

УДК 614.2+316.628+364.6

DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-673-688

К ВОПРОСУ ОБ УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ. (ОРГАНИЗАЦИЯ И ИТОГИ СПЕЦИАЛЬНОГО НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ).

А.Н. Пищита, К.Н. Борисов, В. А. Алексеев, И.В. Линькова

ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России), г. Москва

Проблема организации доступной и качественной медицинской помощи остаётся не решенной до настоящего времени. Снижается главный показатель здоровья нации - «Ожидаемая продолжительность жизни». Усугубила ситуацию в здравоохранении так называемая «оптимизация». Не смотря на предпринимаемые руководством страны меры: материнский капитал, льготная ипотека и другие, «демографическая яма» не только не сокращается, с каждым годом возрастает. Опубликованные Росстатом прогнозы пессимистичны. Через семь лет, если не предпринять срочных кардинальных мер, население страны будет сокращаться ежегодно на 600 тысяч человек, начнутся необратимые процессы по самоуничтожению нации. Усугубляет ситуацию коронавирус, заболеваемость растет в большинстве регионах страны. В новых экономических условиях денежное вознаграждение становится предпочитаемой формой поощрения и эффективным средством управления качеством медицинского обслуживания в поликлинике при непременном условии, что размеры денежных выплат поставлены в прямую зависимость от оценки качества обслуживания данной пациентами.

Актуальность. Снижение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи в настоящее время является следствием того, что размеры денежных выплат пациентами поставлены в прямую зависимость с качеством обслуживания пациентов.

Цель/задачи работы. Провести коррекцию в методику оценки и управления качеством медицинского обслуживания на врачебном приеме в поликлинике, основанную на использовании результатов выборочных опросов пациентов, непосредственно влияющих на размер дополнительного денежного вознаграждения,

Результаты. Неблагоприятные медико-демографические тенденции, рост заболеваемости населения, высокие уровни смертности от болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, несовершенство организации первичной медико-санитарной помощи выдвигают новые требования к вопросам повышения доступности и качества оказания медицинской помощи, не связывая их с размерами денежных выплат пациентами.

Материал и методы. Материал: Анализ ответов и мнений слушателей курсов повышения квалификации кафедры Организации здравоохранения и общественного здоровья РМАНПО и медицинских работников ЛПУ системы ДЗМ в отношении оценки действующей системы организации медицинской помощи населению. **Методы:** Аналитический, сравнительного анализа, статистический.

Выводы. По результатам исследования сделаны следующие выводы: предложенная коррекция в методику оценки и управления качеством медицинского обслуживания на врачебном приеме в поликлинике, основанная на использовании результатов выборочных опросов пациентов, непосредственно влияющих на размер дополнительного денежного вознаграждения, подтвердила свою результативность.

Ключевые слова: монетизация, качество медицинского обслуживания, оценка пациентов, вознаграждение за качество.

ON THE ISSUE OF QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL CARE IN A CITY POLYCLINIC. (ORGANIZATION AND RESULTS OF A SPECIAL SCIENTIFIC STUDY).

A.N. Pischita, K.N. Borisov, V. A. Alekseev, I.V. Linkova

Russian Medical Academy of Continuing Professional Education" of the Ministry of Health of Russia, Moscow

The problem of organizing affordable and high-quality medical care remains unresolved to this day. The main indicator of the nation's health - "Life expectancy" is declining. The so-called "optimization" has aggravated the situation in healthcare.

Despite the measures taken by the country's leadership: maternity capital, preferential mortgages and others, the "demographic hole" is not only not decreasing, but is increasing every year. The forecasts published by Rosstat are pessimistic. In seven years, if urgent cardinal measures are not taken, the population of the country will decrease annually by 600 thousand people, irreversible processes of self-destruction of the nation will begin.

The situation is aggravated by the coronavirus; the incidence is growing in most regions of the country.

In the new economic conditions, monetary remuneration is becoming a preferred form of incentive and an effective means of managing the quality of medical care in a polyclinic, provided that the amount of cash payments is directly dependent on the assessment of the quality of care given by patients.

Topicality. The decline in the availability and quality of primary health care is now a consequence of the fact that the amount of cash payments to patients is directly linked to the quality of patient care.

Work goals/tasks. To make a correction in the method of evaluation and management of the quality of medical care at the doctor's appointment in the clinic, based on the use of the results of sample surveys of patients, directly affecting the amount of additional monetary remuneration,

Outcomes. Unfavorable health-demographic trends, increasing morbidity, high mortality rates from circulatory diseases, cancers, and the inadequacy of primary health care organizations are putting forward new demands for better accessibility and quality of care without associating them with the amount of cash payments to patients.

Material and methods. Material: Analysis of the responses and opinions of the participants of the department of health and public health of the RMANPO and health workers of the Moscow system in assessing the current system of health care organization to the population. Methods: Analytical, comparative analysis, statistical.

Findings. According to the results of the study, the following conclusions were drawn: the proposed correction in the method of evaluation and management of the quality of medical care at the clinic, based on the use of the results of selective surveys of patients directly affecting the amount of additional monetary reward, confirmed its effectiveness.

Keywords: monetization, quality of medical care, patient evaluation, remuneration for quality.

Введение. В связи с реставрацией рыночных отношений в стране все болезни этого общества, о которых граждане, проживавшие в Советском Союзе, имели поверхностное, достаточно отстраненное представление, стали для них объективной действительностью в повседневной практической жизни. В целом ряде случаев, бурно проявляясь, они поражают воображение своим нечеловеческим, злокачественным характером, а нередко и фатальными последствиями для значительного большинства граждан [1,2,3].

Как известно, существует две базовых социальных идеологии: солидарная и либеральная. Солидарная исходит из того, что вклад гражданина в общественное благосостояние не должен являться мерой, определяющей доступность здравоохранения, образования, продуктов питания и жилья. Медицинская помощь — это безусловное право человека и гражданина. Либеральная идеология исходит из того, что если вклад гражданина, т.е. труд определяет его доступ на рынок, то и доступ к здравоохранению, образованию, продуктам питания и жилью должен определяться теми же факторами. Медицинские услуги — это разновидность товара, поступающего на рынок.

Пользуясь методом случайной выборки и осуществив опрос среди пациентов, посещающих поликлинику, на предмет выявления их отношения к упомянутым выше идеологиям мы обнаружили, что солидарную предпочли 86 из 100 опрошенных. Тот же опрос среди современных врачей, работающих в той же поликлинике показал, что 65 из 100 выбрали либеральную интерпретацию. Внимательно проанализировав всё что сегодня происходит в стране, нетрудно сообразить какой идеологии придерживается правящая элита современной России. Очевидным станет одно - это будет не то, чего хотело бы большинство её граждан.

В условиях рыночных отношений, насаждаемых в стране, медицинские услуги приравнивают к товару, и в таком качестве ими, соответственно, можно торговать. Если вникнуть в существо вопроса, то совершенно очевидно, что это в корне неверное представление. Медицинские услуги не обладают свойствами рыночного товара, который в этом качестве потребитель (пациент) мог бы оценить по содержанию и качеству. Они не имеют сортности, т.е. не должны быть первого или второго сорта - они могут быть только высшего качества [4,5,6,7]. Во всех других случаях медицинская помощь просто утрачивает своё основополагающее назначение. Мало того, в таких случаях её можно рассматривать как действия, связанные с умышленным причинением вреда здоровью, что значительной части случаев может квалифицироваться как преступная деятельность и преследоваться по закону.

Здравый смысл подсказывает, что уже по определению здравоохранение не может быть полезной человеку деятельностью, будучи втянутым в бескомпромиссный и алчный рыночный бизнес, где нет и не может быть места милосердию. Тому примером может послужить хорошо известная коммерческая организация ОАО «Медицина». Хорошо организованное поликлиническое обслуживание в ней обойдётся гражданину около 150000 рублей в год, а если придётся воспользоваться ещё и стационаром, то более чем в 2 раза дороже. Даже если вообразить, что средняя заработная плата в Москве составляет около 200000 рублей в год, что, разумеется, не отражает реального положения вещей в городе, не говоря о положении с этим в стране, то воспользоваться этой помощью большинству нуждающихся в ней не смогут. Следует ли иметь подобные лечебные учреждения, которые отвлекают массу квалифицированных специалистов, делая их услуги мало доступными. Когда при этом отвлекаются немалые прочие ресурсы в условиях, когда наиболее востребованное населением муниципальное здравоохранение терпит постоянную и неиссякаемую нужду в них, а граждане не имеют средств, чтобы позволить себе доступ к их услугам [8]. Можно ли мириться с такими явлениями в здравоохранении, которое признаётся одной из наиболее коррумпированных сфер деятельности в стране? И что это как не коррупция, если расценки за услуги превышают их реальную стоимость в десятки раз. Откровенно говоря, с этим видом коррупции очень легко справиться, просто обложив участников данного предприятия налогами и штрафами так, чтобы сделать эту деятельность мало привлекательной и не столь прибыльной. А средства, полученные от данной акции, направить на поддержание муниципального здравоохранения, подчас трудно сводящего концы с концами. Действительно, коммерческая медицинская деятельность в стране сегодня как «пир среди чумы», как любит повторять хорошо известный своим коммерческим медицинским центром проф. Бронштейн, в который, между прочим, мало обеспеченному гражданину также путь закрыт. И в этом состоит самое загадочное. Оказывается, все знают, видят и понимают, что происходит - готовы издавать печальные вздохи, осуждать всех и вся, обнажать... и т.д. Однако, практически никто ничего делать не хочет, чтобы изменить ситуацию по причинам также вполне для всех очевидным, о чём дальше будет сказано более внятно.

И отечественный и зарубежный опыт неопровержимо свидетельствуют, что доступное и качественное медицинское обслуживание возможно лишь при условии, когда между пациентом и медицинским работником прямых денежных отношений не существует, а здравоохранение находится под строгим контролем государства. Государство, в свою очередь,

должно квалифицировать данную сферу наиболее приоритетной областью своей деятельностью и стремиться, всеми имеющимися средствами, обеспечивать сохранение и укрепление здоровья нации [9]. Вот самый простой и эффективный рецепт средства способного излечить больное отечественное здравоохранение, и мы при этом никакого открытия не сделали – это очевидно любому, кто способен непредвзято воспринимать объективную действительность.

Внедрение принципа «монетизации» при организации медицинского обслуживания, поставило отечественное здравоохранение в весьма двусмысленное положение и привело к серьёзному, масштабному кризису. Пытаясь выжить в условиях остаточного бюджетного финансирования, предоставляемого на недопустимо низком уровне, в условиях, порочной в своей трактовке и оттого неуспешной практики обязательного медицинского страхования, а также недоступной, ввиду дороговизны, практики добровольного медицинского страхования, здравоохранение оказалось ввергнутым в системный кризис. (Венедиктов Д.Д.-2003г) Граждане страны, в свою очередь, лишились доступной, высоко квалифицированной, бесплатной медицинской помощи в том виде, в котором они привыкли пользоваться ей на протяжении более чем 70 лет, предшествовавших реформе [10].

Обоснование методологии проведенного исследования и ожидаемый результат

Анализируя удручающую статистику здоровья населения нашего государства, можно перечислять бесчисленное множество обстоятельств, послуживших такому развитию событий [11].

Немалая вина в этом лежит и на отечественном здравоохранении, хотя считается, что его вклад в этом незначителен. Складывается практика, когда квалифицированная и, тем более, качественная медицинская помощь для большинства малоимущего населения становится всё менее доступной [12], переходя из категории права в категорию привилегии.

Современному отечественному здравоохранению важно недостаёт высокого и безусловного качества, каким, в частности, отличалось советское здравоохранение. В процессе разрушительных реформ оно утрачено и во многом безвозвратно. Чтобы восстановить его надо предпринять хорошо обоснованные специальные действия, используя те же «рыночные отношения», раз уж так складывается, что мы вынуждены двигаться этой совсем не самой лучшей дорогой к какому-то сомнительному «светлому будущему».

Для осуществления данной частной задачи в используемую методику объективного измерения качества труда медицинского работника, учитывающую все аспекты этой

деятельности, необходимо внести компонент, ставящий его в зависимость от потребителя предоставляемых услуг. Такое положение вещей означало бы построение наиболее прогрессивной модели рынка, обозначаемой как «рынок покупателя». Что особенно ценно при успешном решении этого далеко не простого вопроса, так это то, что будет сделан практический шаг к реальному управлению качеством медицинского обслуживания. В этой связи следует использовать столь актуальные сегодня экономические рычаги влияния, разумеется, в разумном сочетании с административным воздействием. И если уж складывающиеся обстоятельства принуждают здравоохранение каким-то образом адаптироваться к рыночным отношениям, то надо попытаться использовать их для создания вышеупомянутой зависимости. Такого результата, в частности, можно достигнуть, если размеры дополнительного материального вознаграждения медицинских работников за качество медицинского обслуживания поставить в прямую зависимость от той оценки их деятельности, которую будут давать клиенты [13]. Высока вероятность, что сегодня это единственно надёжный рычаг, с помощью которого можно управлять поведением граждан современной России и медицинского персонала, в частности. Все прочие средства более высокого и нравственного характера в условиях новых общественных отношений действовать перестали [14].

*Всё сказанное выше даёт основание предположить, что **управление качеством услуг, предоставляемых медицинскими работниками, может обрести действенность при условии, что уровень выплачиваемого им вознаграждения находится в прямой зависимости от оценки качества медицинской помощи данной пациентами и скорректированной профессиональной экспертизой.***

Как можно заметить, высказывая это предположение мы исходим из качественно новых взаимоотношений людей, сложившихся сегодня в российском обществе.

В современных условиях граждане России ориентированы, главным образом, на извлечение материальных благ из всего, что может предоставить такую возможность. Данное обстоятельство вызвано тем, что идеологические установки на достижение традиционных нравственных идеалов в общественном сознании успешно заменены комплексом поведенческих штампов, обозначаемых термином «монетизация». В условиях информационной среды, которая установилась в российском обществе, не осталось места для общественного сознания, основанного на профессионализме и патриотизме, когда человек живёт интересами дела и общества. В гражданах России настойчиво и успешно возвращается

представление о том, что каждый живёт только для себя. И только в итоге реализации собственных потребностей, которые в какой-то мере всё-таки приносят и общественную пользу, он может обрести полное личное удовлетворение. Поскольку в современной России уже почти всё «монетизировано» и приватизировано, единственным действенным рычагом управления деятельностью человека становится денежное вознаграждение. Нами была предпринята попытка дать научное обоснование высказанной гипотезы.

Этапы выполненного исследования, полученные данные и их трактовка

Исследуемая группа врачей составила 750 человек. В неё вошли практикующие врачи в количестве 168 человек (22%), преимущественно участковые терапевты (112), сотрудники нескольких муниципальных поликлиник гор. Москвы. Главные врачи и заместители главных врачей поликлиник (38%) и зав. терапевтическими отделениями городских поликлиник (40%), включённые в группу, представляли 22 административных территории РФ, являясь участниками курсов усовершенствования профильных кафедр Российской медицинской академии последипломного образования в период с 2016 по 2018 год. В 61% случаев опрашиваемые были женского пола. В целом среди участников опроса 52% в возрастной группе от 30 до 44 лет и 48% старше 45 лет.

В соответствии с программой исследования выборочные опросы пациентов о качестве медицинского обслуживания проводились в поликлинике на приёмах у 13 участковых терапевтов в течение года. В общей сложности в 3 опросах с интервалом 2 месяца, каждый длительностью 5 рабочих дней приняли участие 832 пациента.

В экспериментальной группе пациентов 40% работающих и 60% неработающего населения. Мужчины составляли 36,7%, женщины – 63,3%.

Учётным признаком для включения пациентов в исследуемую группу являлся факт однократного участия на приёме у врача.

Логическая схема экспериментальной составляющей исследования содержала 3 последовательных стадии сбора информации для подтверждения высказанной гипотезы.

На первой стадии предпринят социологический опрос среди медицинских работников с целью выявления предпочтений, отдаваемых различным видам поощрений, обычно назначаемым за качественно выполненную профессиональную деятельность.

Анализ данных проведённого опроса показал, что наибольшим приоритетом среди предложенных на выбор форм поощрений в первой тройке пользуется денежное вознаграждение. Среди избранных приоритетными первого, второго и третьего мест денежное

вознаграждение с явным преимуществом (58,3%) занимает ведущее положение среди общепринятых форм поощрений, поименованных в анкете. Предпочтительная, и, на наш взгляд, довольно высокая, степень заинтересованности медицинских работников в данной форме поощрения своего труда проявилась откровенно и явно. Данный факт следует рассматривать как объективное свидетельство прогрессирующей зависимости качества труда медицинских работников от денежного стимула в первую очередь. Идея всеобщей монетизации отношений, в том числе между медицинскими работниками и пациентами, пустила глубокие корни в сознании врачей и надо думать, что это всерьёз и надолго, если не навсегда. Такого эффекта, несомненно, следовало ожидать в результате уклада жизни, который сложился в стране. Изменить что-либо невозможно, при всей очевидности связанного с этим морального ущерба для общества.

Но если невозможно изменить сложившиеся обстоятельства – надо найти способ использовать их, хоть с какой-то пользой для людей. Именно в этом состояла главная идея предпринятого исследования. Укоренившаяся денежная зависимость, при всей своей омерзительной сущности, делает её действенным рычагом управления профессиональным поведением врача и реальным фактором регулирования качеством этой деятельности, при условии, что она поставлена под жесткий административно-общественный контроль.

Заслуживает особого упоминания факт, обнаруженный при анализе результатов опроса, свидетельствующий о том, что оценка пациентом деятельности врача имеет очевидное стимулирующее влияние на его деятельность и именно в аспекте качества.

Анализируя данные проведённого опроса в подтверждение такого вывода, надо отметить, что в 27,7% получены указания на приоритетное значение оценки пациентами деятельности врачей. Представляется также важным отметить, что среди врачей, отдавших предпочтение «хорошему материальному вознаграждению» 73,5% находились в возрасте моложе 50 лет. А среди тех, кто отдал предпочтение признательности и одобрения пациентов 64,7% врачей в возрасте старше 50 лет. Поскольку сегодня врачебный стаж практически не влияет на размер заработной платы, данный факт означает, что такой выбор продиктован отнюдь не меркантильными соображениями, но в большей мере морально-этическими нормами профессионального медицинского образования и воспитания, усвоенными в дореформенной советской высшей медицинской школе.

В ходе первого социологического опроса получены убедительные данные, свидетельствующие о том, что мнение пациентов о качестве предоставленной медицинской

помощи, хотя и не принимается большей частью медицинских работников, тем не менее, рассматривается значимым фактором. Закономерно возникает мысль, а что, если каким-то образом поставить факторы денежного вознаграждения и оценки пациентами качества медицинского обслуживания в строгую зависимость? При этом, последний сделать значимым в решении вопроса о присвоении дополнительного вознаграждения, да ещё и установить параметры зависимости размеров вознаграждения от внешней объективно независимой и даже профессионально не лимитируемой оценки медицинской деятельности? Не способно ли это стать тем рычагом, с помощью которого можно будет достаточно эффективно управлять качеством деятельности медицинских работников?

Чтобы доказать это, предпринято следующее социологическое исследование с помощью анкеты №2 среди того же самого контингента врачей.

Цель исследования состояла в том, чтобы выяснить мнение опрашиваемых относительно методов, которые в наибольшей степени способны влиять на качество труда медицинского работника с позиций личного практического опыта каждого из них.

Результаты опроса, полученные от практических врачей и среди администраторов поликлиник, обнаружили вполне ожидаемые различия, объяснимые разной мотивацией и ценностными ориентациями этих двух контингентов.

Данные опроса среди практикующих врачей показали, что абсолютное большинство из них (83%) присвоили первое ранговое место внутренней экспертизе качества медицинского обслуживания, 8% отдали предпочтение внешней экспертизе и лишь 5% поставили на первое место оценку пациентами.

Большинство главных врачей и их заместителей на первое место поставили оценку качества медицинского обслуживания пациентами (61%), второе место получила внешняя экспертиза (29%) и внутренней экспертизе отдали предпочтение 8% опрошенных.

Как и предполагалось, данные проведенного опроса показали, что оценка медицинского обслуживания, даваемая пациентами, вполне удовлетворяет руководителей лечебных учреждений несущих административную ответственность за качество. Для них очевидно, что она является независимой и оттого более достоверной, хотя, возможно, и не всегда объективной с профессиональной точки зрения.

Вполне понятна позиция практикующих врачей, не рассматривающих столь приоритетно оценку качества своего труда пациентами. Несомненно, что их оценка несёт в какой-то мере эмоциональный оттенок, хотя чаще имеет защитный характер. Если пациент,

получив медицинскую помощь, не может отметить заметных изменений к лучшему в своём самочувствии - это свидетельство тому, что она была мало успешной. Вполне возможно, что и не качественной. Мало найдётся врачей, которые согласились бы с таким мнением пациента о своей деятельности. Они всегда найдут способ объяснить позицию, занятую пациентом и свою долю вины в этом никогда не признают. Это означает, что высказанное ими при опросе мнение следует принимать достаточно условно.

Сопоставление результатов первого и второго опросов создало базу для введения дополнительного эффективного и действенного компонента в схему комплексной оценки качества медицинского обслуживания в городской поликлинике. Таковым явилась оценка качества медицинского обслуживания пациентами. Однозначно, что существование систем здравоохранения имеет единственной целью и назначением удовлетворение потребности человека в здоровье. И, следовательно, медицинское обслуживание должно удовлетворять клиентов качеством и результативностью предоставляемых услуг и только этим может измеряться степень её полезности и нужности для населения. Всемирная Организация здравоохранения, в известном аналитическом документе «Доклад о состоянии здравоохранения в мире», выпущенном в 2000 г., рассматривает данную тему исключительно с позиций ориентации на нужды клиентов.

На третьем этапе исследования осуществлена разработка опросного листа для сбора мнения пациентов о качестве полученного медицинского обслуживания, которое оценивалось по четырём предложенным критериям. В их числе: (1) вежливость и внимательность медицинского персонала, (2) психологическая обстановка на врачебном приёме, (3) характер общения с пациентом, (4) исходы лечения. Каждый критерий градуирован в трёх вариантах оценки (а,б,в) по степени выраженности обозначенной характеристики и исходу медицинского обслуживания. Высшая оценка по критерию даёт право на 25% от размера предполагаемого вознаграждения за качество и при наличии всех четырёх оценок поданных в варианте (а), позволяет выплачивать его в полном объёме, т.е. 100%. Следующий вариант оценки (б) значительно ниже и даёт право лишь на 10% вознаграждения каждый. Последний ряд оценок (в) носит негативный характер и не даёт никакого права на вознаграждение. При возможности выбора из 3 оценок в каждом из 4 критериев, создаётся возможность для разнообразного набора конечных вариантов из 12 составляющих. Каждый из них соответствует своему размеру денежного вознаграждения в пределах от нуля до 100%. (Таблица №1) Таким образом, размер дополнительного денежного вознаграждения врача за

качество медицинского обслуживания ставится в прямую зависимость от оценки пациента и превращается в чувствительный рычаг управления качеством этой деятельности, актуальный и действенный в условиях рыночной экономики.

Таблица №1

№	Вопрос анкеты	Вариант оценки и размер вознаграждения		
		(а)	(б)	(в)
1	Врач и медицинская сестра кабинета вежливо и внимательно принимают пациента	Всегда (25%)	Иногда (10%)	Никогда (0%)
2	Обстановка во врачебном кабинете	Располагающая (25%)	Настораживающая (10%)	Пугающая (0%)
3	Общение врача с пациентом	Доброжелательное (25%)	Грубоватое (10%)	Безразличное (0%)
4	Результаты назначенного (проводимого) лечения	Положительные (25%)	Отрицательные (10%)	Результата нет (0%)

Предложенный метод тестирован в поликлиниках, избранных для проведения эксперимента. В тестировании приняли участие 832 пациента. Обнаружено, что полностью положительную оценку врачебному приёму с выбором ответов только в графе (а) опросного листа дали 614 пациентов (73,8%). Полностью отрицательной оценки с выбором ответов только в графе (в) не отмечено. Неудовлетворительную оценку с различной комбинацией вариантов поименованных в графах (а), (б), (в) дали 218 пациентов (26,2%). Отмечены следующие варианты негативных оценок, обозначенных буквами латинского алфавита (α , β , γ , δ), а именно α (1б,2а,3а,4а), β (1а,2а,3б,4а), γ (1а,2б,3б,4в), δ (1в,2б,3б,4б). В удельном весе от всей совокупности негативных оценок перечисленные варианты составили соответственно (α) 32%, (β) 44%, (γ) 18% и (δ) 6%.

Использование данной методики в практике работы с медицинским коллективом в поликлиниках возымело быстрый и положительный эффект. Его удалось достигнуть благодаря предложенному комплексу мероприятий:

- результаты опросов пациентов доводились до сведения врачей, участвовавших в эксперименте, а также, в соответствующей форме, всего коллектива на врачебных конференциях.
- планомерно проводилась соответствующая воспитательная работа персонально с каждым врачом, деятельность которого подвергалась оценке пациентами и носила негативный характер.

- размеры дополнительного денежного вознаграждения за качество медицинского обслуживания чётко следовали за результатами оценок пациентов.

Для подтверждения эффективности предложенной методики управления качеством медицинской помощи был проведён анализ характера жалоб от населения, поступивших в администрацию на медицинское обслуживание в поликлиниках до постановки эксперимента и после того в динамике за первое и второе полугодие 2018 года. Эксперимент с проведением опросов пациентов осуществлён в течение второго полугодия.

Обнаружено, что общее количество обращений населения в администрацию в течение обоих полугодий изменилось мало. Изменения наступили в удельном весе обращений связанных с жалобами на медицинское обслуживание. Если до введения контрольных опросов пациентов жалобы на качество медицинского обслуживания в удельном весе среди всех обращений составляли 36.6% , то после проведения эксперимента их объём сократился до 10%. При рассмотрении каждой из поступивших во втором полугодии обращений жалоб на качество врачебной деятельности, как таковой, нет. В своём абсолютном большинстве они были вызваны длительностью ожидания приёма, что не имеет непосредственного отношения к предмету данного исследования.

Заключение. Таким образом, предложенная коррекция в методику оценки и управления качеством медицинского обслуживания на врачебном приёме в поликлинике, основанная на использовании результатов выборочных опросов пациентов, непосредственно влияющих на размер дополнительного денежного вознаграждения, подтвердила свою результативность. Априорно высказанная гипотеза получила подтверждение, обоснованное объективными данными выполненного исследования.

В систему непрерывного профессионального развития медицинского персонала поликлиник, принявших участие в тестировании рекомендованной методики, внедрён специальный курс по основам современного менеджмента в повседневной медицинской практике с особым акцентом на тематике, посвящённой «основам эффективной коммуникации», профилактике конфликтных ситуаций и управлению конфликтом. Данное мероприятие позволило заметно повысить культуру медицинского обслуживания в целом по учреждениям.

Список литературы

1. Задворная О.Л. Концептуальные подходы к повышению квалификации кадров для реализации технологий бережливого производства в медицинских организациях,

оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2020; 1(39): 48–54.

2. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Опыт профилактики сердечно сосудистых заболеваний в городской поликлинике. Монография. 2007;222

3. Борисов К.Н., Алексеев В.А., Линькова И.В. Отечественное здравоохранение в ожидании реально назревших системных перемен. ИЦРОН Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. «Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития». 2020;7:8-16

4. Пищита А.Н. Реализация права пациентов на посещение их третьими лицами. Права, обязанности и ответственность сторон. Consilium Medicum ("Врачебный консилиум"). 2019; 21(6): 22-26.

5. Сон И.М., Евдаков В.А., Маношкина Е.М. и др. Состояние коечного фонда кардиологического профиля в российской федерации и динамика показателей его использования за 2010-2018 годы. Кубанский научный медицинский вестник. 2020;27(4):105-118.

6. Меньшикова Л.И., Руголь Л.В., Сон И.М. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности. Электронный научный журнал. Социальные аспекты здоровья населения. Social aspects of Population Health 2020;66(3)

7. Линькова И.В., Алексеев В.А., Борисов К.Н. Доступность и качество медицинской помощи в современной России. Сборник статей Международной научно-практической конференции: «Синтез науки и общества в решении глобальных проблем современности». "Omega science". 2019;128-134

8. Флек В.О., Дмитриева Е.Д., Арапова И.Г. Расходы граждан Российской Федерации на здравоохранение из личных средств. Здравоохранение. 2005; 10:29-40

9. Комаров Ю.М. К вопросу о приемлемой оплате труда врачей в РФ. Здравоохранение. 2009;6:169 -178.

10. Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности стран. Вестник РАМН. 1998; 4:8-62

11. Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И. и др. Реформы здравоохранения на фоне продолжающегося кризиса общественного здоровья и смертности в Российской Федерации. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2008;3(78):6- 21.

12. Киселёв А.С. Динамика здоровья населения в зависимости от доходов. Экономика

здравоохранения. 2005; 1:22 – 29

13. Петрова Н.Г., Балохина С.А., Мартиросян М.М. и др. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи. Проблемы управления здравоохранением. 2009; 3:59 – 61.

14. Наваркин М.В., Кочеткова И.О., Комаров С.Г. Отношение населения к оплате медицинской помощи и услуг в системе общественных ценностей. Здравоохранение Российской Федерации. 2007; 5:27- 30

References

1. Zadvornaya O.L. Konceptual'nye podhody k povysheniyu kvalifikacii kadrov dlya realizacii tekhnologij berezhlivogo proizvodstva v medicinskih organizacijah, okazyvayushchih pervichnyuyu mediko-sanitarnuyu pomoshch. Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor. [Conceptual approaches to improving the qualifications of personnel for the implementation of lean manufacturing technologies in medical organizations providing primary health care. Medical technology. Evaluation and selection]. 2020;1(39):48–54 (In Russian)

2. Alekseev V.A., Borisov K.N. Opyt profilaktiki serdechno sosudistyh zabolevanij v gorodskoj poliklinike. Monografiya. [Experience in the prevention of cardiovascular diseases in the city polyclinic. Monograph]. 2007;222 (In Russian)

3. Borisov K.N., Alekseev V.A., Lin'kova I.V. Otechestvennoe zdavoohranenie v ozhidanii real'no nazrevshih sistemnyh peremen. ICRON Sbornik nauchnyh trudov po itogam mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. «Sovremennaya medicina: aktual'nye voprosy i perspektivy razvitiya». [Domestic health care in anticipation of really urgent systemic changes. ICRON Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. "Modern medicine: topical issues and development prospects."] 2020; 7: 8-16 (In Russian)

4. Pishchita A.N. Realizaciya prava pacientov na poseshchenie ih tret'imi licami. Prava, obyazannosti i otvetstvennost' storon. Consilium Medicum ("Vrachebnyj konsilium"). [Exercise of patients' right to be visited by third parties. Rights, obligations and responsibilities of the parties. Consilium Medicum ("Medical consultation")]. 2019; 21 (6): 22-26 (In Russian)

5. Son I.M., Evdakov V.A., Manoshkina E.M. et al. Sostoyanie koechnogo fonda kardiologicheskogo profilya v rossijskoj federacii i dinamika pokazatelej ego ispol'zovaniya za 2010-2018 gody. 2020.- Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik. [The state of the hospital bed fund of the

cardiological profile in the Russian Federation and the dynamics of the indicators of its use for 2010-2018. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2020;27 (4):105-118 (In Russian)

6. Men'shikova L.I., Rugol' L.V., Son I.M. Vliyanie kadrovogo obespecheniya pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi na effektivnost' ee deyatel'nosti. *Elektronnyj nauchnyj zhurnal. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. Social aspects of Population Health*. [Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности. *Электронный научный журнал. Социальные аспекты здоровья населения. Social aspects of Population Health*]. 2020;66(3) (In Russian)

7. Lin'kova I.V., Alekseev V.A., Borisov K.N. Dostupnost' i kachestvo medicinskoj pomoshchi v sovremennoj Rossii. *Sbornik statej Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii: «Sintez nauki i obshchestva v reshenii global'nyh problem sovremennosti». "Omega science"*. [Availability and quality of medical care in modern Russia. Collection of articles of the International Scientific and Practical Conference: "The synthesis of science and society in solving global problems of our time." "Omega science"]. 2019;128-134 (In Russian)

8. Flek V.O., Dmitrieva E.D., Arapova I.G. Raskhody grazhdan Rossijskoj Federacii na zdavoohranenie iz lichnyh sredstv. *Zdravoohranenie*. [Expenditures of citizens of the Russian Federation on health care from personal funds. *Health care*]. 2005; 10:29-40

9. Komarov YU.M. K voprosu o priemlejoj oplate truda vrachej v RF. *Zdravoohranenie*. [On the issue of acceptable wages for doctors in the Russian Federation. *Health care*]. 2009; 6:169 -178 (In Russian)

10. Gerasimenko N.F. Krizis zdorov'ya i zdavoohraneniya kak ugroza nacional'noj bezopasnosti stran. *Vestnik RAMN*. [The health and health crisis as a threat to the national security of countries. *Bulletin of the RAMS*.] 1998; 4:8-62 (In Russian)

11. Vishnevskij A.G., Kuz'minov YA.I., SHEvskij V.I. et al. Reformy zdavoohraneniya na fone prodolzhayushchegosya krizisa obshchestvennogo zdorov'ya i smertnosti v Rossijskoj Federacii. *Voprosy ekonomiki i upravleniya dlya rukovoditelej zdavoohraneniya*. [Health care reforms amid the ongoing public health and mortality crisis in the Russian Federation. *Economics and Management for Health Care Leaders*]. 2008;3(78):6- 21 (In Russian)

12. Kiselyov A.S. Dinamika zdorov'ya naseleniya v zavisimosti ot dohodov. *Ekonomika zdavoohraneniya*. [Dynamics of population health depending on income. *Health Economics*]. 2005; 1:22 – 29 (In Russian)

13. Petrova N.G., Balohina S.A., Martirosyan M.M. et al. Mnenie pacientov kak vazhnyj kriterij kachestva medicinskoj pomoshchi. *Problemy upravleniya zdavoohraneniem*. [Patient opinion

as an important criterion for the quality of medical care. Healthcare management problems] 2009; 3:59 – 61 (In Russian)

14. Navarkin M.V., Kochetkova I.O., Komarov S.G. Otnoshenie naseleniya k oplate medicinskoj pomoshchi i uslug v sisteme obshchestvennyh cennostej. Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii. [The attitude of the population to payment for medical care and services in the system of social values. Healthcare of the Russian Federation]. 2007; 5:27- 30 (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Пищита Александр Николаевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры «Организация здравоохранения и общественное здоровье» ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России). Баррикадная ул. 2/1, Москва. 125993. e-mail: alexpischita@mail.ru

Борисов Константин Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Организация здравоохранения и общественное здоровье» ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России). Баррикадная ул. 2/1, Москва. 125993. e-mail: bknpbknp@mail.ru, ORCID 0000-0001-5805-9185

Алексеев Вячеслав Алексеевич – доктор медицинских наук, заслуженный деятель высшей школы РФ. профессор кафедры «Организация здравоохранения и общественное здоровье» ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России). Баррикадная ул. 2/1, Москва. 125993. e-mail: ava0731@mail.ru

Линькова Ирина Виленовна – доцент кафедры «Организация здравоохранения и общественное здоровье» ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России). Баррикадная ул. 2/1, Москва. 125993. e-mail: liv0501@mail.ru

Статья получена: 01.07.2021 г.
Принята к публикации: 28.09.2021 г.