

---

## МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ: КЛАССИФИКАЦИЯ, ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Д.Л. Мушников, Б.А. Поляков, Н.Н. Куканова,  
С.А. Краснова, Н.Н. Углонова,  
И.И. Сибирева

ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава  
ул. Ф. Энгельса, 8, Иваново, Россия, 153034  
тел. +79114636467, эл. почта: somvoz@live.ru

Статья посвящена совершенствованию системы обеспечения технологического аспекта качества оказания медицинской помощи. Авторами предлагается новая авторская классификация медико-организационных технологий работы с пациентами в учреждениях здравоохранения, а также приведены данные исследования, отражающего опыт внедрения данных технологий в практике негосударственного учреждения здравоохранения — Ивановской межрегиональной офтальмохирургической клиники.

**Ключевые слова:** качество помощи, технологии.

Проблема качества медицинской помощи становится все более актуальной в наше время. На фоне высокой антропогенной нагрузки, неуклонном росте числа факторов риска здоровью и важнейших неинфекционных заболеваний повышаются требования общества и пациентов к условиям и результату оказания медицинских услуг.

Согласно известной триады А. Donabedian [10] выделяют три компонента в качестве медицинской помощи: качество структуры, качество процесса, качество результата. Нисколько не принижая роль структурного и результативного компонентов, хотелось бы обратиться к процессуальному аспекту помощи, лежащему в основе индустриальной модели управления качеством.

Основу успеха любого процесса составляют технологии. В переводе с греческого «технология» означает «учение о мастерстве». В современном понимании термин «технология», согласно L.E. Davis, означает «сочетание квалификационных навыков, оборудования, инфраструктуры, инструментов и соответствующих технических знаний, необходимых для осуществления желаемых преобразований в материалах, информации или людях» [3]. Качество результатов определяется качеством технологических процессов, их формирующих. Существует достаточно много методических подходов к классификации медицинских технологий, однако отсутствуют общепринятые подходы к классификации медико-организационных технологий работы с пациентами в учреждениях здравоохранения. Вместе с тем многие авторы [2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11] указывают, что внедрение принципов маркетингового подхода в работу медицинских учреждений в условиях ОМС, а также значительной коммерциализации их деятельности требуют акцентирования уси-

лий на работу с пациентами и их микросоциальным окружением (семьей, близкими), как полноправных участников лечебно-диагностического процесса, с учетом их потребностей, ценностей, психологического статуса, бактериологических особенностей, состояния здоровья. Не зря, первое место среди основных принципов всеобщего управления качеством, предложенных W.E. Deming [1], занимает следующий тезис: «потребители и их нужды формируют организацию и ее работу, но не наоборот».

С нашей точки зрения, под медико-организационными технологиями работы с пациентами в учреждениях здравоохранения следует понимать — сложившиеся в данном учреждении типичные подходы, алгоритмы взаимодействия с пациентами с целью вовлечения их в лечебно-диагностический процесс как полноправного участника. Авторы предлагают классификацию, в основе которой лежит факетно-иерархический принцип, в котором определены основные критериальные признаки: по этапам лечебно-диагностического процесса, профиль учреждений, тип учреждений, состояние пациента, пол пациента, целевая направленность технологии, степень участия пациента; по степени участия разных групп персонала; по материально-техническому обеспечению.

**1. По характеру, с учетом этапов лечебно-диагностического процесса:**

- профилактические;
- диагностические;
- лечебные;
- реабилитационные;
- рекреационные;
- вспомогательные (сервисные, информационно-образовательные).

**2. По профилю учреждений здравоохранения:**

- терапевтического профиля;
- хирургического профиля;
- педиатрического профиля;
- акушерско-гинекологического;
- неврологического;
- офтальмологического;
- отоларингологического;
- психиатрического;
- социально-значимых заболеваний (онкологический, фтизиатрический, дерматовенерологический).

**3. По типу учреждений:**

- стационарные;
- амбулаторно-поликлинические;
- специализированные;
- санаторно-курортные.

**4. По состоянию пациента, его нуждаемости в уходе:**

- преморбиальные, валеологические (пациент практически здоров, не нуждается в посторонней помощи и уходе);

- коррекционные (пациент в состоянии себя обслуживать, однако имеет отдельные проблемы, которые требуют медико-социальной коррекции);
  - паллиативные (пациент не в состоянии себя обслуживать, нуждается в постоянной медико-социальной помощи).
- 5. По гендерному критерию:**
- у мужчин;
  - у женщин
- 6. По возрастному критерию:**
- у детей до 15 лет;
  - у подростков и юношей (девушек);
  - у лиц трудоспособного возраста (18—60 лет);
  - у лиц пожилого и старческого возраста (гериатрические и геронтологические).
- 7. По целевой направленности технологии:**
- направленная на формирование или/и повышение информированности, медицинских знаний пациента;
  - направленная на повышение лояльности пациента учреждению, активное участие в программах реализуемых в нем;
  - направленная на повышение дисциплированности пациента по выполнению рекомендаций и назначений врача, соучастия в лечебном процессе;
  - направленная на улучшение психоэмоционального состояния пациента, повышения настроения, мотивации на успешное лечение, эффективные коммуникации с медицинскими работниками и семьей;
  - направленная на формирование и укрепление навыков укрепления здоровья, самоухода, ответственного самолечения и самодиагностики;
  - направленная на правовое поведение, активное участие в процессе управления качеством услуг, бережное отношение к имуществу учреждения.
- 8. По степени участия пациента, его семьи (близких):**
- минимальное участие пациента, семья и близкие не участвуют;
  - пациент практически не участвует, минимальное участие семьи и близких;
  - пассивное участие пациента, пассивное участие семьи и близких;
  - активное участие пациента, пассивное участие семьи и близких;
  - активное участие пациента, активное участие семьи и близких;
- 9. По степени участия разных групп персонала:**
- врачебные;
  - сестринские;
  - врачебно-сестринские;
  - социальных работников;
  - юристов;

- психологов;
- социальных работников;
- с участием вспомогательного персонала (в том числе, культмассовых работников, работников сервиса, санитарок);
- комбинированные.

#### **10. По материально-техническому обеспечению:**

- без материально-технического обеспечения;
- обеспечение средствами неэлектронной визуализации (картами, стендами, знаками, моделями, информационными материалами в печатном виде);
- обеспечение средствами электронной визуализации;
- обеспечение средствами аудирования;
- обеспечение средствами сервисного обслуживания и удовлетворения культурных потребностей.

В данном сообщении мы хотели бы поделиться опытом реализации медико-организационных технологий на базе ООО «Ивановская межрегиональная клиника офтальмохирургии» (г. Иваново), которые разрабатывались на основе данных проведенного комплексного исследования динамики качественных характеристик взрослых пациентов, а также членов их семьи (близких) на этапах переперационного процесса. Следует отметить, что данный опыт является показательным по двум причинам: во-первых, возможности частного учреждения достаточно свободно и гибко реализовывать инновационные подходы к работе с пациентами; во вторых, заинтересованность руководства учреждения в увеличении лояльно настроенных пациентов, формирование с ними партнерских отношений.

Предложена медико-организационная технология оказания помощи пациентам офтальмохирургической клиники в условиях прохождения ими переперационного периода.

#### **1. Обеспечение условий для реализации медико-организационной технологии.**

Это предусматривает совершенствование структуры учреждения, оказывающего медицинские услуги офтальмологического профиля, совершенствование системы управления, введение должности семейного врача, психолога, создание базы данных пациентов, включающей информацию о семье, экономическом состоянии, индивидуальных особенностях.

Предложена следующая перспективная модель управления в межрегиональной клинике офтальмохирургии:

— *директор межрегиональной клиники офтальмохирургии*, основной задачей которого является проведение медико-экономической политики собственника, разработка стратегии медико-экономического развития учреждения, налаживание экономических связей с поставщиками ресурсов, обеспечение договорных отношений, обеспечение экономической эффективности деятельности учреждения при максимальной удовлетворенности пациентов, организация проведения маркетинговых исследований, организация системы продвижения услуг на рынок,

организация работы с корпоративными клиентами и их семьями, организация и проведение мероприятий по повышению квалификации медицинского и административного аппарата, организация презентаций клиники, организация научно-практических конференций и семинаров, в том числе по принципу телеконференций;

— *главный врач* — основная задача, реализация и развитие медицинских технологий в клинике, контроль за качеством оказания медицинских услуг и соблюдения медицинских технологий, обеспечение внедрения инноваций;

— *помощник директора по работе с пациентами* — занимается формированием базы данных пациентов, оценкой их социально-экономической готовности к операции и успешному прохождению переоперационного периода, решением текущих проблем пациента в условиях пребывания в клинике, планированием и проведением мероприятий с участием пациентов и их семей, проведением маркетинговых исследований, выполнением поручений директора клиники;

— *зам. главного врача клиники*, в обязанности которого входит выполнение поручений главного врача и директора клиники, выполнение обязанностей главного врача при его отсутствии, организация клинического процесса и текущий контроль за качеством выполнения медицинских технологий, разработка предложений по улучшению помощи.

Медико-организационная модель работы офтальмохирургической клиники также включает отдел по работе с пациентами, в который входят: помощник директора по работе с пациентами (руководитель отдела), администратор (задачи: проведение медико-правового и экономического консультирование пациента, оформление медико-правовой документации, информирование пациентов по организационным вопросам получения услуг), медсестра-координатор, задачей которой является обеспечение медицинского консультирования пациента по спектру оказываемых услуг, разработка клиничко-организационного плана движения и наблюдения пациента (клинического маршрута), сопровождение пациента по специалистам, налаживание взаимодействия между врачами и службами.

*Главная медицинская сестра* — обязанности: организация ресурсного планирования деятельности сестринского персонала, координация деятельности сестринского персонала и его взаимодействия с врачами, учет рабочего времени работников, разработка программ мотивации работников, контроль использования ресурсов, выполнения технологий и алгоритмов деятельности сестринским персоналом, анализ причин нарушения качества деятельности сестринского персонала, обучение сестринского персонала новым технологиям работы;

*клинический психолог*, обязанностями которого является: оценка психологического статуса пациента в динамике оказания услуги (до, во время и после), определение психологических характеристик пациента прогностически не благоприятных для обеспечения высокого качества медицинских услуг, разработка рекомендаций для лечащих врачей и сестринского персонала для определения тактики работы с пациентами с учетом их психологических особенностей и состояния, проведение мер психологической коррекции психологического состояния паци-

ента, профилактика депрессивных состояний, невротических реакций, отслеживание эмоционального состояния пациента и проведение сестринского вмешательства путем использования технологий и методик сестринской педагогики.

Предложен внутриучрежденческий стандарт оснащения офтальмохирургической клиники, включающий 36 позиций. Экспертным путем разработана модель конечных результатов работы офтальмохирургической клиники.

**2. Совершенствование системы дооперационного наблюдения пациента** в условиях офтальмологической клиники: оценка базового психологического и медико-социального статуса пациента, отношения семьи; индивидуальная коррекция отклонения негативных отношений и беспокойства; алгоритм работы с семьей, обучение пациента.

**3. Совершенствование системы послеоперационного наблюдения пациента** в условиях офтальмологической клиники; оценка базового психологического и медико-социального статуса пациента, отношения семьи; индивидуальная коррекция отклонения негативных отношений и беспокойства; алгоритм работы с семьей, обучение пациента, психо-социальная, трудовая реабилитация

**4. Совершенствование взаимодействия семейного врача, психолога, администрации и практических врачей.**

**5. Формирование системы корпоративного клуба пациентов и его семьи,** обеспечивающего следующие задачи: а) корпоративное информирование пациентов о новых возможностях лечения заболеваний посредством проведения интерактивных лекций, индивидуального общения, интерактивного послеоперационного наблюдения и общения; б) обеспечение динамического наблюдения пациентов, в системе мониторинга с учетом индивидуальных особенностей; в) повышение приверженности пациентов, путем участия в совместных акциях по пропаганде здоровья органа зрения, профилактике зрительных нарушений путем проведения праздников для взрослых и детей, конкурсов на приготовление блюд, способствующих повышению зрительного здоровья, семейных олимпиад на знание вопросов сохранения и укрепления здоровья, конкурса детских рисунков по вопросу сохранения зрительного здоровья.

Дифференцированный подход к распределению пациентов по потокам наблюдения:

— пациенты, требующие особенного внимания и особо высоких расходов отделения (обозначаются в истории болезни красным маркером): в тяжелом состоянии, с сомнительным прогнозом, получающие дорогостоящие лекарственные препараты, молодой возраст;

— пациенты, требующие пристального внимания и средних расходов отделения (обозначаются в истории болезни желтым маркером): в состоянии средней тяжести, имеющие неблагоприятный психологический статус и склонность к невротизации, психоэмоциональную лабильность, предъявляющие повышенные требования, имеющие неблагоприятный опыт получения медицинских услуг, низкую приверженность к лечению, низкую мотивацию к результатам лечения, низкий

уровень лояльности к медицинскому персоналу, получающие помощь на уровне средних затрат, молодой возраст;

— пациенты, требующие регулярного внимания и расходов отделения ниже средних (на уровне нормативных) (обозначаются зеленым маркером): в состоянии средней тяжести, имеющие благоприятный психологический статус, благоприятный опыт получения медицинских услуг, высокую приверженность к лечению, высокую мотивацию к результатам лечения, высокий уровень лояльности к медицинскому персоналу, получающие помощь на уровне затрат соответствующих или ниже средних по отделению.

Предложенная медико-организационная технология, реализованная в условиях негосударственного учреждения здравоохранения, позволила обеспечить достижение медико-социальной и экономической эффективности, выразившейся в повышении уровня чистой прибыли учреждения на 14,5%, улучшения показателя достижения результата на 5%, повышения уровня удовлетворенности пациента оказанной помощью на 12,3%.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Евдокимов Д.В., Максимов И.П., Поляков А.А., Новик А.Г.* Теоретические и организационно-экономические основы управления качеством медицинской помощи. — СПб., 1999. — 176 с.
- [2] *Криушин Р.С.* Микросреда муниципального амбулаторно-поликлинического учреждения, оказывающего платные медицинские услуги населению // *Экономика здравоохранения*. — 2003. — № 1. — С. 15—18.
- [3] *Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф.* Основы менеджмента / Пер. с англ. — М.: Дело, 1997. — С. 225—226.
- [4] *Островская И.В.* Медсестра и пациент: общение для обмена полезной информацией // *Медицинская сестра*. — № 6. — С. 31—33.
- [5] *Руководство по управлению качеством «Россия—США»*. — М., 2000. — 88 с.
- [6] *Сабанов В.И., Грибина Л.Н., Багметов Н.П.* Качество медицинской помощи: оценка пациентами // *Информатизация и экономика здравоохранения регионов России: Матлы ежегодной науч.-практической конф. «Реформа здравоохранения на региональном уровне»*. — М., 2000 — С. 153—156.
- [7] *Щепин О.П., Линденбратен А.Л.* Основные направления обеспечения качества медицинской помощи // *Развитие обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: матлы науч.-практ. конференции*. — М., 1998. — С. 13—16.
- [8] *Abel-Smith B., Mossiallos E.* Cost Containment and Health Care Reform: A Study of the European Union. *Health Policy*. — 1994. — V. 28. — P. 89—132.
- [9] *Andrews S.L.* vs QI: The Changing Role of Quality in Health Care // *J. Quality Assurance*. — 1991. — Vol. 38. — P. 14—15.
- [10] *Donabedian A.* Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? // *Amer. J. Publ. Hlth*. — 1981. — V. 71. — P. 409—412.

**ORGANIZATIONAL MEDICAL TECHNOLOGIES  
OF WORK WITH PATIENTS: CLASSIFICATION,  
EXPERIENCE OF INSTILLATION IN NON-STATE  
HEALTH-CARE ESTABLISHMENTS**

**D.L. Mushnikov, B.A. Plyakov, N.N. Kukanova,  
S.A. Krasnova, N.N. Uglanova, I.I. Sibireva**

The chair of Community Medicine  
*F. Engels Avenue, 8, Ivanovo, Russia, 153034*  
*tel. +79114636467, email: somvoz@live.ru*

The article is devoted to improving the system of providing the technological aspect of medical aid quality. The authors offer a new classification of medico-organizational technologies of work with patients in the health-care establishments, and also present the data of investigation, reflecting the experience of instillation of these technologies in the practice of a non-state health-care establishment — the Ivanovo Interregional Ophthalmological clinic.

**Key words:** the quality of aid, technologies.