

**ВОЛНУХИН АРТЕМ ВИТАЛЬЕВИЧ**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ НАПРАВЛЕНИЙ  
РАЗВИТИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ  
ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ  
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

**Научный консультант:**

академик РАН,  
доктор медицинских наук, профессор

**Денисов Игорь Николаевич**

**Официальные оппоненты:**

**Гуров Андрей Николаевич** - доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», факультет усовершенствования врачей, кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья, заведующий кафедрой

**Муравьева Валентина Николаевна** - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом дополнительного профессионального образования, профессор кафедры

**Серёгина Ирина Фёдоровна** - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, терапевтический факультет, кафедра медицинской экспертизы, профессор кафедры

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»)

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.02 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, строение 1, Научно-исследовательский центр.

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37/1 и на сайте [www.sechenov.ru](http://www.sechenov.ru).

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

**Ученый секретарь**

**диссертационного совета Д 208.040.02**

доктор медицинских наук,  
профессор

**Манерова Ольга Александровна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

Развитие конкурентных процессов в здравоохранении представляет общемировую тенденцию. В основных нормативно-правовых документах Российской Федерации (Федеральном законе от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. от 28.12.2016); Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017); Постановлении Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изм. от 12.08.2017) отмечается роль конкуренции как одного из ключевых факторов развития медицинских организаций и повышения качества медицинской помощи (КМП).

Многие авторы констатируют повышение конкуренции на российском рынке медицинских услуг, что обусловлено процессами интеграции медицинских организаций; интенсивным развитием негосударственного сектора здравоохранения; привлечением частных медицинских организаций к предоставлению медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования (ОМС); оказанием государственными медицинскими организациями платной медицинской помощи, в том числе, в системе добровольного медицинского страхования (ДМС) (Пирогов М.В., 2014; Коробкова О.К., 2015; Линденбратен А.Л., Гришина Н.К., Ковалева В.В. и др., 2015; Ступак В.С., 2015; Косолапов А.В., 2016; Селезнев В.Д., Волков С.Д., 2016).

Современной тенденцией является переход конкуренции из чисто экономической зоны в область качества, уникальности, сервисного сопровождения (Gaynor M, 2006; Marjolein Dieleman, Barend Gerretsen, Gert Janvander Wilt, 2009; Paul E Mazmanian; David A Davis; Robert Galbraith, 2009; Robert Kaba Alhassan, Nicole Spieker, Paul van Ostenberg et al., 2013; Ekere AU, Amah E, 2014; Mash R, De Sa A, Christodoulou M, 2016). Первостепенное

значение приобретают кадровый и инновационный потенциалы медицинской организации; эффективное управление человеческими и материальными ресурсами (Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева И.А., 2006; Баранов И.Н., 2008; Сибурина Т.А., 2010; Patrick A Rivers, Sandra H Glover, 2008; Rakhimbekova AE, Seitkaziyeva AM, 2014).

Однако исследований, посвященных повышению конкурентоспособности медицинских организаций на российском рынке медицинских услуг, проведено недостаточно. Преимущественно они выполнены в рамках работ по экономике и затрагивают маркетинговые (Цветкова А.Б., 2003) и экономические вопросы (Терехова Е.Ю., 2004; Герцик Ю.Г., 2015). Слабо проработаны вопросы, касающиеся неценовой конкуренции.

Необходимость разработки научно обоснованных направлений развития и повышения конкурентоспособности медицинских организаций, а также неценовых механизмов их реализации в современных условиях определяет актуальность настоящего исследования. Получение населением медицинской помощи преимущественно в амбулаторных условиях и наибольшее развитие конкуренции в частном секторе здравоохранения позволяют рассматривать соответствующие медицинские организации в качестве перспективных баз для научных и методических разработок в этой области в целях совершенствования деятельности медицинских организациях государственной формы собственности.

### **Степень научной разработанности проблемы**

Проблема конкуренции в здравоохранении начала активно изучаться относительно недавно – в начале XXI века такими учеными, как Шейман И.М., Тогунов И.А., Баранов И.Н., Решетников А.В., Сибурина Т.А., Терехова Е.Ю. Обзор научных исследований (Цветкова А.Б., Терехова Е.Ю., Апарин И.С., Герцик Ю.Г., Ключев А.М.) и патентной документации показал, что целенаправленных исследований по формированию и повышению конкурентоспособности медицинских организаций за счет неценовых

механизмов недостаточно, что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель исследования** состоит в научном обосновании и разработке современных направлений развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В соответствии с поставленной целью определены следующие **задачи**:

1. Провести анализ особенностей и тенденций развития конкуренции в системах здравоохранения; выделить основные элементы, формирующие конкурентоспособность медицинских организаций.
2. Провести анализ амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы и тенденций его развития; дать сравнительную оценку конкурентоспособности медицинских организаций.
3. Обосновать современные направления развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.
4. Выявить дефекты действующей в Сети частных медицинских организаций системы внутреннего контроля качества медицинской помощи и разработать предложения по ее совершенствованию.
5. Провести анализ организации обучения врачей в Сети частных медицинских организаций; разработать внутриорганизационную систему непрерывного профессионального развития персонала.
6. Оценить действующую в Сети частных медицинских организаций систему стимулирования медицинского персонала и разработать предложения по ее совершенствованию.
7. Определить тип и основные ценности сложившейся и предпочтительной для Сети частных медицинских организаций организационной культуры; сформулировать предложения по ее формированию и поддержанию.
8. Разработать комплексную модель повышения конкурентоспособности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в

амбулаторных условиях; внедрить базовые ее элементы в работу Сети частных медицинских организаций и оценить их эффективность.

### **Научная новизна**

Дана оценка роли конкуренции на современном этапе развития здравоохранения; определены общемировые и российские тенденции к повышению конкуренции между медицинскими организациями; установлено повышение значимости неценовой конкуренции; выделены основные неценовые факторы, определяющие конкурентоспособность медицинской организации.

Определены состояние и тенденции развития конкуренции на амбулаторном сегменте рынке медицинских услуг г. Москвы; дана оценка обеспеченности населения Москвы медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях; проведен сравнительный анализ государственных и частных медицинских организаций по параметрам доступности медицинской помощи, лечебно-диагностическим возможностям и кадровому потенциалу; определены основные неценовые критерии выбора медицинской организации пациентами.

Определены современные направления развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях; установлено отсутствие специфики параметров конкурентоспособности, определяемой формой собственности или амбулаторными условиями оказания медицинской помощи.

Разработана система внутреннего контроля качества медицинской помощи и инновационного развития, организационной спецификой которой являются четыре уровня контроля (врача, отделения, медицинской организации и сети медицинских организаций) и дифференциация функциональных обязанностей сотрудников каждого уровня по степени экспертной и административной сложности; к особенностям управленческих механизмов относятся приоритет непрерывного повышения качества медицинской помощи и инновационного развития; вовлеченность и личная ответственность каждого

медицинского работника; стимулирование к непрерывному повышению качества медицинской помощи, инновационной активности и профессиональному развитию; предоставление возможностей для обучения и инновационных предложений.

Разработаны внутриорганизационная система непрерывного профессионального развития медицинского персонала, являющаяся дополнением государственной системы дополнительного профессионального образования и обеспечивающая внутреннее обучение медицинских работников в разные периоды трудовой деятельности (адаптация, коррекция и развитие); организационная структура и порядок работы внутриорганизационного учебного центра; форма многостороннего стратегического альянса медицинской и образовательной организации.

Разработана система стимулирования повышения качества медицинской помощи, профессионального развития и инновационной активности медицинского персонала, основанная на комплексном использовании материальных стимулов (дополнительные выплаты по результатам труда и обучения) и нематериальных стимулов (присвоение внутренних врачебных категорий, возможности для внедрения инновационных предложений).

Определен тип и сформулированы основные ценности организационной культуры, предпочтительной для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, способствующей реализации современных направлений развития и повышения конкурентоспособности.

Разработана комплексная модель повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, основанная на объединении в единую систему и комплексном применении организационных и управленческих механизмов реализации каждого направления развития и повышения конкурентоспособности.

## **Теоретическая и практическая значимость работы**

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что определены критерии отбора медицинского персонала, обеспечивающие непрерывное повышение качества медицинской помощи и инновационное развитие медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях: уровень профессиональной квалификации выше среднего; личные ожидания, совпадающие с направлениями развития медицинской организации; готовность к профессиональному и личностному развитию.

Определены функциональные обязанности и область ответственности сотрудников каждого из четырех уровней системы контроля качества медицинской помощи и инновационного развития медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях: врачей, заведующих отделениями, главных врачей отдельных медицинских организаций, заместителя медицинского директора по контролю качества.

Разработаны структуры программ для внутриорганизационного обучения сестринского, врачебного и административного персонала медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на различных этапах трудовой деятельности (адаптация, коррекция, развитие), включающие базовые и специализированные компетенции.

Разработана методика обоснования приоритетов обучения персонала медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на основе дифференциации уровня знаний, умений, навыков и учета рисков снижения качества медицинской помощи.

Разработаны механизмы нематериального стимулирования медицинского персонала медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях: алгоритм рассмотрения инновационных предложений сотрудников; внутриорганизационная система врачебных категорий (для специалистов), основанная на индивидуальной комплексной оценке результатов оказания медицинской помощи, обучения и достигнутого

профессионального уровня и карьерного (вертикального) роста для руководителей, основанная на использовании модифицированной матрицы потенциал-результат.

Разработаны механизмы материального стимулирования персонала медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях – система дополнительных выплат за оказание медицинской помощи высокого качества, достигнутый высокий профессиональный уровень и инновационную активность.

Предложены механизмы формирования и поддержания в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, организационной культуры, обеспечивающей развитие по выделенным направлениям и повышение конкурентоспособности.

Практическая значимость исследования состоит в том, что в работу Сети частных медицинских организаций внедрены базовые элементы комплексной модели повышения конкурентоспособности, включающие (акт о внедрении от 31.08.2018 г.):

- трехуровневую систему непрерывного профессионального развития медицинского персонала;
- организацию учебного центра;
- интеграцию во внутреннюю информационную систему системы дистанционного обучения;
- развитие долгосрочного сотрудничества с образовательными организациями на принципах стратегического альянса.

Проведена оценка эффективности внедрения базовых элементов модели и обоснована возможность ее адаптации для использования в работе медицинских организаций различных форм собственности, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Материалы диссертации используются в учебном процессе для обучающихся по программам ординатуры по специальности «Организация

здравоохранения и общественное здоровье» в ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

### **Методология и методы исследования**

Методологическую и теоретическую основу диссертации составляет системный подход. В работе использовались методы: метод экспертных оценок, социологические исследования, SWOT-анализ, методика OSAI, метод организационного эксперимента, монографический, статистический, аналитический методы, бенчмаркинг-подход. Результаты считались достоверными при  $p < 0,05$ .

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

1. Развитие неценовой конкуренции в здравоохранении является общемировой и российской тенденцией. К основным неценовым элементам конкурентоспособности медицинской организации относятся качество медицинской помощи, инновационное развитие, профессиональное развитие и мотивация медицинского персонала, организационная культура.
2. Амбулаторный сегмент преобладает в структуре рынка медицинских услуг города Москвы. Он характеризуется стабильным спросом, и достаточной платежеспособностью потребителей; увеличением числа и мощности медицинских организаций. Медицинские организации, представленные преимущественно частной формой собственности, сопоставимы по доступности медицинской помощи, лечебно-диагностическим возможностям и кадровому потенциалу, что свидетельствует о высокой конкуренции. Основными неценовыми критериями выбора медицинской организации являются качество медицинской помощи и квалификация персонала.
3. Современными направлениями развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, являются непрерывное повышение качества медицинской помощи и инновационное развитие; непрерывное профессиональное развитие и мотивация медицинского

персонала; формирование и поддержание предпочтительной организационной культуры.

4. Существующая в Сети частных медицинских организаций система управления не обеспечивает ее развития по направлениям повышения конкурентоспособности. Это требует внедрения четырехуровневой системы контроля качества медицинской помощи; трехуровневой системы внутриорганизационного обучения и развития персонала; материального и нематериального стимулирования реализации основных направлений развития; формирования и поддержания организационной культуры с ценностями, соответствующими этим направлениям.
5. Комплексная модель повышения конкурентоспособности является универсальной для медицинских организаций различных форм собственности, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Она объединяет организационные и управленческие механизмы внутреннего контроля качества медицинской помощи, внутриорганизационного обучения, материального и нематериального стимулирования, формирования и поддержания предпочтительной организационной культуры в единую систему и обеспечивает становление медицинской организации, соответствующей неценовым критериям конкурентоспособности.
6. Использование базовых элементов комплексной модели повышения конкурентоспособности в работе Сети частных медицинских организаций обеспечивает повышение уровня компетенций медицинского персонала; объемных показателей конкурентоспособности; удовлетворенности пациентов и позволяет занимать одну из лидирующих позиций в амбулаторном сегменте рынка медицинских услуг города Москвы.

### **Личный вклад автора**

Автором проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования. Проведен сбор первичного материала, его статистическая обработка и анализ. Сформулированы основные принципы

функционирования внутриорганизационной системы непрерывного профессионального развития медицинского персонала в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Теоретически обоснованы механизмы материального и нематериального стимулирования повышения качества медицинской помощи, непрерывного профессионального развития медицинского персонала и инновационного развития медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Определены тип и основные ценности организационной культуры, способствующей повышению качества медицинской помощи, профессиональному развитию медицинского персонала и инновационному развитию медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Разработаны программа и план исследования; карта экспертной оценки качества медицинской помощи в амбулаторных условиях; анкета по изучению мнения медицинского персонала; анкета по изучению мнения руководителей; модифицированная анкета ОСАИ для определения типа организационной культуры; трехуровневая система непрерывного профессионального развития; организационная структура внутриорганизационного учебного центра; система оценок для формирования приоритетов обучения; форма стратегического альянса медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и образовательной организации; механизмы материального и нематериального стимулирования повышения качества медицинской помощи, профессионального развития, а также инновационной активности медицинского персонала; комплексная модель повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Внедрены базовые элементы комплексной модели повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включающие трехуровневую систему непрерывного профессионального

развития; организационную структуру внутриорганизационного учебного центра; стратегический альянс с образовательной организацией.

Работа выполнена в рамках комплексной темы ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) «Научное обоснование эффективности форм и методов укрепления здоровья населения и разработка современных технологий подготовки специалистов в области общественного здоровья, управления здравоохранением и высшего медицинского и фармацевтического образования» Регистрационный номер (ВНТИЦ): №01.2.009.07146; а также ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации «Новые организационные технологии в деятельности медицинских организаций разных уровней системы здравоохранения Российской Федерации» (ГЗ 2015-2017г.г.).

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Результаты научного исследования использованы:

на федеральном уровне: Министерством здравоохранения Российской Федерации при подготовке методических рекомендаций «Внутриорганизационное обучение медицинского персонала в крупных интеграционных структурах и концептуальные подходы к подготовке управленческих кадров» и учебно-методического пособия «Стратегический альянс медицинских и образовательных организаций» (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2017 г.).

на уровне медицинских организаций: трехуровневая система непрерывного профессионального развития медицинского персонала, организационная структура учебного центра и форма стратегического альянса медицинской и образовательной организации были внедрены и используются в практической деятельности базы исследования (Акт о внедрении от 31.08.2018 г.).

на уровне образовательных организаций: разработано и издано учебное пособие «Конкурентные преимущества амбулаторно-поликлинических учреждений на рынке медицинских услуг» (2017) для использования в учебном процессе для обучающихся по программам ординатуры по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (рекомендовано координационным советом Университета в качестве учебного пособия по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» от 31.10.2016 № 87/05.05-19).

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Достоверность материалов исследования определяется использованием современных статистических методов обработки данных, репрезентативным объемом выборки объектов для исследования, комплексным характером исследований.

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на II Всероссийской научно-практической дистанционной конференции «Ивановские чтения» (15.11.2011 г., Москва); Всероссийской научно-практической конференции «IV съезд врачей общей практики» (14-15.11.2013, Казань); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные технологии оказания медицинской и медико-социальной помощи врачами общей практики» (06-07.10.2014 г., Мытищи); X международной научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные науки сегодня» (26-27.12.2016 г., North Charleston, USA); Совместной научной конференции кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Медико-профилактического факультета и кафедры общей врачебной практики Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (14.12.2016 г., Москва);

XII международной научно-практической конференции «Научные исследования: ключевые проблемы III тысячелетия» (02.01.2017 г., Москва); VII международной научно-практической конференции «Современные инновации: теоретический и практический взгляд» (17.01.2017 г., Москва); XXX International scientific and practical conference «International scientific review of the problems and prospects of modern science and education» (21-22.01.2017 г., Boston, USA); XXIV International scientific and practical conference «European research: innovation in science, education and technology» (28-29.01.2017 г., London, United Kingdom); II съезде врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана (18-19.05.2017 г., Ош, Кыргызстан); Международном форуме врачей общей практики/семейных врачей. V Всероссийском съезде врачей общей практики (семейных врачей) (22-23.05.2018 г., Киров).

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Научные положения диссертации и результаты исследования соответствуют пунктам 3, 5, 6 и 8 паспорта научной специальности: 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация изложена на 313 листах, состоит из введения, обзора литературы, главы «Организация, материалы, методы и характеристика базы исследования», шести глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, 4 приложений. Список литературы включает 507 работ, в том числе 301 отечественных и 206 зарубежных авторов. Диссертационная работа иллюстрирована 96 таблицами и 31 рисунком.

### **Публикации по теме диссертации**

По теме диссертации опубликовано 49 печатных работ, включая 17 публикаций в журналах, включенных в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ. Разработаны и изданы монография «Повышение профессионального потенциала медицинских и административных кадров здравоохранения: основные проблемы, перспективные стратегии, организационные механизмы»

(2017), методические рекомендации «Внутриорганизационное обучение медицинского персонала в крупных интеграционных структурах и концептуальные подходы к подготовке управленческих кадров» (2017), учебно-методическое пособие «Стратегический альянс медицинских и образовательных организаций» (2017), учебное пособие «Конкурентные преимущества амбулаторно-поликлинических учреждений на рынке медицинских услуг» (2017).

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обоснована актуальность проблемы, определена цель, сформулированы задачи исследования, показана научная новизна и практическая значимость работы, представлены положения, выносимые на защиту.

**В первой главе «Конкурентоспособность медицинских организаций и ее неценовые элементы (обзор литературы)»** изучены основные подходы к развитию конкуренции в здравоохранении, конкурентоспособности и конкурентного преимущества медицинской организации. Дана историческая справка по зарождению конкуренции в системах здравоохранения, выделены основные тенденции ее развития. Проанализированы мнения ученых о видах конкуренции в здравоохранении и факторах, на нее влияющих, характеристике рынка медицинских услуг. Описаны методы изучения конкурентоспособности медицинской организации на рынке медицинских услуг. Проведен анализ литературных данных о конкурентных процессах в негосударственном секторе отечественного здравоохранения. Представлены основные принципы повышения конкурентоспособности медицинской организации и ее неценовые элементы.

**Во второй главе «Организация, материалы, методы и характеристика базы исследования»** представлены программа и этапы исследования, применяемые методы, характеристика базы исследования, приведены материалы и объемы исследования (табл. 1). **Объектами**

**исследования** были определены состояние неценовой конкуренции на амбулаторном сегменте рынка медицинских услуг города Москвы; система управления конкурентоспособностью Сети частных медицинских организаций (далее - Сети). **Предмет исследования** составили механизмы управления качеством медицинской помощи, мотивацией медицинского персонала и организационной культурой; обучающие технологии. **Базой исследования** явилась Сеть частных медицинских организаций г. Москвы АО «Семейный доктор», включавшая на момент проведения исследования 11 медицинских организаций.

**Статистическая обработка** полученного материала проводилась на основе общепринятых статистических методов: расчет относительных и средних величин, графоаналитический метод, выявление и оценка влияющих факторов, квалиметрический метод. Сравнение относительных величин проводилось с помощью фи-критерия. Для определения связи факторных признаков с результативными был использован Хи-квадрат, а для оценки силы связи – коэффициент Чупрова-Крамера (V).

Исследование продолжалось с 2009 г. по 2017 г., общая продолжительность составила 8 лет.

**Таблица 1.**

**Программа и методы исследования**

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объем исследования	Источники информации
1. Провести анализ особенностей и тенденций развития конкуренции в системах здравоохранения; выделить основные элементы, формирующие конкурентоспособность медицинских организаций.	Аналитический	Отечественная и зарубежная [507] литература; нормативно-правовые акты по теме исследования.	Зарубежные и отечественные литературные источники; нормативно-правовые документы СССР, РСФСР, РФ.
2. Провести анализ амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы и тенденций его развития; дать сравнительную оценку конкурентоспособности медицинских организаций.	Статистический Монографический Бенчмаркинг подход Аналитический	Государственные медицинские организации города Москвы, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях - 53; частные медицинские организации города Москвы, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 14.	Материалы сайта департамента здравоохранения города Москвы; материалы сайтов частных медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях; материалы сайта Росстата; материалы сайта Мосгорстата; аналитические отчеты BuisnesStat.
3. Обосновать современные направления развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.	SWOT-анализ Экспертных оценок Статистический Бенчмаркинг подход Аналитический	Руководители Сети – 28.	Анкеты по изучению мнения административного персонала.
4. Выявить дефекты действующей в Сети частных медицинских организаций системы внутреннего контроля качества медицинской помощи и разработать предложения по ее совершенствованию.	Экспертных оценок Социологический Статистический Монографический Бенчмаркинг подход Аналитический	Законченные случаи оказания медицинской помощи в Сети – 1070; руководители Сети – 28; медицинский персонал Сети – 241.	Карты экспертной оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи; анкеты по изучению мнения административного персонала; анкеты по изучению мнения медицинского персонала.

*Продолжение таблицы 1*

<p>5. Провести анализ организации обучения врачей в Сети частных медицинских организаций; разработать внутриорганизационную систему непрерывного профессионального развития персонала.</p>	<p>Социологический Статистический Монографический Бенчмаркингвый подход Аналитический</p>	<p>Руководители Сети– 28; медицинский персонал Сети – 288.</p>	<p>Анкеты по изучению мнения административного персонала; анкеты по изучению мнения медицинского персонала; аналитическая база системы дистанционного обучения.</p>
<p>6. Оценить действующую в Сети частных медицинских организаций систему стимулирования медицинского персонала и разработать предложения по ее совершенствованию.</p>	<p>Социологический Статистический Монографический Бенчмаркингвый подход Аналитический</p>	<p>Руководители Сети – 28; медицинский персонал – 241.</p>	<p>Анкеты по изучению мнения административного персонала; анкеты по изучению мнения медицинского персонала.</p>
<p>7. Определить тип и основные ценности сложившейся и предпочтительной для Сети частных медицинских организаций организационной культуры; сформулировать предложения по ее формированию и поддержанию.</p>	<p>Социологический Статистический Монографический Методика OCAI Бенчмаркингвый подход Аналитический</p>	<p>Руководители Сети – 28; медицинский персонал Сети – 241.</p>	<p>Анкеты по изучению мнения административного персонала; анкеты по изучению мнения медицинского персонала; модифицированная анкета OCAI.</p>
<p>8. Разработать комплексную модель повышения конкурентоспособности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях; внедрить базовые ее элементы в работу Сети частных медицинских организаций и оценить их эффективность.</p>	<p>Организационного эксперимента Статистический Монографический Аналитический</p>	<p>Медицинский персонал – 172; государственные медицинские организации города Москвы, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях - 53; частные медицинские организации города Москвы, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 14.</p>	<p>Аналитическая база Сети; аналитическая база системы дистанционного обучения; материалы сайта департамента здравоохранения города Москвы; материалы сайтов частных медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях; аналитические отчеты BuisnesStat.</p>

**В третьей главе** дана характеристика амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы; представлен сравнительный анализ неценовых показателей конкурентоспособности государственных и негосударственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

По данным BuisnesStat (2018), отмечается незначительное снижение натурального объема и заметное увеличение стоимостного объема рынка медицинских услуг города Москвы, что свидетельствует о росте цен. С 2013 по 2017 гг. динамика этих показателей составила -5,0% (за счет секторов ОМС, ДМС и бюджетного сектора) и 34,5% (за счет легального коммерческого сектора и сектора ДМС) соответственно. По условиям оплаты медицинских услуг в структуре рынка стабильно преобладал сектор ОМС – более 56,0% натурального объема и более 29,0% стоимостного объема. По условиям оказания медицинской помощи в натуральном объеме – амбулаторный сегмент – 65,3%, что отражает востребованность у населения, а в стоимостном объеме – стационарный (46,2%), что обусловлено высокой стоимостью услуг.

Общая численность потребителей медицинских услуг Москвы остается стабильно высокой, составляя 14,7-14,63 млн. человек (96,8-98,8% всего населения города). Среди потребителей медицинских услуг основной удельный вес принадлежит лицам женского пола – 53,0%; трудоспособного возраста – 60,0%; с высшим образованием – 42,3%; работающим – 56,1%; состоящим в браке – 51,6%; имеющим детей – 65,6%. Как правило, это – более обеспеченные слои населения: 60,2% имеют уровень доходов средний и выше, который стабильно растет на 2,3-13,3% в год (BuisnesStat, 2018).

В период времени с 2013 г. по 2017 г. жители Москвы предпочитали обращаться за бесплатной медицинской помощью более чем в 80% случаев. Тем не менее, платные медицинские услуги, предоставляемые в амбулаторных условиях, сохраняют свою востребованность, о чем свидетельствуют стойкая тенденция к росту численности населения (с 2012 г. по 2017 г. на 6,6%) с преобладанием удельного веса лиц трудоспособного возраста (около 60,0%) -

основного контингента частных медицинских организаций; а также рост объема реализации платных медицинских услуг в рублях (на 108,8% в 2016 г. по сравнению с 2011 г.), их удельного веса среди всех платных услуг - на 29,4% (Мосгорстат, 2017; BuisnesStat, 2018).

Основными причинами выбора платной медицинской помощи являются эффективность лечения (49,4%); высокая квалификация врачей (40,2%); отношение со стороны медицинского персонала (21,9%); комфорт и чистота (18,3%); быстрое обслуживание (18,1%). В основе выбора бесплатной медицинской помощи, как правило, находятся ее ценовая доступность (59,5%); широкий перечень медицинских услуг (28,1%); эффективность лечения (18,8%) и высокая квалификация врачей (15,3%) (BuisnesStat, 2018).

Наибольшую потребность население Москвы имеет в медицинских услугах пульмонологического и кардиологического профилей, о чем свидетельствуют наиболее высокие показатели заболеваемости для болезней органов дыхания и системы кровообращения в 2013-2017 гг. - более 30 тыс. и более 22 тыс. на 100 тыс. населения соответственно (BuisnesStat, 2018).

С 2013 г. по 2017 г. общая численность медицинского персонала в Москве снизилась на 8,2% преимущественно за счет квалифицированных кадров – врачебного персонала, численность которого уменьшилась на 20,0%. Преобладающим в общей структуре медицинских работников был сестринский персонал (более 40,0%). В структуре врачебных специальностей основной удельный вес принадлежал терапевтическим и хирургическим профилям – 26,0% и 12,0% соответственно (BuisenesStat, 2018).

Среди всех медицинских организаций города Москвы наибольшая доля принадлежит оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 92,2%. С 2013 г. по 2017 г. их число увеличилось на 7,7%, составив 3 274 организаций, а мощность - на 2,3%, составив 454,2 тыс. посещений в смену. В структуре медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, преобладают организации частной формы собственности (75,7%) (BuisenesStat, 2018).

Обеспеченность населения Москвы медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, является достаточной – в среднем 3,5 медицинские организации на 100 тыс. населения. Наиболее обеспеченными государственными медицинскими организациями являются ЦАО и Зеленоградский округ (0,8 на 100 тыс. населения); частными – ЦАО (6,4 на 100 тыс. населения) и САО (6,3 на 100 тыс. населения).

В 2017 г. в Москве насчитывалось 14 частных многопрофильных медицинских организаций сетевого типа и 53 государственные многопрофильные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Проведенный анализ продемонстрировал их сопоставимость по большинству параметров, характеризующих доступность медицинской помощи. Так, во всех государственных и частных медицинских организациях медицинская помощь оказывается амбулаторно и на дому; предоставляются медицинские услуги коммерческие и по программам ДМС. Во всех государственных и в 50,0% частных медицинских организаций реализуются программы ОМС. Была установлена сопоставимость основных профилей медицинской помощи, оказываемой в государственных и частных медицинских организациях. Не было выявлено значимых отличий по диагностическим возможностям. Изучение кадрового потенциала показало, что в частных медицинских организациях достоверно выше численность кандидатов медицинских наук ( $20,0 \pm 0,5\%$  против  $2,2 \pm 0,1\%$ ,  $p < 0,001$ ); в то время как в государственных – врачей высшей квалификационной категории ( $26,9 \pm 0,4\%$  против  $20,4 \pm 0,5\%$ ,  $p < 0,001$ ). Численность докторов медицинских наук и врачей первой квалификационной категории достоверных различий не имела.

Все это свидетельствует о высокой конкуренции на амбулаторном сегменте рынке медицинских услуг города Москвы и необходимости поиска источников конкурентных преимуществ вне материальных ресурсов, инфраструктуры и экономических механизмов. Это подтверждают и основные

положения государственной программы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

**Глава четвертая** посвящена отработке на примере Сети методики определения направлений развития и повышения конкурентоспособности для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

На основании экспертных оценок и вероятностного анализа были определены основные слабые и сильные стороны Сети, внешние возможности и угрозы. С помощью SWOT-анализа были сформулированы направления развития и повышения конкурентоспособности за счет укрепления преимуществ, устранения недостатков, избегания внешних угроз путём использования потенциала сильных и нейтрализации слабых сторон (табл. 2).

**Таблица 2.**

**Основные направления развития и повышения конкурентоспособности  
Сети частных медицинских организаций**

	<b>Сильные стороны (S)</b>	<b>Слабые стороны (W)</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Развитая инфраструктура</li> <li>2. Высокий уровень информатизации</li> <li>3. Широкие лечебно-диагностические возможности</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недостаточная мотивация медицинского персонала</li> <li>2. Недостаточный профессионально-квалификационный уровень медицинского персонала</li> <li>3. Слабая организационная культура</li> </ol>
<b>Внешние возможности (O)</b>	<b>Укрепление преимуществ (S-O)</b>	<b>Устранение недостатков (W-O)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сотрудничество с образовательными организациями</li> <li>2. Получение лицензии на новые виды медицинской деятельности</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повышение качества медицинской помощи (S1-3,O1)</li> <li>2. Инновационное развитие в области диагностики, лечения, организации здравоохранения и управленческих технологий (S1-3,O1-2)</li> <li>3. Формирование стратегического альянса с образовательными организациями (S1-3,O1)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Развитие системы мотивации (W1,O1-2)</li> <li>2. Устранение дефицита знаний, умений и навыков у медицинского персонала (W2,O1)</li> <li>3. Формирование предпочтительной организационной культуры (W3,O1)</li> </ol>
<b>Внешние угрозы (T)</b>	<b>Избегание внешних угроз путём использования потенциала сильных сторон (S-T)</b>	<b>Нейтрализация внутренних слабых сторон и внешних угроз (W-T)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Финансовый кризис</li> <li>2. Ужесточение конкурентной борьбы</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поддержание высокого качества медицинской помощи (S1-3,T1-2)</li> <li>2. Внедрение инноваций в систему управления и лечебно-диагностический процесс (S1-3,T1-2)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Приоритетное развитие системы нематериального стимулирования (W1,T1-2)</li> <li>2. Развитие внутриорганизационного обучения (W2,T1-2)</li> <li>3. Поддержание предпочтительной организационной культуры (W3,T1-2)</li> </ol>

На основании проведенного SWOT-анализа, экспертами было выделено четыре базовых направления развития и повышения конкурентоспособности:

1. Формирование внутриорганизационной системы непрерывного повышения качества медицинской помощи (КМП) и инновационного развития;

2. Формирование внутриорганизационной системы непрерывного профессионального развития (НПР) медицинского персонала;
3. Совершенствование внутриорганизационной системы мотивации медицинского персонала;
4. Формирование и поддержание организационной культуры (ОК), обеспечивающей непрерывность повышения КМП, профессионального развития медицинского персонала и инновационного развития медицинской организации.

В главе пятой представлен анализ действующей в Сети системы внутреннего контроля КМП, выявлены ее недостатки и предложены организационные и управленческие механизмы непрерывного повышения КМП и инновационного развития.

Система внутреннего контроля КМП Сети включает три уровня: заведующих отделениями; главных врачей/заместителей главных врачей отдельных медицинских организаций; заместителя медицинского директора по контролю КМП Сети. С точки зрения реализации приоритетного направления развития в области качества и инноваций ее основными недостатками являются:

- приоритет выявлению дефектов оказания медицинской помощи;
- отсутствие анализа причин повторяющихся дефектов и мероприятий по их предотвращению;
- отсутствие анализа связи дефектов с дефицитом знаний, умений и навыков (ЗУН) у медицинского персонала и соответствующего обучения;
- недостаточная вовлеченность медицинского персонала в процесс обеспечения КМП;
- отсутствие системы стимулирования повышения КМП;
- недостаточно развитая система рабочих коммуникаций между сотрудниками разных уровней контроля КМП;
- отсутствие инновационной активности.

Экспертная оценка КМП в Сети продемонстрировала его недостаточно высокий уровень. Всего экспертизе подверглось 1070 законченных случаев оказания медицинской помощи врачами общей практики (ВОП) и терапевтами.

Было выявлено 4 822 дефекта оказания медицинской помощи, из них  $97,3 \pm 0,2\%$  были связаны с лечебно-диагностическим процессом. Диагноз был полностью обоснован только в  $65,8 \pm 1,5\%$  случаев; диагностические мероприятия были адекватными только в  $35,3 \pm 1,5\%$  случаев при инструментальных исследованиях, в  $15,3 \pm 1,1\%$  - при оказании консультативной помощи и в  $11,8 \pm 1,0\%$  - при лабораторных исследованиях. Были выявлены проблемы с продолжительностью лечения и кратностью посещений (достаточный уровень в  $52,7 \pm 1,5\%$  и  $62,1 \pm 1,5\%$  случаев).

Основными причинами сложившейся ситуации экспертами были признаны недостаточная компетенция медицинского персонала и практика избыточного назначения медицинских услуг.

Медицинская результативность была оценена средне: частота выздоровлений и положительной динамики составила  $67,6 \pm 1,4\%$ .

Свидетельством недостаточной социальной эффективности медицинской помощи явилась низкая комплаентность пациентов врачебным назначениям, зарегистрированная в  $18,9 \pm 1,2\%$  случаев. При этом в качестве одного из ключевых факторов, влияющих на этот показатель, была определена медицинская результативность ( $\chi^2=345,32$ ,  $p<0,05$ ; коэффициент Чупрова-Крамера ( $V$ )= $0,3412$ ).

Анкетирование административного и медицинского персонала позволило выявить причины недостатков действующей в Сети системы контроля КМП.

Результаты анкетирования показали, что в процессе обеспечения КМП наибольшая значимость руководством придавалась управлению материальными ресурсами – параметрам, характеризующим развитие инфраструктуры, информатизации, лечебно-диагностических возможностей, оснащения было присвоено  $9,1 \pm 0,2$ ,  $8,7 \pm 0,5$ ,  $8,3 \pm 0,5$ ,  $8,0 \pm 0,4$  баллов по 10-ти балльной шкале соответственно. В результате большинство медицинских

работников положительно оценили санитарно-гигиенические условия труда ( $79,7 \pm 2,6\%$ ), эстетику рабочего места ( $75,7 \pm 2,8\%$ ), уровень информатизации ( $52,7 \pm 3,2\%$ ) и материально-техническое оснащение ( $58,7 \pm 3,2\%$ ).

При этом администрацией не уделялось должного внимания обучению медицинского персонала и инновационному развитию – их значимость была оценена на  $5,2 \pm 0,5$  балла и  $4,6 \pm 0,4$  балла из 10-ти соответственно. Следствием явились диссонанс целевых устремлений руководства и ценностей сотрудников и переоценка врачами уровня своей компетенции: более 77,0% из них были готовы к профессиональному и личностному развитию и при этом высоко оценивали текущий профессиональный уровень своих коллег.

С учетом выявленных недостатков действующей системы контроля качества медицинской помощи, для обеспечения его непрерывного повышения и инновационного развития были предложены следующие механизмы:

- комплектование штата медицинским персоналом с высоким уровнем профессиональной квалификации, мотивированным к дальнейшему профессиональному и личностному развитию;
- внедрение четырехуровневой системы внутреннего контроля КМП и инновационного развития (рис. 1);
- непрерывное профессиональное развитие медицинского персонала;
- стимулирование повышения КМП и инновационной активности медицинского персонала;
- сотрудничество с образовательными организациями на принципах многостороннего стратегического альянса (МССА).

**Уровень 4: «Контроль и повышение КМП в сети медицинских организаций»****Заместитель медицинского директора по контролю КМП**

1. Внутренний аудит КМП в Сети
  - Анализ текущего состояния КМП в Сети по параметрам медицинской результативности и социальной эффективности
  - Планирование мероприятий по повышению КМП, на основании выявленных проблем, внутреннего бенчмаркинга, консолидации предложений медицинского и административного персонала
  - Планирование профессионального развития медицинского и административного персонала, необходимого для реализации плана мероприятий по повышению КМП, с учетом их образовательных потребностей
  - Разработка системы материальных и нематериальных стимулов достижения целевых показателей в области КМП и профессионального развития
  - Информирование главных врачей/заместителей главных врачей об изменениях
  - Контроль реализации плана мероприятий по повышению КМП, анализ результатов и коррекция процесса
2. Планирование инновационного развития Сети
  - Определение приоритетных направлений инновационного развития, на основании анализа инновационного потенциала Сети, предложений медицинского и административного персонала, внешнего бенчмаркинга, с учетом изменений нормативно-правового регулирования, алгоритмов диагностики и лечения, инновационной политики департамента здравоохранения города Москвы
  - Планирование участия в НИР и мероприятий по внедрению организационных и медицинских технологических инноваций
  - Планирование профессионального развития медицинского и административного персонала, необходимого для обеспечения инновационного развития
  - Разработка системы материальных и нематериальных стимулов инновационной активности персонала
  - Разработка и представление высшему руководству проекта инновационного развития на 3-5 лет

**Уровень 3: «Контроль и повышение КМП в медицинской организации»****Главный врач/заместитель главного врача**

1. Мониторинг КМП в медицинской организации по индикаторам
  - Динамика % обоснованных диагнозов
  - Динамика % соблюдения клинических рекомендаций (протоколов лечения)
  - Динамика % соблюдения сроков оказания медицинских услуг/назначения лекарственных препаратов
  - Динамика % улучшения/выздоровления
  - Динамика % отсутствия осложнений
  - Динамика % отсутствия замечаний к медицинской документации
  - Динамика % отсутствия ошибок при экспертизе временной нетрудоспособности
  - Динамика % обращений пациентов
2. Формирование предложений по оптимизации лечебно-диагностического процесса и его организации в медицинской организации
3. Определение образовательных потребностей медицинского и административного персонала медицинской организации
4. Информирование заведующих отделениями об изменениях в медицинской организации
5. Проведение мероприятий по оптимизации лечебно-диагностической работы и внедрению инноваций в медицинской организации
6. Стимулирование заведующих отделениями к повышению КМП, профессиональному развитию и инновационной активности

**Уровень 2: «Контроль и повышение КМП в отделении»****Заведующий отделением**

1. Контроль КМП по критериям:
  - Установление клинического диагноза
  - Выполнение медицинских услуг и назначение лекарственных препаратов в соответствие с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
  - Сроки оказания медицинских услуг и назначения лекарственных препаратов
  - Результаты лечения
  - Наличие осложнений
  - Ведение медицинской документации, включая электронную медицинскую карту (ЭМК)
  - Экспертиза временной нетрудоспособности
  - Обращения пациентов
2. Контроль наличия в отделении клинических рекомендаций (протоколов лечения) и доступности к ним медицинского персонала
3. Обновление информации о клинических рекомендациях (протоколах лечения)
4. Информирование медицинского персонала об изменениях в клинических рекомендациях (протоколах лечения)
5. Определение образовательных потребностей медицинского персонала отделения
6. Формирование предложений по оптимизации лечебно-диагностического процесса и организации работы в отделении
7. Проведение мероприятий по оптимизации лечебно-диагностической работы и внедрению инноваций в отделении
8. Стимулирование врачей отделения к повышению КМП, профессиональному развитию и инновационной активности

**Уровень 1: «Самоконтроль и индивидуальное повышение КМП»****1. Врач**

1. Обоснованное установление клинического диагноза
2. Оказание медицинских услуг и назначение лекарственных препаратов в соответствие с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
3. Соблюдение сроков оказания медицинских услуг и назначения лекарственных препаратов
4. Соблюдение правил ведения медицинской документации, включая ЭМК
5. Соблюдение правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности
6. Выявление и устранение дефектов оказания медицинской помощи, допущенных на предыдущих этапах
7. Самодиагностика дефицита ЗУН и формирование предложений по обучению
8. Формирование предложений по оптимизации лечебно-диагностического процесса и его организации
9. Оптимизация собственной практики и использование инноваций

**Рисунок 1. Схема четырехуровневой системы контроля качества медицинской помощи и инновационного развития**

**Глава шестая** посвящена оценке системы управления медицинским персоналом Сети с точки зрения обеспечения его профессионального развития и мотивации и описанию разработанных внутриорганизационных систем НПР и мотивации медицинского персонала.

Для системы управления медицинским персоналом Сети характерна линейная структура. Управление осуществлялось силами двух структурных подразделений – медицинского департамента и департамента по работе с персоналом. Обучение врачебного и сестринского персонала ограничивалось прохождением повышения квалификации в образовательных организациях с целью подтверждения сертификата специалиста. С целью активизации потенциала человеческих ресурсов использовалось материальное стимулирование с положительным (при выполнении плана по выручке) или отрицательным (при выявлении дефектов оказания медицинской помощи) подкреплением и социальный пакет.

Результаты внутриорганизационной аттестации и экспертизы КМП выявили проблемы, связанные с организацией обучения медицинского персонала Сети. При ответах на тестовые вопросы в 77,6±6,1% случаев было дано 70,0% и менее правильных ответов, что соответствует неудовлетворительной оценке. При экспертизе КМП было зарегистрировано 73,6±1,3 дефектов оказания медицинской помощи на 100 законченных случаев обращения; установлены наиболее проблемные области медицинских знаний и их связь с диагностикой в 85,3% случаев.

Анкетирование административного (n=28) и медицинского персонала (n=241) позволило установить причины сложившейся ситуации. Руководители средне оценивали значимость НПР медицинского персонала - 7,3±0,5 баллов из 10-ти возможных; недооценивали низкую приверженность сотрудников обучению - 5,2±0,5 балла; а также дефицит у врачей и медицинских сестер коммуникативных (5,5±0,4 баллов) и практических навыков (5,3±0,5 баллов). Кроме негативного влияния на КМП и уровень компетенций подобная позиция снижала удовлетворенность медицинского персонала трудом. Об этом

свидетельствуют низкая удовлетворенность сотрудников условиями для профессионального развития ( $46,7 \pm 3,2\%$  высоких оценок); возможностями для тематического усовершенствования ( $41,9 \pm 3,2\%$  высоких оценок); участием в научно-практических мероприятиях ( $23,4 \pm 2,7\%$  высоких оценок).

При оценке действующей системы мотивации, полностью удовлетворенными работой в Сети оказались менее  $70,0\%$  медицинских работников. Особенно низкая удовлетворенность была зафиксирована в отношении таких параметров, как возможность для самореализации ( $68,8 \pm 3,0\%$ ), возможность для проявления творчества и инициативы ( $58,7 \pm 3,2\%$ ), система внутренних коммуникаций ( $55,7 \pm 3,2\%$ ), нематериальное стимулирование ( $38,4 \pm 3,1\%$ ), премирование ( $34,1 \pm 3,1\%$ ), удовлетворенность работой ( $7,8 \pm 1,7\%$ ). Это связано с недооценкой руководством значимости материального стимулирования ( $5,9 \pm 0,6$  баллов из  $10,0$ ) и формирования благоприятного производственного климата ( $4,6 \pm 0,6$  баллов).

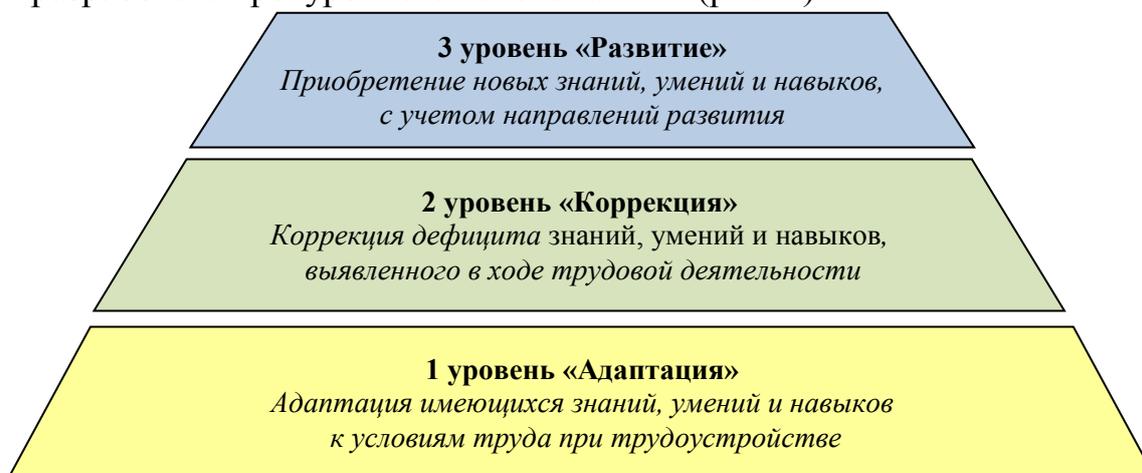
Заметная доля медицинских работников Сети находилась в зоне риска увольнения –  $15,7 \pm 2,3\%$ . Было установлено, что основным фактором, влияющим на решение сменить место работы, являлась недостаточная удовлетворенность такими параметрами, как вовлеченность в рабочие процессы ( $\chi^2=11,54$ ,  $p=0,0007$ ;  $V=0,2209$ ); материальное стимулирование ( $\chi^2=13,93$ ,  $p=0,0002$ ;  $V=0,1758$ ); нематериальное стимулирование ( $\chi^2=12,23$ ,  $p=0,0005$ ;  $V=0,1641$ ); адекватность оценки эффективности труда ( $\chi^2=15,14$ ,  $p=0,0001$ ;  $V=0,1814$ ); организационная культура ( $\chi^2=12,03$ ,  $p=0,0005$ ;  $V=0,1620$ ); предоставление возможностей для самореализации ( $\chi^2=7,76$ ,  $p=0,05$ ;  $V=0,1290$ ), профессионального развития и карьерного роста ( $\chi^2=6,20$ ,  $p=0,01$ ;  $V=0,1171$ ).

С учетом выявленных проблем в области организации обучения медицинского персонала Сети:

- сформулированы основные принципы внутриорганизационного обучения, ключевыми из которых являются непрерывность, актуальность, минимальный отрыв от производства, плановый характер, использование

внутренних ресурсов, наличие обратной связи, интегрированность с практикой;

- разработана трехуровневая система НПП (рис. 2)



**Рисунок 2.** Трехуровневая система НПП медицинского персонала

- для организации обучения предложено использовать внутренние ресурсы – учебный центр (УЦ), систему дистанционного обучения (СДО), обучающий потенциал сотрудников и материально-техническую базу медицинской организации; а также внешние возможности: профессорско-преподавательский состав образовательных организаций, многосторонний стратегический альянс (МССА) с образовательными организациями (рис. 3).



**Рисунок 3.** Схема многостороннего стратегического альянса медицинской и образовательной организаций

С учетом выявленных проблем мотивации и стимулирования медицинского персонала Сети:

- разработана система дополнительных выплат за высокое КМП, достижение высокого профессионально-квалификационного уровня, инновационную активность и приверженность медицинской организации;
- предложено создание на рабочих местах условий, способствующих реализации имеющегося профессионально-квалификационного потенциала (разработан алгоритм рассмотрения инновационных предложений);
- предложено развитие внутриорганизационной системы наставничества;
- предложено внедрение внутриорганизационной системы карьерного роста в рамках клинической специальности, основанной на присвоении внутренних врачебных категорий (старший специалист, ведущий специалист, главный специалист) и обеспечивающей вертикальный рост, основанной на использовании модифицированной матрицы потенциал-результаты.

**Глава седьмая** посвящена анализу сложившейся в Сети организационной культуры (ОК); определению типа существующей ОК и предпочтительной для реализации выделенных направлений развития и повышения конкурентоспособности; предложениям по формированию и поддержанию предпочтительной ОК.

Было установлено несоответствие доминирующих ценностей сложившейся в Сети ОК выделенным направлениям развития и повышения конкурентоспособности: технократический подход к предоставлению медицинских услуг; приоритет экономических и количественных показателей при оценке результатов труда медицинского персонала; приоритет ценностей организации над ценностями отдельного сотрудника.

При изучении проблем управления ОК были выявлены недооценка значимости руководителями Сети ОК и производственного климата ( $5,3 \pm 0,5$  балла и  $4,6 \pm 0,6$  балла по десятибалльной шкале соответственно) и как

следствие - отсутствие целенаправленного управления формированием и поддержанием ОК. Кроме того было установлено, что сложившаяся ОК является неадекватной. Об этом свидетельствует низкая удовлетворенность вовлеченностью в производственную жизнь медицинской организации более половины сотрудников ( $59,3 \pm 3,2\%$ ).

С помощью модифицированной методики ОСАІ были определены тип сложившейся и предпочтительной ОК (рис. 4).



**Рисунок 4. Существующая и предпочтительная организационные культуры**

Сложившаяся ОК включает преимущественно элементы рыночного типа, в то время как предпочтительная ОК должна объединять характеристики ОК кланового (общие интересы, коллектив-семья, традиции), адхократического (творчество, проявление инициативы, новаторство) и бюрократического (четкое структурирование рабочих процессов, соблюдение установленных норм и правил) типов.

Были сформулированы основные ценности предпочтительной ОК: оказание медицинской помощи высокого качества и непрерывное его повышение, проявление инновационной активности, стремление к

непрерывному профессиональному развитию, отрицательное отношение к избыточному назначению медицинских услуг.

Для формирования предпочтительной ОК были предложены следующие механизмы:

- разработка этического кодекса и внутренних нормативных документов (стандартных операционных процедур и внутренних регламентов оказания медицинской помощи при различных клинических ситуациях);
- обучение персонала;
- проведение совещаний;
- внедрение и контроль изменений на всех уровнях.

Предложения по поддержанию предпочтительной ОК включают:

- отбор медицинского персонала, разделяющего ценности ОК;
- обучение новых сотрудников ценностям и нормам поведения предпочтительной ОК;
- демонстрация руководителями внутриорганизационных норм поведения;
- декларирование руководителями ценностей предпочтительной ОК;
- создание внутриорганизационных процедур и традиций.

**Глава восьмая** включает описание комплексной модели повышения конкурентоспособности и анализ результатов внедрения ее базовых элементов в работу Сети.

Модель основана на объединении в единую систему механизмов реализации выделенных направлений развития и повышения конкурентоспособности (рис. 5).

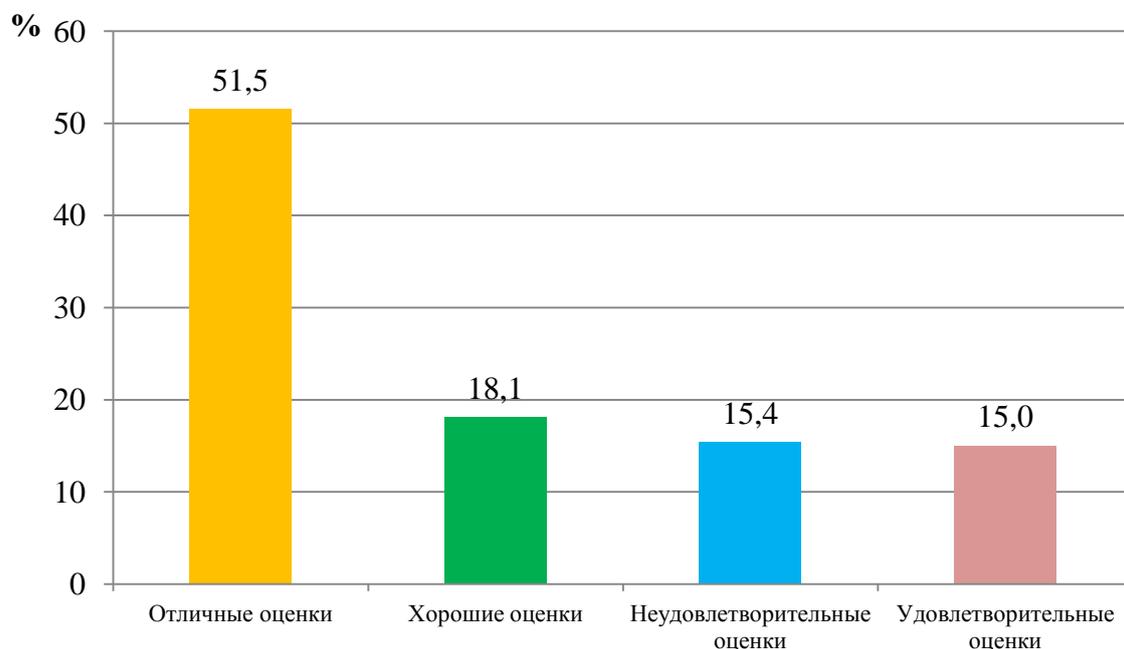


**Рисунок 5. Комплексная модель повышения конкурентоспособности медицинской организации**

В работу Сети были внедрены базовые элементы модели, обеспечивающие повышение КМП и уровня компетенции медицинского персонала: внутриорганизационная система НПР медицинского персонала, внутриорганизационный УЦ, система дистанционного обучения (СДО); сотрудничество с образовательными организациями на принципах МССА.

С 2010 по 2012 гг. было изучено 49 учебных модулей в СДО (уровень «Коррекция»); организовано 28 лекций в УЦ (уровень «Развитие»). В определении тем обучения, подготовке содержательной его части, тестовых заданий, а также в очном обучении принимали участие преподаватели образовательных организаций на договорной основе.

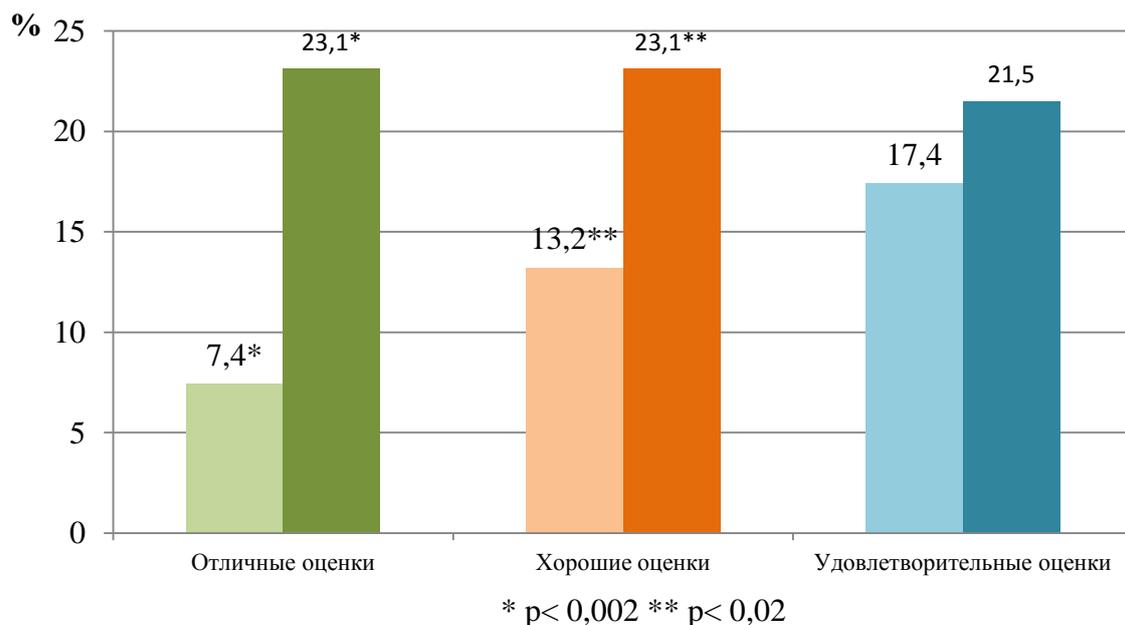
В обучении на уровне «Коррекция» приняли участие ВОП и терапевты Сети – 51 сотрудник; были проанализированы результаты 487 тестовых заданий. Обучение позволило повысить уровень знаний врачей по изученным темам: средний балл составил  $8,7 \pm 0,1$  из 10 возможных; частота отличных и хороших оценок –  $69,6 \pm 2,1\%$  (рис. 6)



**Рисунок 6. Результаты обучения ВОП и терапевтов на уровне «Коррекция»**

При оценке результатов обучения на уровне «Развитие» был проанализирован 121 парный результат тестовых заданий (входной и выходной

тестовый контроль, пройденный одним врачом). Средний балл увеличился с  $6,3 \pm 0,2$  до  $7,7 \pm 0,2$  из 10,0 возможных. Частота отличных и хороших оценок после обучения оказалась статистически значимо выше, чем до него:  $23,1 \pm 3,8\%$  против  $7,4 \pm 2,4\%$  ( $p < 0,001$ ) и  $23,1 \pm 3,8\%$  против  $13,2 \pm 3,1\%$  ( $p < 0,02$ ) соответственно. Положительная динамика была зафиксирована в  $89,3 \pm 2,8\%$  случаев (рис. 7)



**Рисунок 7. Результаты входного и выходного тестового контроля по итогам обучения на уровне «Развитие»**

Были сформулированы предложения по совершенствованию обучения медицинского персонала на уровнях «Коррекция» и «Развитие».

Внедрение базовых элементов модели в работу Сети также положительно отразилось на динамике объемных показателей ее деятельности, свидетельствующей о повышении конкурентоспособности (табл. 3-6)

**Таблица 3.**

**Число обращений пациентов в медицинские организации Сети по годам (2010-2017 гг.)**

Год	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2010 в %
Число обращений	735 881	700 920	830 979	951 367	1 120 415	1 255 297	1 217 251	1 155 962	157,1

**Таблица 4.****Число пациентов, обратившихся в медицинские организации Сети,  
по годам (2010-2017 гг.)**

Год	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2010 в %
Число пациентов	93 591	99 169	110 276	120 988	138 821	139 144	132 748	121 761	130,1

**Таблица 5.****Число контрактов с физическими лицами  
на медицинское обслуживание, по годам (2010-2017 гг.)**

Год	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2010 в %
Число контрактов	8 612	11 706	14 037	16 250	17 358	17 870	17 798	16 171	187,8

**Таблица 6.****Число договоров с юридическими лицами по годам (2010-2017 гг.)**

Год	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2010 в %
Число договоров	168	240	292	315	325	313	322	325	193,5

Было зафиксировано статистически значимое снижение обращений пациентов, связанных с претензиями с 4,07-4,52% до 0,66-1,90% ( $p < 0,05$ ).

Сравнительный анализ Сети с основными конкурентами продемонстрировал сопоставимость по большинству параметров доступности медицинской помощи. Было установлено, что по числу профилей медицинской помощи Сеть уступает только 4 частным медицинским организациям из 13 и превосходит все 53 государственные. По лечебно-диагностическим возможностям Сеть, по крайней мере, не уступает конкурентам и имеет преимущество над 2 частными и 21 государственной медицинской организацией. Обладает сопоставимым с большинством частных и государственных медицинских организаций кадровым потенциалом, имея преимущества по численности врачебного персонала над 8 и 48 организациями

соответственно. По мощности Сеть превосходит 10 частных медицинских организаций. В 2014-2016 гг. по объему выручки среди частных медицинских организаций Сеть занимала 6-е место, а по его приросту - 7-е место из 14.

В заключении проведено обсуждение полученных результатов и подведены итоги научного исследования.

## ВЫВОДЫ

1. Анализ отечественной и зарубежной литературы за последние 5 лет, а также действующих нормативно-правовых документов свидетельствует о повышении внимания к конкуренции в здравоохранении, как научной и практической проблеме. Общемировой и российской тенденцией является повышение конкуренции среди медицинских организаций и значимости неценовых элементов конкурентоспособности, основные из которых это - качество медицинской помощи, инновационное развитие, профессиональное развитие и мотивация медицинского персонала, организационная культура.

2. Амбулаторному сегменту принадлежит более половины объема рынка медицинских услуг города Москвы – 65,3%; а медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составляют основную долю от всех медицинских организаций – 92,2%. Основными тенденциями его развития являются стабильность потребительского спроса (увеличение численности населения за 5 лет на 6,6%; удельный вес потребителей медицинских услуг более 96,0%); сохранение платежеспособности потребителей (преобладание трудоспособного контингента - около 60,0%; увеличение уровня доходов потребителей медицинских услуг на 31,9%); рост числа и мощности медицинских организаций (на 7,7% и 2,3% за 5 лет соответственно); преобладание частной формы собственности (75,7%).

3. О высокой конкуренции на амбулаторном сегменте рынка медицинских услуг и развитии межсекторной конкуренции свидетельствуют достаточная обеспеченность населения государственными и негосударственными

медицинскими организациями (3,5 на 100 тыс. населения); сопоставимость государственных и негосударственных медицинских организаций по таким параметрам конкурентоспособности, как доступность медицинской помощи, лечебно-диагностические возможности и кадровый потенциал. В сложившихся условиях основными ресурсами для повышения конкурентоспособности становятся качество медицинской помощи и квалификация персонала, которые определяют выбор медицинской организации пациентом в 49,4% и 40,2% случаев соответственно.

4. Использование SWOT-анализа и матрицы возможностей позволило сформулировать основные направления развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях: формирование внутриорганизационной системы непрерывного повышения качества медицинской помощи и инновационного развития; формирование внутриорганизационной системы непрерывного профессионального развития медицинского персонала; совершенствование внутриорганизационной системы стимулирования медицинского персонала; формирование и поддержание предпочтительной для этого организационной культуры.

5. Основными недостатками действующей системы внутреннего контроля качества медицинской помощи Сети частных медицинских организаций были приоритет выявлению дефектов; отсутствие анализа причин и мероприятий по их предотвращению; недостаточная инновационная активность; слабая вовлеченность медицинского персонала; неэффективность системы стимулирования повышения качества. Следствием явились высокая частота дефектов -  $92,0 \pm 0,8\%$ ; средняя медицинская результативность -  $67,6 \pm 1,4\%$  и низкая комплаентность  $18,9 \pm 1,2\%$  пациентов. Для ее совершенствования было предложено комплектование штата медицинским персоналом с высоким профессионально-квалификационным потенциалом, готовым к профессиональному и личностному развитию; внедрение четырехуровневой системы внутреннего контроля качества медицинской помощи и

инновационного развития, обеспечивающей разделение функциональных обязанностей по степени экспертной и административной сложности, вовлеченность и личную ответственность каждого сотрудника, возможность для проявления инициативы, использующей образовательные технологии, материальные и нематериальные стимулы.

6. Обучение врачебного и сестринского персонала Сети частных медицинских организаций ограничивалось прохождением повышения квалификации в образовательных организациях. Внутриорганизационное обучение отсутствовало. В результате был зафиксирован неудовлетворительный уровень знаний у  $77,6 \pm 6,1\%$  сотрудников. Была установлена низкая удовлетворенность медицинского персонала условиями для профессионального развития ( $46,7 \pm 3,2\%$ ). С учетом выявленных проблем была разработана внутриорганизационная трехуровневая система непрерывного профессионального развития медицинского персонала, включающая основные принципы внутриорганизационного обучения (непрерывность, актуальность, минимальный отрыв от производства, плановый характер, использование внутренних ресурсов, наличие обратной связи, интегрированность с практикой); этапность обучения (уровни «Адаптация», «Коррекция» и «Развитие»); внутренние ресурсы (учебный центр, система дистанционного обучения); внешние возможности (многосторонний стратегический альянс с образовательными организациями).

7. Действующая в Сети частных медицинских организаций система стимулирования включала материальные стимулы с положительным (при выполнении плана по выручке) или отрицательным (при выявлении дефектов оказания медицинской помощи) подкреплением и социальный пакет. О ее недостаточной эффективности, кроме состояния качества медицинской помощи и уровня знаний у медицинского персонала, свидетельствовали состояние мотивации сотрудников (удовлетворенность  $< 70,0\%$ ) и их готовность сменить место работы в  $15,7 \pm 2,3\%$  случаев. Для ее совершенствования были предложены система дополнительных выплат за высокое качество

медицинской помощи, достижение высокого профессионально-квалификационного уровня, инновационную активность и приверженность медицинской организации; а также нематериальные стимулы - алгоритм рассмотрения инновационных предложений, развитие внутриорганизационной системы наставничества, внедрение системы карьерного роста в рамках клинической специальности и обеспечивающей вертикальный рост.

8. Сложившаяся в Сети частных медицинских организаций организационная культура включала преимущественно элементы рыночного типа; основными ее ценностями являлись технократический подход к предоставлению медицинских услуг; приоритет экономических и количественных показателей в оценке работы персонала; приоритет ценностей организации над ценностями отдельного сотрудника. Свидетельством ее неоптимальности был уровень вовлеченности медицинского персонала  $40,7 \pm 3,2\%$ . Предпочтительная организационная культура должна объединять основные характеристики организационных культур кланового, бюрократического и адхократического типов. Основными ее ценностями должны быть оказание медицинской помощи высокого качества и непрерывное его повышение, проявление инновационной активности, стремление к непрерывному профессиональному развитию, отрицательное отношение к избыточному назначению медицинских услуг. Механизмы ее формирования включают разработку этического кодекса и внутренних нормативных документов, обучение персонала, проведение совещаний, внедрение и контроль изменений на всех уровнях. К механизмам ее поддержания относятся отбор медицинского персонала, демонстрация руководителями внутриорганизационных норм поведения и декларирование основных ценностей, создание внутриорганизационных процедур и традиций.

9. Объединение предложенных для каждого из выделенных направлений развития организационных и управленческих механизмов в единую систему позволило разработать комплексную модель повышения конкурентоспособности медицинских организаций, оказывающих

медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Модель основана на комплексном применении этих механизмов и обеспечивает становление медицинской организации, соответствующей неценовым критериям конкурентоспособности: оказывающей медицинскую помощь высокого качества, использующей инновационные технологии, укомплектованной высококвалифицированным мотивированным персоналом с уникальными качествами и обладающей благоприятным имиджем. Общие тенденции, наблюдаемые в государственном и негосударственном секторах здравоохранения и развитие межсекторной конкуренции, свидетельствуют о применимости модели к медицинским организациям различных форм собственности.

10. В результате внедрения базовых элементов комплексной модели повышения конкурентоспособности в работу Сети частных медицинских организаций уровень компетенций медицинского персонала в приоритетных областях знаний достоверно повысился: частота отличных оценок при выходном тестовом контроле увеличилась с  $7,4 \pm 2,4\%$  до  $23,1 \pm 3,8\%$  ( $p < 0,001$ ), а хороших с  $13,2 \pm 3,1\%$  до  $23,1 \pm 3,8\%$  ( $p < 0,02$ ). Это отразилось на динамике объемных показателей: ежегодное число посещений, обратившихся пациентов, контрактов с физическими лицами и договоров с юридическими лицами возросло на 57,1%, 30,1%, 87,8%, 93,5% соответственно. Частота претензий пациентов статистически значимо снизилась с 4,49% до 1,9% ( $p < 0,05$ ). В результате Сеть частных медицинских организаций занимает одну из лидирующих позиций в амбулаторном сегменте рынка медицинских услуг города Москвы по доступности медицинской помощи, лечебно-диагностическим возможностям, кадровому потенциалу и мощности.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Для повышения эффективности функционирования системы отечественного здравоохранения и обеспечения его дальнейшего развития в современных социально - экономических условиях необходимо создание на

всех уровнях управления условий для внедрения, системного применения и совершенствования в медицинских организациях разных форм собственности, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, механизмов реализации направлений повышения конкурентоспособности.

2. На федеральном уровне рекомендуется:

2.1. разработать и утвердить методические рекомендации по внедрению и применению в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, механизмов реализации направлений повышения конкурентоспособности;

2.2. рассмотреть возможность включения внутриорганизационного обучения в медицинских организациях, реализуемого с участием образовательных организаций, в программы повышения квалификации в рамках непрерывного медицинского образования и учета соответствующих зачетных единиц в индивидуальном плане обучения медицинских специалистов.

3. На региональном уровне обеспечить возможность внедрения и применения механизмов, обеспечивающих повышение качества медицинской помощи, инновационное развитие, непрерывное профессиональное развитие и мотивацию медицинского персонала, формирование необходимой организационной культуры в медицинских организациях.

4. На уровне медицинских организаций рекомендуется осуществлять внедрение, системное применение и совершенствование механизмов повышения конкурентоспособности в рамках реализации приоритетных направлений развития организации.

5. На уровне образовательных организаций рекомендуется:

5.1. развивать долгосрочное сотрудничество с медицинскими организациями в форме многостороннего стратегического альянса по направлениям повышения качества медицинской помощи, обучения персонала и научно-исследовательской работы;

5.2. включить вопросы, касающиеся конкурентоспособности медицинских организаций, направлений и механизмов наращивания ими конкурентных

преимуществ в образовательные программы додипломного, последипломного и дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

6. На уровне научно-исследовательских организаций рекомендуется включить в планы НИР изучение общих принципов и специфики конкурентоспособности и наращивания конкурентных преимуществ в медицинских организациях, в зависимости от уровня оказания медицинской помощи (первичная медико-санитарная, специализированная, высокоспециализированная), профиля медицинских услуг, организационной структуры и формы собственности медицинской организации; разработать соответствующие методические рекомендации.

### **СПИСОК ОСНОВНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Первичная медико-санитарная помощь в негосударственных ЛПУ // **Врач.** – 2011. - № 10. – С. 76-77.
2. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.**, Павлова Ю.В., Резе А.Г. Нормативно-правовое обеспечение частной амбулаторно-поликлинической помощи // **Врач.** – 2011. - № 13. – С. 77-78.
3. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Опыт участия частной поликлиники в непрерывном профессиональном развитии врачей общей практики // **Справочник врача общей практики.** Специальный выпуск к IV Всероссийскому съезду врачей общей практики (семейных врачей). Тезисы к IV съезду ВОП. – 2013. - № 9. – С. 38-39.
4. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Информатизация как механизм достижения конкурентного преимущества в первичном звене здравоохранения за рубежом // **Врач.** – 2013. - № 9. – С. 87-88.
5. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Информатизация как механизм формирования конкурентного преимущества частной поликлиники // **Врач.** – 2014. - № 2. – С. 84-86.
6. **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Опыт участия работодателя в непрерывном профессиональном развитии врачей общей практики // **Справочник врача общей практики.** – 2014. - № 12. – С. 56-61.
7. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Конкурентоспособность частных амбулаторно-поликлинических учреждений // **Врач.** – 2014. - № 12. – С. 84-87.
8. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Повышение качества лечебно-диагностической работы как механизм достижения конкурентных преимуществ // **Врач.** – 2015. - № 5. – С. 78-80.

9. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Управление человеческими ресурсами для достижения конкурентного преимущества частной поликлиники // **Врач.** – 2015. - № 6. – С. 86-88.
10. **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Система дистанционного обучения на базе частной поликлиники: возможности и перспективы // **Справочник врача общей практики.** – 2015. - № 8. – С. 86-90.
11. **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Система дистанционного обучения как технология оценки и развития медицинского персонала // Главврач. – 2015. - № 8. – С. 47-51.
12. **Волнухин А.В.** Стратегическое планирование развития частной поликлиники // **Справочник врача общей практики.** – 2016. - № 2. – С. 53-62.
13. **Волнухин А.В.** Развитие профессионально-квалификационного потенциала медицинского персонала сети негосударственных поликлиник // **Справочник врача общей практики.** – 2016. - № 4. – С. 78-83.
14. **Волнухин А.В.** Внутренние возможности для непрерывного профессионального развития медицинского персонала в сети негосударственных поликлиник // **Врач.** – 2016. - № 4. – С. 85-88.
15. **Волнухин А.В.** Адаптация медицинского персонала сети негосударственных поликлиник // **Врач.** – 2016. - № 5. – С. 81-83.
16. **Волнухин А.В.** Коррекция знаний, умений и навыков медицинского персонала сети негосударственных поликлиник // **Врач.** - 2016. - № 7. - С. 81-82.
17. **Волнухин А.В.** Оценка медицинским персоналом сети негосударственных поликлиник подходов к оценке и контролю лечебно-диагностического процесса // Наука, образование и культура. – 2016. - №12 (15). – С. 88-90.
18. **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Основные принципы функционирования корпоративной системы непрерывного профессионального развития медицинского персонала сети негосударственных поликлиник // Проблемы современной науки и образования. – 2016. - № 40 (82). – С. 103-105.
19. **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Корпоративная система дистанционного обучения в сети негосударственных поликлиник // Проблемы современной науки и образования. – 2016. - № 40 (82). – С. 105-106.
20. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.** Анализ качества диагностического процесса в сети негосударственных поликлиник // **Фундаментальные и прикладные науки сегодня. Материалы X международной научно-практической конференции.** - North Charleston, USA, 2016. - Том 1. – С. 36-39.
21. **Волнухин А.В.** Факторы, влияющие на медицинскую эффективность лечебно-диагностического процесса в сети негосударственных поликлиник // **Научные исследования. XII Международная научно-практическая конференция «Научные исследования: ключевые проблемы III тысячелетия».** – М., 2017. - № 1 (12). – С. 85-87.
22. **Волнухин А.В.**, Резе А.Г. Совершенствование системы материального стимулирования в сети негосударственных поликлиник // **Научные исследования. XII Международная научно-практическая конференция «Научные исследования: ключевые проблемы III тысячелетия».** – М., 2017. - № 1 (12). – С. 87-89.

23. **Волнухин А.В.** Стратегическое планирование развития поликлиники с учетом перспектив развития здравоохранения города Москвы // Научные исследования. XII Международная научно-практическая конференция «Научные исследования: ключевые проблемы III тысячелетия». – М., 2017. - № 1 (12). – С. 89-91.
24. **Волнухин А.В.** Анализ конкурентного окружения сети негосударственных поликлиник города Москвы // Наука и образование сегодня. – 2017. - № 1 (12). – С. 86-88.
25. **Волнухин А.В.** Анализ лечебно-диагностических возможностей крупных негосударственных поликлиник города Москвы, организованных по сетевому типу // Наука и образование сегодня. – 2017. - № 1 (12). – С. 89-90.
26. **Волнухин А.В.** Влияние стажа работы врача на медицинскую эффективность лечебно-диагностического процесса в сети негосударственных поликлиник // Academy. – 2017. - № 1 (16). – С. 70-73.
27. **Волнухин А.В.** Оценка медицинским персоналом и руководителями сети негосударственных поликлиник сложившейся корпоративной культуры // European science. – 2017. - № 1 (23). – С. 49-52.
28. **Волнухин А.В.** Оценка медицинским персоналом организации работы по комплектованию штата в сети негосударственных поликлиник // Вестник науки и образования. – 2017. - № 1 (25). – С. 101-103.
29. **Волнухин А.В.** Экономические потери, обусловленные качеством медицинской помощи в сети негосударственных поликлиник // Вестник науки и образования. – 2017. - № 1 (25). – С. 103-105.
30. **Волнухин А.В.** Анализ медицинской эффективности лечебно-диагностического процесса в сети негосударственных поликлиник // Вестник науки и образования. – 2017. - № 1 (25). – С. 105-107.
31. **Волнухин А.В.** Анализ качества лечебного процесса в сети негосударственных поликлиник // Научный журнал. – 2017. - № 1 (14). – С. 75-77.
32. **Волнухин А.В.** Анализ приверженности пациентов сети негосударственных поликлиник врачебным назначениям // Научный журнал. – 2017. - № 1 (14). – С. 77-80.
33. **Волнухин А.В.** Роль руководителя в обеспечении качества медицинской помощи // Научный журнал. – 2017. - № 1 (14). – С. 80-82.
34. **Волнухин А.В., Резе А.Г.** Организация корпоративного учебного центра в сети негосударственных поликлиник // Современные инновации. VII Международная научно-практическая конференция «Современные инновации: теоретический и практический взгляд». – М., 2017. - № 1 (15). – С. 83-86.
35. **Волнухин А.В., Резе А.Г.** Государственно-частное партнерство между сетью негосударственных поликлиник и государственным образовательным учреждением // Современные инновации. VII Международная научно-практическая конференция «Современные инновации: теоретический и практический взгляд». - М., 2017. - № 1 (15). – С. 86-88.
36. **Волнухин А.В., Резе А.Г.** Трехуровневая корпоративная система непрерывного профессионального развития медицинского персонала сети негосударственных поликлиник // International scientific review. XXX International scientific and practical conference «International scientific

- review of the problems and prospects of modern science and education». – Boston, USA, 2017. - № 1 (32). – С. 84-86.
37. **Волнухин А.В.** Анализ удовлетворенности медицинского персонала сети негосударственных поликлиник выполняемой работой // International scientific review. XXX International scientific and practical conference «International scientific review of the problems and prospects of modern science and education». – Boston, USA, 2017. - № 1 (32). – С. 89-91.
38. **Волнухин А.В.** Влияние категории обслуживания пациентов на качество медицинской помощи в сети негосударственных поликлиник // Достижения науки и образования. – 2017. - № 1 (14). – С. 57-59.
39. **Волнухин А.В.** Удовлетворенность медицинского персонала сети негосударственных поликлиник условиями труда // European research. European research: innovation in science, education and technology. XXIV International scientific and practical conference. -London, United Kingdom, 2017. - № 1 (24). – С. 91-93.
40. **Волнухин А.В.,** Резе А.Г. Совершенствование корпоративной системы контроля качества медицинской помощи в сети негосударственных поликлиник // Наука, техника и образование. – 2017. - № 1 (31). – С. 105-107.
41. **Волнухин А.В.** Анализ качества заполнения электронной медицинской карты в сети негосударственных поликлиник // Проблемы науки. – 2017. - № 1 (14). – С. 95-96.
42. Денисов И.Н., **Волнухин А.В.,** Резе А.Г. Конкурентные преимущества амбулаторно-поликлинических учреждений на рынке медицинских услуг: учебное пособие. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2017. – 40 с.
43. **Волнухин А.В.** Факторы, определяющие приверженность медицинского персонала негосударственной поликлинике // **Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки.** – 2017. - № 1 (41). – С. 110-117.
44. **Волнухин А.В.** Трехуровневая система непрерывного профессионального развития медицинского персонала в сети негосударственных поликлиник // Сборник научных статей «Современные образовательные технологии в деятельности кафедр общественного здоровья и здравоохранения». – М., 2017. - С. 21-25.
45. Сибурина Т.А., **Волнухин А.В.** Стратегии повышения конкурентоспособности негосударственной медицинской организации сетевого типа // **Менеджмент и Бизнес-Администрирование.** – 2017. - № 3. – С. 82-99.
46. Михайлова Ю.В., **Волнухин А.В.,** Сибурина Т.А., Мирошникова Ю.В. Внутриорганизационное обучение медицинского персонала в крупных интеграционных структурах и концептуальные подходы к подготовке управленческих кадров / Методические рекомендации. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2017. – 44 с.
47. **Волнухин А.В.,** Сибурина Т.А., Вечорко В.И. Стратегический альянс медицинских и образовательных организаций / под научной ред. Ю.В. Михайловой: Учебно-методическое пособие. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2017. – 24 с.

48. **Волнухин А.В.,** Мирошникова Ю.В., Сибурина Т.А., Вечорко В.И. Повышение профессионального потенциала медицинских и административных кадров здравоохранения: основные проблемы, перспективные стратегии, организационные механизмы / под научной ред. Ю.В. Михайловой // Монография. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2017. – 322 с.
49. **Волнухин А.В.** Возможности внутриорганизационного обучения врачей общей практики в современных условиях // Сборник тезисов конференции Международный форум врачей общей практики/семейных врачей. V Всероссийский съезд врачей общей практики (семейных врачей) – М.: ООО «СИНАПС», 2018 – С. 8-9.

### Список сокращений

ВОП	Врач общей практики
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ЗУН	Знания, умения и навыки
КМП	Качество медицинской помощи
МССА	Многосторонний стратегический альянс
НПР	Непрерывное профессиональное развитие
ОК	Организационная культура
ОМС	Обязательное медицинское страхование
СДО	Система дистанционного обучения
УЦ	Учебный центр
ЭМК	Электронная медицинская карта