленческие решения.

4. Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи производится на основе подхода, при котором оценка качества оказания медицинской помощи определяется как разность ожиданий пациента в отношении качества медицинских услуг до их получения и восприятия в момент и после их получения. Восприятие качества осуществляется в двух основных аспектах: то, что получает пациент (технический аспект качества) и как пациент получает медицинскую услугу (функциональный аспект качества). Как составляющая инновационной организационной технологии предложена и реализована в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, методика измерения удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи SERVQUAL.

Проведенная интеграция методики измерения удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи SERVQUAL и методики развертывания функций качества QFD позволяет создать информационную модель качества медицинских услуг, с помощью которой определяются пути совершенствования качества медицинских услуг в организации, выявляются приоритеты над лечебным, сервисным, поддерживающим и маркетинговым

бизнес- процессами для осуществления их корректировки.

5. Для достижения 100% эффективности районными больницами получены оценки потенциально возможных улучшений результатов деятельности медицинских организаций региона. К одному из основных направлений достижения высокой эффективности медицинских организаций относится повышение производительности врачей с последующим снижением численности занятых врачей. При этом другие параметры деятельности «Число посещений врачей» и «Поступило пациентов» остаются неизменными. В частности, детализация эффективности медицинской организации БУЗ ВО «Рамонская РБ» относительно БУЗ ВО «Россошанская РБ» показывает, что при расчетной эффективности БУЗ ВО «Рамонской РБ» с 57% потенциалом эффективности и при установлении цели на достижение 100% эффективности, этой медицинской организации необходимо обеспечить снижение численности на 42 штатные единицы при сохранении числа пролеченных пациентов и числа посещений врачей.

Для достижения 100% эффективности каждой из 32-х районных больниц получены расчетные значения по снижению количества врачей, в среднем на 15,93% от штатной численности.

Анализ показателей эффективности больниц, действующих на территории Воронежской области (56 медицинских организаций), полученных методом сопоставительного анализа, показывает, что ряд больниц, расположенных в границах г. Воронежа, имеют излишнюю численность врачей в диапазоне 37 – 94 % от штатной численности.

На основе предложенной организационной технологии по данным инструментального бенчмаркинга были сформированы управленческие решения, направленные на реорганизацию путем присоединения пяти медицинских организаций.

6. Применение инновационных организационных технологий позволяет:

- выявить факторы, имеющие наибольшее влияние на оценку эффективности деятельности медицинских организаций, полученную методом сопоставительного анализа;
- провести ранжирование медицинских организаций региона по сопоставительным оценкам эффективности их деятельности;
- оценить удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи путем определения индекса качества SQI;
- определить важность каждого подкритерия в оценке удовлетворенности качеством медицинских организаций и провести SWOT-анализ деятельности медицинской организации;
- определить по классификационной матрице для каждой медицинской организации, отнесенной к одной из четырех категорий, соответствующий комплекс мероприятий, направленный на совершенствование их деятельности;
- на основе разработанных сценариев реструктуризации медицинских организаций определить возможность разработки планов развития и сформировать управленческие решения как по ряду неэффективных медицинских организаций, так и по системе здравоохранения региона в целом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органу управления здравоохранением на федеральном уровне:

- при формировании нормативной базы по организации специализированной медицинской помощи руководствоваться показателями и критериями оценки эффективности деятельности медицинских организаций;

- провести пилотную апробацию инновационных организационных технологий региональной модели управления специализированной медицинской помощью в субъектах различных федеральных округов РФ.

2. Органам управления здравоохранением на региональном уровне:

- использовать при разработке региональных проектов по рациональному использованию ресурсов в системе здравоохранения предложенные инновационные организационные технологии;

- использовать методику измерения удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в медицинских организациях.

3. Территориальным фондам обязательного медицинского страхования использовать в работе Комиссий по разработке территориальной программы ОМС разработанные оценки эффективности деятельности медицинских организаций, полученные с применением инновационных организационных технологий, для наделения объемами медицинской помощи, включенных в реестр медицинских организаций, функционирующих в сфере ОМС.

4. Федеральным государственным образовательным организациям высшего образования включить в образовательные программы высшего медицинского и дополнительного профессионального образования тематику по инновационным организационным технологиям, направленным на эффективное использование ресурсов в системе здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авксентьев, Н.А. Оценка эффективности региональных расходов на здравоохранение в России / Н.А. Авксентьев [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2015. № 4. С.10-20.
2. Аганбегян, А.Г. Тревожный звоночек: в России прекратилось снижение смертности населения / А.Г. Аганбегян // Экономика здравоохранения. – 2015. – Т.10, №2. – С. 63-76.
3. Акулов, А.О. Сравнительный анализ деятельности предприятий как метод обоснования управленческих решений в условиях применения инновационной модели менеджмента диссертация ... кандидата экономических наук: 08.00.05 / Акулов А.О. – Кемерово, 2010. – 263 с.
4. Александрова, А.Л. Методика мониторинга результативности услуг здравоохранения на муниципальном уровне / А.Л. Александрова, А.Ю. Колесник, М.В. Якимович. – М., 2005. – 51 с.
5. Александрова, О.Ю. Совершенствование контроля качества медицинской помощи в условиях ОМС / О.Ю. Александрова, С.А. Суслин // О медицинском страховании. 2009. №2. С. 10-12.
6. Артемьева, М.А. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления / М.А. Артемьева // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2017. – С. 389-399.
7. Архипова, М.А. Методологические основы программной поддержки технологии QFD для решения задач бизнес-инжиниринга / М.А. Архипова, Д.В. Кудрявцев – http://www.rea.ru/ru/publications/AttachmentsLibrary/СборникИПУЗ_МЭСИ_2015f1.pdf#6
8. Бараз, В.Р. Выборочный метод статистического анализа. Учебное электронное текстовое издание. Подготовлено кафедрой металловедения.

Научный редактор: доцент, канд. техн. наук С.И. Паршаков / В.Р. Бараз.
Издательство ГОУ-ВПО УГТУ-УПИ, 2008. – 67 с.

9. Бармина, Т.В. Культура потребления медицинских услуг в современном российском обществе: автореф. дис. ... канд. социол. наук: 14.00.52 / Бармина Т.В. – Волгоград, 2009. – 32 с.

10. Белоусова, М.С. Цена вопроса экспертизы качества оказания медицинской помощи в лечебном учреждении / М.С. Белоусова, А.А. Васильев // Здравоохранение. – 2007. – № 10. – С. 56–59.

11. Беляков, Р.Д., Использование анализа среды функционирования для оценки эффективности расходования бюджетных средств регионами Сибирского федерального округа / Р.Д. Беляков, Е.П. Моргунов // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. – 2011. Т. 1, № 7. – С. 351-352.

12. Бенчмаркинг в сфере услуг: монография / Ж.В. Горностаева [и др.]; ГОУ ВПО «Южно-Рос. гос. ун-т экономики и сервиса». – Шахты: ГОУ ВПО «ЮРГУЭС», 2009. – 97 с.

13. 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.

14. Бородин, В.И. Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качестве медицинской помощи / В.И. Бородин [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. 1993. № 7. С. 5.

15. Бочарова, А.К. Механизм оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации / А.К. Бочарова. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. – 68 с.

16. Винокурова, А.М. Бизнес-планирование в практике коммерческой медицинской организации / А.М. Винокурова, Р.А. Поздняков, И.С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 5. – С. 30-37.

17. Вишняков, Н.И. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи /Н.И. Вишняков, Н.Г. Петрова, С.А. Балохина. Мартиросян М.М, Петров М.В., Темирова Л.Х., Шатковская О.В. // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 2(45). – С. 43–45.

18. Вязикова, А.А. Сравнительный анализ методик оценки эффективности системы здравоохранения / А.А. Вязикова // Междунар. студенч. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 25 янв. 2016 г.). В 2т. Т.1/ ред.: О.Н. Широков [и др.] – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. – № 1 (8). – С. 27-31.

19. Вялков, А.И. Роль руководителей здравоохранения во внедрении новых технологий управления в отрасли / А.И. Вялков // Общественное здоровье и управление здравоохранением и подготовка кадров. – М., 2002. – С. 9-12.

20. Вялков, А.И. Управление качеством в медицинских учреждениях / А.И. Вялков, П.А. Воробьев // Главврач. – 2013. – №3. – С.59.

21. Габбасов, А.Б. Управление здравоохранением в республике Казахстан: (организационно-правовые вопросы): автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Габбасов А.У. – Астана, 2007. – 24 с.

22. Гайдуков, А.И. Подход к формированию, хранению и обработке частично структурированных медицинских документов в формате ISO/HL7 27932:2009 (HL7 CDA R2) в медицинских информационных системах / А.И. Гайдуков, А.С. Балюк, С.Ю. Реймеров // Врач и информационные технологии. – 2012. – № 5. – С. 6–15.

23. Гальперин, В.М. Микроэкономика / Гальперин В.М., Игнатъев С.М., В.И. Моргунов. – Т.2. – СПб.: Экономическая школа, 1999. – 494 с.

24. Гасников, В.К. О методологических проблемах развития информатизации управления в здравоохранении / В.К. Гасников // Врач и информационные технологии – 2004. – № 2. – С. 4-11.

25. Глухова, Г.А. Медико-социологические аспекты организации медицинского обслуживания населения / Г.А. Глухова // Вопросы экономики

и управления для руководителей здравоохранения. – 2011. – № 5 (116). – С. 12–14.

26. Голубева, Т.Г. Бенчмаркинг как эффективный инструмент управления организацией / Т.Г. Голубева, О.Н. Елисеев // Качество. Инновации. Образование. – 2002. – № 1. – С. 60–62.

27. Гончарова, Е.Ю. Независимая экспертиза как инструмент влияния страховых медицинских организаций на показатели деятельности исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения /Е.Ю. Гончарова, И.В. Рыкова, А.А. Старченко, Е.Н. Третьякова // О медицинском страховании. – 2011. – №23. – С. 9-18.

28. ГОСТ Р ИСО 13053-1- 2015 Статистические методы. Количественные методы улучшения процессов «Шесть сигм». Часть 1. Методология DMAIC. – М.: Стандартинформ, 2016. – 31 с.

29. ГОСТ Р ИСО 13053-2-2015 Статистические методы. Количественные методы улучшения процессов «Шесть сигм». Часть 2. Методы. – М.: Стандартинформ, 2016. – 47 с.

30. ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Системы менеджмента качества. Требования. – М.: Стандартинформ, 2018. – 32 с.

31. Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации». 2012 // Сетевой архив Nginx. – Режим доступа: http://img.rg.ru/pril/article/69/49/25/Proekt_Zdravoochranenie.pdf.

32. Гуннар, З. Бенчмаркинг. Руководство для практиков / Пер. с нем., под ред. Манжосова Г.П. – М: КИА центр, 2006. – 128 с.

33. Данилов, А.В. Влияние внедрения в процесс лечения достижений научно-технического прогресса на преобразования в региональном здравоохранении / А.В. Данилов, Л.В. Денисова, К.Б. Московченко // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т.21, №1. – С. 4-13.

34. Данилов, А.В. Измерение степени удовлетворенности пациентов при оценке качества оказания услуг в стационаре на основе методики

SERVQUAL / А.В. Данилов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 4. – С. 904-908.

35. Данилов, А.В. Измерение степени удовлетворенности пациентов при оценке качества оказания услуг в стационаре на основе методики SERVQUAL / А.В. Данилов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 4. – С. 904-908.

36. Данилов, А.В. Инновационные организационные технологии для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне. Монография // Воронеж, 2021. – 183 с.

37. Данилов, А.В. Концепция территориальной модели ОМС, предусматривающей соплатежи взрослых трудоспособных неработающих граждан / А.В. Данилов, Б.А. Ермаков, Т.Б. Каташина, Л.А. Гришина // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2016. № 2. С. 40-47.

38. Данилов, А.В. Методика анализа субъективных и объективных характеристик медицинских услуг для целей дизайна качества медицинских услуг / А.В. Данилов // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 9. – С. 19-25.

39. Данилов, А.В. Методические подходы к измерению удовлетворенности качеством медицинских услуг пациентами для целей формирования управленческих решений на региональном уровне / А.В. Данилов, Е.А. Исаенкова // Моделирование, оптимизация и информационные технологии – 2017. – № 3 (18). – Режим доступа: <https://moitvvt.ru/ru/journal/pdf?id=366>.

40. Данилов, А.В. Механизм администрирования соплатежей взрослых трудоспособных неработающих граждан в системе ОМС на территориальном уровне / А.В. Данилов, Б.А. Ермаков, Т.Б. Каташина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т.21, №1. – С. 38-46.

41. Данилов, А.В. Механизмы обеспечения защиты прав и законных интересов застрахованных граждан при оказании медицинской помощи (на примере Воронежской области) / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина, Е.А.

Исаенкова // В сборнике: Исследование и практика в социально-экономической и гуманитарной сфере, сборник избранных статей Всероссийской (национальной) научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 2020. – С. 34-36.

42. Данилов, А.В. Мониторинг обращений граждан как важнейшее условие обеспечения надлежащего оказания медицинской помощи в системе ОМС / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина // Медицинское право. – 2016 – Т. 2, № 2 (4). – С. 69-75.

43. Данилов, А.В. Некоторые аспекты внедрения общероссийской методологии определения тарифов на основе клинико-статистических групп на территории субъекта РФ, имеющего опыт оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, по групповым тарифам и за законченный случай лечения / А.В. Данилов, К.Б. Московченко // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2015. – № 5. – С. 48-55.

44. Данилов, А.В. Некоторые аспекты получения и рационального использования финансирования ЛПУ / А.В. Данилов, П.Е. Чесноков // Бюллетень Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1997. – № 4. – С. 122.

45. Данилов, А.В. Некоторые аспекты связи научно-технического прогресса в оказании медицинских услуг и структурных преобразований в сфере здравоохранения / А.В. Данилов, К.Б. Московченко // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017. – № 2. – С. 32-39.

46. Данилов, А.В. Новые аспекты финансирования в сфере здравоохранения / А.В. Данилов, Л.А. Гришина // Вестник Воронежского государственного технического университета. – 2018. – № 2. – С. 159.

47. Данилов, А.В. Новые аспекты финансирования в сфере здравоохранения / А.В. Данилов, Л.А. Гришина // Вестник Воронежского

государственного технического университета. – 2009. – Т. 5, № 5. – С. 159-160.

48. Данилов, А.В. О развитии института страховых поверенных на территории Воронежской области. / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина, Е.А. Исаенкова, Е.С. Каташина // Медицинское право: теория и практика. – 2017. – Т. 3, № 2 (6). – С. 54-59.

49. Данилов, А.В. О территориальной модели ОМС, предусматривающей соплатежи взрослых трудоспособных неработающих граждан / А.В. Данилов, Б.А. Ермаков, Т.Б. Каташина, Л.А. Гришина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 1-2. С. 44-47.

50. Данилов, А.В. Обеспечение правовой защиты застрахованных граждан на территории Воронежской области / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2007. № 2. С. 50-52.

51. Данилов, А.В. Определение количественной меры эффективности деятельности медицинских организаций на основе методологии анализа среды функционирования / А.В. Данилов, Ю.И. Усов // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2015. - № 6. – С. 18-23.

52. Данилов, А.В. Определение направлений дифференциации оплаты клинико-статистических групп в медицинских организациях на базе объемно-финансовой модели / А.В. Данилов, И.К. Халяпина, К.Б. Московченко // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т.21, №1. – С. 89-101.

53. Данилов, А.В. Опыт использования методики SERVQUAL для измерения удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг / А.В. Данилов, И.М. Сон, Л.И. Меншикова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 3. – С. 519-524.

54. Данилов, А.В. Организационно-технические аспекты применения о технологии инструментального бенчмаркинга в системе управления медицинскими организациями региона / А.В. Данилов // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2020. Т.6. – № 3 (21). – С. 62-63.

55. Данилов, А.В. Организационные основы и механизмы контроля качества медицинской помощи: учебное пособие / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина, В.П. Косолапов, Н.Н. Чайкина, Г.В. Сыч, Е.А. Исаенкова. – 2020. – 138 с.

56. Данилов, А.В. Особенности стратегического развития организаций здравоохранения государственной, муниципальной и частной форм собственности / А.В. Данилов, Л.А. Гришина // В сборнике: Экономика, менеджмент, инновации в цифровом мире. Под редакцией С.В. Свиридовой. – Воронеж, 2020. – С. 29-34.

57. Данилов, А.В. Права граждан Российской Федерации в сфере здравоохранения и их реализация в системе обязательного медицинского страхования (на примере Воронежской области): учебное пособие / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина, В.П. Косолапов, Н.Н. Чайкина, Г.В. Сыч, Е.А. Исаенкова. – 2020. – 102 с.

58. Данилов, А.В. Право гражданина на выбор врача и медицинской организации / А.В. Данилов, М.В. Гладышев, О.А. Бахметьева // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т.21, №1. – С. 127-133.

59. Данилов, А.В. Проведение межтерриториальных взаиморасчетов в сфере обязательного медицинского страхования и их влияние на региональное здравоохранение / А.В. Данилов, К.Б. Московченко // Вестник ВГУ. Серия «Экономика и управление». – 2018. – № 2. – С. 25-32.

60. Данилов, А.В. Программа государственных гарантий в системе гарантий прав граждан на бесплатную медицинскую помощь / А.В. Данилов, Л.А. Гришина // Вестник Воронежского государственного технического университета. – 2009. – Т. 5. – № 5. – С. 113-116.

61. Данилов, А.В. Результаты экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования на территории Воронежской области / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина, Е.А. Исаенкова, Е.С. Каташина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т.21, №1. – С. 76-83.

62. Данилов, А.В. Реструктуризация региональной системы оказания стационарной медицинской помощи на основе средств инструментального бенчмаркинга / А.В. Данилов // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 9. – С. 23-29.

63. Данилов, А.В. Современная модель медицинской помощи старшему поколению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Воронежской области / А.В. Данилов, Е.А. Исаенкова // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2020. – № 6. – С. 44-50.

64. Данилов, А.В. Технология бенчмаркинга медицинских организаций региона как инструмент повышения их конкурентоспособности территории Воронежской области / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина, Е.А. Исаенкова, Е.С. Каташина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т.21, №1. – С. 110-113.

65. Данилов, А.В. Технология электронного бенчмаркинга медицинских организаций региона. / А.В. Данилов // Цифровое здравоохранение. Труды XX Международного конгресса «Информационные технологии в медицине». – 2019. – С. 28-30.

66. Данилов, А.В. Участие негосударственных организаций в реализации территориальной программы ОМС на территории Воронежской области в рамках государственно-частного партнерства / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 1-1. – С. 57-60.

67. Данилов, А.В. Формирование управленческих решений при реструктуризации медицинских организаций региона на основе технологии

инструментального бенчмаркинга. / А.В. Данилов // ОРГЗДРАВ: новости. мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – Т.5, № 3 (17). – С. 39-41.

68. Данилов, А.В. Функциональное наполнение подсистемы поддержки решений, использующей средства инструментального бенчмаркинга. / А.В. Данилов // В сборнике: Цифровое здравоохранение. Труды XIX Международного конгресса. – 2018. – С. 60-62.

69. Данилов, А.В. Экспертная деятельность на территории Воронежской области: основные системные нарушения в сфере обязательного медицинского страхования / А.В. Данилов, Т.Б. Каташина, Е.А. Исаенкова // Медицинское право: теория и практика. – 2020. – Т. 6, № 2 (12). – С. 13-19.

70. Деминг, Э. Выход из кризиса. Новая парадигма управления людьми, системами и процессами / Э. Деминг // Out of the Crisis. – М.: Альпина Паблишер, 2011. – 400 с.

71. Дубина, И.Н. Математические основы эмпирических социально-экономических исследований: учеб. пособие / И.Н. Дубина. – Барнаул: Изд-во АлтГУ, 2006. – 263 с.

72. Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. – М.: ИЭПП, 2007. – 112 с.

73. Евдокимова, Е.Г. Процессно-ориентированное управление качеством услуг в здравоохранении: диссертация ... кандидата экономических наук: 08.00.05 / Е.Г. Евдокимова. - М., 2016. - 295 с. Режим доступа:

<http://dlib.rsl.ru/rsl010100000000/rsl01010170000/rsl01010170721/rsl01010170721.pdf>

74. Ермакова, С.Э. Анализ российского рынка платных медицинских услуг / С.Э. Ермакова, Е.Г. Евдокимова // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2014. – №2. – С. 62-66.

75. Есауленко, И.Э. О реализации мероприятий по повышению квалификации медицинских работников за счет средств нормированного страхового запаса в рамках непрерывного медицинского и фармацевтического образования / И.Э. Есауленко, А.В. Сущенко, А.В. Данилов, Н.Н. Чайкина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т.21, №1. – С. 68-75.

76. Жаворонков, Е.П. Государственная поддержка медицинских организаций в ресурсном обеспечении / Е.П. Жаворонков, С.А. Столяров // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 4. – С. 32–40.

77. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ. До 2020 года» / под ред. Г.Э. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

78. Зими́на, Э.В. Системность подготовки управленческих кадров здравоохранения как фактор обеспечения качества медицинской помощи / Э.В. Зими́на // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 1. – С. 52–57.

79. Иванова, В.А. Бенчмаркинг как один из эффективных и актуальных инструментов управления / В.А. Иванова // XIX Туполевские чтения. Международная молодежная научная конференция 24-26 мая 2011 года / Материалы конференции. – 2011. – Том III. – С. 519-520.

80. Иванова, В.А. Улучшение качества медицинской помощи – стратегическое направление реформы здравоохранения / В.А. Иванова, О.А. Орлова // Главный врач. – 2011. – № 1. – С. 42–48.

81. Кадыров, Ф.Н. Проблемы реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»: обзор публикаций СМИ и экспертные оценки: часть 3 / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 4. – С. 4–13.

82. Кадыров, Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений / Ф.Н. Кадыров. – М.: ИД Менеджер здравоохранения, 2011. – 496 с.

83. Какорина, Е.П. Методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения / Е.П. Какорина // Здравоохранение. – 2011. – № 3. – С. 14-19.

84. Капитоненко, Н.А. Актуальные вопросы передачи полномочий органов местного самоуправления по организации медицинской помощи на уровень субъекта Российской Федерации / Н.А. Капитоненко, С.Н. Киселев, Ю.В. Кирик // Эл. вестн. общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока. – 2012. – № 1. – С. 8-13. – Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=262030>.

85. Каплунов, О.А. О некоторых подходах к модернизации здравоохранения в регионах / О.А. Каплунов // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 1. – С. 24–28.

86. Карякин, Н.Н. Научное обоснование повышения эффективности управления медицинской помощью в условиях разграничения полномочий между уровнями власти: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Н.Н. Карякин. – М., 2014. – 399 с.

87. Каташина, Т.Б. Организация работы по защите прав граждан в системе ОМС на территории Воронежской области: мат. VII научно-практ. Конф. (тематич. Вып. Ч. I.) / Т.Б. Каташина, П.Е. Чесноков, А.В. Данилов // Бюллетень Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 2002. – С. 83.

88. Кемп, Р. Легальный промышленный шпионаж: Бенчмаркинг бизнес-процессов: технологии поиска и внедрение лучших методов работы ваших конкурентов: пер. с англ. / под ред. О.Б. Максимовой. Днепропетровск: Баланс-Клуб, 2004. – 416 с.

89. Кицул, И.С. Программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и проблемы нормативного регулирования внедрения стандартов медицинской помощи / И.С. Кицул, Д.В. Пивень // Менеджмент

качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 1. – С. 47-49.

90. Клименкова, О.А. Индикаторы качества: условия для бенчмаркинга лабораторных услуг / О.А. Клименкова, А.В. Эммануэль // Вестник Росздрава. – 2014. – №1. – С.14-22.

91. Князюк, Н.Ф. Научно-методические основы повышения эффективности управления медицинскими организациями в современных условиях: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Н.Ф. Князюк. – Иркутск, 2014. – 247 с.

92. Комаров, Ю.М. Лицензирование и аккредитация как основа обеспечения качества медицинской помощи / Ю.М. Комаров // Главный врач. – 2011. – № 2. – С. 64–69.

93. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ Об основах охраны здоровья.doc Режим доступа: http://pedklin.ru/images/uploads/pages/332-FZ_com.doc

94. Кондратова, Н.В. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов в медицинской организации / Н.В. Кондратова // В мире научных открытий. – 2016. – № 5(77). – С. 23-37.

95. Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации / МЭРТ РФ. Март 2008г.

96. Концепция развития здравоохранения до 2010 г. – Режим доступа: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom 12/1-9.pdf>.

97. Кораблев, В.Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона. – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=3038>.

98. Кораблев, В.Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций / В.Н. Кораблев. – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=3524>

99. Кораблев, В.Н. Система показателей оценки эффективности медицинской помощи в здравоохранении / В.Н. Кораблев, Е.Л. Дементьева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – №4. – С.94-98.

100. Коротков, Ю.А. Организация управления здравоохранением в муниципальных образованиях / Ю.А. Коротков, В.П. Чуднов // Главный врач. – 2010. – № 3. – С. 25–40.

101. Косолапов, В.П. К вопросу о защите прав граждан, имеющих страховку обязательного медицинского страхования, на территории воронежской области за период 2010-2014 годы / В.П. Косолапов, А.В. Данилов, Г.В. Сыч, А.С. Болотских, Т.Б. Каташина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2015. – Т. 18, № 5. – С. 88-93.

102. Косолапов, В.П. Состояние акушерско-гинекологической службы в Воронежской области / В.П. Косолапов, Г.В. Сыч, А.В. Данилов // Врач-аспирант. 2014. Т. 65. № 4. С. 103-109.

103. Кочуров, Е.В. Оценка эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: сравнительный анализ методов и моделей / Е.В. Кочуров // Вестник СПбГУ. Сер. 8. – 2005. – № 3. – С. 110-128.

104. Кравец, А.А. Совершенствование мониторинга показателей качества медицинской помощи в государственном здравоохранении / А.А. Кравец, В.В. Кукарцев // Вестник Сибирского государственного аэрокосмического университета имени академика М.Ф. Решетнева. – 2011 – С. 207-211.

105. Кривенко, Н.В. Стратегии развития медицинской организации в период проведения изменений / Н.В. Кривенко, О.А. Козлова, Н.Л. Кузнецова // Вопросы управления. – 2014. – № 4(10). – С. 122-128.

106. Кристенсен, К. Исцелят ли систему здравоохранения прорывные инновации? (Will disruptive innovations cure health care?) / К. Кристенсен, Р. Бемер, Дж. Кенаджи // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 5. – С. 52-59.

107. Кудрин, В.С. Оценка медицинской деятельности: концепция, методология, организация: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / В.С. Кудрин. – М., 2003. – 351с.

108. Куракова, Н. Всероссийское совещание руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования, посвященное итогам реализации мероприятий ПНП «Здоровье» и программы дополнительного лекарственного обеспечения в 2006 году и задачам на текущий год (Москва, 16 февр. 2007) / Н. Куракова // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 3. – С. 12-25.

109. Кучеренко, В.З. К оценке качества медицинской помощи в новых условиях хозяйствования / В.З. Кучеренко, И.С. Мыльникова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 3. – С. 58.

110. Кучеренко, В.З. Методические подходы к оценке деятельности лечебно-профилактического учреждения: мониторинговые индикаторы, показатели, критерии, определения / В.З. Кучеренко, Л.П. Разливанских, В.Ф. Мартыненко // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 8. – С. 29-36.

111. Кучеренко, В.З. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики / В.З. Кучеренко, Н.В. Эккерт // Вестник РАМН. – 2012. – № 3. – С. 4-9.

112. Лазарев, В.Н. Комплексный подход к модернизации муниципального здравоохранения / В.Н. Лазарев, А.Н. Эделева, О.В. Захарова // Главный врач. – 2011. – № 5. – С. 41-45.

113. Леонов, С.А. Основные тенденции заболеваемости населения Российской Федерации в 2012–2013 годах / С.А. Леонов, И.М. Сон, Д.Ш. Вайсман // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 9. – С. 6-19.

114. Леонтьева, Л.С. Удовлетворенность населения медицинскими услугами как индикатор качества системы здравоохранения / Л.С. Леонтьева, Т.В. Халилова, Ж.Ю. Кургаева // Журнал научных статей «Здоровье и образование в 21 веке». – 2016. – Т.18, №4. – С. 133-137.

115. Линденбрaten, А.Л. Некоторые аспекты экономического анализа реформ в здравоохранении / А.Л. Линденбрaten // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 9. – С. 24-27.

116. Линденбрaten, А.Л. Один из подходов к статистической оценке качества медицинской помощи / А.Л. Линденбрaten // Управление качеством медицинской помощи. – 2014. – № 3. – С. 35-37.

117. Лисицин, Ю.П. К вопросу о критериях качества медицинской помощи / Ю.П. Лисицин, К.А. Отдельнова // Здравоохранение. – 2000. – № 11. – С. 36.

118. Лисицын, Ю.П. Роль личности в охране здоровья / Ю.П. Лисицын // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 2. – С. 5-7.

119. Маркова, В.Д. Маркетинг услуг / В.Д. Маркова. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 128 с.

120. Мартыничик, С.А. Принципы и условия перехода учреждений здравоохранения на программно-целевое бюджетирование. / С.А. Мартыничик, О.В. Соколова, С.В. Филатенкова // Социальные аспекты здоровья населения: [электронный науч. журн.]. – 2014. – № 2(36). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>.

121. Матыцин, Н.О. Использование современных подходов к менеджменту качества для создания системы управления качеством медицинской помощи / Н.О. Матыцин, А.И. Баранов // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 3. – С. 44-49.

122. Медик, В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения / В.А. Медик. – М.: Медицина. – 2003. – 315 с.

123. Менеджмент в здравоохранении / Н.Г. Петрова, Н.И. Вишняков, Е.Н. Пенюгина; под ред. В.И. Вишнякова. – М.: Медпресс-информ, 2009. – 256 с.

124. Менеджмент в сфере услуг: учебник / В.Э. Гордин [и др.]. – СПб.: Бизнес-пресса, 2007. – 271 с.

125. Меньшиков, В.В. Всё ли у нас в «Порядках»? / В.В. Меньшиков // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 2. – С. 13-21.
126. Меньшикова, Л.И. Оценка достоверности мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, Э.А. Мордовский // Менеджер здравоохранения. – 2014. – №5. – С. 18-25.
127. 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.
128. Мерзилкина, Е.М. Методология оценки эффективности деятельности организации: дис...д-ра эконом. наук: 08.00.05 / Е.М. Мерзилкина. – М., 2008. – 334 с.
129. Методика оценки формирования и реализации транснациональных проектов с использованием методологии АСФ / В.Е. Кривоножко, А.А. Пискунов, А.В. Лычев, М.А. Пискунова // Научно-практический журнал «Вестник АКСОР». – 2010. – № 2 (13). – С. 29-39.
130. Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации. – М., 2007. – 64 с.
131. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова, – М.: Медицина, 2002. – 174 с.
132. Минева, Д. Анализ индикаторов оценки качества медицинских услуг в контексте TQM // Медицинский менеджмент и политика здравоохранения. – 2013. – № 1. – С. 3-14.
133. Миронов, С.П. Сравнительная количественная оценка эффективности деятельности поликлиник Управления делами Президента Российской Федерации / С.П. Миронов [и др.] // Кремлевская медицина. – 2008. – №2. – С. 69-78.

134. Модернизация здравоохранения в вопросах и ответах: 100 ответов на актуальные темы / Под ред. Ф.Н. Кадырова. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. – 312 с.

135. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович [и др.] / под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина – М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. – 232 с.

136. Моргунов, Е.П. Многомерная классификация на основе аналитического метода оценки эффективности сложных систем 05.13.01 – дисс. канд. техн. наук / Е.П. Моргунов. – Красноярск – 2003. – 160 с.

137. Моргунова, О.Н. Методы и алгоритмы исследования эффективности сложных иерархических систем 05.13.01 - дисс. канд. техн. наук / О.Н. Моргунова. – Красноярск, 2006. – 158 с. – Режим доступа: http://www.morgunov.org/docs/O_Dissertation.pdf

138. Морозов, П.Н. Оценка пациентами деятельности стационарных лечебно-профилактических учреждений (на примере Клинического центра ММА им. И.М. Сеченова) / П.Н. Морозов // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – №2. (36) – С. 78–83.

139. Мурашко, М.А. Современные подходы к качеству медицинской помощи / М.А. Мурашко, Д.Т. Шарикадзе, Ю.А. Кондратьев // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 2 (4). – С. 37-42.

140. Набережная, Ж.Б. Анализ удовлетворенности больных медицинской помощью в стационарах / Ж.Б. Набережная, А.Г. Сердюков // Главврач. – 2005. – № 3. – С. 49-53.

141. Назаров, В.С. Оценка эффективности и результативности системы здравоохранения // В.С. Назаров [и др.] / РАНХ И ГС при Президенте РФ. – 2015 – 71 с.

142. Наследов, А.Д. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных / А.Д. Наследов – СПб.: Питер, 2013. – 416 с.

143. Новаторов, Э.В. КАЧМЕДУС: мобильный маркетинговый инструмент для измерения и совершенствования качества платных

медицинских услуг / Э.В. Новаторов // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 148. – С. 30-40.

144. Новомлинский, В.В. Анализ эффективности внедрения артроскопического оборудования в НУЗ "ДКБ на станции Воронеж-1 ОАО "РЖД" / В.В. Новомлинский, Я.Г. Березина, А.В. Данилов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т. 3, № 3. – С. 275-278.

145. Новомлинский, В.В. Основное направление повышения эффективности деятельности НУЗ "ДКБ на станции Воронеж - 1 ОАО "РЖД" при оказании медицинской услуги населению - артроскопической менискэктомии на базе новых медицинских технологий / В.В. Новомлинский, Я.Г. Березина, А.В. Данилов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т. 3, № 1. – С. 82-85.

146. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Российская газета, 3 декабря 2010, федеральный выпуск №5353.

147. Об оценке потребительских свойств медицинских организаций / А.В. Жеребцов, А.Ю. Луженков, Д.Н. Неделин, Ю.С. Харитонов // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 54-58.

148. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с.

149. Овчинников, Е.Н. Анализ удовлетворенности пациентов качеством оказанных услуг как эффективный механизм менеджмента в медицинской организации / Е.Н. Овчинников [и др.] // Вестник ЮУрГУ. Серия: «Экономика и менеджмент». – 2017. – Т. 11. – № 1. – С. 166-173.

150. Орлов Е.М. Категория эффективности в здравоохранении / Е.М. Орлов, О.Н. Соколова // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 4. – С. 70-75.

151. Петрова, Н.Г. Социологические исследования как неотъемлемый инструмент управления на современном этапе / Н.Г. Петрова [и др.] // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – №4 (41). – С. 19–25.

152. Петросян, С.Л. Модель финансирования медицинских учреждений, оказывающих платные медицинские услуги / С.Л. Петросян, Т.А. Бородина, А.В. Данилов // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2009. – № 11 (61). – С. 90-95.

153. Пивень, Д.В. О механизмах реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации / Д.В. Пивень // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 11. – С. 7–12.

154. Пилчер, Т. Бенчмаркинг как средство повышения конкурентоспособности. Европейское качество / Т. Пилчер // Европейское качество. Дайджест. – 2004. – № 1. – С. 40-45.

155. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. № 16-5/10/2-3238 «Об использовании в работе методических рекомендаций «Определение оптимального соотношения врачебного/среднего медицинского/прочего персонала в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и специализированных служб».

156. Плутницкий, А.Н. Применение универсальной информационной системы в процессе SWOT- анализа при планировании и реализации региональных программ здравоохранения / А.Н. Плутницкий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – №3. – С.26-29.

157. Ползик, Е.В. Теоретические и методологические аспекты проблемы оценки качества деятельности лечебно-профилактических учреждений / Е.В. Ползик, О.В. Сердюк, Н.В. Брыскина // Вестник Уральской академической науки. – 2006. – № 3. – С. 10-14.

158. Полубенцева, Е.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи:

Методические рекомендации / Е.И. Полубенцева, Г.Э. Улумбекова, К.И. Сайткулов. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2006. – 60 с.

159. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

160. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности».

161. Приказ МЗ РФ от 31 октября 2013 года № 810а. Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения // Здравоохранения Российской Федерации. – 2013. – нояб. 18. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru>.

162. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

163. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2018 г. № 221 «Об организации работ по независимой оценке качества условий оказания услуг медицинскими организациями». – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9566-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-4-maya-2018-g-221-ob-organizatsii-rabot-po-nezavisimoy-otsenke-kachestva-usloviy-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami>.

164. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

165. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 мая 2018 г. № 201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими

организациями, в отношении которых проводится независимая оценка». Российская газета. 25.05.2018.

166. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

167. Прохоров, Ю.К. Управленческие решения: Учебное пособие. – 2-е изд., испр. и доп. / Ю.К. Прохоров, В.В. Фролов. – СПб: СПбГУ ИТМО, 2011. – 138 с.

168. Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году: Bloomberg [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>.

169. Рукавицына, Т.А. Развитие модели методологии DEA // Вестник сибирского государственного аэрокосмического университета имени академика М.Ф. Решетнева / Т.А. Рукавицына // Математика, механика, информатика. – Красноярск, 2009. – №3 – с.74-77.

170. Руководство по анализу деятельности учреждений здравоохранения муниципального уровня. – М.: ЦНИИОИЗ, 2008. – 97 с. 179.

171. Руксперт: демография России. – Режим доступа: http://ruxpert.ru/Демография_России.

172. Садовой, М.А. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? / М.А. Садовой [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2017.16(1). – С. 152–161.

173. Серебренников, В.А. Комплексная оценка деятельности многопрофильного диагностического центра / В.А. Серебренников. – Екатеринбург, 2001. – 259 с.

174. Серегина, И.Ф. Опыт использования социологического мониторинга в здравоохранении / И.Ф. Серегина, Н.К. Гришина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 3. – С. 63-68.

175. Сибурина, Т.А. Базовая методология и практика рейтинговых оценок в здравоохранении / Т.А. Сибурина, А.А. Князев, Л.К. Лохтина [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения: [электронный науч. журн.]. – 2012. – № 5(27). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>.

176. Сибурина, Т.А. Повышение качества и эффективности медицинской помощи в свете современных подходов к управлению / Т.А. Сибурина, Ф.И. Бадаев // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 1. – С. 19-24.

177. Сибурина, Т.А. Современные технологии обеспечения конкурентного преимущества учреждения здравоохранения на рынке медицинских услуг / Т.А. Сибурина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 3(15). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>.

178. Совершенствование системы обязательного медицинского страхования как приоритетный фактор повышения качества и доступности медицинской помощи / С.Н. Зайцев [и др.] // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2009. – №12.

179. Спиридонов, А.В. Метод оценки удовлетворенности пациентов качеством стационарных услуг в условиях модернизации здравоохранения / А.В. Спиридонов, А.В. Шулаев // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №4. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=10001>.

180. Средняя продолжительность жизни в России и странах мира в 2014 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://bs-life.ru/makroekononiika/prodolzitelnost-zizni2013.html>.

181. Стародубов, В.И. Новые экономические условия деятельности учреждения здравоохранения / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 6. – С. 6-13.

182. Стародубов, В.И. Оценка влияния модернизации здравоохранения на динамику заболеваемости взрослого населения страны / В.И. Стародубов,

И.М. Сон, С.А. Леонов, А.В. Погонин // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 5. – С. 6-17.

183. Стародубов, В.И. Оценка эффективности Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи / В.И. Стародубов, В.О. Флек, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, Е.А. Носова // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 4-15.

184. Стародубов, В.И. Перспективы существования учреждений в здравоохранении / В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров // Менеджер здравоохранения. – 2004. – №1. – С. 4-7.

185. Стародубов, В.И. Результаты оценки некоторых показателей эффективности деятельности медицинских организаций в 2010 году. / В.И. Стародубов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения: [электронный науч. журн.]. – 2013. – №1(29). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>.

186. Стародубов, В.И. Современная стратегия повышения эффективности здравоохранения / В.И. Стародубов // Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2002. – С. 5-11.

187. Степанов, И.М. Разработка моделей оценки эффективности системы обязательного медицинского страхования: препринт WP8/2011/03 / И.М. Степанов, К.И. Головщинский. – М.: Высшая школа экономики. – 2011. – 60 с.

188. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года. / Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537. <http://www.scrf.gov.ru/documents/99.html>.

189. Страчкова, Н.В. Бенчмаркинг как инструмент повышения конкурентоспособности: содержание, виды, этапы развития / Н.В. Страчкова, М.В. Федорова // Теория и практика управления. – 2009. – № 2-3. – С. 44-50.

190. Сунгатов, Р.Ш. Методология моделирования управленческих инноваций в системе здравоохранения / Р.Ш. Сунгатов // Дисс. док. эконом. наук. Специальность 08.00.05 – Казань- 2010. – 422 с.

191. 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.

192. Тарасенко, Е.А. Госпитальный бенчмаркинг как маркетинговая технология для усиления конкурентоспособности ЛПУ / Е.А. Тарасенко // Практический маркетинг. – 2013. – № 3(193). – С. 23–28.

193. Тарасенко, Е.А. Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций: уроки для России / Е.А. Тарасенко // Социальные аспекты здоровья населения [электронный науч. журн.]. – 2013. – № 6(34). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>.

194. Тарасова, Т.Ф. Бенчмаркинг в системе экономического обоснования текущих затрат хозяйствующих субъектов / Т.Ф. Тарасова // Вестник Белгородского университета кооперации, экономики и права. – 2011, № 3. – С.93-97.

195. ТАСС информационное агентство России. Топилин: в России в прошлом году родилось 1,947 млн детей - впервые в современной истории [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://tass.ru/obschestvo/1744769>.

196. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Воронежской области // Официальная статистика. Население. – Режим доступа: http://voronezhstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/voronezhstat/ru/statistics/population.

197. Тогунов, И.А. Конкурентоспособность медицинской организации (врачебной практики): методологические подходы к оценке и управлению / И.А. Тогунов // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 4. – С. 34-37.

198. Трофимов, В.В. Структура качества медицинских услуг: методологические, методические и медико-организационные аспекты экспертизы / В.В. Трофимов. – Архангельск: Издательский центр СГМУ. 2007. – 260 с.

199. Улумбекова, Г.Э. Интегральная оценка эффективности деятельности системы здравоохранения Российской Федерации / Г.Э. Улумбекова // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – № 2 (51). – С. 6-13.

200. Улумбекова, Г.Э. Стандарты медицинской помощи. Характеристики, сравнительный анализ, целевые функции / Г.Э. Улумбекова, Н.Б. Найговзина, К.И. Сайткулов // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – № 2. – С. 70-74.

201. Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные пути решения / Под ред. В.И. Стародубова, Д.В. Пивня. – М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2006. – 156 с.

202. Федеральная служба государственной статистики: демография. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#.

203. Федеральный закон от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

204. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Российская газета. 23.11.2011.

205. Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

206. Федоськина, Л.А. Методика «SERVQUAL» как инструмент повышения инновационной активности в организациях сферы услуг / Л.А. Федоськина // Креативная экономика. – 2008. – № 3. – С. 73-83.

207. Философия развития здравоохранения: методология прогнозирования / В.Б. Филатов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 272 с.

208. Флек, В.О. Рекомендации по способам оплаты медицинской помощи, ориентированным на результаты деятельности медицинских организации, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи / В.О. Флек, С.Г. Кравчук. – М., 2009. – 21 с.

209. Фуфаев, Е.Н. Национальный проект «Здоровье» и обеспечение первичной медицинской помощью населения мегаполиса / Е. Н. Фуфаев, С. В. Шишкин // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 3. – С. 21-25.

210. Хабриев, Р.У. О результатах социологического исследования по оценке доступности и качества медицинской помощи населению / Р.У. Хабриев, И.Ф. Серегина // Здравоохранение. – 2007. – №6. – С. 31-43.

211. Хальфин, Р.А. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения / Р.А. Хальфин, И.Я. Таджиев // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 5. – С. 8-18.

212. Хант, Р. Применение методологии QFD в стратегическом управлении / Р. Хант, Ф. Ксавьер // Стратегический менеджмент. – 2011. – №3. – С.184-198.

213. Харрингтон, Х.Дж., Харрингтон Дж.С. Бенчмаркинг в лучшем виде! 20 шагов к успеху / Х.Дж. Харрингтон, Дж.С. Харрингтон. – СПб., 2004. – 176 с.

214. Чесноков, П.Е. Анализ демографической ситуации в Воронежской области в 2009 г. / П.Е. Чесноков, А.В. Данилов, В.П. Косолапов, Е.Н. Куралесина // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2010. – № 3. – С. 150-152.

215. Чесноков, П.Е. Задачи информатизации учреждений здравоохранения Воронежской области в системе обязательного медицинского страхования / П.Е. Чесноков, А.В. Данилов, И.В. Бурляев, В.Б. Измайлов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2003. – Т. 6, № 2. – С. 118-121.

216. Чесноков, П.Е. К вопросу о платной медицинской помощи / П.Е. Чесноков, А.В. Данилов, Л.А. Гришина // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2004. – № 7. – С. 39-42.

217. Чесноков, П.Е. К проблеме определения статей затрат, включаемых в тарифы на медицинские услуги ОМС / П.Е. Чесноков, А.В. Данилов, К.Б. Московченко // Бюллетень Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1996. – № 2. – С. 112.

218. Чесноков, П.Е. Межрайонные специализированные отделения и кабинеты как способ приближения высокотехнологичной медицинской помощи к сельскому населению / П.Е. Чесноков, Е.В. Мезенцев, А.В. Данилов, К.Б. Московченко., Т.Б. Каташина // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2003. – № 6. – С. 170-173.

219. Чесноков, П.Е. О демографической ситуации в России и Воронежской области / П.Е. Чесноков, Ю.Е. Антоненков, Е.Б. Смолькин, А.В. Данилов // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2009. – № 1. – С. 147-149.

220. Чесноков, П.Е. Один из подходов к расчету тарифов на медицинские услуги / П.Е. Чесноков, А.В. Данилов, К.Б. Московченко // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2003. – № 10. – С. 150-154.

221. Чесноков, П.Е. Программы информационного взаимодействия органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС / П.Е. Чесноков, В.Б. Измайлов, А.В. Данилов // Бюллетень Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1997. – № 3. – С. 65.

222. Шамшурина, Н.Г. Социально-экономические критерии и показатели эффективности деятельности организаций здравоохранения / Н.Г. Шамшурина // Главврач. – 2006. – №7. – С. 44-48.

223. Шевченко, Р. Критерии стимуляции / Р. Шевченко // Медицинский вестник. – 2013. – № 8(621).

224. Шильникова, Н.Ф. Научное обоснование эффективности использования ресурсов здравоохранения на региональном уровне, обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Н.Ф. Шильникова. – М., 2008. – 256 с.

225. Шубина, Д. Рынок ДМС вырос на 7,9% // Vademecum, март 2015. – Режим доступа: <http://vademec.ru/news/detail51977.html>.

226. Щепин, В.О. Структурные преобразования в здравоохранении / В.О. Щепин. – М.: Медицина, 1997. – 224 с.

227. Щепин, О.П. Пути решения проблем здравоохранения / О.П. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 1. – С. 3-6.

228. Щербакова Е. Младенческая смертность в первом полугодии 2014 года составила 7,5%, снизившись на 9,6% по сравнению с тем же периодом 2013 года // Демоскоп Weekly. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0611/barom05.php>.

229. Экономические методы управления в здравоохранении / В.В. Уйба [и др.]. – Новосибирск – ООО «Альфа-Ресурс» 2012. – 314 с.

230. Яковлева, Т.В. Уровень медицины в России не соответствует общему уровню развития страны. – Режим доступа: <http://www.eg-online.ru/article/243177/>.

231. Ямщикова, Т.В. Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи в медицинских организациях, работающих в сфере обязательного медицинского страхования в Удмуртской Республике и Республике Татарстан / Т.В. Ямщикова, О.С. Александрова, Г.Р. Камалова // Молодой ученый. – 2019. – № 3 (241). – С. 105-107.

232. Coelli, T. An introduction to efficiency and productivity analysis / T. Coelli, D.S. Prasada Rao, G.E. Battese. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1998.
233. Creating a balanced scorecard for a hospital system /G.H. Pink [et al.] // Journal of health care finance. – 2000. – Vol. 27, №3. – P. 1–20.
234. Danilov A.V. Scenarios for restructuring the regional inpatient healthcare system based on efficiency indicators and specialization indices // International Journal of Healthcare Management. 2021, pp. 1-8.
235. Donabedian, Av., Evaluating the Quality of medical Care, The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005. P.691-729.
236. Extension of Data Envelopment Analysis with Preference Information: Value Efficiency. T. Joro, P.J. Korhonen. – Springer, 2015, 191 p.
237. George T. Doran There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives /George T. Doran //Management Review. – 1981. – Vol. 70, Issue 11. – P. 35–36.
238. Gronroos C. A service quality model and its marketing implications, European Journal of Marketing, Vol, 18 No 4, pp. 36-44.
239. Hussian A., Jones M. An Introduction to Frontier Analyst, version 4. Banxia Software Ltd. Available: <http://www.banxia.com/pdf/fa/FrontierAnalystWorkbook.pdf>.
240. Jacobs R., Smith P.C., Street A. Measuring Efficiency in Health Care Analytic Techniques and Health Policy // Cambridge University Press, Edinburgh, New York, 2006, 243 p.
241. Kaplan R.S. The balanced scorecard: comments on balanced scorecard commentaries / R.S. Kaplan //Journal of Accounting & Organizational Change. – 2012. – T.8. – №.4. – P. 539-545.
242. Lee K, Chun L, Lee J. Reforming the Hospital Service Structure to Improve Efficiency, Health Policy. - 2008. - 87(5). - pp. 41-49.
243. Nunnally J.C. Psychometric theory / J.C. Nunnally, I.H. Bernstein. - Ed. 3. - NY: McGraw-Hill, Inc., 1994. - 752 p.

244. Ozcan Y., Tone K. Health Care Benchmarking and Performance Evaluation: An Assesment using Data Envelopment Analysis (DEA). – Springer, 2014, 329 p.

245. Parasuraman A., Ziethaml V.A., Berry L.L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality // Journal of Retailing. 1988. Vol. 64, №1. pp. 12-40.

246. Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research, Journal of Marketing, Vol. 49(Fall), pp. 41-50.

247. QFD (Quality Function Deployment - технология развертывания функций качества), <http://www.md-management.ru/articles/html/article10277.html> [Дата обращения 04.03.2020].

248. Qualica Software GmbH, https://www.qualica.net/qps_qfd.html [Дата обращения 04.03.2020].

249. Sikka V., Luke R.D., Ozcan Y.A. The efficiency of hospital-based clusters: Evaluating system performance using data envelopment analysis. Health Care Management Review, (2009) 34:3, pp. 251- 261.

250. Zeithaml V.A. Services Marketing Strategy / V.A. Zeithaml, M.J. Bitner, D.D. Gremler // Wiley International Encyclopedia of Marketing. - 2010. - №1. – P. 31-38.

Приложение А



об внедрении результатов научной работы
Данилова Александра Валентиновича

Комиссия в составе председателя Крыловой Л.С. - первого заместителя начальника департамента, членов комиссии: Николаевой И.В. - заместителя начальника департамента–начальника управления организации медицинской помощи, Щибрик Е.В. – заместителя начальника управления–начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению, составили настоящий акт о том, что результаты диссертационной работы Данилова А.В. «Научное обоснование использования инновационных организационных технологий для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне» использованы при формировании территориальных программ государственных гарантий оказания населению Белгородской области бесплатной медицинской помощи и обязательного медицинского страхования Белгородской области на 2018-2020 гг., при формировании и реализации программы «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014-2020 годы», что позволило:

1. Усовершенствовать систему планирования территориальной программы государственных гарантий, основанную на потребности пациентов в современных медицинских технологиях, в соответствии с имеющимися мощностями медицинских организаций региона.
2. Провести реструктуризацию региональной системы оказания медицинской помощи с целью поддержания медицинской помощи на должном уровне и достижения установленных целевых показателей по уровню смертности и заработной плате медицинских работников региона.
3. Повысить эффективность использования ресурсного потенциала здравоохранения Белгородской области.

Председатель комиссии

Члены комиссии:

Л.С. Крылова
И.В. Николаева
Е.В. Щибрик

«УТВЕРЖДАЮ»
 Руководитель департамента
 здравоохранения Воронежской области
 А.В. Щукин

14.02.2021 г.

АКТ

о внедрении результатов научной работы
 Данилова Александра Валентиновича

Комиссия в составе председателя Остроушко Н.И. – начальника отдела оказания медицинской помощи взрослому населению департамента здравоохранения, членов комиссии: Шараповой Ю.А. – к.м.н., ведущего советника отдела оказания медицинской помощи взрослому населению департамента здравоохранения, Кретинина Г.Ю. - советника отдела оказания медицинской помощи взрослому населению департамента здравоохранения составили настоящий акт о том, что результаты диссертационной работы Данилова А.В. «Научное обоснование использования инновационных организационных технологий для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне» использованы при формировании территориальных программ государственных гарантий оказания населению Воронежской области бесплатной медицинской помощи и обязательного медицинского страхования Воронежской области на 2017-2020 гг., при формировании и реализации программы «Модернизация здравоохранения Воронежской области на 2018-2021 годы», что позволило:




усовершенствовать механизм формирования территориальной программы государственных гарантий, ориентированный на современные медицинские технологии и удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи, в соответствии с имеющимися мощностями медицинских организаций региона;

организовать и провести реструктуризацию системы оказания специализированной медицинской помощи в регионе, направленную на обеспечение заданных целевых показателей территориальной программы государственных гарантий;

формализовать оценки эффективности использования врачебного и сестринского персонала здравоохранения Воронежской области.

Председатель комиссии

Члены комиссии:

 Н.И. Остроушко
 Ю.А. Шарапова
 Г.Ю. Кретинин



АКТ

об использовании результатов научной работы Данилова Александра Валентиновича

Комиссия в составе: председателя – заместитель начальника управления Голикова А.А.; членов комиссии – начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела Коротеевой С.В.; начальника отдела программно-целевого планирования развития здравоохранения Бизина С.В., составили настоящий акт о том, что результаты диссертационной работы Данилова А.В. «Научное обоснование использования инновационных организационных технологий для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне» использованы в ходе реализации государственной программы Липецкой области «Развитие здравоохранения Липецкой области» и при независимой оценке удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи.

Использование результатов позволило:

повысить эффективность системы организации медицинской помощи Липецкой области путем оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению, на основе технологии бенчмаркинга, разработки и реализации мер по рациональному подходу к использованию кадрового потенциала;

усовершенствовать логистику рационального использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций на основе сопоставительного анализа;

достичь ожидаемые результаты реализации государственной программы «Повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения населения» с применением метода оценки удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи.

Председатель комиссии

А.А. Голиков

Члены комиссии:

С.В. Коротеева

С.В. Бизин

Адрес внедрения: 398050, г. Липецк, ул. Зегеля, 6, Управление здравоохранения Липецкой области.

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Юго-Восточной дирекции
здравоохранения- структурного
подразделения Центральной
дирекции здравоохранения – филиала
ОАО «РЖД»

К.Э.Н.

 О.Г. Николаев
« 05 2021 г.



АКТ

о внедрении результатов научной работы
Данилова Александра Валентиновича

Комиссия в составе:

Орловой Юлии Евгеньевны –заместителя начальника Юго-Восточной дирекции здравоохранения (председатель),

Новоскольцевой Татьяны Евгеньевны – начальника отдела организации медицинской помощи,

Мазкиной Ирины Юрьевны - начальника отдела экономики и бухгалтерского учета,

составили настоящий акт о том, что результаты диссертационной работы Данилова А.В. «Научное обоснование использования инновационных организационных технологий для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне» использованы в деятельности Юго-Восточной дирекции здравоохранения при разработке и реализации организационно-управленческих решений, направленных на повышение удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи.

Председатель комиссии



Ю.Е. Орлова

Члены комиссии:



Т.Е. Новоскольцева

И.Ю. Мазкина

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор Федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Воронежский
государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
д.м.н., профессор И.Э. Есауленко
«  » 2021 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

в учебный процесс Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации материалов диссертационной работы Данилова Александра Валентиновича «Научное обоснование использования инновационных организационных технологий для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне».

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе заведующей кафедрой управления в здравоохранении д.м.н., профессора Н.Е. Нехаенко, профессора, д.м.н. Л.В. Меремьянина и к.м.н., доцента Г.В. Сыч удостоверяем, что основные положения докторской диссертации Данилова А.В. внедрены в учебный процесс кафедры управления в здравоохранении Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации при изучении дисциплин «Основы менеджмента», «Экономика здравоохранения», читаемых студентам (аспирантам) по направлению подготовки (специальности) 32.05.01 (060105) «Медико-профилактическое дело».

Председатель:
Зав. кафедрой управления в здравоохранении
д.м.н., профессор



Н.Е. Нехаенко

Члены комиссии:

Д.м.н., профессор



Л.В. Меремьянин

К.м.н., доцент

Г.В. Сыч

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Курский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
доктор медицинских наук, профессор


В.А. Лазаренко

2020 г.



Наименование материала для внедрения: результаты диссертационной работы Данилова Александра Валентиновича «Научное обоснование использования инновационных организационных технологий для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне»

1. **Где и когда внедрено:** в учебный процесс на кафедре общественного здоровья и здравоохранения факультета последипломного образования с учебным центром бережливых технологий ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России с 2019-2020 учебного года при проведении занятий с аспирантами, клиническими ординаторами и слушателями системы последипломного образования по темам: «Менеджмент медицинской организации», «Управление персоналом медицинской организации», «Организация специализированной и высокотехнологичной помощи населению», «Контроль качества медицинской помощи».

2. **Эффективность внедрения:** повышение уровня знаний слушателей системы дополнительного профессионального образования, ординаторов и аспирантов по методике обоснования и принятия управленческих решений менеджерами медицинских организаций с использованием метода инструментального бенчмаркинга, организационной технологии измерения качества оказания медицинской помощи на основе модели удовлетворенности пациентов, совершенствования способов мониторинга и ранжирования медицинских организаций по показателям эффективности их деятельности для оптимального управления ресурсами регионального здравоохранения.

3. **Замечания:** замечаний нет.

Заведующий кафедрой общественного здоровья
и здравоохранения факультета последипломного
образования с учебным центром бережливых
технологий ФГБОУ ВО «Курский государственный
медицинский университет» Минздрава России
доктор медицинских наук (по специальностям
05.13.01, 14.02.03)
профессор



А.В. Бреусов

Приложение Б

Бланк анкеты для сбора статистической информации об удовлетворенности пациентов качеством специализированной медицинской помощи

Наименование медицинской организации:

АНКЕТА

Дата: _____

Ваши пожелания:

В рамках изучения удовлетворенности населения медицинской помощью в больницах Воронежской области независимые наблюдатели проводят анкетирование пациентов.

Мы просим Вас найти несколько минут и заполнить предлагаемую анкету. Ваши ответы помогут составить более полное и точное представление об организации оказания медицинской помощи в больнице, проблемах, существующих в больнице. Анкета анонимная, фамилию указывать не нужно! Все результаты будут использованы в обобщенном виде.

Правила заполнения анкеты. Заполнить анкету несложно: внимательно прочитайте вопрос и все варианты ответов к нему. Вам необходимо только поставить галочку (✓) в кружочке ○, соответствующем Вашему ответу из предложенных вариантов: «Совершенно не согласен» - 1, «Не согласен» - 2, «Не знаю» - 3, «В общем согласен» - 4, «Полностью согласен» - 5.

Будем также рады Вашим пожеланиям.

1. Укажите Ваш возраст: 18-29 лет; 30-59 лет; 60 лет и старше.
2. Ваш пол: мужской; женский.
3. Ваше образование:
высшее и неоконченное высшее;
среднее (общее, профессиональное, специальное);
неполное среднее.
4. Укажите Ваше семейное положение:
женат (замужем), в том числе в незарегистрированном браке;
вдовец (вдова);
в разводе, в том числе не оформленном;
никогда не был (а) женат (замужем).
5. Укажите Ваше материальное положение:
хорошее; удовлетворительное; неудовлетворительное.
6. Ваш социальный статус:
служащий (ая) государственного учреждения;
работающий (ая) в негосударственном учреждении;
учащийся (студент);
временно не работающий;
неработающий пенсионер;
работающий пенсионер;
прочее.
7. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?
нет да

Спасибо за участие в анкетировании!

1 - Совершенно не согласен, 2 - Не согласен, 3 - Не уверен, 4 - В общем согласен, 5 - Полностью согласен.

	Ожидание	1	2	3	4	5
1	Больница должна иметь современную медицинскую технику и оборудование	○	○	○	○	○
2	Интерьер больницы должен быть в хорошем состоянии	○	○	○	○	○
3	Персонал больницы должен носить опрятную одежду	○	○	○	○	○
4	Вид информационных материалов (буклеты, брошюры) должен быть привлекательным	○	○	○	○	○
5	Больница должна выполнять свои обещания по оказанию помощи к назначенному времени	○	○	○	○	○
6	Если у пациентов случайно возникнут проблемы, то больница попытается решить их искренне	○	○	○	○	○
7	У больницы должна быть надежная репутация	○	○	○	○	○
8	Больница должна предоставлять пациентам медицинскую помощь своевременно	○	○	○	○	○
9	В больнице не должны допускать ошибки и погрешности в своих действиях	○	○	○	○	○
10	Персонал больницы должен быть дисциплинирован	○	○	○	○	○
11	Персонал больницы должен предоставлять помощь быстро и быть готов к действиям	○	○	○	○	○
12	Персонал больницы должен всегда помогать пациентам решить свои проблемы	○	○	○	○	○
13	Персонал больницы должен быстро отвечать на запросы пациентов	○	○	○	○	○
14	Между пациентами и персоналом больницы должна быть атмосфера доверия и взаимопонимания	○	○	○	○	○
15	Пациенты должны чувствовать себя в безопасности в общении с персоналом больницы	○	○	○	○	○
16	Персонал больницы должен быть вежлив с пациентами	○	○	○	○	○
17	Руководство больницы должно помогать персоналу для обеспечения эффективного лечения	○	○	○	○	○
18	Больница должна обеспечить индивидуальный подход к пациентам	○	○	○	○	○
19	Персонал больницы должен принимать личное участие в решении проблем пациентов	○	○	○	○	○
20	Персонал больницы должен знать потребности своих пациентов	○	○	○	○	○
21	Персонал больницы должен быть ориентирован на проблемы пациентов	○	○	○	○	○
22	Время работы в больнице должно быть удобно для всех пациентов	○	○	○	○	○

	Восприятие	1	2	3	4	5
1	В больнице есть современная техника и оборудование	○	○	○	○	○
2	Интерьер больницы находится в хорошем состоянии	○	○	○	○	○
3	Персонал больницы красиво и аккуратно одет	○	○	○	○	○
4	Информационные материалы (буклеты, проспекты) в больнице привлекательны	○	○	○	○	○
5	Больница выполняет свои обещания предоставить услуги в назначенное время	○	○	○	○	○
6	Если у пациентов возникли проблемы, больница пытается их искренне решить	○	○	○	○	○
7	Больница имеет надежную репутацию	○	○	○	○	○
8	Услуги больницы предоставлены пациентам точно и своевременно	○	○	○	○	○
9	Больница избегает ошибок и неточностей в своей деятельности	○	○	○	○	○
10	Персонал больницы дисциплинирован	○	○	○	○	○
11	Сотрудники больницы быстро и оперативно предоставляют медицинскую помощь	○	○	○	○	○
12	Сотрудники больницы всегда помогают своим пациентам решать проблемы	○	○	○	○	○
13	Персонал больницы быстро реагирует на запросы пациентов	○	○	○	○	○
14	Между пациентами и персоналом больницы существует атмосфера доверия и взаимопонимания	○	○	○	○	○
15	В больнице пациенты чувствуют себя в безопасности	○	○	○	○	○
16	Персонал больницы вежлив с пациентами	○	○	○	○	○
17	Руководство больницы оказывает всестороннюю поддержку персоналу для эффективного лечения пациентов	○	○	○	○	○
18	Для пациентов в больнице применяется индивидуальный подход	○	○	○	○	○
19	Персонал больницы проявляет личное участие в решении проблем пациентов	○	○	○	○	○
20	Персонал больницы знает потребности своих пациентов	○	○	○	○	○
21	Персонал больницы ориентируется на проблемы пациентов	○	○	○	○	○
22	Время работы в больнице удобно для всех пациентов	○	○	○	○	○

Приложение В

Отчет
по результатам инструментального бенчмаркинга 32-х районных больниц
Воронежской области

Проект: CRB_2016_32

75,54%	БУЗ ВО «Аннинская РБ»	Лидеры: 2
--------	-----------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	174,00	131,44	-24,46 %
Число посещений врачей	277552,00	277552,00	0,00 %
поступило пациентов	6416,00	6416,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	86,64 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	84,32 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	91,04 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	13,36 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	15,68 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	8,96 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	65,38 %	Выход
поступило пациентов	34,62 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

74,66%	БУЗ ВО «Бобровская РБ»	Лидеры: 2
--------	------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	243,50	181,79	-25,34 %
Число посещений врачей	377286,00	377286,00	0,00 %
поступило пациентов	9162,00	9162,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	95,19 %
--------------------------	--------------------------	---------

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	94,25 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	96,87 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	4,81 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	5,75 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	3,13 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	64,25 %	Выход
поступило пациентов	35,75 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

71,36%	БУЗ ВО «Богучарская РБ»	Лидеры: 1
--------	-------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	124,50	88,84	-28,64 %
Число посещений врачей	154423,00	173071,48	12,08 %
поступило пациентов	4622,00	4622,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

100,00%	БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Лидеры: 0 Аутсайдеры: 12
---------	----------------------------	-----------------------------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	285,25	285,25	0,00 %

Число посещений врачей	555686,00	555686,00	0,00 %
поступило пациентов	14840,00	14840,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

85,60%	БУЗ ВО «Бутурлиновская РБ»	Лидеры: 2
--------	----------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	179,25	153,44	-14,40 %
Число посещений врачей	324304,00	324304,00	0,00 %
поступило пациентов	7477,00	7477,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	86,19 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	83,80 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	90,72 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	13,81 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	16,20 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	9,28 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	65,44 %	Выход
поступило пациентов	34,56 %	Выход

Лидеры
БУЗ ВО «Россошанская РБ»
БУЗ ВО «Хохольская РБ»

94,24%	БУЗ ВО «Верхнемамонская РБ»	Лидеры: 2
--------	-----------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	62,25	58,66	-5,76 %
Число посещений врачей	126885,00	126885,00	0,00 %
поступило пациентов	2732,00	2732,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	74,55 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	70,83 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	82,11 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	25,45 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	29,17 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	17,89 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	66,97 %	Выход
поступило пациентов	33,03 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

75,88%	БУЗ ВО «Верхнехавская РБ»	Лидеры: 2
--------	---------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	98,00	74,36	-24,12 %
Число посещений врачей	165935,00	165935,00	0,00 %
поступило пациентов	3241,00	3241,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	58,44 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	53,82 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	68,77 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	41,56 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	46,18 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	31,23 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	69,09 %	Выход
поступило пациентов	30,91 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

69,11%	БУЗ ВО «Воробьевская РБ»	Лидеры: 2
--------	--------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	71,00	49,07	-30,89 %
Число посещений врачей	110198,00	110198,00	0,00 %
поступило пациентов	2108,00	2108,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	55,07 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	50,39 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	65,75 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	44,93 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	49,61 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	34,25 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	69,53 %	Выход
поступило пациентов	30,47 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

93,48%	БУЗ ВО «Грибановская РБ»	Лидеры: 1
--------	--------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	102,50	95,82	-6,52 %
Число посещений врачей	183321,00	186664,06	1,82 %
поступило	4985,00	4985,00	0,00 %

пациентов			
-----------	--	--	--

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

86,14%	БУЗ ВО «Калачеевская РБ»	Лидеры: 1
--------	--------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	208,25	179,40	-13,86 %
Число посещений врачей	338804,00	349475,57	3,15 %
поступило пациентов	9333,00	9333,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

83,91%	БУЗ ВО «Каменская РБ»	Лидеры: 2
--------	-----------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	72,75	61,04	-16,09 %
Число посещений врачей	135520,00	135520,00	0,00 %
поступило пациентов	2691,00	2691,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	61,13 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	56,58 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	71,12 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	38,87 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	43,42 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	28,88 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	68,73 %	Выход
поступило пациентов	31,27 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

80,33%	БУЗ ВО «Кантемировская РБ»	Лидеры: 2
--------	----------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	133,25	107,04	-19,67 %
Число посещений врачей	225632,00	225632,00	0,00 %
поступило пациентов	5242,00	5242,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	87,51 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	85,31 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	91,65 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	12,49 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	14,69 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	8,35 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	65,26 %	Выход
поступило пациентов	34,74 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

62,99%	БУЗ ВО «Каширская РБ»	Лидеры: 2
--------	-----------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	97,00	61,10	-37,01 %
Число посещений врачей	138941,00	138941,00	0,00 %
поступило пациентов	2550,00	2550,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	48,45 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	43,79 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	59,55 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	51,55 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	56,21 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	40,45 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	70,40 %	Выход
поступило пациентов	29,60 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

85,23%	БУЗ ВО «Лискинская РБ»	Лидеры: 2
--------	------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	421,00	358,82	-14,77 %
Число посещений врачей	744974,00	744974,00	0,00 %
поступило пациентов	18071,00	18071,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	95,00 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	94,02 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	96,75 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	5,00 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	5,98 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	3,25 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	64,28 %	Выход
поступило пациентов	35,72 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

86,16%	БУЗ ВО «Нижнедевицкая РБ»	Лидеры: 2
--------	---------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	66,25	57,08	-13,84 %
Число посещений врачей	112274,00	112274,00	0,00 %
поступило пациентов	2962,00	2962,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	82,25 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	81,46 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	82,46 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	17,75 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	18,54 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	17,54 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	20,67 %	Выход
поступило пациентов	79,33 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

86,21%	БУЗ ВО «Новоусманская РБ»	Лидеры: 1
--------	---------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	235,00	202,60	-13,79 %
Число посещений врачей	392936,00	394671,86	0,44 %
поступило пациентов	10540,00	10540,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

97,74%	БУЗ ВО «Новохоперская РБ»	Лидеры: 2
--------	---------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	127,50	124,61	-2,26 %
Число посещений врачей	260342,00	260342,00	0,00 %
поступило пациентов	6205,00	6205,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	91,93 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	90,42 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	94,69 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	8,07 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	9,58 %

БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	5,31 %
------------------------	---------------------	--------

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	64,68 %	Выход
поступило пациентов	35,32 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

74,22%	БУЗ ВО «Ольховатская РБ»	Лидеры: 2
--------	--------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	87,00	64,57	-25,78 %
Число посещений врачей	141763,00	141763,00	0,00 %
поступило пациентов	2916,00	2916,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	66,93 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	62,65 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	76,02 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	33,07 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	37,35 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	23,98 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	67,97 %	Выход
поступило пациентов	32,03 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

94,24%	БУЗ ВО «Острогжская РБ»	Лидеры: 2
--------	-------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	189,50	178,58	-5,76 %
Число посещений	367401,00	367401,00	0,00 %

врачей			
поступило пациентов	9140,00	9140,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	99,42 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	99,30 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	99,63 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	0,58 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	0,70 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	0,37 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	63,70 %	Выход
поступило пациентов	36,30 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

87,97%	БУЗ ВО «Павловская РБ»	Лидеры: 1
--------	------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	193,75	170,44	-12,03 %
Число посещений врачей	313571,00	332026,13	5,89 %
поступило пациентов	8867,00	8867,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

84,48%	БУЗ ВО «Панинская РБ»	Лидеры: 2
--------	-----------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	101,50	85,75	-15,52 %
Число посещений врачей	188324,00	188324,00	0,00 %
поступило пациентов	3869,00	3869,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	66,73 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	62,43 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	75,85 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	33,27 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	37,57 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	24,15 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	68,00 %	Выход
поступило пациентов	32,00 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

98,36%	БУЗ ВО «Петропавловская РБ»	Лидеры: 2
--------	-----------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	64,50	63,44	-1,64 %
Число посещений врачей	136939,00	136939,00	0,00 %
поступило пациентов	2967,00	2967,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	75,61 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	71,98 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	82,92 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	24,39 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	28,02 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	17,08 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	66,83 %	Выход
поступило пациентов	33,17 %	Выход

Лидеры
 БУЗ ВО «Россошанская РБ»
 БУЗ ВО «Хохольская РБ»

96,43%	БУЗ ВО «Поворинская РБ»	Лидеры: 1
--------	-------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	95,00	91,61	-3,57 %
Число посещений врачей	175612,00	178463,58	1,62 %
поступило пациентов	4766,00	4766,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры
 БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

78,07%	БУЗ ВО «Подгоренская РБ»	Лидеры: 1
--------	--------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	86,00	67,14	-21,93 %
Число посещений врачей	118467,00	130795,90	10,41 %
поступило пациентов	3493,00	3493,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

57,02%	БУЗ ВО «Рамонская РБ»	Лидеры: 2
--------	-----------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	140,25	79,98	-42,98 %
Число посещений врачей	169572,00	169572,00	0,00 %
поступило пациентов	3874,00	3874,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	84,62 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	82,01 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	89,60 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	15,38 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	17,99 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	10,40 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	65,64 %	Выход
поступило пациентов	34,36 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

81,46%	БУЗ ВО «Репьевская РБ»	Лидеры: 2
--------	------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение
%	Всего должностей штатных	58,00
47,25	-18,54 %	Число посещений врачей
96575,00	96575,00	0,00 %
поступило пациентов	2427,00	2427,00
0,00 %		

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	10,29 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	9,81 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	10,42 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	89,71 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	90,19 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	89,58 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	21,48 %	Выход
поступило пациентов	78,52 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

100,00%	БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Лидеры: 0 Аутсайдеры: 21
---------	--------------------------	-----------------------------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	302,75	302,75	0,00 %
Число посещений врачей	622130,00	622130,00	0,00 %
поступило пациентов	15528,00	15528,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	21,60 %	Выход
поступило пациентов	78,40 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

78,55%	БУЗ ВО «Семилукская РБ»	Лидеры: 2
--------	-------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	249,00	195,59	-21,45 %
Число посещений врачей	410568,00	410568,00	0,00 %
поступило пациентов	9655,00	9655,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	89,60 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	87,72 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	93,10 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	10,40 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	12,28 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	6,90 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	64,99 %	Выход
поступило пациентов	35,01 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

81,70%	БУЗ ВО «Таловская РБ»	Лидеры: 2
--------	-----------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	153,25	125,21	-18,30 %
Число посещений врачей	266934,00	266934,00	0,00 %
поступило пациентов	6001,00	6001,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Всего должностей штатных	81,87 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	Число посещений врачей	78,91 %
БУЗ ВО «Россошанская РБ»	поступило пациентов	87,61 %

БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	18,13 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	21,09 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	12,39 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	66,00 %	Выход
поступило пациентов	34,00 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Россошанская РБ»

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

83,37%	БУЗ ВО «Терновская РБ»	Лидеры: 1
--------	------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	74,75	62,32	-16,63 %
Число посещений врачей	117969,00	121397,17	2,91 %
поступило пациентов	3242,00	3242,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»

100,00%	БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Лидеры: 0 Аутсайдеры: 19
---------	------------------------	-----------------------------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	96,00	96,00	0,00 %

Число посещений врачей	238049,00	238049,00	0,00 %
поступило пациентов	3144,00	3144,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Хохольская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	100,00 %	Выход
поступило пациентов	0,00 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Хохольская РБ»

74,03%	БУЗ ВО «Эртильская РБ»	Лидеры: 1
--------	------------------------	-----------

Потенциальные улучшения

Переменная	Текущее значение	Целевое значение	%
Всего должностей штатных	92,75	68,66	-25,97 %
Число посещений врачей	128518,00	133754,07	4,07 %
поступило пациентов	3572,00	3572,00	0,00 %

Вклады лидеров

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Всего должностей штатных	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	Число посещений врачей	100,00 %
БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»	поступило пациентов	100,00 %

Вклады по входу/выходу

Всего должностей штатных	100,00 %	Вход
Число посещений врачей	0,00 %	Выход
поступило пациентов	100,00 %	Выход

Лидеры

БУЗ ВО «Борисоглебская РБ»