

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тольяттинский государственный университет»

Институт финансов, экономики и управления
(институт, факультет)

Менеджмент организации
(кафедра)

38.03.02 Менеджмент
(код и наименование направления подготовки)

Государственное и муниципальное управление
(направленность (профиль))

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему «Реализация национального проекта «Здоровье» в МО
г. Екатеринбург»

Студентка	<u>Ю.Р. Снеткова</u>	_____
	(И.О. Фамилия)	(личная подпись)
Руководитель	<u>Л.Л. Кифа</u>	_____
	(И.О. Фамилия)	(личная подпись)

Допустить к защите

<u>Заведующий кафедрой канд.экон.наук С.Е. Васильева</u>	_____
(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)	(личная подпись)

« » _____ 2017 г.

Тольятти 2017

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт финансов, экономики управления

Кафедра Менеджмент организации

УТВЕРЖДАЮ

Зав.кафедрой «Менеджмент организации»

С.Е. Васильева

(подпись)

(И.О. Фамилия)

« ____ » _____ 2016 г.

ЗАДАНИЕ

на выполнение бакалаврской работы

Студент Снеткова Юлия Рафисовна

1. Тема «Реализация национального проекта «Здоровье» в МО г. Екатеринбург»
2. Срок сдачи студентом законченной выпускной квалификационной работы 17 января 2017 года.
3. Исходные данные к бакалаврской работе
 - 3.1. Данные и материалы преддипломной практики.
 - 3.2. Материалы источников по менеджменту, научных статей, стандартов, документов, по финансово-хозяйственной деятельности по теме исследования
4. Содержание бакалаврской работы:

Введение

 1. Теоретические аспекты реализации национального проекта «Здоровье»
 - 1.1. Характеристика здравоохранения в Российской Федерации
 - 1.2. Сущность приоритетного национального проекта «Здоровье»
 - 1.3. Понятие и сущность качества медицинской помощи
 2. Анализ реализации национального проекта «Здоровье» в муниципальном образовании г. Екатеринбург
 - 2.1. Основные направления реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г.Екатеринбург»
 - 2.2. Исследование качества предоставления медицинской помощи в МО г.Екатеринбург на базе ЦГКБ № 1

3. Рекомендации по совершенствованию реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г.Екатеринбург»

3.1. Пути развития здравоохранения при реализации национального проекта «Здоровье»

3.2. Пути решения проблем, возникших при реализации национального проекта «Здоровье»

Заключение

Библиографический список

5. Ориентировочный перечень графического и иллюстративного материала:

1. Титульный лист;
2. Актуальность, цель и задачи исследования;
3. Основные экономические показатели деятельности организации;
4. Табличные данные по результатам анализа объекта исследования;
5. Графические данные по результатам анализа предмета исследования;
6. Предложения по решению проблем реализации нацпроекта «Здоровье»;
7. Оценка результатов от разработанных мероприятий.
6. Дата выдачи задания 21 ноября 2016 года.

Руководитель выпускной
квалификационной работы

(подпись)

Л.Л. Кифа

(И.О. Фамилия)

Задание принял к исполнению

(подпись)

Ю.Р. Снеткова

(И.О. Фамилия)

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт финансов, экономики управления

Кафедра Менеджмент организации

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой «Менеджмент организации»

С.Е. Васильева

(подпись)

(И.О. Фамилия)

« _____ » _____ 2016 г.

**КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН
выполнения бакалаврской работы**

Студента Снеткова Юлия Рафисовна
по теме «Реализация национального проекта «Здоровье» в МО
г. Екатеринбург»

Наименование раздела работы	Плановый срок выполнения раздела	Фактический срок выполнения раздела	Отметка о выполнении	Подпись руководителя
Разработка 1 раздела БР	25.11.2016	25.11.2016	выполнено	
Разработка 2 раздела БР	30.11.2016	30.11.2016	выполнено	
Разработка 3 раздела БР	06.12.2016	06.12.2016	выполнено	
Разработка введения, заключения и уточнение литературных источников и приложений	10.12.2016	10.12.2016	выполнено	
Предварительная защита БР	15.12.2016	15.12.2016	выполнено	
Окончательное оформление БР, подготовка доклада, иллюстративного материала, презентации	20.12.2016	20.12.2016	выполнено	
Допуск к защите заведующего кафедрой	26.12.2016	26.12.2016	выполнено	
Сдача законченной БР на кафедру	09.01.2017	09.01.2017	выполнено	

Руководитель бакалаврской работы

Л.Л. Кифа

Задание принял к исполнению

Ю.Р. Снеткова

Аннотация

Бакалаврскую работу выполнила: Снеткова Ю.Р.

Тема работы: «Реализация национального проекта «Здоровье» в МО г. Екатеринбург»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Кифа Л.Л.

Цель исследования - Разработать рекомендации по улучшению процесса реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург».

Объект исследования: ЦГКБ № 1 МО г. Екатеринбург.

Предмет исследования: качество медицинской помощи.

Методы исследования:

- теоретические: анализ научных источников по теме исследования, обобщение;
- эмпирические: анализ документов, анкетирование.

Выводами по работе можно сделать следующие: Перспективами последующего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи должны стать создание групп качества, разработка стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле, обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов.

Структура и объем работы. Работа состоит из введения, 3-х разделов, заключения, списка литературы из 30-ти источников и 3 Приложений. Общий объем работы – 64 страницы.

Содержание

Введение.....	7
1. Теоретические аспекты реализации национального проекта «Здоровье»	
10	
1.1 Характеристика здравоохранения в Российской Федерации	10
1.2 Сущность приоритетного национального проекта «Здоровье»	13
1.3 Понятие и сущность качества медицинской помощи	16
2. Анализ реализации национального проекта «Здоровье» в муниципальном образовании «г. Екатеринбург»	20
2.1 Основные направления реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург»	21
2.2 Исследование качества предоставления медицинской помощи в МО г. Екатеринбург на базе ЦГКБ №1	26
3. Рекомендации по совершенствованию реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург»	47
3.1 Пути развития здравоохранения при реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург»	47
3.2 Пути решения проблем, возникших при реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург»	53
Заключение	59
Библиографический список	97
Приложение А	65
Приложение Б	69
Приложение В	71

Введение

Актуальность исследования. Главными приоритетами государственной политики Российской Федерации на современном этапе являются сохранение и укрепление состояния здоровья населения. В последние десятилетия были проведены реформы здравоохранения, направленные на развитие отрасли и связанные со стремлением правительства улучшить систему управления здравоохранением. Качество жизни всего населения и каждого гражданина в частности определяется, в первую очередь, состоянием здоровья, которое зависит от ряда факторов: экологии окружающей среды, наследственности, материальных возможностей, образа жизни, объема и содержания доступной медицинской помощи. Результаты показателей здоровья населения конца 1990-х – начала 2000-х годов послужили отправной точкой при разработке Национального проекта «Здоровье». Данный проект приоритетным направлением модернизации здравоохранения провозглашает повышение качества медицинской помощи, что способствует повышению качества жизни всего российского населения, пациентов и медицинского персонала.

Актуальность темы исследования определяется особым значением качества услуг в условиях рыночной экономики. Качество во многом определяет престиж лечебно-профилактического учреждения. На его основе возможно развитие учреждения, и повышение уровня жизни сотрудников. В условиях рынка высокое качество воспринимается как стратегический коммерческий императив и наиболее значимый источник национального богатства. Национальный проект «Здоровье» был направлен на достижение определенных целей: улучшение работы первичного звена здравоохранения; повышение социальной защищенности медицинских работников; усиление профилактической направленности в работе первичного звена здравоохранения; увеличение доступности для населения высокотехнологичной медицинской помощи; улучшение финансирования здравоохранения.

Стоит отметить, что широкую медицинскую общественность не привлекали к обсуждению и разработке большинства мероприятий, которые послужили основой управленческих решений по реализации НПЗ как на федеральном, так и на региональном уровне. В связи с этим при реализации НПЗ периодически возникают социально-психологические, социально-экономические и другие негативные ситуации. В настоящий момент можно выделить такие зоны социальной напряженности. Во-первых – оставшиеся значительные организационные недостатки в работе амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), отсутствие систематизации приема специалистов. Как и прежде, актуальна проблема предоставления достаточно качественной медицинской помощи. Во-вторых – отсутствие сбалансированности отношений в медицинском коллективе. Перечисленные побочные эффекты НПЗ указывают на необходимость поиска новых организационных форм, разработки эффективных адаптационных социально-психологических и социально-экономических мероприятий, нацеленных на снижение общественной напряженности по всем направлениям. Проблема системного подхода в описании качественного содержания медицинской помощи, удовлетворяющей запросам, ожиданиям и нуждам потребителей, не имеет рационального решения, так как медицинская деятельность не может сводиться к традиционному производству и, как результат, обычные критерии качества товаров и услуг не могут быть в полной мере применены к системе здравоохранения.

Все эти годы не прекращается научный поиск методов повышения эффективности работы системы здравоохранения. Научные работы зарубежных и отечественных специалистов содержат всё больше инновационных ориентиров развития области, которые основываются на современной методологии управления и обеспечения качества медицинской помощи. Большинство авторов признает, что главным фактором стратегии развития системы здравоохранения является повышение управленческой грамотности руководителей и применение современных технологий, концепций и

принципов менеджмента в медицинских учреждениях. Ведутся поиски эффективных моделей управления российским здравоохранением. Данную проблему активно изучают ведущие зарубежные и отечественные специалисты (Линденбратен А.Л., Галанова Г.И., Стародубов В.И., Щепин О.П. и другие). Наблюдается стабильный интерес медицинских организаций к системам менеджмента качества, соответствующих требованиям международных стандартов серии ISO 9001, основанных на применении философии, инструментах и методах TQM (Фомичев Н.Г. Брескина Т.Н., Зубков Ю.П., Бедорева И.Ю. и др.).

Цель исследования: Разработать рекомендации по улучшению процесса реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург».

Задачи исследования:

1. Изучить научную литературу по теме исследования.
2. Рассмотреть теоретические аспекты реализации национального проекта «Здоровье».
3. Оценить качество деятельности медицинского персонала в МО «г. Екатеринбург» на базе ЦГКБ №1.
4. Разработать мероприятия, направленные на решение проблем, возникших при реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург».

Объект исследования: ЦГКБ № 1 МО г. Екатеринбург.

Предмет исследования: качество медицинской помощи.

Методы исследования:

- теоретические: анализ научных источников по теме исследования, обобщение;
- эмпирические: анализ документов, анкетирование.

Структура работы – работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников, приложений.

1. Теоретические аспекты реализации национального проекта «Здоровье»

1.1 Характеристика здравоохранения в Российской Федерации

Здоровье человека является сложным феноменом, как свидетельствует современная наука, а это значит, что этот феномен должен рассматриваться как медицинская, социальная, биологическая и экономическая категории. Здоровье является естественным состоянием организма, характеризуется равновесием с окружающей средой и отсутствием болезненных изменений. Сегодня под здравоохранением понимается общественно-социальная функция общества или государства по укреплению и охране здоровья населения. Сегодня вместе с бюджетно-страховой системой здравоохранения формируются новые модели медицинской помощи населению, такие как частная медицина. В связи с этим, происходит организационная перестройка здравоохранения, которая характеризуется многоукладностью видов медицинской помощи. Из разряда факторов, которые определяют благосостояние каждого человека, здравоохранение переходит сегодня в разряд условий, которые необходимы для полноценного развития государства, а данные о средней продолжительности жизни населения планеты, публикуемые каждый год, заставляют представителей бизнеса и правительство вкладывать все большие средства в развитие медицинских программ и технологий [22].

Статистические данные свидетельствуют о том, что рост расходов сегодня на медицинское обслуживание не может гарантировать качества предоставляемых услуг. Так, США тратят на здравоохранение 16% своего ВВП, но при этом в рейтинге CLA занимают только 30 место, имея показатель средней продолжительности жизни 77,14 лет [39]. Государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2013 г. составили 3,7% ВВП, что в 1,5 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС (5,4% ВВП), Россия при этом занимает 37 место по совокупным показателям национальной системы здравоохранения. Таким образом, расходы на здравоохранение в России ниже, чем в развитых странах.

Здравоохранение РФ сегодня можно назвать кризисным. Кризис обусловлен множеством факторов. Так, повышение уровня жизни и уменьшение рождаемости в развитых странах способствует уменьшению числа работоспособного населения, а количество пациентов, которые нуждаются в постоянной поддержке со стороны системы здравоохранения, неуклонно возрастает. Пациенты сегодня предъявляют высокие требования к качеству медицинских услуг и медицинской помощи. Повышение спроса на медицинские услуги приводит к росту их стоимости. [40].

Формальные и неформальные платежи наиболее обременительны для граждан с невысоким доходом. Пациенты также не имеют защиты в сфере платных услуг и неформальных платежей. Деньги, потраченные на лечение, вовсе не гарантируют его высокое качество на единицу затрат. [38]. Плата граждан (особенно неформальные платежи) никоим образом не связана с общественными приоритетами развития системы здравоохранения. Она не поддерживает развитие участковой службы и врачебных практик (как раз эти платежи слабо развиты, поскольку участковым врачам платят меньше и реже), а наоборот, способствует увеличению объемов специализированной помощи, в большинстве случаев искусственно поддерживая чрезмерные мощности медицинских организаций.

На сегодняшний день в сфере платной медицины сосредоточены большие деньги, которые существенно выходят за пределы государственного контроля и статистической отчетности. Идет процесс скрытой коммерциализации, в некоторых случаях даже фактической приватизации медицинских учреждений (служб), которые наиболее привлекательны и удобны для населения. [20].

Ухудшаются показатели здоровья граждан. Усугубляются проблемы качества и доступности медицинской помощи. Неблагополучие данной сферы становится серьезной социальной проблемой. Отрасли необходимы дополнительные вложения, в первую очередь в сектор первичной медико-санитарной помощи. Однако проблемы российского здравоохранения заключаются не столько в нехватке средств, сколько в том, что средства на

здравоохранение расходуются неэффективно, и если не менять сложившуюся ситуацию, то эффективность финансовых вливаний станет незначительной [37].

Ещё одним фактором обострения проблемы качества услуг является очень низкий уровень материально-технической базы здравоохранения. В среднем износ основных фондов равен 58,5%, а медицинского оборудования – 64%. [39].

Согласно анализу, проведенному Всемирной организацией здравоохранения, по объему финансирования РФ сильно отстает от индустриально развитых стран мира, однако ещё больше она отстает по конечным показателям результативности деятельности системы здравоохранения. В системе здравоохранения РФ скопились острейшие структурные несоответствия, одним из которых является совершенно неприемлемое соотношение между первичной медико-санитарной и специализированной помощью. Уровень развития первичной медико-санитарной помощи очень низкий и имеет тенденцию к ухудшению. В мировой практике уже утвердилось понимание следующей закономерности. Чем большую часть составляют врачи первичного звена от всего количества врачей (т.е. часть узких специалистов меньше), тем меньше ресурсов нужно для того, чтобы достичь конечных результатов работы системы здравоохранения. В здравоохранении РФ часть врачей участковых служб составляет меньше 25%, в то время как в западных странах она достигает 55%.

В нашей стране около 30% госпитализаций пациентов с медицинской и экономической точки зрения являются необоснованными. Особенно это касается отделений терапевтического, гинекологического и неврологического профилей. Лечение пациентов в амбулаторных условиях тоже могло бы быть достаточно эффективно и обошлось бы им дешевле. Стоит отметить также, что система ОМС, не смотря на все ожидания, не сдержала увеличение необоснованного объема стационарной медицинской помощи, но даже наоборот, ещё больше подстегнула его. Страховщики научились оплачивать фактические объемы лечения, однако у них нет совершенно никакой мотивации

искать более рациональные формы оказания медицинской помощи, они не умеют и не хотят планировать предоставление медицинской помощи застрахованным гражданам. От возникших диспропорций страховые компании ничего не теряют. Сами пациенты вынуждены оплачивать неэффективность имеющейся системы [18]. Ключевая проблема российского здравоохранения - дефицит стимулов к повышению эффективности использования средств и недостаточная ответственность за состояние здоровья граждан. В связи с острой нехваткой ресурсов происходит утрата необходимой мотивации у медицинских работников. Наша система управления, организации и финансирования здравоохранения совершенно не побуждает медицинский персонал к рациональному использованию средств и достижению наиболее высоких показателей здоровья граждан в расчете на вложенные средства.

Таким образом, нами были рассмотрены основные характеристики и особенности системы здравоохранения в Российской Федерации, далее в работе мы проведем анализ сущности приоритетного национального проекта «Здоровье».

1.2 Сущность приоритетного национального проекта «Здоровье»

В Российской Федерации разработан ряд программ, ориентированных на повышение эффективности отраслей социальной сферы, так называемые национальные проекты. В данной работе мы будем рассматривать национальный приоритетный проект «Здоровье», который стартовал в 2006 году. Национальный проект «Здоровье» представляет собой программу по повышению качества предоставления медицинской помощи, объявленную в 2005 году президентом РФ В.В. Путиным в рамках реализации 4-х национальных проектов.

Цели и задачи проекта «Здоровье»: Укрепление здоровья граждан РФ; Уменьшение уровня заболеваемости, инвалидности и смертности; Повышение качества и доступности медпомощи; Укрепление первичного звена

здравоохранения, создание условий для оказания на догоспитальном этапе эффективной медпомощи; Развитие профилактической направленности здравоохранения; Удовлетворение потребности граждан в современной высокотехнологичной медпомощи [14].

Основными направлениями приоритетного национального проекта «Здоровье» являются следующие: Развитие первичной медико-санитарной помощи. 2. Обеспечение граждан современной высокотехнологичной медпомощью. 3. Развитие новых высоких медицинских технологий на базе федеральных медицинских учреждений, а также медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов РФ и муниципальных образований. [30].

В национальный проект в 2009 году были дополнительно включены такие направления, как: - формирование у граждан здорового образа жизни. Для этого Минздравсоцразвития России планирует проведение масштабной информационной кампании, направленной на борьбу с табакокурением и алкоголизмом, а также на формирование у граждан здорового образа жизни; - уменьшение заболеваемости и смертности от туберкулеза. Предусмотрено применение современных методов диагностики и профилактики туберкулеза, а также лечения и реабилитации больных [19; с. 101]. Больше всего в сфере здравоохранения в поддержке нуждается первичное звено медико-санитарной помощи, поскольку здесь оказывают около 80% всей медицинской помощи, сюда зачастую обращаются пациенты и здесь сосредоточено максимальное количество единиц диагностического и медицинского оборудования.

Важным шагом для повышения качества предоставления медицинской помощи стало увеличение материальной базы. В первую очередь, в рамках реализации национального проекта существенно увеличился средний уровень зарплаты медицинских работников различных категорий (на 80-100% в среднем). Уровень первичной медицинской помощи стал повышаться также и по другим показателям. В рамках национального проекта работают программы подготовки и переподготовки врачей, также наблюдается положительная тенденция увеличения численности медицинского персонала. Как результат, в

2006 году в целом по РФ снизился коэффициент совместительства с 1,6 до 1,3, а также уменьшилось количество медицинского персонала первичного звена пенсионного возраста.

По результатам конкурсных мероприятий в рамках национального проекта в 2006 году были заключены контракты на поставку диагностического оборудования с российскими и зарубежными производителями (54% и 46% соответственно). Как результат, в том же году было заметно повышение доступности обследований, обнаруживаемости болезней на ранних стадиях (в том числе для жителей сельских населенных пунктов), а также уменьшилась платность медицинских услуг и время ожидания обследования [29].

В различных регионах планируется внедрение элементов частичного или полного фондодержания на амбулаторно-поликлиническом этапе предоставления медицинской помощи. Так, в первичное звено следует передавать те средства, которые на самом деле могут контролировать врачи общей практики. Это позволит создать конкурентную среду в стационарной помощи, потому как договора будут заключаться не только с управлениями здравоохранения [36]. Следовательно, эта мера призвана способствовать улучшению качества предоставляемой медицинской помощи в первичном звене. При этом очевидны некоторые возможные проблемы, а именно: сдерживание больных, ограничение доступа пациентов в больницы и прочие учреждения здравоохранения для увеличения своих доходов или оказание собственными силами той помощи, которая должна оказываться исключительно в стационаре. Из-за этого необходимо будет осуществлять жесткий контроль и дополнительное финансирование для организации фондодержания. Реализация этих проектов также предполагает решение некоторых общих задач модернизации системы здравоохранения. Первым делом требуется создать единую федеральную высокотехнологическую информационную базу. Также предполагается: дальнейшее развитие нормативно-правовой базы; усовершенствование системы обязательного медицинского страхования (ОМС); расширение хозяйственной

самостоятельности организаций здравоохранения; использование современных подходов к обеспечению отрасли кадрами; укрепление материально-технической базы медицинских учреждений; поддержка медицинской науки и ее направленность на развитие высокотехнологичных методов предоставления медпомощи и т.п. [27].

ПНП «Здоровье» не охватывает всю систему здравоохранения и, фактически, является пилотным, однако он достоин высокой оценки своей важности и полученных результатов. Здравоохранение впервые начало функционировать по одной программе. Уже имеются определенные практические результаты. При этом для успешной реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и создания предпосылок для его дальнейшего усовершенствования основную роль играет создание эффективной системы управления и координации его реализации, а также информационное обеспечение.

1.3 Понятие и сущность качества медицинской помощи

Поскольку, национальный проект «Здоровье» является программой по повышению качества медицинской помощи, то в этой подглаве мы рассмотрим само понятие качества медицинской помощи. Под качеством медицинской помощи принято понимать соответствие между ожиданиями больного (семьи, общества) и восприятием больного (семьей, обществом) процесса и результата оказания ему помощи. Данное определение подчеркивает соответствие ожидания и восприятия как самую главную характеристику качества оказываемой помощи, но оно не исчерпывающее. Юрьев В.К. и Медик В.А. дают несколько современных определений понятия «качество медицинской помощи» [24].

Согласно А. Донабедиана: «Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, -

это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья» [26]. С. Монтойя Агиляр и М. Ремер говорят о том, что качество медицинской помощи – это «должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными, приемлемыми в смысле затрачиваемых средств в данном обществе и влияют на смертность, заболеваемость, инвалидность...» [39].

В практике здравоохранения РФ, наиболее распространенными являются такие определения «качества медицинской помощи»: 1) Качество медицинской помощи – это совокупность свойств и характеристик услуг, определяющих их способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования: снижать риск прогрессирования, либо возникновения заболевания, оптимально использовать ресурсы, обеспечивать удовлетворенность. 2) Качества медицинской помощи – это совокупность результатов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, определяемых установленными требованиями на основе достижений медицинской науки и практики [35].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения: все пациенты должны получать такую медицинскую помощь, которая привела бы к оптимальным для их здоровья результатам в соответствии с уровнем медицинской науки, диагнозом заболевания, возрастом пациента, его реакцией на процесс лечения; при этом необходимо использование минимальных средств, минимальным должен быть риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности, а максимальным - результат и удовлетворение от процесса предоставления медицинской помощи. С позиции пациентов (семьи, общества), качество медицинской помощи – это такие свойства услуги, благодаря которым пациенты остаются довольны оказанием медицинской помощи в общем, а также процессом ее предоставления и результатом. Это означает, что условия, в которых производилось медицинское вмешательство, профессионализм медицинских работников, их личностные и профессиональные качества, а также результат помощи соответствовали ожиданиям пациентов [20; с. 3].

С позиции учреждений здравоохранения, качество медицинской помощи – это выполнение функциональных обязанностей в строгом соответствии с нормативно-правовой документацией, что означает профессиональную компетентность медицинских работников, умение работать в команде, создавать и поддерживать позитивную производственную среду и обеспечивать инфекционную безопасность [32]. Следовательно, у структуры понятия «качество» имеется внутренняя и внешняя составляющие. Внутренней составляющей качества являются характеристики, которые внутренне присущие услуге. Внешней составляющей качества является соответствие потребности и восприятия данной услуги.

Медицинским работникам принадлежит огромная роль в реализации мероприятий по оздоровлению нации, их образование и опыт позволяет оказывать высококачественные медицинские услуги [41]. Деятельность медицинского персонала включает в себя оказание широкого спектра услуг, как проведение высокотехнологичных вмешательств, так и проведение вмешательств в рамках первичной медико-санитарной помощи, также в формировании здорового образа жизни, профилактики заболеваний и др. Большое значение получает профилизация работы и рациональное использование работников. Умение работать с современным оборудованием, знание основ психологии, умение проводить мониторинг состояния больных и обеспечивать им всесторонний уход и реабилитацию - все это является важным для современного медицинского работника [21; с. 23]. В медицинские услуги входят организация мероприятий по сохранению здоровья, уходу за пациентом, в том числе выполнение манипуляций, подготовку к исследованиям, проведение реабилитационных процедур, облегчение страданий и т.д. [22].

Эксперты ВОЗ при определении задач и содержания деятельности по обеспечению качества медицинской помощи рекомендуют ориентироваться на такие составляющие: - качество выполнения профессиональных функций медицинским персоналом; - полноту и эффективность использования средств; - сведение для пациента к минимуму риска при медицинском вмешательстве; -

наличие удовлетворенности пациента медицинским вмешательством. Таким образом, различные авторы предлагают множество характеристик качества медицинской помощи, но по существу, отличаясь по названию, они отражают одинаковые свойства. Мероприятия, которые обеспечивают качество медицинской помощи в многопрофильной больнице: подготовка кадров, ресурсное обеспечение деятельности медицинских работников, внедрение стандартов медицинской помощи, применение современных технологий, экспертиза качества и последующая коррекция [23].

В современном понимании, качество медпомощи – это совокупность характеристик услуги, которая соответствует технологическим стандартам и ожиданиям пациентов и обеспечивает их скрытые потребности в медицинской помощи. Согласно приказу МЗ РФ «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» №12 от 22.01.2001, качество медпомощи – это система критериев, которые позволяют определить уровень оказания медицинской помощи как в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, так и отдельному пациенту [31].

Ответственным за качество медицинской помощи является не только медицинский персонал, но также лица, которые обеспечивают необходимым оборудованием и кадрами службу здравоохранения. К основным характеристикам качества медицинской помощи относят результативность, эффективность, оптимальность, приемлемость, законность и справедливость. Важнейший вопрос – каждому должна быть оказана та помощь, в которой он нуждается – полностью и вовремя [24].

Источником оценки качества медицинской помощи выступает не только пациент, медицинский персонал принимает во внимание мнение родственников, соседей по палате, всех членов бригады, которые принимают участие в лечении и уходе за пациентом. Оценочными критериями могут быть слова или поведение пациента, данные объективного исследования, информация, полученная от родственников или соседей по палате. Также

оценка позволяет медицинскому персоналу выявить сильные и слабые стороны своей профессиональной деятельности [40].

Следовательно, качество – это сложная теоретическая проблема, трудная для реализации. Ее решение требует создания системы стандартизации и системы управления на каждом этаже медицины. Практические шаги должны осуществляться совместно клиницистами, управленцами, экономистами, пациентами и др. [12].

В настоящий момент ещё имеется комплекс нерешенных проблем в управлении качеством оказываемой медицинской помощи. В первую очередь, это недоработка нормативно-правовой базы, которая регулирует работу специалистов со средним и высшим образованием. Требуется расширить зону профессиональной деятельности медицинских сестёр, рационально распределить обязанности между врачами и медицинскими сестрами. Также нужно отметить недостаток кадрового обеспечения отрасли здравоохранения специалистами со средним медицинским образованием. Наблюдается достаточно слабое внедрение инновационных технологий, которые призваны повысить качество медико-санитарной помощи гражданам [9]. В настоящий момент уровень оплаты в сочетании с низкой социальной защищенностью не делают возможным обеспечение повышения престижа профессии медицинских работников.

2. Анализ реализации национального проекта «здоровье» в муниципальном образовании «г. Екатеринбург»

2.1 Основные направления реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург»

Приоритетный национальный проект «Здоровье» реализовывался в МО «г. Екатеринбург» на основании Закона Свердловской области от 19.03.2007 № 17-03 «О реализации приоритетных национальных проектов государственными органами Свердловской области» (с изменениями), регулирующего отношения, связанные с реализацией приоритетных национальных проектов государственными органами Свердловской области. Реализация мероприятий национального проекта осуществлялась, в том числе посредством реализации постановлений правительства Свердловской области от 11.10.2010 № 1473-ПП «Об утверждении областной целевой программы «Совершенствование оказания медицинской помощи населению, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на территории Свердловской области» на 2011 – 2015 годы», от 26.04.2011 № 463-ПП «О Порядке оказания дорогостоящих, в том числе высокотехнологичных, видов медицинской помощи в Свердловской области за счет средств областного бюджета» [41].

Основными задачами реализации проекта «Здоровье» являются: - организация на территории Екатеринбурга медицинской помощи населению, - контроль за качеством предоставляемых медицинских услуг в муниципальных клиниках, - внедрение в здравоохранение новых современных технологий, - развитие муниципальных медицинских учреждений города.

В рамках реализации проекта были разработаны программы: «Екатеринбург – здоровый город». Цель программы: сохранение и укрепление здоровья жителей города.

Задачи программы:

- формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью, профилактика и лечение социально значимых заболеваний; - улучшение здоровья матери и ребенка; - формирование эффективной технологической модели организации медицинской помощи населению; - повышение квалификации медицинских работников и создание условий для мотивированного труда медицинского персонала; - совершенствование материально-технической базы учреждений муниципального здравоохранения, его информатизация.

В рамках реализации проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург» разработаны следующие стратегические проекты.

1. Здоровье маленьких горожан. 2. Три шага к долголетию, состоящий из трех подпроектов: «Профилактика и лечение артериальной гипертензии»; «Совершенствование травматологической помощи жителям Екатеринбурга»; «Совершенствование системы профилактики и медицинской помощи населению при новообразованиях (Онкология)» 3. Профилактика - упреждающий удар. Рассмотрим их подробнее.

Стратегический проект «Три шага к долголетию». Увеличение продолжительности жизни российских граждан является одной из основных стратегических задач наших дней. Больше всего взрослых граждан страдает и чаще всего умирает от онкологических заболеваний, заболеваний сердечнососудистой системы, от травм. В связи с этим Администрация Екатеринбурга разработала и реализовывает масштабный план, ориентированных на сохранение трудового потенциала, увеличение продолжительности жизни населения. Стратегический проект «Профилактика - упреждающий удар». В Екатеринбурге ежегодно насчитывается около 300 тыс. болеющих инфекционными заболеваниями (в том числе ОРЗ и гриппом). Причем это один из наиболее благополучных показателей по РФ. Это составляет треть всех болезней нашего населения, а среди детей возрастом до 14 лет – до 40% всех болезней. Самым эффективным и экономически выгодным методом борьбы с инфекционными заболеваниями является профилактика.

Стратегический проект «Здоровье маленьких горожан». В Екатеринбурге - 250 тысяч маленьких горожан. Для решения проблемы сбережения здоровья маленьких горожан с 2004 года в Екатеринбурге реализуется этот стратегический проект, который объединил усилия всех городских ведомств в этом направлении. Строительство новых больниц, создание здоровой среды для детей в городе, физкультура и спорт, безопасность на дорогах - это только часть вопросов, которые успешно решаются в городе в рамках этого проекта. На выполнение Программы предусмотрено средств в объеме 10299542,61 тыс. руб., в том числе на 2015 год – 6588573,6 тыс. руб. (за счет средств федерального бюджета – 3199314,4 тыс. руб., областного бюджета – 3 389 259,2 тыс. руб.) [41].

Расходы, направленные на реализацию Программы в 2015 году представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Расходы на реализацию Программы в 2015 г. (тыс. руб.)

Направления Программы	Расходы по Программе			в том числе через Министерство		
	план	исполнено	(%)	план	исполнено	(%)
Формирования здорового образа жизни	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний	4004314,9	3904601,8	97,5	2796403,9	2592256,6	92,7
Повышение доступности и качества специализированной (в т.ч. высокотехнологич.) медицинской помощи	1312871,8	778694,1	59,3	1312871,8	778694,1	59,3
Совершенствование медицинской помощи матерям и детям	1271386,9	1226467,5	96,5	534948,3	583673,9	109,1
Всего	6588573,6	5909763,4	89,7	4644224,0	3954624,6	85,2

Исполнение Министерством Программы на 85,2% от плановых назначений связано со значительным невыполнением запланированных

расходов по мероприятиям, входящим в направление «Повышение доступности и качества специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи» (59,3%). Причины невыполнения:

- по мероприятию «Реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» при плане по расходам 71665 тыс. руб. исполнено 56 120,0 тыс. руб., или 78,3 %. Поставщиками не были выполнены обязательства по поставке товаров в 2015 году, установленные государственными контрактами;

- мероприятие «Обеспечение доступности высокотехнологичных репродуктивных технологий (ЭКО)» исполнено на 26,7% от плановых значений по расходам при достижении целевых показателей. Это обусловлено тем, что при планировании Министерством была необоснованно завышена стоимость медицинской услуги, поэтому планируемые расходы, отраженные в Плане мероприятий (57021 тыс. руб.) изначально не соответствовали целевому показателю – 124 попытки ЭКО. Соответствующие изменения в Программу внесены не были;

- «Мероприятия по развитию службы крови». Запланированы расходы в объеме 662480,7 тыс. руб., исполнение – 211945,9 тыс. руб., или 31,9%. Министерство не сумело своевременно подготовить документацию и провести конкурсные мероприятия по закупке оборудования в 2015 году (госконтракты были заключены в декабре месяце), поэтому денежные средства не были использованы.

По семи мероприятиям Программы целевые показатели оценки эффективности не определены, также нет связи этих мероприятий с ожидаемыми результатами реализации Программы, значит, связь реализации мероприятий с достижением намеченных результатов не установлена, поэтому Министерству невозможно будет объективно оценить эффективность исполнения Программы. Кроме того, одним из ожидаемых результатов реализации Программы является снижение смертности в результате дорожно-транспортных происшествий до уровня не выше 15,5 человека на 100 тыс.

населения, однако на обеспечивающее этот результат мероприятие финансирование не предусматривается. Таким образом, в Программе в ряде случаев задачи, мероприятия, целевые показатели оценки эффективности, ожидаемые результаты и финансовые ресурсы для их достижения не взаимосвязаны, что приводит к недостижению результатов, неэффективному использованию средств. Значения некоторых ожидаемых результатов реализации Программы не соответствуют Целевым показателям: снижение смертности от туберкулеза – до 16,5 случаев на 100 тыс. населения (Программа) и 17,5 случаев (Целевые показатели), охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез – не менее 77% и 72,7% соответственно. Кроме того, не предусмотрен механизм управления национальным проектом, не определены координатор его реализации, процедура контроля Правительством Свердловской области (порядок, формы, отчетность, сроки) всех исполнителей, включая Министерство, за реализацией приоритетного национального проекта, что снижает эффективность управления Программой.

Из 23 мероприятий национального проекта, имевших финансирование в 2015 году, согласно программе проведения контрольного мероприятия, проверены 18, наиболее существенные недостатки и нарушения состоят в следующем: при произведенных расходах бюджетных средств результат не достигнут, средства в размере 3375 тыс. руб. использованы неэффективно; в 2015 году исполнение программы реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» составило 5909763,4 тыс. руб., или 89,7%, Министерством здравоохранения Свердловской области – 3954624,6 тыс. руб., или 85,2%. Деятельность Министерства здравоохранения по реализации национального проекта – недостаточно эффективна, целевые показатели оценки эффективности Программы, в основном, не достигнуты. Планирование по некоторым мероприятиям Программы не отражает взаимозависимость и взаимосвязь мероприятий, затрат и результатов, что ведет к недостижению результатов.

2.2 Исследование качества предоставления медицинской помощи в МО г. Екатеринбург на базе ЦГКБ №1

Исследование качества предоставления медицинской помощи в МО «г. Екатеринбург» проводилось на базе ЦГКБ №1. ЦГКБ № 1 Октябрьского района г. Екатеринбурга является крупным муниципальным бюджетным лечебным учреждением, которое расположено в центре города и оказывает медицинскую помощь жителям сразу нескольких районов. Адрес: 620905 Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Сони Морозовой, 203. Больница традиционно удерживает очень хорошие показатели в своей работе и оказывает разнообразную медицинскую помощь жителям четырех районов города. В таблице 2 представлены целевые значения доступности и качества медицинской помощи, оказанной ЦГКБ №1 по итогам 2015 года. Таким образом, ЦГКБ №1 представляет собой комплекс диагностических, лечебно-реабилитационных и других служб, функционально и организационно связанных между собой.

Таблица 2 - Целевые значения доступности и качества медицинской помощи, оказанной ЦГКБ №1 по итогам 2015 года

н/п	Наименование целевого показателя	Значение
1	2	3
1	Уровень укомплектованности врачебных должностей в целом по медицинской организации	51%
2	Уровень укомплектованности средним медицинским персоналом	59%
3	Выполнение плановых объемов оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	100%
4	Среднегодовая занятость койки	302 дня (из 329)
5	Наличие сайта и полнота информации на сайте	+
6	Наличие обоснованных жалоб граждан, зарегистрированных в ТФОМС, страховых медицинских организациях, Министерстве здравоохранения Свердловской области	11 (0,13%)
7	Наличие проигранных в суде дел по искам пациентов и страховых медицинских организаций	нет

8	Удельный вес выявленных дефектов по результатам медико-экономической экспертизы от общего количества проэкспертированных случаев (по условиям оказания медицинской помощи)	Круглосуточный стационар – 8,8% Амбулаторно-поликлиническая помощь – 47,2% Стационарно-замещающая помощь – 29,9%
9	Удельный вес выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи от общего количества проэкспертированных случаев (по условиям оказания медицинской помощи)	Круглосуточный стационар – 20,5% Амбулаторно-поликлиническая помощь – 39,9% Стационарно-замещающая помощь – 33,3%
10	Удельный вес суммы финансовых санкций по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи к общему объему финансирования из средств обязательного медицинского страхования	0,75%

К 2016 году значительно уменьшилось количество специалистов из числа врачей и средних медицинских работников до 30 лет и увеличилось количество специалистов пенсионного возраста. Текучесть кадров наблюдается только среди среднего медперсонала. В больнице нет ни одного специалиста, не имеющего сертификата. Из врачей сертифицированы все специалисты, из медсестер – 97%, аттестованы из врачей 64%, а из медсестер – 79%. Медицинских работников, которым необходима профессиональная переподготовка в ближайшие три года с указанием требуемой специальности – нет. Сегодня больница больше всего нуждается в палатных медицинских сестрах, а общее количество необходимых медицинских сестер, в 2016 году составляет 35 человек. Таким образом, укомплектованность кадрами не превышает 60%.

В качестве методик исследования использованы такие методы: анкетный опрос, анализ документов, статистические методы. Проводилось анкетирование среднего медицинского персонала и пациентов больницы. Анализ документов включал в себя анализ медицинской документации.

Анализ организации труда медицинского персонала проведен на примере неврологического отделения и отделения неотложной хирургии. Укомплектованность врачами составляет 60%, укомплектованность

медсестрами – 54% и укомплектованность санитарками – 60%. Текучесть кадров не выявлена. Весь лечебный процесс в работе направлен на оптимизацию результатов восстановительного лечения, первичную и вторичную профилактику, раннюю медицинскую реабилитацию, отработку долгосрочной комплексной программы амбулаторного лечения, амбулаторной реабилитации, а также диспансерного наблюдения и диагностического мониторинга больных. Для исследования субъективных критериев качества деятельности медицинского персонала был проведен анкетный опрос пациентов двух отделений.

Результаты анкетного опроса представлены в Приложении 1. В исследовании приняли участие 50 пациентов, из неврологического отделения и отделения неотложной хирургии. В исследовании приняли участие 86% мужчин и 14% женщин - пациентов неврологического отделения и отделения неотложной хирургии. Из них в возрасте от 27 до 35 лет – 4%, от 36 до 55 лет – 42% и свыше 56 лет – 54%. Мы определили, как часто пациенты обращаются за медицинской помощью (таблица 1 Приложения 1). Из полученных результатов мы видим, что 8% респондентов обращаются за медицинской помощью 1 раз в полгода, по мере необходимости в больницу обращаются 14% респондентов. Большинство – 54% обращаются за медицинской помощью каждый год и 24% респондентов обращаются за помощью 1 раз в 2 - 3 года. Таким образом, пациенты стараются каждый год проходить лечение и обследование.

Мы исследовали степень удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг (таблица 2 Приложения 1). Все респонденты в той или иной мере удовлетворены качеством медицинских услуг, которые предоставляются им персоналом больницы. Так, полностью удовлетворены 26% респондентов, в основном удовлетворены – большинство респондентов – 58% и среднюю степень удовлетворенности качеством медицинских услуг высказали 16% респондентов.

На вопрос о том, что именно не удовлетворяет в качестве медицинских услуг, респонденты выявили следующие факторы, которые представлены на рисунке 2.

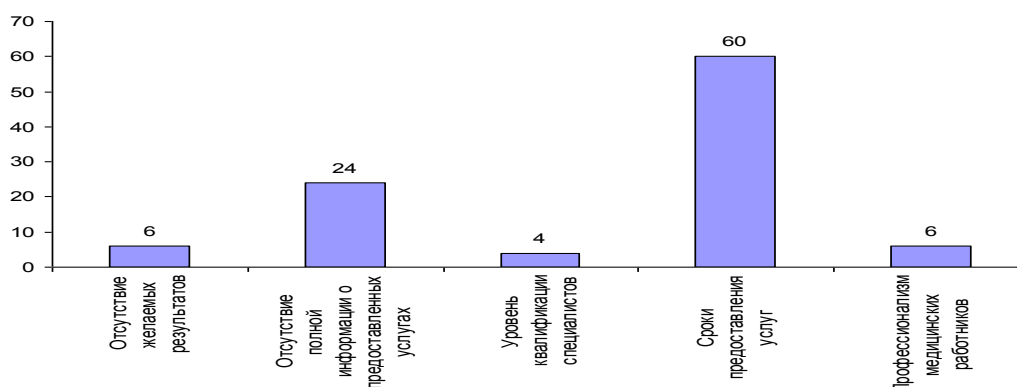


Рисунок 2 - Факторы неудовлетворенности качеством медицинских услуг

Наибольшее количество респондентов не удовлетворены сроками предоставления услуг – 60%, для 24% неудовлетворенность заключается в отсутствии полной информации о предоставленных услугах. 6% респондентов отметили отсутствие желаемых результатов, 4% респондентов не удовлетворены уровнем квалификации специалистов и 6% не удовлетворены профессионализмом медицинских работников. Результат предоставления сестринской помощи полностью устраивает 38% респондентов, остальные 62% отметили средний уровень (таблица 4 Приложения 1).

Рассмотрим клиники, в которые предпочитают обращаться респонденты (таблица 6 Приложения 1). Большинство респондентов предпочитают обращаться в государственные клиники – 76%. Мы определили основные факторы, которыми руководствуются респонденты в своем выборе. Они представлены на рисунке 3. Мы видим из рисунка 3, что руководствуются доступностью все респонденты, руководствуются эффективностью работы 90% респондентов, 62% респондентов руководствуются качеством медицинской помощи, для 28% респондентов определяющим фактором является уровень цен, для 16% - квалификация специалистов и для 14% - культура обслуживания.

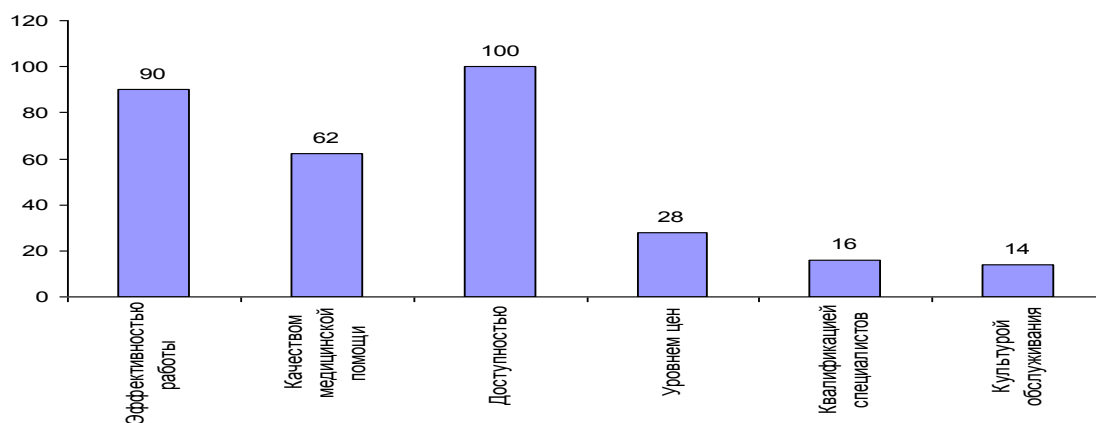


Рисунок 3 - Распределение основных факторов в выборе медицинской клиники

Далее мы определили отношение пациентов к качеству обслуживания в отделении при получении ими медицинской помощи (таблица 8 Приложения 1). Отличное качество обслуживания отметили 38% респондентов, 42% отметили хорошее качество обслуживания и 20% отметили удовлетворительное качество обслуживания при получении ими сестринской помощи. Далее мы выяснили, какие методы исследования были проведены пациентам при обращении их в больницу. Распределение показателей представлено на рисунке 4.

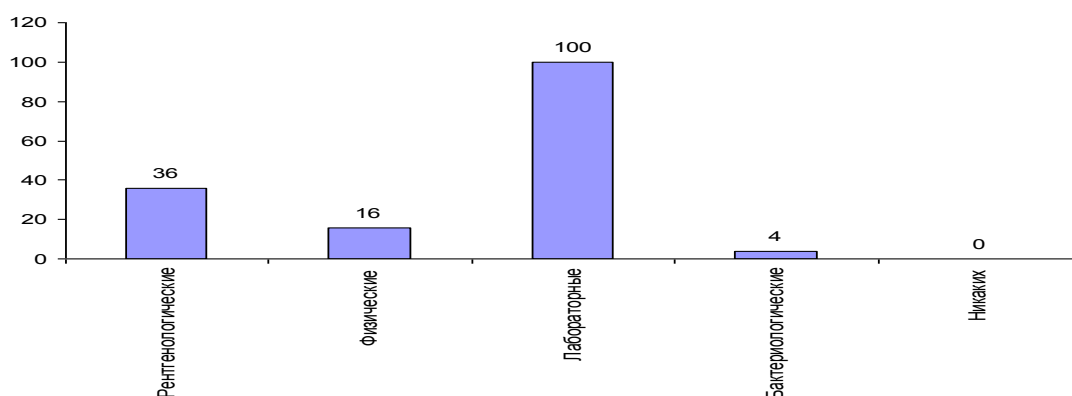


Рисунок 4 - Проведенные методы исследования

Мы попросили оценить пациентов в целом организацию работы медицинских сестер (таблица 11 Приложения 1). Так, удовлетворительной организацию работы признали большинство респондентов – 78%, 14% затруднились с ответом и 8% отметили организацию работы медсестер

неудовлетворительной. Причины неудовлетворенности заключаются, по мнению респондентов, в том, что процедуры не проводятся по времени – 46%, не хватает информации о проводимых процедурах – 30%, медсестре не хватает времени уделять больше внимания пациентам – 12%. В целом, работой медицинских сестер довольны 94% респондентов, не довольны только 6% (таблица 13 Приложения 1). К основным достоинствам медицинских сестер, по мнению пациентов относятся следующие (рисунок 5). В соответствии с рисунком 5, большинство респондентов выделили доброжелательность – 62% и внимательное отношение к пациентам – 56%. Далее – бескорыстность – 40%, тактичность – 38% и 6% отметили самостоятельность.

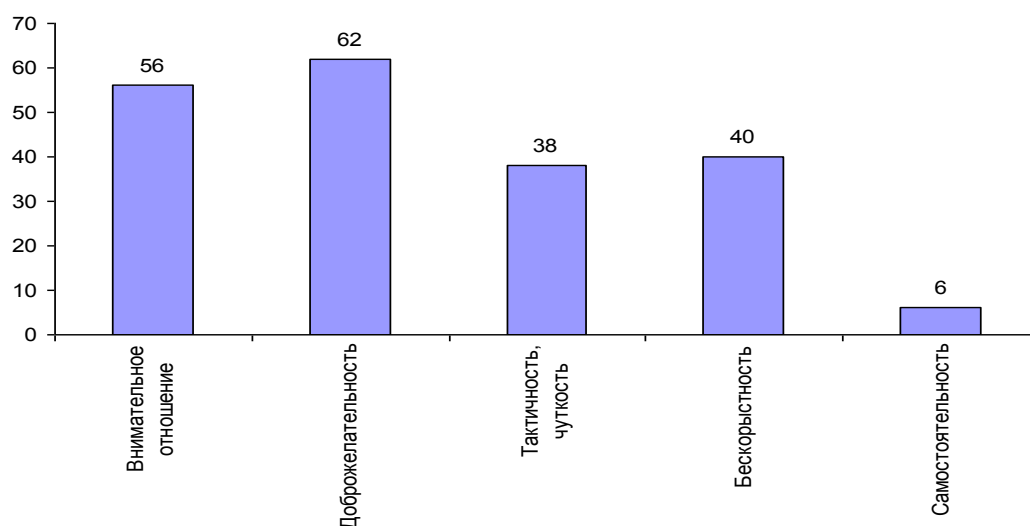


Рисунок 5 - Основные достоинства медицинских сестер

Причины недовольства медсестрами респонденты отметили в следующем: 82% отметили отсутствие самостоятельности в принятии решений, 16% - излишнюю поспешность в работе и 2% - недостаточное внимание к больному (таблица 15 Приложения 1). Оценка респондентами элементов организации труда медицинских сестер представлена на рисунке 6. Как видно из рисунка 6, пациенты полностью удовлетворены внешним видом медицинских сестер, оснащением рабочего места, уровнем культуры обслуживания, качеством сестринской помощи и профессиональной подготовкой медсестер.

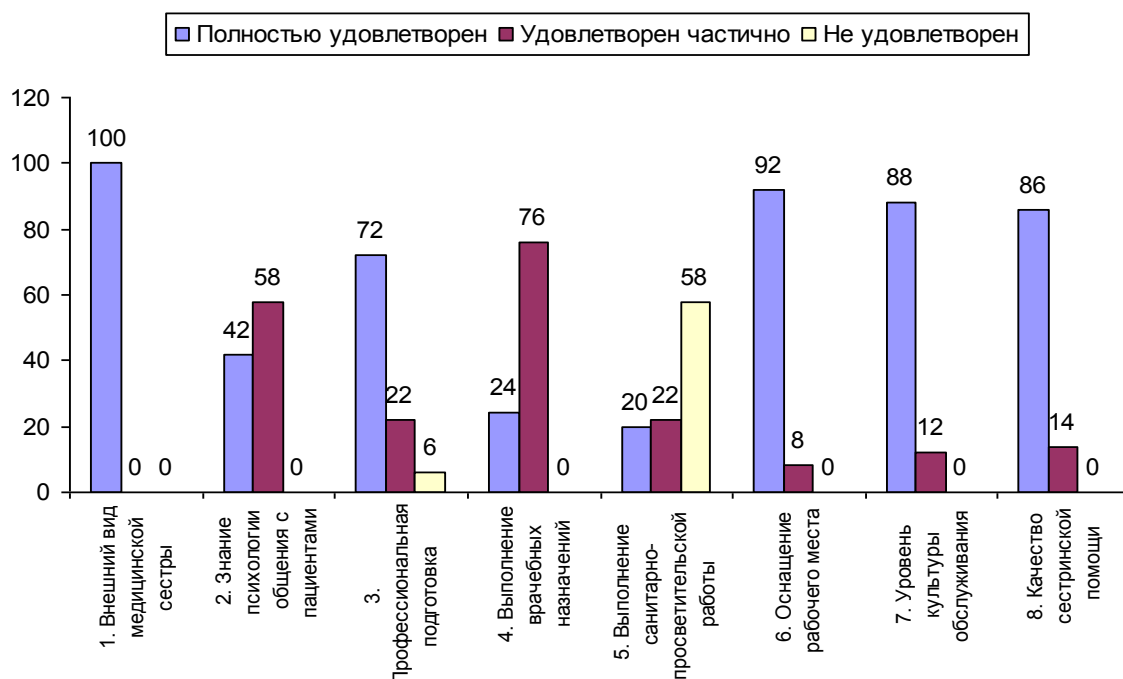


Рисунок 6 - Оценка элементов организации труда медсестер

Частично удовлетворены пациенты знанием психологии общения медсестер с пациентами и выполнением врачебных назначений. Не удовлетворены пациенты выполнением медсестрами санитарно-просветительской работы. Причины некачественной работы медсестер пациенты видят в следующих причинах: недостаточная укомплектованность кадрами – 78%, недостаточная оснащенность отделения – 40%, недостаточно полное обследование пациентов – 26% и низкая профессиональная подготовка – 18% (таблица 17 Приложения 1). Большинство респондентов отметили необходимость изменений организации труда сестринского персонала – 94%, 6% полагают, что менять ничего не нужно (таблица 18 Приложения 1). На рисунке 7 представлены показатели, благодаря которым изменится организация труда медперсонала, по мнению пациентов. В исследовании приняли участие 50 пациентов, из неврологического отделения и отделения неотложной хирургии, мужчины и женщины, в возрасте от 27 до 65 лет.

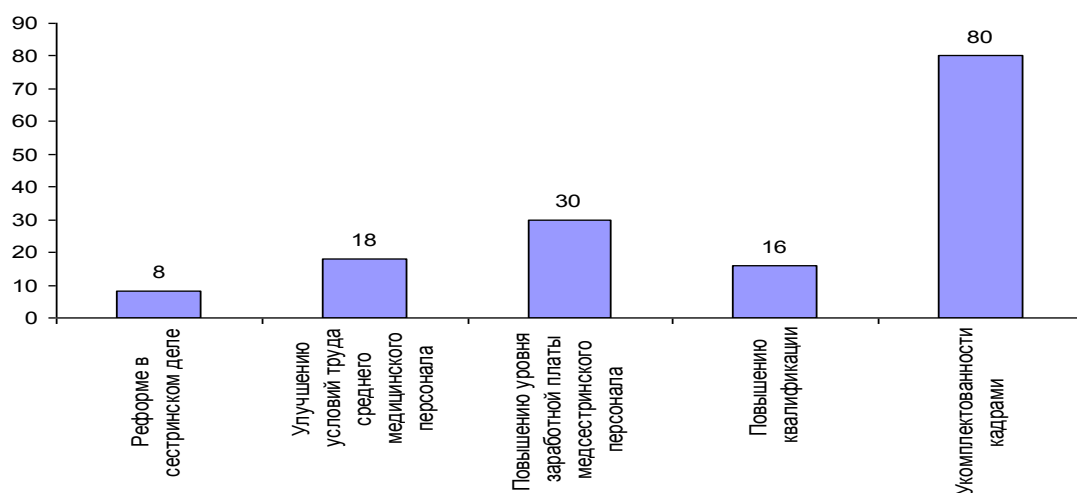


Рисунок 7 - Меры, благодаря которым изменится организация труда медперсонала

Пациенты каждый год проходят лечение и обследование. Все в той или иной мере удовлетворены качеством медицинских услуг. Неудовлетворение вызвано сроками предоставления услуг и отсутствием полной информации о предоставленных услугах. Результат предоставления сестринской помощи полностью устраивает пациентов. Большинство из них предпочитают обращаться в государственные клиники, т.к. руководствуются доступностью, эффективностью работы и качеством медпомощи. Причины неудовлетворенности заключаются, в том, что процедуры не проводятся по времени, медсестра не может принимать самостоятельные решения. К основным достоинствам медицинских сестер, пациенты относят доброжелательность и внимательное отношение к пациентам. Причины недовольства медсестрами - в отсутствии самостоятельности в принятии решений и излишняя поспешность в работе. Пациенты полностью удовлетворены внешним видом медицинских сестер, оснащением рабочего места, уровнем культуры обслуживания, качеством сестринской помощи и профессиональной подготовкой медсестер.

Частично удовлетворены пациенты знанием психологии общения медсестер с пациентами и выполнением врачебных назначений. Не

удовлетворены пациенты выполнением медсестрами санитарно-просветительской работы. Причины некачественной работы медсестер пациенты видят в недостаточной укомплектованности кадрами и недостаточной оснащенности отделения. Большинство отметили необходимость изменений организации труда сестринского персонала, а мерами по улучшению качества сестринской помощи являются повышение самостоятельности в работе медсестер и укомплектованность кадрами, благодаря чему изменится организация труда медперсонала.

Далее, были исследованы объективные критерии качества деятельности медицинских работников больницы.

В приложении 2 представлены показатели оценки качества работы медицинских сестер неврологического отделения и отделения неотложной хирургии. По результатам исследования был подсчитан интегральный коэффициент качества по формуле: $ИКК = (K1+K2+K3+K4+K5+K6+K7) / 7$ В таблице 3 представлены показатели уровня качества оказания сестринской помощи в неврологическом отделении.

Таблица 3 - Показатели уровня качества оказания сестринской помощи в неврологическом отделении

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7
Средний балл	2,8	2,1	1,8	1,4	2,8	2,4	2,6
Уровень качества сестринской помощи	Высокий	Низкий	Низкий	Низкий	Высокий	Средний	Средний

Как видно из таблицы 3, высокий уровень качества выявлен для профессиональной подготовки специалиста и этико-деонтологических отношений. Средний уровень качества сестринской помощи выявлен для инфекционной безопасности и документирования сестринской деятельности. Низкий уровень качества выявлен для организации труда медсестры, сестринской практики, санитарно-просветительской работы. В таблице 4

представлены показатели уровня качества оказания сестринской помощи в неврологическом отделении по интегральному коэффициенту качества.

Таблица 4 - Показатели уровня качества оказания сестринской помощи в неврологическом отделении по ИКК

Итоговые баллы	Уровни качества сестринской помощи	Проценты
2,7 - 3	Высокий	0
2,4 – 2,6	Средний	31,25
0 – 2,3	Низкий	68,75

Средний балл ИКК по среднему медперсоналу в неврологическом отделении составил 2,26. Таким образом, высокий уровень качества оказания сестринской помощи в неврологическом отделении не выявлен ни у кого. Средний уровень оказания сестринской помощи в неврологическом отделении выявлен у 31,25% медицинских сестер. Низкий уровень оказания сестринской помощи в неврологическом отделении выявлен у 68,75% медицинских сестер. Далее была проведена такая же оценка уровня качества оказания сестринской помощи в отделении неотложной хирургии. В таблице 5 представлены показатели уровня качества оказания сестринской помощи в отделении неотложной хирургии.

Таблица 5 - Показатели уровня качества оказания сестринской помощи в отделении неотложной хирургии

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7
Средний балл	2,86	2,82	2,77	2,77	2,82	2,73	2,05
Уровень качества сестринской помощи	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низкий

Как видно из таблицы 5, высокий уровень качества выявлен для профессиональной подготовки специалиста, организации труда медицинской

сестры, сестринской практики, санитарно-просветительской работы, этико-деонтологических отношений и инфекционной безопасности. Низкий уровень качества выявлен для документирования сестринской деятельности. В таблице 6 представлены показатели уровня качества оказания сестринской помощи в отделении неотложной хирургии по интегральному коэффициенту качества.

Таблица 6 - Показатели уровня качества оказания сестринской помощи в отделении неотложной хирургии по ИКК

Итоговые баллы	Уровни качества сестринской помощи	Проценты
2,7 - 3	Высокий	63,6
2,4 – 2,6	Средний	31,9
0 – 2,3	Низкий	4,5

Средний балл ИКК по среднему медперсоналу в отделении неотложной хирургии составил 2,69, что соответствует среднему уровню качества сестринской помощи. Следовательно, высокий уровень качества предоставления сестринской помощи в отделении неотложной хирургии выявлен у 63,6% медсестер. Средний уровень предоставления сестринской помощи в отделении неотложной хирургии выявлен у 31,9% медсестер. Низкий уровень предоставления сестринской помощи в отделении неотложной хирургии выявлен у 4,5% медсестер. Следовательно, уровень качества предоставления сестринской помощи выше у медицинских сестер отделения неотложной хирургии.

В исследовании качества работы сестринского персонала принимали участие 38 человек – медицинские сестры, из них 16 человек – медицинские сестры неврологического отделения и 22 человека – отделения неотложной хирургии. Исследование проводилось в виде анкетного опроса. Результаты представлены в Приложении 3. В исследовании принимали участие мужчины и женщины: 13,2% и 86,8% соответственно (таблица 33 Приложения 3). Возраст респондентов составил от 20 до 59 лет, из них от 20 до 24 лет – 15,8%, от 25 до 29 лет – 18,4%, от 30 до 39 лет – 7,9%, от 40 до 44 лет – 5,3%, от 45 до 49 лет –

7,9%, от 50 лет – 44,7% (см таблицу 34 в приложении 3). Средний медперсонал имеет стаж работы до года – 2,6%, от года до 3-х лет – 7,9%, от 3-х до 5-ти лет – 5,3%, от 5-ти до 10-ти лет – 7,9% и свыше 10-ти лет – 76,3% респондентов (таблица 35 Приложения 3). Высшую категорию имеют 50% респондентов, первую категорию имеют 15,8% респондентов, не имеют категории 34,2% респондентов (таблица 36 Приложения 3).

В ЦГКБ №1 респондентов особенно привлекает интересная работа (47,4%) и хорошие условия труда (36,8%) (таблица 1 Приложения 3, рисунок 8).

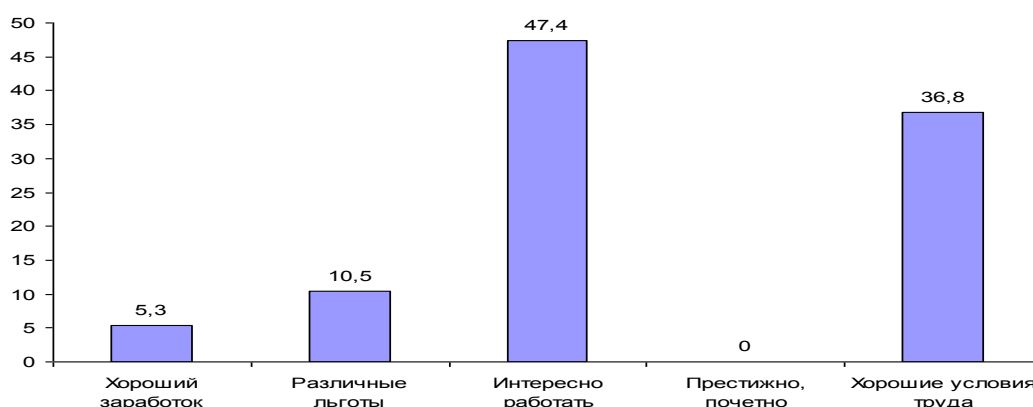


Рисунок 8 - Привлекательность работы

Наименее представлены в привлекательности больницы хороший заработок – 5,3%, престижность медицинского учреждения – 0% и различные льготы – 10,5%. Далее мы выяснили, какой стиль руководства наиболее оптимален для медицинских работников в условиях отделения (таблица 3 Приложения 3). Данные представлены на рисунке 9.

Как видно из рисунка 9, 81,6% респондентов отдают предпочтение демократическому стилю руководства, а 18,4% респондентов полагают, что оптимальным стилем является авторитарный. Либеральный стиль руководства не выбрал никто из респондентов. Нас интересовало, какие качества руководителей препятствуют эффективной деятельности медучреждения (таблица 4 Приложения 3).

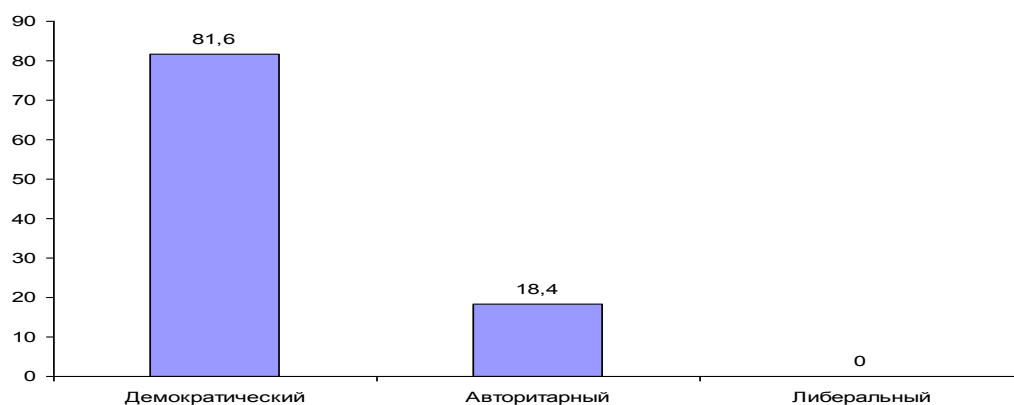


Рисунок 9 - Оптимальный стиль руководства

Данные представлены на рисунке 10. В соответствии с рисунком 10, абсолютное большинство – 73,7% предполагают, что это недоброжелательное отношение к персоналу, затем отсутствие ориентации на решение профессиональных задач – 50%, наличие конфликтных тенденций поведения – 36,8%, применение неэффективного стиля руководства – 26,3% и неумение мотивировать персонал – 18,4%.

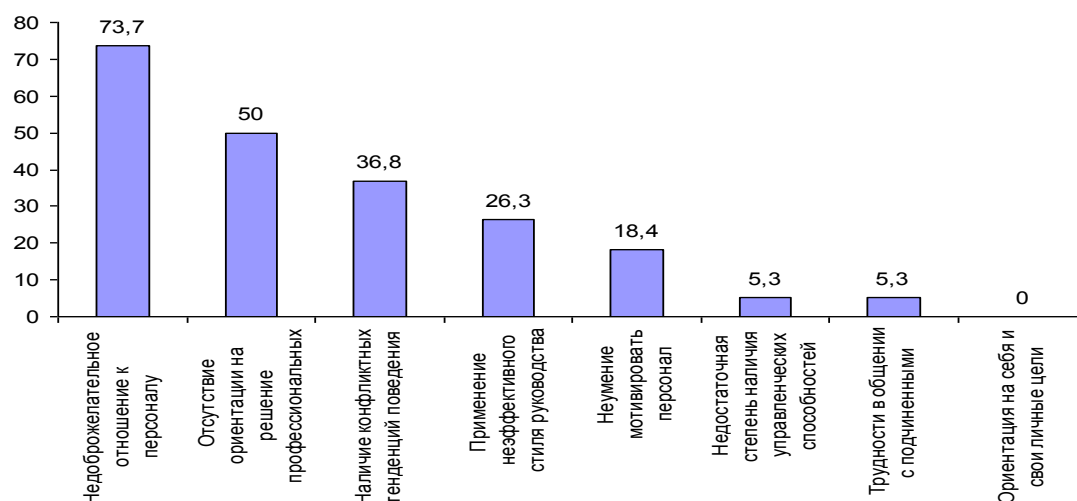


Рисунок 10 - Качества, препятствующие эффективной работе медучреждения

В меньшей степени препятствуют эффективной работе медучреждения по мнению респондентов недостаточный уровень управленческих способностей, трудности в общении с подчиненными и ориентация на свои цели. Далее мы попросили медперсонал оценить удовлетворенность некоторыми сторонами

работы (таблица 5 Приложения 3). В наибольшей степени сотрудники удовлетворены взаимоотношениями с руководителями и коллегами, надежностью места работы, условиями труда, режимом работы. Неудовлетворенность сотрудников выражается в перспективах служебного роста, возможности выполнять работу, уважаемую широким кругом людей, работе как средстве достижения успеха, эффективности организации работы, возможностями для проявления инициативы. Далее мы попросили оценить положительные и отрицательные стороны труда в отделениях (таблицы 6 - 7 Приложения 3). Данные распределения представлены на рисунке 11.

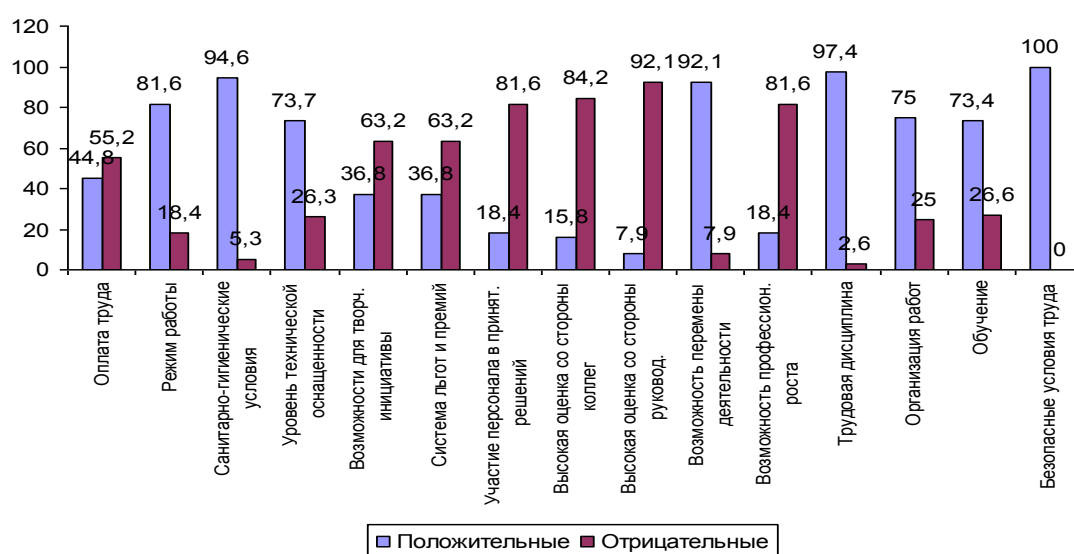


Рисунок 11 - Распределение показателей положительных и отрицательных сторон труда среди респондентов

В соответствии с рисунком 11, негативную тенденцию имеют участие персонала в принятии решений по основным вопросам жизни медучреждения, возможность профессионального роста, возможности для творческой инициативы персонала, система льгот и премий, а также высокая оценка со стороны коллег и руководства, и система оплаты труда. Позитивные тенденции характерны для организации работ, режима труда, возможности для перемены деятельности, обучения, трудовой дисциплины, безопасных условий труда, санитарно-гигиенических условий работы. Руководство заинтересовано в

повышении квалификации среднего медперсонала. Как показывает исследование, 93,4% респондентов готовы участвовать в принятии решений и постановке целей, для улучшения деятельности отделения и медучреждения (таблица 10 Приложения 3). Далее мы выяснили значение социальных программ для сотрудников. Наиболее важны для респондентов следующие социальные программы (таблица 11 Приложения 3, рисунок 12).

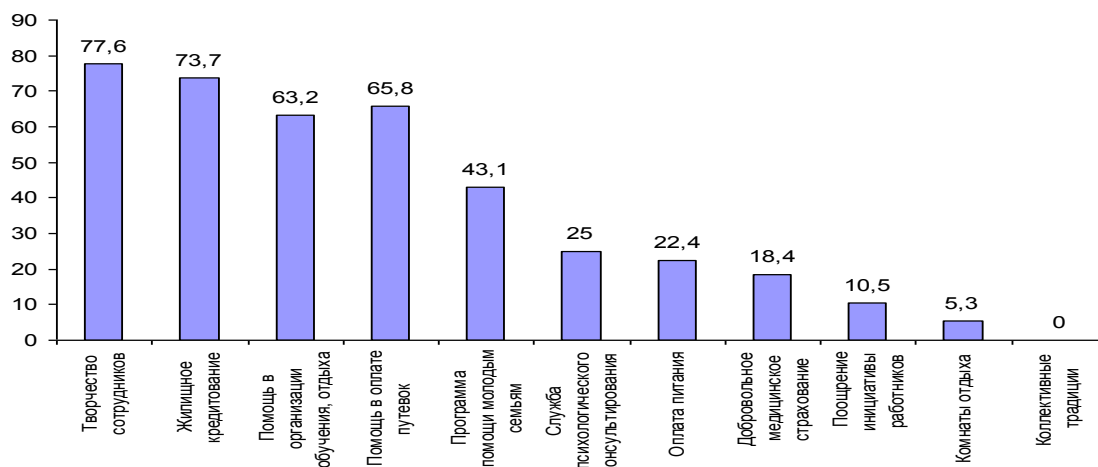


Рисунок 12 - Распределение предпочтений в значимости социальных программ

Как видно из рисунка 12, наиболее значимы творчество сотрудников, жилищное кредитование, помощь в организации обучения, воспитания, отдыха, помощь в оплате путевок на отдых, программа помощи молодым семьям. Далее мы выяснили, какие отношения между медперсоналом сложились в коллективе (таблица 12 Приложения 3). В коллективе сложились доброжелательные и дружеские отношения, так считает большинство респондентов (36,8% и 43,1% соответственно). (таблица 13 Приложения 3).

Мы выяснили причины, по которым возникают конфликты в коллективе (таблица 14 Приложения 3). Данные представлены на рисунке 13. Причины конфликтов, по мнению респондентов, кроются в неправильной организации работы, - так полагают 55,3% респондентов, в высоких амбициях некоторых работников, - так считают 25%, в превышении полномочий руководителей – 43,1% и эмоциональном перенапряжении – 65,8%.

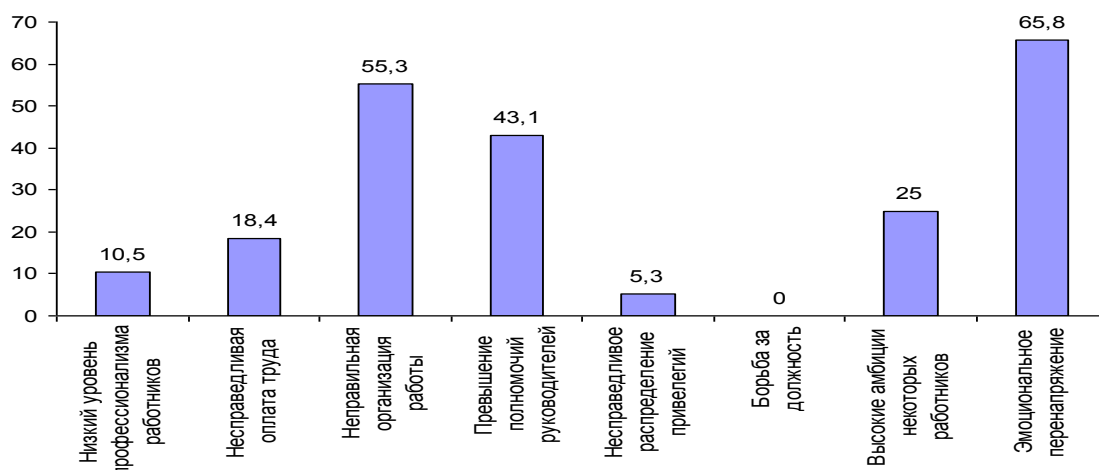


Рисунок 13 - Причины конфликтов в коллективе

В отношении оценки деятельности сотрудников по мнению респондентов используются в основном косвенные методы – 92,1%, только в 7,9% случаев применяются прямые методы оценки (таблица 15 Приложения 3). Для мотивации среднего медперсонала используются следующие методы воздействия (таблица 16 Приложения 3). В соответствии с полученными данными, руководители в 50% случаев используют поощрения, в 10,5% случаев – наказание, в 36,8% случаев предоставляют самостоятельность в работе и в 2,6% случаях – делегирование полномочий. Мы выяснили у сотрудников, что поможет им лучше справляться с работой (таблица 17 Приложения 3). Данные распределения представлены на рисунке 14. В соответствии с рисунком 14, среднему медперсоналу для того, чтобы лучше справляться с работой необходимо больше обучения – 43,1%, больше помощи от руководителей – 36,8%, больше помощи от коллег – 26,6% и более высокая зарплата – 36,8%. Менее значимы улучшение условий труда – 10,5% и лучшее оснащение и оборудование – 18,4%.

Удовлетворены условиями труда 55,2% респондентов (таблица 18 Приложение 3), это более половины сотрудников, остальные высказали мнение об неудовлетворенности условиями труда – 43,8%. Неудовлетворенность условиями труда в большей степени заключается в состоянии оборудования –

73,7% и состоянии производственной среды – 15,8% (таблица 19 Приложения 3).

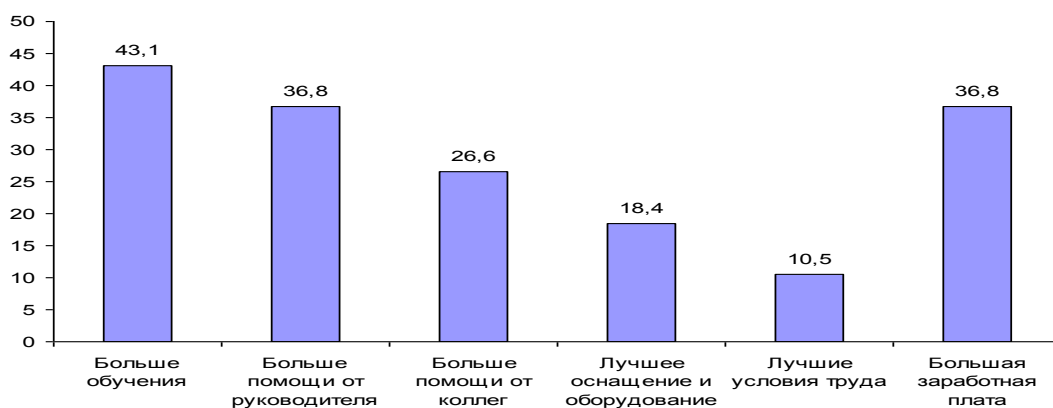


Рисунок 14 - Факторы, способствующие работе

Дальше мы выяснили, какие факторы способствуют возникновению дискомфорта в течение рабочего дня (таблица 20 Приложения 3). Данные представлены на рисунке 15. В соответствии с рисунком 15, наиболее выражены физические перегрузки – 92,1%, нервно-психические перегрузки – 86,8%, эмоциональные нагрузки - 36,8%), это связано с тем, что работа предполагает концентрирования внимания постоянно. Обеспеченностью санитарно-бытовыми помещениями отделений удовлетворены 94,7% респондентов (таблица 21 Приложения 3). Вопросы улучшения условий труда в организации решаются от случая к случаю, - так считают 31,6% респондентов. 55,3% респондентов полагают, что по улучшению условий труда решаются отдельные вопросы. И 13,1% респондентов считают, что вопросы по улучшению условий труда решаются своевременно (таблица 22 Приложения 3). Нормализация санитарно-гигиенических условий труда важна для всего среднего медицинского персонала (таблица 23 Приложения 3). Это связано со спецификой медицинской деятельности. Далее мы предложили респондентам высказать свои пожелания по улучшению условий труда в отделениях (таблица 24 Приложения 3). Данные представлены на рисунке 16. Как видно из рисунка 16, наиболее значимыми предложениями являются обеспечение достаточного

количества медицинских работников в отделениях, создание комнаты релаксации, наименее значим ремонт некоторых помещений.

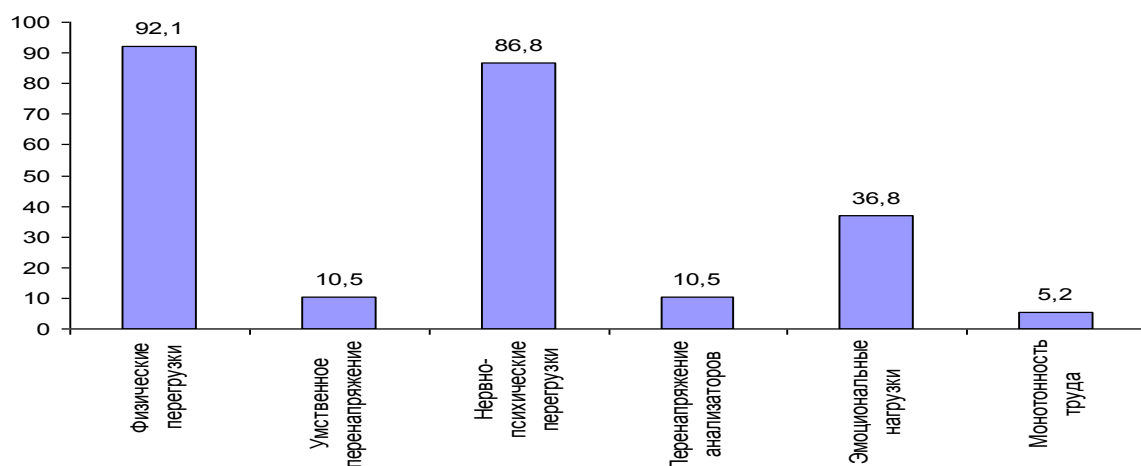


Рисунок 15 - Факторы, способствующие дискомфорту в течение рабочего дня

Далее мы предложили среднему медицинскому персоналу оценить основные элементы организации своего труда (таблица 25 Приложения 3). По результатам исследования, можно сказать, что полное оснащение характерно только для методического обеспечения постдипломной внутрибольничной подготовки и оценка знаний и документации (журнал учета замечаний, оценка по отработанной смене, итоговая оценка за месяц). Удовлетворительное оснащение касается наличия должностных инструкций на все специальности сестринского персонала.

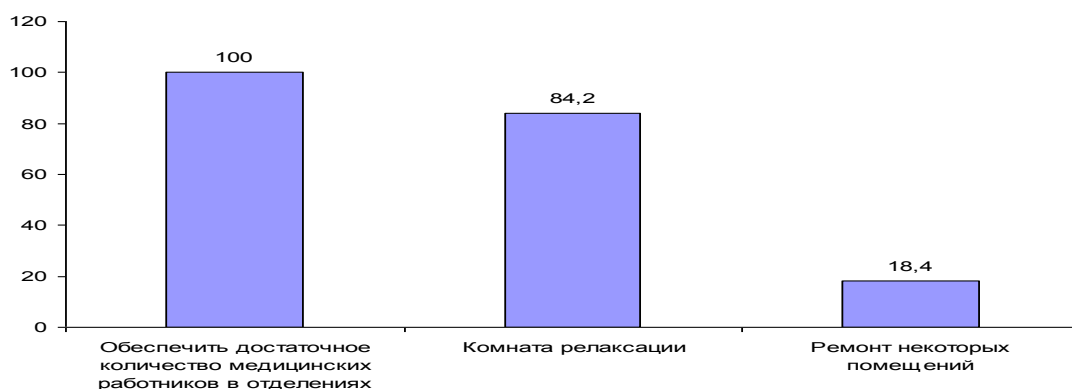


Рисунок 16 - Предложения по улучшению условий труда

Далее мы выяснили, соблюдаются ли технологические стандарты при проведении манипулятивных процедур средним медперсоналом (см таблицу 26 в приложении 3). 7,9% респондентов полагают, что все элементы технологии выполняются в полном объеме, большинство – 57,9% респондентов считают, что технологию в целом соблюдают, имеются отдельные нарушения, 18,4% респондентов говорят о том, что в технологии имеются отдельные нарушения, существенно влияющие на качество сестринской помощи и 15,8% респондентов, полагают, что технология грубо нарушается, в результате страдает лечебно-диагностический процесс.

Мы попросили медперсонал оценить свой уровень подготовки для обеспечения профессиональной деятельности (таблица 27 Приложения 3). Ответы распределились следующим образом: половина респондентов оценила свой уровень как высокий, остальные отметили, что уровень из профессиональной подготовки для данного рода деятельности – достаточный. По мнению 60,5% респондентов качество оказания сестринской помощи зависит от уровня знаний медицинской сестры, но 36,9% полагают, что не всегда качество оказания сестринской помощи зависит от уровня знаний медицинской сестры (таблица 28 Приложения 3).

Далее, мы определили меры удовлетворенности следующими сторонами работы среднего медперсонала. Полное удовлетворение было отмечено в уровне теоретической и практической подготовки медицинской сестры, в соблюдении технологий ухода за пациентами, в своевременном обеспечении лекарственными и перевязочными средствами лечебного процесса, в удовлетворенности пациентов и соблюдении правил внутреннего распорядка. Неудовлетворенность была выявлена в своевременном выполнении врачебных назначений, соблюдении сестринских стандартов и своевременном и правильном заполнении медицинской документации (таблица 30 в приложении 3). Далее медицинскими сестрами были определены перспективы дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи (таблица 32 Приложения 3). В соответствии с данными, перспективами

дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи в первую очередь, должны стать создание групп качества – 60,5%, разработка стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле – 48,7%, обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов – 43,1%.

На основании проведенного исследования, в котором принимали участие 38 человек – средний медперсонал, можно сделать следующие выводы: Привлекательность медучреждения для среднего медперсонала составляет интересная работа и хорошие условия труда. В рамках отделения у сотрудников есть возможность проявить себя в полной мере. В медучреждении демократический стиль руководства, который является оптимальным для сотрудников. Неэффективность руководства определяется недоброжелательным отношением к персоналу и отсутствием ориентации на решение профессиональных задач.

В наибольшей степени средний медперсонал удовлетворен режимом работы, взаимоотношениями с руководителями и коллегами, надежностью места работы и условиями труда. Неудовлетворенность сотрудников выражается в перспективах служебного роста, возможности выполнять работу, уважаемую широким кругом людей, работе как средстве достижения успеха, эффективности организации работы, возможностями для проявления инициативы.

Руководство заинтересовано в повышении квалификации своего персонала, т.к. обучение персонала проводится систематически. Сотрудники готовы участвовать в принятии решений и постановке целей, для улучшения деятельности отделения и медучреждения. Наиболее важны для сотрудников следующие социальные программы: творчество сотрудников, жилищное кредитование, помощь в организации обучения, воспитания, отдыха, помощь в оплате путевок на отдых, программа помощи молодым семьям. И это неслучайно, так как это базовые потребности сотрудников. Наименее значимы

коллективные традиции, комнаты отдыха, поощрение инициатив, медстрахование, оплата питания.

В коллективах отделений сложились доброжелательные и дружеские отношения. Причины конфликтов в неправильной организации работы, в высоких амбициях некоторых работников, в превышении полномочий руководителей и эмоциональном перенапряжении. У сотрудников выражены физические и эмоциональные нагрузки и нервно-психическое напряжение, что связано со спецификой работы. Вопросы улучшения условий труда в организации решаются от случая к случаю или решаются отдельные вопросы. Улучшить организацию труда можно обеспечив достаточное количество медицинских работников в отделениях, создав комнату релаксации.

Оценка основных элементов организации труда медперсонала показала, что полное оснащение характерно только для методического обеспечения постдипломной внутрибольничной подготовки и оценка знаний и документации. Оценка удовлетворенности сторонами работы среднего медперсонала показала, что полное удовлетворение отмечено в уровне теоретической и практической подготовки медицинской сестры, в соблюдении технологий ухода за пациентами, в своевременном обеспечении лекарственными и перевязочными средствами лечебного процесса, в удовлетворенности пациентов и соблюдении правил внутреннего распорядка. Неудовлетворенность выявлена в своевременном выполнении врачебных назначений, соблюдении сестринских стандартов и своевременном и правильном заполнении медицинской документации. Обеспечивать качество сестринской помощи, будут внедрение стандартов сестринской помощи, экспертиза качества с последующей коррекцией и использование современных сестринских технологий. Перспективами дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи должны стать создание групп качества, разработка стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле, обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов.

3. Рекомендации по совершенствованию реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург»

3.1 Пути развития здравоохранения при реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург»

В связи с этим выбор возможного пути построения социальной политики в 2016 - 2020 гг. должен максимально соответствовать главной цели – повышению уровня и качества жизни населения России. Первый путь развития - «инерционный». Он не предполагает никаких реформ, а просто продлевает уже сложившиеся социальные тенденции в будущее. Другие два пути, названные «индивидуалистским» и «общественным», предполагают набор действий по изменению ситуации.

1. Инерционный путь развития. Уровень государственных гарантий: - сохраняется декларативность; - происходит неконтролируемый процесс замены бесплатной помощи на платную.

Формы и объем государственного финансирования: - практически не меняются приоритеты: 3 – 3,3% ВВП (ОЭСР – 6 – 9%); - всё большая часть ресурсов концентрируется на федеральном уровне (в 2005 году она составляла 31,5%, а в 2016 году – 35 - 40%) и реализуется в форме ПНП «Здоровье», большом количестве ФЦП и субсидий для регионов, которые выделяются по 2 каналам: ФФОМС и федеральный бюджет; - сохраняется «остаточный» принцип финансирования отрасли на региональном уровне, что в среднем составляет 13–15% консолидированного бюджета регионов. Городские власти обеспечивают лишь первичную медико-санитарную помощь; - сохраняется нынешняя система ОМС: контролирует чуть больше государственных средств (с 40 до 50-55%), реализуется псевдоконкурентная модель без ясных оснований для конкуренции; - сохраняется дополнительное обеспечение лекарственными препаратами для нынешних категорий льготников.

Формы и объем личного финансирования:

- расширяются объем и сфера неформальных платежей;

- расходы на платные лекарства и услуги увеличиваются в 1,3 – 1,5 раз быстрее, нежели государственные расходы;

- количество пациентов, которые пользуются дополнительным медицинским страхованием (ДМС) увеличивается с 5% до 7 – 8 %. Оно предоставляется только на базе бюджетных учреждений, частный сектор не развивается.

Система предоставления медицинской помощи: - около 90-95% ЛПУ составляют бюджетные учреждения (перегородки между секторами, смета, ограничения самостоятельности и т.п.); - откладывается реструктуризация сети или же она носит лишь поверхностный характер (уменьшение коек механическим путем, образцово-показательные офисы медперсонала общей практики и т.п.); - оплата фактических объемов стационарной помощи усугубляет диспропорции между объемами амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи; - возрастает иждивенчество и неэффективность в связи с централизованными закупками лекарств и оборудования, гарантированной оплатой коммунальных расходов; - заработная плата медицинского персонала составляет около 80% средней по экономике, и она не зависит от результатов их работы.

Финансовая доступность медицинской помощи: - процент личных расходов (как формальных, так и неформальных) в общих расходах на здравоохранение возрастает на 5 – 10% (с 45% до 50 – 55%, в то время как у стран Организации экономического сотрудничества и развития он составляет 24%); - для каждого слоя нарастает платность; - затраты низших 40% домополучателей на медицинскую помощь составляют 10-12% от располагаемого дохода, а затраты низших 20% домополучателей – 12-15%.

Эффективность медицинской помощи: - увеличивается отставание нашей медицины на технологическом уровне; - структурные диспропорции сохраняются (60% всех расходов отрасли приходится на стационарные формы обслуживания); - около 80-90% граждан получают медицинскую помощь достаточно низкого качества (при отсутствии изменения структуры получения

услуг увеличится стоимость дня стационарного лечения с 13 до 25 долларов, что в ЕС на данный момент составляет 250-300 долларов); - здравоохранение всё ещё не может снизить смертность от управляемых факторов. Выводы по инерционному пути развития здравоохранения: - будет дальнейшее снижение доступности медицинской помощи; - государство будет вынуждено увеличивать финансирование для поддержания неэффективной сети учреждений здравоохранения.

2. Индивидуалистский путь развития.

Уровень государственных гарантий: - некоторое ограничение «пакета» видов помощи (посещения специалистов без направления, стоматологические услуги для взрослых, некоторые плановые операции); - конкретизация гарантий на основе клиничко-экономических стандартов; - остальное – платные услуги (индивидуальная ответственность) или ДМС (групповая ответственность с элементами солидарности).

Формы и объем государственного финансирования: - увеличение государственных расходов (бюджета и ОМС) с 3 до 3,5-4% ВВП; - возрастает значение принципа подотчетности за состояние здравоохранения – повышается роль местных и региональных бюджетов; - федеральный бюджет и ФФОМС (15-20% государственных расходов на здравоохранение) – преимущественно на региональное выравнивание (одноканальное); - основной формой гос. финансирования становится ОМС (выделяют 80-90% государственных средств); - преобразование единой системы ОМС в 2 системы: система для работающих и система для неработающих; - не исключено повышение ЕСН в секторе ОМС работающих; - в части ОМС работающих формируется конкурентная модель: единая ставка взноса в ТФОМС плюс переменный взнос в выбранную страховую медицинскую организацию (СМО) (ценовая конкуренция); конкуренция по «пакету» при объединении ДМС и ОМС.

Формы личного финансирования: - право выхода из ОМС в случае ДМС; - стимулирование ДМС: - объединение ДМС и ОМС: в случае приобретения полиса ДМС учитывается стоимость ОМС; - стимулирование развития платных

услуг, снижение уровня ценового регулирования; - налоговые льготы по ДМС; - формирование системы индивидуальных медицинских счетов на основе персонифицированного учета.

Система предоставления медицинской помощи: - готовность к радикальной реструктуризации сети; - структура медицинских организаций: от общего числа бюджетных учреждений – 5%, ГМАНО – 40%, автономных учреждений – 30%, частные коммерческие – 25%; - акцент на рыночные сигналы: параметры сети определяет потребительский выбор; - государственно-частное партнерство (управление имуществом); - остается старый принцип финансового содержания - 5% ЛПУ; - возникают стимулы к более эффективному использованию мощностей – у остальных ЛПУ; - повышается ответственность граждан за собственное здоровье; - за счет ДМС и платных услуг зарплата подтягивается к средней по экономике (90-100%); - активная деятельность врачей перемещается в сферу обслуживания платежеспособного спроса, при этом оголяя участки, которые обеспечивают всеобщие бесплатные гос. гарантии; - формируется двухъярусная система оказания медицинских услуг (элитное обслуживание уже не в 2-3% ЛПУ как сейчас, а в 15-20%).

Финансовая доступность медицинской помощи: - расширение ДМС - 15-20% населения (в ЕС максимум охвата ДМС – 18% при среднем -10%); - объем государственных расходов превышает оплата лекарств и платные услуги; - некоторое уменьшение неформальных платежей для работающих; - процент личных расходов в общих расходах на здравоохранение составляет 45-50%; - закрепление дифференциации в финансовой доступности для различных групп населения: - более низкий уровень помощи имеет неработающее население; - расслоение работающего населения; - затраты низших 20% доходополучателей на медицинскую помощь составляют 15-20% дохода.

Эффективность: - новейшие технологии для платежеспособных – повышение уровня обслуживания для 20–30% граждан; - более эффективное использование ресурсов на уровне ЛПУ; - снижается структурная эффективность: - неконтролируемые платные услуги консервируют излишние

мощности; - закупка медицинской помощи становится более фрагментарной в силу двухсекторной модели и снижающейся роли государственного планирования; - конкурентная модель ОМС имеет положительное влияние на эффективность лишь при выполнении таких условий: - не коллективный, а индивидуальный выбор СМО; - демополизация рынка медицинских услуг; - хорошая формула выравнивания финансирования СМО – иначе не оптимизация затрат, а селекция рисков; - наличие информации о результатах по СМО и ЛПУ. Выводы по индивидуалистскому пути развития: - гарантии конкретизируются и создаются условия для структурирования личных платежей; - появляются новые деньги в системе, однако повышается дифференциация в доступности; - без сильного управляющего воздействия (в первую очередь планирования сети) сохраняются или даже усиливаются структурные диспропорции.

3. Общественный путь развития.

Уровень государственных гарантий: - сохраняется «пакет» видов бесплатной помощи; - конкретизация гарантий на основе соплатежей населения (фиксированная ставка); - соплатежи не распространяются на 15-20% граждан, к которым относятся малообеспеченные слои; - система обязательных направлений врача первичного звена на следующие этапы медицинской помощи; - простые процедуры обеспечения гарантий.

Формы и объемы государственного финансирования: - рост государственных расходов с 3 до 4,5-5% ВВП; - вводится одноканальная система финансирования здравоохранения - через ОМС, однако сохраняется единый пул средств для работающего и неработающего населения; - повышается роль местных и региональных бюджетов, на федеральном уровне концентрируется не более 15-20% - прежде всего на региональное выравнивание (через ФФОМС) посредством обусловленных (стимулирующих) субсидий; - дополнительные программы медицинского страхования, которые реализуются на условиях ОМС, иницируются государством, к ним могут присоединяться муниципальные образования, организации и граждане (ДЛО, семейный врач, стоматология и т.п.); - по базовой программе ОМС - система

«одного покупателя медицинской помощи» (ТФОМС или уполномоченная СМО); - по дополнительным программам - конкурентная модель. Конкуренция по размеру страхового взноса, составу «пакета», ставке соплатежа в момент потребления; - система разделения финансовых рисков между ТФОМС и СМО по дополнительным программам.

Формы личного финансирования: - стимулирование ДМС: - объединение ДМС и ОМС, без права выхода из ОМС; - налоговые льготы по ДМС; - ставка соплатежей дифференцируется по видам помощи (но не по нозологиям); - налоговые льготы для граждан по взносам на дополнительные программы медицинского страхования; - усиление регулирования в сфере личных платежей: - объема платных услуг; - расширение состава льготников по ДЛО (реализуется по страховому принципу); - стоимости платных услуг и лекарственных препаратов.

Система предоставления медпомощи:

а) на федеральном уровне: - стандарты, которые направлены на реструктуризацию всей сети; - методика планирования, в том числе современные объемные и технологические нормативы; - увязка федеральных субсидий и результатов планирования.

б) на региональном уровне: - обязательное создание ежегодных и стратегических планов реструктуризации сети; - согласование этих планов с ФФОМС и Минздравсоцразвития, что дает право на субсидии. в) на уровне ЛПУ и страховщика: - договорное согласование объемов помощи исходя из показателей регионального плана реструктуризации сети; - структура медицинских учреждений: 15% от общего количества составляют бюджетные учреждения, 40% – автономные учреждения, 30% – ГМАНО, 15% – частные организации; - вводится плата за результат (стационар - за согласованные объемы); - давление государства в отношении уменьшения излишних мощностей, персонала; - главный интерес ЛПУ – выполнение договора по ОМС (соплатежи часть поступлений); - прилагаются усилия с целью снижения стимулов к оказанию замещающих платных услуг; - внутренние схемы

распределения финансовых средств при переменной части 20-30% фонда оплаты труда; - контроль неформальных платежей силами наблюдательных советов при ЛПУ и профессиональных ассоциаций.

Финансовая доступность медицинской помощи: - расширение за счет роста государственного финансирования, дополнительных программ медицинского страхования, замещения платных услуг и неформальных платежей более солидарными формами - ДМС и соплатежами; - уменьшится процент личных расходов на здравоохранение (с 45% совокупных расходов до 35-40%); - затраты низших 20% доходополучателей на медицинскую помощь составляют 5-10% всего дохода.

Эффективность: - растет структурная эффективность, однако сохраняются факторы диспропорций: - установившиеся стереотипы использования услуг; - сопротивление медперсонала; - слабость рыночного давления. Выводы по общественному пути развития: - конкретизируются гарантии, создаются условия для структурирования личных платежей в социально приемлемых формах; - в системе появляются новые деньги при уменьшении дифференциации потребления помощи; - появляются более сильные рычаги управляющего воздействия на систему здравоохранения. Следовательно, инерционный путь развития представляет собой опасный вызов будущему страны; индивидуалистский путь – шаг вперед, однако не будут решены главные проблемы; общественный путь - более вероятен и больше соответствует мировым тенденциям.

3.2 Пути решения проблем, возникших при реализации национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург»

К мероприятиям по повышению качества медицинской помощи относятся следующие: нормирование труда, материально-техническое обеспечение, решение проблем укомплектованности кадрами, обсуждение проблем на клинико-экспертной комиссии, обеспечение организационной документацией,

разработка и внедрение стандартов сестринской помощи. Исходя из результатов проведенного исследования по улучшению качества сестринской помощи как неотъемлемого компонента медицинской помощи, было сформулировано несколько практических рекомендаций, которые представлены на рисунке 17.

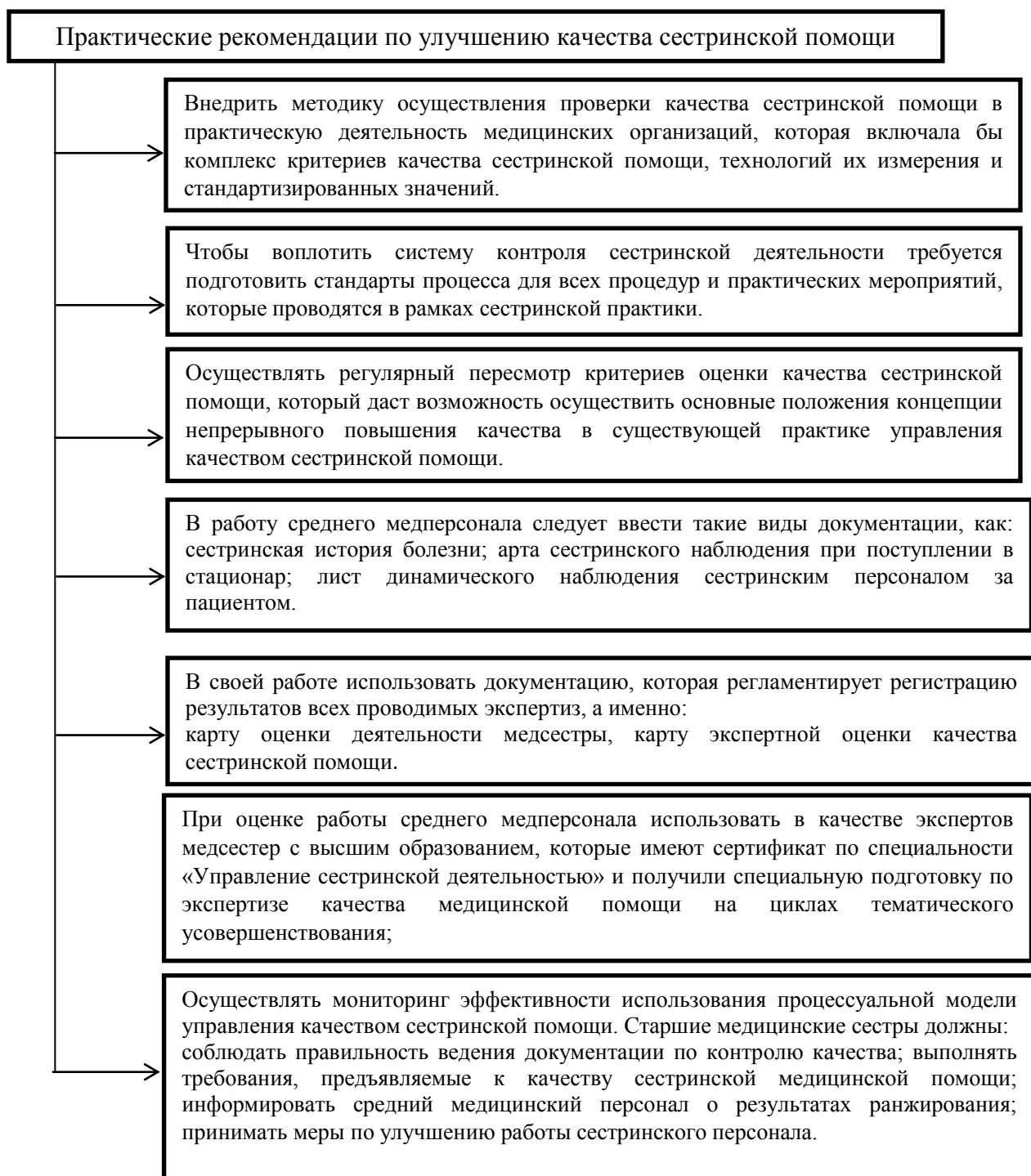


Рисунок 17 - Практические рекомендации по улучшению качества сестринской помощи

Преимуществами применения стандартов являются: - облегчение работы медицинских сестёр; - сокращение неоправданных расходов ресурсов и времени; - улучшение качества обслуживания больных; - улучшение результатов лечения; - обеспечение преемственности. Даже не внося изменений в организационную структуру сестринской деятельности можно значительно повысить качество предоставления медицинской помощи. Для этого требуется: - подготовить протоколы и стандарты работы медсестер по основным номенклатурам специальностей; - стандартизировать учетно-отчетную документацию по работе с пациентами и их родственниками; - обеспечить преемственность в работе медицинской бригады (палатная, процедурная, старшая м/с); - ввести единые подходы к выполнению манипуляций, оказанию неотложной доврачебной помощи, подготовке к исследованиям, ведению протоколов наблюдения за больным и решением общими усилиями его проблем.

Несмотря на то, что медсестра получит дополнительную нагрузку в виде ведения сестринской истории болезней и протоколов наблюдения, при получении вышеперечисленных знаний это всё же облегчит ей выполнение обязанностей, поскольку: 1) Зная рамки своей компетенции и объем оказываемой помощи больным согласно стандарту, медицинской сестре не нужно будет каждый раз подходить к врачу с вопросами о своих действиях в тех или иных ситуациях; 2) При наличии протоколов наблюдения проще заметить начальные изменения в состоянии пациента и заранее предпринять меры по устранению их последствий, нежели тратить больше усилий на устранение осложнений; 3) Станет намного проще ориентироваться в состоянии больных при смене дежурств; 4) Появится возможность контролировать работу, а это повысит ответственность к выполняемым обязанностям; 5) При наличии стандартов деятельности под рукой, медсестре проще найти и вспомнить алгоритм подготовки пациентов к исследованиям или выполнения манипуляций (нет необходимости дополнительно где-то искать или идти к врачу с вопросами и, тем самым его отвлекая от выполнения

обязанностей); 6) При работе с родственниками пациентов, обучив их простым навыкам ухода и пациентов самоуходу, медсестра освобождается и от выполнения данной работы, необходимо будет лишь проконтролировать и помочь советом.

С целью согласования и взаимодействия деятельности отделений, а также с целью освобождения старших медицинских сестёр от несвойственных им обязанностей, следует организовать оперативно-диспетчерский отдел. Он будет выполнять функции стола справок, осуществлять централизованную выписку справок, листов временной нетрудоспособности, организовывать консультации специалистами внутри и вне учреждения, осуществлять доставку корреспонденции в/из отделений, в административные кабинеты и т.п. Для объективной оценки нужно учитывать следующее: число должностей по штату; число фактически занятых должностей; количество пролеченных больных; количество пациентов с дефицитом самоухода; количество и перечень выполненных инъекций; количество инфузий и обработки инструментов; количество переложенных на каталку больных; число переворачиваний пациентов с угрозой пролежней; количество дезинфицирующих средств; количество полученных в аптеке медикаментов; информацию о докармливании пациентов; данные о кварцевании и уборке палат (кабинетов); информацию об умывании пациентов, измерении температуры тела, АД, PS и т.п. Это важно учитывать, чтобы правильно рассчитать нагрузку на палатную медсестру и доли в ней неквалифицированного труда. Впоследствии это даст возможность выработать организационный механизм адекватной медицинской помощи в пределах финансовой и профессиональной возможностей.

Оценка социально-экономической эффективности национального проекта «Здоровье» выявило результаты, которые приносят обществу несомненную социальную пользу, а также демонстрируют экономическую эффективность (таблица 7).

Таблица 7 - Расчет социально-экономической эффективности национального проекта «Здоровье»

Период		1	2	3
Укомплектованность кадров (кол- во необходимых мед. сестер)			58	
Повышение самостоятельности в работе, чел.			35	
Норма дисконта	0,1			
Инфляция	0			
Служебный параметр	1,1			
Знаменатель фактора дисконтирования		1,00	1,10	1,21
Фактор дисконтирования		1,00	0,9	0,83
Стоимость содержания одного сотрудника (мед. сестра) в течение года, в постоянных ценах		204,0	204,0	204,0
Стоимость содержания одного сотрудника (мед. сестра) в течение года, в текущих ценах		204,0	204,0	204,0
Приведенная стоимость содержания одного сотрудника в учреждении в течение 3 лет			186	169
Суммарная приведенная стоимость содержания одного сотрудника в учреждении в течение 3 лет	355			
Приведенная экономия после укомплектованности кадров в учреждении, всего	20590			
Размер повышения самостоятельности в работе в год постоянных ценах		113	113	113
Размер повышения самостоятельности в работе в текущих ценах (с учетом инфляции)		113	113	113
Приведенная стоимость повышения самостоятельности в работе по годам в течение 3 лет			103	94
Суммарная приведенная стоимость от повышения самостоятельности в работе в течение 3 лет	197			
Суммарная приведенная экономия от повышения самостоятельности в работе	6895			
Всего экономии	27485			
Расходы по проекту		14600		
Приведенные расходы по проекту, всего	14600			
Социально-экономическая эффективность проекта	1,88			

Таким образом, результат социально-экономической эффективности национального проекта «Здоровье» равен 1,88 – что превышает единицу, следовательно, выгода для общества от реализации проекта «Здоровье»

превышает расходы на ее реализацию. Перспективы дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи заключаются в следующем: создание стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле, обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов, привлечение пациентов, их родственников, независимых экспертов для предупреждения возможного снижения качества сестринской помощи, участие в развитии инноваций в сестринском деле и новых сестринских технологий.

Заключение

Выпускная квалификационная работа посвящена реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в МО «г. Екатеринбург», изучению критериев качества деятельности медицинского персонала в лечебном учреждении. В работе были рассмотрены современное состояние российского здравоохранения, сущность национального проекта «Здоровье», определены критерии качества деятельности медицинского персонала.

Повышение уровня медицинской помощи может повысить качество жизни всего населения – и пациентов, и медицинских работников. Улучшение качества – это комплекс мероприятий, направленный на более эффективную деятельность организации для увеличения прибыли и повышения потребительских свойств продукции, качества медицинских услуг. Мероприятиями, обеспечивающими качество медицинской помощи в многопрофильной больнице, являются следующие: подготовка кадров; ресурсное обеспечение деятельности медработников; введение стандартов сестринской помощи; экспертиза качества и последующая коррекция; применение современных технологий.

Исследование качества медицинской помощи проводилось на базе ЦГКБ №1. В ходе исследования была дана характеристика медицинского учреждения. Анализ показал, что укомплектованность кадрами не превышает 60%, удельный вес специалистов пенсионного возраста превышает удельный вес специалистов до 30 лет. Текучесть кадров более выражена среди среднего медперсонала. Отделение неотложной хирургии в меньшей степени укомплектовано врачами, по сравнению с неврологическим отделением и в большей степени укомплектовано медицинскими сестрами. Недостаточная укомплектованность младшим медицинским персоналом в обоих отделениях способствует тому, что функции младшего медперсонала вынужден выполнять сестринский персонал, что действует в ущерб их профессиональной деятельности.

В результате анализа субъективных критериев качества деятельности сестринского персонала было выявлено: В исследовании приняли участие 50 пациентов, из неврологического отделения и отделения хирургии, мужчины и женщины, в возрасте от 27 до 65 лет. Пациенты каждый год проходят лечение и обследование. Все в той или иной мере удовлетворены качеством медицинских услуг. Неудовлетворение вызвано сроками предоставления услуг и отсутствием полной информации о предоставленных услугах. В целом организацию работы медицинских сестер пациенты считают удовлетворительной. Причины неудовлетворенности заключаются, в том, что процедуры не проводятся по времени, медсестра не может принимать самостоятельные решения.

В результате анализа объективных критериев качества деятельности сестринского персонала было выявлено, что уровень качества оказания сестринской помощи выше у медсестер отделения хирургии.

На основании проведенного исследования, в котором принимали участие 38 человек – средний медперсонал, сделаны следующие выводы: Привлекательность медучреждения для среднего медперсонала составляет интересная работа и хорошие условия труда. В рамках отделения у сотрудников есть возможность проявить себя в полной мере. В медучреждении демократический стиль руководства, который является оптимальным для сотрудников. Неэффективность руководства определяется недоброжелательным отношением к персоналу и отсутствием ориентации на решение профессиональных задач.

Негативную тенденцию имеют участие персонала в принятии решений по основным вопросам жизни медучреждения, возможность профессионального роста, возможности для творческой инициативы персонала, система льгот и премий, а также высокая оценка со стороны коллег и руководства, и система оплаты труда. Позитивные тенденции характерны для организации работ, режима труда, возможности для перемены деятельности, обучения, трудовой дисциплины, безопасных условий труда, санитарно-гигиенических условий

работы. Сотрудники готовы участвовать в принятии решений и постановке целей, для улучшения деятельности отделения и медучреждения.

У сотрудников выражены физические и эмоциональные нагрузки и нервно-психическое напряжение, что связано со спецификой работы. Вопросы улучшения условий труда в организации решаются от случая к случаю или решаются отдельные вопросы. Улучшить организацию труда можно обеспечив достаточное количество медицинских работников в отделениях, создав комнату релаксации.

Технологические стандарты при проведении манипулятивных процедур средним медперсоналом в целом соблюдаются, но имеются отдельные нарушения, хотя уровень профессиональной подготовки медсестер высокий. Оценка удовлетворенности сторонами работы среднего медперсонала показала, что полное удовлетворение отмечено в уровне теоретической и практической подготовки медицинской сестры, в соблюдении технологий ухода за пациентами, в своевременном обеспечении лекарственными и перевязочными средствами, в удовлетворенности пациентов и соблюдении правил внутреннего распорядка. Неудовлетворенность выявлена в своевременном выполнении врачебных назначений, соблюдении сестринских стандартов и своевременном и правильном заполнении медицинской документации.

Обеспечивать качество сестринской помощи, будут введение стандартов их работы, экспертиза качества и последующая коррекция, применение современных технологий.

Перспективами последующего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи должны стать создание групп качества, разработка стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле, обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов.

Библиографический список

1. Акишкин В.Г. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект: моногр. / В.Г. Акишкин. - Волгоград: Волгогр. науч. изд-во, 2014. – 276 с.
2. Александрова О. Ю. Качество медицинской помощи – оценка в свете нового законодательства / О.Ю. Александрова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012. – №2. – С. 18-24.
3. Богдан И.В. Некоторые аспекты реформы здравоохранения в России / И.В. Богдан. – М.: Науч. эксперт, 2013. – С.39
4. Додонова В.А. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях системы обязательного медицинского страхования / В.А. Додонова // Вопросы экономики и права. – 2011. – № 37. – С. 62- 66.
5. Дьяченко В.Г. Управление качеством медицинской помощи: учеб. / В.Г. Дьяченко. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2013. –696 с.
6. Игнатовский А.В. О некоторых аспектах качества медицинской помощи / А.В. Игнатовский // Врач. - 2012. - №5. - С. 83- 85.
7. Исатаева Н.С. Методологические подходы к измерению результативности системы здравоохранения / Н.С. Исатаева // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 114.
8. Кадыров, Ф.Н. Платные услуги в здравоохранении / под ред. В.И. Стародубова. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – Т. 1. – 220 с.
9. Казначевская Г. Б. Менеджмент: учебник / Г.Б. Казначевская – Ростов-н-Дону: Феникс, 2012. – 452 с.
10. Калиниченко В.И. Стандартизация медицинских услуг – необходимый шаг к созданию эффективной системы управления медицинской помощью / В.И. Калиниченко // Здравоохранение. – 2015. – №8. – С.96 – 104.

11. Комаров Ю.М. Основные принципы российского здравоохранения Ю.М. Комаров // Главный врач. – 2011. – № 10. – С. 77- 81
12. Кораблев В.Н., Дементьева Е.Л. Система показателей оценки эффективности медицинской помощи в здравоохранении / В.Н. Кораблев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 94-98.
13. Линденбратен А.Л. Некоторые рассуждения о качестве медицинской помощи / А.Л. Линденбратен // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2011. – №10. – С. 3 - 5.
14. Магер В.Е. Управление качеством: учебное пособие / В.Е. Магер - М.: ИНФРА-М, 2012. - 176 с.
15. Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие / под ред. М. М. Мухамбекова. – М.: РУДН, 2012. – 372 с.
16. Минаев Ю.Л. Современное состояние методов оценки качества медицинской помощи / Ю.Л. Минаев // Управление качеством медицинской помощи. – 2013. – №1. – С. 54– 61
17. Нестеров О.Л. Актуальные вопросы совершенствования оказания скорой медицинской помощи / О.Л. Нестеров // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. - 2014. -№ 4. -С. 61-70.
18. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. Стародубова В.И. и Щепина О.П. – ГЭО ТАР- Медиа. – 2014. - 624 с.
19. Общественное здоровье и здравоохранение: системные технологии управления: учеб. пособие / под ред. В.Н. Юдаева. – М.: Маска, 2014. – 692 с.
20. Основы реализации национальных проектов в отраслях социальной сферы / под ред. В.В. Горюшина – М.: МАКС Пресс, 2012.
21. Пивень Д.В. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: моногр., И. С. Кицул; Иркут. гос. мед. акад. последиплом. Образования / Д.В. Пивень – М.; Иркутск: Менеджер здравоохранения, 2014. – 171 с.

- 22.Пирогов М.В. Научно-практические аспекты реформирования здравоохранения: моногр. / М.В. Пирогов – М., 2013. – 80 с
- 23.Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. Web: www.rosminzdrav.ru
- 24.Сайт Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области. Web: <http://sverdl.gks.ru/>
- 25.Сайт Федеральной службы государственной статистики. Web: <http://www.gks.ru/>
- 26.Серегина И.Ф. Система управления качеством в здравоохранении: модный тренд или требование времени? / И.Ф. Серегина // Управление качеством в здравоохранении. – 2014. – № 1. – С. 3- 7.
- 27.Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать / Г.Э. Улумбекова – 2 -е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 699 с.
- 28.Хальфин Р.А. Уроки приоритетного национального проекта «Здоровье» // Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. Стародубова В.И. Щепина О.П. - М: 2013.
- 29.Хасанов Ф.З. Современная государственная политика России в области здравоохранения: моногр. / Ф.З. Хасанов – Уфа: Уфим. полиграфкомбинат, 2013. – 141 с.
- 30.Экономические методы управления в здравоохранении / под ред. В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов – Новосибирск – ООО «Альфа-Ресурс» 2012. – 314с.

Приложение А

Результаты анкетного опроса пациентов

Таблица 1 - Респонденты о сроках обращения за медицинской помощью (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	1 раз в полгода	8
2	1 раз в год	54
3	1 раз в 2-3- года	24
4	По мере необходимости	14
Итого		100

Таблица 2 - Респонденты об удовлетворенности качеством, предоставляемых медицинских услуг (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Полностью удовлетворяет	26
2	В основном удовлетворяет	58
3	Средне	16
4	В основном не удовлетворяет	0
5	Совсем не удовлетворяет	0
Итого		100

Таблица 3- Респонденты о том, что не удовлетворяет в качестве услуг (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Отсутствие желаемых результатов	6
2	Отсутствие полной информации о предоставленных услугах	24
3	Уровень квалификации специалистов	4
4	Сроки предоставления услуг	60
5	Профессионализм медицинских работников	6
Итого		100

Таблица 4 - Респонденты о том, устраивает ли их результат предоставления сестринской помощи (% к ответам)

№	Варианты	%
1	Полностью устраивает	38
2	Средне	62
3	Совсем не устраивает	0
Итого		100

Таблица 5- Оценка степени информированности респондентов о предоставлении медицинских услуг (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Низкая	18
2	Средняя	48
3	Высокая	34
Итого		100

Таблица 6 - Респонденты о предпочтении обращаться в частные клиники или государственные (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	В частные	10
2	И в частные и в государственные	14
3	В государственные	76
Итого		100

Таблица 7 - Респонденты об определении своего выбора (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Эффективностью работы	90
2	Качеством медицинской помощи	62
3	Доступностью	100
4	Уровнем цен	28
5	Квалификацией специалистов	16
6	Культурой обслуживания	14
Итого		100

Таблица 8 - Респонденты о качестве обслуживания в отделении при получении сестринской помощи (% к ответам)

№	Варианты	%
1	Отличное	38
2	Хорошее	42
3	Удовлетворительное	20
4	Неудовлетворительное	0
Итого		100

Таблица 9 - Респонденты о постоянном лечащем врач (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Да	32
2	Нет	68
Итого		100

Таблица 10 - Респонденты о выполненных методах исследования (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Рентгенологические	36
2	Физические	16
3	Лабораторные	100
4	Бактериологические	4
5	Никаких	0
Итого		100

Таблица 11 - Респонденты об организации работы в отделении (% к ответам)

№	Варианты	%
1	Удовлетворительно	78
2	Неудовлетворительно	8
3	Затрудняюсь ответить	14

Итого	100
-------	-----

Таблица 12 - Респонденты о причинах неудовлетворительной организации работы (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Процедуры проводят не по времени	46
2	Не хватает информации о проводимых процедурах	30
3	Медсестре не хватает времени уделять Вам больше внимания	12
4	Медсестра не может принимать самостоятельные решения	74

Таблица 13 - Респонденты о том, довольны ли они работой медсестер (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Да	94
2	Нет	6
Итого		100

Таблица 14 - Респонденты о достоинствах медсестер (% к ответам)

№	Варианты	%
1	Внимательное отношение	56
2	Доброжелательность	62
3	Тактичность, чуткость	38
4	Бескорыстность	40
5	Самостоятельность	6

Таблица 15 - Респонденты о причинах недовольства медсестрами (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Излишняя поспешность в работе	16
2	Недостаточное внимание к больному	2
3	Нетактичное отношение, грубость	0
4	Отсутствие самостоятельности	82
Итого		100

Таблица 16 - Оценка респондентами элементов организации труда медицинских сестер

Основные элементы организации труда медсестер	Полностью удовлетворен	Удовлетворен частично	Не удовлетворен
1. Внешний вид медицинской сестры	100	0	0
2. Знание психологии общения с пациентами	42	58	0
3. Профессиональная подготовка	72	22	6
4. Выполнение врачебных назначений	24	76	0
5. Выполнение санитарно-просветительской работы	20	22	58

6. Оснащение рабочего места	92	8	0
7. Уровень культуры обслуживания	88	12	0
8. Качество сестринской помощи	86	14	0

Таблица 17 - Респонденты о причинах некачественной работы медсестер (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Низкая профессиональная подготовка	18
2	Недостаточно полное обследование пациентов	26
3	Низкий уровень культуры обслуживания	0
4	Невнимательность	2
5	Недостаточная оснащенность отделения	40
6	Недостаточная укомплектованность кадрами	78

Таблица 18 - Респонденты об изменениях в организации труда сестринского персонала (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Да	94
2	Нет	6
Итого		100

Таблица 19 - Респонденты о мерах по улучшению качества сестринской помощи (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Укомплектованность кадрами	34
2	Повышение самостоятельности в работе	66
Итого		100

Таблица 20 - Респонденты о том, благодаря чему изменится организация труда медперсонала (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Реформе в сестринском деле	8
2	Улучшению условий труда среднего медицинского персонала	18
3	Повышению уровня заработной платы медсестринского персонала	30
4	Повышению квалификации	16
5	Укомплектованности кадрами	80

Таблица 21 - Пол респондентов (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Мужской	86
2	Женский	14
Итого		100

Таблица 22 - Возраст респондентов (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	18 - 26 лет	0
2	27 - 35 лет	4
3	39 - 55 лет	42
4	56 лет и более	54
Итого		100

Таблица 23 - Стаж работы респондентов (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	До года	2,6
2	От года до 3-х лет	7,9
3	От 3-х до 5-ти лет	5,3
4	От 5 до 10 лет	7,9
5	Свыше 10 лет	76,3
Итого		100

Таблица 24 - Наличие категории у респондентов (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Высшая	50
2	Первая	15,8
3	Вторая	0
4	Не имею категории	34,2
Итого		100

Приложение Б

Оценка качества работы медицинских сестер

Оценка качества работы медицинских сестер неврологического отделения

н/п	К1	К2	К3	К4	К5	К6	К7	ИКК
1	3	2	2	1	3	3	3	2,43
2	3	2	1	2	3	2	3	2,29
3	2	3	2	2	3	3	3	2,57
4	3	2	2	1	3	3	2	2,29
5	3	1	2	2	3	3	2	2,29
6	3	2	2	2	3	2	3	2,43
7	3	2	2	1	3	2	3	2,29
8	2	2	1	2	3	3	3	2,29
9	3	2	1	0	3	3	2	2,00
10	2	3	2	1	2	2	3	2,14
11	3	2	2	2	3	2	2	2,29
12	3	2	2	2	3	2	3	2,43
13	3	1	3	2	3	3	2	2,43
14	3	2	2	1	2	2	3	2,14
15	3	2	1	1	2	3	2	2,00

16	2	3	2	1	2	1	2	1,86
Ср.балл	2,8	2,1	1,8	1,4	2,8	2,4	2,6	2,26

Оценка качества работы медицинских сестер отделения хирургии

н/п	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	ИКК
1	3	3	3	2	3	3	1	2,57
2	3	3	3	3	3	3	2	2,86
3	3	3	3	2	3	3	2	2,71
4	3	2	3	3	3	2	2	2,57
5	3	3	3	3	3	3	3	3,00
6	3	2	3	3	3	3	2	2,71
7	3	3	3	3	2	3	3	2,86
8	3	3	3	2	2	2	1	2,29
9	2	3	3	3	3	3	2	2,71
10	3	3	2	3	3	3	2	2,71
11	3	3	2	3	2	3	2	2,57
12	3	3	3	3	3	3	2	2,86
13	3	3	2	3	3	3	3	2,86
14	3	3	3	3	3	2	1	2,57
15	3	3	3	2	3	3	2	2,71
16	3	3	3	3	2	3	2	2,71
17	2	3	3	2	3	3	2	2,57
18	3	3	2	3	3	2	2	2,57
19	2	2	3	3	3	2	2	2,43
20	3	3	2	3	3	3	2	2,71
21	3	3	3	3	3	2	3	2,86
22	3	2	3	3	3	3	2	2,71
Ср.балл	2,86	2,82	2,77	2,77	2,82	2,73	2,05	2,69

Приложение В

Результаты анкетного опроса среднего медперсонала

Таблица 1 - Респонденты о привлекательности работы (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Хороший заработок	5,3
2	Различные льготы	10,5
3	Интересно работать	47,4
4	Престижно, почетно	0
5	Хорошие условия труда	36,8
Итого		100

Таблица 2 - Респонденты о том, можно ли проявить себя в полной мере в рамках своего предприятия (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Да	73,7
2	Скорее да	26,3
3	Скорее нет	0
4	Нет	0
5	Затрудняюсь ответить	0
Итого		100

Таблица 3 - Респонденты о стиле руководства отделением (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Демократический	81,6
2	Авторитарный	18,4
3	Либеральный	0
Итого		100

Таблица 4 - Респонденты о качествах руководителей, препятствующих эффективной деятельности медучреждения (% к ответам)

№	Варианты	%
1	Недоброжелательное отношение к персоналу	73,7
2	Отсутствие ориентации на решение профессиональных задач	50
3	Наличие конфликтных тенденций поведения	36,8
4	Применение неэффективного стиля руководства	26,3
5	Неумение мотивировать персонал	18,4
6	Недостаточная степень наличия управленческих способностей	5,3
7	Трудности в общении с подчиненными	5,3
8	Ориентация на себя и свои личные цели	0

Таблица 5 - Респонденты о мере удовлетворения сторонами работы (% к ответившим)

№	Варианты	5	4	3	2	1
1	Размер заработной платы	10,5	44,8	39,4	5,3	0

2	Сам процесс выполняемой работы	26,7	25	43,1	5,3	0
3	Перспективы служебного роста	18,4	15,8	18,4	7,9	39,4
4	Взаимоотношения с руководителем	63,2	31,6	5,2	0	0
5	Важность выполняемой работы	15,8	15,8	26,6	21,3	20,5
6	Условия труда	43,1	25	10,5	21,3	0
7	Надежность места работы	52,6	36,8	0	10,5	0
8	Возможность выполнять работу, уважаемую широким кругом людей	5,3	10,5	25	52,6	6,6
9	Эффективность организации работы	5,3	10,5	10,5	25	48,7
10	Взаимоотношения с товарищами по работе	73,7	26,3	0	0	0
11	Возможности для проявления инициативы	2,6	2,6	5,3	43,1	46,4
12	Режим работы	81,6	18,4	0	0	0
13	Полезность работы	15,8	25	31,6	0	27,6
14	Соответствие работы способностям	10,5	2,6	43,1	21,3	22,5
15	Работа как средство достижения успеха	0	2,6	2,6	18,4	76,4

Таблица 6 – 7 Респонденты о положительных и отрицательных сторонах труда на предприятии (% к ответившим)

№	Характеристика труда	%	
		Положительные	Отрицательные
1	Оплата труда	44,8	55,2
2	Режим работы	81,6	18,4
3	Санитарно-гигиенические условия	94,6	5,3
4	Уровень технической оснащенности	73,7	26,3
5	Возможности для творч. инициативы	36,8	63,2
6	Система льгот и премий	36,8	63,2
7	Участие персонала в принят. решений	18,4	81,6
8	Высокая оценка со стороны коллег	15,8	84,2
9	Высокая оценка со стороны руковод.	7,9	92,1
10	Возможность перемены деятельности	92,1	7,9
11	Возможность профессион. роста	18,4	81,6
12	Трудовая дисциплина	97,4	2,6
13	Организация работ	75	25
14	Обучение	73,4	26,6
15	Безопасные условия труда	100	0

Таблица 8 - Респонденты о переобучении и повышении квалификации (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Эпизодически	26,6
2	Нет	0
3	Систематически	73,4
Итого		100

Таблица 9 - Респонденты о прохождении переобучения и повышении квалификации в последние три года (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Нет	7,9

2	Да	92,1
Итого		100

Таблица 10 - Респонденты о готовности участвовать в постановке целей и принятии решений (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Да	93,4
2	Затрудняюсь ответить	6,6
3	Нет	0
Итого		100

Таблица 11 - Респонденты о видах социальных программ (% к ответам)

№	Варианты	%
1	Творчество сотрудников	77,6
2	Жилищное кредитование	73,7
3	Помощь в организации обучения, отдыха	63,2
4	Помощь в оплате путевок	65,8
5	Программа помощи молодым семьям	43,1
6	Служба психологического консультирования	25
7	Оплата питания	22,4
8	Добровольное медицинское страхование	18,4
9	Поощрение инициативы работников	10,5
10	Комнаты отдыха	5,3
11	Коллективные традиции	0

Таблица 12 - Респонденты об отношениях в коллективе (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Деловые	10,5
2	Дружеские	43,1
3	Доброжелательные	36,8
4	Напряженные	10,5
Итого		100

Таблица 13 - Респонденты о конфликтных ситуациях (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Довольно часто	13,1
2	Иногда	56,7
3	Не бывает	5,2
4	Затрудняюсь ответить	25
Итого		100

Таблица 14 - Респонденты о причинах конфликтов (% к ответам)

№	Варианты	%
1	Низкий уровень профессионализма работников	10,5
2	Несправедливая оплата труда	18,4
3	Неправильная организация работы	55,3

4	Превышение полномочий руководителей	43,1
5	Несправедливое распределение привелегий	5,3
6	Борьба за должность	0
7	Высокие амбиции некоторых работников	25
8	Эмоциональное перенапряжение	65,8

Таблица 15 - Респонденты о видах оценки деятельности работников(% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Косвенные	92,1
2	Прямые	7,9
Итого		100

Таблица 16 - Респонденты о видах воздействия на подчиненных (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Поощрения	50
2	Наказание	10,5
3	Самостоятельность в работе	36,8
4	Делегирование полномочий	2,6
Итого		100

Таблица 17 - Респонденты о том, что поможет им справиться с работой лучше (% к ответам)

№	Варианты	%
1	Больше обучения	43,1
2	Больше помощи от руководителя	36,8
3	Больше помощи от коллег	26,6
4	Лучшее оснащение и оборудование	18,4
5	Лучшие условия труда	10,5
6	Большая заработная плата	36,8

Таблица 18 - Респонденты об удовлетворенности условиями труда (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Да	55,2
2	Нет	43,8
Итого		100

Таблица 19 - Респонденты о неудовлетворенности по условиям труда (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Организация рабочего места	10,5
2	Состояние оборудования	73,7
3	Состояние производственной среды	15,8
Итого		100

Таблица 20 - Респонденты о факторах, представляющих наибольший дискомфорт в течение рабочего дня (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Физические перегрузки	92,1
2	Умственное перенапряжение	10,5

3	Нервно-психические перегрузки	86,8
4	Перенапряжение анализаторов	10,5
5	Эмоциональные нагрузки	36,8
6	Монотонность труда	5,2

Таблица 21 - Респонденты об удовлетворенности обеспеченности санитарно-бытовыми помещениями (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Да	94,7
2	Нет	5,3
Итого		100

Таблица 22 - Респонденты о том, как решаются вопросы улучшения условий труда в организации (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Своевременно	13,1
2	Решаются отдельные вопросы	55,3
3	От случая к случаю	31,6
Итого		100

Таблица 23 - Респонденты о нормализации санитарно-гигиенических условий труда (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Да	81,6
2	Скорее да, чем нет	18,4
3	Затрудняюсь ответить	0
4	Скорее нет, чем да	0
5	Нет	0
Итого		100

Таблица 24 - Респонденты о предложениях по улучшению условий труда в организации (% к ответам)

№	Варианты	%
1	Обеспечить достаточное количество медицинских работников в отделениях	100
2	Комната релаксации	84,2
3	Ремонт некоторых помещений	18,4

Таблица 25 - Респонденты об основных элементах организации своего труда

Основные элементы организации труда медсестер	Полное оснащение	Удовлетворительное оснащение	Неудовлетворительное оснащение
1. Наличие должностных инструкций на все специальности сестринского персонала	18,4	81,6	0
2. Наличие единых информационных требований к	15,8	23,7	60,5

организации работы сестринского персонала по видам деятельности (информационные папки)			
3. Наличие единых критериев качества деятельности сестринского медицинского персонала, их применение	7,9	18,4	73,7
4. Методическое обеспечение постдипломной внутрибольничной подготовки и оценка знаний	57,9	26,3	15,8
5. Документация (журнал учета замечаний, оценка по отработанной смене, итоговая оценка за месяц)	60,5	39,5	0

Таблица 26 - Респонденты о соблюдении технологических стандартов при проведении манипулятивных процедур

№	Варианты	%
1	Все элементы технологии выполняются в полном объеме	7,9
2	Технологию в целом соблюдают, имеются отдельные нарушения	57,9
3	В технологии имеются отдельные нарушения, существенно влияющие на качество сестринской помощи	18,4
4	Технологию грубо нарушают, в результате страдает лечебно-диагностический процесс	15,8
Итого		100

Таблица 27 - Респонденты об уровне подготовки для обеспечения профессиональной деятельности

№	Варианты	%
1	Высокий	47,4
2	Средний	5,3
3	Низкий	0
4	Достаточный	47,3
Итого		100

Таблица 28 - Респонденты о том, зависит ли качество оказания сестринской помощи пациенту от уровня знаний медицинской сестры

№	Варианты	%
1	Да	60,5
2	Нет	2,6
3	Не всегда	36,9
4	Затрудняюсь ответить	0
Итого		100

Таблица 29 - Респонденты о том, ощущается ли недостаток специальных знаний для выполнения своих функциональных обязанностей

№	Варианты	%
1	Да	10,5
2	Нет	5,3
3	Иногда	73,7
4	Затрудняюсь ответить	10,5
Итого		100

Таблица30 - Респонденты о мере удовлетворения сторонами работы (% к ответившим)

№	Варианты	5	4	3	2	1
1	Своевременность выполнения врачебных назначений	10,5	7,9	42,2	39,4	0
2	Соблюдение сестринских стандартов	26,7	18,4	5,3	44,3	5,3
3	Соблюдение технологий ухода	73,7	15,8	10,5	0	0
4	Уровень теоретической и практической подготовки медицинской сестры	63,2	31,6	5,2	0	0
5	Отсутствие осложнений у пациентов	26,6	15,8	47,1	10,5	0
6	Соблюдение санитарно-эпидемического режима	43,1	46,3	10,5	0	0
7	Своевременное обеспечение лекарственными и перевязочными средствами лечебного процесса	63,2	36,8	0	0	0
8	Соблюдение стандартов подготовки пациентов к исследованию	15,8	73,7	10,5	0	0
9	Своевременное и правильное заполнение медицинской документации	5,3	10,5	15,8	48,7	19,7
10	Удовлетворенность пациента	73,7	26,3	0	0	0
11	Соблюдение медицинской этики и деонтологии	81,6	18,4	0	0	0
12	Соблюдение правил внутреннего распорядка	43,1	56,9	0	0	0

Таблица 31 - Респонденты о мероприятиях, которые будут обеспечивать качество сестринской помощи

№	Варианты	%
1	Подготовка кадров	5,3
2	Ресурсное обеспечение деятельности медицинских сестер	15,8
3	Внедрение стандартов сестринской помощи	73,7
4	Использование современных сестринских технологий	60,5
5	Экспертиза качества с последующей коррекцией	56,9

Таблица 32 - Респонденты о перспективах дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи

№	Варианты	%
1	Разработка стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле	48,7

2	Обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов	43,1
3	Привлечение пациентов и их родственников, независимых экспертов для предупреждения возможного снижения качества сестринской помощи	36,8
4	Создание групп качества в отделениях	60,5
5	Участие в развитии инноваций в сестринском деле и новых сестринских технологий	26,6

Таблица 33 - Пол респондентов (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Мужской	13,2
2	Женский	86,8
Итого		100

Таблица 34 - Возраст респондентов (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	20 - 24	15,8
2	25 - 29	18,4
3	30 - 39	7,9
4	40 - 44	5,3
5	45 - 49	7,9
6	50 - 59	44,7

Таблица 35 - Стаж работы респондентов (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	До года	2,6
2	От года до 3-х лет	7,9
3	От 3-х до 5-ти лет	5,3
4	От 5 до 10 лет	7,9
5	Свыше 10 лет	76,3
Итого		100

Таблица 36 - Наличие категории у респондентов (% к ответившим)

№	Варианты	%
1	Высшая	50
2	Первая	15,8
3	Вторая	0
4	Не имею категории	34,2
Итого		100