

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

На правах рукописи

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

Диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
академик РАН,
доктор медицинских наук, профессор,
Денисов Игорь Николаевич

Москва – 2018

Содержание

Введение	5
Глава 1. Конкурентоспособность медицинских организаций и ее неценовые элементы (обзор литературы)	19
1.1. Конкуренция в системе здравоохранения.....	19
1.1.1. <i>Определение основных понятий</i>	19
1.1.2. <i>Зарождение, развитие и особенности конкуренции в системе здравоохранения</i>	21
1.1.3. <i>Методы изучения конкурентоспособности медицинской организации</i>	26
1.1.4. <i>Конкуренция в негосударственном секторе отечественного здравоохранения</i>	28
1.2. Неценовые элементы конкурентоспособности медицинской организации.....	31
1.2.1. <i>Качество медицинской помощи</i>	32
1.2.2. <i>Профессиональное развитие медицинского персонала</i>	38
1.2.3. <i>Мотивация и стимулирование медицинского персонала</i>	42
1.2.4. <i>Формирование и поддержание организационной культуры</i>	49
1.2.5. <i>Другие неценовые элементы конкурентоспособности</i>	53
Глава 2. Организация, материалы, методы и характеристика базы исследования	58
2.1. Организация, материалы и методы исследования.....	58
2.2. Характеристика базы исследования.....	72
Глава 3. Характеристика амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы и конкурентоспособности медицинских организаций	81
3.1. Объем рынка медицинских услуг города Москвы.....	81
3.2. Потребители медицинских услуг города Москвы....	83
3.3. Медицинский персонал города Москвы.....	93
3.4. Медицинские организации города Москвы, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях.....	95
3.4.1. <i>Сравнительная оценка конкурентоспособности государственных и частных медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях</i>	97
3.5. Перспективы развития амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы.....	100
Глава 4. Определение направлений развития и повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	104
Глава 5. Совершенствование внутриорганизационной системы контроля качества медицинской помощи, как одного из ведущих механизмов повышения конкурентоспособности	116
5.1. Характеристика действующей в Сети системы внутреннего контроля качества медицинской помощи	116

5.2. Оценка лечебно-диагностического процесса в Сети.....	118
5.3 Оценка недостатков системы обеспечения качества медицинской помощи в Сети	130
5.4. Механизмы непрерывного повышения качества медицинской помощи и инновационного развития.....	133
Глава 6. Формирование внутриорганизационных систем непрерывного компетентностного развития и мотивации персонала медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.....	137
6.1. Организационно-управленческие аспекты работы с медицинскими кадрами в Сети	137
6.2. Оценка уровня компетенции и выявление проблем непрерывного профессионального развития медицинского персонала Сети	139
6.3. Оценка системы мотивации и стимулирования медицинского персонала Сети	144
6.4. Внутриорганизационная система непрерывного профессионального развития медицинского персонала	150
6.4.1.Трехуровневая система непрерывного профессионального развития медицинского персонала.....	151
6.4.2. Теоретические основы функционирования внутриорганизационной системы непрерывного профессионального развития медицинского персонала.....	154
6.5. Система стимулирования медицинского персонала	157
6.5.1. Оптимизация системы материального стимулирования.....	157
6.5.2. Развитие системы нематериального стимулирования.....	159
Глава 7. Совершенствование организационной культуры медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.....	167
7.1. Характеристика существующей в Сети организационной культуры	167
7.2. Определение типа существующей и предпочтительной организационной культуры	169
7.3. Формирование и укрепление позиций предпочтительной организационной культуры	172
Глава 8. Комплексная модель повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.....	178
8.1. Структура комплексной модели повышения конкурентоспособности и практика ее реализации	178
8.2. Результаты внедрения базовых элементов комплексной модели повышения конкурентоспособности в работу Сети.....	179
8.2.1. Организация внутриорганизационного учебного центра.....	180
8.2.2. Внедрение системы дистанционного обучения.....	181
8.2.3. Результаты внутриорганизационного обучения медицинского	

персонала.....	182
8.2.4. Результаты анализа динамики объемных показателей работы Сети.....	192
8.2.5. Сравнительный анализ Сети с основными конкурентами государственного и негосударственного секторов здравоохранения.....	197
Заключение.....	224
Выводы.....	237
Практические рекомендации	242
Список сокращений.....	244
Список литературы.....	245
Приложения.....	304

Введение

Актуальность исследования

Развитие конкурентных процессов в здравоохранении представляет общемировую тенденцию. Роль конкуренции как одного из ключевых факторов развития медицинских организаций, повышения качества медицинской помощи (КМП) отмечается 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); Постановлении Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» (с изм. от 11.04.2017) [197,199,266,267].

Повышение конкуренции на российском рынке медицинских услуг обусловлено процессами интеграции медицинских организаций и формированием крупных (сетевых) структур, стремящихся к расширению своих сегментов рынка; интенсивным развитием негосударственного сектора здравоохранения; привлечением медицинских организаций негосударственного сектора к реализации государственных программ и 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) [116,119,134,191,236,247].

В соответствии с законами и общемировыми тенденциями развития рынка, конкуренция из зоны экономической (преимущественно ценовой) политики неукоснительно переходит в область качества предоставляемых услуг, их уникальности, условий предоставления, сервисного сопровождения

[351,362,420,428,449,466]. Первостепенное значение приобретают кадровый и инновационный потенциалы медицинской организации; материально-техническое и информационное обеспечение; эффективное управление человеческими и материальными ресурсами [18,238,247,448,461].

В то же время исследований, посвященных повышению конкурентоспособности медицинских организаций на российском рынке медицинских услуг недостаточно. Они выполнены в рамках работ по экономике и посвящены маркетинговым [279] и экономическим вопросам [50,253]. В работах по отдельным нозологиям акцент смещен в область ценовой конкуренции и управления материальными ресурсами [11,105]. Слабо освещены вопросы, касающиеся управления кадровым потенциалом и других видов неценовой конкуренции, способов повышения конкурентоспособности медицинских организаций и разработки механизмов наращивания конкурентных преимуществ.

Актуальность исследований в области развития человеческих ресурсов медицинской организации обусловлена и сложившейся социально-экономической ситуацией в стране. Снижение платежеспособности населения и дефицит финансирования отрасли ставит перед руководителями медицинских организаций задачу максимального использования внутренних резервов и обеспечения перспективного развития организации в условиях ресурсных ограничений [71,73,152,310,409].

В России до 70% населения получают медицинскую помощь в амбулаторных условиях [66]. В связи с этим, повышение конкурентоспособности именно этих медицинских организаций представляет наибольшую научную и практическую значимость.

Функционирование и интенсивное развитие в условиях конкуренции медицинских организаций негосударственного сектора здравоохранения, накопленный ими опыт, позволяют рассматривать их в качестве перспективной базы для научных и методических разработок в этой области

в целях совершенствования деятельности медицинских организаций государственной формы собственности.

Степень разработанности темы исследования

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., Сибурин 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. Вышесказанное 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.

Задачи исследования

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 исследования состоит в решении научной проблемы по разработке механизмов реализации направлений развития и повышения конкурентоспособности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В ходе исследования:

- 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 объединение в единую систему и комплексном применении организационных и управленческих механизмов реализации каждого направления развития и повышения конкурентоспособности.

Научно-практическая значимость работы

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 развитию.

Определены функциональные обязанности и область ответственности сотрудников каждого из четырех уровней 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 медицинского 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 медицинского 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 современным направлениям и повышение конкурентоспособности.

В работу Сети негосударственных медицинских организаций внедрены базовые элементы комплексной модели повышения конкурентоспособности, включающие трехуровневую систему непрерывного профессионального развития медицинского персонала, организацию учебного центра, интеграцию во внутреннюю информационную систему системы дистанционного обучения и развитие долгосрочного сотрудничества с образовательными организациями на принципах стратегического альянса. Доказана их эффективность (акт о внедрении от 31.08.2018 г.).

Комплексная модель повышения конкурентоспособности может быть адаптирована и использована в работе различных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не зависимо от формы собственности.

Внедрение результатов исследования в практику

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 (получен акт о внедрении от 31.08.2018 г.), что позволило улучшить уровень компетенции медицинского персонала, объемные показатели ее конкурентоспособности, удовлетворенность пациентов и занять одну из лидирующих позиций на амбулаторном сегменте рынка медицинских услуг города Москвы.

Принципы и организационные механизмы внутреннего обучения медицинского персонала в крупных медицинских организациях, а также формирования стратегического альянса медицинских и образовательных

организаций используются в работе МЗ РФ (разработаны методические рекомендации и учебно-методическое пособие).

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 (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).

Апробация и реализация результатов исследования

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на:

- II Всероссийской научно-практической дистанционной конференции «Ивановские чтения», Москва, 15.11.2011;
- Всероссийской научно-практической конференции «IV съезд врачей общей практики», Казань, 14-15.11.2013;
- Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные технологии оказания медицинской и медико-социальной помощи врачами общей практики», Мытищи, 06-07.10.2014;
- X международной научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные науки сегодня», North Charleston, USA, 26-27.12.2016;
- 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, 14.12.2016;

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

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.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

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

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.

Публикации по теме диссертации.

По результатам исследования опубликовано 49 печатных работ, в том числе 17 - в журналах, рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ. Выпущены монография, методические рекомендации, учебно-методическое пособие, учебное пособие.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 313 страницах печатного текста, иллюстрирована 96 таблицами, 31 рисунком. Состоит из введения, 8 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и 4 приложений. Список литературы включает 507 источников, в том числе 301 отечественных и 206 зарубежных авторов.

Глава 1. Конкурентоспособность медицинских организаций и ее неценовые элементы (обзор литературы)

1.1. Конкуренция в системе здравоохранения

1.1.1. *Определения основных понятий*

Основные концепции конкуренции были сформулированы М. Портером в конце 70-х гг. XX в. Однако общепринятой терминологии нет. Ряд авторов вкладывает в понятие конкуренции борьбу и соперничество организаций за ограниченный объем платежеспособного спроса потребителей, ведущуюся ими на сегментах рынка [13,195,196].

Применительно к системе здравоохранения, в большинстве литературных источников конкуренция определяется, как состояние и процесс взаимоотношений субъектов производства и потребления медицинских услуг в рамках специфической цивилизованной формы соперничества между медицинскими организациями и/или медицинскими работниками по достижению удовлетворения целевых потребностей пациента [111,144,273]. Назарова В.В. (2008) выделяет в этом процессе третий субъект – страховые медицинские организации и отмечает, что он направлен на достижение целевых потребностей каждого субъекта, а не только пациента [160]. Тогуновым И.А. (2008), Кораблевым В.Н. (2012) и другими авторами указано, что между собой конкурируют не только производители медицинских услуг, но и их потребители [115,180,259].

Обобщая литературные данные можно сформулировать следующее определение конкуренции в здравоохранении: это состояние и процесс взаимоотношений субъектов производства медицинских услуг (медицинских организаций и/или медицинских работников), потребителей медицинских услуг (пациентов) и посредников (страховых медицинских организаций) в рамках специфической цивилизованной формы соперничества по достижению целевых потребностей каждого.

В работе Винслава Ю.Б. и Пехтерева В.В. (2010) и ряде других конкурентоспособность организации определена, как свойство, заключающееся в способности выдерживать конкуренцию и конкурировать; производить продукцию с потребительскими и ценовыми параметрами, удовлетворяющими рыночных потребителей и не уступающими рыночным аналогам других организаций [40,112,113,236,284]. Конкурентоспособность медицинской организации – это способность предоставлять медицинские услуги, не уступающие по ценовым и неценовым параметрам другим медицинским организациям, занимающим тот же сегмент рынка.

Рынок - система отношений, в которой связи, установленные между покупателями и продавцами, балансируют спрос и предложение, отклоняясь в ту или иную сторону под влиянием изменения соотношения между ними [160]. Под рынком медицинских услуг понимают подобную систему отношений, сложившуюся между производителями и потребителями медицинских услуг. На рынке медицинских услуг медицинские организации конкурируют за выбор пациентов, поставщиков, инвесторов, страховых медицинских организаций [13,115,397].

Конкурентное преимущество формируется при наличии превосходства одного субъекта рынка над другим в сфере деятельности, имеющей стратегическое значение в конкурентной борьбе. Для достижения конкурентных преимуществ у организации должны быть соответствующие ресурсы, рыночная и клиентская востребованность, а также понимание степени конкуренции на рынке. Стойкое конкурентное преимущество предполагает динамические изменения в организации, в зависимости от меняющихся условий. Для этого требуется наличие уникальных свойств и ценностей, которые не могут быть немедленно получены и/или скопированы конкурентами [1,40,133,304].

Конкурентное преимущество медицинской организации на рынке медицинских услуг формируется из конкурентного преимущества производителя медицинских услуг, состояния процессов производства

медицинских услуг, адекватности финансирования и ресурсного обеспечения, эффективности управления, качества медицинских услуг, а также благоприятного имиджа организации [18,238,461].

1.1.2. Зарождение, развитие и особенности конкуренции в системе здравоохранения

По данным большинства источников, конкуренция в отечественной системе здравоохранения зародилась относительно недавно – в конце 80-х – начале 90-х годов XX века. Связано это было с началом внедрения элементов рыночных отношений [238,258]. В России рынок медицинских услуг начал формироваться после вступления в силу Законов СССР от 19.11.1986 «Об индивидуальной трудовой деятельности» и от 26.05.1988 г. № 8998-XI «О кооперации в СССР» [85,86]. Выход Федерального закона от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» регламентировал возможность получения медицинской помощи не только в государственных, но и в негосударственных медицинских организациях, а также внедрение системы медицинского страхования, что способствовало развитию конкуренции за потребителя медицинских услуг [264]. Важную роль сыграло принятие Закона РСФСР от 22.03.1991 г. № 948-1 «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках» [65,84].

В большинстве зарубежных стран развитию конкуренции и рынка медицинских услуг способствовало сокращение государственных дотаций, обусловившее внедрение в систему управления здравоохранением принципов маркетинга с целью привлечения дополнительных потребителей и инвесторов [30].

Зарождение и развитие конкуренции в здравоохранении не случайно. По мнению Enthoven A. (1993) и значительного числа других авторов, она способствует повышению качества медицинской помощи (КМП); медицинской, социальной и экономической эффективности медицинских

организаций и всей системы здравоохранения [122,131,307,334,353,363,364,430,502].

К условиям формирования и развития конкурентных процессов в здравоохранении следует относить уровень развития территории; платежеспособность населения, работодателей и других участников конкурентного процесса; условия для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций; состояние антимонопольного регулирования; уровень культуры потребления и эффективность системы защиты прав потребителей [214].

По мнению Портера М.Э. (2006), Семенова В.Ю. (2006), Шеймана И.М. (2006) и других авторов, негативное влияние на конкуренцию в здравоохранении могут оказывать несовершенство нормативно-законодательной базы; низкая доступность медицинской информации; неоднородность пациентов по уровню доходов; дефицит современных менеджеров; недостаточное использование научных методов стратегического планирования; недостаточное КМП [196,237,240,287].

Мировой рынок здравоохранения подразделяют на несколько сегментов, на которых может вестись конкурентная борьба - товарный сегмент (рынок лекарственных средств и медицинской техники), сегмент медицинских и образовательных услуг, сегмент инноваций. В свою очередь, рынок медицинских услуг можно условно разделить на три сектора: оказание скорой и неотложной помощи; лечение заболеваний и поддержание определенной стадии хронических состояний и инвалидности; профилактика; восстановительное лечение и реабилитация [51,144].

Под медицинскими услугами следует понимать услуги, которые потребитель получает в медицинских организациях по восстановлению здоровья и в профилактических целях [202]. Производителем медицинских услуг является медицинский персонал, прежде всего, врачи и медицинские сестры [299]. Для рынка медицинских услуг характерны: непрогнозируемый спрос; асимметрия информации у производителя и потребителя; государственный контроль над большей частью медицинских организаций;

недостаточное развитие сектора коммерческих услуг в некоторых отраслях медицинского обеспечения; высокие барьеры для входа новых производителей; многоуровневая система потребителей; приоритет социальной и медицинской эффективности над экономической [51,88,160].

На рынке медицинских услуг уровни конкурентной среды классифицируют по географическому принципу (страна, регион); условиям оказания медицинской помощи (стационарные, амбулаторные, скорая медицинская помощь); профилю медицинских организаций [51,144].

В зависимости от результата конкуренция на рынке медицинских услуг может быть конструктивной и деструктивной. Конструктивная конкуренция направлена на повышение качества медицинской помощи. Деструктивная конкуренция имеет место в тех случаях, когда борьба ведется исключительно за разделение сфер влияния на рынке. Следствием этого являются высокие расходы и низкое качество [138,196,457].

Объектом конкуренции на рынке медицинских услуг могут быть цена, качество, сервис, характеристики услуг, технологии [448]. Субъектами конкурентной среды являются: медицинские работники; медицинские организации; пациенты; поставщики медицинского оборудования; фармацевтические организации; страховые медицинские организации; образовательные и научные организации [13,51,448].

В нашей стране государственное регулирование конкуренции в здравоохранении в достаточной степени не отлажено. Следствием этого является несовершенный рынок медицинских услуг, значительные различия цен и качества услуг у разных поставщиков, не коррелирующие между собой, отсутствие законодательной поддержки [126,151,218].

Среди основных тенденций ее развития, продиктованных социально-экономической ситуацией и историческими предпосылками, можно выделить рост; смещение акцента в неценовой сегмент, в область квалификации кадров, качества и привлекательности медицинских услуг, научно-

технического развития; наиболее высокие темпы развития в негосударственном секторе здравоохранения [56,64,74,236,259,394].

Несмотря на общность предпосылок развития, конкурентные процессы в зарубежных системах здравоохранения имеют отличия, и, опыт одной страны не может быть в чистом виде экстраполирован на другую. В развитых странах конкуренция, как правило, четко регламентирована; имеет определенную сложившуюся форму и направлена на решение конкретных задач, в большинстве своем связанных с обеспечением качества медицинской помощи (КМП) и ее доступности для пациента. Примером таких стран являются Германия, Нидерланды, Швеция, Швейцария, Норвегия, США. В развивающихся странах и в России конкуренция чаще представляет спонтанное явление, чем управляемый процесс [313,321,337,344,418,452,467].

В литературе описаны различные принципы формирования конкурентоспособности медицинской организации. Шахбанова И.К. (2012) выделяет два принципиальных направления развития конкурентоспособности: достижение результатов, превосходящих конкурентов (операционная эффективность) и стратегическое позиционирование, заключающееся в формировании отличий от конкурентов или использовании альтернативных подходов [284]. На важность эффективного стратегического управления для достижения конкурентоспособности медицинской организации указано в работе Гарного А.В. (2009) [49]. Фатхутдинов Р.А. (2005) отмечает, что конкурентоспособность медицинской организации определяется «Системой семи функций» - целевой, лицензионной, аккредитационной, деонтологической, экономической, технологической и функцией результативности [263]. По мнению Руссу О.Г. (2012 г.), основой конкурентоспособности является микроэкономическая эффективность деятельности медицинской организации. Результаты ее работы автор предлагает структурировать на кадровые, материально-технические, финансовые и организационные [229]. Кучерявенко Д.М. (2011), Селезнев

В.Д. и Волков С.Д. (2016) отдают приоритет инновационному развитию, укреплению научного потенциала, совершенствованию системы планирования и прогнозирования, развитию кадров, новым технологиям, новому оборудованию [132,236]. В работе Насрулаевой П.М. (2010) отмечается важность маркетинговой деятельности [162]. Назарова В.В. (2008) и Кораблев В.Н. (2014) указывают, что конкурентоспособность медицинской организации определяется качеством медицинской помощи и сервисного обслуживания, а также удовлетворенностью пациентов [114,160]. Юнг О. (2008) отмечает роль профессионально-квалификационного и творческого потенциала медицинского персонала, качества системы образования и повышения квалификации [299].

В настоящее время конкуренция медицинских организаций на отечественном рынке медицинских услуг регламентируется Федеральным законом от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции» (с изм. от 29.07.2017), определяющим порядок добросовестной конкуренции; Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. от 28.12.2016) и Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017), устанавливающими свободу выбора медицинской организации. Одним из приоритетов Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Постановлении Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 (с изм. от 12.08.2017) является «Создание и развитие конкурентных рынков и последовательная демополизация экономики» [199,265,266,267].

На стадии рассмотрения находится План мероприятий («дорожная карта») «Развитие конкуренции в здравоохранении», разработанный Федеральной антимонопольной службой. Он затрагивает совершенствование конкуренции на рынке медицинских услуг. В числе основных мероприятий указаны совершенствование законодательства в области оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских

организациях; создание равных условия для участия медицинских организаций в реализации программ ОМС; установление требования об обязательном участии в деятельности комиссий по разработке территориальных программ ОМС представителей государственных и негосударственных медицинских организаций на паритетных началах; снятие необоснованных административных барьеров при переоформлении лицензий на осуществление медицинской деятельности; создание условий для появления и ускорения развития медицинских организаций в субъектах Российской Федерации; создание равных условий медицинским работникам на досрочную трудовую пенсию по старости вне зависимости от формы собственности работодателя.

Несмотря на очевидную актуальность конкуренции в здравоохранении, как темы научных исследований, соответствующих работ в России и за рубежом не достаточно [236,253]. Среди проблем, наиболее широко обсуждаемых в других странах, можно выделить вопросы специфики конкуренции в первичном и стационарном звеньях [308,349,366,407,440,478,495]. В России конкуренция в здравоохранении обсуждается в более обобщённом виде; основные работы по этой проблеме принадлежат Шейману И.М., Баранову И.Н., Тогунову И.А., Решетникову А.В. и др.

1.1.3. Методы изучения конкурентоспособности медицинской организации

В научной литературе описано достаточно большое количество методов изучения конкурентоспособности. Обобщая представленную информацию, их можно классифицировать по способам оценки (неформальные и формальные), по способам отображения результатов (матричные методы, методы индексации, методы индикации, графические методы), по интегральности результатов оценки (единичные и интегральные) [319,371,413].

Общепризнанным методом стратегического планирования, который нашел широкое применение в здравоохранении, является SWOT-анализ. Он был предложен в 60-70-х гг. XX века группой ученых Стэнфордского исследовательского института. Метод заключается в определении сильных (strengths) и слабых (weaknesses) сторон медицинской организации, а также внешних угроз (threats) и возможностей (opportunities) и последующей, на основании анализа, формулировке стратегий дальнейшего развития [58,142,274,472].

PEST анализ представляет инструмент для выявления политических (Political), экономических (Economic), социальных (Social) и технологических (Technological) аспектов внешней среды, которые влияют на эффективность деятельности медицинской организации. SNW-анализ (Strength, Neutral, Weakness) заключается в оценке сильных, нейтральных и слабых сторон медицинской организации в целях обоснования выбора тактических и стратегических решений [34,296].

Тогунов И.А. (2006) предлагает оценивать конкурентоспособность в сравнении с конкурентами, а также в рамках внутренней среды самой организации по «системе семи функций» [258]. Исследователи Томпсон А.А. и Стрикленд А.А. (2000) при оценке конкурентоспособности использовали показатели из списка ключевых факторов успеха организации в исследуемой отрасли, а также основных преимуществ и недостатков конкурентов. Затем, сумма показателей складывалась в комплексный показатель конкурентоспособности [261]. В научной литературе описан метод экспертной оценки конкурентоспособности с помощью анкетного опроса и интервью [253]. Другим подходом, используемым для оценки конкурентоспособности, является оценка кадровых ресурсов [28,217]. В основу «Анализа иерархий» положена экспертная оценка организации по определенным критериям конкурентоспособности, которые складываются в матрицы парных сравнений. Конкурентоспособность определяется отдельно по каждому критерию, а также по общему уровню [230]. Разработан

индексный метод оценки конкурентоспособности, объединяющий параметрические индексы в групповой индекс, с учетом значимости каждого показателя [233]. Локтева О.А. (2010) выделила пять направлений для оценки конкурентов: по источникам и типу финансирования, по уровню медицинской организации, по специализации, по местоположению и ценовому сегменту [136]. Было предложено проводить оценку конкурентоспособности с позиции сравнительных преимуществ. Метод включает в себя составление перечня факторов, влияющих на конкурентоспособность организации, выбор показателей, по которым определяется влияние каждого фактора, сравнение конкурентов по собранным показателям [295].

Обобщая сказанное, можно сделать вывод о том, что изучение конкурентоспособности, во многом, зависит от развития рынка и тех требований, которые он предъявляет к участникам рыночных отношений. Отсутствие четких критериев и устоявшейся методологии оценки конкурентоспособности расширяет возможности исследователей в выборе и использовании наиболее адекватных методов.

1.1.4. Конкуренция в негосударственном секторе отечественного здравоохранения

В связи с тем, что конкуренция в здравоохранении достигла наибольшего развития в негосударственном секторе, именно частные медицинские организации представляют наибольший научный интерес, с точки зрения накопленного опыта и базы для проведения дальнейших исследований.

Существование негосударственного сектора здравоохранения регламентировано Конституцией РФ. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские

организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья» [267].

Появление частной медицины в России пришлось на 80-е года XX века. Ее развитию способствовали кризис государственного здравоохранения, дефицит финансирования, введение ОМС и ДМС, появление населения с уровнем доходов выше среднего, низкий уровень оплаты труда медицинских работников [112,113,155,291,294]. Становление негосударственного сектора здравоохранения происходило при поддержке таких нормативно-правовых документов, как «Комплексная программа развития производства товаров народного потребления и сферы услуг на 1986 - 2000 гг.», «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройка здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» (1987 г.), Закон «О кооперации в СССР» (1988 г.) и ряда других [86,110,179].

В соответствии с действующим российским законодательством, негосударственные медицинские организации могут быть образованы в форме акционерных обществ, публичных акционерных обществ, непубличных акционерных обществ и обществ с ограниченной ответственностью [174].

По классификации, предложенной Шишкиным С.В. и соавторами (2009, 2016), медицинские организации негосударственного сектора здравоохранения представлены многопрофильными медицинскими организациями, аналогичными по набору медицинских специальностей государственным медицинским организациям; разнопрофильными медицинскими организациями, объединяющими врачей нескольких не смежных специальностей; специализированными медицинскими организациями, работающими в определенной медицинской области [292,293]. Негосударственные медицинские организации сетевого типа могут быть корпоративными, франчайзинговыми, представлять некоммерческие альянсы, а также организации с правом использования торговой марки [54].

О востребованности негосударственного сектора здравоохранения у населения свидетельствуют данные Росстата, согласно которым объем платных медицинских услуг населению РФ с 2005 по 2014 гг. имел стойкую тенденцию к росту. Увеличилось число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях негосударственного сектора здравоохранения, в 2014 г. этот показатель составил 3,9 тыс. и 11 тыс. соответственно [192]. Эти цифры подтверждаются результатами исследований, в которых доля населения, готовая платить за медицинские услуги, превышает 50% [127].

В настоящее время частный сектор здравоохранения в России динамично развивается преимущественно в крупных городах, таких как Москва. В сельской местности он развит слабо и не составляет реальной конкуренции сектору государственному [44,139,155].

Можно выделить несколько тенденций развития негосударственного сектора здравоохранения в нашей стране. Первой является смещение акцента к целевой аудитории пациентов с уровнем материального дохода среднего уровня и ниже [194,293,298]. Вторая тенденция – это формирование и расширение негосударственных медицинских организаций сетевого типа, развитие холдинговых структур [54,131,277]. Третьей тенденцией является расширение профиля негосударственных медицинских организаций [168]. Четвертая тенденция заключается в увеличении доли частного сектора здравоохранения на рынке медицинских услуг [101,236].

Важная роль негосударственного сектора для развития конкуренции в отрасли и для повышения эффективности всей системы отечественного здравоохранения признается многими специалистами – Михайловой Ю.В., Тарановым А.М., Сибуриной Т.А. с соавторами (2005), Денисовым И.Н. (2012) с соавторами и другими [11,13,64,67,155,248]. Однако это мнение не разделяется абсолютно всеми [102].

На сегодняшний день негосударственный сектор здравоохранения пока не стал полноценным дополнением сектора государственного.

Основными факторами, сдерживающими его развитие, являются административные и бюрократические барьеры, недостаточная правовая база, существующая бюджетная и налоговая политика [20,88].

Все большую актуальность приобретают два противоположных, но не взаимоисключающих направления взаимодействия медицинских организаций, представляющих государственный и негосударственный сектора здравоохранения – конкуренция и сотрудничество. В отношении межсекторной конкуренции однозначного мнения не выработано. Ряд авторов указывает на то, что конкуренции между государственными и негосударственными медицинскими организациями не существует, и последние конкурируют исключительно между собой [107]. Вместе с тем, утверждается мнение, что частные медицинские организации составляют реальную конкуренцию государственному сектору [47,79,111,122,176].

Взаимовыгодное сотрудничество частных и государственных медицинских организаций может включать инвестиции и обмен опытом [122].

Целесообразность существования государственного и негосударственного секторов в рамках одной системы здравоохранения подтверждается опытом многих стран мира, свидетельствующим о том, что в таком виде она наиболее гармонична и в большей степени отвечает потребностям населения [26,326,486].

1.2. Неценовые элементы конкурентоспособности медицинской организации

Анализ отечественной и зарубежной литературы не позволил обнаружить описания конкретных направлений и неценовых механизмов наращивания конкурентных преимуществ медицинских организаций, представленных в виде единой системы мероприятий. В разной степени освещены отдельные неценовые элементы конкурентоспособности, к которым относятся управление КМП; инновационное развитие; профессиональное

развитие и стимулирование медицинского персонала; формирование и поддержание организационной культуры (ОК) и ряд других.

1.2.1. *Качество медицинской помощи*

Ключевую роль КМП для конкурентоспособности можно объяснить увеличением количества медицинских организаций, расширением выбора на рынке и, как следствие, ростом требований потребителей медицинских услуг к их качеству [3,171].

Основоположником теории качества в здравоохранении является А. Донабедиан (1988), выделивший в структуре КМП три составляющие: качество структуры, процесса и результата [347]. Эта теория нашла продолжение в многочисленных исследованиях [13,115,122,127,184,189,330,335,358,362,396,407,432,467,492]. В научной литературе понятие КМП обычно трактуется более широко и включает такие характеристики, как соответствие современному уровню развития медицинской науки, ожиданиям пациентов, клиническим рекомендациям и оптимальное использование ресурсов [14,43,235,282].

В практических целях определение понятия КМП как совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, было конкретизировано в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.07.2017) [267].

История развития системы контроля КМП в России включает несколько этапов. Сначала обеспечение КМП основывалось на анализе статистической отчетности и сводилось к констатации достигнутого результата. Развитие в первой половине 80-х годов XX века метода экспертной оценки КМП позволило оценить сам процесс. С внедрением ОМС начинается следующий этап – контроля КМП, заключающийся в определении соответствия оказываемой медицинской помощи определенным

стандартам; развивается процесс стандартизации медицинской помощи; появляются процедуры лицензирования и аккредитации медицинских организаций. Приказ МЗ РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.1996 № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» можно считать отправной точкой формирования комплексной системы контроля КМП на государственном уровне. И наконец, выход стандарта ИСО 9001:2000 декларирует новый этап - переход от контроля к управлению КМП [43,70,210].

Выделяют три модели управления КМП, которые являются этапами зрелости подходов к управлению качеством: профессиональную, бюрократическую (административную) и индустриальную. Профессиональная модель всю ответственность за КМП возлагает на врача и уровень его квалификация, оставляя за администрацией медицинской организации создание условий для его работы. Бюрократическая модель, напротив, предполагает, что обеспечение КМП является исключительно административной функцией, включая регламентирование процессов, стандартизацию и многоуровневый контроль. Наиболее современная и комплексная индустриальная модель основана на концепции непрерывного повышения КМП, внедрении системы менеджмента качества и вовлеченности всех сотрудников [46,158]. В настоящее время в РФ преобладающей является бюрократическая модель управления КМП; в отдельных медицинских организациях осуществляются попытки перехода к индустриальной модели.

В действующих нормативно-правовых документах используется широкое понятие – качество и безопасность медицинской деятельности, элементом которого является КМП. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.07.2017) выделяют три уровня контроля качества и безопасности медицинской деятельности: государственный контроль; ведомственный контроль и внутренний контроль [198,204,267].

Государственный контроль осуществляется органами государственного контроля; ведомственный контроль - федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации; внутренний контроль - в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, установленном руководителями этих организаций. В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС, проводится контроль качества и безопасности медицинской деятельности территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями (Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (ред. от 22.02.2017) [212].

Единого стандарта внутреннего контроля качества в медицинской организации нет. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора разработаны практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных (2015) и амбулаторных условиях (2016) [200,201]. Предлагаемый комплексный подход не ограничивается медицинской помощью, охватывая всю медицинскую деятельность. В частности, среди базовых направлений контроля отдельно рассматривается система управления персоналом. Согласно рекомендациям, контроль КМП должен осуществляться врачом (самоконтроль); заведующими отделениями и старшими медицинскими сестрами (первый уровень); заместителем руководителя медицинской организации и главной медицинской сестрой (второй уровень) и врачебной комиссией (третий уровень), формирование и работа которой регламентированы Приказом МЗиСР РФ от 05.05.2012 г. №

502н. «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» [211].

В литературе описаны разные инструменты для оценки КМП. К ним относятся объективные показатели, основанные на комплексной оценке деятельности медицинской организации и показателей здоровья пациентов; субъективные показатели – мнение персонала и пациентов; анализ хозяйственной деятельности медицинской организации; индекс благополучия медицинской организации [74,154,190].

Соответствие медицинской помощи критериям качества обеспечивает доступность, своевременность, адекватность, преемственность, непрерывность, эффективность медицинской помощи, ее ориентированность на пациента, безопасность, отсутствие (минимизацию) дефектов, научно-технический уровень [95,246,282,283,400,448].

На различных уровнях оказания медицинской помощи критерии качества имеют специфику. Для амбулаторных условий к основным из них относятся: ведение медицинской документации; сроки оказания медицинской помощи; установление диагноза; формирование плана обследования и лечения; назначение лекарственных препаратов; проведение экспертизы временной нетрудоспособности; осуществление диспансерного наблюдения (Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи») [208].

Под дефектами медицинской помощи принято понимать некачественное осуществление диагностики, обследования и лечения пациента, которые привели или могли привести к неблагоприятному исходу или имели отрицательные последствия для состояния здоровья человека, обратившегося в медицинскую организацию [3,118]. Они могут быть непредотвратимыми и предотвратимыми. Причинами первых являются позднее обращение за медицинской помощью, кратковременное пребывание в медицинской организации, атипичное течение заболевания. Вторые встречаются чаще и могут быть обусловлены недостаточной квалификацией

медицинского персонала, несоблюдением объемов обследования, неправильной оценкой результатов обследования и консультаций, нарушением санитарно-гигиенических норм, невнимательным отношением к пациенту, недооценкой тяжести состояния [175,251,406].

Более высоким по сравнению с контролем уровнем обеспечения КМП является управление качеством. В соответствие со стандартом, разработанным международной организацией по стандартизации (ИСО 9004-2009), система управления качеством является подсистемой в общей системе управления, целью которого является достижение организацией устойчивого успеха. Важная роль в системе управления качеством отводится управлению персоналом, его обучению и мотивации; мониторингу организационной среды; анализу результатов деятельности, мнения потребителей и причин выявленных отклонений; улучшению и внедрению инноваций. Необходимым условием непрерывного повышения качества является проведение мероприятий по повышению эффективности и результативности на каждом рабочем месте [149]. Создание системы непрерывного повышения качества, соответствующей международным стандартам, является трудоемким и длительным процессом, а получение сертификата качества остается добровольным делом каждой организации. Большинство организаций находится на различных этапах развития системы управления качеством, творчески используют базовые положения международного стандарта и формируют организационные механизмы управления качеством, в наибольшей степени соответствующие специфике организации [219,350,355,356,366,376,387,390,395,431,451,459,462,468,477,491,494,503].

В зарубежной литературе широко представлены комплексные подходы к управлению качеством. Основными из них являются цикл (plan-do-study-act (PDSA), «шесть сигм» и методология Lean. PDSA (цикл Деминга) включает четыре стадии Plan – Do – Check – Akt (планируй–делай–проверяй – действуй). Метод подразумевает тестирование решений в малом масштабе перед их внедрением во всей организации. «Шесть сигм» -

это статистический анализ, позволяющий разработать план действий, направленный на снижение затрат, уменьшение вариативности процесса и сокращение числа ошибок. Методология Lean подразумевает выяснение потребностей заказчика и улучшение процесса без изменения его стоимости [343,379,403,446,455,458,501].

На основе обобщения отечественного и зарубежного опыта применения элементов непрерывного повышения КМП, можно выделить наиболее часто используемые виды управленческой деятельности медицинских организаций. В области управления материальными ресурсами это - развитие материально-технической базы медицинской организации; оптимизация инфраструктуры; использование инновационных технологий; экономическое стимулирование КМП; информатизация рабочих процессов [57,155,177,375,386,404].

В части управления нематериальными ресурсами к таковым относятся оптимизация рабочих коммуникаций; развитие межпрофессионального сотрудничества; непрерывное профессиональное развитие (НПР) персонала; внедрение стандартов JCI; проведение внешних и внутренних аудитов; инновационное развитие; мотивация персонала; управление организационной культурой (ОК); привлечение пациентов к обеспечению КМП; бенчмаркинг; подход; система профилактики и регистрации врачебных ошибок. Описаны такие технологии повышения КМП, как привлечение к экспертизе качества врачебных ассоциаций; регулярная сертификация (аккредитация) медицинского персонала; содействие клинической практике (practice facilitation); формирование общественных групп, собирающих информацию о недостатках медицинского обслуживания [4,14,32,89,134,238,282,283,285,286,306,331,401,408,416,439,461,505].

Инновационное развитие

Инновационное развитие имеет большое значение для повышения конкурентоспособности медицинской организации [56,183]. Инновации могут быть техническими (производство услуг с новыми или улучшенными

свойствами); технологическими (применение более совершенных способов оказания услуг); организационно-управленческими (оптимизация организационного процесса); информационными; социальными (улучшение условий труда, повышение квалификации персонала). Для реализации инновационного развития необходимы мотивация (надбавки, моральное поощрение, привлечение к внедрению) и обучение медицинского персонала [91,155,470]. Вместе с тем Михайлова Ю.В., Сибурина Т.А. и Мирошникова Ю.В. (2016) отмечают, что современными руководителями медицинских организаций внедрению инноваций уделяется необоснованно мало внимания [153].

1.2.2. Профессиональное развитие медицинского персонала

Профессиональное развитие медицинского персонала представляет добиться повышения конкурентоспособности отдельной медицинской организации и эффективности всей системы здравоохранения. На это указывают работы многих отечественных и зарубежных авторов, в частности Михайловой Ю.В., Сибуриной Т.А. (2008), Манеровой О.А. (2011), Mash R (2015) [21,71,73,83,145,147,152,156,165,169,189,228,310,345,409,420,427,485]. Это обеспечивается через повышение КМП и приобретение сотрудниками уникальных компетенций [22,79,159,181,189,289,312,315,324,327,340,374,415, 419,449,500].

В соответствии с определением Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО), непрерывное профессиональное развитие (НПР) – это период образования и подготовки врачей, начинающийся после завершения базового медицинского образования и последипломной подготовки и продолжающийся после этого в течение всей профессиональной жизни [166].

В Российской Федерации НПР реализуется в рамках дополнительного профессионального образования (ДПО). ДПО осуществляется на базе государственных, муниципальных и частных образовательных и научных организаций, имеющих соответствующую лицензию по дополнительным образовательным программам, реализуемым в виде повышения

квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки с выдачей образовательных документов установленного образца (Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017); Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017); Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.08.2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях») [203,267,268]. Медицинский работник имеет возможность выбирать образовательные и научные организации, а также реализуемые ими дополнительные образовательные программы и отдельные их модули (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 августа 2015 года № 599 «Об организации внедрения в подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации образовательных и научных организациях подготовки медицинских работников по дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата») [205].

С 2016 г. начался переход от традиционной формы ДПО к системе непрерывного медицинского образования (НМО), которая призвана заменить эпизодическое обучение один раз в 5 лет непрерывным образовательным процессом в течение всей профессиональной жизни; предоставить врачам больше возможностей выбора места, формы обучения и образовательных программ, а также повысить конкуренцию между образовательными организациями. В настоящее время система НМО уже начала работать и осуществляется в соответствии с Проектом Приказа МЗ РФ «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков

путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях» (по состоянию на 29.01.2016).

Реализация образовательных программ повышения квалификации осуществляется с использованием средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (Федеральный закон от 30.12.2015 № 432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. от 28.12.2016) [266,271].

Для повышения качества НПР медицинских работников, с 2016 года, вместо проводимой ранее сертификации, подтверждающей право заниматься медицинской деятельностью, поэтапно вводится аккредитация медицинских специалистов (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25.02.2016 г. № 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов») [206].

Аккредитация проводится по окончании освоения дополнительных образовательных программ не реже одного раза в пять лет. Принципиальным ее отличием от сертификации является оценка реального объема знаний, умений и навыков (ЗУН) в рамках профессионального стандарта и выдача свидетельства, дающего право заниматься только теми видами профессиональной деятельности, для которых подтверждена квалификация. Для повышения объективности оценки, аккредитационная комиссия включает кроме преподавательского состава представителей профессионального медицинского сообщества и органов власти (Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017); Федеральный закон от 29.12.2015 № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты российской Федерации»; Приказ Министерства

здравоохранения РФ от 02.06.2016 г. № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.05.2017 № 234н «О внесении изменений в положение об аккредитации специалистов, утвержденное Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 № 334н») [207,209,267,270].

В современных условиях профессиональное развитие медицинского персонала значительно шире, чем приобретение ЗУН в области диагностики, лечения, профилактики и реабилитации заболеваний и состояний. Необходимо обучение в области организации здравоохранения, моделирования различных стилей поведения, эффективного консультирования, межпрофессионального взаимодействия, самоанализа, аудита. Его задачами являются не только устранение дефицита и поддержание актуальности ЗУН, но и внедрение инноваций [55,289,290,320,412]. Эффективное профессиональное развитие медицинского персонала подразумевает управляемость со стороны руководства медицинской организации и межпрофессиональное взаимодействие в ходе учебного процесса [7,100,108,289,290,354,445,450,456,476].

В связи с этим совершенствованию действующей системы НМО может способствовать привлечение медицинских организаций-работодателей к формальной и внеформальной части обучения. Формальной часть обучения заключается в реализации практической подготовки по программам НМО, на основании договора между образовательной или научной организацией и медицинской организацией (Федеральный закон от 29.12.2015 № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты российской Федерации»; Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017) [268,270].

Внеформальная часть обучения включает адаптацию полученных ЗУН к условиям труда; приобретение специальных ЗУН, необходимых для реализации производственных задач, профессионального развития и

карьерного роста сотрудника в конкретной медицинской организации. Она может быть реализована с использованием обучающего потенциала сотрудников медицинской организации и с привлечением преподавателей образовательных организаций.

По мнению отечественных и зарубежных авторов, внутриорганизационное обучение способствует повышению компетентности персонала и эффективности труда, развитию культуры обучения, созданию внутренней системы знаний, внедрению инноваций, формированию кадрового резерва, обеспечению вовлеченности и лояльности сотрудников [123,165,332,465].

При осуществлении внутриорганизационного обучения определение образовательных потребностей медицинского персонала может осуществляться на основании внутреннего аудита, с привлечением специалистов в области медицинского образования, по результатам анализа клинических случаев [365,438,483].

К эффективным формам и методам внутриорганизационного обучения медицинского персонала, помимо традиционных, относятся самообучение, ролевые игры, взаимный аудит, анализ видеозаписи приема, решение ситуационных задач, моделирование клинических ситуаций, симуляционное обучение, обмен опытом, посещение научно-практических мероприятий [55,59,76,94,410,444,504]. Обсуждается привлечение пациентов к образовательному процессу медицинского персонала [463].

При организации внутриорганизационного обучения перспективно сотрудничество медицинской и образовательной организаций, которое может кроме образовательной деятельности включать научно-исследовательскую (НИР) и клиническую работу [33,367].

1.2.3. Мотивация и стимулирование медицинского персонала

В широком понимании под мотивацией труда понимают индивидуальную степень готовности сотрудника предпринимать и поддерживать усилия для достижения задач, стоящих перед организацией [447].

В современном менеджменте мотивации персонала уделяется значительное внимание, так как через нее можно управлять производительностью и качеством труда, инновационной активностью, текучестью кадров, заинтересованностью сотрудников в своей профессиональной деятельности и конкурентоспособностью медицинской организации [6,36,42,45,79,121,188,254,272,402,466,480].

Подходы к мотивации персонала опираются на содержательные и процессуальные теории. Первые ориентированы на базовые потребности (теории Абрахама Маслоу, Дэвида Мак Клеелланда, Фредерика Герцберга), вторые – на решение вопроса, как возникает тот или иной тип поведения (теории ожиданий Виктора Врума, теория справедливости Дж. Стейси Адамса, теория мотивации Лаймана Портера и Эдварда Лоулера). Существует мнение, что наиболее подходящими для использования в медицинских организациях являются теории Мак Клеелланада и Врума [22,104,121].

Применяющиеся в медицинской организации стимулы должны мотивировать медицинских работников к достижению высокого уровня здоровья пациентов, потребительской удовлетворенности и предоставлению широкого спектра медицинских услуг [52]. При этом недостаточная мотивация медицинских работников представляет серьезную проблему для многих систем здравоохранения и, прежде всего, в государственном секторе [41,360,391,469,498].

Стимулы, формирующие мотивацию медицинского работника, по уровню воздействия можно разделить на персональные и организационные. На персональном уровне мотивирующими стимулами являются приверженность профессии, альтруизм, ожидания от работы, самооценка. На организационном уровне выделяют нематериальные и материальные стимулы. К первым относятся, прежде всего, комфортные условия труда; возможность профессионального развития и карьерного роста; эффективная система рабочих коммуникаций; уважительное отношение руководства,

коллег, пациентов; эффективный менеджмент; возможность проявления инициативы; приемлемая нагрузка. Ко вторым – достаточная зарплата, наличие системы премирования, социальный пакет [31,39,42,61,96,109,188,244,254,280,302,303,309,316,318,322,357,359,361,370, 377,382,388,399,409,414,420,421,424,433,443,454,460,474,479,506,507].

Многие исследования свидетельствуют о том, что для формирования достаточной мотивации у персонала нематериальные стимулы представляют не меньшую важность, чем материальные [232,302,316,359,381,434,453,454, 460,506]. Более того, есть данные, что нематериальное стимулирование может иметь даже большее значение [33,60,182].

Описанные в литературе подходы к формированию мотивации по уровню можно разделить на организационные и государственные. При этом специфику, характерную для медицинских организаций выделить не удалось. Одним из подходов к формированию мотивации на организационном уровне является внутренний маркетинг, предполагающий выполнение нужд и желаний персонала руководством в обмен на выполнение производственных задач [170]. Шейманом И.М. (2008) предлагается коллективная мотивация, которая, по мнению автора, эффективней индивидуальной [286]. Березовская Р.А. (2013) отдает предпочтение внутренней мотивации перед внешней, которая является более стойкой [25]. Для решения конкретных задач может применяться, так называемая, процессуальная мотивация, предполагающая выбор трудового задания оптимального уровня сложности [29]. Некоторые авторы указывают на необходимость учета при мотивации психотипа сотрудника [255,256,272]. Примером мотивации на государственном уровне может быть переход к эффективному контракту (Распоряжение Правительства Российской Федерации № 2190-р от 26 ноября 2012 года.), представляющему трудовой договор, в котором конкретизированы должностные обязанности работника, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат [216].

Отдельно следует остановиться на таких механизмах стимулирования персонала, как создание условий для реализации профессионально-квалификационного потенциала, создание благоприятных условий труда, развитие профессиональных коммуникаций и карьерный рост.

Создание условий для реализации профессионально-квалификационного потенциала

Создание условий для реализации профессионально-квалификационного потенциала предполагает, прежде всего, рациональное перераспределение функций между различными профессиональными группами медицинского персонала и устранение дублирования, упорядочение должностной структуры, модернизацию рабочих мест и повышение технической оснащенности труда [156].

Создание благоприятных условий труда

Формированию удовлетворенности условиями труда способствуют доброжелательные взаимоотношения с коллегами и руководителем, возможность самореализации и карьерного роста, наличие контроля над условиями труда со стороны руководства, надлежащее состояние рабочего места, рациональная организация рабочего времени, возможность самостоятельного принятия решений, уровень заработной платы, наличие льгот, наличие медицинской страховки, оптимальность рабочей нагрузки, удобный график работы [42,99,156,497].

Опубликованы результаты исследования, свидетельствующие о том, что одним из факторов, повышающих удовлетворенность условиями труда, является диспансеризация и профилактика заболеваний у медицинского персонала [2].

Неблагоприятно на удовлетворенность условиями труда влияют физический и психологический стресс, дефицит человеческих и материальных ресурсов, вмешательство работы в личную жизнь, недостаточное оснащение, невозможность выполнения профессиональных

стандартов, однообразие выполняемой работы, физическое и психологическое истощение [376,385,414,433].

Серьезной проблемой может стать профессиональное выгорание - синдром, включающий три составляющие, эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений. Причиной, как правило, является долговременная стрессовая ситуация, характеризующаяся конфликтом личностных ценностей и условий труда [17,429].

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что медицинские работники представляют одну из основных «групп риска» профессионального выгорания. Распространенность этого синдрома среди врачей составляет 41,4%, а среди среднего и младшего медицинского персонала - 19,4%. Непосредственными причинами профессионального выгорания у медицинского персонала являются большой поток пациентов; высокая ответственность принимаемых решений и цена возможных ошибок; большая нагрузка; недостаточная поддержка руководства и коллег; недостаточное вознаграждение за работу; невозможность влияния на принятие решений; неоднозначные требования к работе; риск штрафных санкций; однообразная деятельность; недостаточный отдых; неблагоприятный психологический климат в коллективе [17,215,228,252,314,317,323,369,384,393,433,473,479,481].

С целью профилактики профессионального выгорания целесообразно осуществлять мониторинг психологического состояния сотрудников, обеспечить комфортный психологический климат в коллективе, предоставлять возможность для профессионального развития и самореализации, проводить тренинги по управлению стрессом и преодолению выгорания. Лечебные и реабилитационные мероприятия в случае профессионального выгорания должны быть направлены на снятие производственного напряжения, повышение профессиональной мотивации,

установление баланса между затраченными усилиями и получаемым результатом [215,499].

Профессиональные коммуникации

Внутриорганизационные коммуникации включают иерархию рабочих взаимоотношений, информационные потоки, отношения между сотрудниками, руководителями и подчиненными. Основной их функцией является «создание среди сотрудников обстановки поддержки цели и политики, проводимой руководством организации» [187,193,301].

Внутриорганизационные коммуникации принято классифицировать по нескольким признакам: по подразделениям - горизонтальные (на одном уровне), вертикальные (на разных уровнях), диагональные (между руководителями и работниками различных подразделений); по уровням - нисходящие (от руководства к подчиненным), восходящие (к руководителям от подчиненных); по форме общения - вербальные (с помощью устной речи), невербальные (мимика, жесты, взгляд, манеры); по субъекту общения - межличностные (между двумя и более людьми в непосредственной близости), организационные (две и более группы, обладающие собственным интересом и собственными целями); по используемым каналам общения - формальные (возникают в процессе взаимосвязи различных уровней и отделов), неформальные (источники слухов) [187].

Есть данные, свидетельствующие о том, что качество профессиональных коммуникаций представляет одну из проблемных областей управления медицинской организацией [234].

Внутриорганизационная карьера

В работе Манеровой О.А. (2011) внутриорганизационная карьера определена, как движение сотрудника внутри организации, включающее как должностной рост (вертикальная карьера), так и профессиональное развитие (горизонтальная карьера) [147].

Развитие карьеры является одним из факторов, определяющих качество трудовой жизни и мотивации [19,79,303,471].

Организация карьерного роста включает в себя прогнозирование развития карьеры, планирование развития карьеры, управление развитием карьеры, ресурсное обеспечение развития карьеры и экспертизу результатов развития карьеры. При прогнозировании и планировании развития карьеры конкретного сотрудника необходимо учитывать его ценности, мотивы и стимулы. Карьерные приоритеты у сотрудников разных возрастных групп, опыта работы и квалификации, как правило, имеют существенные различия [42,167,255].

Мотивация карьерного роста базируется на принципах перманентности, всеохватности, мониторинга, поощрения, «коридорного» характера карьерного программирования и критериальной обеспеченности карьерных рекомендаций [148].

На сегодняшний день планированию и развитию карьеры в здравоохранении уделяется значительное внимание. Этим вопросам посвящены исследования Решетникова В.А., Коршевер Н.Г., Доровской А.И. (2015, 2016) и других авторов. Для оценки индивидуальной успешности карьеры медицинского персонала разработан многокритериальный способ оценки, который позволяет мониторировать этот процесс и проводить его коррекцию. Определены приоритеты реализации карьеры, индивидуальные, препятствующие и способствующие факторы. Так, приоритетами реализации карьеры являются, прежде всего, возможность заниматься видом деятельности/иметь должность, которая соответствует самооценке, доставляет моральное удовольствие, позволяет получать высокую заработную плату и другие материальные блага, работать по профессии, достичь определенной степени независимости. Среди основных способствующих факторов были выделены высокий уровень интеллекта, компетентность, стремление к самосовершенствованию, инициативность. К ключевым препятствующим факторам относятся этические принципы, семейные обстоятельства, психологические качества, приоритет

профессионального развития над карьерным ростом, отсутствие соответствующих «связей» [72,222-224,255].

В целом нужно отметить существование разных теорий, а также большого количества факторов и технологий мотивации, которые можно использовать. Вопрос выбора оптимального подхода индивидуален. Вместе с тем, общим универсальным принципом, позволяющим сохранять эффективность используемой системы мотивации в медицинской организации, должен быть регулярный ее анализ с учетом меняющихся внешних и внутренних условий, а также ситуации у конкурентов [351].

1.2.4. Формирование и поддержание организационной культуры

В литературе используется два термина – организационная культура (ОК) и корпоративная культура, которые, как правило, трактуются, как синонимы. Понятие ОК для системы здравоохранения является относительно новым, в то время как в других отраслях оно существует уже достаточно давно. Обобщая представленные различными авторами определения, под ОК следует понимать совокупность устойчивых ценностных ориентаций, норм, мнений, символов, социально-психологического климата и поведенческих моделей, характерную для конкретной организации, разделяемую большинством сотрудников и определяющую ее индивидуальный облик [5,23,80,81,239,241,249,260,275].

За рубежом ОК является предметом научных изысканий с 80-х годов XX века, когда начало формироваться ее восприятие как фактора эффективности бизнеса [341,346]. Предложено несколько моделей ОК и подходов к ее изучению. Шейн ЕН (2004) Рассматривает ОК как объект исследования по трем уровням - артефакты, провозглашаемые ценности и базовые представления [482]. К. Камерон и Р. Куинн (2001) предлагают для изучения ОК рамочную конструкцию конкурирующих ценностей, которая предполагает наличие четырех типов ОК - иерархического, рыночного, кланового и адхократического [98]. В. Сате (1985) описывает двухуровневое изучение ОК - поверхностное и подповерхностное [475]. Модель Р. Квина и

Дж. Рорбаха рассматривает ОК в рамках трех направлений - «интеграция/дифференциация», «внутренний фокус/внешний фокус», «средства/инструменты - результаты/показатели» [124]. Д. Дэнисон (1996) описывает влияние на эффективность организации четырех факторов ОК - вовлеченности, согласованности, адаптивности и миссии [342]. Ч. Хэнди (1993) выделяет ОК, основанные на власти, на роли, на заданиях и личности [372]. Среди работ отечественных исследователей, посвященных ОК, следует выделить труды Спивака В.А. (2001), Соломанидиной Т.О. (2007), Базарова Т.Ю. (2008) и др. [16,242,245].

В последнее время особый интерес для исследований представляет ОК медицинских организаций. В зарубежных работах рассматриваются вопросы, касающиеся социальных аспектов здоровья, взаимоотношений врача и пациента, КМП, особенностей применения персонал-технологий [339,411,422]. Проведены научные исследования и в России. Они посвящены изучению кадрового потенциала организаций здравоохранения, управлению медицинским персоналом, взаимоотношениям врача и пациента [23,78,82,220].

По данным проведенных в России и за рубежом исследований, при грамотном управлении, ОК может быть важным механизмом повышения КМП, внедрения инноваций, формирования удовлетворенности пациентов и медицинского персонала, а также предотвращения межличностных и межгрупповых конфликтов [80,129,325,336,338,348,378,380,423,428,435,464, 484].

Основными компонентами ОК являются: представления о месте организации в окружающей действительности; внутриорганизационные ценности; внутриорганизационные социальные роли; внутриорганизационные социальные нормы; внутриорганизационная социально-психологическая атмосфера. Структура ОК включает общие положения и конкретизируется в зависимости от уровня развития организации: доминирующие коллективные ценности организации,

обеспечивающие достижение ее основных целей; культуру условий труда; культуру средств труда и трудового процесса; культуру межличностных отношений; культуру управления; культуру работника [27,137,249].

ОК организации может быть охарактеризована в зависимости от степени влияния на поведение персонала как сильная или слабая; в зависимости от удовлетворенности работой и уровня взаимного сотрудничества персонала – как оптимальная и неадекватная. ОК может быть деструктивной, если она построена только на приоритете административных и экономических методов управления, когда в недостаточной степени учитываются социально-психологический климат и не используется в должной мере профессиональный и личностный потенциал работников [239,243,249].

К ключевым функциям ОК относятся следующие: формирование общеорганизационных ценностей и стандартов поведения, смыслообразующая, нормативно-регулирующая, координационная, мотивационная, имиджобразующая, когнитивная, коммуникационная, рекреативная, интегративная, привлечение новых ценных кадров, профилирование, командообразующая, стабилизирующая, охранная, ориентационная, социализационная, клиентоориентирующая [135,143,249].

На формирование ОК оказывают влияние внешние и внутренние факторы. К внешним факторам относят государственные, регионально-территориальные, национальные и исторические особенности; нормативно-правовое регулирование; социально-политическую и экономическую ситуацию в стране. Внутренними факторами являются форма собственности, финансирование, специализация, система управления организацией; история организации; размер организации; уровень образования работников; имеющиеся ресурсы и технологии; контингент обслуживания; сложившиеся ценностные нормы и традиции [63,81,373].

Основными механизмами формирования ОК являются: определение состава ценностей, создание образа руководителя, мотивация коллектива,

создание очагов новой культуры, формирование приверженности организации, разработка кодекса, подбор сотрудников, соответствующих основным ценностям, поощрение выполнения требований. Инструментом реализации ОК является этический кодекс организации [164,239,405].

Роль потенциала ОК в управлении конкурентоспособностью организации отмечается многими авторами [5,15,23,62,77,80,81,92,98,241, 257].

Перваковой Е.Е. (2012) выделены факторы и механизмы, через которые ОК способна влиять на эффективность организации. К факторам относятся внимание руководства к профессионализму сотрудников, координация и согласованность действий сотрудников, эффективность стиля руководства, атмосфера в коллективе, мотивация сотрудников, осознание миссии организации, наличие социального пакета, существование корпоративных традиций и досуга. Механизмами являются вовлеченность в процесс труда и инновационная деятельность, приверженность организации, формирование этики общения с пациентами и партнерами [185,186].

Для повышения конкурентоспособности медицинской организации процесс формирования ОК должен быть не спонтанным, а управляемым. В первую очередь, необходима ее оценка для понимания преимуществ и недостатков в контексте решения стоящих задач. Подход к формированию предпочтительной ОК должен быть основан на принципе непрерывности изменений с привлечением всех работников организации. Он должен включать выработку миссии организации, определение стратегии, основных приоритетов, принципов, подходов, норм и желательных образцов поведения, разработку мероприятий, направленных на формирование и закрепление предпочтительной ОК, целенаправленное изменение существующей ОК, оценку результатов [15,260,276,392,493].

1.2.5. Другие неценовые элементы конкурентоспособности

Персонал-технологии

Приоритетная ориентация современного здравоохранения на предоставление качественных медицинских услуг подчеркивает необходимость внедрения современных персонал-технологий в систему управления медицинских организаций [221]. Среди основных направлений работы по управлению персоналом медицинской организации, кроме уже перечисленных, следует выделить отбор медицинского персонала и эффективное использование профессионально-квалификационного потенциала.

Для определения соответствия кандидата вакантной должности описан целый ряд апробированных методик, среди которых CASE-интервью, ситуационное интервью и др. Важной задачей отбора медицинского персонала является формирование кадрового ядра – команды сотрудников с высокой мотивацией, инновационной активностью, стремлением к повышению конкурентоспособности, лояльностью организации и разделяющих ее ценности. Вызывая эффект «волны», они способны повысить вовлеченность и мотивацию других сотрудников [12,93].

КМП напрямую зависит от профессионально-квалификационного потенциала медицинского персонала, представляющего меру реализации его ресурсов и возможностей в конкретных условиях труда и включающего психофизиологические, нормативно-ролевые, статусные, ценностно-ориентационные и адаптационные компоненты [75,81,103].

Отмечается возможность целевой подготовки медицинского персонала с заданным профессионально-квалификационным потенциалом в рамках партнерских отношений образовательных и медицинских организаций [73,156].

Имидж медицинской организации

В литературе можно встретить несколько определений термина имидж организации, имеющих близкую смысловую направленность.

Согласно одному из них, это - образ, включающий представление о миссии, основных целях деятельности, принципах и ценностях организации, складывающийся у различных групп общественности под влиянием различных факторов [125]. Согласно другому, это - относительно устойчивая и воспроизводящаяся в массовом и/или индивидуальном сознании совокупность эмоциональных, рациональных представлений, убеждений и ощущений людей, которые складываются на основе всей информации, полученной из различных источников, а также собственного опыта и впечатлений [128].

По мнению Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э. (2015), имидж организации - это образ искусственный или формируемый в общественном или индивидуальном сознании средствами массовой информации и эмоционально-психологического воздействия, который создается манерой общения, поведением, пиаром, пропагандой, рекламой и ориентирован на целевую аудиторию [37].

Имидж медицинской организации формируют как медицинские, так и немедицинские факторы. К первым относят качество, цену, доступность медицинских услуг, медицинский персонал, санитарно-гигиенические условия; ко вторым – немедицинский персонал, сервис, интерьер, внешнюю атрибутику, ОК, историю и рекламу. Но в наибольшей степени он зависит от восприятия потребителей [68,90,130,146,226,329].

Оценка имиджа медицинской организации может осуществляться на основании анализа восприятия потребителями медицинских услуг (внешний имидж) и производителями медицинских услуг (внутренний имидж) [106].

Для создания и поддержания благоприятного имиджа необходима целенаправленная деятельность – маркетинг имиджа. Специфичность формируемого имиджа определяется имидживой политикой. Большое значение при формировании имиджа медицинской организации придается развитию кадров и созданию имиджа медицинского персонала, особенно, ведущих специалистов [128,225].

Значению имиджа для конкурентоспособности медицинской организации посвящены работы целого ряда авторов. Его роль представляется в способности сделать организацию уникальной при сопоставимости лечебно-диагностических возможностей. Есть данные о том, что благоприятный имидж оказывает положительное влияние на КМП; производительность труда, мотивацию и приверженность организации медицинского персонала; удовлетворенность пациентов [37,106,125,140,146,213,329,398,441].

Государственно-частное партнерство

На сегодняшний день государственно-частное партнерство (ГЧП) является одним из приоритетных направлений стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период, а также представляет одно из актуальных направлений научных исследований. При этом развитие ГЧП в здравоохранении представляет не только Российскую, но и общемировую тенденцию [69,150].

До недавнего времени общепринятого определения ГЧП не было. В одних источниках оно определялось как долгосрочное взаимодействие государства и частного сектора с целью привлечения дополнительных источников финансирования [231]. Более развернутое определение свидетельствовало о том, что ГЧП - это институциональный и организационный альянс между государством и бизнесом в целях реализации общественно значимых проектов и программ в широком спектре отраслей – от промышленности и научно-исследовательской работы (НИР) до сферы услуг [163].

В настоящее время официальным определением ГЧП является представленное в Федеральном законе от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (с изм. от 03.07.2016). Согласно этому документу, ГЧП - это «юридически оформленное на определенный срок и

основанное на объединении ресурсов и распределении рисков сотрудничество публичного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о государственно-частном партнерстве, ..., заключенном... в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества» [269].

В соответствие с действующим законодательством, ГЧП предполагает возможность заключения соглашения о государственно-частном партнерстве между частной медицинской организацией и публичным партнером в лице Правительства РФ, субъекта РФ или муниципального образования. Объектом соглашения может быть тот или иной объект здравоохранения. При этом предполагается долгосрочный характер партнерства (более 3 лет); привлечение частного партнера к строительству/реконструкции объекта здравоохранения; его эксплуатации и/или техническому обслуживанию; полное или частичное финансирование частным партнером.

Во многих отечественных и зарубежных публикациях отмечается, что ГЧП позволяет объединить лучшие характеристики государственного и частного секторов здравоохранения [35,107,117,250,297,333,352,363,417,426, 436].

Организация ГЧП может способствовать повышению конкурентоспособности негосударственной медицинской организации за счет дополнительных возможностей для увеличения выручки при участии в реализации государственных программ и оказании медицинской помощи в системе ОМС [69,117,150].

При этом не менее перспективной является другая форма сотрудничества негосударственной медицинской организации и партнера, представляющего государственный сектор, не регламентированная настоящим законом. Партнерство, в основе которого лежит не совместное

использование материальных ресурсов, а решение стратегических задач в области развития нематериального капитала.

Таким образом, анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что в настоящее время вопросы конкуренции представляют чрезвычайную актуальность для различных отраслей, и система здравоохранения не является исключением. Особенности конкуренции в здравоохранении, как научного направления, являются отсутствие единых методологических подходов, недостаточная доказательная база и несистематизированная система знаний. Имеющиеся данные дают общие представления о подходах и методах повышения конкурентоспособности медицинских организаций, не всегда учитывая их специфику и часто являясь экстраполяцией опыта из других отраслей. Недостаточно внимания уделено вопросам неценовой конкуренции. Не определены специфические механизмы повышения конкурентоспособности медицинских организаций различных форм собственности, учитывающие их организационную структуру, особенности сектора здравоохранения, сегмент рынка медицинских услуг и конкурентного окружения. Вместе с тем, конкурентоспособность – это не столько способ выживания в конкурентной борьбе, сколько критерий соответствия деятельности организации и направлений ее развития требованиям мировых и отечественных рынков, предъявляемым к данному типу организации. Все вышеуказанное определяет актуальность проведения настоящего исследования.

Глава 2. Организация, материалы, методы и характеристика базы исследования

2.1. Организация, материалы и методы исследования

Исследование выполнялось 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.).

Методологическая и теоретическая основа диссертации

Методологическую и теоретическую основу диссертации составляют системный подход; анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов; изучение:

- теоретических основ неценовой конкуренции в здравоохранении;
- стратегии развития здравоохранения города Москвы;
- методики планирования развития медицинской организации;
- подходов к управлению КМП;
- методики проведения экспертизы КМП;
- технологий управления человеческими ресурсами в здравоохранении;
- принципов, форм и методов НПР медицинского персонала;
- методов управления мотивацией;
- методики проведения социологического исследования;

- принципов управления организационной культурой (ОК).

Диссертационная работа построена с учетом последовательного решения следующих проблем в области повышения конкурентоспособности частной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

- оценка состояния и тенденций развития амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг, сравнительный анализ конкурентоспособности государственных и частных медицинских организаций;
- обоснование направлений развития и повышения конкурентоспособности частной медицинской организации, на основании выявления ее слабых и сильных сторон, внешних возможностей и угроз;
- оценка текущего состояний конкурентоспособности частной медицинской организации по выделенным направлениям, выявление недостатков действующих организационных и управленческих механизмов;
- обоснование и разработка механизмов реализации для каждого из выделенных направлений развития и повышения конкурентоспособности, с учетом выявленных недостатков;
- разработка комплексной модели повышения конкурентоспособности медицинской организации, основанной на системном применении механизмов реализации направлений развития и повышения конкурентоспособности;
- внедрение базовые элементов модели повышения конкурентоспособности в работу частной медицинской организации и оценка их эффективности.

Объектами исследования являются состояние неценовой конкуренции на амбулаторном сегменте рынка медицинских услуг города

Москвы; система управления конкурентоспособностью Сети частных медицинских организаций (далее - Сети).

Предмет исследования составляют механизмы управления КМП, мотивацией медицинского персонала и ОК; обучающие технологии.

Единицы наблюдения – отечественная и зарубежная литература; нормативно-правовые акты по теме исследования; государственные и частные медицинские организации города Москвы, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачи государственных и частных медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях; административный и медицинский персонал, пациенты Сети; законченные случаи оказания медицинской помощи в Сети.

Информационная база исследования представлена отечественными и зарубежными литературными источниками; нормативно-правовыми документами СССР, РСФСР, РФ; официальными статистическими отчетами Росстата и Мосгорстата; аналитическими отчетами BuisinesStat, электронными ресурсами, включающими официальные сайты департамента здравоохранения города Москвы, медицинских организаций, Росстата, Мосгорстата; анкетами по изучению мнения административного и медицинского персонала; картами экспертной оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи; модифицированной анкетой OCAI; аналитическими базами Сети и системы дистанционного обучения (СДО).

Методы исследования. В исследовании использовался широкий комплекс научных методов и подходов, способов сбора и обработки информации. Методологическая база исследования представлена: методом экспертных оценок, социологических исследований, SWOT-анализом, методикой OCAI, методом организационного эксперимента, монографическим методом, аналитическим методом, статистическим методом и построена на принципах бенчмаркингового подхода.

Метод экспертных оценок

Для оценки КМП, оказываемой в Сети, был использован метод экспертных оценок. Экспертизе подверглись законченные случаи оказания медицинской помощи врачами общей практики (ВОП) и терапевтами. Выбор этих специалистов был обусловлен двумя основными факторами. С одной стороны, это – врачи первого контакта практически для всех пациентов; с другой, именно они определяют маршрут движения пациента, объем и характер лечебно-диагностических мероприятий, консультаций специалистов.

Для экспертизы была использована разработанная карта экспертной оценки качества медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (Приложение 1). Карта позволила оценить качество диагностического и лечебного процессов, эффективность лечения, а также качество заполнения электронной медицинской карты (ЭМК). При оценке качества диагностического и лечебного процессов за основу были взяты действующие клинические рекомендации. Оценка качества диагностического процесса проводилась по следующим показателям: обоснованность диагноза, адекватность лабораторного и инструментального обследования, консультативной помощи. Каждый показатель имел три уровня оценки – высокий, средний и низкий. Применительно к обоснованности диагноза, высокий уровень присваивался в случае, когда диагноз был полностью обоснован, то есть, подтверждался имеющимися физикальными, лабораторными и инструментальными данными. В случае противоречивости данных обследования или их недостаточности для обоснования выставленного диагноза оценка была средней. Когда имеющиеся данные не соответствовали диагнозу, давалась низкая оценка.

При оценке таких показателей, как адекватность лабораторного и инструментального обследования, консультативной помощи, высокая оценка присваивалась при полном соответствии характера и объема обследования

диагнозу, средняя – при неполном соответствии, низкая – при несоответствии в значительной части или полном несоответствии.

Для оценки качества лечебного процесса использовались такие показатели, как продолжительность лечения, кратность посещений, своевременность лечения, адекватность лечения, обоснованность направления в дневной стационар (ДС). Высокая оценка продолжительности лечения и кратности посещений означала их достаточность, средняя – недостаточность, низкая – избыточность. Если лечение было назначено своевременно, было адекватным, а направление в дневной стационар (ДС) обоснованным, соответствующие показатели получали высокую оценку; при несвоевременном, неадекватном лечении, необоснованном направлении в ДС - низкую.

Для оценки эффективности лечения использовался показатель медицинская результативность и та же трехуровневая система оценок. Высокая медицинская результативность означала выздоровление, улучшение или ремиссию на фоне лечения; средняя - отсутствие динамики; низкая – ухудшение или госпитализацию (за исключением случаев госпитализации по поводу острых и обострения хронических заболеваний). Низкая оценка присваивалась, в случае проведения неадекватных и/или несвоевременных лечебно-диагностических мероприятий. При восстановлении или сохранении трудоспособности пациента медицинской результативности давалась высокая оценка, при ее ограничении – низкая.

При экспертизе качества заполнения ЭМК высокая оценка соответствовала полному ее заполнению; средняя - присваивалась в случаях, когда записи были недостаточно полными и/или неинформативными; при отсутствии целых разделов оценка была низкой.

Кроме перечисленных выше параметров КМП, карта экспертной оценки позволяла оценивать приверженность пациентов лечению на основании выполнения врачебных назначений, как высокую (полное выполнение всех назначений); среднюю (выполнение большинства

назначений); низкую (невыполнение большинства назначений, всех назначений или неявка на повторный прием).

В качестве источников информации были выбраны ЭМК. Сбор первичной информации проводился выборочным методом (четыре среза в течение одной недели в каждый сезон одного года), разработанным в Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья имени Н.А. Семашко. Объем выборочной совокупности составил 1070 единиц наблюдений.

В качестве экспертов выступали 5 преподавателей кафедры общей врачебной практики Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. При отборе использовались требования к экспертам КМП, регламентированные Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: наличие сертификата по специальности «Терапия» и/или «Общая врачебная практика», стаж работы по специальности не менее 10 лет. Этим критериям соответствовали 2 профессора (стаж - 27 и 36 лет), 2 доцента (стаж - 31 год) и 1 ассистент (стаж - 16 лет). Расчет числа экспертов, необходимого для проведения экспертизы КМП не регламентирован. Но, с учетом размера выборочной совокупности, средняя нагрузка на эксперта не превышала рекомендуемый Росздравнадзором объем экспертиз для заместителя руководителя медицинской организации (не менее 10% законченных случаев оказания медицинской помощи в месяц) [200].

После заполнения всех карт экспертной оценки результаты подверглись статистической обработке. Для каждого показателя были рассчитаны частоты различных категорий оценок. Для определения влияния показателей КМП на медицинскую результативность и приверженность пациентов лечению, а также стажа работы врача в Сети и категории обслуживания пациента на КМП были рассчитаны Хи-квадрат и коэффициент Чупрова-Крамера. Величина последнего была использована для ранжирования показателей по силе влияния.

Социологический метод

Для оценки удовлетворенности медицинских работников различными функциями управления персоналом был использован социологический метод. С этой целью были разработаны специальные анкеты по изучению мнения медицинского персонала. За основу были взяты апробированные в научных исследованиях анкеты (Магура М.И., Курбатов М.Б. (2001) и Замфир К. 1983) [87,141] (Приложение 2).

Анкета включала несколько блоков вопросов, посвященных характеру и специфике труда, условиям работы, социальному окружению, системе управления, системе стимулирования, возможностям обучения и развития, характеристике организационной культуры, коммуникационной системе. Кроме того, анкета содержала ряд вопросов, оценивающих готовность сотрудника сменить место работы, как проявление высшей степени неудовлетворенности, а также некоторые данные о респонденте.

Каждая функция управления медицинским персоналом включала несколько параметров, которые оценивались медицинскими работниками по пятибалльной шкале: пять баллов – очень высокая оценка, четыре балла – высокая, три балла – средняя, два балла – низкая, один балл – очень низкая. Приемлемому уровню удовлетворенности соответствовали очень высокая и высокая оценки. Положительным результатом считалась частота очень высоких и высоких оценок $\geq 70,0\%$.

Исследование проводилось выборочным методом. Для расчета необходимой численности выборки была использована формула Осипова Г.В. (1983) [178]:

$$n = \frac{N}{N \times \frac{\Delta^2}{t^2} + 1}$$

где N - численность генеральной совокупности;

n – численность выборочной совокупности;

Δ - показатель точности, равный 0,1;

t - доверительный коэффициент, равный 2, при достоверности выводов с вероятностью 95,5%.

Таким образом, был получен минимальный размер выборки:

$$n = \frac{396}{396 \times \frac{0,1^2}{2^2} + 1} = 199$$

Основной удельный вес среди респондентов составил врачебный персонал - 83,4%, преобладающий в штате Сети. Отсутствие отдельного анализа результатов анкетирования врачебного и сестринского персонала было обусловлено целью опроса (оценка удовлетворённости основными функциями управления персоналом, не зависимо от занимаемой должности), а также малой численностью медицинских сестер, принявших участие в исследовании.

Статистический анализ результатов анкетирования позволил рассчитать частоты различных категорий оценок, а также средний балл для каждого параметра. На основании значений среднего балла параметрам были присвоены ранги.

Для выявления параметров, являющихся факторами риска увольнения медицинского персонала, были рассчитаны Хи-квадрат и коэффициент Чупрова-Крамера. Величина последнего использовалась для ранжирования факторов риска по силе влияния. Всего была заполнена и проанализирована 241 анкета, что позволило считать выборку репрезентативной.

С целью оценки значимости различных функций управления КМП и персоналом для администрации Сети было проведено анкетирование руководителей (см. раздел «SWOT-анализ»). О высокой значимости свидетельствовал средний балл $\geq 7,0$.

SWOT-анализ

Для оценки слабых и сильных сторон Сети, а также внешних возможностей и угроз с целью разработки направлений развития и повышения конкурентоспособности был применен SWOT-анализ, который проводился в три этапа.

На 1-ом этапе были выявлены слабые и сильные стороны Сети, а также внешние возможности и угрозы с помощью квалитетического метода. Для этого были разработаны специальные анкеты (Приложение 3), включающие четыре блока - сильные стороны, слабые стороны, внешние возможности и угрозы с перечнем соответствующих параметров. Анкета предполагала возможность дополнения имеющегося перечня собственными параметрами. Респонденты должны были присвоить каждому из параметров оценочный балл от 1 до 10, в зависимости от его значимости (наибольшая значимость – 10 баллов). Выставленные оценки позволили рассчитать сумму баллов для каждого из параметров. Внутри каждого блока параметры были проранжированы на основании суммы баллов (максимальная сумма баллов – 1-ый ранг и т.д.).

В качестве экспертов были выбраны руководители Сети. Анкетирование проводилось сплошным методом – в опрос были включены все (на момент проведения исследования) руководители медицинских организаций Сети – 28 респондентов. Анализ мнений различных категорий сотрудников администрации проводился совместно. Это было связано с небольшим общим размером выборки, особенностями организационной структуры базы исследования и оцениваемых параметров. Все респонденты являлись сотрудниками одного подразделения - медицинского департамента, находились в едином информационном пространстве и осуществляли на своем уровне реализацию единой концепции управления. Предложенные для оценки параметры были подобраны таким образом, чтобы результаты их оценки определялись не широтой управленческого кругозора и уровнем занимаемой должности конкретного сотрудника, а общими организационными ценностями Сети.

На 2-ом этапе был проведен вероятностный анализ. Внешние возможности и угрозы Сети были внесены в специальную матрицу, оценивающую вероятность их использования, как высокую, среднюю или низкую; а также силу влияния на Сеть, как сильную, умеренную или слабую

(табл. 1). Вероятность использования/реализации оценивалась, на основании результатов экспертной оценки руководителей Сети (высокая – 1-5 ранги, средняя – 6-10 ранги, низкая – 11-14 ранги). Сила влияния оценивалась на основании собственной оценки состояния конкурентного окружения Сети и тенденций развития амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы. В качестве основных внешних возможностей и угроз были выбраны параметры, оказывающие сильное влияние на Сеть с высокой вероятностью реализации.

Таблица 1.

Матрица вероятностного анализа

Вероятность реализации внешних возможностей/угроз	Влияние внешних возможностей/угроз на Сеть		
	Сильное	Умеренное	Слабое
Высокая			
Средняя			
Низкая			

На 3-ем этапе ключевые сильные и слабые стороны Сети (ранги 1-5), а также внешние возможности и угрозы были внесены в матрицу и послужили основанием для разработки рекомендаций по укреплению преимуществ; устранению недостатков; рекомендаций, позволяющих избежать внешних угроз путем использования потенциала сильных сторон; а также рекомендаций, обязательных для одновременной нейтрализации внутренних слабых сторон и внешних угроз (табл. 2).

Таблица 2.

Матрица SWOT-анализа

	<i>Сильные стороны</i>	<i>Слабые стороны</i>
Внешние возможности	Рекомендации для реализации сильных сторон при условии использования благоприятных внешних возможностей (укрепление преимуществ)	Рекомендации для нейтрализации слабых сторон при условии использования благоприятных внешних возможностей (устранение недостатков)
Внешние угрозы	Рекомендации, позволяющие избежать внешних угроз путем использования потенциала сильных сторон (отражение негативной ситуации)	Рекомендации, обязательные для одновременной нейтрализации внутренних слабых сторон и внешних угроз (поиск путей выхода из кризиса)

Диагностика организационной культуры по методике OCAI

Инструмент OCAI предназначен для оценки шести ключевых измерений ОК – важнейшие характеристики, общий стиль лидерства в организации, управление наемными работниками, связующая сущность организации, стратегические цели, критерии успеха. Каждое из шести измерений может иметь четыре альтернативных характеристики (А, В, С, D), каждая из которых соответствует определенному типу ОК [10]. Была разработана модифицированная анкета OCAI (Приложение 4). При оценке каждого измерения баллы распределялись между характеристиками по 100-бальной шкале (чем больше вес, тем выше балл). Оценка давалась текущему состоянию ОК (колонка «Существующая ОК») и предпочтительной ОК (колонка «Предпочтительная ОК»). Затем была вычислена средняя оценка по каждой альтернативе А, В, С и D для каждой колонки. Далее существующая и предпочтительная картина ОК были представлены графически.

Организационный эксперимент

Организационный эксперимент был использован при внедрении в работу Сети базовых элементов комплексной модели повышения конкурентоспособности, включающих внутриорганизационную систему НПР медицинского персонала, внутриорганизационный УЦ, СДО, сотрудничество с образовательными организациями.

Монографический метод

Монографический метод (метод непосредственного наблюдения) был использован для изучения состояния неценовой конкуренции на амбулаторном сегменте рынка медицинских услуг города Москвы; организационной и штатной структуры, материально-технического оснащения, лечебно-диагностических возможностей, организации лечебно-диагностического процесса, управления персоналом и ОК. Сети.

Аналитический метод

Аналитический метод был применен для анализа и обобщения литературных данных; результатов наблюдения и собственных

исследований; формирования представления о специфике и состоянии развития конкуренции в современном здравоохранении; оценки организационных и управленческих механизмов Сети; анализа состояния амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы и тенденций его развития, конкурентного окружения Сети; обоснования направлений развития и повышения конкурентоспособности Сети и соответствующих организационных и управленческих механизмов; разработки комплексной модели повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и оценки эффективности базовых ее элементов.

Статистический метод

При обработке результатов исследования были использованы такие методы статистического анализа, как расчет относительных и средних величин, графоаналитический метод, выявление и оценка влияющих факторов, квалитетический метод. Были рассчитаны такие виды относительных величин, как экстенсивные показатели, интенсивные показатели, показатели соотношения. Были рассчитаны средние величины (M) – простые средние арифметические, среднеквадратические отклонения (σ); для интенсивных показателей и средних величин были рассчитаны ошибки репрезентативности (m). Сравнение относительных величин проводилось с помощью фи-критерия. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$. Для определения связи факторных признаков с результативными был использован Хи-квадрат, а для оценки силы связи – коэффициент Чупрова-Крамера (V).

Бенчмаркинг

Бенчмаркинг был реализован при оценке и сопоставлении управленческих подходов и организационных решений, используемых в Сети с основными конкурентами, а также литературными примерами, включающими как медицинские, так и немедицинские организации.

В обобщенном виде программа исследования представлена в табл. 3.

Таблица 3.

Программа 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 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 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 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 3

5. Провести анализ организации обучения врачей в Сети частных медицинских организаций; разработать внутриорганизационную систему непрерывного профессионального развития персонала.	Социологический Статистический Монографический Бенчмаркинг подход Аналитический	Руководители Сети – 28; медицинский персонал Сети – 288.	Анкеты по изучению мнения административного персонала; анкеты по изучению мнения медицинского персонала; аналитическая база системы дистанционного обучения.
6. Оценить действующую в Сети частных медицинских организаций систему стимулирования медицинского персонала и разработать предложения по ее совершенствованию.	Социологический Статистический Монографический Бенчмаркинг подход Аналитический	Руководители Сети – 28; медицинский персонал – 241.	Анкеты по изучению мнения административного персонала; анкеты по изучению мнения медицинского персонала.
7. Определить тип и основные ценности сложившейся и предпочтительной для Сети частных медицинских организаций организационной культуры; сформулировать предложения по ее формированию и поддержанию.	Социологический Статистический Монографический Методика OCAI Бенчмаркинг подход Аналитический	Руководители Сети – 28; медицинский персонал Сети – 241.	Анкеты по изучению мнения административного персонала; анкеты по изучению мнения медицинского персонала; модифицированная анкета OCAI.
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.	Организационного эксперимента Статистический Монографический Аналитический	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.	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.

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

В 2009 г. на базе Сети был развернут внутриорганизационный учебный центр (УЦ), во внутреннюю информационную систему Сети была интегрирована система дистанционного обучения (СДО) и проведена внутренняя аттестация ВОП (врачей общей практики) и терапевтов.

В 2010-2012 гг. были проведены экспертиза КМП, анкетирование административного и медицинского персонала; с помощью SWOT-анализа сформулированы направления развития и повышения конкурентоспособности Сети и механизмы их реализации; на основании системного объединения предложенных механизмов разработана комплексная модель повышения конкурентоспособности и начато внедрение ее базовых элементов в работу Сети.

В 2010-2012 гг. были апробированы внутриорганизационная трехуровневая система НПП медицинского персонала и стратегический альянс с образовательной организацией; проведена оценка их влияния на уровень компетенции врачей.

В 2010-2017 гг. проводилась динамическая оценка влияния базовых элементов модели на объемные показатели конкурентоспособности Сети.

В 2013-2017 гг. проводился сравнительный анализ Сети с конкурентами государственного и негосударственного секторов здравоохранения по неценовым параметрам конкурентоспособности.

На протяжении всего периода исследования проводился анализ научной литературы, нормативно-правовых документов и состояния рынка медицинских услуг города Москвы, оказываемых в амбулаторных условиях.

2.2. Характеристика базы исследования

Выбор Сети в качестве научной базы исследования был продиктован целым рядом обстоятельств. Во-первых, наибольшего развития конкурентные процессы достигли именно в негосударственном секторе здравоохранения; во-вторых, частные и государственные медицинские организации функционируют в едином правовом поле и укомплектованы

персоналом, проходящим подготовку в государственной системе медицинского образования; в-третьих, объединение медицинских организаций в сеть отражает современную тенденцию к интеграции в здравоохранении; в-четвертых, организационная структура медицинских организаций Сети является типовой для амбулаторных условий, и полученные на ее базе данные могут быть экстраполированы и адаптированы к работе других медицинских организаций частного и государственного секторов; в-пятых, руководство частных медицинских организаций, как правило, в большей степени заинтересовано в повышении конкурентоспособности; в-шестых, независимость от государственного финансирования, развитая инфраструктура, современное материально-техническое оснащение являются хорошей базой для внедрения организационных инноваций.

Исследование проводилось на базе Сети частных медицинских организаций г. Москвы, основанной в 2001 г. – АО «Семейный доктор». На момент проведения исследования Сеть включала в себя 11 медицинских организаций, расположенных в Центральном, Восточном, Южном, Западном, Северно-Западном, Северном и Северно-Восточном округах.

Организационная структура Сети частных медицинских организаций

Сеть представляет собой интегрированную структуру, включающую 11 медицинских организаций, каждая из которых на основании договора аренды занимает отдельное здание или размещена в нежилом здании. Одна из медицинских организаций является центральной, в ее помещении, помимо стандартных для других медицинских организаций подразделений, организован центральный офис, где размещаются высшее руководство (генеральный директор и его заместители); руководство и административный персонал медицинского департамента; руководство и персонал департамента по работе с персоналом; а также руководство и персонал департаментов, в сферу ответственности которых входят финансовые, коммерческие,

юридические, хозяйственные вопросы, а также вопросы маркетинга и информационных технологий (рис. 1).

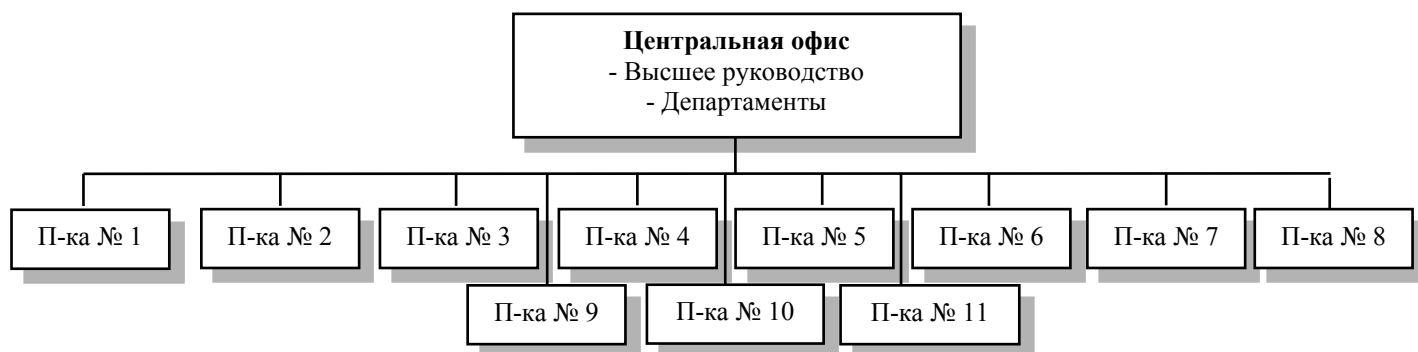


Рисунок 1. Организационная структура Сети

Организационная структура медицинских организаций, входящих в состав Сети, преимущественно однотипная и состоит из основных подразделений и вспомогательных служб (рис. 2).



Рисунок 2. Организационная структура медицинских организаций Сети

Организационная структура отдельных медицинских организаций имеет особенности. Так, на базе двух из них, кроме перечисленных структурных подразделений, развернут круглосуточный травмпункт; в двух других имеется собственная лаборатория. Эти подразделения обслуживают все медицинские организации Сети.

Штатная структура Сети

Штатная структура административного, врачебного и сестринского персонала Сети представлена в табл. 4. Общая численность медицинских работников составляет 423 сотрудника, из которых 6,4% приходится на административный персонал, 80,8% - на врачебный и 12,8% - на сестринский персонал. Терапевты и врачи общей практики (ВОП) входят в штат отделения терапии/общей врачебной практики (ОВП), педиатры – отделения педиатрии, врачи других специальностей – клинико-диагностического отделения (КДО). Сестринский персонал представлен специалистами со средним медицинским образованием определенного профиля, которые работают в соответствующих кабинетах (ассистент стоматолога, рентгенлаборант и др.), а также медицинскими сестрами процедурных кабинетов.

Таблица 4.

Штатная структура административного, врачебного и сестринского персонала Сети

Штатные должности	Физические лица											Итого
	Медицинские организации											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Административный персонал	4	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	27
Врачебный персонал	49	46	30	21	41	35	24	26	25	25	20	342
Сестринский персонал	8	10	6	4	6	5	3	3	3	3	3	54
Итого	63	62	40	29	52	45	30	32	31	31	26	423

Лечебно-диагностическая работа Сети

В Сети оказывается первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) взрослому и детскому населению города Москвы по следующим профилям: ОВП, терапия, педиатрия, кардиология, гастроэнтерология, хирургия, акушерство и гинекология, урология, стоматология, дерматология, неврология, офтальмология, оториноларингология, аллергология и иммунология, логопедия, траматология и ортопедия, мануальная терапия, психотерапия, пульмонология, физиотерапия, фтизиатрия, эндокринология.

Лечебно-диагностические возможности отдельных медицинских организаций определяются их штатом, организационной структурой и материально-техническим оснащением. Все медицинские организации имеют лицензию на оказываемые виды медицинской помощи. Прием в медицинских организациях Сети ведут только сертифицированные специалисты.

Отделения ОВП/терапии

ВОП/терапевты доступны во всех медицинских организациях Сети. Они оказывают ПМСП в самой организации и на дому взрослому населению (16 лет и старше) с патологией терапевтического профиля, оформляют листы нетрудоспособности и медицинские справки (формы 083/4-89, 083/у-89, 026/у, 072/у-04, 086/у, 095/у и др.) и, при необходимости, организуют экстренную госпитализацию в круглосуточный стационар. ВОП, кроме того, оказывают медицинскую помощь пациентам с наиболее распространенными заболеваниями смежных профилей (неврологического, оториноларингологического, офтальмологического и др.), проводят профилактические медицинские осмотры. Кроме того, в обязанности ВОП входит снятие и расшифровка электрокардиограмм (ЭКГ).

Отделения педиатрии

Педиатры ведут прием во всех медицинских организациях Сети, они оказывают медицинскую помощь пациентам детского возраста (0-15 лет) в медицинской организации и на дому, оформляют листы нетрудоспособности и медицинские справки (формы 083/4-89, 026/у, 095/у и др.) и, при необходимости, организуют экстренную госпитализацию в круглосуточный стационар.

Клинико-диагностические отделения (КДО)

Штат КДО разных медицинских организаций Сети имеет особенности. Во всех медицинских организациях представлены специалисты следующих профилей: акушер-гинеколог, аллерголог-иммунолог, гастроэнтеролог, дерматовенеролог, кардиолог, невролог, оториноларинголог, офтальмолог, стоматолог, уролог, хирург, эндокринолог

и врач ультразвуковой диагностики (УЗДГ). В ряде медицинских организаций имеются такие специалисты, как физиотерапевт, мануальный терапевт, медицинская сестра по массажу, рентгенолог, эндоскопист, травматолог, ортопед, логопед, психотерапевт, фтизиатр. Специалисты КДО оказывают профильную ПМСП пациентам взрослого и/или детского возраста только в медицинской организации. При наличии показаний оформляют листы нетрудоспособности и организуют госпитализацию в круглосуточный стационар. Акушеры-гинекологи ведут беременность и оформляют обменные карты.

Лабораторная диагностика

В процедурных кабинетах медицинских организаций Сети медицинские сестры проводят забор биологического материала для лабораторных анализов (кровь, моча, кал и др.), по назначению врача делают подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции. Биологический материал направляется собственным транспортом медицинской организации в лабораторию.

Инструментальная диагностика

Во всех медицинских организациях Сети доступны ультразвуковая и функциональная диагностика; в некоторых из них проводятся рентгенологические исследования, компьютерная томография, эндоскопические исследования.

Дневные стационары

Во всех медицинских организациях Сети развернуты дневные стационары (ДС) терапевтического профиля. Они организованы по децентрализованному типу, занимают отдельный кабинет (палату) в здании медицинской организации, не имеют собственного штата сотрудников. ДС работают в 2 смены, согласно графику работы медицинской организации. Мощность варьирует от 2 до 5 коек.

В ДС проводят лечение преимущественно врачи отделения терапии/ОВП, а также врачи КДО при заболеваниях органов дыхания,

сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной системы, крови, эндокринной и мочеполовой систем. Лечение включает инфузионную терапию лекарственными препаратами. Курс лечения составляет в среднем от 7 до 14 дней. Врачебные назначения выполняются медицинской сестрой процедурного кабинета. Непосредственный контроль над лечебным процессом осуществляет заведующий отделением терапии/ОВП. Из документации в ДС ведется журнал врачебных назначений и карта больного дневного стационара поликлиники (форма №003-2/у) (последняя – в электронном виде). В целях повышения комфорта пациентов во время лечения все палаты ДС оснащены телевизорами и предполагают возможность отдыха после процедур.

Травмпункты

В двух медицинских организациях Сети развернуты травмпункты, предназначенные для оказания врачом-травматологом круглосуточной медицинской помощи пациентам с травмами. Травмпункт включает кабинет врача и манипуляционный кабинет, где осуществляются лечебные манипуляции, включая гипсование. В структуре медицинской организации травмпункт располагается в непосредственной близости от рентгенологического кабинета.

Лаборатории

В двух медицинских организациях организованы лаборатории. В лабораториях проводятся основные виды исследований (клинический и биохимический анализы крови, анализы мочи и кала, иммунологические, серологические, культуральные и др.). Выделен собственный штат (врачи лаборанты, лабораторные техники и лабораторные технологи), которыми руководит заведующий лабораторией. Биологический материал для анализа из других медицинских организаций доставляется их собственным автотранспортом. Наличие лаборатории сокращает время, необходимое для получения результатов анализов. Экономия времени обусловлена

возможностью поступления материала для анализа сразу после забора, а также доступностью результатов в ЭМК по факту готовности.

Организация работы медицинских организаций Сети

Медицинские организации Сети работают без выходных: с понедельника по пятницу – с 8:00 до 21:00; в субботу – с 9:00 до 21:00; в воскресные и праздничные дни – с 9:00 до 18:00. В субботу, воскресенье и праздничные дни прием ведут только дежурные врачи (ВОП/терапевты, педиатры и наиболее востребованные в повседневной практике специалисты). Медицинская помощь оказывается трем категориям пациентов: лицам, обслуживаемым за наличный расчет; имеющим индивидуальный (годовой) контракт с медицинской организацией и «прикрепленным» страховой компанией или организацией-работодателем по программе ДМС, независимо от адреса регистрации и места жительства.

Запись на прием осуществляется администраторами регистратуры-аптеки или по телефону. Кроме того, пациенты могут быть записаны на прием непосредственно врачом или записаться на прием самостоятельно на официальном сайте Сети.

Для всех 11 медицинских организаций Сети характерна высокая степень интеграции в работу информационных технологий, включающих электронную регистратуру, электронные амбулаторные карты (отвечающие требованиям формы № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного»), электронную очередь, автоматизацию процессов хранения, передачи и обработки медицинской информации, наличие сети интранет. Рабочие места всех сотрудников оснащены компьютерами.

Также следует отметить, что все 11 медицинских организаций являются клиническими базами кафедры общей врачебной практики ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Преподаватели кафедры совмещают основную работу с врачебным приемом в медицинских организациях Сети, обучают на

клинических базах ординаторов и слушателей кафедры, а также участвуют в обучении ВОП и терапевтов.

Таким образом, база исследования представляет собой частную медицинскую организацию первичного звена системы здравоохранения. Она имеет сетевую структуру; оказывает многопрофильную медицинскую помощь взрослому и детскому населению; располагает современной технической базой; имеет структуру управления, свойственную крупным медицинским организациям. Негосударственная форма финансирования расширяет возможности для внедрения новых форм и методов работы, создает условия для отработки организационных и управленческих механизмов, перспективных не только для частных, но и для государственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Глава 3. Характеристика амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы и конкурентоспособности медицинских организаций

3.1. Объем рынка медицинских услуг города Москвы

Как видно из табл. 5, с 2013 по 2017 гг. натуральный объем рынка медицинских услуг города Москвы снизился на 5,0%. Произошло это преимущественно за счет секторов ОМС, ДМС и бюджетного сектора, где отмечалось уменьшение медицинских приемов на 14,6%, 6,3% и 6,4% соответственно. При этом в легальном и теневом коммерческих секторах этот показатель вырос на 6,9% и 14,9%.

В структуре оказанных медицинских приемов стабильно преобладал сектор ОМС (более 56,0%). Имел незначительную тенденцию к увеличению удельный вес коммерческих медицинских приемов в легальном и теневом секторах – на 1,5% и 0,9%. Доля медицинских приемов по программам ОМС и ДМС снизилась – на 0,8% и 1,4%. Удельный вес бюджетного сектора характеризовался волнообразной динамикой в пределах 11,6-12,2%.

Таблица 5.

Натуральный объем рынка медицинских услуг города Москвы¹

Сектор рынка медицинских услуг	Оказанные медицинские приемы (млн)									
	2013		2014		2015		2016		2017	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легальный коммерческий сектор	21,7	12,1	23,8	13,3	23,3	13,4	22,3	13,1	23,2	13,6
Теневой коммерческий сектор	7,4	4,1	8,0	4,4	8,3	4,8	8,4	4,9	8,5	5,0
ДМС	25,4	14,2	24,7	13,8	23,2	13,4	22,7	13,3	21,7	12,8
ОМС	102,7	57,4	102,1	56,9	98,4	56,6	96,4	56,8	96,2	56,6
Бюджет	21,8	12,2	20,8	11,6	20,5	11,8	20,3	11,9	20,4	12,0
Итого	179,0	100,0	179,4	100,0	173,7	100,0	170,1	100,0	170,0	100,0

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

На фоне снижения натурального объема, стоимостной объем рынка вырос на 34,5%, что свидетельствует о росте цен на медицинские услуги. Рост произошел преимущественно за счет легального коммерческого сектора, который увеличился на 27,3% и сектора ДМС, увеличившегося на 7,7%. Объем теневого коммерческого сектора имел волнообразную динамику. Объем сектора ОМС уменьшился на 1,7%, бюджетного сектора – на 16,6%.

В структуре стоимостного объема преобладал сектор ОМС, удельный вес которого снизился с 30,4% до 29,9%. Увеличилась доля легального коммерческого сектора и сектора ДМС – на 4,5% и 1,3% соответственно. Удельный вес бюджетного сектора уменьшился на 5,4%. Доля теневого коммерческого сектора находилась в пределах 3,8-4,2% (табл. 6).

Таблица 6.

Стоимостный объем рынка медицинских услуг города Москвы¹

Сектор рынка медицинских услуг	Млрд руб.									
	2013		2014		2015		2016		2017	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легальный коммерческий сектор	66,2	16,5	85,0	18,9	97,8	20,2	102,1	20,0	113,8	21,0
Теневой коммерческий сектор	15,5	3,8	18,6	4,1	20,1	4,2	20,6	4,0	21,2	3,9
ДМС	67,5	16,8	75,3	16,7	82,2	17,0	94,5	18,5	97,8	18,1
ОМС	122,2	30,4	137,0	30,4	144,8	30,0	151,4	29,8	161,6	29,9
Бюджет	130,9	32,5	134,9	29,9	138,3	28,6	141,3	27,7	146,6	27,1
Итого	402,3	100,0	450,7	100,0	483,2	100,0	509,8	100,0	541,0	100,0

¹ Аналитический отчет BuinessStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Из табл. 7 видно, что в 2017 г., в структуре натурального объема рынка медицинских услуг города Москвы преобладали медицинские приемы, оказанные в амбулаторных условиях – 65,3%, что отражает наибольшую востребованность у населения этого вида медицинской помощи. В стоимостном объеме основная доля принадлежала медицинским услугам, оказанным в стационарных условиях (46,2%), что связано с их более высокой стоимостью.

Таблица 7.**Натуральный и стоимостный объемы рынка медицинских услуг города Москвы по условиям предоставления (2017 г.)¹**

Условия предоставления	Натуральный объем (млн. приемов)		Стоимостный объем (млрд руб.)	
	абс.	%	абс.	%
Амбулаторные	111,1	65,3	217,6	40,2
Стационарные	45,8	26,9	249,8	46,2
Дневной стационар	8,0	4,7	38,4	7,1
Скорая и неотложная медицинская помощь	5,2	3,1	35,2	6,5
Итого	170,0	100,0	541,0	100,0

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Анализ средней стоимости медицинских приемов в Москве в 2013-2017 гг. показал, что она выросла во всех секторах рынка медицинских услуг. Наибольший рост был зафиксирован в секторах ДМС – 69,7% и легальном коммерческом секторе – 60,2%; наименьший – в бюджетном секторе (19,6%) и теневом коммерческом секторе (19,1%) (табл. 8).

Таблица 8.**Средняя стоимость медицинского приема в Москве (руб.)¹**

Сектор рынка медицинских услуг	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2013 в %
Легальный коммерческий сектор	3 050,2	3 566,1	4 196,2	4 580,7	4 886,9	160,2
Теневой коммерческий сектор	2 104,7	2 318,0	2 422,3	2 455,5	2 507,5	119,1
ДМС	2 656,8	3 044,3	3 538,7	4 161,2	4 509,3	169,7
ОМС	1 190,0	1 342,4	1 472,2	1 570,4	1 679,9	141,2
Бюджет	6 008,9	6 488,1	6 739,6	6 948,8	7 188,0	119,6

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

3.2. Потребители медицинских услуг города Москвы

Как видно из табл. 9, численность населения во всех административных округах города Москвы в течение 6 лет имела стойкую тенденцию к росту и увеличилась на 2,7-5,4% (в новых административных

округах на 7,3-37,6%). В целом население Москвы с 2012 г. по 2017 г. выросло на 6,6%. Это позволяет прогнозировать дальнейшее увеличение данного показателя и растущую потребность населения в медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Таблица 9.

Динамика численности населения города Москвы по отдельным административным округам^{1,2}

Административный округ	Численность населения						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2012 в %
BAO	1467582	1477611	1489765	1495835	1505801	1507198	102,7
ЗАО	1298324	1316914	1333813	1344044	1362701	1368731	105,4
САО	1119403	1130391	1141913	1151160	1158528	1160576	103,7
СВАО	1373547	1387201	1398481	1402928	1413739	1415283	103,0
СЗАО	949912	959548	973629	979614	988423	990696	104,3
ЦАО	748032	752310	757137	760690	768280	769630	102,9
ЮВАО	1328648	1338695	1352303	1363859	1380668	1385385	104,3
ЮЗАО	1374168	1394725	1407331	1414510	1426227	1427284	103,9
ЮАО	1729743	1739361	1754613	1760813	1774351	1776789	102,7
Зеленоградский округ	223584	226477	229926	232489	237897	239861	107,3
Новомосковский округ	-	157546	165981	183591	200123	216709	137,6
Троицкий округ	-	98750	103365	108063	113388	122522	124,1
Итого	11612943	11979529	12108257	12197596	12330126	12380664	106,6

¹Данные Мосгорстата (http://moscow.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/moscow/ru/statistics/population/)

²Данные Росстата

(http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/afc8ea004d56a39ab251f2bafc3a6fce)

По данным исследований, в частные медицинские организации обращается преимущественно население трудоспособного возраста – 66,7-88,8% [24,38,157]. С 2010 по 2016 г. было зафиксировано некоторое снижение относительного показателя с 64% до 59%, при увеличении его абсолютного значения (табл. 10). Темпы отрицательной динамики незначительны, и можно утверждать, что лица трудоспособного возраста будут и дальше существенно преобладать в структуре населения города.

Таблица 10.**Динамика удельного веса трудоспособного контингента среди всего населения города Москвы¹**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 к 2010 в %
Численность населения трудоспособного возраста (тыс.)	7257	7317	7282	7420	7406	7357	7320	100,9
Удельный вес населения трудоспособного возраста (%)	64	63	63	62	61	60	59	

¹Данные Мосгорстата (http://moscow.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/moscow/ru/statistics/population/)

Анализ заболеваемости населения города Москвы, которая отражает потребность в медицинской помощи, показал, что в целом с 2013 г. по 2017 г. она снизилась на 8,4%. Снижение происходило преимущественно за счет всех классов болезней. Рост был зафиксирован по таким классам, как новообразования (на 19,9%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 6,2%), болезни нервной системы (на 1,7%), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (1,4%). Наибольшая заболеваемость была зарегистрирована для болезней органов дыхания (более 30 тыс. на 100 тыс. населения) и болезней системы кровообращения (более 22 тыс. на 100 тыс. населения) (табл. 11).

Таблица 11.**Заболеваемость населения города Москвы по классам болезней¹**

Классы болезней	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2013 в %
Заболеваемость населения (на 100 тыс.) из них:	144 050,1	140782,0	134465,0	134812,4	131896,6	91,6
беременность, роды и послеродовой период	1 838,8	1 897,1	1 663,2	1 675,0	1 638,7	89,1
болезни глаза и его придаточного аппарата	9 347,7	9 336,2	8 928,4	8 733,1	8 544,0	91,4

Продолжение таблицы 11

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	13 774,5	13 965,8	12 368,8	12 135,2	11 872,4	86,2
болезни мочеполовой системы	10 316,7	10 138,6	9 560,6	9 549,5	9 342,7	90,5
болезни нервной системы	2 511,0	2 489,6	2 507,1	2 609,9	2 553,4	101,7
болезни органов дыхания	37 153,5	35 258,0	33 743,5	35 427,7	34 660,4	93,8
болезни органов пищеварения	9 720,6	9 716,0	8 948,5	8 526,5	8 341,8	85,8
болезни системы кровообращений	26 024,2	25 566,7	24 176,1	23 236,4	22 733,1	87,3
болезни уха и сосцевидного отростка	3 095,0	2 936,3	2 814,3	2 797,2	2 736,6	88,4
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5 771,6	5 909,6	6 176,4	6 263,8	6 128,1	106,2
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	577,1	556,4	568,7	598,5	585,5	101,4
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2 597,6	2 587,5	2 415,1	2 480,1	2 426,4	93,4
новообразования	3 417,6	3 272,5	3 486,2	4 189,7	4 099,0	119,9
психические расстройства и расстройства поведения	3 360,2	3 102,3	2 763,0	2 576,0	2 520,2	75,0
травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	9 283,8	9 001,9	8 678,9	8 625,7	8 438,9	90,9
прочие болезни	5 215,2	5 047,5	5 666,2	5 388,1	5 271,4	101,7

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Из табл. 12 видно, что заболеваемость населения Москвы снижалась во всех возрастных группах. Наиболее выраженная динамика была

зафиксирована среди лиц пенсионного возраста (14,8%), наименее выраженная у детей – 4,5%. Наибольшая заболеваемость была характерна для детей и подростков. Причиной такой статистики может быть не только состояние здоровья населения, но и специфика обращаемости за медицинской помощью отдельных возрастных групп населения.

Таблица 12.

Заболеваемость населения города Москвы по возрастным группам¹

Возрастные группы	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2013 в %
0-14 лет	240 090,6	231 957,2	225 060,9	234 440,3	229 362,8	95,5
15-17 лет	211 380,4	198 559,6	189 737,7	189 752,8	185 643,1	87,8
18-54 лет (женщины) и 18-59 лет (мужчины)	95 342,3	94 356,4	89 024,7	88 222,5	86 311,8	90,5
55 лет и старше (женщины) и 60 лет и старше (мужчины)	207 754,4	198 983,3	186 999,3	180 893,9	176 976,1	85,2

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Возможность оплачивать медицинские услуги во многом определяется уровнем доходов населения. В этом отношении существует риск, так как в связи с ухудшением экономической ситуации в стране, данный показатель в Москве с 2014 г. динамически снижался. Если в 2010 г. денежные доходы населения, в процентах к предыдущему году составляли 103,2%, то в 2016 г. – 92,3% (табл. 13).

Таблица 13.

Динамика денежных доходов населения города Москвы¹

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Денежные доходы населения, в процентах к предыдущему году	103,2	100,1	98,6	106,2	92,8	95,0	92,3

¹ Данные Мосгорстата (http://moscow.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/moscow/ru/statistics/standards_of_life/)

Численность потребителей медицинских услуг оставалась стабильной, составляя значительную долю среди всего населения города – 96,8% (табл. 14).

Таблица 14.

**Численность потребителей медицинских услуг города Москвы
(млн чел)¹**

Параметры	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2013 в %
Численность потребителей медицинских услуг (млн чел)	14,70	14,78	14,75	14,65	14,63	99,5
Доля потребителей медицинских услуг среди всего населения (%)	98,8	99,0	98,2	97,2	96,8	-

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Среди потребителей медицинских услуг наибольший удельный вес принадлежал 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% (табл. 15).

Таблица 15.

**Социально-демографические характеристики потребителей
медицинских услуг города Москвы в 2017 г. (%)¹**

Параметры	Характеристики
Пол	Мужчины – 47,0 Женщины – 53,0
Возраст	0-9 лет – 9,9 10-19 лет – 7,9 20-29 лет – 12,7 30-39 лет – 17,9 40-49 лет – 14,7 50-59 лет – 14,7 60-69 лет – 11,5 70 лет и старше – 10,7
Образование	Без образования – 8,2 Начальное – 2,0 Среднее – 17,7 Среднее специальное – 19,9 Неоконченное высшее – 9,0 Высшее – 42,3 Ученая степень – 0,9

Продолжение таблицы 15

Занятость	Работающие – 56,1 Неработающие – 43,9
Семейное положение	Не женат/не замужем – 45,4 Женат/замужем – 51,6 Разведен (а) – 2,4 Вдовец/вдова – 0,6
Наличие детей	Есть дети – 65,6 Детей нет – 34,4

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Данные табл. 16, свидетельствуют о том, что с 2013 г. по 2017 г. доходы потребителей медицинских услуг города Москвы имели стойкую тенденцию к росту, что отражает способность оплачивать медицинские услуги. Эти цифры, вступающие в противоречие с данными о доходах населения Москвы в целом, свидетельствуют о том, что потребителями медицинских услуг в Москве являются более обеспеченные слои населения.

Таблица 16.**Динамика доходов потребителей медицинских услуг города Москвы¹**

Параметры	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2013 в %
Доходы (тыс. руб.)	54,9	54,6	64,2	70,8	72,4	131,9
% к предыдущему году	113,3	99,5	117,6	110,2	102,3	-

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

На это же указывают данные табл. 17. В структуре потребителей медицинских услуг города Москвы преобладали лица со средним уровнем дохода и выше (60,2%).

Таблица 17.**Структура потребителей медицинских услуг Москвы по материальному положению в 2017 г. (%)¹**

Материальное положение	Доля (%)
Не хватает денег даже на еду	1,3
Хватает на еду, но покупка одежды проблематична	9,5
Денег хватает на еду и одежду, но покупка товаров длительного пользования затруднительна	29,0

Продолжение таблицы 17

Могут позволить себе товары длительного пользования, но покупка новой машины пока невозможна	40,2
Могут позволить себе практически все, кроме покупки квартиры или дачи	15,2
Могут позволить себе все, в том числе покупку квартиры или дачи	3,4
Затрудняются ответить	1,4

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

По данным табл. 18, жители Москвы предпочитали бесплатную медицинскую помощь. При этом имеет тенденция к незначительному увеличению интереса к платным медицинским услугам. Так, с 2013 г. по 2017 г. по программам ОМС медицинскую помощь получили более 80,0% населения, даже несмотря на некоторую отрицательную динамику показателя. На фоне снижения числа потребителей медицинских услуг в бюджетном секторе (на 4,5%) и секторе ДМС (на 1,7%), стабильной ситуации в теневом коммерческом секторе, в легальном коммерческом секторе показатель имел тенденцию к росту (на 0,7%).

Таблица 18.**Потребители медицинских услуг города Москвы в различных секторах рынка¹**

Сектор рынка медицинских услуг		2013	2014	2015	2016	2017
ОМС	Млн чел	12,32	12,46	12,31	12,24	12,23
	% к населению Москвы	82,8	83,4	82,0	81,2	80,9
Бюджет	Млн чел	6,80	6,51	6,32	6,23	6,23
	% к населению Москвы	45,7	43,6	42,1	41,3	41,2
Легальный коммерческий сектор	Млн чел	3,70	3,93	3,89	3,78	3,85
	% к населению Москвы	24,8	26,3	25,9	25,1	25,5
Теневой коммерческий сектор	Млн чел	2,23	2,22	2,26	2,26	2,27
	% к населению Москвы	15,0	14,9	15,0	15,0	15,0
ДМС	Млн чел	3,23	3,19	3,09	3,06	3,03
	% к населению Москвы	21,7	21,4	20,6	20,3	20,0

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Рост интереса к платным медицинским услуга подтверждают объемные показатели (табл. 19). За 6 лет выросли их удельный вес среди всех платных услуг (на 29,4%) и объем реализации в рублях (на 108,8%). Физический объем реализации имел волнообразную динамику и характеризовался снижением в 2015 и 2016 гг. по отношению к предыдущим годам. Это позволяет объяснить рост объема реализации в рублях повышением цен.

Таблица 19.

Динамика оказания платных медицинских услуг в городе Москве¹

Наименование показателя	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 к 2011 в %
Удельный вес среди всех оказанных платных услуг (%)	5,1	5,8	7,0	7,3	7,2	6,6	129,4
Объем реализации платных медицинских услуг (тыс. рублей)	52231660,7	64056863,9	-	96123371,4	103197926,8	109066024,6	208,8
Темп роста объема реализации платных медицинских услуг (в %)	113,8	122,6	105,6	111,7	107,4	105,7	92,9

¹Данные Мосгорстата
(http://moscow.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/moscow/ru/publications/official_publications/electronic_version/s/)

По данным социологического опроса, проведенного компанией BuisenesStat (табл. 20), выбор платной медицинской помощи в Москве обусловлен, прежде всего, требованиями пациентов к КМП и сервису. В качестве основных причин 49,4% респондентов назвали эффективность лечения; 40,2% - высокую квалификацию врачей; 21,9% - отношение со стороны медицинского персонала; 18,3% - комфорт и чистоту; 18,1% - быстрое обслуживание. В основе выбора бесплатной медицинской помощи, как правило, были ее ценовая доступность (59,5%) и широкий перечень медицинских услуг (28,1%). Качеству медицинской помощи также было уделено значительное внимание: эффективность лечения отметили 18,8% респондентов, а высокую квалификацию врачей – 15,3%.

Таблица 20.**Причины выбора потребителями медицинских услуг города Москвы платной и бесплатной медицинской помощи в 2017 г. (%)¹**

Ранг	Платная медицина		Бесплатная медицина	
	Причины	Частота ответов (%)	Причины	Частота ответов (%)
1	Эффективность лечения	49,4	Приемлемые цены/бесплатное обслуживание	59,5
2	Высокая квалификация врачей	40,2	Широкий перечень медицинских услуг	28,1
3	Хорошее отношение врачей	21,9	Эффективность лечения	18,8
4	Комфорт и чистота	18,3	Высокая квалификация врачей	15,3
5	Быстрое обслуживание	18,1	Современные методы лечения	13,7
6	Широкий перечень медицинских услуг	15,8	Хорошее отношение врачей	12,2
7	Приемлемые цены	15,3	Комфорт и чистота	11,4
8	Современные методы лечения	14,5	Удобное расположение	4,2
9	Удобный график работы	13,9	Удобный график работы	2,8
10	Удобное расположение	11,3	Быстрое обслуживание	1,0

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Ведущая роль рекомендаций родных и знакомых при выборе частной медицинской организации (41,6%) подчеркивает важность для ее конкурентоспособности благоприятного имиджа, который формируют не только качественный сервис, но также медицинская помощь высокого качества (табл. 21).

Таблица 21.**Источники информации, которыми пользуются пациенты при выборе частных медицинских организаций в Москве (2017 г).¹**

Причины	Частота ответов (%)
Рекомендации родных, знакомых	41,6
Интернет	25,6
Рекомендации врачей	23,8
Реклама на улице	2,5
Реклама на радио	2,3
Реклама на телевидении	2,2
Реклама в прессе	2,0

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Среди причин смены частной медицинской организации после завышенных цен респондентами были названы параметры, характеризующие

их удовлетворенность КМП: неэффективное лечение (32,6%), избыточные назначения (27,9%), низкая квалификация врачей (27,3%) и ошибки диагностики (21,5%) (табл. 22).

Таблица 22.

**Причины смены частной медицинской организации потребителями
медицинских услуг города Москвы в 2017 г.¹**

Причины	Частота ответов (%)
Завышенные цены	34,9
Неэффективное лечение	32,6
Назначение лишних анализов/процедур	27,9
Низкая квалификация врачей	27,3
Неправильный диагноз	21,5
Обман	20,3
Неполноценность приема	17,7
Очереди	15,7
Плохая организация работы	15,2
Отношение персонала	14,2
Неудобное расположение	9,4
Состояние помещения	8,2
Недостаточный спектр услуг	7,8
Прочие	4,1

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

3.3. Медицинский персонал города Москвы

Как видно из табл. 23, с 2013 г. по 2017 г. общая численность медицинского персонала в Москве снизилась на 8,2%. Произошло это преимущественно за счет квалифицированных кадров – врачебного персонала, численность которого уменьшилась на 20,0%. Численность вспомогательного персонала увеличилась на 3,7%. Преобладающим в структуре оставался сестринский персонал (более 40,0%).

Таблица 23.

**Численность персонала медицинских организаций города Москвы
по уровням квалификации (тыс. чел)¹**

Уровень квалификации	2013		2014		2015		2016		2017	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Врачи	83,1	29,5	80,6	28,7	68,6	27,2	68,6	25,7	66,5	25,7
Сестринский персонал	118,4	42,0	113,2	40,3	112,0	44,3	111,0	41,6	109,1	42,1
Вспомогательный персонал	80,3	28,5	86,9	31,0	72,0	28,5	87,1	32,7	83,3	32,2
Итого	281,9	100,0	280,7	100,0	252,7	100,0	266,7	100,0	258,8	100,0

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

В структуре специальностей врачебного персонала основной удельный вес принадлежал врачам терапевтического и хирургического профилей – 26,0% и 12,0% соответственно, что отражает потребность населения в соответствующей медицинской помощи (табл. 24)

Таблица 24.

Структура специальностей врачебного персонала города Москвы (2017 г.)¹

Специальности	абс.	%	Ранг
Врачи терапевтического профиля	17 255	26,0	1
Врачи хирургического профиля	7 988	12,0	2
Стоматологи	5 369	8,1	3
Педиатры	5 266	7,9	4
Акушеры-гинекологи	3 941	5,9	5
Психиатры и наркологи	2 824	4,2	6
Рентгенологи и радиологи	2 617	3,9	7
Неврологи	2 615	3,9	8
Офтальмологи	2 088	3,1	9
Оториноларингологи	1 492	2,2	10
Дерматовенерологи	1 183	1,8	11
Санитарные врачи	1 023	1,5	12
Фтизиатры	491	0,7	13
Врачи лечебной физкультуры	438	0,7	14
Прочие	11 911	18,1	-
Итого	66 461	100,0	

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Как видно из табл. 25, средняя зарплата в медицинских организациях имела тенденцию к снижению. С 2013 г. по 2017 г. этот показатель уменьшился на 17,3%.

Таблица 25.

Средняя зарплата персонала медицинских организаций города Москвы¹

Параметры	2013	2014	2015	2016	2017
Средняя зарплата (тыс. руб./год)	620,4	642,8	694,3	753,3	727,5
% к предыдущему году	-	3,6	8,0	8,5	-3,4

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

3.4. Медицинские организации города Москвы, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Как видно из табл. 26, основной удельный вес среди медицинских организаций города Москвы принадлежал оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 92,2%.

Таблица 26.

Структура медицинских организаций города Москвы по условиям оказания медицинской помощи (2017)¹

Условия оказания медицинской помощи	Число медицинских организаций	Удельный вес медицинских организаций (%)
Амбулаторные	3 274	92,2
Стационарные	145	4,1
Скорая и неотложная медицинская помощь	131	3,7
Итого	3 550	100,0

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Рейтинг частных клиник Москвы в 2017 г.» [9].

С 2013 г. по 2017 г. число медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, увеличилось на 7,7%, составив 3 274 (табл. 27).

Таблица 27.

Медицинские организации города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях¹

2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2013 в %
3 108	3 040	2 994	3 139	3 274	107,7

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

За указанный период времени увеличилась мощность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях на 2,3%, составив 454,2 тыс. посещений в смену (табл. 28).

Таблица 28.

Мощность медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях¹

Параметры	2013	2014	2015	2016	2017	2017 к 2013 в %
Тыс. посещений в смену	443,8	446,3	447,0	450,3	454,2	102,3
% к предыдущему году	-	100,6	100,1	100,7	100,9	-

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

По данным табл. 29, в структуре всех медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, преобладали организации частной формы собственности (75,7%).

Таблица 29.

Медицинские организации города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по формам собственности (2017 г)¹

Форма собственности	абс.	%
Государственная	737	22,5
Частная	2 479	75,7
Иная	58	1,8
Итого	3 274	100,0

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.» [8].

Как видно из табл. 30, обеспеченность населения Москвы медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, являлась достаточной – в среднем 3,5 медицинские организации на 100 тыс. населения. Наиболее обеспечены государственными медицинскими организациями жители ЦАО и Зеленоградского округа (0,8 на 100 тыс. населения); частными – ЦАО (6,4 на 100 тыс. населения) и САО (6,3 на 100 тыс. населения). Наименее благоприятными по этому показателю являются Новомосковский и Троицкий округа.

Таблица 30.

Обеспеченность медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, населения отдельных административных округов города Москвы (2017 г.)

Административный округ города Москвы	Число частных медицинских организаций (на 100 тыс. населения)	Число государственных медицинских организаций (на 100 тыс. населения)	Общее число медицинских организаций (на 100 тыс. населения)
БАО	1,1	0,5	1,5
ЗАО	2,9	0,4	3,2
САО	6,3	0,3	6,6
СВАО	1,9	0,3	2,2
СЗАО	4,0	0,3	4,4
ЦАО	6,4	0,8	7,2
ЮВАО	4,4	0,5	4,9

Продолжение таблицы 30

ЮЗАО	1,8	0,4	2,2
ЮАО	2,4	0,4	2,8
Зеленоградский округ	0	0,8	0,8
Новомосковский округ	0	0,5	0,5
Троицкий округ	0	0	0
Итого	3,0	0,4	3,5

3.4.1. Сравнительная оценка конкурентоспособности государственных и частных медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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 (табл. 31).

Они являются сопоставимыми по большинству параметров, характеризующих доступность медицинской помощи. Число отдельных медицинских организаций незначительно преобладает в государственном секторе здравоохранения – 230 против 173. Во всех государственных и негосударственных 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 организациях доступны программы ОМС.

Несмотря на сопоставимость основных профилей медицинской помощи, распространенность большинства из них в отдельных государственных и частных медицинских организациях имеет различия. В частных медицинских организациях шире представлены акушерство и гинекология ($100,0 \pm 0,0\%$ против $86,8 \pm 4,6\%$, $p < 0,01$); аллергология и иммунология ($92,8 \pm 7,2\%$ против $43,4 \pm 6,8\%$, $p < 0,001$); гастроэнтерология ($92,8 \pm 7,2\%$ против $64,1 \pm 6,6\%$, $p < 0,02$); дерматология и венерология ($100,0 \pm 0,0\%$ против $20,8 \pm 5,6\%$, $p < 0,001$); мануальная терапия ($64,3 \pm 13,3\%$ против $17,0 \pm 5,1\%$, $p < 0,02$); медицинский массаж ($64,3 \pm 13,3\%$ против

20,7±5,6%, $p<0,02$); неврология (100,0±0,0% против 92,4±3,6%, $p<0,05$); онкология (71,4±12,5% против 39,6±6,7%, $p<0,05$); педиатрия (100,0±0,0% против 11,3±4,3%, $p<0,001$); психотерапия (85,7±9,7% против 18,9±5,4%, $p<0,001$); пульмонология (85,7±9,7% против 41,5±6,8%, $p<0,01$); стоматология (92,8±7,2% против 49,1±6,9%, $p<0,001$); травматология и ортопедия (92,8±7,2% против 64,1±6,6, $p<0,02$); урология (100,0±0,0% против 92,4±3,6%, $p<0,05$); эндокринология (100,0±0,0% против 92,4±3,6%, $p<0,05$); оказывается медицинская помощь по фтизиатрии (21,4±11,4%). В государственных медицинских организациях шире представлен такой профиль медицинской помощи, как инфекционные болезни (21,4±11,4% против 77,3±5,7%, $p<0,05$); оказывается медицинская помощь по гериатрии (18,9±5,4%) и спортивной медицине (3,8±2,6%). Основными причинами выявленных различий являются оказание в государственном секторе здравоохранения медицинской помощи по ряду профилей в специализированных медицинских организациях; а также экономическая выгода от медицинских услуг, которая учитывается при планировании штатной структуры, оснащения, инфраструктуры и организации работы частных медицинских организаций.

Государственные и частные медицинские организации сопоставимы по возможностям организации лечения в условиях дневного стационара (ДС) и диагностическим возможностям (лабораторная, функциональная, ультразвуковая, рентгенологическая диагностика). В частных медицинских организациях шире представлены эндоскопия (100,0±0,0% против 86,8±4,6%, $p<0,01$), а также КТ/МРТ (компьютерная томография/магнитно-резонансная томография) (92,8±7,2% против 69,8±6,3%, $p<0,05$).

Общая численность врачебного персонала в частных и государственных медицинских организациях составила 6 928 и 7 551 человек соответственно. В частных медицинских организациях достоверно выше численность кандидатов медицинских наук (20,0±0,5% против 2,2±0,1%, $p<0,001$); в то время как в государственных – врачей высшей

квалификационной категории ($26,9 \pm 0,4\%$ против $20,4 \pm 0,5\%$, $p < 0,001$). Это можно объяснить привлечением негосударственными медицинскими организациями научно-педагогических кадров и их возможностями предложить приемлемые финансовые условия; а также влиянием категории на размер оплаты труда в государственном секторе здравоохранения. Численность докторов медицинских наук и врачей первой квалификационной категории достоверных различий не имеет.

Таблица 31.

Сравнительный анализ государственных и негосударственных многопрофильных медицинских организаций города Москвы, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (2017)^{1,2,3}

Параметры сравнения	Негосударственные медицинские организации сетевого типа	Государственные медицинские организации	р-значение (фи-критерий)
Доступность медицинской помощи			
Общее число	14	53	-
Число отдельных медицинских организаций	173	230	-
Оказание медицинской помощи на дому (%)	$100,0 \pm 0,0$	$100,0 \pm 0,0$	n.s.
Медицинские услуги по программам ОМС (%)	$50,0 \pm 13,9$	$100,0 \pm 0,0$	$p < 0,001$
Медицинские услуги по программам ДМС (%)	$100,0 \pm 0,0$	$100,0 \pm 0,0$	n.s.
Коммерческие медицинские услуги (%)	$100,0 \pm 0,0$	$100,0 \pm 0,0$	n.s.
Средняя цена приема (руб.)	$4\ 184,7 \pm 1\ 175,6$	Нет данных	-
Лечебно-диагностические возможности			
Общее число профилей медицинской помощи	40	40	-
Распространенность основных профилей медицинской помощи (%):			
акушерство и гинекология	$100,0 \pm 0,0$	$86,8 \pm 4,6$	$p < 0,01$
аллергология и иммунология	$92,8 \pm 7,2$	$43,4 \pm 6,8$	$p < 0,001$
гастроэнтерология	$92,8 \pm 7,2$	$64,1 \pm 6,6$	$p < 0,02$
гематология	$50,0 \pm 13,9$	$17,0 \pm 5,1$	n.s.
гериатрия	$0,0 \pm 0,0$	$18,9 \pm 5,4$	-
дерматология и венерология	$100,0 \pm 0,0$	$20,8 \pm 5,6$	$p < 0,001$
инфекционные болезни	$21,4 \pm 11,4$	$77,3 \pm 5,7$	$p < 0,05$
кардиология	$92,8 \pm 7,2$	$92,4 \pm 3,6$	n.s.
лечебная физкультура	$28,6 \pm 12,5$	$41,5 \pm 6,8$	n.s.
мануальная терапия	$64,3 \pm 13,3$	$17,0 \pm 5,1$	$p < 0,02$
медицинский массаж	$64,3 \pm 13,3$	$20,7 \pm 5,6$	$p < 0,02$
неврология	$100,0 \pm 0,0$	$92,4 \pm 3,6$	$p < 0,05$

Продолжение таблицы 31

нефрология	42,8±13,7	24,5±5,9	n.s.
общая врачебная практика/терапия	100,0±0,0	100,0±0,0	n.s.
онкология			
оториноларингология	71,4±12,5	39,6±6,7	p<0,05
офтальмология	92,8±7,2	90,6±4,0	n.s.
паллиативная помощь	92,8±7,2	92,4±3,6	n.s.
педиатрия	7,1±7,1	11,3±4,3	n.s.
профессиональные болезни	100,0±0,0	11,3±4,3	p<0,001
психотерапия	28,6±12,5	18,9±5,4	n.s.
пульмонология	85,7±9,7	18,9±5,4	p<0,001
реабилитология	85,7±9,7	41,5±6,8	p<0,01
ревматология	64,3±13,3	86,8±4,6	n.s.
спортивная медицина	71,4±12,5	69,8±6,3	n.s.
стоматология	0,0±0,0	3,8±2,6	-
травматология и ортопедия	92,8±7,2	49,1±6,9	p<0,001
урология	92,8±7,2	64,1±6,6	p<0,02
физиотерапия	100,0±0,0	92,4±3,6	p<0,05
фтизиатрия	50,0±13,9	64,1±6,6	n.s.
хирургия	21,4±11,4	0,0±0,0	-
эндокринология	92,8±7,2	96,2±2,6	n.s.
	100,0±0,0	92,4±3,6	p<0,05
Дневной стационар (%)	78,6±11,4	79,2±5,6	n.s.
Лабораторная диагностика (%)	100,0±0,0	100,0±0,0	n.s.
Функциональная диагностика (%)	100,0±0,0	100,0±0,0	n.s.
Ультразвуковая диагностика (%)	100,0±0,0	100,0±0,0	n.s.
Рентгенологическая диагностика (%)	100,0±0,0	96,2±2,6	n.s.
Эндоскопия (%)	100,0±0,0	86,8±4,6	p<0,01
КТ/МРТ (%)	92,8±7,2	69,8±6,3	p<0,05
Кадровый потенциал			
Численность врачебного персонала	6 928	7 551	
доктора наук (%)			
кандидаты наук (%)	2,6±0,2	0,2±0,0	n.s.
врачи высшей категории (%)	20,0±0,5	2,2±0,1	p<0,001
врачи первой категории (%)	20,4±0,5	26,9±0,4	p<0,001
	5,5±0,3	4,5±0,2	n.s.
Мощность			
Среднее число посещений в год (тыс.)	572,8±84,5	Нет данных	-
Среднее число пациентов в год (тыс. человек)	170,0±49,4	Нет данных	-

¹ Данные сайта департамента здравоохранения города Москвы

² Данные сайтов негосударственных медицинских организаций

³ Аналитический отчет BuisnesStat «Рейтинг частных клиник Москвы в 2017 г.» [9].

3.5. Перспективы развития амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы

С целью совершенствования оказания медицинской помощи жителям Москвы была разработана Государственная программа «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», принятая в

соответствие с Постановлениями Правительства Москвы от 4 октября 2011 г. № 461-ПП (с изм. от 11.04.2017) [197]. Следует отметить, что реализация данной программы призвана способствовать повышению конкурентоспособности медицинских организаций государственного сектора здравоохранения, усилению конкуренции на рынке медицинских услуг, в том числе в негосударственном секторе. В качестве основных направлений развития первичного сектора здравоохранения города Москвы утверждены следующие:

- создание института ВОП;
- более широкое использование стационарозамещающих технологий;
- совершенствование обеспечения и контроля КМП, включающее внедрение мониторинга эффективности деятельности медицинских организаций, системы менеджмента качества и разработку клинических рекомендаций;
- приоритетное развитие на уровне ПМСП таких направлений, как гериатрия, кардиология, пульмонология, эндокринология, онкология, педиатрия, акушерство и гинекология, профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний, реабилитология;
- инновационное развитие, предполагающее разработку и внедрение новых методов диагностики и лечения заболеваний, а также совершенствование методов управления в здравоохранении;
- целевая подготовка и совершенствование НПР медицинского персонала;
- повышение уровня мотивации медицинских работников (повышение заработной платы, финансовое стимулирование за достижение целевых показателей здоровья, социальная поддержка, создание кадрового резерва);
- привлечение медицинских организаций частной системы здравоохранения к реализации Территориальной программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве;

- информатизация первичного сектора здравоохранения;
- улучшение условий оказания медицинской помощи.

Это позволяет обозначить следующие перспективы развития амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг города Москвы:

- усиление конкуренции внутри государственного и негосударственного секторов здравоохранения, развитие конкуренции между частными и государственными медицинскими организациями, слияние рынков медицинских услуг, оказываемых государственными и частными медицинскими организациями в единый сегмент;
- основными источниками повышения конкурентоспособности для медицинской организации, независимо от ее формы собственности, будут КМП, научно-технический уровень медицинской помощи, профессионально-квалификационный потенциал медицинского персонала, мотивация медицинского персонала, использование стационарозамещающих технологий, развитие ОВП, специализация в приоритетных направлениях ПМСП и межотраслевое сотрудничество.

Таким образом, натуральный объем рынка медицинских услуг города Москвы имеет тенденцию к снижению при увеличении стоимостного объема, что отражает рост цен на медицинские услуги. Тем не менее, динамическое увеличение численности населения и преобладание трудоспособного контингента позволяют прогнозировать стабильный спрос на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях, включая платные. Приоритетными профилями оказания медицинской помощи остаются пульмонология и кардиология. Удельный вес потребителей медицинских услуг в структуре всего населения города остается значительным. В основном москвичи отдают предпочтение медицинской помощи по

программам ОМС, однако, отмечается повышение интереса к коммерческим медицинским услугам. При выборе медицинской организации определяющим фактором являются КМП. Численность медицинского персонала имеет тенденцию к снижению за счет врачебных кадров; снижается средняя заработная плата медицинских работников. Среди медицинских организаций города Москвы преобладают оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численность и мощность которых имеет тенденцию к росту. По формам собственности наиболее представленными являются частные организации. Достаточная обеспеченность населения государственными и частными медицинскими организациями, их сопоставимость по доступности медицинской помощи, профилям оказываемой медицинской помощи, кадровому потенциалу свидетельствуют о высокой внутри и межсекторной конкуренции. Перспективы развития первичного сектора здравоохранения города Москвы свидетельствуют о тенденции к ее дальнейшему усилению. В сложившихся условиях перед частными медицинскими организациями стоит задача планирования развития с целью повышения конкурентоспособности; а перед государственными – перенимать и адаптировать накопленный в негосударственном секторе опыт.

Глава 4 Определение направлений развития и повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Для обоснования направлений развития и повышения конкурентоспособности Сети на рынке медицинских услуг был применен SWOT-анализ. В качестве экспертов выступали все руководители Сети (28 экспертов). Данный метод позволил комплексно оценить исходные сильные и слабые стороны медицинской организации, внешние возможности и угрозы для ее функционирования и определить наиболее оптимальный путь развития. В основу выбора направлений развития было положено дальнейшее укрепление сильных сторон с максимальным использованием внешних возможностей и нейтрализация слабых сторон и внешних угроз.

Исходные сильные стороны Сети

Экспертная оценка позволила определить исходные сильные стороны Сети (ранги 1-5), определявшие уровень ее конкурентоспособности: наличие собственной лаборатории и ДС (256 баллов), использование ЭМК (251 балл), автоматизация рабочих процессов (243 балла), наличие собственной аптеки (236 баллов) и широкие лечебно-диагностические возможности (232 балла) (табл. 32).

Таблица 32.

Экспертная оценка исходных сильных сторон Сети

Наименования сильных сторон	Сумма баллов	Ранг
<i>Наличие собственной лаборатории</i>	256	1
<i>Наличие дневного стационара</i>	256	1
<i>Использование электронной медицинской карты</i>	251	2
<i>Автоматизация рабочих процессов</i>	243	3
<i>Наличие собственной аптеки</i>	236	4
<i>Широкие лечебно-диагностические возможности</i>	232	5
Современное медицинское оборудование	225	6
Благоприятная репутация у пациентов	225	6
Высокая квалификация медицинского персонала	223	7

Продолжение таблицы 32

Работа системы контроля качества	223	7
Эффективный менеджмент	223	7
Благоприятный имидж	222	8
Высокая инновационная активность	207	9
Непрерывное профессиональное развитие медицинского персонала	204	10
Достаточное финансирование	198	11

В обобщенном виде исходные сильные стороны Сети могут быть представлены следующим образом (в порядке убывания значимости):

1. Развитая инфраструктура
2. Высокий уровень информатизации
3. Широкие лечебно-диагностические возможности

Результаты экспертной оценки свидетельствуют о том, что исходно основной потенциал Сети для сохранения и повышения конкурентоспособности находился в области материальных ресурсов и лечебно-диагностических возможностей. С учетом ситуации на рынке медицинских услуг для наращивания конкурентных преимуществ и даже сохранения позиций этого могло быть не достаточно.

Исходные слабые стороны Сети

Как видно из табл. 33, исходными слабыми сторонами Сети являлись следующие (ранги 1-5): высокая текучесть кадров (181 балл), низкая заработная плата (164 балла), низкий уровень коммуникативных навыков у медицинского персонала (154 балла), низкое качество ведения медицинской документации (149 баллов), слабая ОК (149 баллов), низкий уровень практических навыков у медицинского персонала (148 баллов).

Таблица 33.

Экспертная оценка исходных слабых сторон Сети

Наименования слабых сторон	Сумма баллов	Ранг
<i>Высокая текучесть кадров</i>	181	1
<i>Низкая заработная плата</i>	164	2
<i>Низкий уровень коммуникативных навыков у медицинского персонала</i>	154	3
<i>Низкое качество ведения медицинской документации</i>	149	4

Продолжение таблицы 33

<i>Слабая организационная культура</i>	149	4
<i>Низкий уровень практических навыков у медицинского персонала</i>	148	5
Низкая приверженность медицинского персонала обучению	146	6
Несоблюдение медицинским персоналом клинических рекомендаций	141	7
Значительное количество претензии пациентов	141	7
Низкая восприимчивость медицинского персонала к инновациям	129	8
Неблагоприятный производственный климат	129	8
Частые нарушения трудового режима	121	9
Низкий уровень навыков работы в электронной медицинской карте у медицинского персонала	116	10

В обобщенном виде исходные слабые стороны Сети можно представить следующим образом (в порядке убывания значимости):

1. Недостаточное материальное стимулирование медицинского персонала
2. Недостаточный профессионально-квалификационный уровень медицинского персонала
3. Слабая организационная культура

То есть, по мнению руководителей, основные внутренние риски для конкурентоспособности Сети были связаны с управлением персоналом, а именно его обучением и мотивацией, а также управлением ОК.

Внешние возможности Сети

Ранжирование внешних возможностей по значимости, на основании экспертных оценок руководителей, представлено в табл. 34. Основными из них (ранги 1-5) были: открытие новых организаций в Московской области (202 балла), открытие новых организаций в Москве (194 балла), увеличение количества потенциальных партнеров (173 балла), привлечение новых медицинских страховых организаций (168 баллов), расширение сотрудничества с образовательными организациями (168 баллов), получение лицензии на новые виды медицинской помощи (164 балла).

Таблица 34.

Экспертная оценка внешних возможностей Сети

Наименования внешних возможностей	Сумма баллов	Ранг
<i>Открытие новых организаций в Московской области</i>	202	1
<i>Открытие новых организаций в Москве</i>	194	2
<i>Увеличение количества потенциальных партнеров</i>	173	3
<i>Привлечение новых медицинских страховых организаций</i>	168	4
<i>Расширение сотрудничества с образовательными организациями</i>	168	4
<i>Получение лицензии на новые виды медицинской помощи</i>	164	5
Привлечение новых инвесторов	163	6
Активизация медицинских страховых организаций на рынке медицинских услуг	161	7
Привлечение новых поставщиков	161	7
Работа со средствами массовой информации	161	7
Рост численности населения	159	8
Расширение страховых медицинских программ	159	8
Усиление поддержки со стороны департамента здравоохранения	156	9
Улучшение условий договоров с поставщиками	155	10
Участие в целевых государственных программах	149	11

На основании мнения экспертов относительно значимости внешних возможностей для Сети (оценка вероятности использования), а также собственной оценки ситуации на рынке медицинских услуг (оценка силы влияния) был проведен вероятностный анализ внешних возможностей (табл. 35).

Таблица 35.

Вероятностный анализ внешних возможностей

Вероятность использования возможностей	Влияние на Сеть		
	Сильное	Умеренное	Слабое
Высокая	<i>Сотрудничество с образовательными организациями</i> <i>Получение лицензии на новые виды медицинской помощи</i>	- Открытие новых организаций в Московской области - Увеличение количества потенциальных партнеров	- Открытие новых организаций в Москве - Появление новых медицинских страховых организаций на рынке медицинских услуг

Продолжение таблицы 35

Средняя	• Поддержка департамента здравоохранения	• Появление новых поставщиков • Рост численности населения • Расширение страховых медицинских программ • Работа со средствами массовой информации	• Появление новых инвесторов • Активация медицинских страховых организаций на рынке медицинских услуг • Улучшение условий договоров с поставщиками
Низкая	• Участие в целевых государственных программах	-	-

В результате были определены внешние возможностями с высокой вероятностью использования, способные оказать сильное влияние на развитие и конкурентоспособность Сети (в порядке убывания значимости): сотрудничество с образовательными организациями и получение лицензии на новые виды медицинской помощи.

Внешние угрозы Сети

В табл. 36 представлено ранжирование внешних угроз Сети на основании экспертных оценок административного персонала. Основные из них это (1-5 ранги): снижение платежеспособности пациентов (181 балл), финансовый кризис (162 балла), развитие конкурентов (156 баллов), повышение цен у поставщиков (145 баллов), увеличение конкуренции в системе ДМС (144 балла).

Таблица 36.

Экспертная оценка внешних угроз Сети

Наименования внешних угроз	Сумма баллов	Ранг
<i>Снижение платежеспособности пациентов</i>	181	1
<i>Финансовый кризис</i>	162	2
<i>Развитие конкурентов</i>	156	3
<i>Повышение цен у поставщиков</i>	145	4
<i>Увеличение конкуренции в системе ДМС</i>	144	5
Ухудшение имиджа частной медицины	140	6
Развитие системы платных медицинских услуг в государственном секторе здравоохранения	139	7
Увеличение арендной платы	133	8

Продолжение таблицы 36

Снижение платежеспособности медицинских страховых организаций	132	9
Рост цен на коммунальные услуги	129	10
Демографический кризис	127	11
Ужесточение условий лицензирования	127	11
Ужесточение регуляторных требований	126	12
Свобода выбора медицинской организации	120	13
Введение аккредитации медицинского персонала	98	14

Анализ вероятности реализации внешних угроз и силы их влияния на Сеть, основанный на мнении экспертов и собственной оценке ситуации на рынке, представлен в табл. 37.

Таблица 37.**Вероятностный анализ внешних угроз**

Вероятность реализации угроз	Влияние на Сеть		
	Сильное	Умеренное	Слабое
Высокая	• Снижение платежеспособности пациентов • Финансовый кризис • Развитие конкурентов • Увеличение конкуренции в системе ДМС	• Повышение цен у поставщиков	-
Средняя	• Ухудшение имиджа частной медицины • Развитие системы платных медицинских услуг в государственном секторе здравоохранения	• Увеличение арендной платы • Снижение платежеспособности медицинских страховых организаций • Рост цен на коммунальные услуги	-
Низкая	• Свобода выбора медицинской организации	• Ужесточение условий лицензирования • Ужесточение регуляторных требований • Введение аккредитации медицинского персонала	• Демографический кризис

Анализ показал, что внешними угрозами с высокой вероятностью реализации, способными оказать сильное влияние на развитие и

конкурентоспособность Сети, являются (в порядке убывания значимости) финансовый кризис и ужесточение конкуренции на рынке медицинских услуг.

При помощи матрицы SWOT-анализа были определены направления развития и повышения конкурентоспособности Сети на рынке медицинских услуг (табл. 38).

Укрепления преимуществ

Повышение КМП

Сеть обладает достаточными материальными ресурсами для оказания качественной медицинской помощи. Об этом свидетельствуют развитая инфраструктура, широкие лечебно-диагностические возможности, высокий уровень информатизации. Повышению КМП может способствовать сотрудничество с образовательными организациями в области экспертизы КМП, обучения медицинского персонала, оказания медицинской помощи и организации лечебно-диагностического процесса.

Инновационное развитие

Развитая материально-техническая база позволяет Сети при сотрудничестве с образовательными организациями служить площадкой для внедрения и апробации инновационных разработок в области профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, организации здравоохранения и управления. При дальнейшем использовании они могут стать источником уникальности и дополнительной прибыли.

Стратегический альянс с образовательными организациями

Стратегически альянс Сети с образовательными организациями позволяет реализовывать взаимовыгодное сотрудничество в области повышения КМП, обучения медицинского персонала и инновационного развития на долгосрочной основе.

Устранения недостатков

Повышение мотивации медицинского персонала

Повышение мотивации медицинского персонала предполагает совершенствование системы стимулирования, которая должна включать адекватные материальные и нематериальные стимулы. Источником дополнительного материального стимулирования может быть прибыль от предоставления новых медицинских услуг. Сотрудничество с образовательными организациями предоставляет возможности для нематериального стимулирования (обучение, участие в научно-практических мероприятиях, НИР).

Устранение дефицита ЗУН у медицинского персонала

Сотрудничество с образовательными организациями позволяет выявлять дефицит ЗУН у медицинского персонала и проводить проблемно-ориентированное обучение, с использованием наиболее подходящих форм и методов обучения.

Формирование предпочтительной ОК

Сотрудничество с образовательными организациями предоставляет Сети возможности обучения руководителей необходимым для формирования сильной ОК управленческим навыкам.

Избегание внешних угроз путём использования потенциала сильных сторон

Обеспечение высокого качества медицинской помощи

Сеть обладает достаточными материальными ресурсами, которые в условиях финансового кризиса и высококонкурентного окружения, при эффективном управлении способны, по крайней мере, обеспечить стабильно высокий уровень КМП.

Внедрение инноваций

Материально-технические ресурсы Сети создают возможность для внедрения инновационных разработок в области управления, организации здравоохранения, клинической практики и их дальнейшего использования.

Это может позволить сохранять уникальность, по сравнению с конкурентами, при минимуме дополнительных финансовых затрат.

Нейтрализация внутренних слабых сторон и внешних угроз

Приоритетное развитие системы нематериального стимулирования

Финансовый кризис ограничивает возможности для широкого использования материальных стимулов. В этих условиях имеет смысл отдавать приоритет развитию системы нематериального стимулирования, позволяющей поддерживать необходимый уровень мотивации и избегать оттока сотрудников.

Развитие внутриорганизационного обучения

В условиях необходимости экономии ресурсов, развитие внутриорганизационного обучения позволяет решать задачи по устранению дефицита и приобретению медицинским персоналом новых ЗУН, необходимых для поддержания конкурентоспособности медицинской организации.

Поддержание предпочтительной ОК

Целенаправленная работа по поддержанию предпочтительной ОК позволяет в неблагоприятных экономических условиях и при значительном количестве конкурентов избежать высокой текучести кадров.

Таблица 38.

Основные направления развития и повышения конкурентоспособности Сети на рынке медицинских услуг

	Сильные стороны (S) 1. Развитая инфраструктура 2. Высокий уровень информатизации 3. Широкие лечебно-диагностические возможности	Слабые стороны (W) 1. Недостаточная мотивация медицинского персонала 2. Недостаточный профессионально-квалификационный уровень медицинского персонала 3. Слабая организационная культура
Внешние возможности (O) 1. Сотрудничество с образовательными организациями 2. Получение лицензии на новые виды медицинской деятельности	Укрепление преимуществ (S-O) 1. Повышение КМП (S1-3,O1) 2. Инновационное развитие (S1-3,O1-2) 3. Формирование стратегического альянса с образовательными организациями (S1-3,O1)	Устранение недостатков (W-O) 1. Развитие системы мотивации (W1,O1-2) 2. Устранение дефицита ЗУН у медицинского персонала (W2,O1) 3. Формирование предпочтительной ОК (W3,O1)
Внешние угрозы (T) 1. Финансовый кризис 2. Ужесточение конкурентной борьбы	Избежание внешних угроз путём использования потенциала сильных сторон (S-T) 1. Обеспечение высокого КМП (S1-3,T1-2) 2. Внедрение инноваций (S1-3,T1-2)	Нейтрализация внутренних слабых сторон и внешних угроз (W-T) 1. Приоритетное развитие системы нематериального стимулирования (W1,T1-2) 2. Развитие внутриорганизационного обучения (W2,T1-2) 3. Поддержание предпочтительной ОК (W3,T1-2)

На основании проведенного SWOT-анализа, экспертами было выделено четыре базовых направления развития и повышения конкурентоспособности частной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

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

Схема взаимозависимости базовых направлений развития и повышения конкурентоспособности представлена на рис. 3.

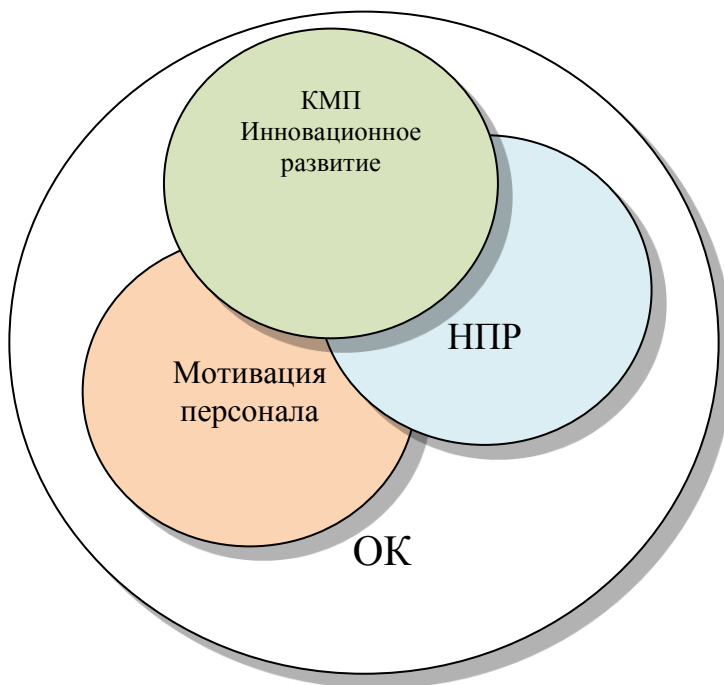


Рисунок 3. Схема взаимозависимости базовых направлений развития и повышения конкурентоспособности медицинской организации

Таким образом, на примере Сети с помощью SWOT-анализа были определены четыре базовых направления развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях: формирование внутриорганизационной системы непрерывного повышения КМП и инновационного развития; формирование внутриорганизационной системы НПР медицинского персонала; совершенствование внутриорганизационной системы мотивации медицинского персонала; формирование и поддержание ОК, обеспечивающей непрерывность повышения КМП, профессионального развития медицинского персонала и инновационного развития медицинской организации. Общность инфраструктуры, лечебно-диагностических возможностей, кадрового потенциала, оказание медицинской помощи в одинаковых по форме оплаты условиях и тенденция к сближению государственного и негосударственного секторов здравоохранения, позволяют экстраполировать эти направления на другие медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, независимо от формы собственности.

Глава 5. Совершенствование внутриорганизационной системы контроля качества медицинской помощи, как одного из ведущих механизмов повышения конкурентоспособности

5.1. Характеристика действующей в Сети системы внутреннего контроля качества медицинской помощи

Система внутреннего контроля КМП действует в Сети в течение 3-х лет, построена на основе принципов и методов, регламентированных Федеральным законом РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [267]. К основным ее задачам относятся:

- обеспечение качества и безопасности оказания медицинской помощи;
- соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи;
- устранение дефектов оказания медицинской помощи, выявленных в рамках внутреннего контроля КМП;
- устранение дефектов оказания медицинской помощи, выявленных в результате проверок экспертами КМП медицинских страховых организаций.

Система внутреннего контроля КМП в Сети включает три уровня: первый уровень - контроль заведующими отделениями; второй уровень - контроль главными врачами/заместителями главных врачей медицинских организаций; третий уровень – контроль заместителем медицинского директора по контролю КМП Сети (рис. 4).

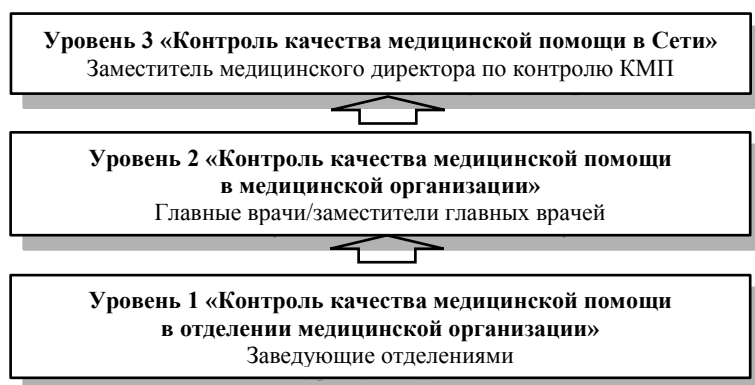


Рисунок 4. Уровни внутреннего контроля качества медицинской помощи в Сети

При управлении КМП администрация Сети придерживается бюрократической модели Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. (2000) [158], которая функционирует по аналогии с государственными медицинскими организациями. С точки зрения повышения конкурентоспособности она имеет ряд недостатков: приоритет отдан выявлению дефектов оказания медицинской помощи; не проводятся анализ причин повторяющихся дефектов оказания медицинской помощи и мероприятия по их предотвращению; не оценивается связь дефектов оказания медицинской помощи с дефицитом ЗУН у медицинского персонала и не проводится соответствующее обучение; не внедряются инновации в лечебно-диагностический процесс и его организацию; слабая вовлеченность медицинского персонала в процесс обеспечения КМП; отсутствует стимулирование повышения КМП; используются мотивационные механизмы с отрицательной направленностью (понижающие коэффициенты к премиальной части заработной платы при выявлении дефектов оказания медицинской помощи); недостаточно развита система рабочих коммуникаций между сотрудниками разных уровней контроля КМП.

5.2. Оценка лечебно-диагностического процесса в Сети

Для оценки состояния лечебно-диагностического процесса в Сети была проведена экспертная оценка законченных случаев обращения к ВОП и терапевтам. Всего экспертной оценке подверглось 1070 законченных случаев обращения, из них 23,7% - к ВОП и 76,3% к терапевтам, что соответствует соотношению этих специалистов в штате медицинских организаций Сети.

Среди пациентов, чьи законченные случаи обращения подверглись экспертной оценке, преобладали лица женского пола – 66,1%. Средний возраст пациентов составил $37,2 \pm 13,0$ лет. Основная доля принадлежала пациентам трудоспособного возраста (21-60 лет) – 88,4%, наименьший удельный вес имели пациенты ≥ 71 года (1,4%) (табл. 39).

Таблица 39.

Возрастные категории пациентов (%)						
Возрастные категории пациентов (лет)						
<20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	≥ 71
7,0	29,3	28,5	17,7	12,9	3,2	1,4

В нозологической структуре случаев оказания медицинской помощи преобладали такие диагнозы, как острая респираторная инфекция (ОРВИ) (31,3%), острый бронхит (6,8%), артериальная гипертензия (6,7%), дорсопатия (5,4%), соматоформное расстройство (5,4%). Удельный вес каждого из других заболеваний составил менее 5,0% (рис. 5).

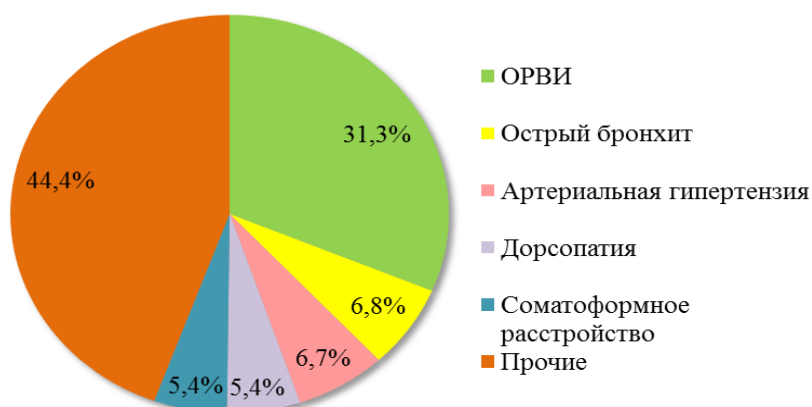


Рисунок 5. Нозологическая структура случаев оказания медицинской помощи (%)

Как видно на рис. 6, большинство пациентов получали медицинскую помощь за наличный расчет (44,1%).

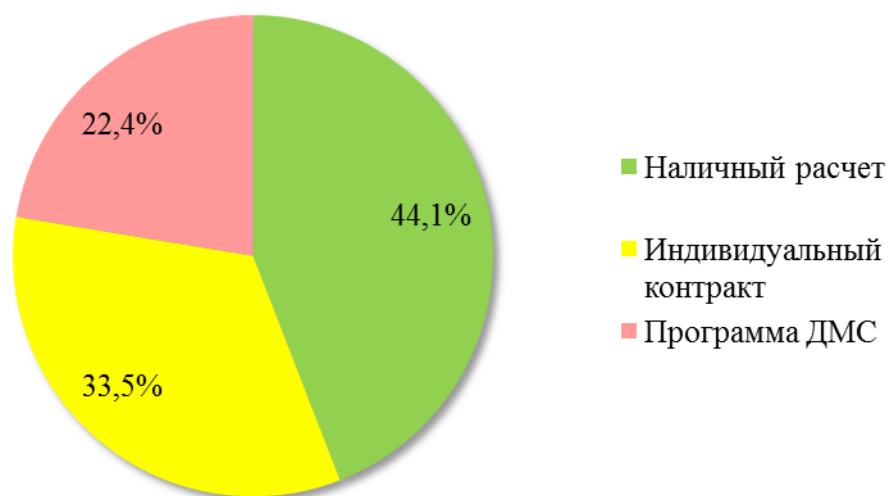


Рисунок 6. Категории обслуживания пациентов (%)

На основании анализа законченных случаев оказания медицинской помощи в течение года было выявлено 4 822 дефекта оказания медицинской помощи, из них $97,3 \pm 0,2\%$ были связаны с лечебно-диагностическим процессом и $2,7 \pm 0,2\%$ - с заполнением ЭМК. Это свидетельствует о том, что общая частота дефектов оказания медицинской помощи в Сети составила $92,0 \pm 0,8\%$ (те или иные дефекты оказания медицинской помощи были выявлены в 974 случаях обращения из 1070 подвергнутых экспертной оценке) и значительно превышает показатели отечественных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, описанные в литературе - 12,7%-71,2% [48,97,173,262] и зарубежных медицинских организаций, где частота полного соответствия медицинской помощи индикаторам качества варьирует от 24,0% до 94,0% [311,368,389,487,490].

Качество диагностического процесса

Из анализа данных таблицы 40, очевидно, что среди законченных случаев обращения, подвергнутых экспертизе, диагноз был полностью обоснован в $65,8 \pm 1,5\%$. То есть, у каждого третьего пациента диагноз не

имел достаточной доказательной базы или при его установке использовались избыточные объемы диагностических исследований. Это нашло подтверждение при оценке адекватности проведенных диагностических мероприятий: низкая оценка 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. Обращает на себя внимание факт большого объема избыточных назначений, особенно в части консультативной помощи (около 70,0 % случаев).

Таблица 40.

**Показатели качества диагностического процесса
(на 100 законченных случаев)**

Индикаторы качества диагностического процесса	Оценки показателя		
	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
	Полная	Недостаточная	Отсутствует
Обоснованность диагноза	$65,8 \pm 1,5$	$25,8 \pm 1,3$	$8,4 \pm 0,8$
	Адекватные	Недостаточные	Избыточные
Лабораторные исследования	$11,8 \pm 1,0$	$57,7 \pm 1,5$	$30,5 \pm 1,4$
Инструментальные исследования	$35,3 \pm 1,5$	$41,1 \pm 1,5$	$23,6 \pm 1,3$
Консультации специалистов	$15,3 \pm 1,1$	$16,8 \pm 1,1$	$67,9 \pm 1,4$

Всего было выявлено 3 554 дефекта медицинской помощи в области диагностики, частота которых составила 3,3 на 1 законченный случай обращения. По распространенности преобладали дефекты, обусловленные избыточной консультативной помощью ($67,9 \pm 1,4\%$), недостаточным лабораторным обследованием ($57,7 \pm 1,5\%$) и недостаточным инструментальным обследованием ($41,1 \pm 1,5\%$) (рис. 7). Основной причиной недостаточного обоснования диагноза и недостаточного обследования, по мнению экспертов, являлся дефицит у медицинского персонала ЗУН. В случае избыточного обследования причинами могли быть, как недостаточная

компетенция, так и практика избыточного предоставления медицинских услуг.

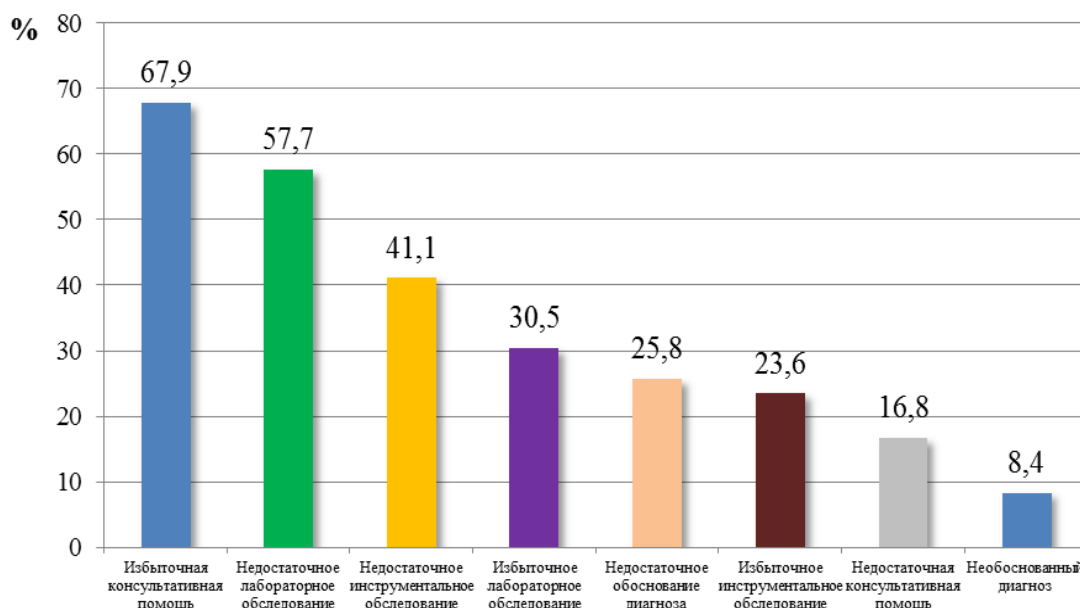


Рисунок 7. Частота дефектов медицинской помощи, связанных с диагностическим процессом

Сопоставление с данными периодической литературы позволяет констатировать, что качество диагностического процесса в Сети в целом хуже, чем в других российских медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, где частота дефектов диагностики находится в пределах 12,8-17,0% [48,262].

Качество лечебного процесса

Качество лечебного процесса нельзя оценить однозначно (табл. 41). С одной стороны, такие важные индикаторы, как своевременность лечения, адекватность лечения и обоснованность использования ДС были оценены, как достаточные в значительном проценте случаев ($93,1 \pm 0,8\%$, $88,0 \pm 1,0\%$ и $97,8 \pm 0,4\%$ соответственно) и их значения превосходили литературные данные. Так частота несвоевременного и неадекватного лечения в других медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в

амбулаторных условиях, по данным литературы, составляет 18,7-25,4% и 28,2-37,5% соответственно [48].

С другой стороны, обращает на себя внимание заметно худшая ситуация по таким индикаторам качества, как продолжительность лечения (достаточный уровень только в $52,7 \pm 1,5\%$ случаев) и кратность посещений (достаточный уровень в $62,1 \pm 1,5\%$ случаев), обусловленные преимущественно избыточными длительностью лечения и частотой посещений. Из этого можно сделать вывод, что проблемы в Сети связаны не столько с назначаемым лечением, сколько с организацией лечебного процесса.

Таблица 41.

**Показатели качества лечебного процесса
(на 100 законченных случаев)**

Индикаторы качества лечебного процесса	Оценки показателя		
	Достаточная	Избыточная	Недостаточная
Продолжительность лечения	$52,7 \pm 1,5$	$32,5 \pm 1,4$	$14,8 \pm 1,1$
Кратность посещений	$62,1 \pm 1,5$	$32,1 \pm 1,4$	$5,8 \pm 0,7$
Своевременность лечения	$93,1 \pm 0,8$	-	$6,9 \pm 0,8$
Адекватность лечения	$88,0 \pm 1,0$	-	$12,0 \pm 1,0$
Обоснованность направления в ДС	$97,8 \pm 0,4$	-	$2,2 \pm 0,4$

Наличие проблем с удлинением сроков лечения подтверждается и результатами детального анализа медицинских дефектов (рис. 8). Всего в течение года было выявлено 1 138 дефектов медицинской помощи, связанных с лечебным процессом, частота которых составила 1,1 на 1 законченный случай обращения. Наиболее распространенными были такие дефекты, как избыточная продолжительность лечения ($32,5 \pm 1,4\%$), избыточная кратность посещений ($32,1 \pm 1,4\%$), недостаточная продолжительность лечения ($14,8 \pm 1,1\%$) и неадекватное лечение ($12,0 \pm 1,0\%$). Причиной заниженных сроков лечения, недостаточной кратности посещений, а также неадекватного лечения экспертами был признан дефицит ЗУН. В основе пролонгированного лечения могли быть как недостаточная

компетенция, так и практика избыточного предоставления медицинских услуг.

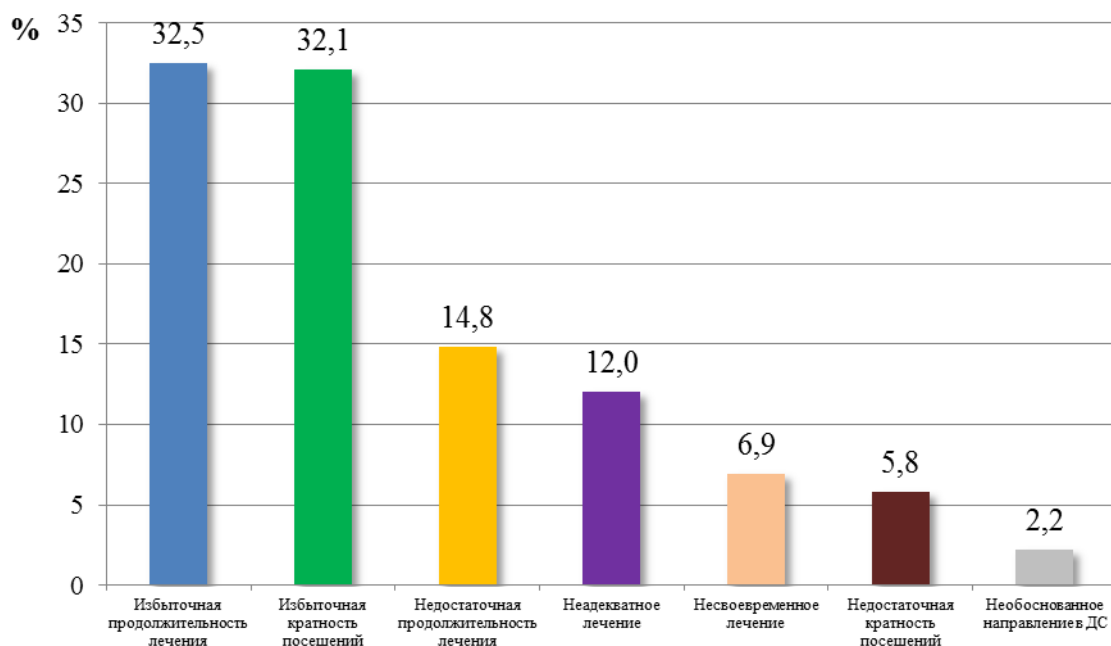


Рисунок 8. Частота дефектов медицинской помощи, связанных с лечебным процессом

Качество заполнения электронной медицинской карты.

Проведенный анализ продемонстрировал отсутствие серьезных проблем с качеством заполнения ЭМК (табл. 42). Как правило, полнота заполнения была оценена высоко ($87,9 \pm 1,0\%$ случаев). Вместе с тем, процент среднего и низкого уровня заполнения ЭМК (в каждом десятом случае) указывает на необходимость совершенствования обучения врачей работе в ЭМК.

Таблица 42.

Качество заполнения электронной медицинской карты (на 100 законченных случаев)

Индикаторы качества заполнения ЭМК	Заполнена полностью	Заполнена частично	Не заполнена
Полнота заполнения ЭМК	$87,9 \pm 1,0$	$8,2 \pm 0,8$	$3,9 \pm 0,6$

Медицинская результативность

Как видно из табл. 43, медицинскую результативность лечебно-диагностического процесса в Сети можно оценить, как среднюю: частота достижения выздоровления, улучшения состояния или ремиссии составила $67,6 \pm 1,4\%$. Высокий процент положительной динамики трудоспособности ($93,2 \pm 0,8\%$) обусловлен особенностями обслуживаемого контингента. Большинство пациентов, обращающихся в Сеть, находится в трудоспособном возрасте и сохраняет трудоспособность после завершения лечения.

Таблица 43.

**Медицинская результативность лечебно-диагностического процесса
(на 100 законченных случаев)**

Индикаторы результатов лечения	Результаты лечения		
	Выздоровление/ улучшение/ремиссия	Отсутствие динамики	Ухудшение/ госпитализация
Динамика состояния	$67,6 \pm 1,4$	$31,8 \pm 1,4$	$0,6 \pm 0,2$
Динамика трудоспособности	Восстановление/сохранение	-	Ограничение
	$93,2 \pm 0,8$	-	$6,8 \pm 0,8$

Более глубокий анализ эффективности лечебно-диагностического процесса выявил 320 случаев низкой и средней медицинской результативности, частота которых составила $29,9 \pm 1,4$ на 100 законченных случаев обращения. Среди всех случаев недостаточной медицинской результативности наибольшая распространенность принадлежала отсутствию динамики состояния пациента на фоне терапии ($31,8 \pm 1,4\%$) (рис. 9).



Рисунок 9. Частота случаев средней и низкой медицинской результативности

Было установлено, что полученная оценка медицинской результативности, в первую очередь, обусловлена параметрами качества медицинской помощи, получившими недостаточно высокие оценки (табл. 44), - кратностью посещений ($V=0,3490$), продолжительностью лечения ($V=0,3453$), адекватностью лечения ($V=0,2535$) и обследования ($V=0,0759$). Учитывая, что основными причинами снижения КМП по этим индикаторам, как было установлено экспертами, являются дефицит ЗУН у медицинского персонала и практика избыточного предоставления медицинских услуг, можно говорить о том, что именно эти факторы определяют невысокий уровень медицинской результативности в Сети.

Таблица 44.

Влияние индикаторов качества лечебно-диагностического процесса на медицинскую результативность

Индикаторы качества лечебно-диагностического процесса	Медицинская результативность		Ранг
	Хи-квадрат (χ^2)	Коэффициент Чупрова-Крамера (V)	
Кратность посещений	360,93 $p<0,05$	0,3490	1
Продолжительность лечения	353,44 $p<0,05$	0,3453	2
Адекватность лечения	126,63 $p<0,05$	0,2535	3
Адекватность консультативной помощи	17,62 $p=0,0015$	0,0759	4
Адекватность лабораторного обследования	15,06 $p=0,0045$	0,0621	5
Адекватность инструментального обследования	10,25 $p=0,036$	0,0564	6

Социальная эффективность (непрямой анализ)

В связи с невозможностью оценки социальной эффективности методом анкетирования пациентов (отказ от заполнения анкеты и невозможность получения выборки достаточного объема), данный параметр оценивался по косвенному критерию – приверженности пациентов врачебным назначениям – комплаентности.

При экспертной оценке был выявлен 61 случай ($5,7 \pm 0,7\%$ от всех случаев обращения) недостаточного соблюдения врачебных назначений и 141 случай ($13,2 \pm 1,0\%$ от всех случаев обращения) неявки на повторный прием, назначенный врачом. Несоблюдение врачебных назначений, в том числе неявка на повторный прием, свидетельствуют о низкой комплаентности пациентов и косвенно указывают на недостаточную социальную эффективность медицинской помощи в $18,9 \pm 1,2\%$ случаев. Было установлено, что на низкую комплаентность пациентов оказывают статистически значимое влияние индикаторы КМП, характеризующиеся наличием дефектов: продолжительность лечения ($V=0,3439$), медицинская результативность ($V=0,3412$), кратность посещений ($V=0,3344$), адекватность консультативной помощи ($V=0,0675$), обоснованность диагноза ($V=0,0667$) и адекватность лабораторного обследования ($V=0,0488$) (табл. 45).

Таблица 45.

Влияние качества лечебно-диагностического процесса и результатов лечения на приверженность пациентов лечению

Индикаторы качества лечебно-диагностического процесса	Приверженность пациентов лечению		Ранг
	Хи-квадрат (χ^2)	Коэффициент Чупрова-Крамера (V)	
Продолжительность лечения	379,56 $p < 0,05$	0,3439	1
Медицинская результативность	345,32 $p < 0,05$	0,3412	2
Кратность посещений	358,94 $p < 0,05$	0,3344	3
Адекватность консультативной помощи	15,07 $p = 0,004$	0,0675	4
Обоснованность диагноза	14,16 $p = 0,007$	0,0667	5
Адекватность лабораторного обследования	9,96 $p = 0,04$	0,0488	6

Подтверждением того, что комплаентность связана с КМП являются данные табл. 46. Так, число случаев высокой приверженности лечению было статистически значимо выше среди пациентов, у которых диагноз был полностью обоснован, лабораторное обследование, продолжительность

лечения и кратность посещений были адекватными, а медицинская результативность – высокой.

Таблица 46.

Приверженность врачебным назначениям при различных значениях индикаторов качества медицинской помощи

Параметры оценки	Приверженность врачебным назначениям		p-значение (фи-критерий)
	Высокая	Недостаточная	
<i>Продолжительность лечения</i>			
Адекватная	97,7±0,5* [†]	2,3±0,5* [†]	*p<0,001 [†] p<0,05
Недостаточная	48,0±1,5*	52,0±1,5*	
Избыточная	94,9±0,7 [†]	5,1±0,7 [†]	
<i>Медицинская результативность</i>			
Выздоровление/улучшение/ремиссия	94,5±0,7	5,5±0,7	p<0,001
Без динамики/ухудшение	48,4±1,5	51,9±1,5	
<i>Кратность посещения</i>			
Адекватная	97,0±0,5*	3,0±0,5* [†]	*p<0,001 [†] p<0,02
Недостаточная	48,8±1,5*	51,2±1,5*	
Избыточная	90,3±0,9 [†]	9,7±0,9 [†]	
<i>Консультативная помощь</i>			
Адекватная	81,7±1,2*	18,3±1,2*	*p<0,001
Недостаточная	85,9±1,1	14,1±1,1	
Избыточная	72,1±1,4*	27,9±1,4*	
<i>Обоснованность диагноза</i>			
Обоснован	84,1±1,1	15,9±1,1	p<0,001
Обоснован недостаточно/ не обоснован	75,2±1,3	24,8±1,3	
<i>Лабораторное обследование</i>			
Адекватное	87,8±1,0* [†]	12,2±1,0* [†]	*p<0,01 [†] p<0,001
Недостаточное	80,7±1,2*	19,3±1,2*	
Избыточное	78,2±1,3 [†]	21,8±1,3 [†]	

Среди факторов, оказывающих влияние на качественные параметры медицинской помощи, статистически достоверными были признаны стаж работы врачебного персонала в Сети и форма оплаты пациентами медицинской помощи (наличными средствами, ДМС, индивидуальный контракт)

Было установлено, что стаж работы врача в Сети оказывал влияние на такие параметры КМП, как адекватность лабораторного обследования, консультативной помощи и кратности посещений (табл. 47). Достоверной связи с другими параметрами выявлено не было.

При этом только через 4-5 лет работы стаж способствовал статически значимому увеличению частоты случаев адекватного и снижению частоты недостаточного обследования. Частота избыточного обследования от стажа не зависела.

Через 6 лет работы в Сети отмечалось статистически значимое увеличение частоты случаев адекватного назначения консультаций специалистов и снижение частоты случаев их избыточного назначения.

Положительное влияние стажа работы на кратность посещений было зафиксировано только в первые 5 лет работы в Сети, без достоверного влияния на частоту случаев избыточной кратности посещений.

Таблица 47.

Качество медицинской помощи, оказываемой врачами с различным стажем работы в Сети

Стаж работы в Сети	Лабораторное обследование (%)			
	Адекватное	Недостаточное	Избыточное	Всего
0-3 года	15,0±1,1*	46,8±1,5 [†]	38,2±1,5	100,0
4-5 лет	23,2±1,3* [†]	34,3±1,5* [†]	42,5±1,5	100,0
≥ 6 лет	12,1±1,0 [†]	46,0±1,5*	41,9±1,5	100,0
р-значение (фи-критерий)	* <0,01 [†] <0,001	* <0,01 [†] <0,001	>0,05	
Хи-квадрат = 17,03 (p=0,002) Коэффициент Чупрова-Крамера = 0,06				
Стаж работы в Сети	Консультативная помощь (%)			
	Адекватная	Недостаточная	Избыточная	Всего
0-3 года	65,9±1,4 [#]	15,8±1,1*	18,3±1,2*	100,0
4-5 лет	72,6±1,4	8,9±0,9* [#]	18,5±1,2 ^{&}	100,0
≥ 6 лет	72,6±1,4 [#]	15,7±1,1 [#]	11,7±1,0* ^{&}	100,0
р-значение (фи-критерий)	[#] <0,02	* <0,01 [#] <0,02	* <0,01 ^{&} <0,05	
Хи-квадрат = 12,53 (p=0,01) Коэффициент Чупрова-Крамера = 0,06				
Кратность посещений (%)				
0-3 года	56,6±1,5* [†]	37,1±1,5 ^{#†}	6,3±0,7	100,0
4-5 лет	68,0±1,4*	27,4±1,4 [#]	4,6±0,6	100,0
≥ 6 лет	68,6±1,4 [†]	25,9±1,3 [†]	5,5±0,7	100,0
р-значение (фи-критерий)	* <0,01 [†] <0,001	[#] <0,02 [†] <0,001	>0,05	
Хи-квадрат = 16,10 (p=0,003) Коэффициент Чупрова-Крамера = 0,07				

Влияние формы оплаты медицинских услуг пациентом было достоверно установлено только для таких параметров КМП, как адекватность

консультативной помощи и своевременность лечения (табл. 48). Было выявлено, что врачи чаще придерживаются клинических рекомендаций при ведении пациентов, представляющих наименьшую экономическую выгоду для Сети. Так, частота адекватного назначения консультаций была наибольшей у пациентов, имеющих индивидуальный контракт ($71,6 \pm 1,4\%$). У этой же категории пациентов была самой низкой частота недостаточной консультативной помощи ($11,5 \pm 1,0\%$). Самая высокая частота избыточных назначений ($21,0 \pm 1,2\%$) была зафиксирована у пациентов, обслуживающихся по программам ДМС. С другой стороны у контрактных пациентов была самой низкой частота своевременного назначения лечения ($90,4 \pm 0,9\%$), что можно объяснить зависимостью внимательного отношения от экономической выгоды пациента.

Таблица 48.

Качество медицинской помощи, оказываемой пациентам различных категорий обслуживания

Категория медицинск ого обслужи вания пациента по принципу оплаты	Консультативная помощь (%):				Своевременность лечения (%):		
	Адекватна я	Недостат очная	Избыточн ая	Всего	Своевре мное	Несвоевре менное	Всего
ДМС	$63,3 \pm 1,5^{*†}$	$15,7 \pm 1,1^*$	$21,0 \pm 1,2^*$	100,0	$93,7 \pm 0,7^*$	$6,3 \pm 0,7^*$	100,0
Контракт	$71,6 \pm 1,4^*$	$11,5 \pm 1,0^{*†}$	$16,9 \pm 1,1$	100,0	$90,4 \pm 0,9^{*†}$	$9,6 \pm 0,9^{*†}$	100,0
Наличный расчет	$70,0 \pm 1,4^†$	$16,6 \pm 1,1^†$	$13,3 \pm 1,0^*$	100,0	$94,7 \pm 0,7^†$	$5,3 \pm 0,7^†$	100,0
р-значение (фи- критерий)	$*p < 0,001$ $†p < 0,01$	$*p < 0,05$ $†p < 0,01$	$*p < 0,01$		$*p < 0,05$	$†p < 0,01$	
	Хи-квадрат = 11,62 (p=0,02) Коэффициент Чупрова-Крамера = 0,06				Хи-квадрат = 6,05 (p=0,05) Коэффициент Чупрова-Крамера = 0,05		

5.3 Оценка недостатков системы обеспечения качества медицинской помощи в Сети

В рамках оценки недостатков системы обеспечения КМП Сети был проведен анализ мнения руководителей и медицинского персонала.

В анкетировании административного персонала приняли участие 28 респондентов: медицинский директор, главные врачи и их заместители, заведующие отделениями, старшие медицинские сестры. Средний стаж работы в Сети участников опроса составил $2,6 \pm 0,4$ лет.

Медицинскими работниками была заполнена 241 анкета. Среди респондентов основную долю составили врачи (83,4%), 16,6% не указали свою должность; при этом, 80,9% были основными сотрудниками. Средний возраст опрошенных составил $36,0 \pm 0,6$ лет. Основная доля принадлежала медицинским работникам в возрасте 31-40 лет (40,0%) и до 31 года (33,9%), наименьший удельный вес имели сотрудники 61 года и старше (1,5%) (табл. 49).

Таблица 49.

Возрастные категории респондентов (%)				
Возрастные категории респондентов (лет)				
22-30	31-40	41-50	51-60	≥ 61
33,9	40,0	16,9	7,7	1,5

Средний стаж работы в Сети медицинских работников, принявших участие в опросе, составил $1,5 \pm 0,1$ лет. На долю лиц, работающих в Сети менее 1 года, приходилось 47,7%; от 1 до 5 лет – 48,6%; 6 лет и более – только 3,7% (табл. 50).

Таблица 50.

Стаж работы респондентов в Сети (%)			
Стаж работы респондентов в Сети (лет)			
< 1	1-3	4-5	≥ 6
47,7	38,6	10,0	3,7

Большинство респондентов не имели ни врачебной категории, ни научной степени. Так, высшая категория была у 14,5%, первая – у 6,6%, вторая – у 2,1%. Ученую степень кандидата медицинских наук имели 13,3%.

Результаты анкетирования показали, что в процессе обеспечения КМП руководство уделяет наибольшее внимание управлению материальными ресурсами (табл. 51). Более 7,0 баллов по 10-ти балльной шкале было присвоено параметрам, характеризующим развитие инфраструктуры, наращивание лечебно-диагностических возможностей и обеспечение адекватного финансирования.

Таблица 51.

Оценка руководителями значимости параметров, характеризующих материальные ресурсы

Параметры	Средний балл по 10-ти балльной шкале
Наличие лаборатории	9,1±0,2
Использование стационарозамещающих технологий	9,1±0,2
Информатизация рабочих процессов	8,7±0,5
Наличие аптеки	8,4±0,3
Лечебно-диагностические возможности	8,3±0,5
Современное лечебно-диагностическое оборудование	8,0±0,4
Финансирование	7,1±0,6

В результате целенаправленной работы администрации Сети в этом направлении, более 70,0% медицинских работников оказались удовлетворены санитарно-гигиеническими условиями и эстетикой рабочего места. Удовлетворенность материально-техническим оснащением и информационными технологиями оказалась недостаточной – менее 60,0%, что может быть связано, как с качеством оборудования, так и непониманием реальных потребностей руководством (табл. 52).

Таблица 52.

**Удовлетворенность медицинских работников параметрами,
характеризующими материально-техническое обеспечение условий
труда**

Параметры	Оценки					Средний балл (по 5-ти балльной шкале)	Ранг
	Очень высокая (5 баллов)	Высокая (4 балла)	Средняя (3 балла)	Низкая (2 балла)	Очень низкая (1 балл)		
	%	%	%	%	%		
Санитарно-гигиенические условия	43,6±3,2	36,1±3,1	10,3±2,0	7,5±1,7	2,5±1,0	4,1±0,1	1
Эстетика рабочего места	39,7±3,2	36,0±3,1	15,9±2,4	4,6±1,3	3,8±1,2	4,0±0,1	2
Оснащенность рабочего места информационными технологиями	28,4±2,9	24,3±2,8	20,9±2,6	19,7±2,6	6,7±1,6	3,5±0,1	3
Материально-техническое оснащение рабочего места	23,3±2,7	35,4±3,1	18,8±2,5	16,7±2,4	5,8±1,5	3,5±0,1	4

При этом, как видно из табл. 53, руководители Сети не придают большого значения развитию медицинского персонала, отдавая приоритет готовым сотрудникам. На это указывает высокая оценка значимости уровня квалификации ($8,0 \pm 0,3$ баллов по 10-ти балльной шкале) в совокупности с низкой оценкой значимости приверженности обучению ($5,2 \pm 0,5$ балла по 10-ти балльной шкале). Недооценка значимости восприимчивости сотрудников инновациям ($4,6 \pm 0,4$ баллов по 10-ти балльной шкале) свидетельствует о невнимании администрации Сети к инновационному развитию.

Таблица 53.

**Оценка руководителями значимости параметров, характеризующих
работу с кадрами**

Параметры	Средний балл по 10-ти балльной шкале
<i>Профессионально-квалификационный потенциал</i>	
Уровень квалификации медицинского персонала	$8,0 \pm 0,3$
<i>Готовность к профессиональному и личностному развитию:</i>	
Приверженность медицинского персонала обучению	$5,2 \pm 0,5$
Восприимчивость медицинского персонала инновациям	$4,6 \pm 0,4$

В свою очередь, нанимаемые медицинские работники привержены своей профессии (частота высоких оценок более 85,0%); готовы к

профессиональному и личностному развитию (частота высоких оценок более 77,0%) и высоко оценивают профессиональный уровень коллег (частота высоких оценок более 77,0%) (табл. 54). Полученные результаты свидетельствуют о диссонансе целевых устремлений руководства и ценностей сотрудников, а также о переоценке сотрудниками уровня своей компетенции. Это является сдерживающим фактором в повышении КМП.

Таблица 54.

Удовлетворенность медицинского персонала профессиональным уровнем коллег, приверженность профессии и готовность к развитию

Параметры	Оценки					Средний балл (по 5-ти балльной шкале)
	Очень высокая (5 баллов)	Высокая (4 балла)	Средняя (3 балла)	Низкая (2 балла)	Очень низкая (1 балл)	
	%	%	%	%	%	
Профессионально-квалификационный потенциал						
Профессиональный уровень коллег	38,8±3,1	38,8±3,1	17,7±2,5	4,3±1,3	0,4±0,4	4,0±0,1
Приверженность профессии						
Работа с больными людьми	64,3±3,1	26,0±2,8	8,5±1,8	0,4±0,4	0,8±0,6	4,4±0,1
Авторитет профессии	50,4±3,2	36,6±3,1	8,8±1,8	3,4±1,2	0,8±0,6	4,3±0,1
Готовность к профессиональному и личностному развитию						
Работа как средство достижения успеха в жизни	37,9±3,1	39,2±3,1	14,0±2,2	3,8±1,2	5,1±1,4	3,9±0,1

5.4. Механизмы непрерывного повышения качества медицинской помощи и инновационного развития

Основными механизмами реализации направления непрерывного повышения КМП и инновационного развития являются:

- 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;
- непрерывное профессиональное развитие медицинского персонала;

- стимулирование повышения КМП и инновационной активности медицинского персонала;
- сотрудничество с образовательными организациями в форме многостороннего стратегического альянса (МССА).

Совершенствование отбора медицинского персонала

При отборе медицинского персонала в качестве оценочных критериев следует использовать исходный уровень профессиональной квалификации и личностные характеристики. Оценка уровня профессиональной квалификации может осуществляться с помощью утвержденных квалификационных тестовых заданий по специальности (проходной результат – не менее 80% правильных ответов). Личностные характеристики могут оцениваться с помощью анкетирования или интервью на предмет соответствия ценностей сотрудника ценностям медицинской организации, готовности к изменениям, профессиональному и личностному развитию.

Четырехуровневая система внутреннего контроля качества медицинской помощи и инновационного развития

Организационными особенностями четырехуровневой системы внутреннего контроля КМП и инновационного развития являются контроль на уровне врача, заведующего отделением, главного врача/заместителя главного врача медицинской организации и заместителя медицинского директора по контролю КМП; разделение 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 (рис.10).

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 соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
 - Сроки оказания медицинских услуг и назначения лекарственных препаратов
 - Результаты лечения
 - Наличие осложнений
 - Ведение медицинской документации, включая 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»

Врач

1. Обоснованное установление клинического диагноза
2. Оказание медицинских услуг и назначение лекарственных препаратов в соответствии 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 10. Схема четырехуровневой системы контроля качества медицинской помощи и инновационного развития

Вопросы НПР и мотивации медицинского персонала, а также организация МССА с образовательными организациями рассмотрены в главе 6.

Таким образом, было установлено, что исходно КМП в Сети находилось на недостаточно высоком уровне. Основные проблемы были обусловлены несовершенством системы контроля КМП и недостаточным вниманием, уделяемым работе с кадрами. На основании анализа выявленных недостатков и их причин, были предложены механизмы реализации направления по непрерывному повышению КМП и инновационному развитию. К ним относятся совершенствование отбора медицинского персонала, включающее оценку исходного уровня профессиональной квалификации, личностных характеристик и готовности к развитию. Внедрение четырехуровневой системы контроля КМП и инновационного развития, обеспечивающей разделение функциональных обязанностей каждого уровня по степени экспертной и административной сложности; вовлеченность и личную ответственность каждого сотрудника; возможности для проявления инициативы. НПР и мотивацию медицинского персонала. Развитие МССА с образовательными организациями. Предложенные механизмы могут использоваться для непрерывного повышения КМП и инновационного развития не только Сети, но и других частных, а также государственных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Глава 6. Формирование внутриорганизационных систем непрерывного компетентностного развития и мотивации персонала медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях

6.1. Организационно-управленческие аспекты работы с медицинскими кадрами в Сети

Для системы управления медицинским персоналом Сети характерна линейная структура (рис. 11). В отличие от государственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, управление медицинским персоналом осуществляется силами двух структурных подразделений – медицинского департамента и департамента по работе с персоналом, во главе которых стоят медицинский директор и директор по персоналу соответственно, подчиняющиеся заместителю генерального директора по оперативной работе. Медицинскому директору непосредственно подчиняются заместитель по контролю КМП и главные врачи одиннадцати медицинских организаций. Главный врач возглавляет администрацию медицинской организации, которая включает заведующих отделениями и старшую медицинскую сестру. В крупных медицинских организациях выделена должность заместителя главного врача, частично разделяющего полномочия главного врача. Заведующие руководят врачами соответствующих отделений, а старшая медицинская сестра – сестринским персоналом. Департамент по работе с персоналом включает два отдела – отдел кадров и отдел по подбору персонала, возглавляемые начальниками и укомплектованные соответствующими специалистами.

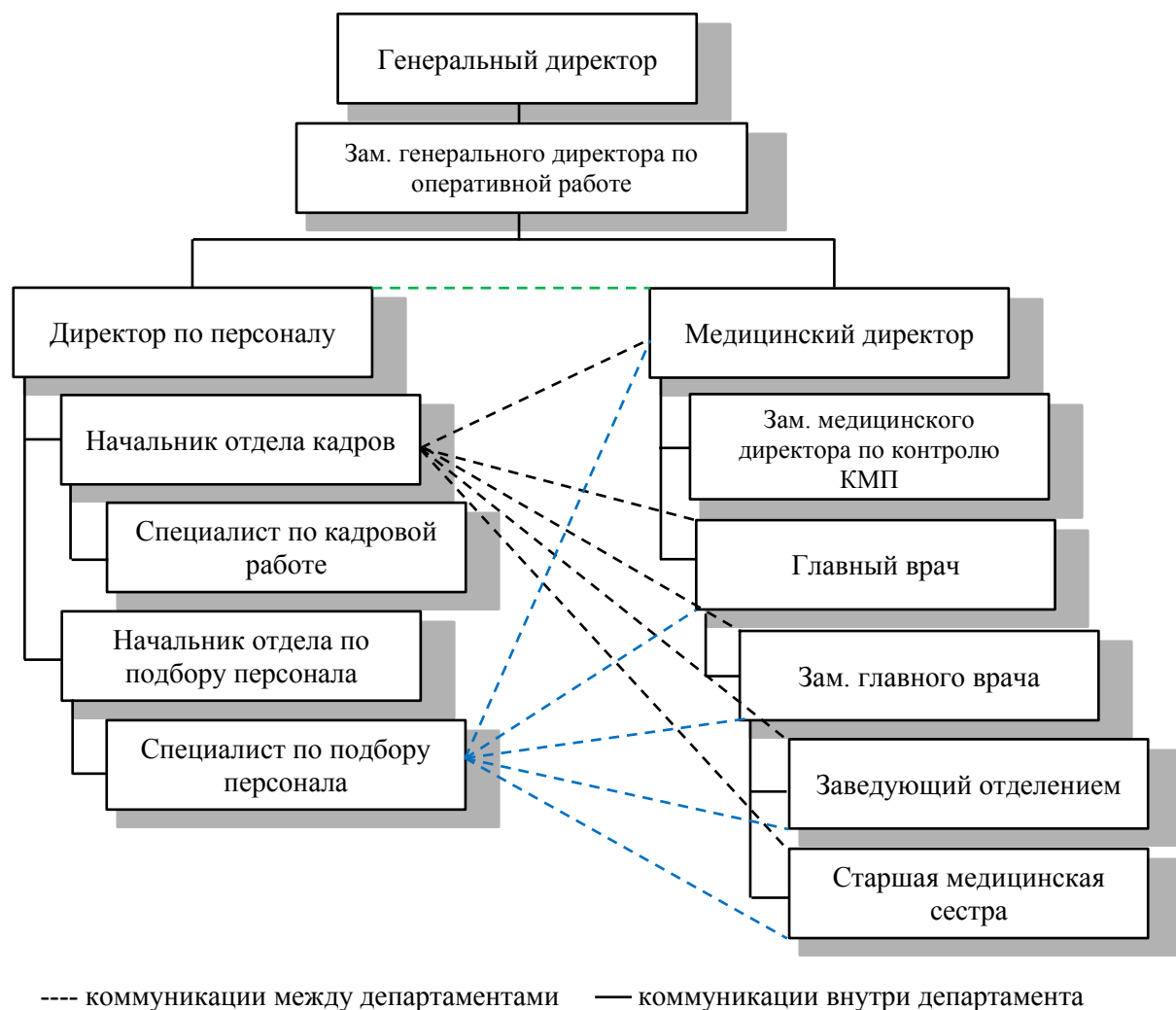


Рисунок 11. Организационная структура управления медицинским персоналом в Сети

Система управления медицинским персоналом Сети обеспечивает выполнение традиционных функций. Все они, за исключением оценки и контроля деятельности медицинского персонала, а также кадрового делопроизводства, выполняются при тесном взаимодействии двух департаментов. Оценка и контроль является исключительно зоной ответственности медицинского департамента; кадровое делопроизводство - департамента по работе с персоналом. Преимуществом подобной организационной структуры является возможность рационального распределения функций управления персоналом, связанных и не связанных с организацией лечебно-диагностического процесса, между профильными подразделениям.

Используемые в Сети подходы к обучению и стимулированию персонала не имели преимуществ перед организациями государственного сектора здравоохранения. Обучение врачебного и сестринского персонала ограничивалось прохождением повышения квалификации в образовательных организациях с целью подтверждения сертификата специалиста. Внутриорганизационное обучение и обучение административного персонала отсутствовало. Использовалось материальное стимулирование с положительным (при выполнении плана по выручке) или отрицательным (при выявлении дефектов оказания медицинской помощи) подкреплением. В качестве нематериального стимулирования выступало обеспечение медицинских работников социальным пакетом.

6.2. Оценка уровня компетенции и выявление проблем непрерывного профессионального развития медицинского персонала Сети

Оценка уровня компетенции медицинского персонала Сети

Оценка уровня компетенции медицинского персонала Сети проводилась с помощью внутренней аттестации и экспертизы КМП в отделениях ОВП и терапии. Выбор отделений был обусловлен тем, что ВОП и терапевты являются врачами первичного контакта, обеспечивают комплексное наблюдение пациента и его маршрут в медицинской организации.

Внутренняя аттестация медицинского персонала

Внутренняя аттестация ВОП и терапевтов проводилась в условиях учебного центра (УЦ) Сети с использованием внутриорганизационной системы дистанционного обучения (СДО). Разработка тестовых заданий осуществлялась при участии преподавателей кафедры общей врачебной практики Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, имеющих опыт подготовки специалистов по общей врачебной практике и терапии. Всего было разработано 3 варианта тестовых вопросов закрытого типа – порядка 200

тестовых вопросов в каждом. Тестовые задания включали вопросы из утвержденных сборников квалификационных тестов, а также дополнительные вопросы. Для ответа на тестовые вопросы отводилось 3 часа. Оценка проводилась программой автоматически. Отличным считался результат 91-100% правильных ответов; хорошим – 81-90% правильных ответов; удовлетворительным – 71-80% правильных ответов. Неудовлетворительным был результат - 70% и менее правильных ответов.

В аттестации приняли участие все врачи отделений ОВП и терапии – всего 47 врачей. Аттестация продемонстрировала в целом неудовлетворительный уровень теоретической подготовки ВОП и терапевтов. Средний балл составил $6,3 \pm 0,2$ из 10,0 возможных; $77,6 \pm 6,1\%$ врачей дали 70,0% и менее правильных ответов на тестовые вопросы (рис. 12). Полученные результаты показали потребность всех ВОП и терапевтов Сети в НПР, дополнительном к циклам повышения квалификации, проводимым один раз в 5 лет.

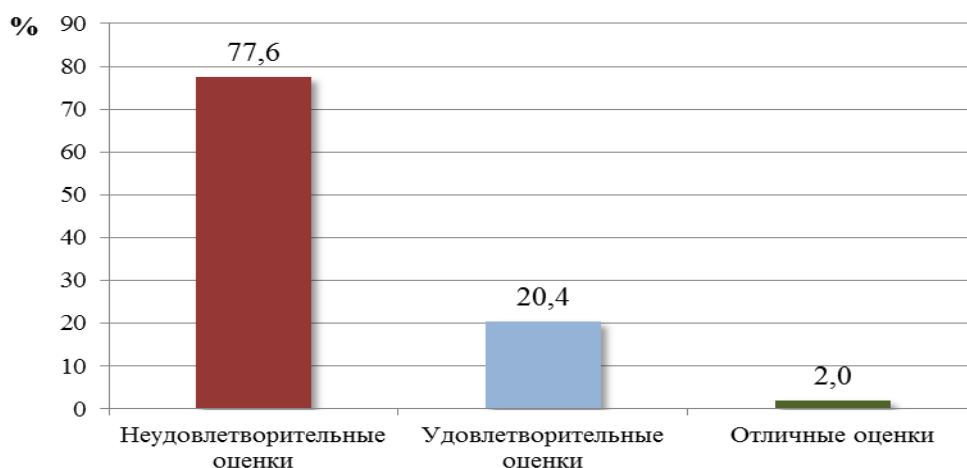


Рисунок 12. Результаты внутренней аттестации ВОП и терапевтов

С организационной точки зрения было установлено, что аттестация не требует значительных затрат свободного времени врача - среднее время, затраченное на решение тестовых заданий, оказалось значительно меньше регламентированного ($110,9 \pm 6,3$ минуты).

Экспертиза качества медицинской помощи

Преподавателями кафедры общей врачебной практики была проведена выборочная экспертная оценка 1070 законченных случаев обращения к ВОП и терапевтам. Предметом экспертизы были состояние лечебно-диагностического процесса и качество заполнения ЭМК.

Экспертиза продемонстрировала высокую распространенность дефектов, связанных с лечебно-диагностическим процессом ($73,6 \pm 1,3$ на 100 законченных случаев). В среднем 1,4 дефекта на 1 законченный случай. Те или иные дефекты заполнения ЭМК были выявлены в $12,1 \pm 1,0\%$ случаев.

Проведенный анализ позволил выявить наиболее проблемные области медицинских знаний и структуру дефектов ЗУН. Как видно из табл. 55, у ВОП и терапевтов Сети имелась потребность в обучении, в первую очередь, по таким темам, как ОРВИ, артериальная гипертензия, соматоформные расстройства, дорсопатия, острый бронхит, хронический панкреатит, синдром раздраженного кишечника, хронический гастрит, железодефицитная анемия, дискинезия желчевыводящих путей, диффузный зоб щитовидной железы, дислипидемия, острый синусит, остеоартроз и хронический холецистит. При этом акцент должен быть сделан на диагностическом процессе, обусловившем $85,3\%$ в структуре выявленных дефектов медицинской помощи.

Таблица 55.

Выявленный по итогам экспертной оценки дефицит знаний, умений и навыков у ВОП и терапевтов

Ранг	Область медицинских знаний	Случаи выявления дефектов		Структура дефектов(%)		
				Диагностика	Обследование	Лечение
		п	%			
1	ОРВИ	254	$32,2 \pm 1,4$	27,6	63,8	8,6
2	Артериальная гипертензия	63	$8,0 \pm 0,8$	34,9	54,0	11,1
3	Соматоформные расстройства	60	$7,6 \pm 0,8$	45,0	30,0	25,0
4	Дорсопатия	55	$7,0 \pm 0,8$	43,7	34,5	21,8
5	Острый бронхит	36	$4,6 \pm 0,6$	69,4	13,9	16,7
6	Хронический панкреатит	30	$3,8 \pm 0,6$	53,3	36,7	10,0

Продолжение таблицы 55

7	Синдром раздраженного кишечника	25	3,2±0,5	44,0	48,0	8,0
8	Хронический гастрит	18	2,3±0,5	44,4	22,3	33,3
9	Железодефицитная анемия	17	2,2±0,4	58,8	23,5	17,7
10-11	Дискинезия желчевыводящих путей	15	1,9±0,4	60,0	26,7	13,3
10-11	Диффузный зоб щитовидной железы	15	1,9±0,4	6,7	86,6	6,7
12-13	Дислипидемия	13	1,7±0,4	46,2	30,7	23,1
12-13	Острый синусит	13	1,7±0,4	69,2	7,7	23,1
14	Остеоартроз	11	1,4±0,4	18,2	45,5	36,3
15	Хронический холецистит	10	1,3±0,3	80,0	10,0	10,0
16	Другие	152	19,2±1,2	43,4	39,5	17,1
Итого		787	100	39,9	45,4	14,7

Проблемы непрерывного профессионального развития медицинского персонала Сети

Выявление проблем НПР медицинского персонала Сети проводилось с помощью анкетирования административного и медицинского персонала. Было заполнено и проанализировано 28 и 241 анкета соответственно.

Как видно из табл. 56, руководство Сети средне оценивало значимость НПР (7,3±0,5 балла по 10-ти балльной шкале), не придавало большого значения низкой приверженности сотрудников обучению (5,2±0,5 балла по 10-ти балльной шкале) и дефициту у них тех или иных навыков (средний балл < 6,0 по 10-ти балльной шкале).

Таблица 56.**Оценка руководителями значимости параметров, характеризующих обучение и навыки медицинского персонала**

Параметры	Средний балл по 10-ти балльной шкале
Значимость НПР медицинского персонала	7,3±0,5
Приверженность медицинского персонала обучению	5,2±0,5
Уровень коммуникативных навыков у медицинского персонала	5,5±0,4

Продолжение таблицы 56

Уровень практических навыков у медицинского персонала	5,3±0,5
Уровень навыков работы с медицинской документацией	5,3±0,4
Уровень навыков работы в ЭМК	4,1±0,5

Следствием недостаточного внимания к обучению медицинских кадров явилась неудовлетворенность большинства медицинских работников Сети организацией обучения и развития (табл. 57). Частоты высоких оценок оказались в среднем ниже 70,0%. При этом наименьшая удовлетворенность была обусловлена условиями для профессионального развития и служебного роста (46,7±3,2%), возможностями для тематического усовершенствования (41,9±3,2%), для получения новой специальности (34,0±3,1%), для участия в научно-практических мероприятиях (23,4±2,7%).

Таблица 57.

Удовлетворенность медицинских работников параметрами, характеризующими организацию обучения и развития

Параметры	Оценки					Средний балл по 5-ти балльной шкале	Ранг
	Очень высокая (5 баллов)	Высокая (4 балла)	Средняя (3 балла)	Низкая (2 балла)	Очень низкая (1 балл)		
	%	%	%	%	%		
Удовлетворенность достигнутым уровнем профессиональной квалификации	24,5±2,8	41,5±3,2	22,7±2,7	6,5±1,6	4,8±1,4	3,6±0,1	1
Возможность своевременного подтверждения сертификата специалиста	33,8±3,0	22,2±2,7	33,8±3,0	4,9±1,4	5,3±1,4	3,5±0,1	2
Работа корпоративной системы профессионального развития	23,5±2,7	28,3±2,9	30,4±3,0	8,3±1,8	9,5±1,9	3,3±0,1	3
Организация наставничества, распространение знаний и опыта	20,5±2,6	27,1±2,9	34,0±3,1	10,5±2,0	7,9±1,7	3,2±0,1	4

Продолжение таблицы 57

Условия для профессионального и служебного роста	19,0±2,5	27,7±2,9	32,5±3,0	10,8±2,0	10,0±1,9	3,2±0,1	5
Возможность тематического усовершенствования	22,3±2,7	19,6±2,6	38,4±3,1	8,1±1,8	11,6±2,1	3,1±0,1	6
Возможность получения новой специальности	15,6±2,3	18,4±2,5	44,5±3,2	8,7±1,8	12,8±2,2	2,9±0,1	7
Возможность участия в научно-практических мероприятиях	11,7±2,1	11,7±2,1	45,3±3,2	10,3±2,0	21,0±2,6	2,6±0,1	8

6.3. Оценка системы мотивации и стимулирования медицинского персонала Сети

Для оценки действующей в Сети системы мотивации и стимулирования медицинского персонала было проведено анкетирование руководителей (28 респондентов) и медицинских работников (241 респондент).

Выполняемая работа

Медицинские работники были удовлетворены, прежде всего, теми параметрами выполняемой работы, которые характеризуют их медицинскую деятельность в целом, без относительно к работы в Сети. Более 70,0% высоких оценок получили такие параметры, как сложность и ответственность работы, возможность видеть результаты своего труда, соответствие выполняемых обязанностей основной профессиональной деятельности, соответствие работы уровню компетенции, содержание рабочего процесса. Удовлетворенность параметрами, характеризующими специфику работы в Сети, оказалась менее 70,0%: возможность для самореализации - 68,8±3,0%, возможность для проявления творчества и инициативы - 58,7±3,2%, удовлетворенность конкретной работой - 7,8±1,7% (табл. 58).

Таблица 58.**Удовлетворенность медицинского персонала выполняемой работой**

Параметры	Оценки					Средний балл по 5-ти балльной шкале	Ранг
	Очень высокая (5 баллов)	Высокая (4 балла)	Средняя (3 балла)	Низкая (2 балла)	Очень низкая (1 балл)		
	%	%	%	%	%		
Сложность и ответственность работы	55,8±3,2	31,7±3,0	9,2±1,9	2,9±1,1	0,4±0,4	4,4±0,1	1
Возможность видеть результаты своего труда	56,4±3,2	33,6±3,0	7,1±1,7	2,9±1,1	0,0±0,0	4,4±0,1	2
Соответствие выполняемых обязанностей основной профессиональной деятельности	52,4±3,2	39,5±3,1	5,6±1,5	2,1±0,9	0,4±0,4	4,2±0,1	3
Соответствие работы уровню компетенции	48,3±3,2	35,0±3,1	9,2±1,9	6,7±1,6	0,8±0,6	4,2±0,1	4
Содержание рабочего процесса	34,7±3,1	44,8±3,2	14,2±2,2	5,0±1,4	1,3±0,7	4,0±0,1	5
Возможность для самореализации	29,6±2,9	39,2±3,1	17,9±2,5	8,7±1,8	4,6±1,3	3,8±0,1	6
Возможность для творчества и проявления инициативы	30,0±3,0	28,7±2,9	24,2±2,8	10,0±1,9	7,1±1,7	3,6±0,1	7
Отношение к работе в целом	3,9±1,2	3,9±1,2	38,0±3,1	44,9±3,2	9,3±1,9	2,1±0,1	8

Условия труда

Как видно из табл. 59, при формировании условий труда основное внимание руководством уделялось материально-техническому оснащению, информатизации и работе над имиджем организации (средний балл $\geq 7,0$ по 10-ти балльной шкале). При этом они не считали значимыми такие факторы, как материальное стимулирование ($5,9 \pm 0,6$ баллов по 10-ти балльной шкале) и формирование благоприятного производственного климата ($4,6 \pm 0,6$ баллов по 10-ти балльной шкале).

Таблица 59.**Оценка руководителями значимости параметров, характеризующих условия труда**

Параметры	Средний балл по 10-ти балльной шкале
Степень информатизации рабочих процессов	8,7±0,5
Оснащение современным лечебно-диагностическим оборудованием	8,0±0,4
Имидж	7,9±0,5
Уровень заработной платы	5,9±0,6
Производственный климат	4,6±0,6

Из табл. 60 следует, что медицинский персонал в наибольшей степени был удовлетворен параметром условий труда, на который руководство обращает наименьшее внимание, – это взаимоотношения с коллегами (97,5±1,1%). Высокая удовлетворенность взаимоотношениями с непосредственным руководителем (95,4±1,8%) указывает на способность формирования благоприятного производственного климата на уровне отдельных структурных подразделений. В достаточной степени ($\geq 70,0\%$ высоких оценок) медицинский персонал был удовлетворен санитарно-гигиеническими условиями, отношением пациентов, эстетическими характеристиками, распределением рабочей нагрузки, имидживой составляющей, а также стабильностью трудовой занятости. В недостаточной степени (частота высоких оценок $< 70,0\%$) сотрудники оказались удовлетворены рабочими коммуникациями, организацией охраны труда и здоровья, а также системой мотивации. Особенно низкая удовлетворенность была отмечена в отношении нематериального стимулирования (38,4±3,1%) и премирования (34,1±3,1%).

Таблица 60.**Удовлетворенность медицинских работников условиями труда**

Параметры	Оценки					Средний балл по 5-ти балльной шкале	Ранг
	Очень высокая (5 баллов)	Высокая (4 балла)	Средняя (3 балла)	Низкая (2 балла)	Очень низкая (1 балл)		
	%	%	%	%	%		
Взаимоотношения с коллегами по работе	74,7±2,8	22,8±2,7	1,3±0,7	0,4±0,4	0,8±0,6	4,7±0,04	1

Продолжение таблицы 60

Взаимоотношения с непосредственным руководителем	69,9±3,0	25,5±2,8	2,1±0,9	2,1±0,9	0,4±0,4	4,6±0,1	2
Санитарно-гигиенические условия	43,6±3,2	36,1±3,1	10,3±2,0	7,5±1,7	2,5±1,0	4,1±0,01	3
Отношение пациентов к персоналу	34,6±3,1	45,4±3,2	14,2±2,2	5,4±1,5	0,4±0,4	4,1±0,1	4
Имидж организации	41,9±3,2	35,2±3,1	16,1±2,4	6,4±1,6	0,4±0,4	4,0±0,1	5
Эстетика рабочего места	39,7±3,2	36,0±3,1	15,9±2,4	4,6±1,3	3,8±1,2	4,0±0,1	6
Надежность места работы	34,5±3,1	38,2±3,1	18,5±2,5	7,1±1,7	1,7±1,7	3,9±0,1	7
График работы	34,2±3,1	37,5±3,1	14,6±2,3	11,7±2,1	2,0±0,9	3,9±0,1	8
Физическая и психологическая нагрузка	30,5±3,0	40,2±3,2	16,3±2,4	10,5±2,0	2,5±1,0	3,8±0,1	9
Зарплата	23,4±2,7	40,6±3,2	21,3±2,6	13,4±2,2	1,3±0,7	3,7±0,1	10
Своевременная информация об изменениях, новшествах и т.д.	31,8±3,0	30,9±3,0	20,8±2,6	10,6±2,0	5,9±1,5	3,6±0,1	11
Охрана здоровья сотрудников	28,3±2,9	35,1±3,1	18,3±2,5	10,8±2,0	7,5±1,7	3,6±0,1	12
Осведомленность о положении дел и перспективах развития	22,4±2,7	33,3±3,0	23,8±2,7	14,3±2,3	6,2±1,6	3,4±0,1	13
Нематериальное стимулирование	12,5±2,1	25,9±2,8	28,0±2,9	21,1±2,6	12,5±2,1	2,9±0,1	14
Премирование	12,5±2,1	21,6±2,7	28,6±2,9	20,4±2,6	16,9±2,4	2,8±0,1	15

Следует признать, что проблема удовлетворенности медицинского персонала трудом является общей для систем здравоохранения. Вместе с тем значения показателей удовлетворенности, представленные в научной литературе, находятся в широком диапазоне, что затрудняет сравнительную оценку. Так, в российских медицинских организациях они варьируют от 26,4% до 70,9% [278,300]; в зарубежных – от 30,3% до 85,7% [328,437,442]. В целом можно констатировать, что полученные для Сети результаты укладываются в эти интервалы. Основные факторы, влияющие на удовлетворенность сотрудников трудом в Сети и других медицинских организациях также сопоставимы. Для отечественных медицинских организаций это: уровень заработной платы; рабочая нагрузка; престиж профессии; система стимулирования; имидж организации; возможности для карьерного роста; содержание работы; условия труда; организация труда;

возможности для профессионального роста; взаимоотношения с руководством и с коллегами [53,120,172,227,244,281,300]. Для зарубежных медицинских организаций таковыми являются система мотивации; возможности для карьерного роста; уровень заработной платы; содержание работы; возможности для профессионального развития; возможности для проявления инициативы и активного участия в рабочих процессах; оснащение рабочего места; престиж профессии; рабочая нагрузка; взаимоотношения с коллегами и с пациентами [305,383,425,437,488,489,496].

Приверженность медицинского персонала Сети

При исследовании приверженности медицинского персонала Сети в группу риска увольнения вошла заметная доля опрошенных ($15,7 \pm 2,3\%$) медицинских работников, которые, по крайней мере, задумывались о смене места работы. Из них уверены в своем решении были 31,6% респондентов, близки к реализации еще 7,9 %. По этому параметру, ситуация в Сети соответствует данным литературы, согласно которым не увлечены своей работой 4,0% врачей [25] и хотели бы сменить место работы – 35,0% [53].

Было определено, какие параметры, характеризующие различные функции управления персоналом, являлись факторами, оказывающие статистически значимое влияние на возможность увольнения медицинских работников Сети (табл. 61). Прежде всего это: недостаточная вовлеченности сотрудников в рабочие процессы ($V=0,2209$); недостаточное материальное ($V=0,1758$) и нематериальное ($V=0,1641$) стимулирование; неэффективное управление ($V=0,1841$); неэффективная организация работы медицинской организации ($V=0,1644$); слабая ОК ($V=0,1620$).

Таблица 61.

Факторы, влияющие на риск увольнения медицинского персонала Сети

Факторы	Риск увольнения		Ранг
	Хи-квадрат (χ^2)	Коэффициент Чупрова-Крамера (V)	
Недостаточная вовлеченность в планирование работы сети	11,54 $p=0,0007$	0,2209	1

Продолжение таблицы 61

Недостаточное премирование	13,93 p=0,0002	0,1758	2
Недостаточное нематериальное стимулирование	12,23 p=0,0005	0,1641	3
Низкая эффективность работы администрации	15,14 p=0,0001	0,1814	4
Низкая эффективность работы медицинской организации	12,33 p=0,0004	0,1644	5
Низкая приверженность ценностям организации	12,03 p=0,0005	0,1620	6
Высокая физическая и психологическая нагрузка	11,93 p=0,0005	0,1603	7
Сложившиеся морально-нравственные нормы	10,09 p=0,001	0,1474	8
Недостаточная осведомленность о положении дел и перспективах развития	8,79 p=0,003	0,1386	9
Неблагоприятный психологический климат в коллективе	8,87 p=0,003	0,1380	10
Отношение к пациентам	8,72 p=0,003	0,1371	11
График работы	8,11 p=0,004	0,1319	12
Неблагоприятный имидж организации	7,82 p=0,005	0,1298	13
Недостаточные возможности для самореализации	7,76 p=0,05	0,1290	14
Недостаточная возможность для тематического усовершенствования	6,79 p=0,009	0,1243	15
Несоответствие миссии организации представлениям о собственном предназначении	6,24 p=0,01	0,1178	16
Отсутствие условий для профессионального и служебного роста	6,20 p=0,01	0,1171	17
Несоблюдение командного принципа в рабочем процессе	5,82 p=0,02	0,1122	18
Отсутствие системы наставничества	5,21 p=0,02	0,1075	19
Неблагоприятные санитарно-гигиенические условия	5,22 p=0,02	0,1056	20
Неудовлетворительные взаимоотношения с коллегами по работе	5,16 p=0,02	0,1050	21
Неудовлетворительная работа системы профессионального развития	4,89 p=0,027	0,1035	22
Несвоевременная информация об изменениях, новшествах и т.д.	4,62 p=0,03	0,1000	23
Ненадежность места работы	4,06 p=0,04	0,0933	24
Несоответствие рабочего места эстетическим представлениям	3,69 p=0,05	0,0892	25

6.4. Внутриорганизационная система непрерывного профессионального развития медицинского персонала

С учетом выявленных проблем в области организации обучения медицинского персонала Сети, были разработаны основные принципы и организационная структура внутриорганизационной системы НПР медицинского персонала.

Основными принципами внутриорганизационного НПР медицинского персонала являются:

1. Внедрение системы НПР предусматривает непрерывное повышение уровня профессионального и личностного развития медицинского персонала для повышения конкурентоспособности на рынке медицинских услуг.
2. Содержание НПР определяется актуальными образовательными потребностями отдельного медицинского работника.
3. Организационные формы и методы обучения обеспечивают решение целей и задач, стоящих перед образовательным процессом при минимальном отрыве медицинского персонала от производства. Организация рабочего процесса предусматривает наличие у медицинского персонала времени для участия в НПР.
4. НПР медицинского персонала имеет плановый характер и планируется заблаговременно.
5. Провайдерами НПР являются медицинская организация и образовательные организации.
6. В процессе НПР осуществляется обратная связь медицинских работников с провайдерами НПР с целью обсуждения образовательных потребностей и корректировки образовательного процесса.
7. В ходе НПР у медицинского персонала формируются, закрепляются и совершенствуются ЗУН, необходимые для оказания медицинской

помощи высокого качества и непрерывного его повышения, а также инновационного развития.

8. Материальная база и оснащение, необходимые для реализации НПР, включают выделенные помещения, компьютеры, мультимедиа-аппаратуру, сеть интернет, внутрисетевую информационную систему (интранет) и необходимые учебные материалы на бумажных и/или электронных носителях.
9. Реализация внутриорганизационного НПР для медицинских организаций, интегрированных в сеть, предусматривает создание собственного УЦ.
10. Оценка эффективности НПР проводится с использованием внутренних ресурсов и, при необходимости, с привлечением внешних – специалистов образовательных организаций.
11. Система НПР полностью интегрирована в медицинскую практику.
12. Мотивация медицинских работников к участию в НПР включает нематериальное и материальное стимулирование.
13. Цели и задачи НПР адаптируются к меняющимся условиям функционирования медицинской организации. В зависимости от этого пересматриваются необходимые компетентности, подходы к обучению и методы подготовки.

6.4.1. Трехуровневая система непрерывного профессионального развития медицинского персонала

Для реализации перечисленных принципов НПР медицинского персонала в медицинской организации рекомендуется использование трехуровневой системы НПР, включающей уровни «Адаптация» (1 уровень), «Коррекция» (2 уровень) и «Развитие» (3 уровень) (рис. 13).

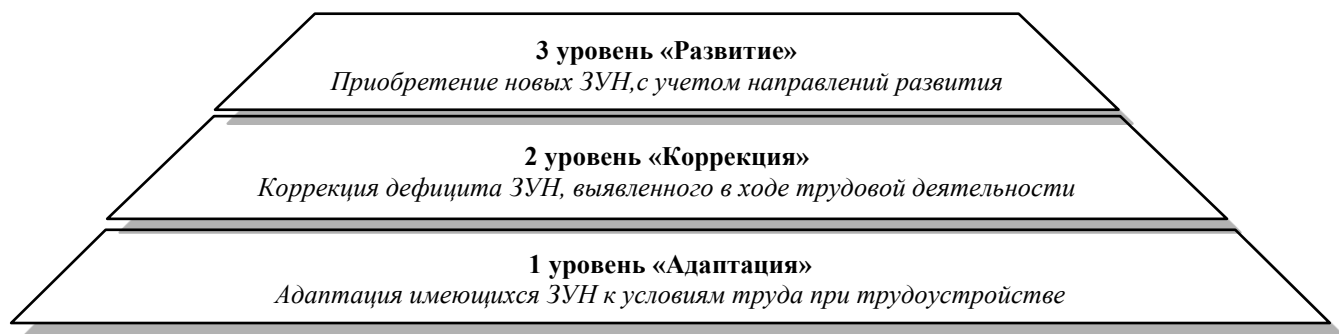


Рисунок 13. Трехуровневая система НПП медицинского персонала

Преимуществами трехуровневой системы НПП являются последовательность и преемственность учебного процесса, а также возможность коррекции его содержания в зависимости от результатов работы медицинской организации и направлений ее развития.

Целью обучения на уровне «*Адаптация*» является создание оптимальных условий для реализации профессионально-квалификационного потенциала медицинского персонала в конкретных условиях труда.

Целью обучения на уровне «*Коррекция*» является устранение выявленного в ходе трудовой деятельности дефицита ЗУН и повышение профессионально-квалификационного потенциала медицинских работников для оказания медицинской помощи высокого качества.

Целью обучения на уровне «*Развитие*» является приобретение дополнительных ЗУН и повышение профессионально-квалификационного потенциала медицинского персонала для непрерывного повышения КМП и инновационного развития.

В трехуровневой системе НПП медицинского персонала предпочтительно использование форм обучения, позволяющих минимизировать или исключить отрыв от производства и методов обучения, максимально учитывающих специфику труда. Такими формами обучения являются очное обучение во внутриорганизационном учебном центре (УЦ) и дистанционное обучение (ДО), в том числе с использованием специальной учебной программы – системы дистанционного обучения (СДО). Методы

обучения включают, кроме традиционных, стажировку на рабочем месте, рабочую ротацию, клинические разборы, тренинги.

К основным внутренним ресурсам медицинской организации, которые могут использоваться во внутриорганизационной системе НПР медицинского персонала, относятся: внутриорганизационный УЦ со своим персоналом и материально-технической базой; внутриорганизационная СДО; обучающий потенциал сотрудников медицинской организации; материально-техническая база медицинской организации.

Внешние возможности предполагают привлечение преподавателей образовательных организаций и профессиональных тренеров. Особенно эффективно такое сотрудничество в рамках длительно действующего многостороннего стратегического альянса (МССА) медицинской и образовательной организаций.

МССА основан на заключении договора о долгосрочном сотрудничестве между медицинской организацией с одной стороны и образовательной организацией и связанными с ней научными и медицинскими организациями – с другой. Предметом договора является решение общих задач по трем направлениям: повышение КМП, обучение медицинского персонала и научно-исследовательская работа (НИР) (рис. 14). Для медицинской организации основными преимуществами такого сотрудничества являются привлечение ведущих специалистов в качестве экспертов и консультантов в области КМП; целевая подготовка специалистов, обучение медицинского персонала новым технологиям и стажировка в современных медицинских организациях; внедрение инновационных разработок. Для образовательной организации это – получение прибыли от оказания профильных услуг, выполнение планов по реализации образовательных программ и НИР.

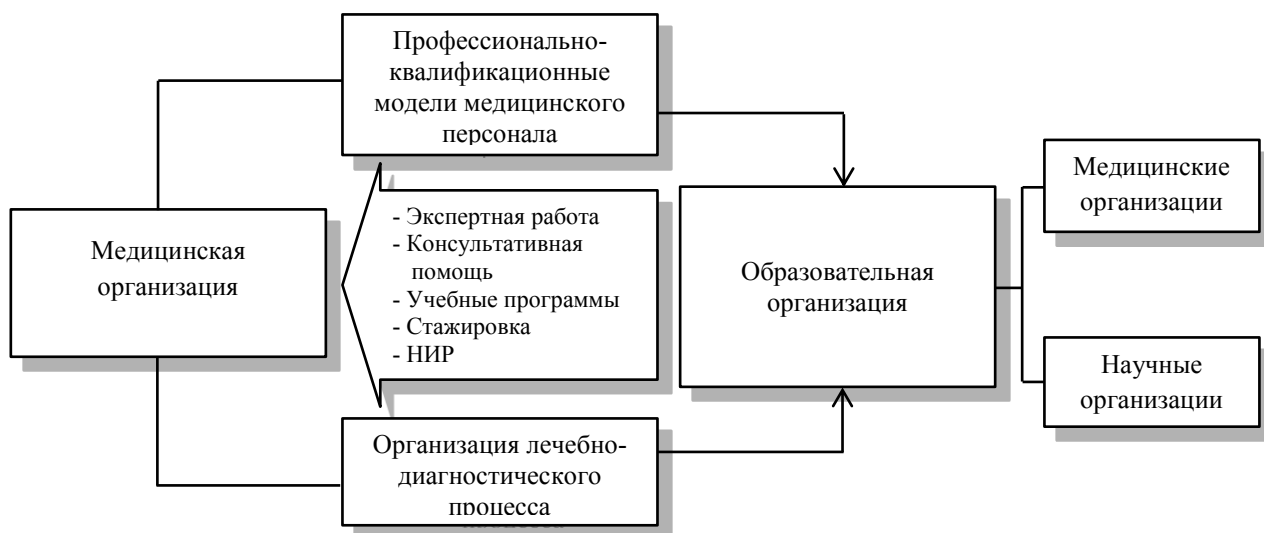


Рисунок 14. Схема многостороннего стратегического альянса медицинской и образовательной организаций

С целью формирования у медицинского персонала мотивации к НПР целесообразно использовать нематериальные и материальные стимулы (см. раздел 6.5).

6.4.2. Теоретические основы функционирования внутриорганизационной системы непрерывного профессионального развития медицинского персонала

Обучение на уровне «Адаптация»

Как показано на рис. 15, обучение на уровне «Адаптация» проходит в два этапа: введение в должность и интеграция в трудовой коллектив. Введение в должность включает общую и специальную ориентацию и проводится преподавателем УЦ. Общая ориентация предназначена для ознакомления медицинского работника со следующими блоками информации: история медицинской организации; организационная структура и система управления медицинской организацией; лечебно-диагностические возможности медицинской организации; экономическое положение и перспективы развития медицинской организации; трудовой кодекс и внутренние регламенты медицинской организации; организационная культура и этический кодекса; программы медицинского обслуживания. Специальная ориентация проводится непосредственным руководителем и

решает такие задачи, как представление коллективу; знакомство с должностной инструкцией, рабочим местом, основной документацией и критериями оценки труда; обучение работе в компьютерных программах (ЭМК, СДО). По итогам первого этапа обучения новый медицинский работник проходит выходной тестовый контроль в СДО и выполняет практическое задание по заполнению ЭМК.

Второй этап обучения (интеграция в трудовой коллектив) заключается в стажировке на рабочем месте под наблюдением наставника - опытного сотрудника и непосредственного руководителя. Для обеспечения преемственности НПР и перехода на следующий уровень – «Коррекция» и/или «Развитие» по результатам обучения и стажировки руководителем УЦ разрабатывается индивидуальный план дальнейшего развития специалиста.

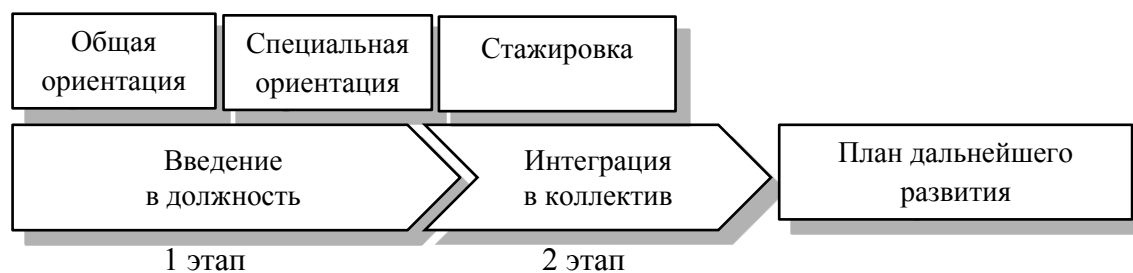


Рисунок 15.Схема организации обучения на уровне «Адаптация»

Обучение медицинского персонала на уровне «Коррекция»

Схема организации обучения на уровне «Коррекция» представлена на рис. 16. Отбор участников обучения основывается на индивидуальной диагностике дефицита ЗУН с использованием внутренней аттестации медицинского персонала и экспертизы КМП. С учетом выявленного дефицита ЗУН руководителем УЦ разрабатывается индивидуальный учебный план, определяются форма и методы обучения, ресурсы и сроки. Оценка эффективности обучения проводится с помощью выходного тестового контроля в СДО.

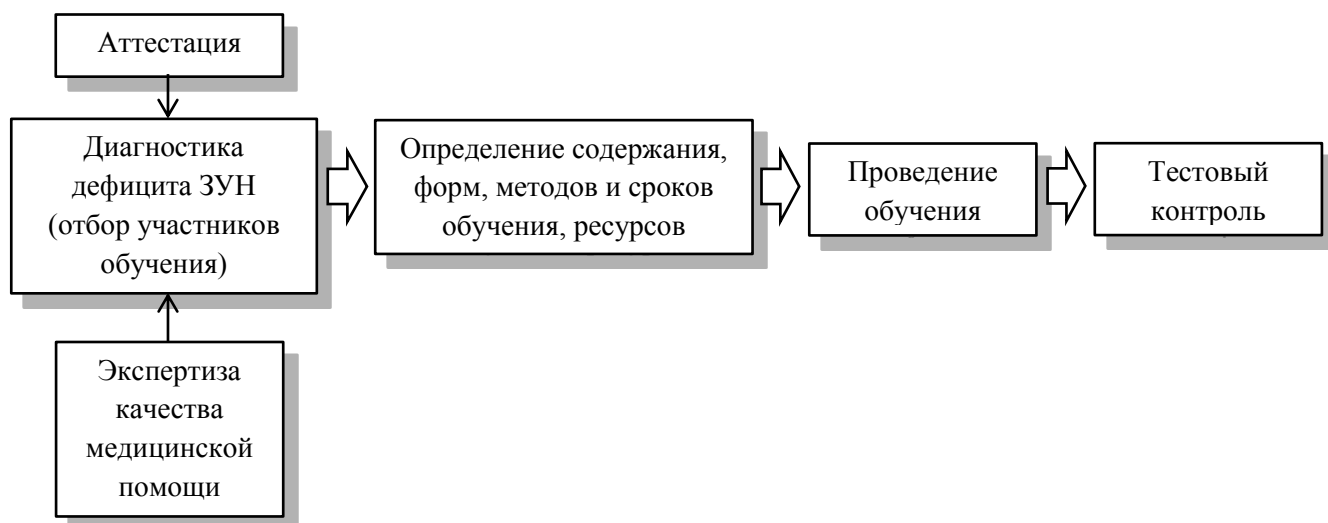


Рисунок 16. Схема организации НПР на уровне «Коррекция»

Обучение медицинского персонала на уровне «Развитие»

Диагностику индивидуальной и/или общей потребности в обучении проводит руководитель УЦ на основании анализа новых клинических рекомендаций и научных публикаций, мониторинга сроков действия сертификатов, а также учета направлений развития медицинской организации. Руководитель УЦ определяет содержание, формы, методы и сроки обучения, участников обучения, необходимые ресурсы. Для оценки эффективности обучения применяется выходной тестовый контроль в СДО (рис. 17).



Рисунок 17. Схема организации обучения медицинского персонала на уровне НПР «Развитие»

6.5. Система стимулирования медицинского персонала

6.5.1. Оптимизация системы материального стимулирования

Для оптимизации системы материального стимулирования предлагается включение в дополнительную часть заработной платы выплат, стимулирующих повышение КМП, НПР, инновационную активность и приверженность медицинской организации.

Премия за высокое качество медицинской помощи

Решение о выплате премии должно приниматься по итогам ежемесячной оценки результатов внутренней экспертизы КМП и анализа обращений пациентов (табл. 62). Решение в отношении сестринского и врачебного персонала должно приниматься на основании оценки индивидуальных показателей труда, административного персонала – работы отделения или медицинской организации.

Таблица 62.

Премии за высокое качество медицинской помощи

Условия выплаты премии	Размер премии по отношению к должностному окладу
- Отсутствие замечаний к качеству медицинской помощи - Отсутствие обращений пациентов	20%
- Единичные замечания к качеству медицинской помощи - Отсутствие обращений пациентов	10%
- Систематические замечания к качеству медицинской помощи - Обоснованные обращения пациентов	Премия не выплачивается

Надбавка за достижение высокого профессионально-квалификационного уровня

По итогам 3-х лет работы на основании результатов внутренней аттестации должно приниматься решение о надбавке к должностному окладу (табл. 63).

Таблица 63.**Надбавка за достижение высокого профессионально-квалификационного уровня**

Условия выплаты надбавки	Размер надбавки по отношению к должностному окладу
• Результаты аттестации > 90%	30%
• Результаты аттестации 81-90%	20%
• Результаты аттестации < 81%	Надбавка не выплачивается

Премия за инновационную активность

Основанием для выплаты медицинскому персоналу премии за инновационную активность является успешная реализация предложений по оптимизации/внедрению новых методов диагностики, лечения, профилактики или реабилитации; по оптимизации организации работы отделения или медицинской организации, выражающаяся в улучшении объективных показателей эффективности - медицинской, социальной и/или экономической. Размер премии может составлять до 100% от должностного оклада.

Надбавка за приверженность медицинской организации

С целью удержания медицинского персонала с высоким профессионально-квалификационным потенциалом в медицинской организации следует выплачивать надбавки за стаж работы в организации (табл. 64). Обязательным условием для ее выплаты являются результаты аттестации не менее 81%, отсутствие или единичные замечания по КМП и отсутствие обоснованных обращений пациентов.

Таблица 64.**Надбавки за стаж работы в медицинской организации**

Условия выплаты надбавки (количество лет работы в медицинской организации)	Размер надбавки по отношению к должностному окладу
• От 1 года до 3-х лет	10%
• От 3-х до 5 лет	15%
• 5 лет и более	20%

6.5.2. Развитие системы нематериального стимулирования

Создание условий, обеспечивающих реализацию профессионально-квалификационного потенциала

Создание оптимальных для реализации профессионально-квалификационного потенциала условий работы включает несколько составляющих. *Подбор и комплектование штата* должны осуществляться с учетом текущих потребностей медицинской организации в сотрудниках определенной квалификации, ее материально-технических возможностей и направлений развития. Необходимо *предоставление возможностей для проявления инициативы*. Алгоритм рассмотрения инновационных предложений может быть построен следующим образом (рис. 18).

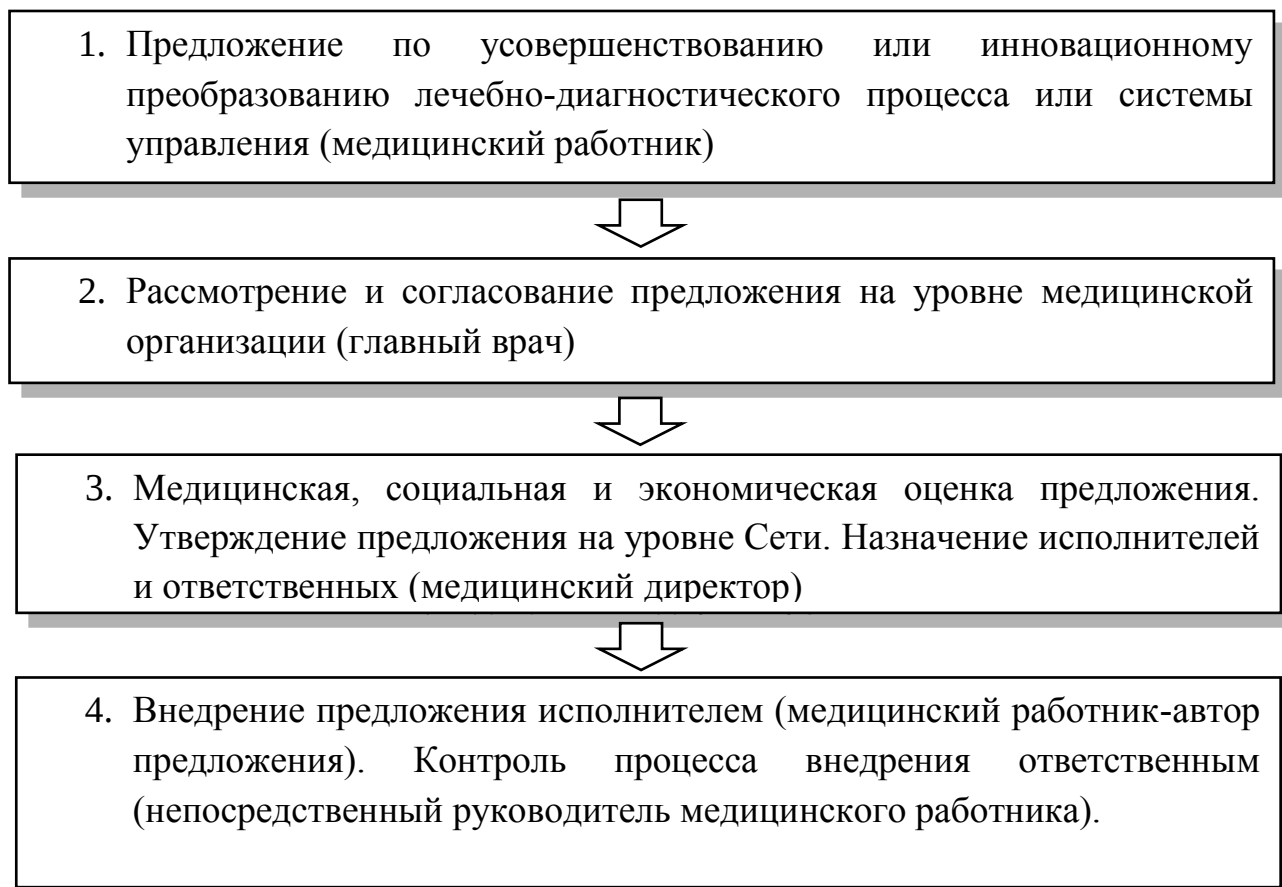


Рисунок 18. Алгоритм рассмотрения инновационных предложений

Развитие системы наставничества

Основными требованиями к наставнику являются желание специалиста, опыт работы в медицинской организации не менее 3-х лет, высокие показатели КМП, дисциплинированность. К ключевым профессиональным компетенциям наставника относятся: ЗУН по специальности, навыки работы с медицинским оборудованием, навыки работы в ЭМК, навыки работы с программами медицинского обслуживания, знание этического кодекса медицинской организации, основы педагогики.

Внутриорганизационная система карьерного роста

Совершенствование системы вертикального карьерного роста

Для врачебного персонала карьерный рост может быть от врача до главного врача (рис. 19а); для сестринского персонала - от медицинской сестры до старшей медицинской сестры (рис. 19б).

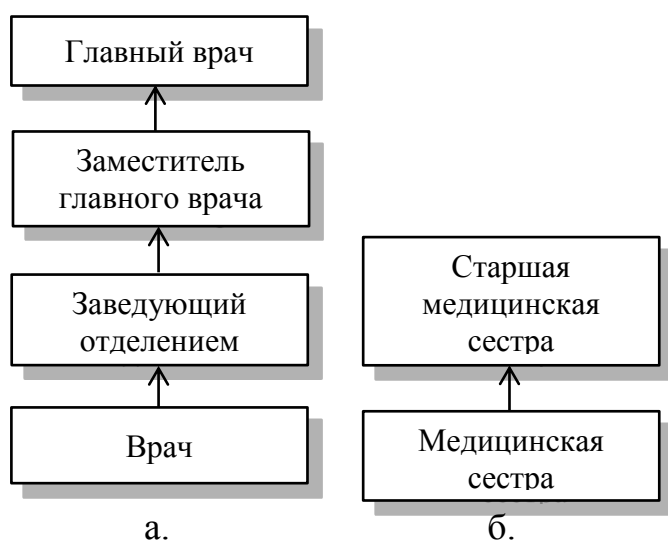


Рисунок 19. Варианты вертикального карьерного роста медицинского персонала

Развитие карьеры каждого медицинского работника должно быть индивидуальным и включать несколько этапов (рис. 20).

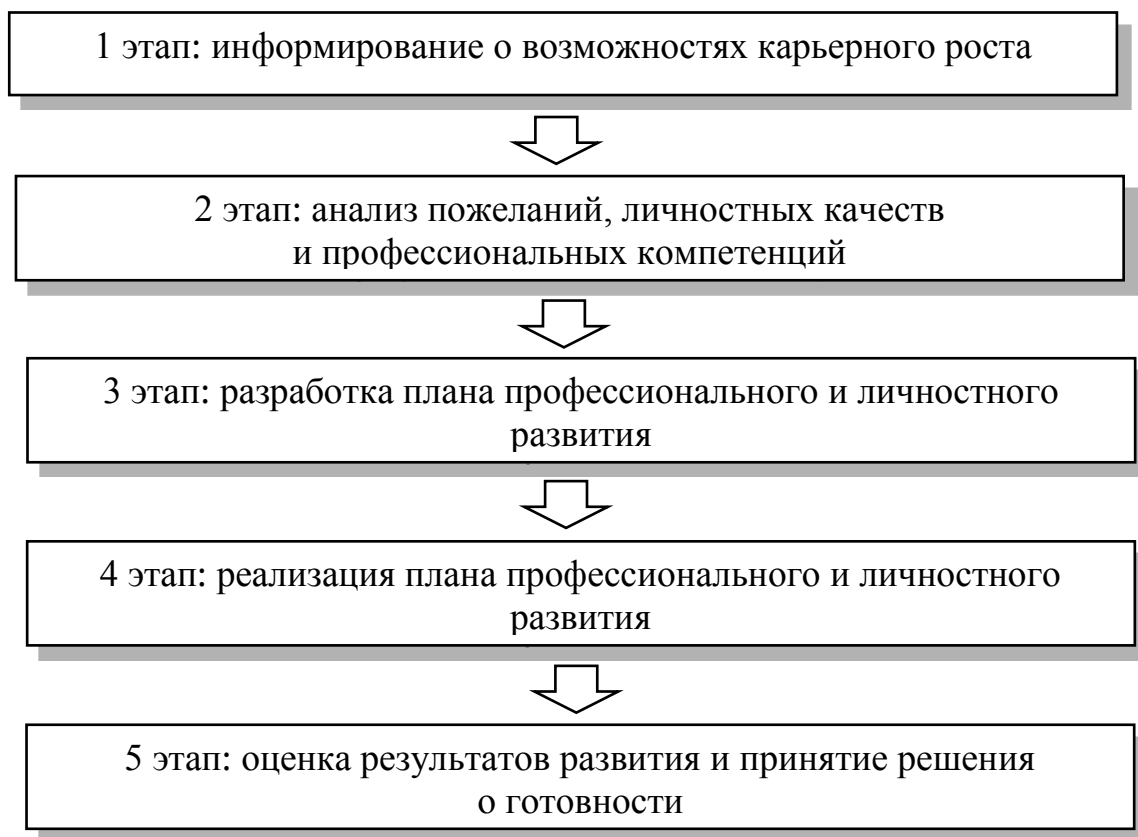


Рисунок 20. Алгоритм управления карьерным ростом медицинского персонала

Информация о пожеланиях медицинских работников относительно карьерного роста в медицинской организации собирается методом интервью и/или анкетирования. С целью определения потенциала для карьерного роста проводится оценка по 5-ти бальной шкале следующих личностных качеств:

1. Организаторские способности
2. Аналитические способности
3. Организованность
4. Готовность брать ответственность на себя
5. Стремление к карьерному росту

Исходный уровень профессиональных компетенций оценивается с помощью тестирования в СДО с использованием квалификационные тестовых заданий по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». На основании комплексной оценки пожеланий, личностных качеств и исходного уровня профессиональных компетенций

принимается решение о включении конкретного сотрудника в кадровый резерв и его профессиональном и личностном развитии.

С целью профессионального и личного развития сотрудников для замещения руководящих должностей, на основании анализа научной литературы и нормативно-правовых документов по подготовке в области «Организации здравоохранения и общественного здоровья», были предложены ключевые профессиональные компетенции (табл. 65).

Таблица 65.

Ключевые профессиональные компетенции преемников на замещение руководящих должностей

Старшая медицинская сестра	Заведующий отделением	Заместитель главного врача, главный врач
Организация работы процедурного кабинета медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Организация работы отделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Организация работы медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях
Правовое регулирование деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Оказание медицинской помощи в условиях ДМС/ОМС	Оказание медицинской помощи в условиях ДМС/ОМС
Санитарно-гигиенические требования к медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Правовое регулирование деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Современные концепции менеджмента в системе здравоохранения
Финансово-хозяйственная деятельность медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Санитарно-гигиенические требования к медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Правовое регулирование деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях
Работа в команде	Работа в команде	Финансово-хозяйственная деятельность медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях
Развитие лидерских качеств	Развитие лидерских качеств	Санитарно-гигиенические требования к медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Продолжение Таблицы 65.

Управление человеческими ресурсами	Управление человеческими ресурсами	Работа в команде
		Развитие лидерских качеств
		Управление человеческими ресурсами

Исходный уровень профессиональной компетенции определяет содержание дальнейшего обучения, его формы и методы, сроки, а также ресурсы.

Оценка результатов развития должна осуществляться не реже одного раза в год. Критериями оценки являются результаты выходного тестового контроля по итогам обучения, профессиональный и личностный рост. Для оценки степени готовности следует использовать модификацию матрицы потенциал-результат, предложенную Шекшня С.В. (2002) [288] (табл. 66).

Таблица 66.**Матрица потенциал-результаты**

		Потенциал		
		Высокий	Средний	Низкий
Результаты	Высокий			
	Средний			
	Низкий			

Потенциал оценивается по исходным личностным качествам и уровню профессиональной компетенции (табл. 67).

Таблица 67.**Оценка потенциала**

	Высокий	Средний	Низкий
Оценка личностных качеств (баллы)	20-25	15-19	≤ 14
Входной тестовый контроль (% правильных ответов)	> 90%	81-90%	≤ 80%

Результаты оцениваются по итогам подготовки (табл. 68).

Таблица 68.**Оценка результатов**

	Высокий	Средний	Низкий
Выходной тестовый контроль	> 90%	81-90%	≤ 80%
Личностный рост	Высокий	Средний	Низкий
Профессиональный рост	Высокий	Средний	Низкий

Размещение сотрудников в матрице потенциал-результат определяет приоритет выбора при замещении вакантной руководящей должности. При отсутствии свободных вакансий руководящих должностей медицинский работник сохраняется в кадровом резерве. Для медицинских работников, находящихся в кадровом резерве, их позиция в матрице подлежит ежегодному пересмотру. Перемещение кандидатов относительно друг друга должно осуществляться на основании сравнения результатов их обучения, профессионального и личностного развития. Для удобства может быть использована рейтинговая система, предполагающая начисление баллов по итогам обучения и оценки профессионального и личностного роста (табл. 69). Набранные баллы суммируются. Чем больше сумма баллов, тем выше место в рейтинге.

Таблица 69.

**Балльная оценка результатов обучения, профессионального
и личностного развития**

Элементы развития	Баллы
1 приобретенный ЗУН с результатами выходного тестового контроля > 90%	1
1 приобретенный ЗУН с результатами выходного тестового контроля >81-90%	0,5
1 приобретенный ЗУН с результатами выходного тестового контроля < 80%	0
Оценка профессионального роста за год	0-3*
Оценка личностного роста за год	0-3*

* 0 – рост отсутствует, 1 – рост низкий, 2 – рост средний, 3 –рост высокий

Внедрение системы внутренних врачебных категорий

Внутренние врачебные категории, обеспечивающие возможность карьерного роста в рамках специальности, должны присваиваться по итогам экспертизы КМП, участия в образовательных мероприятиях и оценки достигнутого уровня профессиональной квалификации. Для оценки участия в образовательных мероприятиях целесообразно использовать систему кредитов (табл. 70).

Таблица 70.**Система начисления кредитов по итогам обучения**

Форма обучения	Количество кредитов (зачетных единиц)
Лекция, семинар, практическое занятие в УЦ, медицинской организации, высшем учебном заведении	0,5
Модуль в СДО, участие в клиническом разборе, стажировка на рабочем месте	1
Освоение программы ДПО, реализуемой образовательной организацией	2
Всероссийское научно-практическое мероприятие, стажировка в российской медицинской организации	3
Международное научно-практическое мероприятие, стажировка в зарубежной медицинской организации	4

Внутриорганизационные категории (табл. 71) указываются на бейджке, свидетельствуя о статусе специалиста (нематериальное стимулирование), а также могут служить основанием для изменения зарплаты (материальное стимулирование).

Таблица 71.**Внутриорганизационные категории врачей**

Категория врача	Количество кредитов за год	Результаты аттестации	Результаты внутренней экспертизы качества медицинской помощи
Старший специалист	≥ 12	$\geq 81\%$	Отсутствие замечаний или единичные несущественные замечания
Ведущий специалист	≥ 15	$\geq 91\%$	Отсутствие замечаний
Главный специалист	Наивысший показатель среди всех врачей данной специальности	$\geq 91\%$	Отсутствие замечаний

Таким образом, основные проблемы Сети в области развития и стимулирования медицинского персонала связаны с недостаточным вниманием и формальными подходами к обучению; использованием неоптимальных методов материального стимулирования; отсутствием нематериального стимулирования. Результатом являются снижение КМП, недостаточный уровень компетенции и низкая мотивация медицинского

персонала, текучесть кадров. Для устранения выявленных недостатков и повышения конкурентоспособности Сети и других медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, была разработана внутриорганизационная трехуровневая система НПР, позволяющая удовлетворять образовательные потребности медицинского персонала на различных этапах трудовой деятельности. Для повышения эффективности внутриорганизационного обучения предложено развитие МССА с образовательными организациями. С целью оптимизации материального стимулирования была разработана система дополнительных выплат за высокое КМП, достижение высокого профессионально-квалификационного потенциала, инновационную активность и приверженность медицинской организации. В рамках развития системы нематериального стимулирования предложено создание на рабочих местах условий, способствующих реализации профессионально-квалификационного потенциала; развитие систем наставничества и карьерного роста - вертикального и в рамках специальности.

Глава 7. Совершенствование организационной культуры медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях

7.1. Характеристика существующей в Сети организационной культуры

Нами была проведена оценка соответствия основных характеристик сложившейся в Сети ОК выделенным направлениям развития и повышения конкурентоспособности, которые представлены по структурным элементам в табл. 72. Видно, что в таком виде она не может быть мотивационной средой для повышения КМП, НПР и инновационной активности медицинского персонала.

Таблица 72.

Характеристика существующей в Сети организационной культуры

Структурные элементы организационной культуры	Основные ценности
Доминирующие коллективные ценности	- отношение к оказанию медицинской помощи, как к процессу предоставления медицинских услуг (технократический подход); - приоритет экономических и количественных показателей в оценке работы персонала - приоритет ценностей Сети над ценностями отдельного сотрудника;
Культура условий труда	- соблюдение утвержденных санитарно-гигиенических норм условий труда; - создание благоприятных эстетических условий на рабочем месте;
Культура средств труда и трудового процесса	- использование в работе клинических рекомендаций; - использование современного лечебно-диагностического оборудования; - автоматизация лечебно-диагностического процесса;
Культура межличностных отношений	единство в достижении общей цели подразделения/ медицинской организации/Сети;
Культура управления	- авторитет руководителя; - неоспоримость решений руководства; - жесткий контроль соблюдения внутренних регламентов; - поощрение высоких экономических показателей труда;

Продолжение таблицы 72

Культура работника	• ответственность; • дисциплинированность; • четкое следование внутренним регламентам; • стремление к достижению высоких экономических показателей труда.
--------------------	--

Для выявления существующих в Сети проблем управления ОК было проведено анкетирование административного (28 респондентов) и медицинского персонала (241 респондент). Результаты анкетирования руководителей показали, что они придают низкую значимость влиянию ОК ($5,3 \pm 0,5$ балла по 10-ти балльной шкале) и производственного климата ($4,6 \pm 0,6$ балла по 10-ти балльной шкале) на работу организации (табл. 73).

Таблица 73.

**Оценка руководителями значимости параметров, характеризующих
организационную культуру**

Параметры	Средний балл по 10-ти балльной шкале
Организационная культура	$5,3 \pm 0,5$
Производственный климат	$4,6 \pm 0,6$

Основная часть ($\geq 70,0\%$) медицинских работников высоко оценила ключевые параметры ОК (табл. 74). Сопоставление этих результатов с мнением руководителей свидетельствует об отсутствии в Сети целенаправленного управления формированием и поддержанием ОК, ее слабости и предпосылках для формирования субкультур. Неудовлетворенность $59,3 \pm 3,2\%$ медицинских работников собственной вовлеченностью в рабочие процессы указывает на неадекватность сложившейся ОК.

Таблица 74.

**Удовлетворенность медицинских работников сложившейся
организационной культурой**

Параметры	Оценки					Средний балл по 5-ти балльной шкале	Ранг
	Очень высокая оценка (5 баллов)	Высокая оценка (4 балла)	Средняя оценка (3 балла)	Низкая оценка (2 балла)	Очень низкая оценка (1 балл)		
	%	%	%	%	%		
Отношение к пациентам	54,0±3,2	36,0±3,1	6,7±1,6	2,5±1,0	0,8±0,6	4,4±0,1	1
Психологический климат в коллективе	46,9±3,2	39,3±3,1	9,2±1,9	3,8±1,2	0,8±0,6	4,2±0,1	2
Сложившиеся морально-нравственные нормы	42,9±3,2	38,6±3,1	14,3±2,3	2,5±1,0	1,7±0,8	4,1±0,1	3
Соответствие миссии организации представлениям о собственном предназначении	40,7±3,2	39,4±3,1	12,5±2,1	6,5±1,6	0,9±0,6	3,9±0,1	4
Приверженность работников ценностям организации	35,3±3,1	35,3±3,1	23,0±2,7	4,7±1,9	1,7±0,7	3,9±0,1	5
Соблюдение командного принципа в рабочем процессе	33,6±3,0	38,2±3,1	20,2±2,6	6,3±1,6	1,7±0,7	3,9±0,1	6
Вовлеченность в планирование работы Сети	14,3±2,3	26,4±2,8	38,5±3,1	14,3±2,3	6,5±1,6	3,1±0,1	7

7.2. Определение типа существующей и предпочтительной организационной культуры

Для разработки программы необходимых изменений были определены типы существующей и предпочтительной для повышения конкурентоспособности Сети ОК при помощи модифицированной анкеты ОСАИ (табл. 75).

Таблица 75.**Существующая и предпочтительная организационные культуры Сети**

1. Важнейшие характеристики Сети		Существующая ОК (баллы)	Предпочтительная ОК (баллы)
A	Благоприятный психологический климат в коллективе. Открытость руководства. Развитие человеческих ресурсов.	5	40
B	Совершенствование организации лечебно-диагностического процесса. Внедрение новых медицинских технологий. Повышение качества медицинской помощи.	10	30
C	Наращивание объема оказываемых медицинских услуг. Повышение экономической эффективности медицинской помощи.	60	5
D	Многоуровневый контроль качества медицинской помощи.	25	25
	Всего	100	100
2. Общий стиль лидерства в Сети			
A	Наставничество. Поддержка.	10	40
B	Новаторство. Повышение качества медицинской помощи.	10	30
C	Выполнение экономического плана.	50	5
D	Соблюдение клинических рекомендаций.	30	25
	Всего	100	100
3. Управление медицинским персоналом в Сети			
A	Поощрение командной работы. Создание условий для обучения.	5	30
B	Поощрение творчества и проявления инициативы. Мотивация к освоению новых медицинских технологий.	5	30
C	Поощрение конкуренции между медицинскими работниками. Стимулирование выполнения экономического плана.	60	10
D	Контроль соблюдения клинических рекомендаций.	30	30
	Всего	100	100

Продолжение таблицы 75

4.Связующая сущность Сети			
А	Доверие между медицинскими работниками. Взаимопомощь. Профессиональное развитие.	5	30
В	Внедрение инноваций. Непрерывное совершенствование.	5	30
С	Выполнение экономического плана.	70	10
Д	Соблюдение клинических рекомендаций. Обеспечение качества медицинской помощи.	20	30
	Всего	100	100
5.Стратегические цели в Сети достигаются на основе:			
А	Поддержки в коллективе, высокого доверия, открытости, соучастия. Обучения медицинского персонала.	5	30
В	Внедрения инноваций в лечебно-диагностический процесс.	15	30
С	Стремления медицинского персонала к выполнению экономического плана.	60	10
Д	Четкого следования медицинского персонала клиническим рекомендациям.	25	30
	Всего	100	100
6. Успех в Сети достигается на основе:			
А	Формирования приверженности медицинского персонала Сети и непрерывного профессионального развития.	10	30
В	Достижения уникальности на рынке медицинских услуг.	10	30
С	Достижения лидерства на рынке медицинских услуг по экономическим показателям.	70	10
Д	Обеспечения высокого качества медицинской помощи.	10	30
	Всего	100	100

Полученные результаты позволили графически представить существующую и предпочтительную ОК (рис. 21). В существующей ОК преобладают элементы рыночного типа, в то время как предпочтительная ОК должна объединять характеристики ОК кланового, адхократического и бюрократического типов.

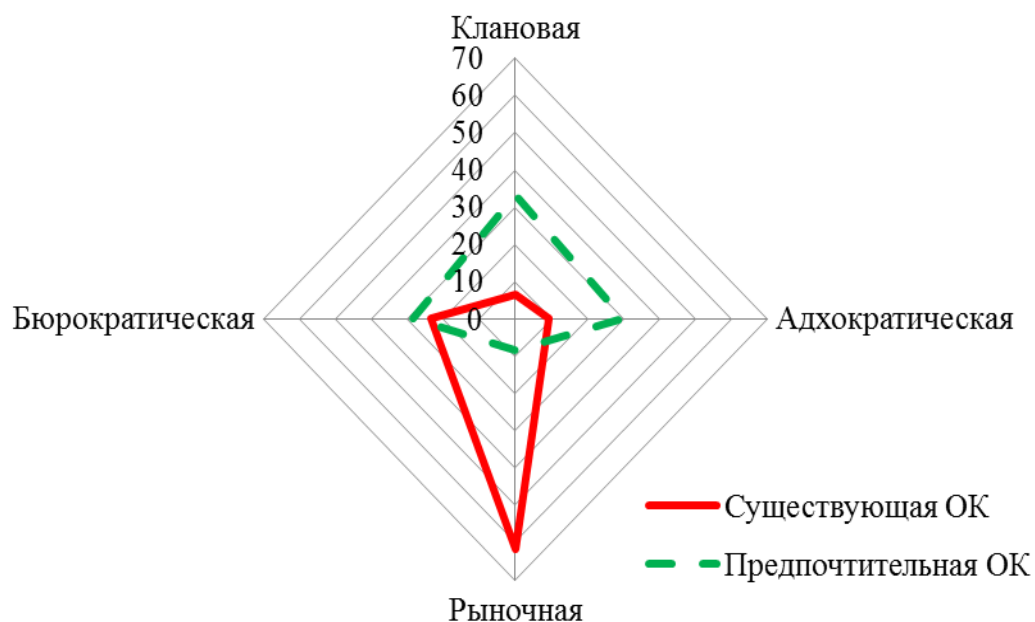


Рисунок 21. Существующая и предпочтительная организационные культуры

7.3. Формирование и укрепление позиций предпочтительной организационной культуры

Формирование предпочтительной ОК должно осуществляться с учетом миссии, которая должна состоять в оказании медицинской помощи высокого качества и его повышении за счет инновационного развития, профессионального развития и мотивации медицинского персонала. Основные ценности предпочтительной для Сети ОК представлены в таб. 76.

Таблица 76.

Основные ценности предпочтительной для Сети организационной культуры

Структурные элементы организационной культуры	Основные ценности
Доминирующие коллективные ценности	- оказание медицинской помощи высокого качества и непрерывное его повышение; - проявление инновационной активности; - стремление к непрерывному профессиональному развитию; - отрицательное отношение к избыточному предоставлению медицинских услуг;

Продолжение таблицы 76

Культура условий труда	• создание мотивационной рабочей среды; • охрана здоровья медицинского персонала; • профилактика и преодоление профессионального выгорания; • соблюдение утвержденных санитарно-гигиенических норм условий труда; • создание благоприятных эстетических условий на рабочем месте;
Культура средств труда и трудового процесса	• использование в работе навыков коммуникативного общения; • соблюдение правил медицинской этики и деонтологии; • использование в работе утвержденных клинических рекомендаций; • использование современного лечебно-диагностического оборудования;
Культура межличностных отношений	• наличие свободных вертикальных, горизонтальных и диагональных коммуникаций; • соблюдение командного принципа в работе;
Культура управления	• открытость руководителей всех уровней; • предоставление возможности для обратной связи; • предоставление возможности для творчества и инициативы; • поощрение новаторства;
Культура работника	• стремление к оказанию качественной медицинской помощи; • стремление к непрерывному профессиональному развитию; • ответственность; • дисциплинированность.

Формирование предпочтительной организационной культуры*Разработка этического кодекса*

Этический кодекс медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, должен включать информацию о миссии и ценностях медицинской организации, системе управления, ответственности сотрудников всех уровней, этических нормах. Этический кодекс должен быть принят всем коллективом и утвержден

руководителем медицинской организации. Он должен быть доступен всем сотрудникам, находясь на внутреннем электронном ресурсе медицинской организации и/или на бумажном носителе.

Разработка внутренних нормативных документов

Все основные ценности и этические нормы должны найти отражение во внутренних нормативных документах медицинской организации, включающих стандартные операционные процедуры и внутренние регламенты оказания медицинской помощи при различных клинических ситуациях.

Проведение совещаний

Совещания следует проводить на 3-х уровнях: 1) руководителя медицинской организации с административным персоналом; 2) руководителя медицинской организации со всеми сотрудниками; 3) административного персонала с непосредственными подчиненными. На совещании с сотрудниками администрации руководитель медицинской организации должен разъяснить причины планируемых изменений ОК, цели стоящие перед руководителями разных уровней, обозначить сроки внедрения изменений и критерии их эффективности.

На общем совещании для всех сотрудников руководитель медицинской организации должен информировать о планирующихся изменениях, обосновать их необходимость и обозначить сроки. Сотрудники администрации должны обсудить с медицинским персоналом детали планируемых изменений, а также нюансы, связанные с конкретным подразделением или медицинской организацией.

Обучение

При формировании предпочтительной ОК необходимо обучение отдельно медицинского персонала и отдельно сотрудников администрации.

Программа обучения должна включать следующие информационные блоки:

- определение ОК, ее цели и задачи;

- характеристика существующей ОК;
- обоснование изменений существующей ОК;
- предпочтительная ОК, ее миссия и ценности;
- этический кодекс.

Программа обучения для администрации должна включать дополнительно такие информационные блоки, как:

- организационные мероприятия по формированию предпочтительной ОК;
- инструменты для реализации мероприятий по формированию предпочтительной ОК;
- критерии оценки эффективности мероприятий по формированию предпочтительной ОК.

Обучение может быть организовано с использованием внутренних ресурсов. При необходимости может быть привлечен внешний специалист по организационной культуре (менеджер-культуролог) в качестве консультанта и тренера.

Внедрение и контроль изменений организационной культуры

Внедрение программы изменений должны осуществлять руководители соответствующих уровней. На уровне департаментов – директора, на уровне медицинских организаций – главные врачи и/или их заместители, на уровне отделений – заведующие.

Поддержка предпочтительной организационной культуры

Отбор медицинского персонала

При отборе медицинского персонала необходимо уделять большое внимание тому, насколько личные и профессиональные ценности потенциального сотрудника соответствуют миссии и ценностям предпочтительной ОК; а также его готовности, при необходимости, пересматривать и менять свои ценности. Для этого могут использоваться специально разработанные анкеты.

Обучение новых сотрудников

Во время адаптации медицинские работники должны быть подробно ознакомлены с основными положениями этического кодекса. Обучение целесообразно проводить в форме интерактивного семинара. Ключевые вопросы, связанные с миссией, ценностями и нормами поведения следует включить в выходной тестовый контроль.

Демонстрация руководителями внутриорганизационных норм поведения

Руководители всех уровней должны служить примером воплощения в жизнь внутриорганизационных ценностей. Это должно выражаться в демонстрации моделей поведения, свойственных предпочтительной ОК. Особое внимание этому должно уделяться во время адаптации, когда у новых сотрудников происходит формирование стереотипов профессионального поведения в конкретной трудовой среде.

Декларирование руководителями внутриорганизационных ценностей

В ходе адаптации непосредственный руководитель должен разъяснить новому сотруднику особенности реализации им миссии и ценностей, в соответствии с занимаемой должностью. При поведении медицинского работника, не соответствующем принятым нормам, руководитель должен деликатно указывать на это в индивидуальном порядке и подробно объяснять, какую модель поведения следует использовать в подобных ситуациях в будущем. Также следует поощрять соблюдение новым сотрудником этического кодекса и/или изменение привычных моделей поведения в соответствии с ОК. Кроме того, внутриорганизационные ценности должны регулярно декларироваться руководителями различных уровней на совещаниях и при индивидуальном общении с подчиненными.

Создание внутриорганизационных процедур

С целью поддержки предпочтительной ОК ключевые модели поведения, связанные с оказанием медицинской помощи, инновационной активностью и обучением должны быть закреплены в виде стандартных

операционных процедур и инструкций. При этом важно, чтобы они не ущемляли инициативу, творческий подход и свободу выбора медицинского персонала.

Создание внутриорганизационных традиций

В качестве внутриорганизационных традиций, способствующих укреплению ОК, следует проводить корпоративные мероприятия, такие как празднование знаковых для медицинской организации дат, публичное награждение отличившихся медицинских работников.

Таким образом, были определены типы существующей и предпочтительной ОК Сети, выявлены проблемы управления ОК. С целью создания условий для повышения КМП, инновационного развития, НПР медицинского персонала, а также необходимой мотивационной среды, ОК Сети и других медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, должна сочетать характеристики ОК кланового, адхократического и бюрократического типов. Основными ее ценностями должны быть оказание медицинской помощи высокого качества и его повышение; проявление инновационной активности; стремление к непрерывному профессиональному развитию; отрицательное отношение к избыточному предоставлению медицинских услуг. Были предложены инструменты для формирования предпочтительной ОК: разработка этического кодекса и внутренних нормативных документов, обучение медицинского персонала, проведение совещаний, внедрение и контроль изменений на всех уровнях и способов ее поддержания: отбор медицинского персонала, разделяющего ценности предпочтительной ОК, обучение новых сотрудников ценностям и нормам поведения предпочтительной ОК, демонстрация руководителями внутриорганизационных норм поведения, декларирование руководителями ценностей предпочтительной ОК, создание внутриорганизационных процедур, формирование внутриорганизационных традиций.

Глава 8. Комплексная модель повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях

8.1. Структура комплексной модели повышения конкурентоспособности и практика ее реализации

Современное состояние и тенденции развития амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг, общность организационных форм и критериев конкурентоспособности позволяют консолидировать механизмы реализации выделенных направлений развития и повышения конкурентоспособности в виде комплексной модели для медицинских организаций различных форм собственности. Модель построена на объединении предложенных управленческих и организационных механизмов в единую систему. Практика реализации модели предполагает комплексное использование различных механизмов на разных этапах трудовой деятельности каждого сотрудника от момента трудоустройства с целью формирования высококвалифицированного или уникального специалиста. Это обеспечивает становление медицинской организации, соответствующей неценовым критериям конкурентоспособности: оказывающей медицинскую помощь высокого качества, использующей инновационные технологии, укомплектованной высококвалифицированным мотивированным персоналом с уникальными качествами, обладающей благоприятным имиджем (рис. 22).

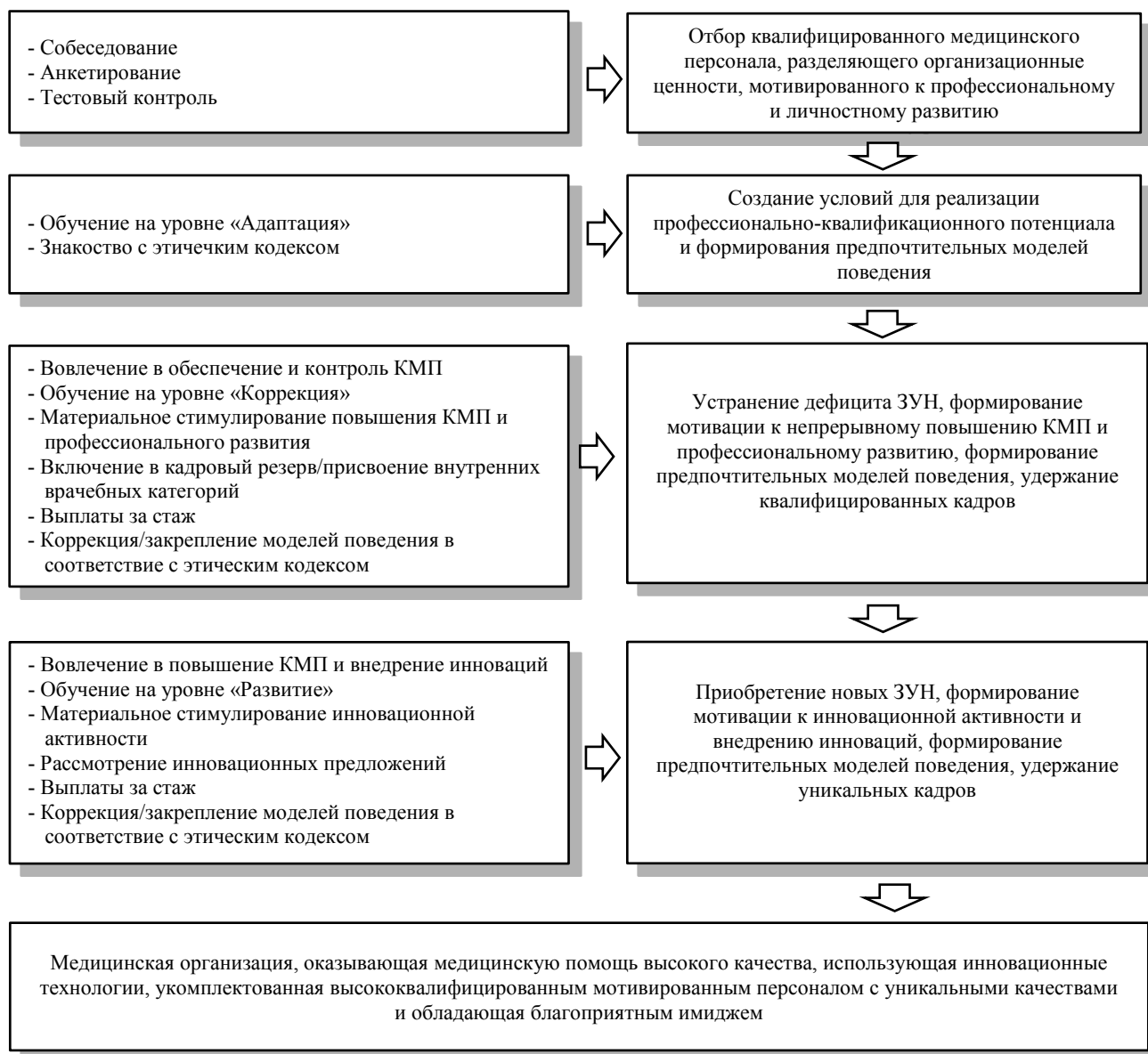


Рисунок 22. Комплексная модель повышения конкурентоспособности медицинской организации

8.2. Результаты внедрения базовых элементов комплексной модели повышения конкурентоспособности в работу Сети

В работу Сети были внедрены базовые элементы модели, обеспечивающие повышение КМП и уровня компетенции медицинского персонала: внутриорганизационная система НПР медицинского персонала, внутриорганизационный УЦ, СДО; сотрудничество с образовательными организациями. Для оценки результатов внедрения нами были проанализированы результаты обучения медицинского персонала; динамика

объемных показателей работы Сети, отражающих ее конкурентоспособность и проведен сравнительный анализ с конкурентами.

8.2.1. Организация внутриорганизационного учебного центра

В рамках организационного эксперимента на базе одной из медицинских организаций Сети был развернут внутриорганизационный УЦ с собственным штатом (руководитель, преподаватель, методист).

Руководителем УЦ являлся специалист с высшим медицинским образованием, прошедший подготовку по педагогике, подчинявшийся директору по персоналу. Состав его основных обязанностей включал: определение образовательных потребностей медицинского персонала и формирование контингента для обучения; выбор форм и методов обучения; определение сроков обучения; разработка индивидуальных учебных планов и групповых учебных программ; организация обучения; оценка эффективности обучения; взаимодействие с внешними контрагентами - преподавателями образовательных организаций.

Преподаватель УЦ - это специалист с высшим медицинским образованием и дополнительным профессиональным образованием по педагогике. Он подчинялся руководителю УЦ. К его основным обязанностям относились: методическая подготовка учебных занятий; проведение лекционных, семинарских и практических занятий.

Методист УЦ – специалист с высшим образованием, подчинявшийся руководителю УЦ. В его обязанности входило составление расписания занятий, согласно учебному плану; информирование; ведение учета численности обучающихся и результатов обучения; подготовка помещений и оборудования к проведению учебных занятий.

Помещения УЦ включали лекционную аудиторию, компьютерный класс и преподавательскую (рис. 23).

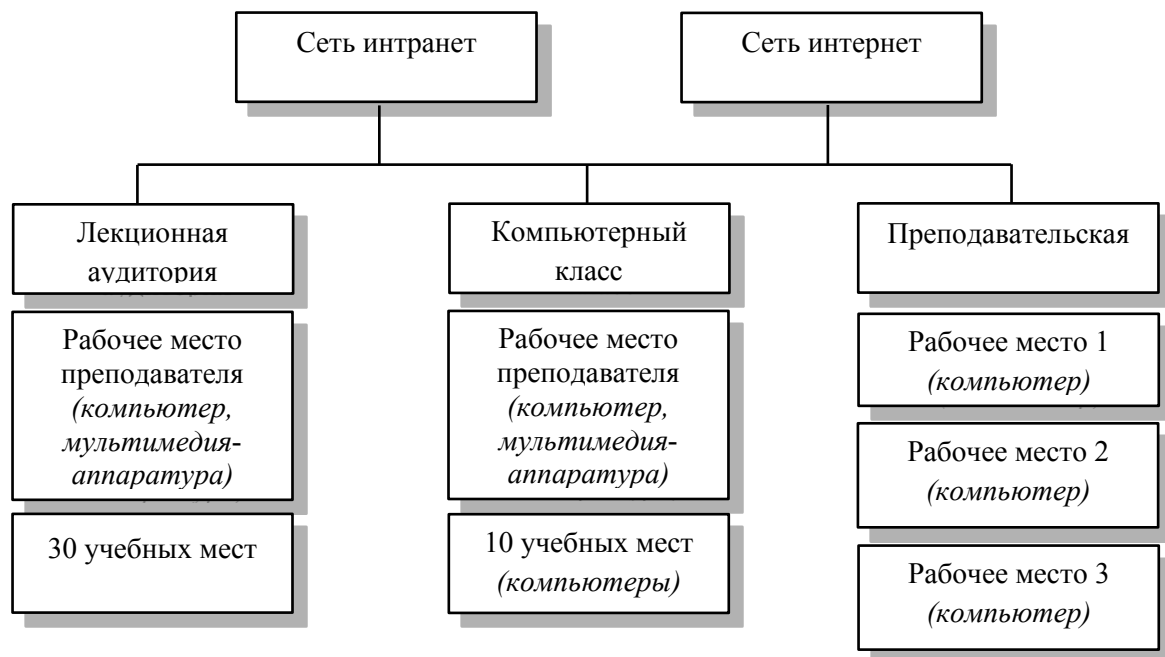


Рисунок 23. Структура и оснащение внутриорганизационного учебного центра

Статьи расходов УЦ включали заработную плату штатных сотрудников; оплату образовательных услуг образовательных организаций; расходные материалы (канцелярские товары); техническое обслуживание оборудования.

8.2.2. Внедрение системы дистанционного обучения.

Для осуществления НПР медицинского персонала во внутреннюю информационную систему Сети (интранет) была внедрена СДО – специальная программа, разработанная программистами Сети на основе общедоступных учебных программ. СДО была структурирована по модульному принципу (рис. 24). Каждый учебный модуль включал блок информации и блок тестовых вопросов.

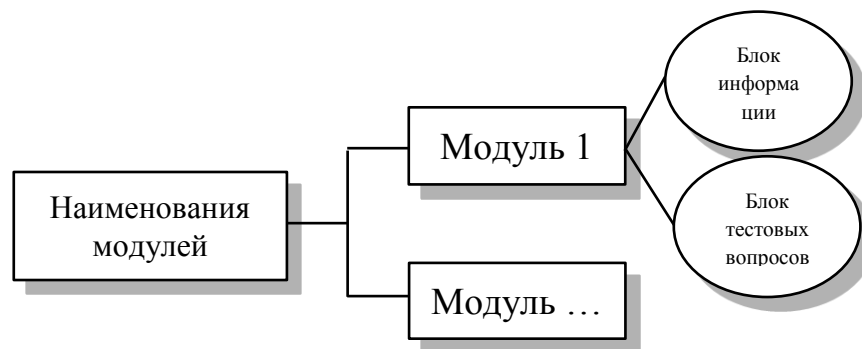


Рисунок 24. Структура внутриорганизационной СДО

Внутриорганизационная СДО позволяет выводить информационную часть на печать, что предоставляет возможность медицинским работникам изучать ее в любое время. Решение тестовых заданий может осуществляться исключительно на рабочем месте. Программа проводит автоматическую оценку результатов тестирования и формирует аналитику по каждому обучающемуся, включающую дату обучения, изученные модули, время, затраченное на обучение, допущенные ошибки в тестовых заданиях. Техническое обслуживание внутриорганизационной СДО осуществляется штатными IT-специалистами Сети.

При трудоустройстве все медицинские работники регистрируются в СДО и получают индивидуальные логины и пароли для «входа» в систему. Наличие сети интранет позволяет каждому сотруднику «входить» в СДО, находясь на рабочем месте в любой медицинской организации Сети в любое время.

8.2.3. Результаты внутриорганизационного обучения медицинского персонала

В 2010-2012 гг. в Сети были внедрены и апробированы два уровня трехуровневой система НПР - «Коррекция» и «Развитие», с использованием СДО, внутриорганизационного УЦ, при сотрудничестве с образовательными организациями. С 2010 по 2012 гг. было изучено 49 учебных модулей в СДО, организовано 28 лекций в УЦ с привлечением преподавателей

образовательных организаций. Темы учебных занятий включали как вопросы профилактики, диагностики, лечения, так и коммуникативные навыки.

Оценка эффективности обучения на уровне «Коррекция»

По итогам выявленного в результате экспертизы КМП и внутриорганизационной аттестации дефицита ЗУН у ВОП и терапевтов с участием преподавателей кафедры общей врачебной практики было подготовлено 49 учебных модулей, включавших информационную часть и 10 тестовых вопросов, которые были размещены в СДО. Темы обучения представлены в таблице 77.

Таблица 77.

Темы обучения на уровне «Коррекция»

Наименования тем			
№№		№№	
1	Анемия у детей	25	Основы психосоматики
2	Бактериальный фарингит	26	Остеопороз
3	Бактериурия	27	Острая боль в животе
4	Вакцинация	28	Отраженная боль
5	Варикозное расширение вен нижних конечностей	29	Периферическая нейропатия
6	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	30	Пищевая аллергия
7	Диагностика злоупотребления алкоголем	31	Повышение трансаминаз
8	Железодефицитная анемия	32	Рациональная антибактериальная терапия
9	Желтуха	33	Пробиотики
10	Заболевания языка	34	Психогastroэнтерология
11	Запор	35	Психокардиология
12	Импетиго	36	Резистентная артериальная гипертензия
13	Инсомния	37	Сексуальные расстройства
14	Инфекционные заболевания зубов	38	Синдром беспокойных ног
15	Кожные проявления сахарного диабета	39	Синдром красного глаза
16	Комбинированная терапия артериальной гипертензии	40	Синдром ускорения скорости оседания эритроцитов
17	Коммуникативные навыки	41	Синдром хронической усталости
18	Латентный туберкулез	42	Синусит
19	Лимфаденопатия	43	Системная красная волчанка
20	Лихорадка неясной этиологии	44	Соматоформные расстройства
21	Макроцитоз	45	Тендопатии
22	Микрогематурия	46	Тромбоцитоз
23	Неязвенная диспепсия	47	Хронический кашель
24	Общий анализ мочи	48	Целиакия
		49	Электрокардиография

Обучение проходило в форме самообучения. Технические возможности позволяли изучать информационную часть как на работе, так и вне рабочее время, распечатав материал. Оценка эффективности обучения осуществлялась на рабочем месте с помощью выходного тестового контроля в СДО. В месяц изучалось не более 1-2 тем. За 3 года в обучении приняли участие все ВОП и терапевты Сети – 51 сотрудник, были проанализированы результаты 487 тестовых заданий. Обучение позволило повысить уровень знаний врачей по изученным темам: средний балл составил $8,7 \pm 0,1$; частота отличных и хороших оценок – $69,6 \pm 2,1\%$ (рис. 25). Среднее время, затраченное на решение тестовых заданий, оказалось небольшим, составив $12,6 \pm 1,1$ минут, что не превышает 3,5% от общего рабочего времени врача в смену, что не могло негативно отразиться на производственном процессе.

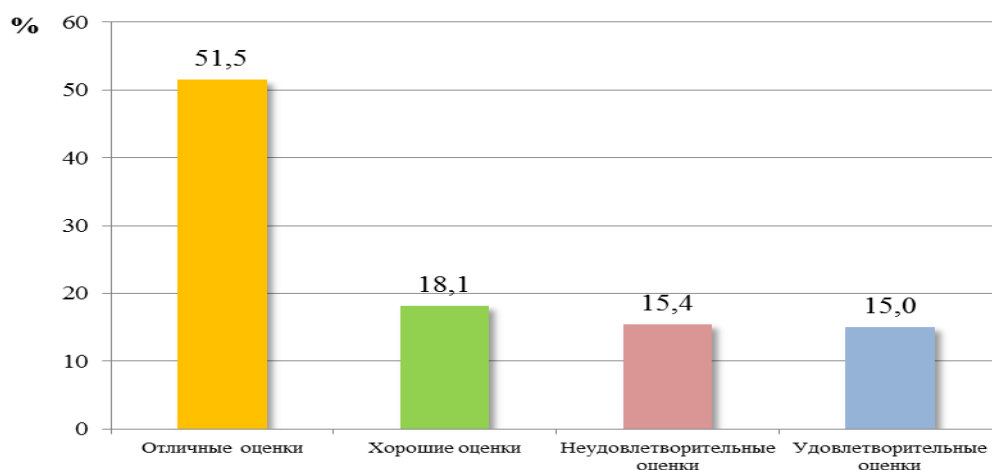


Рисунок 25. Результаты обучения ВОП и терапевтов на уровне «Коррекция»

Предложения по совершенствованию обучения персонала медицинской организации на уровне «Коррекция»

В целях совершенствования и развития трехуровневой системы НПР в Сети и его внедрения в работу других медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, были предложены следующие организационные изменения на уровне «Коррекция».

Апробированную на группе ВОП и терапевтов технологию внутриорганизационного обучения можно использовать у врачей других специальностей, а также административного и сестринского персонала.

Диагностика дефицита ЗУН у персонала должна быть консолидированной и основываться на результатах внутренней аттестации, экспертизы КМП и анализа обращений пациентов.

Для планирования сроков и приоритетности обучения целесообразно использовать градацию результатов аттестации, экспертной оценки и анализа обращений пациентов по категориям риска для КМП. В зависимости от значимости для КМП, каждому диапазону результатов следует присваивать определенное количество баллов (табл. 78).

Таблица 78.

Балльная оценка результатов аттестации, экспертной оценки и анализа обращений пациентов

Параметр	Результат	Количество баллов
Аттестация медицинского персонала	91-100% правильных ответов	1
	71-90% правильных ответов	0,5
	≤ 70% правильных ответов	0
Экспертная оценка законченных случаев обращения	Диагнозы обоснованы, обследование и лечение адекватные.	3
Экспертная оценка законченных случаев обращения	Единичные случаи недостаточного обоснования диагноза, избыточного/недостаточного обследования и/или избыточного/недостаточного лечения при его адекватности.	1
	Множественные случаи недостаточного обоснования диагноза, избыточного/недостаточного обследования и/или избыточного/недостаточного лечения при его адекватности.	0
Обращения пациентов	Обоснованные обращения отсутствуют	2
	Единичные обоснованные обращения	1
	Множественные обоснованные обращения	0

Категория риска уровня ЗУН для КМП должна определяться на основании балльной оценки отдельных параметров (табл. 79)

Таблица 79.

Категории риска уровня ЗУН для качества медицинской помощи

Категория риска	Балльная оценка	Приоритет и сроки обучения
Риск отсутствует	• Аттестация – 1, экспертная оценка – 3, обращения – 2	Коррекция ЗУН не требуется
Низкий	• Аттестация – 0,5, экспертная оценка – 3, обращения – 2	Приоритет низкий, обучение желательно
Умеренный	• Аттестация – 0, экспертная оценка – 3, обращения – 2	Приоритет средний, обучение необходимо
Умеренный	• Аттестация – 0-1, экспертная оценка – 1, обращения – 2 • Аттестация – 0-1, экспертная оценка – 3, обращения – 1	Приоритет средний, обучение необходимо
Высокий	• Аттестация – 0-1, экспертная оценка – 1, обращения – 1 • Аттестация – 0-1, экспертная оценка – 0, обращения – 1-2 • Аттестация – 0-1, экспертная оценка – 1-3, обращения – 0 • Аттестация – 0-1, экспертная оценка – 0, обращения – 0	Приоритет высокий, обучение необходимо в ближайшее время

Для административного персонала, не участвующего в лечебно-диагностическом процессе непосредственно, консолидированная оценка дефицита ЗУН должна быть основана на результатах аттестации и выявлении однотипных дефектов КМП и обращений пациентов в отделении/медицинской организации.

На основании выявленного при консолидированной оценке дефицита ЗУН должна разрабатываться индивидуальная программа обучения сотрудника. При разработке учебных программ для сестринского, врачебного

и административного персонала подход должен быть дифференцированным. В табл. 80 представлены структуры учебных программ для сотрудников разного профиля.

Таблица 80.

Структуры учебных программ на уровне «Коррекция»

	Сестринский персонал	Врачебный персонал	Административный персонал
Знания	<i>Базовые</i> - Условия оказания медицинской помощи по программам ОМС/ДМС <i>Специализированные</i> - Теоретическая подготовка по специальности	<i>Базовые</i> - Условия оказания медицинской помощи по программам ОМС/ДМС - Клинические рекомендации <i>Специализированные</i> - Теоретическая подготовка по специальности	<i>Базовые</i> - Условия оказания медицинской помощи по программам ОМС/ДМС - Клинические рекомендации <i>Специализированные</i> - Теоретическая подготовка по специальности
Умения и навыки	<i>Базовые</i> - Работа в ЭМК <i>Специализированные</i> - Практическая подготовка по специальности - Работа с медицинским оборудованием	<i>Базовые</i> - Работа в ЭМК <i>Специализированные</i> - Практическая подготовка по специальности - Работа с медицинским оборудованием	<i>Базовые</i> - Работа в ЭМК <i>Специализированные</i> - Практическая подготовка по специальности

Следует регламентировать, время, отводимое на внутриорганизационное обучение персонала медицинской организации. В соответствии с опытом ведущих мировых компаний [161], внутриорганизационному обучению должно отводиться не менее 10% рабочего времени.

Кроме апробированного самообучения, могут использоваться традиционные методы обучения - лекции и семинары в очной или дистанционной формах, как с привлечением, так и без привлечения преподавателей образовательных организаций, с частичным отрывом или без отрыва от производства. Для отработки умений и навыков целесообразно

применять стажировку на рабочем месте в других медицинских организациях. Возможно проведение практических занятий внешними преподавателями.

Оценка эффективности обучения должна быть консолидированной и включать входной и выходной тестовый контроль в СДО; экспертизу КМП; анализ обращений пациентов. Итоги обучения должны быть положены в основу индивидуального планирования дальнейшего НПР сотрудника.

Оценка эффективности обучения на уровне «Развитие»

С целью повышения уровня знаний ВОП и терапевтов в области профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний в 2010-2012 гг. во внутриорганизационном УЦ проводились лекционные занятия с привлечением на основании договора преподавателей образовательных организаций. Темы занятий определялись совместно руководителем УЦ и лектором. Для оценки эффективности обучения проводился входной и выходной тестовый контроль в СДО, который врачи проходили на рабочих местах. Лектор предоставлял руководителю УЦ 10-15 тестовых вопросов по теме лекции, методист УЦ размещал их в СДО. Тестовый контроль врачи проходили на рабочих местах до и после посещения лекции. Темы лекционных занятий представлены в табл. 81.

Таблица 81.

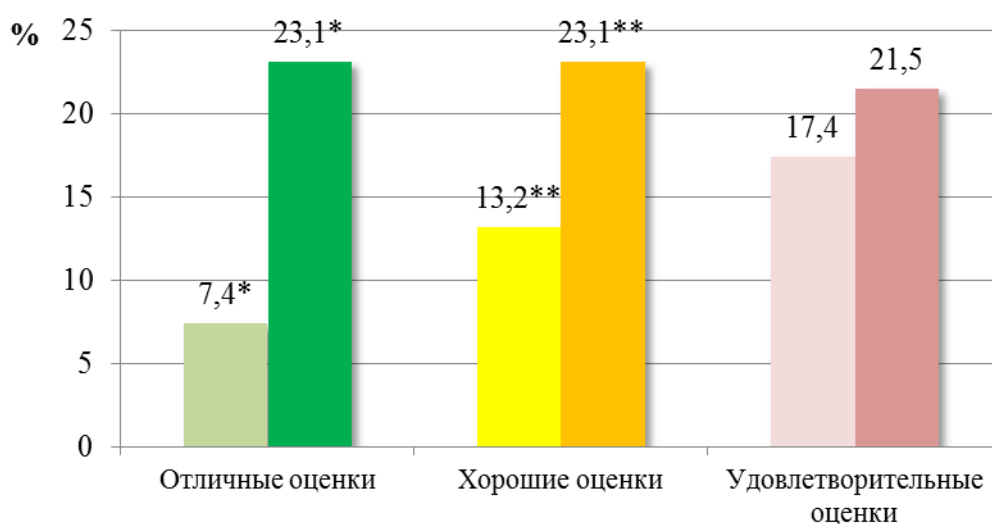
Темы обучения на уровне «Развитие»

Наименования тем			
№№		№№	
1	Анемия у детей	14	Особенности иммунитета у детей
2	Атопический дерматит	15	Острый синусит
3	Боль в горле	16	Патология роговицы
4	Диетотерапия ожирения детей	17	Принципы подбора молочной смеси
5	Желтуха у детей раннего возраста	18	Профилактика заболеваний молочной железы
6	Заболевания уха	19	Профилактика заболеваний тела матки
7	Ларингит	20	Профилактика заболеваний шейки матки
8	Лимфаденопатия	21	Рациональная антибактериальная терапия у детей
9	Общий анализ крови	22	Ринит
10	Общий анализ мочи	23	Средний отит
11	Односторонний экзофтальм		
12	Опухоли кожи		
13	Опухоли яичников		

Продолжение таблицы 81

24	Ургентная оториноларингология	27	Хронический синусит
25	Фарингит	28	Экспертиза временной
26	Фоновые заболевания желудочно-кишечного тракта		нетрудоспособности

Был проанализирован 121 парный результат тестовых заданий (входной и выходной тестовый контроль, пройденный одним врачом), свидетельствующий об эффективности проведенного обучения. Средний балл увеличился с $6,3 \pm 0,2$ до $7,7 \pm 0,2$. 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 (рис. 26). Частота неудовлетворительных оценок достоверно снизилась с $63,6 \pm 4,4\%$ до $29,8 \pm 4,2\%$ ($p < 0,001$). Положительная динамика была зафиксирована в $89,3 \pm 2,8\%$ случаев. Среднее время, затраченное на прохождение тестового контроля не требовало от врачей значительных временных затрат, составив $11,5 \pm 0,2$ минут, таким образом, не нанеся существенного ущерба производственному процессу.



* $p < 0,002$ ** $p < 0,02$

Рисунок 26. Результаты входного и выходного тестового контроля по итогам обучения на уровне «Развитие»

Предложения по совершенствованию обучения персонала медицинской организации на уровне «Развитие»

Для совершенствования НПР медицинского персонала на уровне «Развитие» в Сети и его внедрения в работу других медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, были сформулированы следующие предложения.

Апробированное у ВОП и терапевтов обучение на уровне «Развитие» может быть использовано при обучении врачей других специальностей, а также сестринского и административного персонала.

Оценка потребности в обучении должна быть консолидированной и основываться на учете направлений развития медицинской организации, необходимости совершенствования ключевых ЗУН и на индивидуальных пожеланиях персонала. Для этого необходимо учитывать сроки аккредитации (ресертификации), появление новых клинических рекомендаций, планы руководства по внедрению новых медицинских технологий, новых программ медицинского обслуживания, по оснащению новым медицинским оборудованием, заявки персонала на обучение.

На основании консолидированной оценки потребности в обучении руководителем УЦ (или другим ответственным сотрудником) должен быть составлен индивидуальный план развития каждого сотрудника на краткосрочную перспективу (1 год). Индивидуальный план развития должен составляться дифференцировано для сестринского, врачебного и административного персонала. Структуры учебных программ на уровне «Развитие» для сотрудников разных профилей представлены в табл. 82.

Таблица 82.

Структуры учебных программ на уровне «Развитие»

	Сестринский персонал	Врачебный персонал	Административный персонал
Знания	<i>Базовые</i> • Основы медицинской этики и деонтологии • Новые программы медицинского обслуживания в условиях ОМС/ДМС <i>Специализированные</i> • Теоретическая подготовка по смежным специальностям	<i>Базовые</i> • Основы медицинской этики и деонтологии • Основы доказательной медицины • Новые программы медицинского обслуживания в условиях ОМС/ДМС • Новые клинические рекомендации <i>Специализированные</i> • Теоретическая подготовка по смежным специальностям	<i>Базовые</i> • Новые программы медицинского обслуживания в условиях ОМС/ДМС • Новые клинические рекомендации <i>Специализированные</i> • Новые подходы к управлению медицинской организацией • Изменения нормативно-правового регулирования медицинской помощи в амбулаторных условиях • Теоретическая подготовка по смежным специальностям
Умения и навыки	<i>Базовые</i> • Работа в команде <i>Специализированные</i> • Работа с новым медицинским оборудованием • Практическая подготовка по смежным специальностям	<i>Базовые</i> • Работа в команде <i>Специализированные</i> • Медицинское консультирование • Работа с новым медицинским оборудованием • Практическая подготовка по смежным специальностям	<i>Базовые</i> • Работа в команде <i>Специализированные</i> • Управление КМП • Профессиональные коммуникации • Управление конфликтами • Развитие лидерских качеств • Управление персоналом • Практическая подготовка по смежным специальностям

Для реализации индивидуального плана развития, он должен быть доведен до сведения непосредственного руководителя сотрудника, в задачи которого входит создание для этого необходимых условий.

Ежегодно план должен пересматриваться для возможности учета изменившихся внешних и внутренних условий медицинской организации и достигнутых сотрудником профессиональных, карьерных и образовательных результатов.

Формы и методы обучения могут быть расширены за счет самообучения в СДО; стажировки на рабочем месте; внутренней ротации; повышения квалификации и переподготовки в образовательных организациях; стажировки в других медицинских организациях, включая зарубежные; участия в научно-практических мероприятиях, включая международные.

Оценка эффективности обучения должна быть консолидированной и включать: входной и выходной тестовый контроль в СДО; оценку динамики КМП; оценку удовлетворенности обучением и анализ предложений персонала; оценку динамики удовлетворенности пациентов КМП; оценку конкурентоспособности медицинской организации на рынке медицинских услуг.

Оценка эффективности обучения должна учитываться при планировании дальнейшего развития каждого сотрудника.

8.2.4. Результаты анализа динамики объемных показателей работы Сети

После начала внедрения была оценена динамика изменений следующих объемных показателей работы Сети с 2010 г. по 2017 г., отражающих повышение ее конкурентоспособности и эффективность базовых элементов модели: число обращений пациентов, число обратившихся пациентов, число заключенных контрактов с физическими лицами, число заключенных договоров с юридическими лицами, обращения пациентов, связанные с претензиями.

С 2010 г. по 2015 г. отмечалось динамическое увеличение числа обращений пациентов в медицинские организации Сети с 735 881 до 1 255 297. В 2016 и 2017 гг. было зафиксировано некоторое снижение

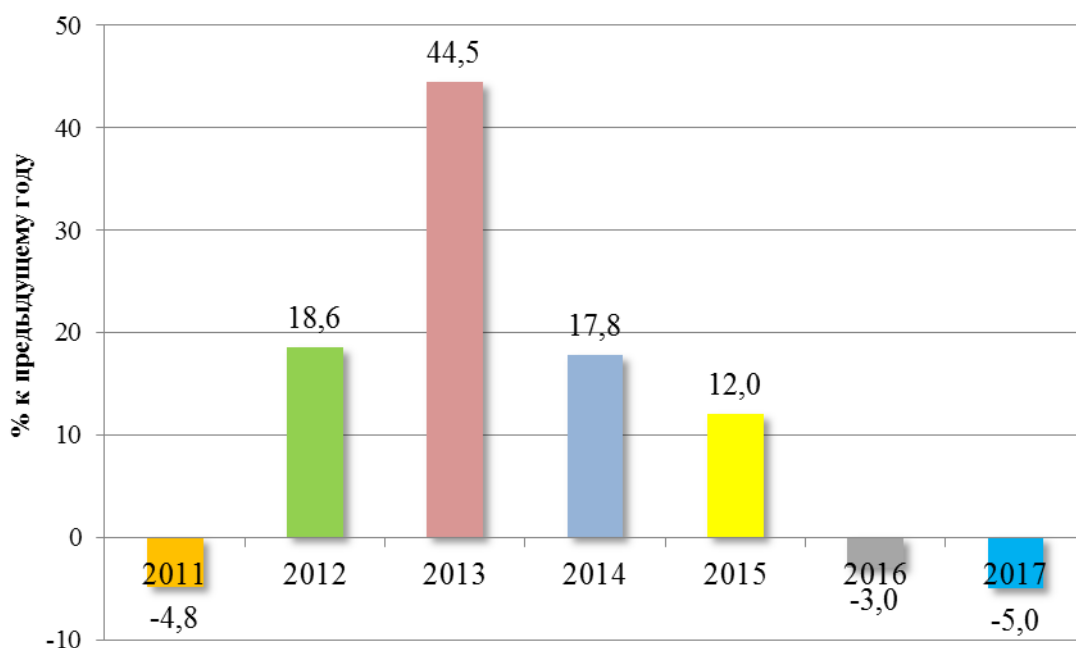
значений показателя, обусловленное, в большей степени социально-экономической ситуацией в стране. В целом с 2010 г. по 2017 г. рост показателя составил 57,1% (табл. 83).

Таблица 83.

**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

Как видно на рис. 27, вплоть до 2015 г. отмечался ежегодный рост числа обращений пациентов к предыдущему году. Максимальный прирост показателя был зафиксирован в 2013 г. (44,5%). В 2016 и 2017 гг. была отмечена незначительная отрицательная динамика.



**Рисунок 27. Динамика числа обращений пациентов
в медицинские организации Сети**

Сопоставимые результаты были получены при анализе по годам числа пациентов, обращающихся в медицинские организации Сети. С 2010 г. по

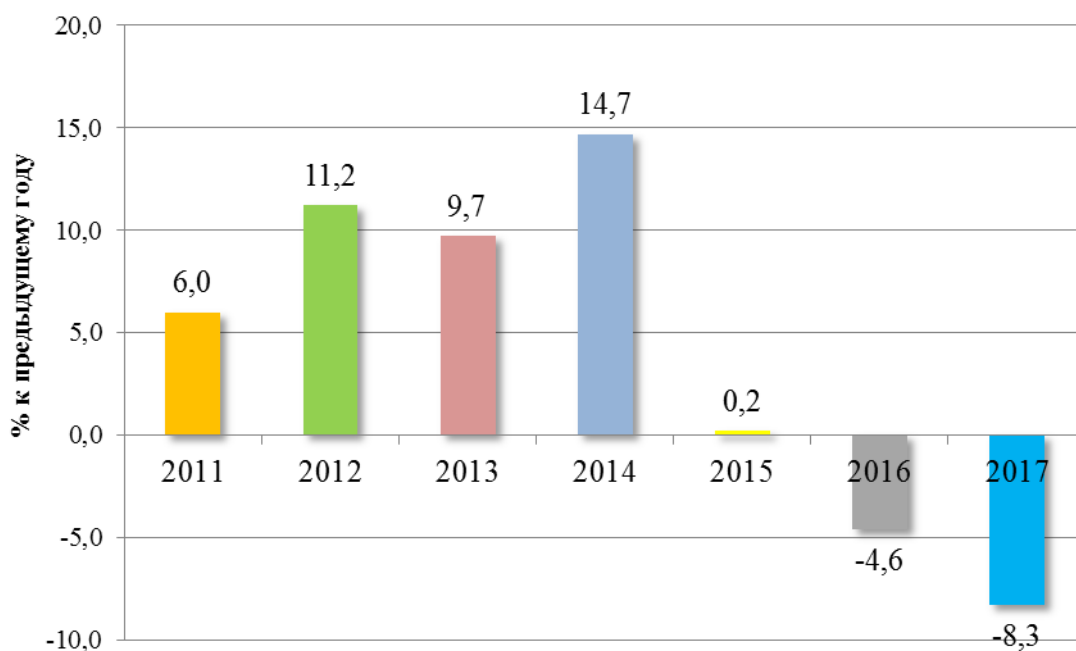
2015 г. показатель вырос с 93 591 до 139 144. Прирост показателя с 2010 г. по 2017 г. составил 30,1%. В 2016 и 2017 гг. отмечалась незначительная отрицательная динамика (табл. 84).

Таблица 84.

**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

Ежегодный прирост числа обращающихся пациентов до 2014 г. находился в диапазоне от 6,0% до 14,7%, имея тенденцию к увеличению. В 2015 году была зафиксирована стагнация. А в 2016 и 2017 г. на фоне неблагоприятных изменений в экономике страны – снижение (рис. 28).



**Рисунок 28. Динамика числа пациентов, обратившихся
в медицинские организации Сети**

Также в указанный интервал времени (с 2010 по 2015 г.) отмечался динамический рост числа заключенных Сетью контрактов с физическими

лицами на медицинское обслуживание с 8 612 до 17 870. Несмотря на невыраженную отрицательную динамику в 2016 и 2017 гг., общий прирост показателя за анализируемый период времени составил 87,8% (табл. 85).

Таблица 85.

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

Из рис. 29 следует, что ежегодный прирост показателя отмечался до 2015 г. и был максимальным в 2011 г. – 35,9%.

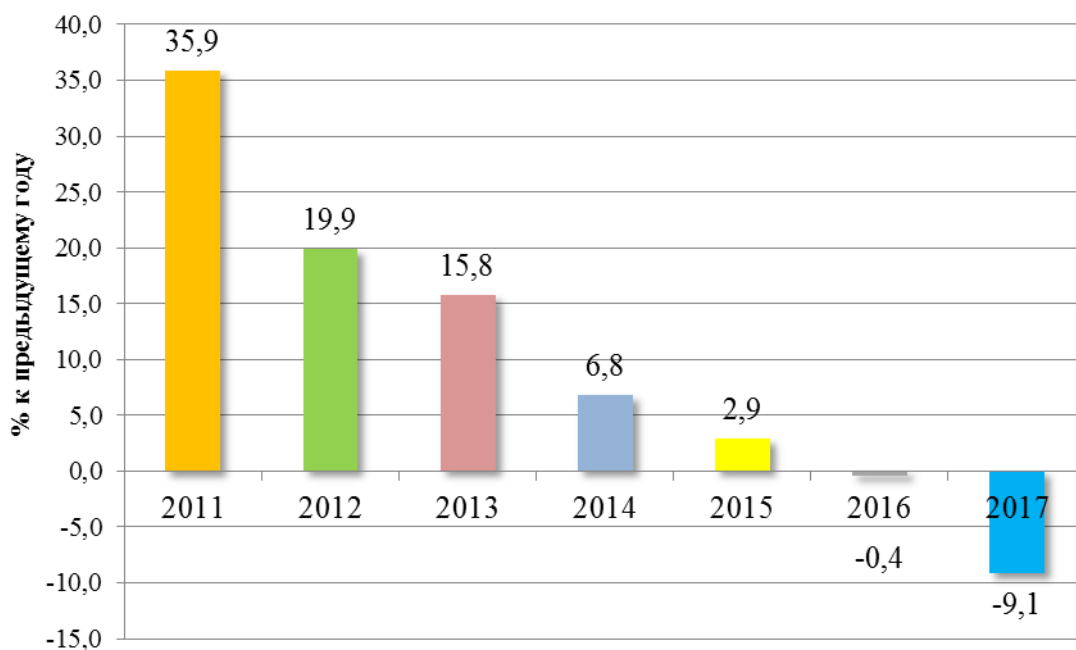


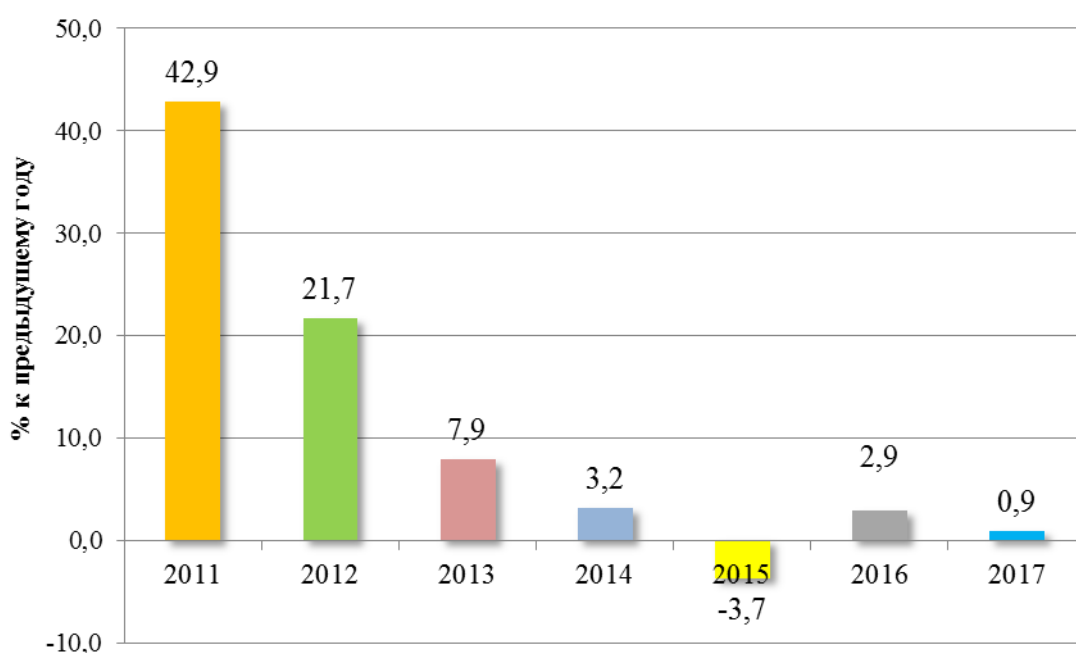
Рисунок 29. Динамика числа контрактов с физическими лицами

Как видно из табл. 86, несмотря на кризисные явления в экономике страны, начавшееся в 2011 г., увеличение числа договоров с юридическими лицами продолжается до настоящего времени. С 2010 г. по 2017 г. значение показателя увеличилось с 168 до 325, что составляет 93,5%.

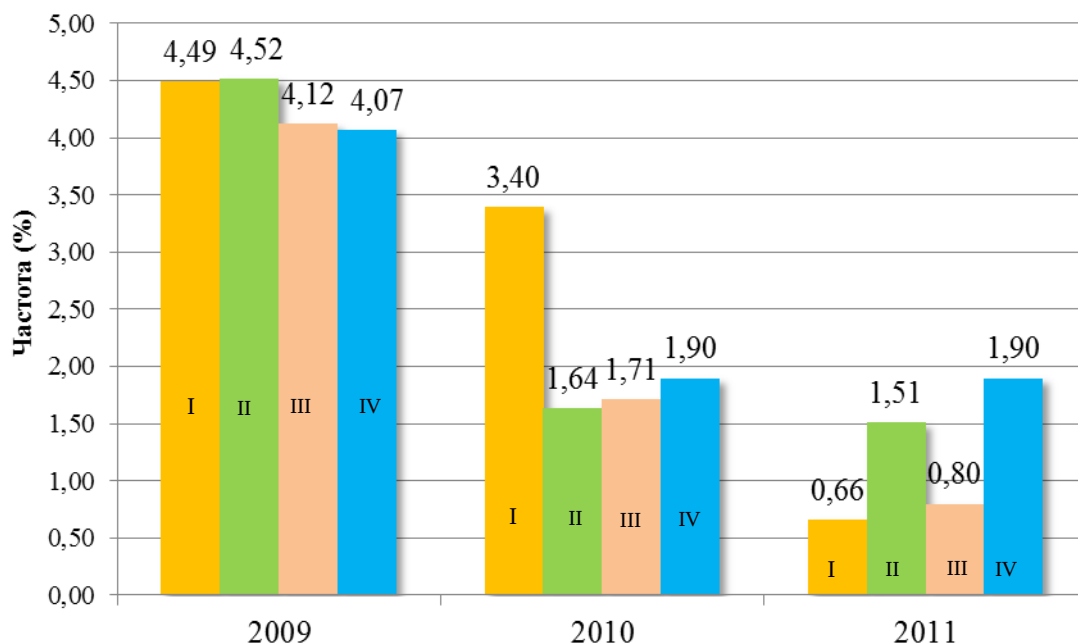
Таблица 86.**Число договоров с юридическими лицами по годам (2010-2017 гг.)**

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

Эту динамику отражает и рис. 30, на котором видно что, за исключением 2015 г, число договоров с юридическими лицами ежегодно увеличивалось. Максимальный прирост был в 2011 г. – 42,9%.

**Рисунок 30. Динамика числа договоров с юридическими лицами**

Была зафиксирована статистически значимая положительная динамика обращений пациентов, связанных с претензиями, которая за 3 года снизилась с 4,07-4,52% до 0,66-1,90% ($p < 0,05$) (рис. 31).



$p < 0,05$

Рисунок 31. Динамика частоты обращений пациентов, связанных с претензиями, по кварталам

8.2.5. Сравнительный анализ Сети с основными конкурентами государственного и негосударственного секторов здравоохранения

Сравнительный анализ Сети с другими негосударственными медицинскими организациями сетевого типа (табл. 87) продемонстрировал сопоставимость по большинству параметров доступности медицинской помощи. Только 2 медицинские организации из 13 превосходят Сеть по числу организаций в Москве – 56 и 19 против 18 соответственно. Всеми медицинскими организациями оказывается медицинская помощь на дому. В Сети и других медицинских организациях предоставляются коммерческие медицинские услуги и медицинские услуги по программам ДМС. Медицинская помощь в рамках ОМС не оказывается в 7 медицинских организациях из 14, включая Сеть. По величине средней стоимости медицинского приема Сеть находится на 6 месте из 14.

По ряду параметров, характеризующих доступность медицинской помощи, государственные медицинские организации имеют преимущество. Как видно из табл. 88, Сеть превосходит все государственные медицинские

организации города Москвы по числу организаций, которое варьирует от 1 до 8 (против 18 в Сети). Также как и в Сети, во всех государственных медицинских организациях оказывается медицинская помощь на дому, доступны коммерческие медицинские услуги и ДМС. В отличие от Сети во всех государственных медицинских организациях предоставляются медицинские услуги в системе ОМС.

Таблица 87.

Сравнительный анализ Сети с негосударственными медицинскими организациями города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по доступности медицинской помощи (2017 г.)^{1,2}.

Наименования сетей негосударственных медицинских организаций	Число отдельных медицинских организаций	Оказание медицинской помощи на дому	Работа по программам ОМС	Работа по программам ДМС	Предоставление коммерческих медицинских услуг	Средняя цена приема (руб.)
Будь здоров	3	Да	Да	Да	Да	2 534,7
Европейский медицинский центр	5	Да	Нет	Да	Да	15 128,0
Клиника «К+31»	3	Да	Да	Да	Да	3 599,0
Лечу.ру	56	Да	Нет	Да	Да	2 056,6
Мать и дитя	6	Да	Да	Да	Да	12 994,0
Медси	19	Да	Да	Да	Да	2 104,2
Ниармедик	11	Да	Да	Да	Да	2 898,0
РЖД-медицина	12	Да	Да	Да	Да	2 695,1
Семейная	10	Да	Нет	Да	Да	1 764,4
Сеть	18	Да	Нет	Да	Да	2 733,0
СМ-клиника	12	Да	Нет	Да	Да	2 696,0
Он-клиник	6	Да	Нет	Да	Да	2 508,8
Поликлиника.ру	7	Да	Нет	Да	Да	1 895,7
MedSwiss	5	Да	Да	Да	Да	2 977,9

¹ Данные сайтов медицинских организаций

² Аналитический отчет BuisnesStat «Рейтинг частных клиник Москвы в 2017 г.» [9].

Таблица 88.

Сравнительный анализ Сети с государственными медицинскими организациями города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по доступности медицинской помощи (2017 г.)^{1,2,3}

Наименования медицинских организаций	Число отдельных медицинских организаций	Оказание медицинской помощи на дому	Работа по программам ОМС	Работа по программам ДМС	Предоставление коммерческих медицинских услуг
Сеть	18	Да	Нет	Да	Да
ГКБ им. Е.О. Мухина Филиал № 1	1	Да	Да	Да	Да
ГКБ № 3 Поликлиническое отделение	1	Да	Да	Да	Да
ГКБ № 68 Амбулаторно-поликлинический центр	1	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 107	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 109	3	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 11	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 115	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 12	6	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 129	1	Да	Да	Да	Да

Продолжение таблицы 88

Поликлиника № 134	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 166	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 170	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 175	6	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 180	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 19	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 191	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 195	6	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 2	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 201	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 209	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 210	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 212	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 214	3	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 218	6	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 219	5	Да	Да	Да	Да

Продолжение таблицы 88

Поликлиника № 22	6	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 220	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 23	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 25	1	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 3	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 36	3	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 45	6	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 46	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 5	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 52	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 6	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 62	6	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 64	3	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 66	5	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 67	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 68	5	Да	Да	Да	Да

Продолжение таблицы 88

Поликлиника № 69	3	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 8	4	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 9	3	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №1	6	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №3	5	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №5	7	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №4	6	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 121	8	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №2	4	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №6	6	Да	Да	Да	Да
Троицкая городская больница	6	Да	Да	Да	Да

¹ Данные сайта Сети

² Данные сайта департамента здравоохранения города Москвы

³ Аналитический отчет BuisnesStat «Рейтинг частных клиник Москвы в 2017 г.» [9].

Как видно из табл. 89, по широте профилей медицинской помощи Сеть превосходят только 4 негосударственные медицинские организации из 13, что связано с наличием таких направлений, как инфекционные болезни, лечебная физкультура, онкология, паллиативная помощь, пульмонология, ревматология. С учетом особенностей динамики заболеваемости в Москве, развитие в Сети возможностей для оказания медицинских услуг в области пульмонологии и онкологии следует рассматривать, как приоритетные.

Из государственных медицинских организаций по широте профиля Сеть превосходит все 53 организации. Как правило, это связано с недостаточным представлением в государственных медицинских организациях таких направлений, как аллергология и иммунология (43,4%), гематология (18,8%), дерматология и венерология (33,3%), кардиология (7,6%), мануальная терапия (18,9%), медицинский массаж (24,6%), нефрология (26,4%), педиатрия (11,3%), профессиональные болезни (20,8%), психотерапия (20,8%), травматология и ортопедия (34,0%) и фтизиатрия (0,0%). Это обусловлено тем, что медицинская помощь этих профилей в государственном секторе здравоохранения оказывается преимущественно в специализированных медицинских организациях (табл. 90).

Таблица 89.

Сравнительный анализ Сети с негосударственными медицинскими организациями города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по профилям медицинской помощи (2017 г.)¹

Наименование сетей негосударственных медицинских организаций	Акушерство и гинекология	Аллергология и иммунология	Гастроэнтерология	Гематология	Дерматология и венерология	Инфекционные болезни	Кардиология	Лечебная физкультура	Мануальная терапия	Медицинский массаж	Неврология	Нефрология	ОВП/терапия	Онкология
Будь здоров	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Европейский медицинский центр	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Клиника «К+31»	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да
Лечу.ру	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет
Мать и дитя	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Медси	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да
Ниармедик	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
РЖД-медицина	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Семейная	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да
Сеть	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
СМ-клиника	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да
Он-клиник	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника.ру	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
MedSwiss	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да

Продолжение таблицы 89.

Наименования сетей негосударственных медицинских организаций	Оториноларингология	Офтальмология	Паллиативная помощь	Педиатрия	Профессиональные болезни	Психотерапия	Пульмонология	Реабилитология	Ревматология	Стоматология	Травматология и ортопедия	Урология	Физиотерапия	Фтизиатрия	Хирургия	Эндокринология
Будь здоров	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Европейский медицинский центр	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Клиника «К+31»	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Лечу.ру	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да
Мать и дeтeя	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Медси	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Ниармедик	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
РЖД-медицина	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Семейная	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Сеть	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
СМ-клиника	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Он-клиник	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника.ру	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
MedSwiss	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да

¹ Данные сайтов медицинских организаций

Таблица 90.

Сравнительный анализ Сети с государственными медицинскими организациями города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по профилям медицинской помощи (2017 г.)^{1,2}

Наименования медицинских организаций	Акушерство и гинекология	Аллергология и иммунология	Гастроэнтерология	Гематология	Гериатрия	Дерматология и венерология	Инфекционные болезни	Кардиология	Лечебная физкультура	Мануальная терапия	Медицинский массаж	Неврология	Нефрология	ОВП/терапия	Онкология
Сеть	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
ГКБ им. Е.О. Мухина Филиал № 1	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
ГКБ № 3 Поликлиническое отделение	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
ГКБ № 68 Амбулаторно-поликлинический центр	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 107	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 109	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 11	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 115	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 12	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 129	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 134	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 166	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет		Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 170	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 175	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 180	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да

Продолжение таблицы 90

Поликлиника № 19	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 191	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 195	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 2	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 201	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 209	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 210	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 212	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 214	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 218	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 219	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 22	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 220	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 23	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 25	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 3	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 36	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 45	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 46	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 5	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 52	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет

Продолжение таблицы 90

Поликлиника № 6	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 62	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 64	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 66	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 67	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 68	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 69	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 8	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 9	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет
Клинико-диагностический центр №1	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Клинико-диагностический центр №3	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Клинико-диагностический центр №5	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Клинико-диагностический центр №4	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 121	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №2	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №6	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет
Троицкая городская больница	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да

Продолжение таблицы 90.

Наименования медицинских организаций	Оторинол аринголог ия	Офтальм ология	Паллиат ивная помощь	Педиатр ия	Професс иональн ые болезни	Психоте рапия	Пульм онолог ия	Реабил итолог ия	Ревмат ология	Спорт ивная медиц ина	Стома тологи я	Травм атолог ия и ортопе дия	Уроло гия	Физио терапи я	Фтизи атрия	Хирург ия	Эндок риноло гия
Сеть	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
ГКБ им. Е.О. Мухина Филиал № 1	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
ГКБ № 3 Поликлиническо е отделение	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
ГКБ № 68 Амбулаторно- поликлинически й центр	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 107	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 109	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 11	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 115	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 12	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 129	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 134	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 166	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 170	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 175	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 180	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 19	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 191	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да

Продолжение таблицы 90

Поликлиника № 195	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 2	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 201	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 209	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 210	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 212	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 214	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 218	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 219	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 22	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 220	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 23	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 25	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 3	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 36	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 45	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 46	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 5	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да
Поликлиника № 52	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 6	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 62	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет

Продолжение таблицы 90

Поликлиника № 64	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 66	Да	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 67	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет
Поликлиника № 68	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 69	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 8	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Поликлиника № 9	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Клинико-диагностический центр №1	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Да	Да
Клинико-диагностический центр №3	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет
Клинико-диагностический центр №5	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Клинико-диагностический центр №4	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да
Поликлиника № 121	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да
Клинико-диагностический центр №2	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да
Клинико-диагностический центр №6	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да
Троицкая городская больница	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да

¹ Данные сайта Сети

² Данные сайта департамента здравоохранения города Москвы

Из табл. 91 следует, что по лечебно-диагностическим возможностям Сеть не уступает другим негосударственным медицинским организациям города Москвы сетевого типа. Над 2 из 13 имеет преимущество, заключающееся в возможности организации лечения в условиях ДС.

Сравнительный анализ лечебно-диагностических возможностей Сети с государственными медицинскими организациями показал сопоставимость по большинству из параметров (табл. 92). Преимущества были установлены над 21 из 53. Возможности лечения в ДС отсутствовали в 17,0% государственных медицинских организаций; проведения эндоскопических исследования в 9,4% организаций; КТ/МРТ – в 28,3% организаций.

Как видно из табл. 93 по численности врачебного персонала Сеть делит 5-6 место (458 сотрудников) среди 14 негосударственных медицинских организаций сетевого типа города Москвы. По численности докторов наук ($0,2 \pm 0,2\%$) и врачей первой квалификационной категории ($3,1 \pm 0,1$) Сеть сопоставима с другими организациями. В 5 из 13 медицинских организаций статистически значимо выше, чем в Сети численность кандидатов медицинских наук ($более\ 12,4 \pm 1,4\%$) и врачей высшей квалификационной категории ($более\ 11,7 \pm 1,3\%$). Это указывает на отсутствие у большинства медицинских организаций преимуществ над Сетью по потенциалу для повышения КМП и инновационного развития.

Из табл. 94 следует, что по численности врачебного персонала Сеть превосходит 48 из 53 государственных медицинских организаций. Численность докторов медицинских наук и кандидатов медицинских наук достоверных различий не имеет. По численности врачей высшей квалификационной категории Сеть достоверно превосходят только 37,7%; по численности врачей первой квалификационной категории – 5,7% государственных медицинских организаций.

Таблица 91.

Сравнительный анализ Сети с негосударственными медицинскими организациями города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по лечебно-диагностическим возможностям (2017 г.).

Наименования сетей негосударственных медицинских организаций	Лечение в дневном стационаре	Лабораторная диагностика	Функциональная диагностика	Ультразвуковая диагностика	Рентгенологическая диагностика	Эндоскопия	КТ\МРТ
Будь здоров	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Европейский медицинский центр	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Клиника «К+31»	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Лечу.ру	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Мать и дeтa	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Медси	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Ниармедик	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да
РЖД-медицина	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Семейная	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Сеть	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
СМ-клиника	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Он-клиник	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника.ру	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
MedSwiss	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да

¹ Данные сайтов медицинских организаций

Таблица 92.

Сравнительный анализ Сети с государственными медицинскими организациями города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по лечебно-диагностическим возможностям (2017 г.)^{1,2}

Наименования медицинских организаций	Лечение в дневном стационаре	Лабораторная диагностика	Функциональная диагностика	Ультразвуковая диагностика	Рентгенологическая диагностика	Эндоскопия	КТМРТ
Сеть	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
ГКБ им. Е.О. Мухина Филиал № 1	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да
ГКБ № 3 Поликлиническое отделение	Нет	Да	Да	Да	Нет данных	Нет	Да
ГКБ № 68 Амбулаторно-поликлинический центр	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 107	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 109	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 11	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 115	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 12	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 129	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 134	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 166	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 170	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 175	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 180	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет

Продолжение таблицы 92

Поликлиника № 19	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 191	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 195	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 2	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 201	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 209	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 210	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 212	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да
Поликлиника № 214	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 218	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 219	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 22	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 220	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 23	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 25	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 3	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 36	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да
Поликлиника № 45	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 46	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 5	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да
Поликлиника № 52	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да

Продолжение таблицы 92

Поликлиника № 6	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 62	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 64	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 66	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 67	Нет данных	Да	Да	Да	Да	Нет данных	Да
Поликлиника № 68	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
Поликлиника № 69	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 8	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 9	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №1	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №3	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №5	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Клинико-диагностический центр №4	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Поликлиника № 121	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да
Клинико-диагностический центр №2	Да	Да	Да	Да	Нет данных	Да	Да
Клинико-диагностический центр №6	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Троицкая городская больница	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет

¹ Данные сайта Сети ² Данные сайта департамента здравоохранения города Москвы

Таблица 93.

Сравнительный анализ Сети с негосударственными медицинскими организациями города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по кадровому потенциалу (2017 г.)¹

Наименования сетей негосударственных медицинских организаций	Общая численность врачебного персонала (чел)	Доктора медицинских наук		Кандидаты медицинских наук		Врачи высшей квалификационной категории		Врачи первой квалификационной категории	
		%	Сравнение с Сетью (фи-критерий)	%	Сравнение с Сетью (фи-критерий)	%	Сравнение с Сетью (фи-критерий)	%	Сравнение с Сетью (фи-критерий)
Будь здоров	446	0,0±0,0	-	8,5±1,4	n.s.	7,2±4,3	n.s.	3,2±0,9	n.s.
Европейский медицинский центр	458	8,1±1,3	n.s.	31,0±2,2	p<0,001	12,8±1,6	n.s.	2,5±0,7	n.s.
Клиника «К+31»	293	6,6±1,5	n.s.	25,5±2,6	p<0,05	18,8±2,3	n.s.	6,3±1,5	n.s.
Лечу.ру	209	0,0±0,0	-	10,7±4,2	n.s.	0,0±0,0	-	0,0±0,0	-
Мать и дитя	645	2,8±0,3	n.s.	27,6±1,6	p<0,001	33,3±1,7	p<0,001	8,3±1,0	n.s.
Медси	1 117	2,5±0,5	n.s.	15,2±1,2	n.s.	26,1±1,5	p<0,01	8,3±0,2	n.s.
Ниармедик	334	0,6±0,4	n.s.	15,2±1,9	n.s.	16,1±1,9	n.s.	1,7±0,7	n.s.
РЖД-медицина	981	нет данных	-	нет данных	-	нет данных	-	нет данных	-
Семейная	327	3,0±0,9	n.s.	19,9±2,2	n.s.	16,9±2,0	n.s.	0,0±0,0	-
Сеть	458	0,2±0,2	-	12,4±1,4	-	11,7±1,3	-	3,1±0,1	-
СМ-клиника	890	3,0±0,7	n.s.	23,7±1,8	p<0,05	23,4±1,7	p<0,02	10,5±1,3	n.s.
Он-клиник	240	2,1±0,8	n.s.	13,5±2,0	n.s.	32,2±2,7	p<0,001	6,6±1,5	n.s.
Поликлиника.ру	231	0,0±0,0	-	10,4±2,0	n.s.	4,3±1,3	n.s.	0,9±0,6	n.s.
MedSwiss	299	3,7±1,4	n.s.	46,5±3,6	p<0,001	29,4±3,3	p<0,01	0,0±0,0	-

¹ Данные сайтов медицинских организаций

Таблица 94.

Сравнительный анализ Сети с государственными медицинскими организациями города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по кадровому потенциалу (2017 г.)^{1,2}

Наименования медицинских организаций	Общая численность врачебного персонала (чел)	Доктора медицинских наук		Кандидаты медицинских наук		Врачи высшей квалификационной категории		Врачи первой квалификационной категории	
		%	Сравнение с Сетью (фи-критерий)	%	Сравнение с Сетью (фи-критерий)	%	Сравнение с Сетью (фи-критерий)	%	Сравнение с Сетью (фи-критерий)
Сеть	458	0,2±0,2	-	12,4±1,4	-	11,7±1,3	-	3,1±0,1	-
ГКБ им. Е.О. Мухина Филиал № 1	35	0,0±0,0	-	2,9±2,8	n.s.	28,6±7,6	n.s.	8,6±4,7	n.s.
ГКБ № 3 Поликлиническое отделение	16	0,0±0,0	-	6,3±6,1	n.s.	25,0±17,7	n.s.	12,5±8,3	n.s.
ГКБ № 68 Амбулаторно-поликлинический центр	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 107	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 109	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 11	273	0,0±0,0	-	0,0±0,0	-	22,7±2,5	p<0,05	5,9±1,4	n.s.
Поликлиника № 115	456	0,7±0,4	n.s.	2,4±0,7	n.s.	14,9±1,7	n.s.	3,7±0,9	n.s.
Поликлиника № 12	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 129	69	0,0±0,0	-	2,9±2,0	n.s.	13,0±4,0	n.s.	2,9±2,0	n.s.
Поликлиника № 134	305	0,0±0,0	-	0,0±0,0	-	39,7±2,8	p<0,001	4,3±1,2	n.s.
Поликлиника № 166	267	0,7±0,5	n.s.	6,0±1,4	n.s.	25,1±2,6	p<0,02	7,1±1,6	n.s.
Поликлиника № 170	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-

Продолжение таблицы 94

Поликлиника № 175	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 180	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 19	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 191	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 195	418	0,7±0,4	n.s.	6,9±1,2	n.s.	23,0±2,0	p<0,05	5,7±1,1	n.s.
Поликлиника № 2	89	1,1±1,1	n.s.	9,0±3,0	n.s.	38,2±5,1	p<0,001	11,2±3,3	n.s.
Поликлиника № 201	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 209	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 210	553	0,0±0,0	-	0,0±0,0	-	22,4±1,8	p<0,05	3,4±0,8	n.s.
Поликлиника № 212	676	0,0±0,0	-	0,0±0,0	-	12,0±1,2	n.s.	6,2±0,9	n.s.
Поликлиника № 214	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 218	390	0,0±0,0	-	1,3±0,3	n.s.	11,5±1,6	n.s.	11,5±1,6	n.s.
Поликлиника № 219	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 22	387	0,3±0,3	n.s.	5,9±1,2	n.s.	65,1±2,4	p<0,001	22,0±2,1	p<0,01
Поликлиника № 220	77	0,0±0,0	-	16,9±4,3	n.s.	68,8±5,3	p<0,001	3,9±2,2	n.s.
Поликлиника № 23	305	1,0±0,6		5,2±1,3	n.s.	26,6±2,5	p<0,01	7,9±1,5	n.s.
Поликлиника № 25	54	0,0±0,0	-	13,0±4,6	n.s.	18,5±5,3	n.s.	7,4±3,6	n.s.
Поликлиника № 3	97	0,0±0,0	-	6,2±2,4	n.s.	27,8±4,5	p<0,05	4,1±2,0	n.s.
Поликлиника № 36	365	0,3±0,3	n.s.	1,6±0,6	n.s.	31,5±2,4	p<0,001	3,8±1,0	n.s.
Поликлиника № 45	308	0,0±0,0	-	3,9±1,2	n.s.	23,7±2,4	p<0,05	5,8±1,3	n.s.
Поликлиника № 46	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 5	95	1,1±1,1	n.s.	7,4±2,7	n.s.	22,1±4,2	n.s.	8,4±2,8	n.s.
Поликлиника № 52	242	0,0±0,0	-	3,3±1,1	n.s.	33,9±3,0	p<0,001	9,9±1,9	n.s.
Поликлиника № 6	196	0,5±0,2	n.s.	3,6±1,3	n.s.	55,6±3,5	p<0,001	11,7±2,3	n.s.
Поликлиника № 62	116	0,0±0,0	-	4,3±1,9	n.s.	25,0±4,0	n.s.	34,5±4,4	p<0,05

Продолжение таблицы 94

Поликлиника № 64	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 66	325	0,0±0,0	-	3,4±1,0	n.s.	47,1±2,8	p<0,001	9,5±1,6	n.s.
Поликлиника № 67	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 68	277	0,0±0,0	-	3,2±1,0	n.s.	23,1±2,5	p<0,05	3,6±1,1	n.s.
Поликлиника № 69	231	0,0±0,0	-	0,0±0,0	-	29,4±3,0	p<0,01	6,9±1,7	n.s.
Поликлиника № 8	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Поликлиника № 9	587	0,0±0,0	-	1,2±0,4	n.s.	22,3±1,7	p<0,05	4,6±0,9	n.s.
Клинико-диагностический центр №1	200	1,0±0,7	n.s.	19,5±2,8	n.s.	63,0±3,4	p<0,001	16,5±2,6	p<0,05
Клинико-диагностический центр №3	858	0,3±0,2	n.s.	0,7±0,3	n.s.	4,5±0,7	n.s.	2,1±0,5	n.s.
Клинико-диагностический центр №5	785	0,1±0,1	n.s.	2,5±0,5	n.s.	14,8±1,3	n.s.	4,7±0,7	n.s.
Клинико-диагностический центр №4	417	1,2±0,5	n.s.	8,9±1,4	n.s.	78,4±2,0	p<0,001	0,0±0,0	-
Поликлиника № 121	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Клинико-диагностический центр №2	320	0,0±0,0	-	4,4±1,1	n.s.	18,4±2,2	n.s.	5,0±1,2	n.s.
Клинико-диагностический центр №6	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-
Троицкая городская больница	Нет данных	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-	Нет данных	-

¹ Данные сайта Сети

² Данные сайта департамента здравоохранения города Москвы

По мощности Сеть превосходит 10 негосударственных медицинских организаций города Москвы сетевого типа из 13 с 253,7 тыс. пациентов и 939,2 тыс. медицинских приемов в год (табл. 95).

Таблица 95.

Сравнительный анализ Сети с негосударственными медицинскими организациями города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по мощности (2017 г.)¹

Наименования сетей негосударственных медицинских организаций	Число пациентов в год (тыс. чел)	Число приемов в год (тыс.)
Будь здоров	136,1	491,1
Европейский медицинский центр	108,5	696,3
Клиника «К+31»	87,5	433,8
Лечу.ру	64,1	406,6
Мать и дeтa	38,0	386,8
Медси	720,5	4 273,4
Ниармедик	110,2	800,1
РЖД-медицина	294,7	1 880,0
Семейная	90,2	616,7
Сеть	253,7	939,2
СМ-клиника	352,7	1 631,8
Он-клиник	88,2	375,2
Поликлиника.ру	43,0	354,4
MedSwiss	92,8	801,2

¹ Аналитический отчет BuisnesStat «Рейтинг частных клиник Москвы в 2017 г.» [9].

По выручке в 2014-2016 гг. Сеть занимала 6-е место среди 14 негосударственных медицинских организаций сетевого типа города Москвы. За 3 года объем выручки Сети вырос на 26,2% - с 1 896 838 тыс. руб. до 2 393 190 тыс. руб. По приросту выручки Сеть занимает 7-е место из 14 (табл. 96).

Таблица 96.

Выручка негосударственных медицинских организаций города Москвы сетевого типа, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (тыс. руб.)¹

Наименования сетей негосударственных медицинских организаций	2014	2015	2016	2016 к 2014 в %
Европейский медицинский центр	5 814 483	7 599 694	9 577 103	164,7
Медси	8 345 565	6 829 626	7 773 643	93,1
Ниармедик	6 539 525	8 357 618	7 265 983	111,1
Мать и дeтa	2 601 094	2 767 307	3 202 222	123,1

Продолжение таблицы 96

Будь здоров	2 851 425	3 178 056	3 090 274	108,4
Сеть	1 896 838	2 231 265	2 393 190	126,2
MedSwiss	-	1 955 749	2 012 359	102,9
СМ-клиника	816 359	1 165 475	1 450 252	177,6
Клиника «К+31»	1 057 384	1 217 075	1 419 062	134,2
РЖД-медицина	427 008	1 175 003	1 174 455	275,0
Поликлиника.ру	491 669	503 368	607 637	123,6
Семейная	247 987	331 210	371 458	149,8
Он клиник	294 827	296 574	308 594	104,7
Лечу.ру	76 711	86 024	101 869	132,8

¹ Аналитический отчет BuіsnesStat «Рейтинг частных клиник Москвы в 2017 г.» [9].

Таким образом, была разработана комплексная модель повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Модель основана на объединении в единую систему предложенных механизмов реализации направлений развития и повышения конкурентоспособности. Их комплексное применение на разных этапах трудовой деятельности персонала будет способствовать становлению 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. Базовые элементы модели были внедрены в работу Сети и продемонстрировали повышение профессионально-квалификационного уровня медицинского персонала и положительную динамику объективных показателей ее работы, свидетельствующих о повышении ее привлекательности для пациентов и организаций-партнеров, увеличении объема оказываемых услуг и повышении удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием. Сравнительный анализ Сети с государственными и негосударственными медицинскими организациями сетевого типа города Москвы, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, продемонстрировал ее высокую конкурентоспособность.

Заключение

Актуальность проведения настоящего исследования была обусловлена, прежде всего, развитием рынка медицинских услуг и конкуренции в отечественной системе здравоохранения, ростом межсекторной конкуренции и смещением ее акцента в неценовой сегмент. А также тем, что в современных условиях конкурентоспособность медицинской организации – это критерий соответствия ее деятельности стандартам качества, высокая удовлетворенность пациентов и стимул для повышения эффективности всей системы здравоохранения.

Анализ степени проработки конкуренции в здравоохранении как научной проблемы позволяет говорить о решении наиболее общих вопросов. Так, на сегодняшний день определены основные понятия и предмет конкуренции, факторы, на нее влияющие; выделены рынки, уровни и субъекты конкурентной среды; известны элементы, формирующие конкурентоспособность медицинской организации и описаны общие подходы к ее повышению. Вместе с тем, имеющиеся знания не систематизированы; отсутствует методология оценки конкурентоспособности медицинской организации и наращивания ее конкурентных преимуществ, учитывающая организационную структуру, уровень оказываемой медицинской помощи, сектор здравоохранения, сегмент рынка медицинских услуг и конкурентное окружение.

Выбор базы исследования – Сети негосударственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, был продиктован целым рядом факторов. Во-первых, наибольшего развития конкуренция достигала в негосударственном секторе здравоохранения. Во-вторых, Сеть представляет собой крупную медицинскую организацию, что отражает тенденцию к объединению и укрупнению медицинских организаций первичного звена здравоохранения. В-третьих, она функционирует в едином правовом поле с аналогичными медицинскими

организациями государственного и негосударственного секторов здравоохранения; укомплектована специалистами, прошедшими подготовку в единой государственной системе медицинского образования и осуществляет оказание медицинской помощи основным категориям пациентов. В-четвертых, заинтересованность руководства в повышении конкурентоспособности; финансирование, не зависящее от государственного бюджета; современная материально-техническая база и развитая инфраструктура предоставляют широкие возможности для отработки новых организационных и управленческих механизмов. Все перечисленное свидетельствует о возможности адаптации и экстраполяции полученных результатов на другие медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, независимо от формы их собственности.

С 2013 по 2017 гг. натуральный объем рынка медицинских услуг города Москвы снизился на 5,0% преимущественно за счет секторов ОМС, ДМС и бюджетного сектора, при увеличении легального и теневого коммерческих секторов. Стоимостный объем рынка вырос на 34,5%, свидетельствуя об увеличении цен на медицинские услуги, преимущественно в легальном коммерческом секторе и секторе ДМС. В структуре натурального объема рынка преобладали медицинские приемы, оказанные в амбулаторных условиях – 65,3%, отражая наибольшую востребованность у населения; в стоимостном объеме – медицинские приемы, оказанные в стационарных условиях (46,2%), что связано с их более высокой стоимостью. Средняя стоимость медицинских приемов за 5 лет выросла во всех секторах рынка; максимально - в секторах ДМС – 69,7% и легальном коммерческом секторе – 60,2%.

Увеличение численности населения Москвы с 2012 г. по 2017 г. на 6,6% и преобладание в его структуре трудоспособного контингента (около 60%) позволяют прогнозировать растущую потребность в медицинской

помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включая платную. Анализ динамики заболеваемости за последние 5 лет показал, что приоритетными профилями оказания медицинской помощи остаются болезни органов дыхания (более 30 тыс. на 100 тыс. населения) и болезни системы кровообращения (более 22 тыс. на 100 тыс. населения). Вместе с тем перспективными направления для расширения ассортимента медицинских услуг являются онкология (рост заболеваемости на 19,9%), эндокринология (рост заболеваемости на 6,2%), неврология (рост заболеваемости на 1,7%) и генетика (рост заболеваемости на 1,4%).

Численность потребителей медицинских услуг остается стабильной, составляя значительную долю среди всего населения города – 96,8%. Преимущественно это – лица женского пола, трудоспособного возраста, с высшим образованием, работающие, состоящие в браке, имеющие детей, с уровнем дохода средним и выше. Более 80,0% москвичей предпочитают обращаться за медицинской помощью по программам ОМС, при растущем интересе к коммерческим медицинским услугам. С 2011 г. по 2016 г. удельный вес платных медицинских услуг вырос среди всех платных услуг на 29,4%, а объем реализации в рублях - на 108,8%. Выбор коммерческих медицинских организаций в Москве обусловлен, прежде всего, требованиями пациентов к КМП и сервису. В основе выбора государственных медицинских организаций, как правило, ценовая доступность и широкий перечень медицинских услуг.

С 2013 г. по 2017 г. общая численность медицинского персонала в Москве снизилась на 8,2%, преимущественно за счет врачебных кадров. Имеет тенденцию к снижению и средняя зарплата в медицинских организациях на 17,3%. В структуре специальностей врачебного персонала основной удельный вес принадлежит врачам терапевтического и хирургического профилей – 26,0% и 12,0% соответственно, что отражает потребность населения в соответствующей медицинской помощи.

Среди медицинских организаций города Москвы основная доля принадлежит оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 92,2%. С 2013 г. по 2017 г. увеличилось число этих медицинских организаций на 7,7%, составив 3 274 и мощность - на 2,3%, составив 454,2 тыс. посещений в смену. В их структуре преобладают организации частной формы собственности (75,7%). Обеспеченность населения Москвы медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, является достаточной – в среднем 3,5 медицинские организации на 100 тыс. населения.

В 2017 г. в Москве насчитывалось 14 негосударственных многопрофильных медицинских организаций сетевого типа и 53 государственные многопрофильные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Они сопоставимы по большинству параметров доступности медицинской помощи; наименованиям основных профилей медицинской помощи; диагностическим возможностям; кадровому потенциалу. Это свидетельствует о высокой конкуренции на амбулаторном сегменте рынка медицинских услуг.

В соответствие с государственной программой «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», основными перспективами развития амбулаторного сегмента рынка медицинских услуг Москвы являются усиление внутрисекторной и развитие межсекторной конкуренции; повышение конкурентоспособности за счет повышения КМП, инновационного развития, повышения профессионально-квалификационного уровня и мотивации медицинского персонала, специализации в приоритетных направлениях ПМСП и межотраслевого сотрудничества.

С помощью SWOT-анализа была проведена оценка текущей конкурентоспособности Сети и определены направления развития и повышения конкурентоспособности. В результате было выделено четыре базовых направления развития и повышения конкурентоспособности,

которые можно экстраполировать на медицинские организации различных форм собственности, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

1. Формирование внутриорганизационной системы непрерывного повышения КМП и инновационного развития;
2. Формирование внутриорганизационной системы НПР медицинского персонала;
3. Совершенствование внутриорганизационной системы стимулирования медицинского персонала;
4. Формирование и поддержание ОК, обеспечивающей непрерывность повышения КМП, профессионального развития медицинского персонала и инновационного развития медицинской организации.

С целью разработки организационных и управленческих механизмов реализации выделенных направлений развития в Сети была проведена оценка обеспечения КМП и инновационного развития, управления профессиональным развитием и мотивацией медицинского персонала, ОК. Анализ позволил выявить недостатки и определить приоритеты для совершенствования.

С точки зрения задачи повышения конкурентоспособности основными недостатками действующей в Сети системы внутреннего контроля КМП являются: приоритет выявлению дефектов оказания медицинской помощи; отсутствие анализа причин повторяющихся дефектов и мероприятий по их предотвращению; отсутствие анализа связи дефектов оказания медицинской помощи с дефицитом ЗУН у медицинского персонала и соответствующего обучения; отсутствие оптимизации и инновационного развития лечебно-диагностического процесса; недостаточная вовлеченность медицинского персонала в процесс обеспечения и контроля КМП; отсутствие стимулирования повышения КМП и инновационной активности; недостаточно развитая система рабочих коммуникаций.

Следствием недостаточной эффективности системы внутреннего контроля КМП явилось состояние лечебно-диагностического процесса. При экспертной оценке частота дефектов оказания медицинской помощи составила 4,5 на 1 законченный случай обращения, из них $97,3 \pm 0,2\%$ были связаны с диагностикой и проводимым лечением. Диагноз был полностью обоснован только в $65,8 \pm 1,5\%$ случаев; только $11,8 \pm 1,5\%$ лабораторных, $35,3 \pm 1,5\%$ инструментальных и $15,3 \pm 1,1\%$ консультативных назначений являлись адекватными; несмотря на своевременность и адекватность лечения, его продолжительность была оптимальна только в $52,7 \pm 1,5\%$ случаев. В качестве основных причин сложившейся ситуации экспертами были признаны дефицит у медицинского персонала ЗУН и практика избыточного назначения медицинских услуг. Эти дефекты негативно отражались на медицинской результативности, которая была достигнута только в $67,7 \pm 1,4\%$ случаев и вела к снижению социальной эффективности при $18,9 \pm 1,2\%$ обращениях.

Подобное состояние лечебно-диагностического процесса в Сети было связано с позицией руководства, отдающего высокий приоритет управлению материальными ресурсами (более 7,0 баллов по 10-ти балльной шкале), при недостаточном внимании обучению персонала ($5,2 \pm 0,5$ балла по 10-ти балльной шкале) и инновационному развитию ($4,6 \pm 0,4$ балла по 10-ти балльной шкале). В результате большинство медицинских работников (более 70,0%) были удовлетворены санитарно-гигиеническими условиями и эстетикой рабочего места. Приверженность профессии и готовность к развитию, зафиксированные более чем у 70,0% сотрудников, входили в диссонанс с целевыми устремлениями администрации, что являлось сдерживающим фактором для повышения КМП и внедрения инноваций.

На основании выявленных недостатков были сформулированы предложения по непрерывному повышению КМП и инновационному развитию Сети и других медицинских организаций различных форм

собственности, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. К ним относятся совершенствование отбора медицинского персонала, включающее оценку исходного уровня профессиональной квалификации, личностных характеристик и готовности к развитию. Внедрение четырехуровневой системы контроля КМП и инновационного развития, обеспечивающей разделение функциональных обязанностей каждого уровня по степени экспертной и административной сложности; вовлеченность и личную ответственность каждого сотрудника; возможности для проявления инициативы. НПП и мотивацию медицинского персонала. Развитие МССА с образовательными организациями.

Несмотря на наличие преимуществ организационной структуры системы управления медицинским персоналом Сети (распределение функций управления персоналом и трудовым процессом между департаментом по работе с персоналом и медицинским департаментом) они не использовались в полной мере. Как и в большинстве государственных организаций, обучение медицинского персонала ограничивалось прохождением повышения квалификации в образовательных организациях. Внутриорганизационное обучение, а также обучение административного персонала отсутствовало. Использовалось материальное стимулирование с положительным (при выполнении плана по выручке) или отрицательным (при выявлении дефектов оказания медицинской помощи) подкреплением. В качестве нематериального стимулирования выступало обеспечение медицинских работников социальным пакетом.

В результате такого подхода $77,6 \pm 6,1\%$ медицинских работников получили неудовлетворительные оценки при внутренней аттестации; при экспертизе было выявлено $73,6 \pm 1,3$ дефектов лечебно-диагностического процесса на 100 законченных случаев оказания медицинской помощи; более 30,0% сотрудников были не удовлетворены существующими возможностями для обучения и развития. Менее 70,0% сотрудников оказались удовлетворены

спецификой работы в Сети. Наименьшая удовлетворенность была связана с возможностью для самореализации ($68,8 \pm 3,0\%$), рабочими коммуникациями ($62,7 \pm 3,1\%$), возможностью для проявления творчества и инициативы ($58,7 \pm 3,2\%$), нематериальным стимулированием ($38,4 \pm 3,1\%$), материальным стимулированием ($34,1 \pm 3,1\%$) и выполняемой работой ($7,8 \pm 1,7\%$). Недостаточная удовлетворенность спецификой и условиями труда стала причиной заметной доли сотрудников, находящихся в зоне риска увольнения – $15,7 \pm 2,3\%$.

Сложившаяся ситуация явилась результатом позиция руководства, которое средне оценивало значимость НПП ($7,3 \pm 0,5$ балла по 10-ти балльной шкале); не придавало большого значения дефициту у сотрудников тех или иных практических навыков (средний балл $< 6,0$ по 10-ти балльной шкале); не считало значимыми такие факторы, как материальное стимулирование и формирование благоприятного производственного климата (средний балл $< 7,0$ по 10-ти балльной шкале).

Для повышения конкурентоспособности Сети и других медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, было предложено внедрение внутриорганизационной трехуровневой системы НПП медицинского персонала и совершенствование системы стимулирования.

Трехуровневая система НПП позволяет решать образовательные потребности медицинского персонала на разных этапах трудовой деятельности - при адаптации (уровень «Адаптация»); устранение дефицита ЗУН в ходе осуществления профессиональной деятельности (уровень «Коррекция»); приобретение новых ЗУН для развития организации и внедрения инноваций (уровень «Развитие»). Подобная система должна гарантировать последовательность и преемственность внутриорганизационного учебного процесса, а также возможность коррекции его содержания. Было предложено использовать формы обучения, позволяющие минимизировать отрыв

медицинского персонала от рабочего процесса и методы обучения, учитывающие специфику труда. К внутренним ресурсам, обеспечивающим внутриорганизационное обучение, относятся: внутриорганизационный УЦ, СДО, обучающий потенциал сотрудников и материально-техническая база медицинской организации. Внешними ресурсами являются: профессорско-преподавательский состав образовательных организаций и МССА с образовательными организациями.

Для совершенствования системы стимулирования были предложены материальные и нематериальные стимулы. К первым относятся дополнительные выплаты за высокое КМП, достижение высокого профессионально-квалификационного потенциала, инновационную активность и приверженность медицинской организации. Вторыми являются создание на рабочих местах условий для реализации профессионально-квалификационного потенциала (разработан алгоритм рассмотрения инновационных предложений); развитие внутриорганизационной системы наставничества; развитие внутриорганизационной системы карьерного роста – вертикального (формирование и развитие кадрового резерва с помощью модифицированной матрицы потенциал-результат) и в рамках специальности (разработаны внутренние врачебных категорий).

Было выявлено несоответствие доминирующих ценностей сложившейся в Сети ОК выделенным направлениям развития и повышения конкурентоспособности. Связано это с отсутствием целенаправленного управления ее формированием и поддержанием, о чем свидетельствовала низкая оценка ее значимости административным персоналом ($5,3 \pm 0,5$ балла из 10-ти возможных). Следствиями явились слабость ОК, предпосылки для развития субкультур и ее неадекватность - только $40,7 \pm 3,2$ % сотрудников были удовлетворены своей вовлеченностью в производственную жизнь.

Было установлено, что существующая в Сети ОК включала преимущественно элементы рыночного типа, в то время предпочтительная

для реализации выделенных направлений развития должна сочетать основные характеристики ОК кланового, адхократического и бюрократического типов. Были определены основные ценности такой ОК: оказание медицинской помощи высокого качества и его повышение, проявление инновационной активности, стремление к непрерывному профессиональному развитию, отрицательное отношение к избыточному предоставлению медицинских услуг. Были предложены инструменты для формирования предпочтительной ОК (разработка этического кодекса и внутренних нормативных документов, обучение, проведение совещаний, внедрение и контроль изменений на всех уровнях) и ее поддержания (отбор медицинского персонала, разделяющего ценности предпочтительной ОК, обучение новых сотрудников ценностям и нормам поведения предпочтительной ОК, демонстрация руководителями внутриорганизационных норм поведения и декларирование ценностей предпочтительной ОК, создание внутриорганизационных процедур и традиций).

На основании объединения предложенных механизмов реализации выделенных направлений развития была разработана комплексная модель повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Принцип ее функционирования заключается в комплексном применении этих механизмов к каждому сотруднику, с учетом этапа его трудовой деятельности. Она должна обеспечивать 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.

Базовые элементы модели были внедрены в работу Сети в 2010-2012 гг. и проведена оценка их эффективности. В рамках организационного эксперимента были внедрены два уровня системы НПР – «Коррекция» и «Развитие»; развернуто самостоятельное структурное подразделение – внутриорганизационный УЦ; во внутреннюю информационную систему интегрирована СДО; начато долгосрочное сотрудничество с образовательными организациями в области обучения медицинского персонала.

Об эффективности обучения на уровне «Коррекция» свидетельствуют средний балл $8,7 \pm 0,1$ из 10-ти возможных, а частота отличных и хороших оценок – $69,6 \pm 2,1\%$. Подтверждением эффективности обучения на уровне «Развитие» являются увеличение среднего балла с $6,3 \pm 0,2$ до $7,7 \pm 0,2$, а частоты отличных и хороших оценок с $20,6 \pm 3,7\%$ до $46,2 \pm 4,5\%$.

По итогам внедрения были сформулированы предложения по дальнейшему совершенствованию работы трехуровневой системы НПР медицинского персонала в Сети и ее использованию в других медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Они включают консолидированную оценку потребности в обучении и его эффективности, а также структуры учебных программ для сестринского, врачебного и административного персонала на разных уровнях внутриорганизационного обучения.

Был проведен анализ объемных показателей работы Сети, отражающих ее конкурентоспособность, в динамике с 2010 г. по 2017 г. За указанный период времени число ежегодных обращений пациентов увеличилось на 57,1%; число, пациентов, ежегодно обращающихся за медицинской помощью – на 30,1%; число контрактов на медицинское обслуживание с физическими лицами – на 87,8%; число договоров с юридическими лицами – на 93,5%. Кроме того, было зафиксировано статистически значимое снижение частоты обращений пациентов, связанных

с претензиями, отражающее повышение их удовлетворенности медицинским обслуживанием, с 4,07-4,52% до 0,66-1,90%

Сравнительный анализ Сети с основными конкурентами после внедрения базовых элементов модели продемонстрировал ее высокую конкурентоспособность. Она сопоставима по большинству параметров доступности медицинской помощи с другими негосударственными медицинскими организациями сетевого типа и государственными медицинскими организациями: оказание медицинской помощи на дому, предоставление коммерческих медицинских услуг и по программам ДМС. Основными преимуществами некоторых конкурентов являются оказание медицинской помощи по программам ОМС и меньшая средняя стоимость медицинского приема.

По широте профиля медицинской помощи Сеть превосходят только 4 негосударственные медицинские организации из 13, что связано с наличием таких направлений, как инфекционные болезни, лечебная физкультура, онкология, паллиативная помощь, пульмонология, ревматология. Из государственных по данному показателю все 53 медицинские организации уступают Сети, в связи с недостаточным представлением таких направлений, как аллергология и иммунология (43,4%), гематология (18,8%), дерматология и венерология (33,3%), кардиология (7,6%), мануальная терапия (18,9%), медицинский массаж (24,6%), нефрология (26,4%), педиатрия (11,3%), профессиональные болезни (20,8%), психотерапия (20,8%), травматология и ортопедия (34,0%) и фтизиатрия (0,0%).

По лечебно-диагностическим возможностям Сеть не уступает другим негосударственным медицинским организациям, а над 2 из 13 имеет преимущество, заключающееся в возможности организации лечения в условиях ДС. Были установлены преимущества Сети над 21 из 53 государственных медицинских организаций: по возможности лечения в ДС -

в 17,0% случаев; проведения эндоскопических исследований - в 9,4%; КТ/МРТ – в 28,3%.

Сеть обладает сопоставимым с большинством государственных и негосударственных медицинских организаций кадровым потенциалом (численность докторов и кандидатов медицинских наук, врачей высшей и первой квалификационных категорий), имея преимущества по численности врачебного персонала над 8 из 14 и 48 из 53 организаций соответственно.

По мощности Сеть превосходит 10 негосударственных медицинских организаций города Москвы сетевого типа из 13 с 253,7 тыс. пациентов и 939,2 тыс. медицинских приемов в год.

По выручке в 2014-2016 гг. Сеть занимала 6-е место среди 14 негосударственных медицинских организаций. За 3 года объем выручки Сети вырос на 26,2% - с 1 896 838 тыс. руб. до 2 393 190 тыс. руб. По приросту выручки Сеть занимает 7-е место из 14.

Использование комплексной модели повышения конкурентоспособности в Сети и других медицинских организаций различных форм собственности, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, позволит повысить качество, научный уровень и доступность медицинской помощи. Это может способствовать направлению вектора развития конкуренции на амбулаторном сегменте рынка медицинских услуг в нужном направлении.

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 сокращений

ВОП	Врач общей практики
ВФМО	Всемирная федерация медицинского образования
ГЧП	Государственно-частное партнерство
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДО	Дистанционное обучение
ДС	Дневной стационар
ЗУН	Знания, умения и навыки
КДО	Клинико-диагностическое отделение
КМП	Качество медицинской помощи
МГМУ	Московский государственный медицинский университет
МССА	Многосторонний стратегический альянс
НИР	Научно-исследовательская работа
НМО	Непрерывное медицинское образование
НПР	Непрерывное профессиональное развитие
ОВП	Общая врачебная практика
ОК	Организационная культура
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОРВИ	Острая респираторная вирусная инфекция
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СДО	Система дистанционного обучения
УЦ	Учебный центр
ЭКГ	Электрокардиография
ЭМК	Электронная медицинская карта

Список литературы

1. Абрютина М.С., Грачев А.В. Анализ финансово-экономической деятельности предприятия: учебно-практ. пособие. - М.: Дело и сервис, 2008. - 256 с.
2. Аверьянова Т.А., Потеряева Е.Л., Труфанова Н.Л. и др. Охрана здоровья медицинских работников в условиях модернизации здравоохранения // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. - № 2 (74). – С. 79-83.
3. Агеева Н. А. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы и пути решения // Universum: медицина и фармакология. - 2014. - №6 (7). - URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/defekty-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-problemy-i-puti-resheniya> (дата обращения: 14.04.2017).
4. Агеева Н.А. Профессиональная культура как нравственный императив деятельности врача // Гуманитарные и социальные науки. - 2013. - № 6. - С. 77-86.
5. Агзамов Р.З. Корпоративная культура предприятия и ее использование в стратегическом управлении // Вестник Башкирского университета. - 2007. - Т.12, №3. – С. 142-143.
6. Адылханов Т.А., Сандыбаев М.Н., Жумыкбаева Н.К. Модель управления мотивацией медицинского персонала на примере регионального онкологического диспансера города Семей // Наука и здравоохранение. – 2015. - № 1. – С. 70-76.
7. Амиров А. Современные ориентиры медицинского образования в России // Высшее образование в России. – 2008. - № 3. - С. 22-26.
8. Аналитический отчет BuisnesStat «Анализ рынка медицинских услуг в Москве в 2013-2017 гг., прогноз на 2018-2022 гг.», 2018 [электронный документ].
9. Аналитический отчет BuisnesStat «Рейтинг частных клиник Москвы в 2017 г.», 2018 [электронный документ].

10. Андреева И.В., Бетина О.Б. Организационная культура: Учебное пособие. – СПб: Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет, 2010. - 293 с.
11. Апарин И.С. Негосударственная медицинская организация – эффективная модель качественного платного медицинского обслуживания: Автореф. дис. ... док. мед. наук : 14.00.33 / Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова. - М., 2007. – 48 с.
12. Апенько С.Н., Лямин Г.В. Влияние кадрового ядра на вовлеченность и мотивацию персонала медицинского учреждения // Вестник Сибирского института бизнеса и информационных технологий. – 2016. - № 2 (18). – С. 10-16.
13. Аренков И.А., Олейник М.В., Страхова О.А. Конкурентные преимущества предпринимательских структур в здравоохранении. - СПб.: Изд-во СПб ГУЭФ, 2007 - 99 с.
14. Арутюнов А.Т., Турзин П.С., Шарапова Е.И. и др. Разработка и внедрение системы менеджмента качества медицинской помощи в многопрофильной поликлинике // Сертификация. – 2009. - № 4. – URL: <http://vniis.center.ru/publications/detail/2082> (дата обращения: 14.04.2017).
15. Агтаева Л.Ж. Организация и управление работой медицинского коллектива в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. - №1. - С. 38-43.
16. Базаров Т.Ю. Управление персоналом: учебник для студ. учреждений сред. проф. образования. – 8-е изд. - М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 224 с.
17. Балахонов А. В., Белов В. Г., Пятибрат Е. Д. и др. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2009. - Сер. 11, Вып. 3. - С. 57-71.

18. Баранов И.Н. Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг // Экономическая школа: Альманах. - 2008. - Т. 6. - С. 207-241.
19. Барегамян Л.А., Урядова Л.П., Доровская А.И. Карьера в медицинских организациях: исследование закономерностей // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2015. – Т. 5, № 5. - С. 554.
20. Батаев С.С. Основные факторы сдерживания инвестиционной привлекательности частного сектора здравоохранения в России // Современные инновации. – 2016. - № 7 (9). – С. 35-37.
21. Башмаков О.А. Совершенствование методов управления кадрами и кадровой службой в практике управления здравоохранением // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 46, № 6. – С. 12.
22. Белбин Р.М. Команды менеджеров. Как объяснить их успех и неудачу. - М.: Кивитс, 2007. – 240 с.
23. Бельтюкова А.А. Корпоративная культура как средство эффективности работы предприятия // Экономика и социум: современные модели развития. – 2016. – Выпуск 11. – С. 52-60.
24. Бережков Д. В., Москвичева М.Г. Сравнительная медико-социальная характеристика пациентов медицинских организаций разных форм собственности // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. - № 2. – С. 104-107.
25. Березовская Р.А. Мотивационные детерминанты увлеченности работой у врачей // Петербургский психологический журнал. – 2013. - № 4. – С. 30-43.
26. Биртанов Е.А. Пути развития частного здравоохранения (мировой опыт) [Электронный документ]. - URL: http://www.rusnauka.com/5_PNW_2010/Economics/58673.doc.htm (дата обращения: 14.04.2017).

27. Бляхман Л.С., Зябриков В.В. Стратегический менеджмент, кооперационная структура и корпоративная культура фирм нового типа // Проблемы современной экономики. - 2013. - № 3 (47). – С. 181-190.
28. Большова Т.В. Медико-социальные и организационные аспекты оптимизации использования кадровых ресурсов на муниципальном уровне в условиях реформирования здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Рязанский гос. мед. университет имени акад. И.П. Павлова. - Рязань, 2011. - 22 с.
29. Бондаренко И. Н. Адаптация опросника «диагностика рабочей мотивации» Р. Хакмана и Г. Олдхема на русскоязычной выборке // Психологический журнал. - 2010. - Т. 31, № 3. - С. 109-124.
30. Боханов С.Ю., Вапнярская О.И. Предпосылки использования маркетинга в здравоохранении // Маркетинг в России и за рубежом. – 2002. - № 2. – С. 45-51.
31. Бреусов А.В., Чирков В.А., Зиновьев П.В. Практические аспекты управления процессом мотивации персонала медицинской организации // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, Выпуск 2. – С. 117-119.
32. Брюханова Н.В., Хафизов М.Г. Роль стандартов JCI в повышении качества медицинской помощи и обеспечении конкурентоспособности медицинских организаций в России // Сибирская финансовая школа. - 2017. - № 2 (121). - С. 109-115.
33. Буковинская М.П. Исследование социально-трудовых отношений и их развитие в корпоративной сфере: Монография. - Нижний Новгород: Издательство «Парсек», 2006. – 200 с.
34. Бутова В. Г. Предпринимательская деятельность медицинских организаций – М.: Издательский дом «Stbook», 2006. - 236 с.

35. Варнавский В. Г. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: международный опыт // Управление здравоохранением. - 2010. - Т. 26, № 1. - С. 9-15.
36. Васильченко Л.В. Многообразие методов мотивации персонала в медицинских учреждениях (на примере ОГАУЗ «Санаторий «Красиво») // Современные образовательные технологии в мировом учебно-воспитательном пространстве. - 2017. - № 11. - С. 46-49.
37. Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э. Имидж медика: случайный стиль поведения или необходимый элемент самосовершенствования // Качественная клиническая практика. – 2015. - № 3. – С. 89-96.
38. Велиханова Л.К., Пархоменко А.А., Терещук О.С. Сравнительный анализ удовлетворенности амбулаторной стоматологической помощью пациентов и врачей муниципальной и частной поликлиники // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. - 2013. - Том 3, № 2. – С. 301-303.
39. Веснин В. Р. Управление персоналом. Теория и практика. - М.: Проспект, 2015. - 96 с.
40. Винслав Ю.Б., Пехтерев В.В. Механизмы разработки и реализации комплексной системы стратегического анализа и управления конкурентоспособностью корпорации // Менеджмент и Бизнес-Администрирование. - 2010. - № 1. - С. 118-151.
41. Вишняков А.И., Абдрахманова Г.А. Психологические особенности трудовой мотивации и ценностных ориентаций сотрудников государственных и частных медицинских учреждений // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №1-1. - URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19567> (дата обращения: 14.04.2017).
42. Власова Е., Копачевская Т. Система мотивации: как привлечь и удержать // Управление персоналом. – 2010. – №. 8. – С. 19-25.

43. Воробьев П.А. Качество медицинской помощи: проблемы оценки, контроля и управления // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - № 10. – С. 6-14.
44. Всероссийское социологическое исследование мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. - 2010. - № 4. – С 6-20.
45. Вылегжанина А. О. Управление конкурентоспособностью персонала организации как основным ресурсом конкурентоспособности организации в современной экономике // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. - 2007. - № 2. - С. 62-67.
46. Вялков А.И., Кучеренко В.З., Вардосанидзе С.Л. и др. Управление качеством медицинской помощи // Главный врач. – 2007. - № 10. – URL: <http://rudocctor.net/medicine2009/bz-sw/med-rmnyx/index.htm> (дата обращения: 14.11.2017).
47. Габуева Л., Павлова Н., Фучежи А. Развитие предпринимательства и конкуренции в здравоохранении: угрозы и возможности // Ресурсы информация снабжение конкуренция. – 2015. - № 3. – С. 245-248.
48. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., Рагимов Г.Г. Исследование качества медицинской помощи сельскому населению // Земский врач. – 2012. - № 3 (14). – С. 27-30.
49. Гарный А.В. Совершенствование системы стратегического управления конкурентоспособностью промышленных предприятий: Автореф. дис. ... канд. эконом. наук : 08.00.05 / Академия труда и социальных отношений. - М., 2009. – 25 с.
50. Герцик Ю.Г. Концепция формирования механизмов организационно-экономической устойчивости и конкурентоспособности предприятия медицинской промышленности: Автореф. дис. ... докт. экон. наук :

08.00.05 / Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана. - Москва, 2015. - 67 с.

51. Глинкина О.В., Регент Т.М. Рынок общественного здоровья и принципы его сегментирования // Вестник российского нового университета. Серия «Человек и общество». – 2016. – Выпуск 4. – С. 10-15.
52. Глухова Г.Н., Шиленко Ю.В. и др. Маркетинг на рынке услуг и товаров медико-производственного комплекса // Экономика и здравоохранение. - 1998. - №7. - С. 11-20.
53. Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Социальное функционирование и качество жизни врачей // Забайкальский медицинский вестник. – 2012. - № 2. – С. 71-77.
54. Гончарова О.В. Состояние и тенденции развития частного здравоохранения в Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. - 2010. - № 4. - С. 40-44.
55. Горшунова Н.К. Инновационные технологии в подготовке врача в системе непрерывного профессионального образования // Фундаментальные исследования. - 2009. - № 2. - С. 86-88.
56. Горькова Т. Ю., Герасимова С. В. Влияние инновационного потенциала на конкурентное развитие предприятий здравоохранения // Успехи современного естествознания. - 2010. - №. 11. - С. 90-91.
57. Гриднев О.В., Гришина Н.К., Значкова Е.А. Основные направления повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. - № 1-2. – С. 30-34.
58. Гудов А.Х., Поляков С.В., Каменский В.А. и др. SWOT- анализ деятельности медицинской организации в аспекте конкурентоспособности услуг // Вестник Росздравнадзора. - 2012. - Выпуск № 1 - С.41-45.

59. Гуртяков А. С., Кравец А. Г., Юдин Д. В. и др. Фрактальная компетентностная архитектура корпоративных систем дистанционного образования // Современные проблемы науки и образования. - 2012. - №3. - URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=6238> (дата обращения: 14.04.2017).
60. Данилова Е. А., Ермашова Э. С. Мотивация персонала в учреждениях здравоохранения // Научный журнал «Дискурс». – 2016. – № 2 (2). – С. 302-307.
61. Дашкова Е.С. Материальное стимулирование работников системы здравоохранения: проблемы и пути решения // Вестник ВГУ. Серия: экономика и управление. – 2015. - № 2. – С. 9-12.
62. Дашкова Е.С. Особенности корпоративной культуры в организациях системы здравоохранения // Вестник ВГУ. Серия: экономика и управление. - 2014. - № 1. - С. 68-72.
63. Двойников С.И., Лапик С.В., Павлов Ю.И. Менеджмент и лидерство в сестринском деле: Учебное пособие / Под ред. И.Н. Денисова. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 464 с.
64. Демченко С.Г., Файзханова А.Л. В конкурентной борьбе муниципальные медицинские учреждения проигрывают частным // Актуальные проблемы экономики и права. - 2013. - № 3. - С. 89-96.
65. Демченко С.Г., Файзханова А.Л. Формирование конкурентной среды на рынке медицинских услуг // Вестник АГТУ. Сер.: Экономика. - 2014. - № 1. - С. 99-107.
66. Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): перспективы развития // Здравоохранение. - 2003. - №12. - С. 15-22.
67. Денисов И.Н., Куницына Н.М., Прощаев К.И. и др. Особенности медико-социальной эффективности медицинской помощи пожилым людям в государственных и частных учреждениях здравоохранения //

- Современные проблемы науки и образования. - 2012. - № 4. – URL: <http://www.science-education.ru/104-6912> (дата обращения: 14.04.2017).
68. Добрикова А.А. Подходы к использованию интерактивных элементов интернет-СМИ в продвижении медицинских учреждений // Коммуникативные исследования. - 2014. - № 2. - С. 107-111.
 69. Добрусина М.Е., Завьялова Г.Н., Тулупова О.Н. и др. Государственно-частное партнерство как инновационная форма развития российского здравоохранения // Вестник Томского государственного университета. – 2011. - № 1 (13). – С. 142-147.
 70. Додонова И.В. Инновационные подходы к управлению качеством медицинской помощи на современном этапе // Экономика и управление. – 2011. - № 12/2 (74/2). – С. 173-176.
 71. Долженко Р.А. Инновации в системе управления персоналом организации // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. – 2013. - № 1 (99). – С. 149-153.
 72. Доровская А.И., Коршевер Н.Г., Решетников В.А. Кадровые ресурсы медицинских организаций: состояние управления карьерой врачей // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2016. - Т. 6, № 1. - С. 232-233.
 73. Досмагамбетова Р.С., Баширова Т.П., Витт С.В. Перспективы государственно-частного партнерства в подготовке и использовании кадровых ресурсов здравоохранения // Медицина и экология. – 2014. – № 2. – С. 28-35.
 74. Дудов А.С. Эволюция методов оценки эффективности и качества медицинской помощи // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. - 2010. - № 24. – URL: <http://www.uecs.ru/marketing/item/246-2011-03-24-12-47-58> (дата обращения: 14.04.2017).

75. Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Пригорнев В.Б. и др. Перспективы решения кадровых проблем медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2015. - № 4. - URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20154/2015403.aspx#r0> (дата обращения: 31.03.2017).
76. Егорова И.А., Шевченко С.Б., Казаков В.Ф. и др. Применение симуляционных образовательных технологий в интересах повышения квалификации и профессионализма медицинских работников // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2012. - № 4. – С. 88-93.
77. Ермакова И.С. Социальная культура. - М.: Аспект-Пресс, 2000. – 208 с.
78. Ефименко С.А., Зарубина Т.В. Медико-социологический мониторинг как инструмент современных технологий в управлении здоровьем // Врач и информационные технологии. - 2007. - № 2. – С. 59-65.
79. Жабин А.П., Волкова Е.В., Шарикова Ю.В. Оценка готовности менеджмента медицинских учреждений к работе в условиях новых социально-экономических вызовов // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2016. - № 7 (141). – С. 77-83.
80. Задворная О. Л., Алексеев В. А., Борисов К. Н. Формирование и развитие корпоративной культуры медицинских организаций // МИР. - 2016. - Т. 7, № 3. - С. 142–149.
81. Зайцева Н.В. Анализ организационной культуры как фактора повышения эффективности стратегии управления медицинской организацией // Социология медицины. - 2013. - № 1 (22). - С. 30-38.
82. Зайцева Н.В., Левитский М.В. Роль руководителя в формировании организационной культуры медицинской организации // Детская хирургия. - 2013. - № 5. - С. 52-55.

83. Зайцева Т.В., Зуб А.Т. Управление персоналом: Учебник. – М.: ИД «ФОРУМ»: ИНФРА-М, 2008. – 336 с.
84. Закон РСФСР от 22.03.1991 г. № 948-1 «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках».
85. Закон СССР от 19.11.1986 г. «Об индивидуальной трудовой деятельности».
86. Закон СССР от 26.05.1988 г. № 8998-XI «О кооперации в СССР».
87. Замфир К. Удовлетворенность трудом: Мнение социолога. Пер. с рум. – М.: Политиздат, 1983. – 142 с.
88. Захарова Е.Н., Ковалева И.П. Концептуальные основы функционирования рынка медицинских услуг // Вестник АГУ. – 2015. – Выпуск 3 (165). – С. 254-260.
89. Зими́на Э.В. Системность подготовки управленческих кадров здравоохранения как фактор обеспечения качества медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. - 2010. - № 1. - С. 52-57.
90. Золотухина Т.В., Мельникова А.В., Камышников А.И. Организация многофункционального call-центра на базе районной больницы // Электронный научный журнал. – 2016. - № 2. – URL: <http://regiongmu.ru/wp-content/uploads/2016/07/RegionGMU020602.pdf>. (дата обращения: 27.01.2017).
91. Зотов А.Н. Эффективность внедрения инновационных технологий в работу детских поликлиник города Набережные Челны // Медицина и здравоохранение. - 2007. - № 24. - С. 34-37.
92. Зродников А.В. Механизмы формирования, воспроизводства и изменения организационной культуры: Автореф. дис. ... канд. соц. наук : 22.00.08 / Нижегородский государственный технический университет. – Нижний Новгород, 2007. – 24 с.
93. Иванова С.В. Искусство подбора персонала: Как оценить человека за час. - М.: Альпина Бизнес Букс, 2004. - 160 с.

94. Каде А.Х., Занин С.А. Инновации в подготовке врача общей практики // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. - № 4. – С. 119-121.
95. Кайгородова Т.В., Михеев П.А. Документы ВОЗ и международные проекты // Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. - 2005. - № 6. - С. 1-6.
96. Калабина Е.Г. Политика стимулирующей оплаты труда в бюджетных медицинских учреждениях // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». - 2016. - № 1. - С. 120–128.
97. Калева Н.Г. Качество медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической службе в условиях роста финансирования здравоохранения // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2008. – Т. 13, № 3-4. – С. 13-17.
98. Камерон К., Куинн Р. Диагностика и изменение организационной культуры / пер. с англ. под ред. И.В. Андреевой. - СПб.: Питер, 2001 – 320 с.
99. Карасева Л.А., Беликова О.В., Кичатова Е.Ю. и др. Динамика показателей качества трудовой жизни медицинских сестер инфекционных отделений Клиник Самарского государственного медицинского университета // Главная медицинская сестра. - 2009. - № 7. - С. 121-126.
100. Карась С.И., Конных О.В., Кетов П.Н. Разработка медицинских информационных систем: проектно-ориентированная подготовка кадров // Врач и информационные технологии. - 2011. - № 5. - С. 77-80.
101. Касимовский К. К. К вопросу о роли государства в регулировании системы здравоохранения // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. - 2009. - Вып. 3. - С. 43-45.
102. Касимовский К. К. Основные подходы к государственному регулированию частной системы здравоохранения Российской

- Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2012. - №. 6. - С. 40-43.
103. Каспрук Л.И., Снасапова Д.М., Жакупова Г.Т. Кадровое обеспечение как фактор влияния на качество оказания первичной медико-санитарной помощи населению (на примере Оренбургской области) // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22578> (дата обращения: 31.03.2017).
 104. Кибанов А.Я. Концепции мотивации и стимулирования трудовой деятельности // Кадровик. Кадровый менеджмент. – 2008. – № 5. – URL: <https://www.lawmix.ru/bux/48974> (дата обращения: 14.04.2017).
 105. Ключев А.М. Управление конкурентоспособностью стоматологической медицинской организации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Москва, 2015. - 27 с.
 106. Козлова Л. А., Сырчин Э. Ф. Совершенствование системы формирования и развития социального имиджа бюджетных медицинских учреждений // Концепт. – 2015. – № 03. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/15071.htm> (дата обращения: 26.01.2017).
 107. Колесников С. И. Правовое обеспечение государственно-частного партнёрства в здравоохранении // Управление здравоохранением. – 2010. - Т. 26, № 1. - С. 16-23.
 108. Колосницина М.Г., Шейман И.М., Шишкина С.В. Экономика здравоохранения: учебное пособие. - М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2008 – 479 с.
 109. Колосницина М. Г., Потапчик Е. Г., Селезнева Е. В. и др. Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении): Препринт WP8/2011/12. - М.: Изд. дом ВШЭ, 2011. – 80 с.

110. Комплексная программа развития производства товаров народного потребления и сферы услуг на 1986 - 2000 гг. (утверждена постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР в сентябре 1985 г).
111. Конев А.А. Стандартизованные подходы к совершенствованию качества медицинской помощи в условиях развития конкурентной среды платных медицинских услуг // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2012. - № 7-8. - С. 45-47.
112. Кораблев В. Н., Гандурова Е. Г. О перспективах развития конкурентной среды в здравоохранении Дальнего Востока России // Здравоохранение Дальнего Востока России: вопросы управления экономики и права: сборник научных трудов / под ред. профессора В. Н. Кораблева. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2013. - С. 70-74.
113. Кораблев В.Н. Модернизация как инструмент развития переходной модели в здравоохранении // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2013. - №4. - URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20134/2013405.aspx> (дата обращения: 14.04.2017).
114. Кораблев В.Н. Стандарты и порядки медицинской помощи в практике медицинской организации // Дальневосточный медицинский журнал. - 2014. - №4. - URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/standarty-i-poryadki-meditsinskoy-pomoschi-v-praktike-meditsinskoy-organizatsii> (дата обращения: 14.04.2017).
115. Кораблев В.Н., Савкова В.М., Савков Д.С. Организационно-экономические и правовые аспекты модернизации здравоохранения в современных условиях. – Хабаровск: Изд-во Дальневосточ. гос. мед. ун-та, 2012. – 96 с.

116. Коробкова О.К. Совершенствование конкуренции на рынке медицинских услуг // Гуманизация образования. - 2015. - № 3. - С. 100-106.
117. Корольков А.С. К вопросу о государственно-частном партнерстве в здравоохранении (на примере организации офтальмологической помощи) // Вестник молодого ученого. – 2013. - № 2. - С. 33-35.
118. Коротких Р.В., Жилинская Е.В., Симакова Н.В. и др. Страхование профессиональной ответственности как форма социальной защиты медицинских работников // Здравоохранение (Москва). - 2000. - № 7. - С. 49-65.
119. Косолапов А.В. Платные медицинские услуги в государственных и муниципальных медицинских организациях // ФЭС: Финансы. Экономика. - 2016. - № 6. - С. 16-18.
120. Костакова Т.А., Ильина З.Ю., Гюльмамедова Л.М. Анализ социологических опросов врачей по социально-экономическим аспектам и мотивациям // Альманах современной науки и образования. – 2011. - № 3 (46). – С. 98-100.
121. Костикова А.Ю., Черкасов С.Н. Теоретические основы мотивации медицинского персонала // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. - № 6. – С. 70-80.
122. Кофанова Т. А., Пунанова Т. И. Роль частной медицины в развитии системы здравоохранения в России // Научный вестник Костромского государственного технологического университета. – 2014. – №. 2. – URL: <http://vestnik.kstu.edu.ru/Images/ArticleFile/2014-2-14.pdf> (дата обращения: 14.04.2017).
123. Кравец А.Г., Гуртяков А.С. Виртуальные средства обучения в корпоративных системах дистанционного образования // Известия Волгоградского государственного технического университета. Серия

- «Актуальные проблемы управления, вычислительной техники и информатики в технических системах». Вып. 13: межвуз. сб. науч. ст. – Волгоград: ВолгГТУ, 2012. – № 4 (91). – С. 103-107.
124. Кравченко А.И. История менеджмента: Учебное пособие для вузов. - 7-е изд. - М.: Академический Проект, 2008. – 560 с.
125. Кравченко Е.Ю., Гребеник Л.Г., Чичерин Ю.А. Безопасность кадрового развития организации как условие создания благоприятного имиджа работодателя на рынке труда // Фундаментальные исследования. – 2014. - № 5. – С. 1070-174.
126. Кравченко Н.А., Рагозин А.В. Возможна ли конкурентная (рисковая) модель обязательного медицинского страхования в условиях России // Здравоохранение. - 2015. - № 6. - С. 28-39.
127. Краевой С. А., Медалье С. В., Фесенко В. В. Анализ некоторых аспектов конкуренции на рынке медицинских услуг в современных условиях акционирования системы здравоохранения // Современные проблемы науки и образования. - 2012. - №5. - URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=6861> (дата обращения: 14.04.2017).
128. Кудряшова О.С. Формы и методы работы современной пресс-службы в медицинской организации. Менеджмент новостей // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2015. - № 3. – С. 48-50.
129. Кузнецова Т.Н., Сальникова К.М. Конфликты в сфере здравоохранения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2015. – Т. 5, № 5. - С. 578.
130. Кулага М. Модель имиджа организации медицинского профиля // Тезисы докладов межвузовской научной конференции студентов и аспирантов (20 апр. 2011 г., Минск) / редкол.: Ф. П. Витко [и др.]. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2011. – С. 18-19.

131. Кустов О.М. Конкуренция медицинских организаций как механизм обеспечения экономической безопасности системы здравоохранения // Общество: политика, экономика, право. – 2016. - № 7. - С. 33-36.
132. Кучерявенко Д.М. Организационно - экономические механизмы инновационного управления здравоохранением: Автореф. дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Самарский государственный экономический университет. - Самара, 2011. - 24 с.
133. Ламбен Ж.-Ж. Менеджмент, ориентированный на рынок / Ж.-Ж. Ламбен, Р. Чумпитас, И. Шулинг. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2011. - 720 с.
134. Линденбратен А. Л., Гришина Н. К., Ковалева В. В. и др. К вопросу повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в Москве // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2015. - № 4-5. - С. 159-167.
135. Логинова О. Б. Управление организационной культурой предприятия сферы услуг: функциональный аспект // Экономика и экологический менеджмент. - 2010. - №2. - URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/service-industry-organizational-culture-management-the-functional-aspect> (дата обращения: 14.04.2017).
136. Локтева О.А. Оценка конкурентоспособности бренда платных медицинских услуг (на примере Санкт-Петербурга) // Проблемы современной экономики. - 2010. - № 3 (35). - С. 260-261.
137. Лукичева Л.И. Управление организацией. – М.: Омега – Л, 2009. – 368 с.
138. Лунева Т.В., Белик Е.А. Анализ видов конкуренции в системе здравоохранения // Вестник АГТУ. Сер.: Экономика. - 2010. - № 1. - С. 172-177.
139. Лутовинова О. Расчетам вопреки // Медицинский вестник. - 2010. - № 6. – URL: <http://lib.medvestnik.ru/articles/Raschetam-vopreki.html> (дата обращения: 14.04.2017).

140. Лысенко И.Л., Михайлова Т.И., Реймер В.В. Методические подходы к анализу деятельности современной медицинской организации // Дальневосточный аграрный вестник. – 2014. - № 1 (29). – С. 61-64.
141. Магура М.И. Курбатова М.Б. Современные персонал-технологии. – М.: ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2001. – 376 с.
142. Майсак О. С. SWOT-анализ: объект, факторы, стратегии. Проблема поиска связей между факторами // Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. - 2013. - № 1 (21). - С. 151-157.
143. Макаrenchенко М.А. Методология и методика проектирования культуры фирмы в процессе создания гибких организационных структур. - СПб: Изд-во СПбГУЭФ, 2004. - 159 с.
144. Макущенко Л.В. Формирование конкурентных преимуществ в сфере услуг здравоохранения Республики Беларусь на инновационной основе // Вестник полоцкого государственного университета. - 2011. - № 5. - С. 29-35.
145. Малышева Т.В. Тенденции формирования человеческого капитала в современной социально-экономической среде // Управление устойчивым развитием. – 2016. - № 3 (04). – С. 25-32.
146. Мамаева В.Ю., Мацко В.В. Стратегия формирования имиджа медицинской организации // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». – 2012. - № 3. – С. 132-134.
147. Манерова О.А. Профессиональный рост и карьера в здравоохранении: приоритеты и проблемы // Политика и управление в здравоохранении. - 2011. - № 2. - С. 77-83.
148. Маслова О.П. Управление профессиональным развитием медицинских работников как фактор повышения эффективности предоставляемых услуг [электронный документ]. – URL: <http://vestnik.samgtu.ru/uploads/series/1/21/208/2013-4-10-0006.pdf> (дата обращения: 14.04.2017).

149. Международный стандарт ИСО 9004:2009 (Е). Управление с целью достижения устойчивого успеха организации – Подход с точки зрения менеджмента качества.
150. Мещерякова Ж. В. Государственно-частное партнерство в развитии региональной системы здравоохранения // Экономика и бизнес: теория и практика. - 2015. - №. 9. - С. 75-77.
151. Мещерякова Э. А. Конкуренция как стимул повышения качества медицинской помощи // Интернетнаука. – 2016. - № 5. – С. 323-342.
152. Михайлова Ю.В., Сибурина Т.А., Данилова Н.В. Актуальные вопросы кадрового обеспечения организаций системы здравоохранения: Справочник. - М., 2008. - 125 с.
153. Михайлова Ю.В., Сибурина Т.А., Мирошникова Ю.В. Теоретические и прикладные аспекты формирования должностной модели руководителя медицинской организации // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. - № 2 (48). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/739/30/lang,ru/> (дата обращения: 14.04.2017).
154. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Поликарпов А.В. и др. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2016. - № 5 (51). - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/772/30/lang,ru/> (дата обращения: 31.03.2017).
155. Михайлова Ю.В., Таранов А.М., Сибурина Т.А. и др. Организационно-правовые основы экспертизы качества оказания медицинской помощи в частных ЛПУ в условиях реализации Закона «О медицинском

- страховании граждан в Российской Федерации»: Методическое пособие. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2005. – 112 с.
156. Муравьева Н.Н., Самарин Н.А. Человеческие ресурсы в системе здравоохранения в условиях модернизации // Наука и экономика. - 2010. - № 4 (4). - С. 76-77.
 157. Муслимов М.И. Медико-социальная характеристика потребителей услуг частной медицинской организации // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – URL: vestnik.mednet.ru/content/view/471/27/lang,ru/ (дата обращения: 29.01.2018).
 158. Назаренко Г. И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. - М.: Медицина, 2000. – 368 с.
 159. Назаренко М.А. Технологии управления развитием персонала в диссертационных исследованиях // Успехи современного естествознания. - 2013. - № 6. - С. 160-162.
 160. Назарова В.В. Рынок медицинских услуг: особенности конкурентной ситуации // Вестник СПбГУ. - 2008. - Сер. 5., Вып. 4. - С. 170-174.
 161. Насибуллин Э.Н. Корпоративное обучение как фактор повышения интеллектуального потенциала организации // Образовательные технологии и общество. – 2010. – Т. 13, № 2. – С. 250-261.
 162. Насрулаева П.М. Основные тенденции и проблемы развития рынка медицинских услуг // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2010. – №. 1. – URL: <http://www.rppe.ru/wp-content/uploads/2011/05/nasrulaeva-pm.pdf> (дата обращения: 14.04.2017).
 163. Национальный доклад «Риски бизнеса в частно-государственном партнерстве». - М.: Ассоциация менеджеров, 2007. - 116 с.
 164. Немов Р.С., Алтунина И.Р. Социальная психология. – СПб.: Питер Пресс, 2009. – 208 с.

165. Непогодина А.Н. Практика применения компетентностного подхода для оценки качества внутрифирменного обучения персонала // Образование и наука. - 2008. - № 4 (52). - С. 43-59.
166. Непрерывное профессиональное развитие (НПР) врачей. Международные стандарты ВФМО по улучшению качества. Офис ВФМО: Университет Копенгагена, Дания 2003. [электронный документ]. – URL: <http://wfme.org/standards/cpd/14-continuing-professional-development-cpd-of-medical-doctors-russian/file> (дата обращения: 14.04.2017).
167. Нестеров В.Л., Васильцова Л.И. Профессиональное развитие персонала // Успехи современного естествознания. – 2009. - № 10. – С. 57-59.
168. Николаев И.С., Багинова В.М., Маланов К.Ж. О развитии конкурентной среды в системе здравоохранения России // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2011. - № 1 (77), Часть 2. - С. 212-214.
169. Николукина Н.Б., Кондрашова И.С. Трудовые ресурсы в здравоохранении современной России // Социально-экономические явления и процессы. - 2011. - № 10. - С. 157-161.
170. Новаторов Э.В. Аудит внутреннего маркетинга методом анализа «важность-исполнение» // Маркетинг в России и за рубежом. – 2000. - № 1. - URL: <http://www.cfin.ru/press/marketing/2000-1/11.shtml> (дата обращения: 14.04.2017).
171. Новицкая Е.В., Соляник Е.В. Современные подходы к формированию конкурентного преимущества учреждения здравоохранения // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2013. - № 2. - С. 102-104.
172. Новокрещенов И.В., Новокрещенова И.Г. Самооценка статуса и престижа работы врача клинической больницы медицинского вуза // Социология медицины. – 2013. - № 2 (23). – С. 23-25.
173. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Комплексная оценка ненадлежащего оказания медицинской помощи (медико-социальные и экспертно-

- правовые аспекты) // Проблемы экспертизы в медицине. – 2005. - № 20-4. - URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnaya-otsenka-nenadlezhazhego-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi> (дата обращения: 03.02.2017).
174. Общероссийский классификатор организационно-правовых форм ОК 028-2012 (утв. Приказом Росстандарта от 16.10.2012 № 505-ст) (ред. от 12.12.2014).
175. Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1966. - 234 с.
176. Оловянишникова И.В. Управление учреждениями здравоохранения в современных условиях хозяйствования // Вектор науки ТГУ. – 2011. - № 4 (18). - С. 366-369.
177. Омирбаева Б.С. Экономические рычаги повышения качества медицинских услуг // Вестник университета Туран. - 2017. - № 1 (73). - С. 227-233.
178. Осипов Г.В. Рабочая книга социолога. - 2-е изд. - М.: Наука, 1983.- 477 с.
179. «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройка здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» (утверждены Постановлением ЦК КПСС, Совмина СССР от 19 ноября 1987 г. № 1318).
180. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта / под ред. S. Ettelt, E. Nolte, S. Thomson, N. Mays: пер. с англ. яз. - М., 2009. - 64 с.
181. Острополец С.С., Пшеничная Е.В. К проблеме непрерывного профессионального развития врачей // Здоровье ребенка. – 2007. – № 6 (9). – URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3650> (дата обращения: 14.04.2017).

182. Панчук Е.Ю. К проблеме мотивации труда персонала медицинского учреждения // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. - 2017. - Т. 20. - С. 44-53.
183. Пахомова Н.В. Современная конкурентная политика: теоретический анализ и опыт реализации (на примере ЕС и России) // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 5: Экономика. - 2008. - Вып. 2. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-konkurentnaya-politika-teoreticheskiy-analiz-i-opyt-realizatsii-na-primere-es-i-rossii> (дата обращения: 14.04.2017).
184. Пашкус Н.А., Пашкус В.Ю., Чемлякова А.Д. Соотношение качества и эффективности медицинских услуг как фактор конкурентоспособности организаций здравоохранения // Журнал Маркетинг МВА. Маркетинговое управление предприятием. – 2017. – Выпуск 2. – С. 136-152.
185. Первакова Е. Е. О механизмах воздействия корпоративной культуры на эффективность и производительность труда // Управление корпоративной культурой. - 2012. - Т. 3. - С. 194-205.
186. Первакова Е.Е. Количественные методы оценки корпоративной культуры // Социальная политика и социальное партнерство. - 2012. - № 2. - С. 45-42.
187. Петрова Е.А. Внутриорганизационные коммуникации. Построение системы эффективных внутриорганизационных коммуникаций на примере компании Google // Экономика и менеджмент инновационных технологий. - 2014. - № 3. - URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2014/03/4181> (дата обращения: 14.04.2017).
188. Петрова Н.Г., Погосян С.Г., Миннуллин Т.И. и др. Качество медицинской помощи и вопросы кадрового менеджмента // Современные проблемы науки и образования. – 2016. - № 5. – С. 54.

189. Петропавлова Г.П., Петров К.В. Обеспечение роста качества медицинских услуг на основе совершенствования системы антикризисного управления стоматологической поликлиникой // Научный журнал НИУ ИТМО. Серия «Экономика и экологический менеджмент». – 2015. - № 2. - С. 224-233.
190. Петросов С.Н., Першина Т.Л., Соловьёв В.В. и др. Обоснование необходимости разработки модели деятельности медицинской организации в современных экономических условиях // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2015. - № 2 (42). - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/668/30/lang.ru/> (дата обращения: 31.03.2017).
191. Пирогов М.В. Перспективы участия частного здравоохранения в реализации программы госгарантий // Здравоохранение. - 2014. - № 7. - С. 22-27.
192. Платное обслуживание населения в России. 2015: Стат. сб./ Росстат. - М., 2015. – 111 с.
193. Платохина Н. А., Исаев А. В. Коммуникационный процесс в управлении: основные положения // Сборник научных трудов SWorld по матер. междунар. науч.-практ. конф. «Научные исследования и их практическое применение. Современное состояние и пути развития». – 2013. – URL: <http://sworld.com.ua/konfer32/625.pdf> (дата обращения: 14.04.2017).
194. Попкова Ю.В. Региональные тенденции развития негосударственного сектора здравоохранения: взгляд пациентов и медицинских работников: Автореф. дис. ... канд. социол. наук: 14.00.52 / Саратовский государственный медицинский университет. – Саратов, 2006. – 27 с.
195. Портер М. Э. Конкурентное преимущество: Как достичь высокого результата и обеспечить его устойчивость. - М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. - 715 с.

196. Портер М. Э. Конкуренция. - М.: Вильямс, 2006. - 608 с.
197. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» (с изм. от 11.04.2017).
198. Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152 «Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».
199. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изм. от 12.08.2017 г).
200. Практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационар) / Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора. – М.: 2015. – 116 с.
201. Практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике) / Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора. – М.: 2016. – 123 с.
202. Приказ МЗ РФ от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».
203. Приказ МЗ РФ от 03.08.12 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

204. Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 № 1340 «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
205. Приказ МЗ РФ от 27.08.15 № 599 «Об организации внедрения в подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации образовательных и научных организациях подготовки медицинских работников по дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата».
206. Приказ МЗ РФ от 25.02.2016 г. № 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».
207. Приказ МЗ РФ от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».
208. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
209. Приказ МЗ РФ от 19.05.2017 № 234н «О внесении изменений в положение об аккредитации специалистов, утвержденное Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 № 334н»).
210. Приказ МЗиСР РФ и ФФОМС от 24.10.1996 №363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации».
211. Приказ МЗиСР РФ от 05.05.2012 г. № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».
212. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 22.02.2017) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

213. Просалова В.С. Оценка имиджа медицинской организации // Азимут научных исследований: экономика и управление. - 2017. - Т. 6. - № 3 (20). - С. 285-288.
214. Рагозин А.В. Кравченко Н.А. Розанов В.Б. Эффективность национальной системы здравоохранения: соответствует ли используемая модель финансирования здравоохранения объективным условиям страны // Здравоохранение РФ. - 2013. - №5. - URL: [file:///C:/Users/User/Downloads/effektivnost-natsionalnoy-sistemy-zdravoohraneniya-sootvetstvet-li-ispolzuemaya-model-finansirovaniya-zdravoohraneniya-obektivnym%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/effektivnost-natsionalnoy-sistemy-zdravoohraneniya-sootvetstvet-li-ispolzuemaya-model-finansirovaniya-zdravoohraneniya-obektivnym%20(1).pdf) (дата обращения: 14.04.2017).
215. Райкова Е.Ю. Терапия и профилактика профессионального выгорания у представителей помогающих профессий // Молодой учёный. - 2011. - № 5 (28) . - Том II . - С. 92-97.
216. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 г. № 2190-р «О программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг.».».
217. Расторгуева Т.И. Научное обоснование современных подходов к управлению человеческими ресурсами в здравоохранении: Автореф. дис. док. мед. наук : 14.00.33 / Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. - М., 2009. - 48 с.
218. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран / ред. Солтман Р. Б., Буссе Р., Моссиалос Э.: Пер. с англ. - М: Издательство «Весь Мир», 2002. - 272 с.
219. Репринцева Е.В. Направления повышения эффективности деятельности медицинской организации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2017. - № 2-2. - С. 254-257.

220. Решетников А.В. Социология медицины: Учебник. - М.: Издательство «ГЕОТАР-Медиа», 2006.- 256 с.
221. Решетников А.В. Социология обязательного медицинского страхования // Социология медицины. – 2012. - № 1.- С. 3-9.
222. Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И. Закономерности карьерного роста врачей в медицинских организациях // Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - № 4 (94). - С. 61 - 66.
223. Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И. Способ многокритериальной оценки индивидуальной успешности карьеры врачей в медицинских организациях // Научные итоги года: достижения, проекты, гипотезы. – 2015. - № 5. – С. 69-73.
224. Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И. Оптимизация управления карьерой врачей в медицинских организациях // Проблемы здоровья и экологии. – 2016. - № 2 (48). – С. 78-82.
225. Рогалева Н.Л. Современная концепция имиджа организации // Управление персоналом. – 2007. – № 2. – С. 42–45.
226. Романов А.И., Романов С.А. Качественный сервис как конкурентное преимущество медицинской организации // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2013. - № 2. – С. 56-60.
227. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Профессии социального государства. - М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2013. - 360 с.
228. Руженков В.А., Сергеева Е.А., Москвитина У.С. Качество жизни медицинских работников // Научные ведомости. – 2013. - № 18 (161), Вып. 23. - С. 23-32.
229. Руссу О.Г. Организационно-экономические механизмы развития услуг в системе здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Российская академия народного хозяйства и государственной службы при президенте Российской Федерации. - М., 2012. - 24 с.

230. Саати Т. Принятие решений. Метод анализа иерархий. - М: Радио и связь, 1993. - 316 с.
231. Садыков Т.У., Мырзахмет М.К. Потенциал государственно-частного партнерства в здравоохранении Казахстана // Теоретическая экономика. - 2012. - № 4. - С. 22-25.
232. Самоукина Н.В. Эффективная мотивация персонала при минимальных финансовых затратах. - М: Вершина, 2008. - 224 с.
233. Саханова Г.Б. Развитие конкурентоспособности экономики Республики Казахстан: проблемы и перспективы (на примере пищевой промышленности): Автореф. дис. ... канд. экон. наук : 6D050600 / Казахский национальный педагогический университет. - Алматы, 2012. - 15 с.
234. Свечина А.В., Мушников Д.Л., Козлов В.А. Психолого-педагогические, медико-организационные аспекты развития культуры внешних и внутренних коммуникаций медицинских организаций // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 19 (1). – С. 39-43.
235. Северский А.В., Сергеева Е.О. Значение протоколов ведения больных в судебной практике // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2005. - № 11. - С.6-12.
236. Селезнев В.Д., Волков С.Д. Проблемы конкуренции в российском здравоохранении // Научный журнал НИУ ИТМО. Серия «Экономика и экологический менеджмент». - 2016. - № 1. - С. 112-117.
237. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. - М., 2006. - 472 с.
238. Сибурина Т.А. Обеспечение и наращивание конкурентного преимущества учреждения здравоохранения на рынке медицинских услуг // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». - 2010. - № 3 (15). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/209/30/lang,ru/> (дата обращения: 14.04.2017).

239. Сибурина Т.А., Аттаева Л.Ж. Повышение эффективности управления здравоохранением на основе использования современных персонал-технологий // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2009. - № 1. - С. 25-28.
240. Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний. Опыт Европы и Латинской Америки / под ред. R. Coker, R. Atun, M. McKee. – М.: Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2009. - 286 с.
241. Соловейчик А.В. Лояльность персонала и факторы, характеризующие организацию // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. - 2010. - № 125. - URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/loyalnost-personala-i-factory-harakterizuyuschie-organizatsiyu.pdf> (дата обращения: 14.04.2017).
242. Соломанидина Т.О. Организационная культура компании: Учебное пособие. - М.: ИНФРА-М, 2007. – 624 с.
243. Соломанидина Т.О. Организационная культура компании: Учебное пособие. – М.: Инфра-М, 2009. – 624 с.
244. Солохина Л.В., Аветян К.Р., Салашник В.М. Управление персоналом как фактор устойчивости функционирования учреждения здравоохранения в условиях рынка медицинских услуг // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2010. - №1. – URL: <http://vozzdvr.fesmu.ru/20101/2010113.aspx> (дата обращения: 14.04.2017).
245. Спивак В.А. Корпоративная культура. - СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
246. Стародубов В.И., Воробьев П.А., Якимов О.С. и др. Основные положительные концепции стандартизации медицинских услуг // Экономика здравоохранения. - 1997.- № 10. - С. 5-10.
247. Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева И.А. Управление персоналом организации. Учебник для вузов / Под ред. В.И. Стародубова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1104 с.

248. Ступак В.С. Современные тенденции становления и сценарии развития негосударственного сектора здравоохранения // Здравоохранение Дальнего Востока. - 2015. - № 4 (66). - С. 22-26.
249. Сурмач М.Ю., Тищенко Е.М. Проблемы организационной и управленческой культуры в управлении здравоохранением // Журнал ГрГМУ. - 2007. - № 2. - С. 100-103.
250. Таппасханова Е. О., Мустафаева З.А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении // Российское предпринимательство. – 2012. - Т. 211, № 13. - С. 112-118.
251. Татаринцев А.В., Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. и др. Изучение дефектов оказания медицинской помощи больным с абдоминальной хирургической инфекцией // Медицинская экспертиза и право. - 2010. - № 5. - С. 17-22.
252. Таткина Е.Г. Синдром эмоционального выгорания медицинских работников как объект психологического исследования // Вестник ТГПУ. - 2009. - Выпуск 11 (89). - С. 131-134.
253. Терехова Е.Ю. Формирование конкурентоспособности медицинской организации: Автореф. дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Институт экономики и права Сочинского государственного университета туризма и курортного дела. - Сочи, 2004. - 28 с.
254. Техтеркова Н.С. Проблемы профессиональной мотивации работников медицинских организаций // Научный журнал. – 2016. - № 6 (7). – С. 138-139.
255. Техтерекова Н. С., Гнедых Н. Н., Ляхов А. П. Особенности управления профессиональной карьерой персонала медицинской организации // Научный журнал. - 2016. - № 5 (6). - С. 71-73.
256. Техтерекова Н. С., Гнедых Н. Н., Ляхов А. П. Профессиональная мотивация медицинского персонала как средство повышения

- эффективности трудовой деятельности // Проблемы современной науки и образования. – 2016. - № 12 (54). – С. 151-156.
257. Тихомирова О.Г. Организационная культура: формирование, развитие и оценка. - СПб.: ИТМО, 2008. - 156 с.
258. Тогунов И.А. Конкурентоспособность медицинской организации (врачебной практики): методологические подходы к оценке и управлению // Менеджер здравоохранения. - 2006. - № 4. - С.34-37.
259. Тогунов И.А. Конкуренция в здравоохранении и медицине // Корпоративный менеджмент. - 2008. - URL: http://www.cfin.ru/management/strategy/health_system.shtml (дата обращения: 15.04.2017).
260. Тогунов И.А. О корпоративной культуре в здравоохранении // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. - 2008. - № 2. - С. 106-108.
261. Томпсон А.А., Стрикленд А. Дж. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации: Пер. с англ. - М.: ИНФРА-М, 2000. - 412 с.
262. Труш О.В. Качество медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью. Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.47, 14.00.33 / ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова. – Санкт-Петербург, 2007. - 24 с.
263. Фатхутдинов Р.А. Управление конкурентоспособностью организации: Учебник. - М.: Изд. Эксмо, 2005. – 544 с.
264. Федеральный закон от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
265. Федеральным законом от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции» (с изм. от 29.07.2017).

266. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. от 28.12.2016).
267. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017).
268. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. от 29.07.2017).
269. Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (с изм. от 03.07.2016).
270. Федеральный закон от 29.12.2015 № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты российской Федерации».
271. Федеральный закон от 30.12.2015 № 432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. от 01.01.2017).
272. Федотова Г. А. Совершенствование мотивации персонала организации // Сборник научных трудов Sworld. - 2014. – Т. 25, №. 4. - С. 66-74.
273. Филиппов К.А. Развитие конкуренции в сфере здравоохранения // Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса. - 2013. - №1 (22). - С. 215-218.
274. Фляйшер К., Бенсуссан Б. Стратегический и конкурентный анализ. Методы и средства конкурентного анализа в бизнесе. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 541 с.
275. Хафизова Э.Р. Инновационный подход к формированию организационной культуры в медицинском учреждении // Вестник

- Новосибирского государственного педагогического университета. - 2012. - № 4 (8). - С. 35-43.
276. Хафизова Э.Р., Садовой М.А., Тощая Е.Г. Инновационный способ моделирования управления деятельностью на основе комплексного подхода // Матер. научно-практич. конф. «Организационная среда XXI века». – М., МЭСИ, 2010. – URL: <http://vestnik.nspu.ru/article/213> (дата обращения: 15.04.2017).
277. Холдинговая структура частной медицины в России в 2016 г. [Электронный ресурс]. - URL: http://businessstat.ru/russia/services/health/medicine/holdingovaya_struktura_chastnoj_mediciny_v_rossii (дата обращения: 31.03.2017).
278. Хузиханов Ф.В., Котляров П.М., Агроскин Л.С. и др. Оценка удовлетворенности врачей-рентгенологов своим трудом методом анализа «важность-исполнение» (по материалам Республики Марий Эл) // Медицинский альманах. – 2012. - № 5 (24). – С. 26-29.
279. Цветкова А.Б. Управление маркетинговыми коммуникациями на рынке медицинских услуг: Автореф. дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Российская экономическая академия им. Г.В. Плеханова. - Москва, 2003. - 28 с.
280. Цветкова С.Б., Цветанова К.Т., Христова И.Р. и др. Изучение влияния рабочей среды на мотивацию медицинских специалистов – типовой проект // Евразийский союз ученых. – 2016. - № 3 (24). – С. 73-77.
281. Цыпленкова Л.П., Слюсарь И.В., Шуть К.В. Изучение составляющих социального статуса врача в системе медико-социологического мониторинга // Социология медицины. – 2012. - № 2 (21). – С. 32-34.
282. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Медицинские новости. - 2009. - № 12. - С. 6-12.

283. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. - 2013. - № 4. - С. 16-34.
284. Шахбанова И.К. Организационно-экономические аспекты обеспечения конкурентоспособности предприятий сферы услуг: Автореф. дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Дагестанский государственный технический университет. - Махачкала, 2012. - 26 с.
285. Шевцов В.И., Коваленко Т.Н., Целегородцева О.А. Система менеджмента качества и ее статистическая интерпретация в здравоохранении // Здравоохранение. – 2005. - №11. - С. 29-35.
286. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении / Гос. ун-т – Высшая школа экономики. - 2-е изд. - М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. - 318 с.
287. Шейман И.М. Конкурентная модель обязательного медицинского страхования: опыт Нидерландов и его значение для России // Экономика здравоохранения. - 2006. - № 3-4. - С. 7-15.
288. Шекшня С.В. Управление персоналом современной организации: Учебно-практическое пособие. - Изд. 5-е, перераб. и доп. - М.: ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2002. - 368 с.
289. Шестак Н. Технология обучения в системе непрерывного профессионального образования // Высшее образование в России. - 2006. - № 12. - С. 98-103.
290. Шестак Н.В. Дополнительное образование медицинских кадров в России: история, развитие, перспективы // Проблемы педагогики и психологии. - 2010. - № 1. - С. 167-173.
291. Шишкин С.В. Экономика здравоохранения // Вопросы экономики. -2013. - № 4.- С. 19-23.

292. Шишкин С.В., Попович Л.Д. Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения // Научные труды Института экономики переходного периода. - № 125Р. - М.: ИЭПП, 2009. - 112 с.
293. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В. Роль частных медицинских организаций в российской системе здравоохранения // Проблемы Дальнего Востока. - 2016. - № 3. - С. 114-120.
294. Шляпников В.В. Негосударственное коммерческое медицинское учреждение в системе здравоохранения крупного города (мегаполиса). - М.: «Цифровичок», 2009. – 177 с.
295. Шмарловская Г.А. История экономических учений: учеб. пособие - Мн.: ООО «Новое знание», 2000. – 340 с.
296. Щепин О.П., Габуев Л.А. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении / под общ. ред. д-ра мед. наук, акад. РАМН В. И. Стародубова. - М.: МЦФЭР, 2006. - 432 с.
297. Щербук Ю., Кадыров Ф., Хайруллина И. Проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. - 2008. - № 2. - С.14-12.
298. Юдин С.В., Мелякова А.А., Сыроедов Н.С. Мотивационные медико-социальные условия совершенствования системы амбулаторно-поликлинической помощи муниципального и негосударственного сектора // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - № 4. - С. 28-32.
299. Юнг О. Методика формирования системы интегральных критериев оценки качества кадрового потенциала системы здравоохранения // Управление персоналом. - 2008. - № 16. - С. 48-51.
300. Юрьев В.К., Тарханов В.С. Самооценка врачами различных специальностей своего социального положения и профессиональной деятельности // Современные проблемы науки и образования. – 2014. -

- № 2. – URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=12498> (дата обращения: 08.02.2017).
301. Яковлева И.В. Коммуникация в сфере здравоохранения: управленческий аспект // Государственное управление. Электронный вестник. – 2016. – Выпуск № 59. – С. 168-188.
302. Adams O, Hicks V. Pay and non-pay incentives, performance and motivation / Prepared for WHO' December 2000 Global Health Workforce Strategy Group. Geneva, 2000 [электронный документ]. – URL: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_3_02.pdf (дата обращения: 15.04.2017).
303. Akintola O, Chikoko G. Factors influencing motivation and job satisfaction among supervisors of community health workers in marginalized communities in South Africa // Hum Resour Health. – 2016. – Vol. 14, № 1. – P. 54.
304. Albakri T. Strategic marketing. - Jordan, Amman: Dar-alyazoriy publisher's co, 2008. – P. 67-89.
305. Alexandros-Stamatios G Antoniou, Marilyn J Davidson, Cary L Cooper. Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece // Journal of Managerial Psychology. – 2003. – № 6 (18). – P. 592-621.
306. Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Spieker N et al. Assessing the impact of community engagement interventions on health worker motivation and experiences with clients in primary health facilities in Ghana: a randomized cluster trial // PLoS One. – 2016. – Vol. 11, № 7. - doi: 10.1371/journal.pone.0158541.
307. Allen P, Osipovič D, Shepherd E et al. Commissioning through competition and cooperation in the English NHS under the Health and Social Care Act 2012: evidence from a qualitative study of four clinical commissioning groups // BMJ Open. – 2017. – Vol. 7, № 2. - doi: 10.1136/bmjopen-2016-011745.

308. Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? // *Rev Saude Publica*. – 2016. - № 50. – P. 80.
309. Amah E, Nwuche C, Chukwuigwe N. Effective reward and incentive scheme for effective organizations // *Research journal of finance and accounting*. – 2013. – Vol 13, № 4. – P. 73-79.
310. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study // *Lancet*. – 2004. – Vol. 364. – P. 1603-09.
311. Ashish K Jha, Jonathan B Perlin, Kenneth W Kizer et al. Effect of the transformation of the veterans affairs health care system on the quality of care // *N Engl J Med*. – 2003. - № 348. – P. 2218-27.
312. Backhaus J, Junghanns K, Mueller-Popkes K et al. Short-term training increases diagnostic and treatment rate for insomnia in general practice // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. - 2002. - Vol. 252, № 3. - P. 99-104.
313. Barros PP. Competition policy for health care provision in Portugal // *Health Policy*. – 2017. – Vol. 121, № 2. – P. 141-148.
314. Beckstead JW. Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory among Florida nurses // *Int J Nurs Stud*. - 2002. - Vol. 39. - P. 785-92.
315. Bennett NL, Davis DA, Easterling WE et al. Continuing medical education: a new vision of the professional development of physicians // *Acad Med*. – 2000. – Vol. 75. – P. 1167-72.
316. Bennett S, Gzirishvili D, Kanfer R. Determinants of health worker motivation in Tbilisi, Georgia: A 360 degree assessment in two hospitals / Major Applied Research 5. Working Paper No 6. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates, Inc., 2000 [электронный документ]. – URL: <http://www.phrplus.org/Pubs/m5wp6.pdf> (дата обращения: 15.04.2017).

317. Bettina F Piko. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey // *International Journal of Nursing Studies*. – 2006. – Vol. 43, № 3. – P.311–318.
318. Bhatnagar A, Gupta S, Alonge O et al. Primary health care workers' views of motivating factors at individual, community and organizational levels: a qualitative study from Nasarawa and Ondo states, Nigeria // *Int J Health Plann Manage*. – 2016. - doi: 10.1002/hpm.2342.
319. Bilyaev OS. Analysis methods for assessing the competitiveness of enterprises // *Economics and Management*. – 2012. – № 2. – P. 94-99.
320. Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews // *Int J Technol Assess in Health Care*. – 2005. – Vol. 21. – P. 380–385.
321. Brekke KR, Straume OR. Competition policy for health care provision in Norway // *Health Policy*. – 2017. – Vol. 121. - № 2. – P. 34-140.
322. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C et al. The new generation of family physicians — career motivation, life goals and work-life balance // *Swiss Medical Weekly*. – 2008. - Vol. 138, № 21-22. – P. 305–312.
323. Burisch M. A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experiences // *Work Stress*. – 2002. – Vol. 16. – P.1–17.
324. C A Brown, C R Belfield, S J Field. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of the evidence // *BMJ*. – 2002. – Vol. 324. – P. 652-655.
325. Carlfjord S, Festin K. Association between organizational climate and perceptions and use of an innovation in Swedish primary health care: a prospective study of an implementation // *BMC Health Serv Res*. – 2015. - Vol. 15. – P. 364.
326. Carol Propper. The demand for private health care in the UK // *Journal of Health Economics*. – 2000. – Vol. 19. – P. 855–876.

327. Casebeer LL, Strasser SM, Spettell CM et al. Designing tailored Web-based instruction to improve practicing physicians' preventive practices // J Med Internet Res. – 2003. – Vol. 5, № 3. - e20.
328. Catherine M Joyce, Stefanie Schurer, Anthony Scott et al. Australian doctors' satisfaction with their work: results from the MABEL longitudinal survey of doctors // MJA. – 2011. - № 1 (194). – P. 30-33.
329. Chao-Chan Wu. The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty // African Journal of Business Management. – 2011. - Vol. 5 (12). - P. 4873-4882.
330. Cho KH, Park EC, Nam YS et al. Impact of market competition on continuity of care and hospital admissions for asthmatic children: a longitudinal analysis of nationwide health insurance data 2009-2013 // PLoS One. – 2016. – Vol. 11, № 3. - doi: 10.1371/journal.pone.0150926.
331. Clare E Liddy, Valeriya Blazhko, Molly Dingwall et al. Primary care quality improvement from a practice facilitator's perspective // BMC Family Practice. – 2014. – URL: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-23> (дата обращения: 15.04.2017).
332. Confessore S. Building a learning organization: communities of practice, self directed learning and CME // J Continuing Educ Health Professions. – 1997. – Vol. 17. – P. 5-11.
333. Cookson R, Laudicella M, Li Donni P. Effects of the Blair/Brown NHS reforms on socioeconomic equity in health care // J Health Serv Res Policy. – 2012. – Vol. 17. – P. 55-63.
334. Cooper Z, Gibbons S, Jones S et al. Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms // Econ J. - 2011. – Vol.. 121. - F228-F260.
335. Croes RR, Krabbe-Alkemade YJ, Mikkers MC. Competition and quality indicators in the health care sector: empirical evidence from the Dutch

- hospital sector // Eur J Health Econ. – 2017. - doi: 10.1007/s10198-016-0862-6.
336. Curry LA, Linnander EL, Brewster AL et al. Organizational culture change in U.S. hospitals: a mixed methods longitudinal intervention study // Implement Sci. – 2015. – Vol. 10. – P. 29.
 337. Cusano D, Lucia K. Implementing the Affordable Care Act: Promoting competition in the individual marketplaces // Issue Brief (Commonw Fund). – 2016. - № 4. – P. 1-11.
 338. Davies HT, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships // BMJ. – 2003. – Vol. 326 (7390). – P. 646–649.
 339. Deaton A. Health, inequality, and economic development, 2001 [электронный документ]. – URL: <http://www.nber.org/papers/w8318.pdf> (дата обращения: 15.04.2017).
 340. Delvaux N, Merckaert I, Marchal S et al. Physicians' communication with a cancer patient and a relative: A randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops // Cancer. – 2005. – Vol. 103. – P. 2397–2411.
 341. Denison DR. Corporate culture and organizational effectiveness. - New York: Wiley, 1990. – 267 p.
 342. Denison DR. What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars // Acad. Manag. Rev. – 1996. – Vol. 21. - № 3. – P. 619-54.
 343. Destino LA, Dixit A, Pantaleoni JL et al. Improving communication with primary care physicians at the time of hospital discharge // Jt Comm J Qual Patient Saf. – 2017. – Vol. 43, № 2. – P. 80-88.
 344. Determann D, Lambooij MS, de Bekker-Grob EW et al. What health plans do people prefer? The trade-off between premium and provider choice // Soc Sci Med. – 2016. – Vol. 165. – P. 10-8.
 345. Diallo K, Zurn P, Gupta N et al. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective // Human Resources for

- Health. – 2003. – URL: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-3> (дата обращения: 15.04.2017).
346. Dile T, Kennedy. A Corporate cultures. - Reading, MA: Addison-Wesleys, 1982. – 271 p.
347. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? // Journal of the American Medical Association. – 1988. – Vol. 260. – P. 1743-1748.
348. Edwards N. Doctors and managers: poor relationships may be damaging patients — what can be done? // Qual. Saf. Health Care. – 2003. – Vol. 12 (Suppl. 1). – P. 21–24.
349. Eggbeer B. A race against time: can CO-OPs and provider start-ups survive in the health insurance marketplaces? // Healthc Financ Manage. – 2015. – Vol. 69, № 12. – P. 68-71.
350. Egger JR, Stankevitz K, Korom R et al. Evaluating the effects of organizational and educational interventions on adherence to clinical practice guidelines in a low-resource primary-care setting in Kenya // Health Policy Plan. – 2017. - doi: 10.1093/heapol/czx004.
351. Ekere AU, Amah E. Staff benefits and organizational performance. A study of private hospitals in Rivers State. Nigeria // IOSR journal of business and management. – 2014. – Vol. 16, № 2. – P. 24-28.
352. Enthoven A. Market forces and efficient health care systems // Health Affairs. – 2004. – Vol. 23, № 2. – P. 25-27.
353. Enthoven A. The history and principles of managed competition // Health Affairs. - 1993. – Vol. 12 (Supplement). – P. 24-48.
354. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence // JAMA. – 2002. – Vol. 287. – P. 226-235.
355. Erin Fries Taylor, Janice Genevro, Deborah Peikes et al. Building quality improvement capacity in primary care // Primary Care Quality Improvement. – 2013. – URL: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic->

- care/improve/capacity-building/pcmhqi2.html (дата обращения: 15.04.2017).
356. Exploring the «Respect for People» principle of the Toyota way [электронный документ]. – URL: https://blog.gembaacademy.com/2008/02/03/exploring_the_respect_for_people_principle_of_the/ (дата обращения: 15.04.2017).
357. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation a conceptual framework // Social Science and Medicine. – 2002. – Vol. 54. – P. 1255-1266.
358. Fulton BD. Health care market concentration trends in the United States: Evidence and policy responses // Health Aff (Millwood). – 2017. - № 36(9). – P. 1530-1538.
359. Garcia-Prado A. Sweetening the Carrot. Motivating public physicians to better performance. World Bank Policy Research Working Paper, 2005 [электронный документ]. – <http://dx.doi.org/10.1596/1813-9450-3772>.
360. Garcia-Prado A., Chawla M. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica // Health Policy and Planning. – 2006. – Vol. 21, № 2. – P. 91-100.
361. Gąsiorowski J, Rudowicz E, Safranow K. Motivation towards medical career choice and future career plans of Polish medical students // Adv Health Sci Educ Theory Pract. – 2015. – Vol. 20, № 3. – P. 709-25.
362. Gaynor M. What do we Know about competition and quality in health care markets?, 2006 [электронный документ]. – URL: <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/wp151.pdf> (дата обращения: 15.04.2017).
363. Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service, 2010 [электронный документ]. – URL: [http://www.bristol.ac.uk/media-](http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/wp151.pdf)

library/sites/cmpo/migrated/documents/wp242.pdf (дата обращения: 15.04.2017).

364. Gaynor M, Town R. Provider competition // Handbook of health economics. – 2012. -Vol. 2. – P. 499-637.
365. Geoffrey R Norman, Susan I Shannon, Michael L Marrin. The need for needs assessment in continuing medical education // BMJ. – 2004. – Vol. 328. – P. 999-1001.
366. Godager G, Iversen T, Ma CT. Competition, gatekeeping, and health care access // Journal of Health Economics. – 2015. – Vol. 39. – P. 159–170.
367. Greenhill JA, Walker J, Playford D. Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum // Rural Remote Health. – 2015. – Vol. 15, № 3. – P. 2991.
368. Gregg C Fonarow, Clyde W Yancy, J Thomas Heywood. Adherence to heart failure quality-of-care indicators in US hospitals // Arch Intern Med. 2005. - № 165. – P. 1469-1477.
369. Gundersen L. Physician burnout // Ann Intern Med. – 2001. – Vol. 135. – P. 145–8.
370. Halcomb E, Ashley C. Australian primary health care nurses most and least satisfying aspects of work // J Clin Nurs. - 2017. – Vol. 26, № 3-4. – P. 535-545.
371. Hamel G, CK Prahalad, H Thomas et al. Strategic flexibility: Managing in a turbulent environment. - New York: Wiley Publ., 2002. - P. 93-113.
372. Handy C. Understanding organizations. - 4-th ed. - London: Penguin Books, 1993. – 448 p.
373. Harris PR, Moran RT. Managing cultural differences. - Houston: Gulf Publishing Co., 1991. – 639 p.
374. Hauwa Lamino Abubakar. An evaluation of a company's resources and capabilities; achieving and sustaining competitive advantage in Nigerian firms

- // Journal of Management Research and Development. – 2011. – Vol. 2, № 1. – P. 45-59.
375. Heather C Kaplan, Patrick W Brady, Michele C Dritz et al. The influence of context on quality improvement success in health care: A systematic review of the literature // *Milbank Quarterly*. – 2010. – Vol. 88, № 4. – P. 500-559.
 376. Herdís Sveinsdóttir, Páll Biering, Alfons Ramel. Occupational stress among Icelandic nurses // *Int J Nurs Stud*. – 2006. – Vol. 43, № 7. – P. 875-89.
 377. Hotchkiss DR, Banteyerga H, Tharaney M. Job satisfaction and motivation among public sector health workers: evidence from Ethiopia // *Hum Resour Health*. – 2015. – Vol. 13. – P. 83.
 378. Hung D, Chung S, Martinez M et al. Effect of organizational culture on patient access, care continuity, and experience of primary care // *J Ambul Care Manage*. – 2016. - Vol. 39, № 3. – P. 242-52.
 379. Hung D, Martinez M, Yakir M et al. Implementing a lean management system in primary care: facilitators and barriers from the front lines // *Qual Manag Health Care*. – 2015. – Vol. 24, № 3. - P. 103-8.
 380. Huw TO Davies, Sandra M Nutley, Russell Mannion. Organisational culture and quality of health care // *Quality in Health Care*. – 2000. – Vol. 9. – P. 111–119.
 381. Inke Mathauer, Ingo Imhoff. Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools // *Human Resources for Health*. – 2006. – Vol. 4. – doi:10.1186/1478-4491-4-24.
 382. Ibrahim H, Nair SC, Shaban S et al. Reducing the physician workforce crisis: Career choice and graduate medical education reform in an emerging Arab country // *Educ Health (Abingdon)*. – 2016. – Vol. 29, № 2. – P. 82-8.
 383. Irene Van Ham, Anita A. H. Verhoeven, Klaas H. Groenier et al. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review // *European Journal of General Practice*. – 2006. - № 4 (12). – P. 174-180.

384. JA Curiel-Garda, M Rodniguez-Moran, F Guerrero-Romero. Burnout syndrome among health staff // Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. - 2006. - Vol. 44, № 3. - P. 221-226.
385. JF Kinzl, H Knotzer, C Traweger et al. Influence of working conditions on job satisfaction in anaesthetists // British Journal of Anaesthesia. – 2005. – Vol. 94, № 2. – P. 211–15.
386. James M Gill. EMRs for improving quality of care: promise and pitfalls // Fam Med. – 2009. – Vol. 41, № 7. - P. 513-5.
387. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review) // The Cochrane Library. – 2007. – Vol. 2. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917891> (дата обращения: 15.04.2017).
388. Janus K, Amelung VE, Baker LC et al. Job satisfaction and motivation among physicians in Academic Medical Centers: insights from the Cross-National Study // Journal of Health Politics, Policy and Law. – 2008. - Vol. 33, № 6. – P. 1133–1167.
389. Jeffrey A Linder, Jun Ma, David W Bates et al. Electronic health record use and the quality of ambulatory care in the United States // Arch Intern Med. - 2007. - № 167(13). – P. 1400-1405.
390. Johan Thor, Jonas Lundberg, Jakob Ask et al. Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review // Qual Saf Health Care. – 2007. – Vol. 16. – P. 387–399.
391. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health. Overcoming the crisis. // Harvard University Press, 2004 [электронный документ]. – URL: http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf (дата обращения: 15.04.2017).

392. Jung T, Tim Scott, Huw TO Davies et al. Instruments for exploring organizational culture: A review of the literature // Public administration review. – 2009. – Т. 69, №. 6. – P. 1087-1096.
393. Kalliath T. Morris R. Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels // J Nurs Admin. – 2002. – Vol. 32. – P. 648–54.
394. Kelly J Devers, Linda R Brewster, Lawrence P Casalino. Changes in hospital competitive strategy: A new medical arms race? // HSR: Health Services Research. – 2003. – Vol. 38, № 1. – P. 447-469.
395. Kennedy DM, Nordrum JT, Edwards FD et al. Improving service quality in primary care // Am J Med Qual. – 2015. – Vol. 30, № 1. – P. 45-51.
396. Kessler DP, Geppert JJ. The Effects of competition on variation in the quality and cost of medical care // Journal of Economics and Management Strategy. – 2005. – Vol. 14, № 3. – P. 575-589.
397. Kevin D Dayaratna. Competitive markets in health care: The next revolution // Backgrounder. - 2013. - URL: <http://www.heritage.org/health-care-reform/report/competitive-markets-health-care-the-next-revolution> (дата обращения: 29.03.2017).
398. Ki-Han Chung, Ji-Eun Yu, Myeong-Guk Choi et al. The effects of CSR on customer satisfaction and loyalty in China: The moderating role of corporate image // Journal of Economics, Business and Management. – 2015. - Vol. 3, No. 5. – P. 542-547.
399. Kinouani S, Boukhors G, Luaces B et al. Private or salaried practice: how do young general practitioners make their career choice? A qualitative study // BMC Med Educ. – 2016. – Vol. 16, № 1. – P. 231.
400. Kitreerawutiwong N, Jordan S, Hughes D. Facility type and primary care performance in sub-district health promotion hospitals in Northern Thailand // PLoS One. – 2017. – Vol. 12, № 3. - doi: 10.1371/journal.pone.0174055.
401. Knox L, Fries E, Geonnotti K et al. Developing and running a primary care practice facilitation program: A how-to guide. Rockville, MD: Agency for

- Healthcare Research and Quality, 2011 [электронный документ]. – URL: https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Developing_and_Running_a_Primary_Care_Practice_Facilitation_Program.pdf (дата обращения: 15.04.2017).
402. Kumar P, Mehra A, Inder D et al. Organizational commitment and intrinsic motivation of regular and contractual primary health care providers // J Family Med Prim Care. – 2016. – Vol. 5, № 1. – P. 94-100.
 403. Langley GJ, Moen R, Nolan KM et al. The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance. - 2nd ed. - San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2009 – 512 p.
 404. Lassere MN, Baker S, Parle A et al. Improving quality of care and long-term health outcomes through continuity of care with the use of an electronic or paper patient-held portable health file (COMMUNICATE): study protocol for a randomized controlled trial // Trials. – 2015. – Vol. 16. – P. 253.
 405. Le Grand J, Hunter D. Debate: Choice and competition in the British national health service // Eurohealth. – 2006. – Vol. 12. – № 1. – P. 2-3.
 406. Leape LL. Error in medicine // JAMA. – 1994. – Vol. 272. – P. 1851–1857.
 407. Lee KH, Park J, Lim S et al. Has competition increased hospital technical efficiency? // Health Care Manag (Frederick). – 2015. – Vol. 34, № 2. – P. 106-12.
 408. Liddy C, Laferriere D, Baskerville NB et al. An overview of practice facilitation programs in Canada: current perspectives and future directions // Healthcare Policy. – 2013. – Vol. 8. – P. 58–68.
 409. Lincoln Chen, Timothy Evans, Sudhir Anand. Human resources for health: overcoming the crisis // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 1984–90.
 410. Linda Casebeer, Robert E Kristofco, Sheryl Strasser et al. Standardizing evaluation of on-line continuing medical education: physician knowledge, attitudes, and reflection on practice // The Journal of Continuing Education in the Health Professions. - 2004. – Vol. 24. – P. 68-75.

411. Link B, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease // J. Hlth Soc. Behav. – 1995. - Extra Issue. – P. 80-94.
412. Lown BA, McIntosh S, Gaines ME et al. Integrating compassionate, collaborative care (the «Triple C») into health professional education to advance the triple aim of health care // Acad Med. – 2016. – Vol. 91, № 3. – P. 310-6.
413. Lozovskij OM. Methods for assessing the competitiveness of enterprises, 2013 [электронный документ]. – URL: <http://nauka.kushnir.mk.ua/?p=33659> (дата обращения: 15.04.2017).
414. Maissiat Gda S, Lautert L, Pai DD et al. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care // Rev Gaucha Enferm. – 2015. – Vol. 36, № 2. – P. 42-9.
415. Maliheh Mansouri, Jocelyn Lockyer. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness // Journal of Continuing Education in the Health Professionns. – 2007. – Vol. 27, № 1. – P. 6–15.
416. Manchikanti L, Helm Ii S, Benyamin RM et al. A critical analysis of Obamacare: affordable care or insurance for many and coverage for few? // Pain Physician. – 2017. – Vol. 20, № 3. – P. 111-138.
417. Marc Mitchell. An overview of public private partnerships in health, 2008 [электронный документ]. – URL: <https://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/PPP-final-MDM.pdf> (дата обращения: 15.04.2017).
418. Maria Goddard. Competition in healthcare: good, bad or ugly? // Int J Health Policy Manag. – 2015. – Vol. 4, № 9. – P. 567–569.
419. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N et al. Effectiveness of continuing medical education // Evid Rep Technol Assess (Full Rep). – 2007. – Vol. 149. – P. 1-69.
420. Marjolein Dieleman, Barend Gerretsen, Gert Jan van der Wilt. Human resource management interventions to improve health workers' performance

- in low and middle income countries: a realist review // Health Research Policy and Systems. – 2009. – Vol. 7. - doi:10.1186/1478-4505-7-7.
421. Marjolein Dieleman, Pham Viet Cuong, Le Vu Anh et al. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam // Human Resources for Health. – 2003. – Vol. 1. - URL: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/10> (дата обращения: 15.04.2017).
422. Marmot MG, Davey Smith G, Stansfeld SA et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II Study // Lancet. – 1991. – Vol. 337. – P. 1387-93.
423. Marshall MN, Mannion R, Nelson E et al. Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts // BMJ. – 2003. – Vol. 327 (7415). – P. 599-602.
424. Martinez J. Assessing quality, outcome and performance management Geneva: World Health Organization, 2001 [электронный документ]. – URL: http://www.who.int/hrh/documents/en/Assessing_quality.pdf (дата обращения: 15.04.2017).
425. Masatoshi Matsumoto, Masanobu Okayama, Eiji Kajii. Rural doctors' satisfaction in Japan: a nationwide survey // Aust. J. Rural Health. – 2004. - № 12. – P. 40–48.
426. Mascia D, Di Vincenzo F. Dynamics of hospital competition: Social network analysis in the Italian National Health Service // Health Care Manage Rev. - 2012. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22387971> (дата обращения: 15.04.2017).
427. Mash R, Almeida M, Wong WC et al. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa // Hum Resour Health. – 2015. – Vol. 13. – P. 93.
428. Mash R, De Sa A, Christodoulou M. How to change organisational culture: Action research in a South African public sector primary care facility // Afr J

- Prim Health Care Fam Med. – 2016. – Vol. 8, № 1. – P. 1-9. doi: 10.4102/phcfm.v8i1.1184.
429. Maslach C., Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventoru manual (Third Edition). - Palo Alto, California, 1996. – 74 p.
430. Maylone B, Sommers BD. Evidence from the private option: The Arkansas experience // Issue Brief (Commonw Fund). – 2017. - № 6. – P. 1-8.
431. McInnes S, Peters K, Bonney A et al. Understanding collaboration in general practice: a qualitative study // Fam Pract. – 2017. - doi: 10.1093/fampra/cmz010.
432. McGuire T. Competition in the health care markets // Presentation at the 3rd International conference on health policy in Jerusalem. December, 2006.
433. Mechteld RM Visser, Ellen MA Smets, Frans J Oort et al. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists // CMAJ. – 2003. – Vol. 168, № 3. – P. 271-5.
434. Mischa Willis-Shattuck, Posy Bidwell, Steve Thomas et al. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review // BMC Health Services Research. – 2008. – Vol. 8. – doi:10.1186/1472-6963-8-247.
435. Morténus H, Baigi A, Palm L et al. Impact of the organisational culture on primary care staff members' intention to engage in research and development // J Health Organ Manag. – 2015. – Vol. 9, № 2. – P. 234-51.
436. Natasha Palmer, Anne Mills, Haroon Wadee et al. A new face for private providers in developing countries: what implications for public health? // Bulletin of the World Health Organization. – 2003. – Vol. 81, № 4. - P. 292-297.
437. Nirpuma Madaan. Job Satisfaction among Doctors in a Tertiary Care Teaching Hospital // JK Science. – 2008. - № 2 (10). – P. 81-83.
438. Norcini J.J. Recertification in the United States // BMJ. – 1999. – Vol. 319. – P. 1183-5.

439. Norén L, Ranerup A. Promoting competition in Swedish primary care // J Health Organ Manag. – 2015. – Vol. 29, № 1. – P. 25-38.
440. Nuti S, Grillo Ruggieri T, Podetti S. Do university hospitals perform better than general hospitals? A comparative analysis among Italian regions // BMJ Open. – 2016. – Vol. 6, № 8. - doi: 10.1136/bmjopen-2016-011426.
441. Obamiro John Kolade, Ogunnaike Olaleke Oluseye, Osibanjo Omotayo A. Organizational citizenship behaviour, hospital corporate image and performance // Journal of competitiveness. – 2014. - Vol. 6, Issue 1. - P. 36 – 49.
442. Ofili AN, Asuzu MC, Isah EC et al. Job satisfaction and psychological health of doctors at the University of Benin Teaching Hospital // Occupational Medicine. – 2004. - № 54. – P. 400–403.
443. Osborn HA, Glicksman JT, Brandt MG et al. Primary care specialty career choice among Canadian medical students: Understanding the factors that influence their decisions // Can Fam Physician. – 2017. – Vol. 63, № 2. – P. 107-113.
444. Oye David, Mazleena Salleh, Noorminshah Iahad. The impact of e-learning in workplace: focus on organizations and healthcare environments // International Arab Journal of e-technology. – 2012. – Vol. 2, № 4. – P. 203-209.
445. P B A Smits, J H A M Verbeek, C D de Buissonjé. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies // BMJ. – 2002. – Vol. 324. – P. 153-156.
446. Park Nicollet: national leader in applying «Lean production» to healthcare. - St Louis Park, Minn: Park Nicollett, 2005 [электронный документ]. – URL: <http://www.prnewswire.com/news-releases/park-nicollet-national-leader-in-applying-lean-production-to-health-care-54376742.html> (дата обращения: 15.04.2017).

447. Partnerships for health reforms: Primer for policy makers: Health worker motivation and health sector reform, 2003 [электронный документ]. – URL: <http://www.phrplus.org/Pubs/pps3.pdf> (дата обращения: 15.04.2017).
448. Patrick A Rivers, Sandra H Glover. Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions // J Health Organ Manag. - 2008. - Vol. 22, № 6. - P. 627–641.
449. Paul E Mazmanian, David A Davis, Robert Galbraith. Continuing medical education effect on clinical outcomes // Chest. – 2009. – Vol. 135. - 49S-55S.
450. Paul E Mazmanian, David A Davis. Continuing medical education and the physician as a learner guide to the evidence // JAMA. – 2002. – Vol. 288, № 9. – P. 1057-1060.
451. Payne VL, Hysong SJ. Model depicting aspects of audit and feedback that impact physicians' acceptance of clinical performance feedback // BMC Health Serv Res. – 2016. – Vol. 16. – P. 260.
452. Pendzialek JB, Simic D, Stock S. Differences in price elasticities of demand for health insurance: a systematic review // Eur J Health Econ. – 2016. – Vol. 17, № 1. – P. 5-21.
453. Persefoni Lambrou, Nick Kontodimopoulos, Dimitris Niakas. Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital // Human Resources for Health. – 2010. – Vol. 8. – URL: <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/26> (дата обращения: 15.04.2017).
454. Peters DH, Chakraborty S, Mahapatra P et al. Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: Cross-sectional analysis from two Indian states // Human Resources for Health. - 2010. -Vol. 8., № 27. – URL: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-8-27> (дата обращения: 15.04.2017).

455. Pexton C, Young D. Reducing surgical site infections through Six Sigma and change management. Patient Safety Qual Healthc [e-Newsletter], 2004 [электронный документ]. – URL: www.psqh.com/julsep04/pextonyoung.html (дата обращения: 15.04.2017).
456. Pippitt K, Moloney-Johns A, Jalilibahabadi S et al. Collaboration versus competition: an interprofessional education experience // Fam Med. – 2015. – Vol. 47, № 4. – P. 298-301.
457. Porter M. E., Olmsted T. E. Redefining health care: creating value-based competition on results, National Association of Chain Drug Stores, Annual Meeting, May 2, 2006 [электронный документ]. – URL: http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf (дата обращения: 15.04.2017).
458. Prathibha Varkey, M. Katherine Reller, Roger K. Resar. Basics of quality improvement in health care // Mayo Clin Proc. – 2007. – Vol. 82, № 6. – P. 735-739.
459. Price-Haywood EG, Luo Q. Primary care practice reengineering and associations with patient portal use, service utilization, and disease control among patients with hypertension and/or diabetes // Ochsner J. – 2017. – Vol. 17, № 1. – P. 103-111.
460. Rachel N Manongi, Tanya C Marchant, Christian Bygbjerg. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective // Human Resources for Health. – 2006. – Vol. 4. – doi:10.1186/1478-4491-4-6.
461. Rakhimbekova AE, Seitkazyeva AM. Competitiveness of health care institutions of the Republic of Kazakhstan: theory, evaluation technique, development mechanism // Life Science Journal. – 2014. – Vol. 11(1s). – P. 27-31.

462. Rattray NA, Sico JJ, Cox LM et al. Crossing the communication chasm: challenges and opportunities in transitions of care from the hospital to the primary care clinic // *Jt Comm J Qual Patient Saf.* – 2017. – Vol. 43, № 3. – P. 127-137.
463. Regan de Bere S, Nunn S. Towards a pedagogy for patient and public involvement in medical education // *Med Educ.* – 2016. – Vol. 50, № 1. – P. 79-92.
464. Reddy A, Shea JA, Canamucio A et al. The effect of organizational climate on patient-centered medical home implementation // *Am J Med Qual.* – 2015. – Vol. 30, № 4. – P. 309-16.
465. Robert D Fox, Nancy L Bennett. Learning and change: implications for continuing medical education // *BMJ.* – 1998. – Vol. 316. – P. 466-468.
466. Robert Kaba Alhassan, Nicole Spieker, Paul van Ostenberg et al. Association between health worker motivation and healthcare quality efforts in Ghana // *Human Resources for Health.* – 2013. – Vol. 11. – URL: <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/37> (дата обращения: 15.04.2017).
467. Rosen B, Waitzberg R, Merkur S. Israel: Health system review // *Health Syst Transit.* – 2015. – Vol. 17, № 6. – P. 1-212.
468. Ross W Simon, Elena G Canacari. A practical guide to applying lean tools and management principles to health care improvement projects // *AORN Journal.* – 2012. – Vol. 95, № 1. – P. 85-103.
469. Rowe AR, De Savigny D, Lanata CF et al. How can we achieve and maintain high quality performance of health workers in low-resource settings? // *Lancet.* – 2005. – Vol. 366. – P. 1026-35.
470. Russell R, Tyllor B. Operation management: creating value along the supply chain. - 7rd edition. - Danver: Wiley, 2011. – 810 p.
471. Ryan DD, George VR. Physician job satisfaction across six major specialties // *J. Vocat. Behav.* - 2006. - Vol. 68, № 3. - P. 548-559.

472. S Coleman, T Greenfield, D Stewardson, DC Montgomery. Statistical practice in business and industry. – John Wiley & Sons, Ltd., 2008. – 450 p.
473. S Michie, S Williams. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review // Occup Environ Med. -2003. – Vol. 60. – P. 3–9.
474. Sahoo CK, Mishra S. Performance management benefits organizations and their employees // Human Resource Management Digest. – 2012. – Vol. 20, № 6. – P. 3-5.
475. Sathe V. Culture and related corporate realities. - Homewood, IL: Richard D. Irwin, 1985. – 579 p.
476. Scales CD Jr, Moin T, Fink A et. A randomized, controlled trial of team-based competition to increase learner participation in quality-improvement education // Int J Qual Health Care. – 2016. – Vol. 28, № 2. – P. 227-32.
477. Schriefer SP, Landis SE, Turbow DJ et al. Effect of a computerized body mass index prompt on diagnosis and treatment of adult obesity // Fam Med. – 2009. – Vol. 41, № 7. – P. 502-7.
478. Sebai J. A theoretical analysis of coordination in the field of health care: application to coordinated care system // Sante Publique. – 2016. – Vol. 28, № 2. – P. 223-34.
479. Segall M. From cooperation to competition in national health systems and back?: impact on professional ethics and quality of care // International Journal of Health Planning and Management. – 2000. – Vol. 15. – P. 61-79.
480. Shamian J, Kerr MS, Laschinger HK et al. A hospitallevel analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals // Canad J Nurs. – 2001. – Vol. 33. – P. 35–50.
481. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program // Ann Intern Med. – 2002. – Vol. 136. – P. 358–67.

482. Shein EH. Organizational culture and leadership. - 3rd edition. - Danver: Wiley, 2004. – 437 p.
483. Shin JH, Haynes RB, Johnston ME. Effect of problem-based, self-directed undergraduate education on life-long learning // CMAJ. – 1993. – Vol. 148. – P. 969-76.
484. Singer PA. Commentary: learning to love mistakes // BMJ. – 2001. – Vol. 322 (7296). – P. 1238.
485. Stefane M Kabene, Carole Orchard, John M Howard et al. The importance of human resources management in health care: a global context // Human Resources for Health. – 2006. – Vol. 20, № 4. - doi:10.1186/1478-4491-4-20.
486. Steve Berman, Judith Dolins, Suk-fong Tang et al. Factors that influence the willingness of private primary care pediatricians to accept more medicaid patients // Pediatrics. – 2002. – Vol. 110. – P. 239 –248.
487. Steven M Asch, Elizabeth A McGlynn, Mary M Hogan et al. Comparison of quality of care for patients in the veterans health administration and patients in a National sample // Ann Intern Med. – 2004. - № 141. – P. 938-945.
488. Suminder Kaur, Rahul Sharma, Richa Talwar et al. A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a tertiary hospital in Delhi // Indian J Med Sci. – 2009. - № 4 (63). – P. 139-144.
489. Syed Shakir Ali Ghazali, Ijaz Ahmad Shah, Syed Arif Ahmed Zaidi et al. Job satisfaction among doctors working at teaching hospital of Bahawalpur, Pakistan // J Ayub Med Coll Abbottabad. – 2007. - № 19(3). – P. 42-45.
490. Takahiro Higashi, Neil S Wenger, John L Adams et al. Relationship between number of medical conditions and quality of care // N Engl J Med. – 2007. - № 356. – P. 2496-504.
491. Terry AL, Giles G, Brown JB et al. Adoption of electronic medical records in family practice: the providers' perspective // Fam Med. – 2009. – Vol. 41, № 7. – P. 508-12.

492. Tiessen JH, Kato K. Japanese healthcare: Fostering competition and controlling costs // *Healthc Manage Forum*. – 2017. - № 30 (4). – P. 175-180.
493. Tim Scott, Russell Mannion, Huw Davies et al. The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments // *HSR: Health Services Research*. – 2003. – Vol. 38, № 3. – P. 923-945.
494. Trudeau KJ, Hildebrand C, Garg P et al. A randomized controlled trial of the effects of online pain management education on primary care providers // *Pain Med*. – 2016. - doi: 10.1093/pm/pnw271.
495. Tynkkynen LK, Chydenius M, Saloranta A et al. Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far // *Health Policy*. 2016. – Vol. 120, № 3. – P. 227-34.
496. Unni Krogstad, Dag Hofoss, Marijke Veenstra et al. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture // *Human Resources for Health*. – 2006. - № 4 (3). - doi:10.1186/1478-4491-4-3.
497. Vagharseyyedin SA, Vanaki Z, Mohammadi E. The nature nursing quality of work life: an integrative review of literature // *West J. Nurs. Res*. - 2011. - Vol. 33, № 6. - P. 786-804.
498. Van Lerberghe W, Conceição C, Van Damme W et al. When staff is underpaid. Dealing with the individual coping strategies of health personnel. In *Towards a Global Health Workforce Strategy*. - Antwerp: ITG Press, 2004. – P. 411-420.
499. van Wyk BE, Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers (Review) // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2010. – Vol. 17, № 3. – doi: 10.1002/14651858.CD003541.pub2.
500. Van Zyl DG, Rheeder P. Physician education program improves quality of diabetes care // *S Afr Med J*. – 2004. – Vol. 94, № 6. – P. 455–459.

501. Varkey P, Cunningham J, Bisping S. Medication reconciliation in the outpatient setting // *Jt Comm J Qual Patient Saf.* – 2007. – Vol. 33. – P. 286-292.
502. Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. Introduction of universal health program in Georgia: problems and perspectives // *Georgian Med News.* – 2017. - № 262. - P. 116-120.
503. Victoria Kaprielian, Truls Østbye, Samuel Warburton et al. A system to describe and reduce medical errors in primary care, 2008 [электронный документ]. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43616/> (дата обращения: 15.04.2017).
504. William C McGaghie, Viva J Siddall, Paul E Mazmanian et al. Lessons for continuing medical education from simulation research in undergraduate and graduate medical education // *Chest.* – 2009. – Vol. 135. - 62S–68S.
505. William C McGaghie, S Barry Issenberg, Elaine R Cohen et al. Translational educational research a necessity for effective health-care improvement // *Chest.* – 2012. – Vol. 142, № 5. – P. 1097–1103.
506. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S et al. Motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review // *Bio Med Central Health Services Research.* - 2008. - Vol. 8. – Doi: 10.1186/1472-6963-8-247.
507. Wim Van Lerberghe, Claudia Conceicao, Wim Van Damme et al. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel // *Bulletin of the World Health Organization.* – 2002. – Vol. 80, № 7. – P. 581-584.

Приложения

Приложение 1.

КАРТА

ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № _____

1. Поликлиника ЗАО МВП «Семейный доктор» № _____

2. ФИО больного: _____ 3. Пол: 3.1. мужской 3.2. женский 4. Возраст (полных лет): _____

5. Категория пациента: 5.1. полис ДМС 5.2. индивидуальный контракт 5.3. частное обращение

6. Диагноз (наименование и код): 6.1 основной: _____

6.2 сопутствующий: _____

7. Качество заполнения амбулаторной карты: 7.1 хорошее 7.2. среднее 7.3. низкое

8. Обоснованность диагноза:

8.1. полная 8.2. недостаточная

8.3. не обоснован

Диагностические мероприятия:

Виды исследований:	Выполнено	Нуждался	Не нуждался	Не выполнено
9. Лабораторные исследования:				
9.1. клинические				
9.2. биохимические				
9.3. гормональные				
9.4. серологические				
9.5. иммунологические				
9.6. культуральные				
9.7. гемостазиологические				
9.8. микроскопические				
9.9. в других учреждениях				
10. Инструментальные исследования:				

10.1. Функциональные				
10.2. Рентгенологические				
10.3. Ультразвуковые				
10.4. Эндоскопические				
10.5. В других учреждениях				
11. Консультации у специалистов:				
11.1. В поликлинике				
11.2. В других учреждениях				

12. Недостающие диагностические мероприятия: 12.1. входящие в программу обслуживания _____

12.2. не входящие в программу обслуживания _____

13. Избыточные диагностические мероприятия: 13.1. входящие в программу обслуживания _____

13.2. не входящие в программу обслуживания _____

14. Лечебный процесс (продолжительность): _____ дней; _____ недель; _____ месяцев

14.1 адекватный 14.2 краткосрочный 14.3. пролонгированный

14.4. кратность посещений поликлиники ____ : 14.4.1 достаточная 14.4.2. недостаточная 14.4.3. избыточная

14.5. своевременность начала лечебного процесса: 12.3.1 своевременное 13.5.2 позднее

14.6 назначенные лечебные мероприятия: 14.6.1 адекватные 14.6.2. неадекватные 14.6.3 недостаточные 14.6.4. избыточные

14.7.выполнение врачебных назначений: 14.7.1.хорошее 14.7.2.удовлетворительное 14.7.3. плохое

15. Наличие и характер осложнений 15.1 не было 15.2 (вид осложнений) _____

16. Соответствие выставленного счета оказанным услугам: 16.1. соответствует 16.2. недостаточный 16.3. избыточный

17. Результативность проведённого лечения: 17.1. выздоровление 17.2. улучшение 17.3. ремиссия 17.4 без динамики 17.5. ухудшение 17.6. госпитализация

18. Медико-социальная эффективность: 18.1. трудоспособность восстановлена 18.2. трудоспособность сохранена 18.3. трудоспособность ограничена

19. Целесообразность лечения данного заболевания в условиях данной поликлиники: 19.1. да 19.2. нет

20. Рекомендации 20.1.продолжение лечения/наблюдения в данном учреждении 20.2.продолжение лечения/наблюдения по месту жительства 20.3. диспансерное наблюдение по месту жительства 20.4.направление в специализированный центр 20.5. направление на реабилитацию

Карту заполнил: _____

Подпись эксперта: _____

Приложение 2.

Анкета по изучению мнения медицинского персонала

Уважаемый (ая) Коллега! С целью оценки и разработки мероприятий по повышению качества и эффективности работы Вашего учреждения, убедительно просим Вас ответить на вопросы анкеты, выбрав и подчеркнув ответы, которые, по Вашему мнению, являются наиболее верными:

Пожалуйста, укажите, в какой мере Вас удовлетворяют следующие стороны Вашей работы (обведите кружком соответствующую цифру, используя шкалу):

5 – вполне удовлетворяет

4 – скорее удовлетворяет, чем нет

3 – не могу сказать, удовлетворяет или нет

2 – скорее не удовлетворяет

1 – совершенно не удовлетворяет

1. Характер и специфика труда

1.1	Работа с больными людьми	1	2	3	4	5
1.2	Соответствие миссии организации Вашим представлениям о собственном предназначении	1	2	3	4	5
1.3	Возможность самореализации	1	2	3	4	5
1.4	Содержание рабочего процесса	1	2	3	4	5
1.5	Соответствие выполняемой работы уровню профессиональной и личностной компетенции	1	2	3	4	5
1.6	Сложность и ответственность выполняемой работы	1	2	3	4	5
1.7	Возможность видеть результаты своего труда	1	2	3	4	5
1.8	Возможность для творчества и проявления инициативы	1	2	3	4	5
1.9	Соблюдение командного принципа в рабочем процессе	2	3	4	5	

2. Условия работы

2.1	Санитарно-гигиенические условия	1	2	3	4	5
2.2	Материально-техническое оснащение рабочего места	1	2	3	4	5
2.3	Оснащенность рабочего места информационными технологиями	1	2	3	4	5
2.4	Эстетика рабочего места	1	2	3	4	5
2.5	График работы	1	2	3	4	5
2.6	Соответствие выполняемых обязанностей основной профессиональной деятельности	1	2	3	4	5
2.7	Физическая и психологическая нагрузка	1	2	3	4	5
2.8	Охрана здоровья сотрудников	1	2	3	4	5
2.9	Время, затрачиваемое на дорогу	1	2	3	4	5

3. Социальное окружение

3.1	Взаимоотношения с непосредственным руководителем	1	2	3	4	5
3.2	Взаимоотношения с коллегами по работе	1	2	3	4	5
3.3	Исполнительность и дисциплинированность подчиненных	1	2	3	4	5
3.4	Отношение в учреждении к пациентам	1	2	3	4	5
3.5	Отношение пациентов к персоналу	1	2	3	4	5

4. Система управления

4.1	Эффективность работы поликлиники (доходы, прибыль, оптимальность расходов, обеспечение технологического развития учреждения и пр.)	1	2	3	4	5
4.2	Эффективность работы администрации: справедливость в распределении доходов, социальные программы, стиль руководства (авторитарный или демократический), принцип организации работы коллектива (индивидуальный, командный), ориентированность на внедрение инноваций и пр.	1	2	3	4	5
4.3	Возможность личного участия в планировании работы учреждения, принятии управленческих решений,	1	2	3	4	5

	акционировании и пр.					
4.4	Порядок подбора кадров	1	2	3	4	5
4.5	Профессиональный уровень работников	1	2	3	4	5

5. Система стимулирования

5.1	Зарплата	1	2	3	4	5
5.2	Премирование	1	2	3	4	5
5.3	Моральное стимулирование	1	2	3	4	5

6. Возможность обучения и развития

6.1	Получения и своевременного подтверждения сертификата/диплома специалиста	1	2	3	4	5
6.2	Получения новой специальности	1	2	3	4	5
6.3	Тематического усовершенствования	1	2	3	4	5
6.4	Использование корпоративной системы профессионального развития (дистанционное обучение, внутриучрежденные формы повышения квалификации)	1	2	3	4	5
6.5	Финансирование участия в конференциях, съездах, семинарах	1	2	3	4	5
6.6	Удовлетворенность достигнутым уровнем профессиональной квалификации	1	2	3	4	5
6.7	Организация наставничества, распространение знаний и опыта	1	2	3	4	5
6.8	Условия для профессионального и служебного роста	1	2	3	4	5

7. Оргкультура

7.1	Психологический климат в коллективе	1	2	3	4	5
7.2	Сложившиеся морально-нравственные нормы	1	2	3	4	5
7.3	Приверженность работников ценностям организации	1	2	3	4	5

8. Коммуникационная система

8.1	Осведомленность о положении дел и перспективах развития компании	1	2	3	4	5
8.2	Своевременная информация об изменениях, новшествах и т.д.	1	2	3	4	5

9. Престижность работы в организации

9.1	Имидж организации	1	2	3	4	5
9.2	Авторитет профессии	1	2	3	4	5
9.3	Работа как средство достижения успеха в жизни	1	2	3	4	5
9.4	Надежность места работы	1	2	3	4	5

10. Учитывая все обстоятельства, сопровождающие Вашу трудовую деятельность, испытываете ли желание сменить:

	нет	не задумывался	вроде бы есть	есть	имеющееся желание очень близко к реализации
10.1. Специальность	5	4	3	2	1
10.2 Место работы	5	4	3	2	1
10.3. Медицинскую профессию на другую, не связанную с медициной	5	4	3	2	1

11 Характеристика работника

- 11.1 Возраст ____ лет
- 11.2 Занимаемая должность _____
- 11.3 Статус а) основной сотрудник б) совместитель
- 11.4 Стаж работы в компании ____ лет
- 11.5 Рабочая нагрузка а) 0,25 ставки б) 0,5 ставки в) 1,0 ставка г) 1,5 ставки
- 11.6 Категория _____
- 11.7 Ученая степень а) не имею б) кандидат наук в) доктор наук
- 11.8 Отношение к настоящей работе а) главный интерес в жизни б) одно из основных мест в жизни в) устраивает, но есть другие интересы г) к сожалению, нет другой специальности д) исключительно способ материального обеспечения
- 11.9 Любите ли свою работу а) да, б) нет

Благодарим Вас за внимание, которое Вы уделили заполнению этой анкеты. Анкету можете не подписывать.

Приложение 3.**Анкета по изучению мнения руководителей****Уважаемый руководитель!**

Просим Вас в качестве эксперта ответить на вопросы, касающиеся перспективы развития ЗАО МВП «Семейный доктор». Ваши ответы будут использованы при разработке стратегии дальнейшего развития. Анонимность гарантируется.

Пожалуйста, оцените каждый из предложенных параметров, характеризующих сильные стороны ЗАО МВП «Семейный доктор», от 1 до 10 баллов в зависимости от Вашего мнения о его значимости для дальнейшего развития (наибольшая значимость – 10 баллов):

№№	Сильные стороны организации	Оценочный балл
1	Высокая квалификация медицинского персонала	
2	Работа в соответствии с Федеральными стандартами медицинской помощи	
3	Наличие внутренней системы контроля качества медицинской помощи	
4	Наличие корпоративной системы непрерывного образования медицинского персонала	
5	Наличие корпоративной системы дистанционного обучения медицинского персонала	
6	Полная компьютеризация работы организации	
7	Использование поликлиниками сети электронной амбулаторной карты и единой информационной базы	
8	Оснащение современным лечебно-диагностическим оборудованием и инвентарем	
9	Наличие собственной лаборатории	
10	Наличие собственных аптек на базе поликлиник сети	
11	Наличие стационарного отделения с операционным блоком	
12	Наличие дневных стационаров на базе поликлиник сети	
13	Эффективный менеджмент	
14	Достаточное финансирование инвесторами	
15	Высокая инновационная активность у административного аппарата	
16	Высокий имидж на рынке платных медицинских услуг	
17	Богатый ассортимент амбулаторно-поликлинических услуг	
18	Хорошая репутация у пациентов	
	Другие:	
19		
20		
21		

Пожалуйста, оцените каждый из предложенных параметров, характеризующих слабые стороны ЗАО МВП «Семейный доктор», от 1 до 10 баллов в зависимости от Вашего мнения о его значимости для дальнейшего развития (наиболее слабая сторона – 10 баллов):

№№	Слабые стороны организации	Оценочный балл
1	Низкая приверженность медицинского персонала обучению	
2	Недостаточный уровень владения медицинским персоналом практическими навыками в рамках специальности	
3	Недостаточный уровень владения медицинским персоналом коммуникативными навыками	
4	Недостаточные навыки работы с электронной амбулаторной картой у медицинского персонала	

5	Недостаточное соблюдение врачами стандартов медицинской помощи	
6	Наличие дефектов ведения медицинской документации	
7	Нарушения медицинским персоналом трудового режима	
8	Низкая восприимчивость медицинского персонала к производственным инновациям	
9	Низкая организационная культура	
10	Неблагоприятный производственный климат	
11	Высокая текучесть медицинских кадров	
12	Недостаточная заработная плата у медицинского персонала	
13	Недостаточная надежность компьютерных технологий	
14	Большое количество претензий от пациентов	
	Другие:	
15		
16		
17		

Пожалуйста, оцените от 1 до 10 баллов внешние возможности, которые имеет ЗАО МВП «Семейный доктор» для дальнейшего развития (наибольшая значимость возможности – 10 баллов):

№№	Внешние возможности организации	Оценочный балл
1	Участие в реализации целевых государственных программ в сфере здравоохранения	
2	Участие в реализации программ государственных гарантий в сфере здравоохранения	
3	Оказание медицинских услуг в системе ОМС	
4	Поддержка со стороны департамента здравоохранения города Москвы	
5	Расширение базы физических лиц, обслуживающихся в сети поликлиник	
6	Расширение базы пациентов, прикрепленных организацией-работодателем	
7	Расширение базы пациентов, прикрепленных страховыми компаниями	
8	Заключение договоров о медицинском обслуживании с новыми организациями	
9	Улучшение условия договоров о медицинском обслуживании с организациями-партнерами	
10	Заключение договоров с новыми страховыми компаниями	
11	Улучшение условия договоров со страховыми компаниями-партнерами	
12	Заключение договоров с новыми поставщиками	
13	Улучшение условия договоров с поставщиками-партнерами	
14	Получение лицензии на новые виды медицинской помощи	
15	Сотрудничество с медицинскими ВУЗами в качестве клинической и научной базы	
16	Привлечение новых инвесторов	
17	Повышение финансирования инвесторами	
18	Открытие поликлиник во всех районах Москвы	
19	Открытие поликлиник в Московской области	
20	Участие в санитарно-просветительской работе на радио, телевидении	
	Другие:	
21		
22		
23		

Пожалуйста, оцените от 1 до 10 баллов внешние угрозы, которые имеет ЗАО МВП «Семейный доктор» для дальнейшего развития (наибольшая значимость угрозы – 10 баллов):

№№	Внешние угрозы организации	Оценочный балл
1	Финансовый кризис	
2	Неблагоприятные демографические изменения	
3	Снижение платежеспособности страховых компаний	
4	Снижение платежеспособности пациентов	
5	Рост конкуренции за пациентов, обслуживаемых по ДМС	
6	Оказание платных медицинских услуг в государственных ЛПУ	
7	Повышение арендной платы	
8	Ужесточение условия лицензирования	
9	Ужесточение требований регулирующих органов	
10	Формирование неблагоприятного имиджа частной медицины средствами массовой информации	
11	Повышение конкурентоспособности основных конкурентов	
12	Появление новых конкурентов в частном секторе здравоохранения на освоенном секторе	
13	Повышение цен у основных поставщиков	
14	Снижение инвестирования	
15	Рост цен на коммунальные услуги	
16	Сложности ресертификации сотрудников	
	Другие:	
17		
18		
19		

Пожалуйста, выберите приоритетные направления развития ЗАО МВП «Семейный доктор» на ближайшие 5 лет и присвойте каждому из них балл от 1 до 10 (наибольшая значимость – 10 баллов) в зависимости от Вашего мнения о значимости параметра:

№№	Направления развития организации	ОЦЕНОЧНЫЙ БАЛЛ
1	Совершенствование системы отбора персонала	
2	Совершенствование корпоративной системы обучения персонала	
3	Совершенствование системы профессионального роста персонала	
4	Совершенствование системы управления человеческими ресурсами	
5	Развитие орг. культуры компании	
6	Освоение новых методов диагностики и лечения	
7	Оснащение более современным лечебно-диагностическим оборудованием	
8	Совершенствование системы контроля качества медицинской помощи	
9	Внедрение новых медицинских услуг	
10	Совершенствование документооборота	
11	Развитие информационных технологий в сети	
12	Совершенствование маркетинговой политики компании	
13	Улучшение качества сервисного обслуживания	
14	Улучшение интерьера поликлиник	
15	Расширение клиентской базы	
16	Расширение круга партнеров/поставщиков	
17	Участие в учебно-образовательном процессе в качестве клинической базы	
18	Участие в научно-исследовательской работе	
19	Участие в выполнении государственных заказов в сфере здравоохранения	
	Другие:	

20		
21		
22		

Сведения о респонденте:

Должность _____

Стаж работы в компании _____ лет

Подпись _____ / _____ /

_____.20__ г.

Благодарим Вас за сотрудничество.

Модифицированная анкета OCAI

1. Важнейшие характеристики Сети		Существующая ОК	Предпочтительная ОК
A	Благоприятный психологический климат в коллективе. Открытость руководства. Развитие человеческих ресурсов.		
B	Совершенствование организации лечебно-диагностического процесса. Внедрение новых медицинских технологий. Улучшение качества медицинской помощи.		
C	Наращивание объема оказываемых медицинских услуг. Повышение экономической эффективности медицинской помощи.		
D	Многоуровневый контроль качества медицинской помощи.		
	Всего		
2. Общий стиль лидерства в Сети			
A	Наставничество. Поддержка.		
B	Новаторство. Улучшение качества медицинской помощи		
C	Выполнение экономического плана.		
D	Соблюдение клинических рекомендаций.		
	Всего		
3. Управление медицинским персоналом в Сети			
A	Поощрение командной работы. Создание условий для обучения.		
B	Поощрение творчества и проявления инициативы. Мотивация к освоению новых медицинских технологий.		
C	Поощрение конкуренции между медицинскими работниками. Стимулирование выполнения экономического плана.		
D	Контроль соблюдения клинических рекомендаций		
	Всего		
4. Связующая сущность Сети			
A	Доверие между медицинскими работниками. Взаимопомощь. Профессиональное развитие.		
B	Внедрение инноваций. Непрерывное совершенствование.		
C	Выполнение экономического плана.		
D	Соблюдение клинических рекомендаций. Обеспечение качества медицинской помощи.		
	Всего		
5. Стратегические цели в Сети достигаются на основе			
A	Поддержки в коллективе высокого доверия, открытости, соучастия. Обучения медицинского персонала.		
B	Внедрения инноваций в лечебно-диагностический процесс.		
C	Стремления медицинского персонала к выполнению экономического плана.		
D	Четкого следования медицинского персонала клиническим рекомендациям.		
	Всего		
6. Успех в Сети достигается на основе			
A	Формирования приверженности медицинского персонала Сети и непрерывного профессионального развития.		
B	Достижения уникальности на рынке медицинских услуг.		
C	Достижения лидерства на рынке медицинских услуг по экономическим показателям.		
D	Обеспечения высокого качества медицинской помощи.		
	Всего		