

УДК 616-073.75-089

**ТЕХНОЛОГИИ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЯХ НА ОБЛАСТНОМ
ТЕРРИТОРИАЛЬНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОМ УРОВНЕ**

О.С. Рубанова, В.С. Глушанко, В.В. Шевцова

*Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь*

**MANAGEMENT DECISION-MAKING AT X-RAY ENDOVASCULAR
INTERVENTIONS AT THE REGIONAL TERRITORIAL-TECHNOLOGICAL LEVEL**

Rubanova O.S., Glushanko V.S., Shevtsova V.V.

*Education Establishment "Vitebsk State order of People's Friendship Medical University",
Vitebsk, Republic of Belarus*

Введение. Анализ статистических данных позволяет установить, что болезни системы кровообращения (БСК) представляют собой весьма значительную социальную и экономическую угрозу белорусскому обществу, поскольку в данной группе пациентов отмечается наиболее высокий уровень инвалидизации и смертности. Вместе с тем БСК снижают качество жизни пациентов, что также является медико-социальной проблемой. Данным обуславливается необходимость поиска эффективных методов лечения БСК и реабилитации пациентов. На современном уровне развития медицины наиболее перспективным методом является рентгенэндоваскулярная (РЭВ) интервенция. По мере увеличения технических возможностей и накопления практического опыта РЭВ хирургами, появляется все больше свидетельств успешного применения чрескожных интервенционных процедур. Однако, как показывает практический опыт, не всегда управленческие решения (УР) позволяют эффективно и своевременно применять данный метод лечения. В то же время существенная доля смертности и осложнений у пациентов с БСК вызвана промедлением с началом РЭВ лечения. В связи с этим период ожидания диагностического и лечебного вмешательства должен быть минимальным, что может быть обеспечено при организации адекватной технологии принятия эффективных УР.

Цель исследования. Разработать этапы в методологии принятия УР на основании изучения и анализа нормативно-правовой документации Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Материал и методы. При проведении исследования и изложения материала был применен системный анализ.

Результаты и обсуждение. Предлагается следующий порядок принятия УР в здравоохранении: диагноз проблемы; формулировка ограничений и критериев для принятия решений; выявление альтернатив; оценка альтернатив; окончательный выбор.

Одним из наиболее важных этапов указанного процесса является диагностика проблемы, т.е. сбор практических данных о ее состоянии, посредством которого и выстраивается весь процесс разработки и принятия УР. Рассмотрим данное положение на примере РЭВ службы УЗ «Витебская областная клиническая больница».

В результате проведенной работы было выделено 5 групп индикаторов. К первой группе индикаторов, характеризующих организацию лечебной работы РЭВ службы

относятся: перечень выполняемых РЭВ вмешательств, полнота обследования пациентов, выполнение регламента планового контроля работы ЭКС, ИКД, показатель дефектов в ведении базы данных пациентов на основании карты учета пациента, показатель дефектов в заполнении листа ожидания. Выявление дефектов позволит оптимизировать алгоритм направления пациентов с учетом организации преемственности между территориально-технологическими уровнями. Утвержденный перечень РЭВ вмешательств позволит проанализировать структуру и объем выполняемых интервенций, а также реестр не выполняемых в конкретной медицинской организации вмешательств.

Вторая группа показателей, отражающая результативность деятельности РЭВ службы, оценивает результаты оказания медицинской помощи пациентам с использованием методов РЭВ хирургии на основании изучения показателей результативности и дефектов. Данная группа включает индикаторы летальности, частоты осложнений после РЭВ вмешательств, показателя дефектов при определении показаний к выполнению РЭВ вмешательств, хирургической активности, оперативной активности, количества пролеченных пациентов за год, длительности лечения, структуры пролеченных пациентов, показателя дефектов в направлении пациентов для РЭВ интервенций.

Третья группа индикаторов оценивает комплаентность пациентов. Наиболее важными здесь являются показатели выполнения программы наблюдений, соответствие необходимого количества посещений реальному и показатель информированности пациентов о правилах и особенностях поведения после имплантации ЭКС.

Четвертая группа индикаторов оценивает работу вспомогательных служб по следующим критериям: оснащенность обязательным (базовым) и дополнительным (вспомогательным) оборудованием; соответствие примерному перечню помещений; обеспеченность оснащением ККиПЭКС; оснащенность дополнительными комплектациями в зависимости от профильности оказываемой помощи.

В пятой группе обозначены индикаторы оценки профессиональной подготовленности кадров при организации работы РЭВ службы: аттестация рабочих мест, подготовленность кадров по специальности «РЭВ хирургия», укомплектованность штатами и др.

Выводы: 1. Анализ статистических данных по названным индикаторам позволит четко локализовать проблемный элемент и функционирования РЭВ службы, что позволит установить как наличие проблемы, так и ее возможные причины и их устранение.

2. На основе комплексного и системного анализа деятельности службы возможен более полный и обоснованный подбор альтернативных УР и их оценка, что позволит установить наиболее оптимальное решение.