



With the support of the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



**Стратегия устойчивого развития в Европейском Союзе и России:  
на пути к общему будущему**  
**Sustainable Development Strategy in the European Union and Russia:  
on the way to the common future**  
(Programme – Jean Monnet Module)  
2019 -2022

**Конкурс студенческих проектов**  
**«Устойчивое развитие Евросоюза и России: движение навстречу друг другу»**

**ПРОЕКТ**  
**ПРИМЕНЕНИЕ ОПЫТА СТРАН ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА ДЛЯ**  
**УЛУЧШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ**  
**ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЛАСТИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ**

Авторы проекта

А.К. Федоськина  
К.В. Яныкина

Саранск, 2021

## СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
1. Новая модель медицинской организации в России: понятие, критерии и реализация аспектов устойчивого развития	6
2. Опыт стран Европейского союза в организации деятельности медицинских учреждений на принципах устойчивого развития	10
2.1. Франция	12
2.2. Дания	14
2.3. Испания	16
2.4. Австрия	19
2.5. Германия	22
3. Рекомендации по улучшению деятельности российских медицинских организаций на основе системы критериев устойчивого развития по опыту стран Европейского Союза	25
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	32
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь	35

## **Аннотация**

В рамках выполнения проекта проведено изучение новых требований к деятельности российских медицинских организаций в контексте устойчивого развития. Выявлено, что российские медицинские центры еще очень слабо реализуют принципы устойчивого развития. Изучен опыт организации деятельности по обеспечению устойчивого развития медицинских центров в лидирующих по уровню медицины странах ЕС. Обобщены лучшие европейские практики и предложена система индикаторов для оценки деятельности медицинских организаций по критериям устойчивого развития. Обоснована необходимость перехода российской медицины на использование концепции ценностно-ориентированного здравоохранения.

## Введение

В Российской Федерации начиная с 2017 года началась реализация приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в рамках Национального проекта «Здравоохранение». Формирование новой модели российской медицинской организации основывается на применении бережливого подхода, что позволяет на достаточно высоком уровне обеспечивать реализацию экономической составляющей концепции устойчивого развития в системе здравоохранения. Применение принципов бережливого производства также нацеливает медицинские организации на удовлетворение социальных потребностей медицинского персонала и пациентов. Но уровень реализации этого аспекта устойчивого развития в деятельности медицинской организации, построенной по новой модели, еще недостаточен и не в полной мере соответствует современным тенденциям развития медицинских учреждений в ведущих европейских странах.

В связи с этим возникает необходимость детального изучения лучших европейских практик в области достижения устойчивого развития медицинских центров с учетом современных тенденций развития науки и практики.

Проблемы развития систем здравоохранения отдельных стран на принципах устойчивого развития изучают такие современные авторы, как В. А. Солодкий, В. И. Перхов, Р. В. Стебунова, А. А. Ерыков, О. Е. Сальмина, Т. Ю. Быстрова, А. Н. Прокинова и др. Вопросам развития концепции ценностно-ориентированного здравоохранения как одного из самых актуальных подходов к реализации принципов устойчивого развития медицинских организаций в странах ЕС и в России посвящены работы Н. З. Мусиной, В. В. Омеляновского, Р. В. Гостищева, О. А. Сухоруких, В. К. Федяевой, Н. Н. Сисигиной, Д. Г. Щурова, И. В. Шахабова, Ю. Ю. Мельникова, А. В. Смышляева и некоторых других.

Объект исследования в проекте – системы здравоохранения и условия функционирования медицинских организаций в странах ЕС. Предмет

исследования – особенности реализации отдельных аспектов устойчивого развития медицинских организаций в странах ЕС.

Целью представленного проекта является разработка рекомендаций по улучшению деятельности российских медицинских организаций на основе изучения успешного опыта стран Европейского Союза и формирования системы критериев устойчивого развития медицинской организации. Поставленная цель требует решения следующих задач:

- рассмотреть современные подходы к улучшению деятельности российских медицинских организаций с учетом реализации принципов устойчивого развития;

- выявить страны ЕС, лидирующие по уровню оказания медицинской помощи;

- изучить опыт организации деятельности медицинских центров в странах ЕС на принципах устойчивого развития;

- обосновать практические рекомендации по улучшению деятельности российских медицинских организаций с учетом успешного опыта стран ЕС в области обеспечения устойчивого развития медицинских центров.

Методами исследования при выполнении проекта общенаучные методы теоретического анализа, наблюдения, обобщения, систематизации, сопоставления, сравнительного и кластерного анализа, графический метод.

Гипотеза проводимого исследования состоит в выявлении зависимости достигаемых результатов в области устойчивого развития медицинской организации от прогрессивности применяемой модели организации деятельности медицинской организации.

Практическая значимость результатов проекта заключается в разработке системы критериев и индикаторов устойчивого развития медицинской организации с учетом наиболее успешных европейских практик.

## **1. Новая модель медицинской организации в России: понятие, критерии и реализация аспектов устойчивого развития**

В современном мире в связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой и появлением новых, еще неизвестных заболеваний техногенного и иного характера проблема повышения качества и доступности медицинской помощи стоит как никогда остро. Одним из наиболее рациональных и своевременных путей ее решения является распространение философии бережливого подхода на организацию процесса оказания различного рода медицинских услуг пациентам.

С этой целью с 2016 года по инициативе Управления по внутренней политике Администрации Президента Российской Федерации был запущен пилотный проект по совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи «Бережливая поликлиника». В 2017 г. он был уже оформлен как паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» со сроком реализации до 2023 г. в рамках Федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в составе Национального проекта «Здравоохранение». В качестве результатов реализации данного проекта предусмотрено [9]:

1. Создание общероссийского Центра организации первичной медико-санитарной помощи.

2. Создание на функциональной основе в 85 субъектах Российской Федерации региональных центров организации первичной медико-санитарной помощи.

3. Создание и апробирование не менее чем в 195 медицинских организациях субъектов Российской Федерации «Новой модели медицинской организации», в результате внедрения которой предполагается:

- увеличение времени работы врача непосредственно с пациентом не менее чем в 2 раза;

- сокращение времени оформления записи на прием к врачу не менее чем в 3 раза;
- сокращение очереди и времени ожидания пациентом врача у кабинета не менее чем в 3 раза;
- сокращение сроков прохождения I этапа диспансеризации до 2-х дней.

4. Внедрение системы автоматизированного мониторинга доступности первичной медико-санитарной помощи в 100% медицинских организаций, ставших участниками проекта.

5. Тиражирование «Новой модели медицинской организации» в 85 субъектах Российской Федерации, и не менее чем в 2000 медицинских организациях.

6. Внедрение новых образовательных технологий на базе так называемых «Фабрик процессов» в не менее 11 ВУЗах, подведомственных Минздраву России.

Непосредственно сама «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», согласно методическим рекомендациям по ее формированию, представляет собой такую медицинскую организацию, которая:

- применяет подход бережного отношения к временным ресурсам как основной ценности пациентов и самой организации за счет принятия оптимальных логистических решений в отношении реализуемых процессов,
- эффективно использует выделяемые системой здравоохранения ресурсы,
- ориентирует свою деятельность на потребности пациентов,
- организует свою деятельность на принципах эргономики и соблюдения объема рабочего пространства,
- организует оказание медицинской помощи на основе внедрения принципов бережливого производства для повышения удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи,
- обеспечивает условия для формирования позитивного имиджа медицинских работников.

Процесс создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, предусматривает реализацию комплекса мероприятий, обеспечивающих соблюдение приоритета интересов пациента, организацию оказания медицинской помощи с учетом рационального использования его времени, повышение качества и доступности медицинской помощи, обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг, повышение удовлетворенности уровнем оказанных услуг, сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет повышения эффективности деятельности медицинской организации, переход на электронный документооборот, сокращение объема бумажной документации. [7]

Согласно новой модели, степень внедрения принципов бережливости в работу отдельно взятой медицинской организации оценивается на основе 22 критериев, которые разделены на 9 групп (приложение А):

1. Управление потоками пациентов.
2. Качество пространства.
3. Управление запасами.
4. Стандартизация процессов.
5. Качество медицинской помощи.
6. Доступность медицинской помощи.
7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов.
8. Формирование системы управления.
9. Эффективность использования оборудования.

Создание учреждения, удовлетворяющего всем перечисленным критериям, должно обеспечить условия, при которых каждый может получить высокопрофессиональное и качественное медицинское обслуживание в максимально короткие сроки.

Так, согласно данным Минздрава РФ уже по итогам 2018 года в «бережливых поликлиниках» были получены некоторые существенные результаты. Наиболее значимыми оказались: сокращение времени ожидания в очереди в регистратуре с 27 до 7 минут, сокращение времени дозвона с 15 до 3 минут, повышение доли дистанционной записи на прием с 30 до 60%,



сокращение сроков ожидания приема у врача с 43 до 13 минут, сокращение количества визитов при прохождении профилактических осмотров с 5 до 1-2, увеличение времени общения врача с пациентами с 7 до 9 минут благодаря сокращению работы с документами. [1]

Начиная с 01.01.2021 г. в России вступил в действие Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». [11] Он предусматривает проведение медицинской организацией ежеквартального внутреннего контроля своей деятельности по обширному перечню показателей, которые в том числе являются обязательными для их достижения при лицензировании деятельности. Те медицинские организации, которые уже выстроили свою работу в соответствии с новой моделью, оказываются в выигрышном положении, поскольку создали необходимые условия для выполнения требований приказа.

Улучшение деятельности медицинского учреждения по новой модели является многостадийным процессом, требующим учета разнообразных аспектов и подразумевающим множество нововведений. Причем одной из его составляющих служит осознание администрацией и непосредственно медиками ответственности за свою деятельность, в первую очередь, перед обществом, социумом, а также и перед самими собой. Стоит отметить, что в медицинских учреждениях она намного выше, поскольку распространяется на самое ценное – здоровье.

Кроме того, для достижения желаемого положительного результата недостаточно просто внедрение отдельных его компонентов, необходимо интегрированное взаимодействие всех аспектов в процессе модернизации деятельности учреждения лечебного и/или диагностического профиля. Поэтому, на наш взгляд, анализ основных критериев новой модели медицинской организации с учетом их соответствия основным принципам экономической целесообразности и социальной ответственности представляет особую ценность и позволит сделать вывод о необходимости совместного

внедрения бережливой и социальной философии в деятельность медучреждений, встающих на путь устойчивого развития.

## **2. Опыт стран Европейского союза в организации деятельности медицинских учреждений на принципах устойчивого развития**

Обеспечение устойчивого развития здравоохранения, являющегося одной из основных отраслей социальной инфраструктуры любого государства, имеет огромное значение для успешной реализации важнейших стратегических государственных задач, связанных со сбережением населения. [16] В связи с этим одним из приоритетных направлений деятельности правительств разных стран является достижение и дальнейшее поддержание высокого уровня здравоохранения.

В 2018–2020 годах крупнейшей онлайн-базой данных Numbeo был представлен ранжированный список всех стран мира по уровню медицины в них. [14] Приоритетность выбора именно этой базы данных была основана, во-первых, на том, что при составлении рейтингов оценка уровня здравоохранения осуществляется не по формальным статистическим значениям, а путем проведения опроса граждан, что является более достоверным. А, во-вторых, база данных Numbeo формируется на наиболее полном и комплексном анализе каждого отдельного государства, поскольку при рассмотрении учитывается не какой-то один критерий, а сразу несколько, собранных в единый общий показатель – индекс качества системы здравоохранения.

С учетом изменения значения рассматриваемого индекса на рисунке 1 представлен ТОП-10 стран Европейского Союза, занимающие лидирующие позиции рейтинга в последние три года.

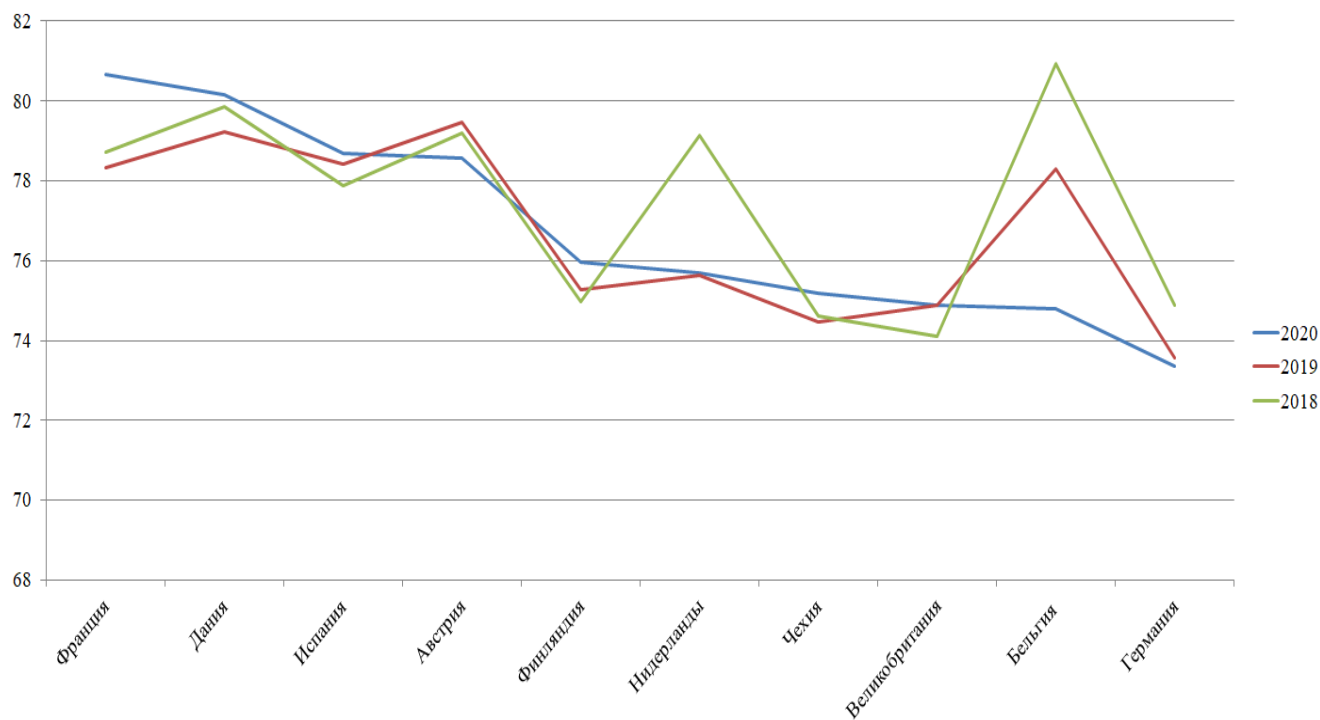


Рисунок 1 – Уровень медицины в странах ЕС в 2018-2020 гг. по индексу качества системы здравоохранения

\*Составлено авторами на основе [14]

В составе целей устойчивого развития ООН проблемам в области здравоохранения отводится особая роль. Кроме того, в одном из отчетов ВОЗ была признана крайняя необходимость модернизации системы первичной медико-санитарной помощи в современном мире на базе применения принципов устойчивого развития. В первую очередь, это связано со стремительно развивающимся обществом и потребностью как можно эффективнее и оперативно реагировать на эти изменения. Именно поэтому все страны, претендующие на звание мировых лидеров и наиболее развитых, стараются проводить множество реформ, направленных на преобразование деятельности различных медучреждений с целью усовершенствования первичного звена медицинской помощи. Конечно же, самые высокие показатели в этом направлении должны быть достигнуты в странах, занимающих первые позиции по качеству организации здравоохранения.

Рассмотрим наиболее информационно доступные и интересные успешные практики ведущих стран ЕС по уровню развития системы

здравоохранения в области достижения целей устойчивого развития в деятельности медицинских организаций.

## **2.1. Франция**

Многие реформы, проводимые во Франции с целью повышения качества и доступности медицинской помощи, находятся, как правило, на уровне системы здравоохранения в целом. Однако все-таки есть некоторые аспекты данных преобразований, затрагивающие непосредственно отдельно взятую медицинскую организацию. В частности, к таковым можно отнести распределение нагрузки между медперсоналом, а именно передачу некоторых обязанностей врачей, увеличивающих время приема одного пациента, медсестрам [17]. Например, заполнение различной документации, занесение пациентов в базу, проведение каких-то простейших манипуляций и некоторые другие.

Кроме того, во Франции сам процесс оказания медицинской помощи носит последовательный и структурированный характер. Разработан так называемый «маршрут лечения», подразумевающий, что пациент той или иной организации лечебного или диагностического профиля сначала посещает выбранного им самим врача-терапевта, который определяет предварительный диагноз и направляет уже к специалисту более узкого профиля. Несомненно, при желании пациент может самостоятельно посетить необходимого ему узкоспециализированного врача, однако в этом случае его поход не будет покрыт страховкой или будет восполнена лишь минимальная часть [12]. К слову, услуги подобных специалистов во Франции достаточно дорогие, а Национальное медицинское страхование покрывает около 60-70% всех затрат на лечение. На наш взгляд, подобный подход можно оценить с двух позиций. С одной стороны, это позволяет организовать потоки пациентов, предотвратить неоправданные посещения врачей, сокращающие доступность медицинской помощи, а также исключить наличие больших очередей на прием. С другой же стороны, есть и негативные моменты данного нововведения, в частности

увеличение времени постановки окончательного диагноза, что в некоторых случаях может привести не к самым лучшим последствиям.

Достаточно интересным и необходимым преобразованием в медучреждениях Франции оказалось создание специальных структур, контролирующей длительность нахождения пациентов на больничном листе, а также качество и количество рецептурных назначений врачей [12]. Такой подход способствует, в первую очередь, повышению качества медицинской помощи, поскольку заставляет медиков постоянно совершенствовать свои знания и с наибольшей внимательностью и осторожностью относиться к лечению больного.

Среди важнейших нововведений в сфере оказания медицинской помощи во Франции можно также выделить создание национальной компьютеризированной системы медицинской документации [17]. На наш взгляд, это действительно большой шаг в реформировании деятельности медицинских организаций, поскольку позволяет пациентам обращаться в различные медучреждения, не заботясь о том, где находится карточка и не потеряны ли из нее какие-либо записи врача.

Создание локальных больничных объединений – еще одно немаловажное нововведение в структуре медицинской помощи [17]. Данная реформа направлена на сосредоточение сложных хирургических вмешательств в пределах одного крупного стационара, что позволит значительно повысить не только их количество, но и качество за счет постепенного повышения профессионализма медработников благодаря углублению специализации на конкретном виде медицинских вмешательств.

В целом организация деятельности медучреждений во Франции имеет как много положительных, так и ряд отрицательных сторон. Однако, несмотря на это, стоит подчеркнуть, что в различных рейтингах и отчетах, среди которых ВОЗ и Numbeo, французская система здравоохранения не раз занимала первое место или входила в ТОП-10 стран мира по критериям в области устойчивого развития.

## 2.2. Дания

Наиболее интересные и успешные практики в датской системе здравоохранения в области улучшения деятельности медицинских организаций представляются в последние годы в двух ключевых направлениях: ускорение принятия решений при оказании помощи пациентам и повышение эффективности управления данными о здоровье.

В рамках первого направления следует отметить, что в Дании начиная с 2015 г. во всех автомобилях скорой медицинской помощи начали устанавливать инновационное оборудование, использование которого открыло возможность оказания догоспитальной медицинской помощи пациентам уже на этапе их транспортировки в медицинское учреждение. Врачи скорой помощи не только полностью освобождаются от ручного заполнения документов, но также обеспечиваются доступом к электронной истории болезни пациента. В результате такой информационной организованности быстрее и более точно устанавливается диагноз, обеспечивается автоматическая передача личных и медицинских данных непосредственно из автомобиля в то медицинское учреждение, в которое транспортируют больного. Следовательно, медперсонал встречает пациента в полной готовности и не тратит драгоценные минуты на диагностику и знакомство с его анамнезом.

Еще одной успешной практикой стало оборудование спецавтомобилей современной госпитальной биометрической лабораторией для проведения общеклинического исследования крови. В мобильной лаборатории проводятся обследования и принимаются анализы крови на дому у пациентов с ограниченными возможностями передвижения (престарелых и лежачих) и пациентов с инфекционными заболеваниями, в том числе с COVID-19. Через 30 минут анализы передаются лечащему врачу, который дистанционно назначает лечение или рекомендует пациенту госпитализацию. Это существенно ускоряет процесс принятия решения относительно лечения пациента. [6]

По второму направлению Дания является одним из мировых лидеров по применению информационных технологий, повышающих эффективность управления данными и здоровье. Еще в 1995 г. была создана Национальная

медицинская информационная система MEDCOM - база медицинских данных пациентов. Ежедневно она передает более 80 тыс. сообщений от аптек, станций скорой помощи, врачей, лабораторий и муниципалитетов. Система позволяет осуществлять заказ медицинских услуг, выписывать, передавать и хранить электронные назначения, рецепты, направления к узким специалистам и в стационары, выписные эпикризы, электронные истории болезни, результаты анализов из лабораторий. Сеть MEDCOM позволяет каждому стационару отправлять нужную информацию врачам общей практики, врачу – в любой момент проконсультироваться с клиническим фармацевтом, провизору – получить информацию о лекарствах, выписанных больному. [5]

В целом функции по управлению данными о здоровье в Дании осуществляют 3 органа: Исследовательский институт, специализирующейся на борьбе с инфекционными заболеваниями и биологическими угрозами, Управление по защите данных и Комитет по этике исследований в области здравоохранения. [2] Их взаимодействие позволяет более широко использовать данные о здоровье, обеспечивая, например, их связь с биологическими данными, а также с другими социальными данными в масштабе населения страны. При этом проекты связывания данных должны в обязательном порядке получать одобрение Комитета по этике.

Таким образом, в Дании созданы все условия для обеспечения широкого доступа исследователей к данным о здоровье для развития превентивной медицины. Но эти действия осуществляются не только для достижения экономических целей посредством снижения расходов системы здравоохранения вследствие раннего предупреждения заболеваний и сокращения длительности нетрудоспособного времени граждан. Достигаются также и социальные цели, и работа Комитета по этике направлена именно на их реализацию. Соответственно, можно сделать вывод, что в сфере здравоохранения Дании успешно реализуются экономический и социальный аспекты устойчивого развития.

### **2.3. Испания**

Медицина в Испании признана одной из самых лучших и современных не только в Европе, но и в мире. Как уже было отмечено, практически все страны ЕС отличаются высоким уровнем медицинского обслуживания. Однако в Испании оно является наиболее эффективным, поэтому именно здесь находятся известные на весь мир медицинские научно-исследовательские институты. Не случайно, что многие медицинские центры в Испании становятся одним из самых популярных направлений медицинского туризма.

Испанская национальная система здравоохранения включает в себя государственные и частные клиники, отличается наиболее широким охватом населения страны и основана на принципах всеобщей и равной доступности медицинских услуг, как с экономической, так и с физической точек зрения. В каждом административном округе Испании обязательно есть как минимум одна государственная больница, оборудованная новейшей медицинской аппаратурой, где работает высококвалифицированный персонал.[19]

Как непосредственно испанцы, так и многие иностранцы, пребывающие на территории страны по разным основаниям и работающие в Испании, имеют карточку социального страхования, на основании которой им выдается индивидуальная санитарная карточка (TSI) с индивидуальным кодом владельца. Она позволяет бесплатно обращаться за различной помощью в государственные медучреждения и облегчает идентификацию обратившегося. Единственное исключение, даже если отсутствует легальный статус, имеют беременные женщины. Им бесплатно безоговорочно предоставляется полное медицинское обслуживание во время беременности и родов.

Также одной из отличительной особенностей системы медицинского обслуживания в Испании является то, что по выписанным в медицинских центрах рецептам в аптеках при предоставлении TSI лекарства отпускаются с существенной скидкой. Такая скидка может составить порядка 40-60 %, в зависимости от категории льготников.

Специализированная помощь врачей узкого профиля оказывается как в государственных, так и в частных медицинских центрах. При этом ярко



выраженной современной тенденцией развития системы медицинского обслуживания в Испании является углубление специализации, особенно частных клиник. Они укрупняются по принципу оказания всего спектра медицинских услуг пациентам с определенными заболеваниями. Это позволяет еще более точно удовлетворять потребности и повышать качество обслуживания пациентов. Кроме того, в случае острой необходимости или при перегрузке государственного медцентра специалисты частных больниц могут предоставлять особые консультации или оказывать медицинскую помощь пациентам государственных больниц.

Система здравоохранения Испании имеет некоторую уникальность и в предоставлении неотложной медицинской помощи. Во-первых, ее круглосуточно предоставляют все государственные больницы, а, во-вторых, скорую помощь можно вызвать только в экстренных случаях, когда возникает ситуация, связанная с риском для жизни, и у пациента нет возможности самостоятельно добраться до ближайшего отделения. В не критичных ситуациях дежурный врач скорой помощи может только дополнительно проконсультировать пациента по телефону при вызове. В составе бригады неотложной помощи отсутствует врач, а задача фельдшера бригады состоит только в том, чтобы как можно оперативнее доставить больного до стационарной больницы, где ему будет оказана профессиональная помощь.

Популярность испанских клиник среди иностранных пациентов обусловила необходимость составления их рейтинга для адекватного выбора клиники. Как правило, ранжирование медицинских центров основывается на следующих показателях [13]:

- материально-техническая база учреждения,
- применение инновационных методов лечения в сочетании с накопленным многолетним опытом,
- научно-исследовательская деятельность,
- кадровый состав и подбор персонала,
- индивидуальный подход к каждому больному,
- отзывы пациентов и авторитетные комментарии специалистов.

В дополнение к обозначенным критериям часто при составлении рейтингов добавляются такие аспекты, как участие медицинского центра в программе медицинского туризма, возможность организации координационной взаимосвязи с профильными зарубежными клиниками, а также условия лечения и реабилитационного курса для иностранных пациентов.

Наряду с такими показательными социальными направлениями развития и реформирования испанской медицины, немаловажное значение придается и экономическим аспектам ее функционирования. Так, повышение уровня цифровизации деятельности медицинских учреждений Испании осуществлялось на основе создания единой интернет-системы и введения электронных медицинских карт пациентов и рецептов. Это обеспечило возможность из любой точки страны узнать историю болезни и полученные ранее результаты анализов у пациента. По некоторым оценкам [15] почти 70% рецептов в Испании выписываются в электронном виде и более 20 млн. медицинских карт уже оцифровано.

В соответствии с рассмотренными особенностями испанской медицины с позиции устойчивого развития можно сделать вывод о ее высокой социальной ответственности и неукоснительном соблюдении принципа экономической целесообразности.

#### **2.4. Австрия**

Значительная часть реформ в области здравоохранения в Австрии направлены на реорганизацию системы первичной медико-санитарной помощи. Начиная с 2013 года, был принят ряд документов, определяющих цели и задачи и направленных на разработку усовершенствованной модели учреждения первичной медико-санитарной помощи (УПМСП). Так, в 2014 году Федеральной комиссией по контролю за целями была разработана концепция модернизации УПМСП под названием «Команда, окружающая семейного врача», основной целью которой выступило создание меж- и многопрофильной медицинской организации, включающей штат специалистов разного профиля. [20] Главная идея такого преобразования заключается в организации работы

врачей в виде единой структурированной профессиональной команды, способной оказывать полный спектр медицинских услуг. Причем специалисты, находящиеся «вокруг семейного врача», могут осуществлять свою деятельность как в пределах одного здания, так и в разных. Основное условие состоит в том, чтобы они находились все в близком территориальном расположении по отношению к дому пациентов. Согласно разработанной концепции, бригады первичной медико-санитарной помощи, основу которых составляют врачи общей практики и квалифицированный медперсонал, могут также включать и некоторых других специалистов при возникновении такой необходимости. Основные профессиональные группы, которые могут быть включены в состав такой бригады, приведены на рисунке 2.

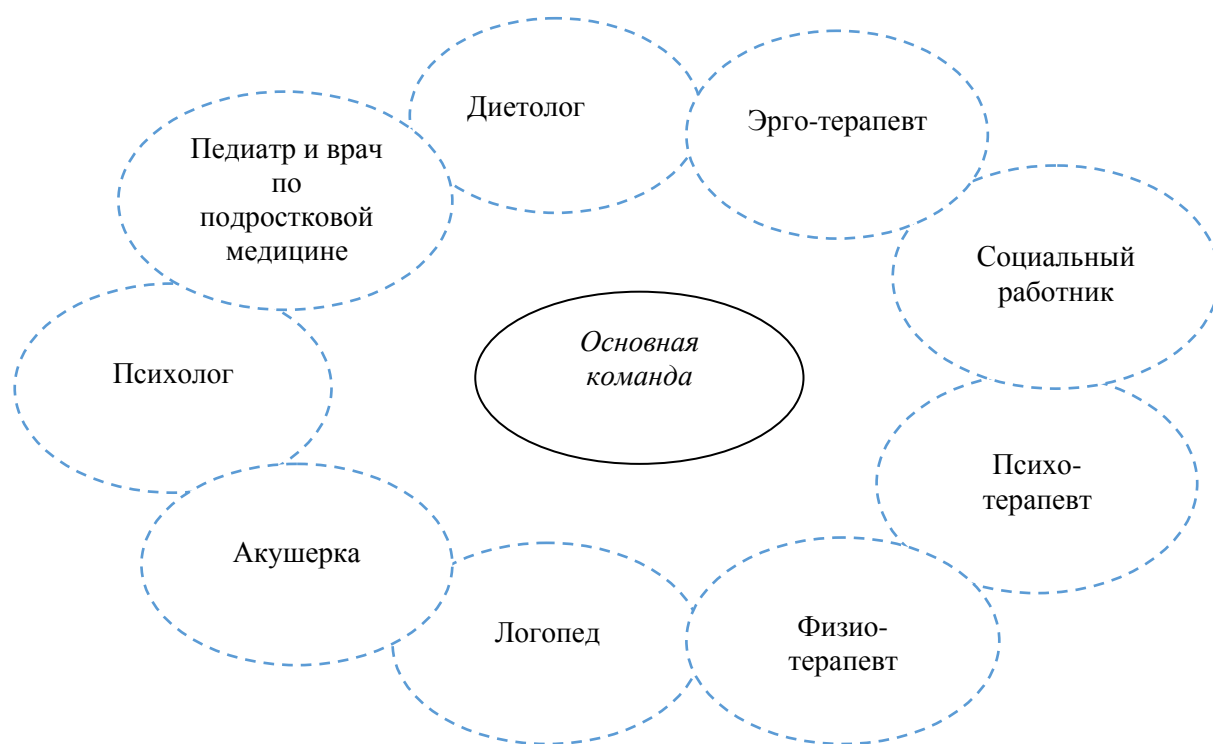


Рисунок 2 – Нормативно рекомендуемый состав команды, «окружающей семейного врача»

Стоит отметить, что согласно основной идее создания нового УПМСП предусматривается постоянное и тесное сотрудничество в виде групповых встреч между членами основной группы и представителями медицинских и социальных профессий, которые вовлечены в процесс оказания первичной медико-санитарной помощи. Главным образом, это нацелено на обмен

информацией об определенном пациенте и на комплексное рассмотрение конкретного клинического случая с целью улучшения процесса лечения и скорейшего выздоровления больного.

Также интересным моментом в представленной концепции является то, что в качестве одной из главных задач нового УПМСП выделены профилактика, укрепление здоровья, а также повышение грамотности населения в данных вопросах. В первую очередь, это связано с тем, что ранее мероприятия по укреплению здоровья австрийских граждан проходили под эгидой национальных или региональных инициатив, не затрагивая первичную медико-санитарную помощь. Кроме того, некоторые исследования показали, что врачи общей практики склонны подходить к вопросам сохранения здоровья граждан с точки зрения простых медицинских методов профилактики, например, вакцинации и т.д. Введение подобной задачи направлено не столько на сокращение рисков развития отдельных заболеваний, сколько на повышение знаний, мотивации и умений в области здоровья у населения с целью использования их в повседневной жизни при принятии различных решений.

За разработкой концепции новой модели первичной медико-санитарной помощи последовало принятие в 2017 году Федерального закона о реформе здравоохранения, в котором были четко сформулированы и официально закреплены основные положительные эффекты оказания меж- и многопрофильных медицинских услуг, а также главные требования, предъявляемые к УПМСП [22]:

1) Хорошая транспортная доступность, близость к месту жительства пациентов.

2) Часы работы врача в УПМСП как минимум с понедельника по пятницу, и обязательно в дневное время.

3) Организация доступности медицинской помощи при острых случаях в нерабочие часы по согласованию и сотрудничеству с другими медицинскими учреждениями и, при необходимости, с привлечением резервных услуг.

4) Включение имеющихся телемедицинских, телефонных и Интернет-сервисов в концепцию доступности.

5) Обеспечение посещений домов.

6) Обеспечение непрерывности в лечении и уходе, в частности, хронических больных и мультиморбидных пациентов, а также паллиативных пациентов; непрерывности процессов обработки информации между уровнями медицинской помощи.

7) Доступ для людей с ограниченными возможностями и голосовые услуги по требованию.

8) Наличие необходимого (медико-технического) и аппаратного оборудования.

9) Участие в национальных программах профилактики и скрининга, а также в интегрированных программах обслуживания пациентов.

На наш взгляд, направления развития австрийской первичной медико-санитарной помощи ориентированы на достаточно широкую группу населения. Это связано с тем, что подобный намеченный курс модернизации позволяет не только грамотно и своевременно оказывать медицинскую помощь пациентам, но так же и играет значительную роль в процессе формирования определенных знаний и умений граждан, позволяющих им не только бороться с заболеваниями и предотвращать их развитие, но и справляться с порой не самым приятным течением хронических заболеваний путем повышения осведомленности в данном вопросе. Таким образом, в преобразованиях австрийской системы здравоохранения акцент делается на улучшение социальной составляющей устойчивого развития.

## **2.5. Германия**

В Германии при совершенствовании организации деятельности медицинских центров в последние годы очень пристальное внимание уделяется созданию их устойчивой архитектуры. Данное понятие относится к состоянию зданий и сооружений медицинской организации, а также к пространству, в котором пребывают пациенты. В целом создание устойчивой архитектуры

строится на трех аспектах [4, 16 и др.], которые в систематизированном виде представлены на рисунке 2.



Рисунок 2 – Составляющие устойчивой архитектуры медицинских организаций

Для оценки устойчивой архитектуры разрабатываются и вводятся системы сертификации «зеленой архитектуры». Самым известным и широко используемым в отношении медицинских организаций в Германии является «Руководство по устойчивому строительству Германии». Причем оно применяется не только на этапе возведения здания и подбора применяемых строительных материалов, но также позволяет оценивать этап эксплуатации здания в перспективе на пятьдесят лет.

В Руководстве содержится шкала рейтинга устойчивости архитектуры для проведения оценки медицинских центров при сертификации по экологическим и энергоэффективным стандартам LEED и DGNB. Рейтинг основан на использовании критериев [4], представленных в таблице 1.

Таблица 1 – Критерии рейтинга устойчивости архитектуры Руководства по устойчивому строительству Германии применительно к медицинским центрам

Наименование критерия	Содержание требований
Ресурсосбережение	Оценивается энергоэффективность здания медцентра с позиции теплозащиты, отопления, горячего водоснабжения, вентиляции и кондиционирования воздуха, охлаждения, использования возобновляемых источников энергии. Цель – сокращение первичного и конечного спроса на энергию.
Экологичность	Оценивается общее воздействие медцентра на окружающую среду на этапах строительства, эксплуатации и утилизации здания. Цель – сокращение выбросов загрязняющих веществ, минимизация нагрузки на окружающую среду и устойчивое сохранение ресурсов.
Экономичность	Оцениваются расходы на возведение здания медцентра, его текущую эксплуатацию, капитальные ремонты и утилизацию. Также оценивается инвестиционный потенциал медцентра как объекта долгосрочных инвестиций. Цель – снижение стоимости квадратного метра.
Социокультурная среда	Оценивается комфорт пользователей медцентра – самочувствие сотрудников и качество их работы, благополучие пациентов и влияние на ускорение их выздоровления, имиджевое состояние медцентра и его корпоративный дизайн. Цель – повышение температурного, акустического и визуального комфорта.
Технологичность	Оценивается уровень механизации и автоматизации технических систем медцентра, а также уровень применяемых информационных технологий и медицинского оборудования. Цель – повышение информационно-технического уровня систем и процессов медцентра.
Планировочная структура	Оценивается качество планирования с позиции оптимизации выполняемых процессов на этапах возведения и эксплуатации медцентра. Цель – комплексность и целостность планировочного решения с высоким уровнем детализации и максимально простой осуществимости процессов.
Строительство и возведение объекта	Оценивается качество строительства и строительного надзора, в том числе с позиции качества используемой документации, снижения отходов, строительного шума и пыли. Цель – четкое, чистое и экономичное выполнение запланированных процессов.
Долговечность и возобновляемость	Оценивается долгосрочное качество здания медцентра, технологии и процессы. Цель – повышение эффективности технического обслуживания здания.

Согласно устойчивому подходу, пространство медицинской организации должно быть максимально комфортным для пребывания в нем людей – медперсонала и пациентов. Акценты ставят на использовании преимущественно естественного освещения, как можно шире используют озеленение пространства, применяют панорамное освещение, используют современный дизайн при оформлении и др.

Следовательно, в Германии наибольшее внимание в последних шагах по совершенствованию деятельности медицинских организаций уделяется экономической и экологической составляющим устойчивого развития.

В целом, обобщая опыт стран ЕС в области устойчивого развития медицинских организаций, хотелось бы отметить, что в то время, как в одних странах, например, во Франции и Испании, политика в области здравоохранения направлена на формирование больших специализированных центров, где стараются собрать всю лучшую технику и умы государства, в других, например, в Австрии, наоборот, создают центры, где можно получить помощь совершенно разноплановых специалистов. Это говорит о том, что модернизация медицинских организаций может идти в разных направлениях и в каждом случае может быть достаточно эффективной. При этом в деятельности медцентров вполне успешно реализуются все три аспекта устойчивого развития, однако в большей степени явное проявление имеют социальный и экономический аспекты.

### **3. Рекомендации по улучшению деятельности российских медицинских организаций на основе системы критериев устойчивого развития по опыту стран Европейского Союза**

При совершенствовании деятельности медицинских учреждений в России в соответствии с новой моделью медициной организации, на наш взгляд, достаточно глубоко реализуется экономическая составляющая устойчивого развития. Заложенные в этой модели принципы бережливого производства обеспечивают возможность сокращения различного рода потерь (временных, финансовых, материальных) и повышения производительности работы персонала. Вместе с тем, изученный зарубежный опыт стран ЕС показал, что в медицинских организациях очень высокую важность в последние годы приобретает социальный аспект устойчивого развития, и в некоторой степени проявляется экологический аспект. Считаем целесообразным при разработке системы показателей, характеризующих устойчивое развитие современной



медицинской организации, за основу взять критерии и показатели в соответствии с новой моделью медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, уточнить их и дополнить критериями, отражающими социальную и экологическую составляющие устойчивого развития медицинской организации. Рекомендуемые критерии, приведенные в таблице 2, основаны на критериях, представленных в приложении А, но несколько уточнены и дополнены (выделено курсивом) с учетом социальной и экологической ориентированности в развитии медицинских центров.

Безусловно, каждый медицинский центр индивидуален, и аспекты устойчивого развития могут быть реализованы в разных формах. Однако, по нашему мнению, предлагаемый набор оценочных критериев и определяющих их индикаторов позволяет в целом провести комплексную оценку достигнутого уровня устойчивого развития российской медицинской организации, функционирующей в любой сфере медицинской деятельности.

Таблица 2 – Рекомендуемые критерии оценки устойчивого развития медицинской организации

Критерии	Индикаторы
1. Управление потоками пациентов	1.1. Отсутствие пересечений потоков движения пациентов при предоставлении стандартизированных услуг
	1.2. Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении индивидуальных услуг
	1.3. Отсутствие необоснованных возвратов пациента в потоке процесса оказания медицинской помощи
	<i>1.4. Оптимальность очереди ожидания обслуживания до назначенного посещения медицинской организации</i>
	<i>1.5. Отсутствие очереди на обслуживание на территории медицинской организации по предварительной записи</i>
	<i>1.6. Оптимальность времени протекания потоков обслуживания пациентов</i>
2. Качество пространства	2.1. Достаточность мест в зонах комфортного ожидания обслуживания пациентов
	2.2. Эффективность системы навигации в медицинской организации
	2.3. Уровень организации системы информирования в медицинской организации
	<i>2.4. Удовлетворенность сотрудников рабочим пространством</i>
	<i>2.5. Удовлетворенность пациентов организацией и физической комфортностью пространства</i>
	<i>2.6. Оптимальность планировочных решений и возможность быстрой перепланировки</i>

	<i>2.7. Организация предоставления дополнительных услуг для людей с ограниченными возможностями</i>
3. Управление запасами	<i>3.1 Бесперебойность и своевременность снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами</i>
	<i>3.2 Экономическая и физическая оптимальность объемов запасов лекарственных средств, изделий медицинского назначения и прочих материалов</i>
	<i>3.3. Повышение оборачиваемости запасов</i>
	<i>3.4. Оптимальность структуры запасов</i>
4. Стандартизация процессов	<i>4.1 Соответствие текущей деятельности стандартизированной работе улучшенных процессов</i>
	<i>4.2. Своевременность пересмотра стандартов улучшенных процессов</i>
	<i>4.3. Повышение времени добавления ценности на приеме пациентов врачом</i>
	<i>4.4. Выравнивание нагрузки между сотрудниками в одном рабочем пространстве</i>
	<i>4.5. Уровень охвата стандартизированной работой</i>
	<i>4.6. Отсутствие несоответствий требованиям стандартов</i>
5. Качество медицинской помощи	<i>5.1 Отсутствие взысканий со стороны контрольно-надзорных органов за качеством медицинской помощи</i>
	<i>5.2 Отсутствие претензий к оказанным услугам со стороны пациентов</i>
	<i>5.3 Отсутствие повторных обращений за аналогичными услугами в стандартизированный срок</i>
	<i>5.4. Ускорение выздоровления пациентов</i>
	<i>5.5. Обеспечение комплексности принятия решений в процессе лечения</i>
	<i>5.6. Оптимальность нахождения пациента на больничном листе</i>
	<i>5.7. Качество рецептурных назначений врачей</i>
	<i>5.8. Положительный имидж медицинской организации</i>
6. Вовлеченность персонала в улучшения процессов	<i>6.1 Вовлеченность руководителей медицинских организаций и их заместителей во внедрение прогрессивных технологий обслуживания и лечения пациентов</i>
	<i>6.2 Уровень организации системы подачи и реализации предложений по улучшению</i>
	<i>6.3. Степень участия персонала в улучшении деятельности организации</i>
	<i>6.4. Повышение объема вознаграждений персонала за реализацию предложений по улучшению деятельности</i>
7. Формирование системы управления	<i>7.1. Уровень организации системы визуального управления процессами</i>
	<i>7.2. Гибкость и повышение скорости принятия решений в нестандартных ситуациях</i>
	<i>7.3. Актуальность миссии, целей и задач развития медицинской организации</i>
8. Эффективность использования ресурсов	<i>8.1. Повышение производственной нагрузки оборудования</i>
	<i>8.2. Эффективность эксплуатации здания медицинской организации</i>
	<i>8.3. Выполнение и улучшение экологических показателей</i>

	<i>деятельности</i>
	<i>8.4. Оптимальность расходования финансовых ресурсов</i>
	<i>8.5. Повышение производительности труда персонала</i>
	<i>8.6. Сокращение потерь рабочего времени</i>
	<i>8.7. Отсутствие потерь творческого потенциала</i>
<i>9. Цифровизация деятельности</i>	<i>9.1. Организация компьютеризированной системы ведения медицинской документации</i>
	<i>9.2. Организация электронного обмена данными между всеми участниками процесса оказания медицинской помощи и пациентами</i>
	<i>9.3. Организация непрерывности процесса обработки информации между уровнями медицинской помощи</i>
	<i>9.4. Интегрируемость данных о пациентах в другие базы данных</i>
<i>10. Социокультурная среда</i>	<i>10.1. Уровень клиентоориентированности деятельности организации</i>
	<i>10.2. Уровень организации профилактической и просветительской деятельности</i>
	<i>10.3. Уровень психологического комфорта пребывания пациента в организации</i>

Удовлетворение предлагаемых в качестве индикаторов требований к устойчивому развитию требует от медицинской организации пересмотра подходов к управлению деятельностью в текущем и перспективном периодах. В европейской практике для достижения целей устойчивого развития в системах здравоохранения развитых стран начали внедряться пилотные проекты, основанные на применении концепции ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ). Они направлены на повышение качества и ценности медицинской помощи для пациента, что обеспечивается на уровне медицинской организации, но условия для этого создаются в рамках национальной системы здравоохранения.

Понятие ценности в системе здравоохранения официально определено положениями документа Health 2020: the European policy for health and well-being (Здоровье-2020: европейская политика в области здравоохранения и благополучия), который был составлен экспертами ВОЗ еще в 2012 г. В нем отражены такие основные принципы ЦОЗ, как предоставление качественных медицинских услуг, соблюдение справедливости при их оказании населению, привлечение населения к формированию национальной системы здравоохранения с внедрением принципов пациент-ориентированности в организации деятельности медицинских учреждений. [21] В более поздних

вариантах рассмотрения ключевых положений ЦОЗ указывается на необходимость [10]:

- разработки комплексных междисциплинарных стандартов оказания медицинской помощи на основании международных клинических рекомендаций;

- организации оптимальной маршрутизации пациентов;

- внедрения принципов доказательной медицины, что позволит снизить избыточные услуги и упростить подходы к лечению;

- пакетного финансирования для выполнения всех действий, описанных в стандартах оказания медицинской помощи.

Таким образом, суть концепции ЦОЗ состоит в смещении акцента государственной политики в области здравоохранения с контроля процессов, объемов и исходов оказания медицинской помощи к контролю конечных результатов, действительно важных для пациента [8]. Соответственно, целью ЦОЗ выступает не минимизация расходов на предоставление медицинских услуг, а максимизация их ценности для пациента. При этом на протяжении всей цепочки оказания медицинской помощи во всех задействованных в этой цепочке медицинских организациях должна реализовываться концепция ЦОЗ для достижения ожидаемого пациентом конечного результата.

Внедрение принципов ЦОЗ предполагает установление корреляционной зависимости между расходами, направляемыми на оказание медицинской помощи, и ее результатом. Согласно данной концепции, повышение объемов финансирования системы здравоохранения должно напрямую отражаться на улучшении показателей общественного здоровья. [18] Иными словами ЦОЗ подразумевает улучшение исходов для пациентов при оптимизации затрат для системы здравоохранения.

Для России внедрение принципов ЦОЗ в настоящее время имеет не только высокую актуальность, но, в отличие от многих стран, является вполне осуществимым. В нашей стране имеются все базовые предпосылки для быстрого перехода к этим принципам, исходящие еще из советской

медицинской практики, которая имела высокую социальную ориентированность.

В связи с этим, еще в конце 2018 года Центр развития здравоохранения Московской школы управления СКОЛКОВО приступил к реализации проекта «Ценностно-ориентированное здравоохранение в России». Было определено, что внедрение ЦОЗ базируется на шести основных принципах:

- организация интегрированной медицинской помощи по каждой нозологии,
- мониторинг исходов на индивидуальном уровне,
- мониторинг затрат на индивидуальном уровне,
- разработка пакетных платежей за цикл лечения,
- междисциплинарная система оказания медицинской помощи,
- развитие ИТ-платформы для поддержки системы оказания медпомощи и учета результатов [10].

Для более наглядного представления отличительных особенностей концепции формирования системы здравоохранения на принципах ЦОЗ от традиционно построенной системы здравоохранения страны [23] представим их сравнительную характеристику (таблица 3).

Таблица 3 – Сравнительный анализ традиционного и ценностно-ориентированного здравоохранения

Традиционное здравоохранение	Ценностно-ориентированное здравоохранение
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Планирование, контроль и оплата процессов и объемов медицинской помощи.</li> <li>– Контроль показателей, не всегда важных для пациента (количество посещений, объем выполненных процедур, количество койко-мест и др.).</li> <li>– Мониторинг затрат и исходов на популяционном уровне.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Контроль конечного результата.</li> <li>– Контроль стандартных исходов, важных для пациентов:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– быстрый и точный диагноз, возможность полного излечения, побочные эффекты,</li> <li>– пятилетняя выживаемость,</li> <li>– качество жизни,</li> <li>– самостоятельность,</li> <li>– беспокойство/депрессия,</li> <li>– время, требуемое для возврата к работе,</li> <li>– профилактика.</li> </ul> </li> <li>– Мониторинг затрат и исходов на индивидуальном уровне.</li> </ul>

Несмотря на значимые различия между сравниваемыми системами здравоохранения, деятельность медицинских организаций направлена при использовании любой модели системы на получение таких важных выгод, как безопасность и эффективность. Ключевое же отличие в контексте получаемых выгод состоит в том, что при традиционной системе эффективность рассматривается как обеспечение меньших затрат системы здравоохранения на получение одинаковых результатов, а при использовании концепции ЦОЗ эффективность выражается в получении лучших результатов для пациента.

Хотя переход к ЦОЗ имеет высокую важность, на уровне российского национального законодательства существует много пробелов, которые не позволяют быстро внедрить эту систему в российских условиях. Чтобы создать эффективную систему здравоохранения и обеспечить ее устойчивое развитие, необходимо сместить приоритеты в сторону профилактики, а не лечения.

## Список использованных источников

1. «Бережливая поликлиника»: первые результаты и основные критерии работы. – URL: <https://tass.ru/obschestvo/6262769>
2. Большие данные для крепкого здоровья: опыт Дании. - URL: <https://oecd-russia.org/analytics/bolshie-dannye-dlya-krepkogo-zdorovya-opyt-danii.html>
3. ВОЗ: COVID-19 бьет по системам здравоохранения – как смягчить удар // Дайджест новостей. Лучшие практики достижения целей устойчивого развития в России и мире. – М.: НОЦ устойчивого развития, ИФУР, РАНХиГС . – 2020. – Вып. 3. – С. 27-28.
4. Ерыков А. А. Устойчивое развитие архитектуры современных медицинских центров / А. А. Ерыков // Инновации и инвестиции. – 2020. – № 3. – С. 265-268.
5. Медицина в Дании. – URL: [http://www.bakumedinfo.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1361:2011-02-17-18-02-46&catid=1:2010-04-12-05-04-04&Itemid=2](http://www.bakumedinfo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1361:2011-02-17-18-02-46&catid=1:2010-04-12-05-04-04&Itemid=2)
6. Медицина старейшего королевства. Каков уровень здравоохранения в Дании. - URL: [https://aif.ru/society/healthcare/medicina\\_stareyshego\\_korolevstva\\_kakov\\_uroven\\_zdravoohraneniya\\_v\\_danii](https://aif.ru/society/healthcare/medicina_stareyshego_korolevstva_kakov_uroven_zdravoohraneniya_v_danii)
7. Методические рекомендации (2-е издание с доп. и уточ.) «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (утв. Министерством здравоохранения РФ 30.07.2019 г.) // Справочно-правовая система «Гарант». – URL: <https://base.garant.ru/72205018/>
8. Мусина Н. З. Концепция ценностноориентированного здравоохранения / Н. З. Мусина, В. В. Омельяновский, Р. В. Гостищев, О. А. Сухоруких, В. К. Федяева, Н. Н. Сисигина, Д. Г. Щуров // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2020. – № 4. – С. 438-451.

9. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. – URL:  
<http://static.government.ru/media/files/BbKvslcSzi7i6jBsJ2Ffm22SABoAMtu1.pdf>
10. Представлен проект «Ценностно-ориентированное здравоохранение в России». – URL: <https://medvestnik.ru/content/articles/Predstavlen-proekt-Cennostno-orientirovannoe-zdravoohranenie-v-Rossii.html>
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» // Справочно-правовая система «Гарант». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/>
12. Прокинова А. Н. Некоторые аспекты реформирования системы здравоохранения Франции / А. Н. Прокинова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 6. – С. 148-152.
13. Рейтинг лучших медицинских центров Испании. – URL: <https://espanarusa.com/ru/pedia/article/423322>
14. Рейтинг стран по уровню медицины. – URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health-care-index>
15. Реформа Минздрава помогла Испании сэкономить 5 млрд. евро за два года. – URL: <https://espanarusa.com/ru/news/article/511852>
16. Сальмина О. Е. Принципы создания устойчивой архитектуры / О. Е. Сальмина, Т. Ю. Быстрова // Академический вестник УралНИИпроект РААСН. – 2015. – № 4. — С. 36-40.
17. Солодкий В. А. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет / В. А. Солодкий, В. И. Перхов, Р. В. Стебунова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 36-48.
18. Шахабов И. В. Ценностный подход в управлении медицинской организацией: оптимизация взаимосвязи затрат и результатов /



- И. В. Шахабов, Ю. Ю. Мельников, А. В. Смышляев // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – № 4 – С. 49-54.
19. «Южная модель» в действии. Медицина, здравоохранение Испании. – URL: <https://www.medicinform.net/medmir/spain.htm>
  20. «Das Team rund um den Hausarzt». Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. – Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2014.
  21. Health 2020: the European policy for health and well-being. – URL: <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/regional-directors-emeritus/dr-zsuzsanna-jakab,-2010-2019/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
  22. PrimVG (2017): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten [Федеральный закон об оказании первичной медико-санитарной помощи в учреждениях первичной медико-санитарной помощи]. BGBl. I Nr. 131/2017.
  23. Value-Based Healthcare в России. – URL: <https://www.skolkovo.ru/news/value-based-healthcare-v-rossii/>

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

№ п/п	Показатели	Целевое значение
<i>1. Управление потоками пациентов</i>		
1.1	Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике	Не более 3 пересечений
1.2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период	Не более 1 пересечения
1.3	Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи	Не более 1 действия, порождающего возврат по потоку
<i>2. Качество пространства</i>		
2.1	Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов	Не менее 1 места в зоне (1 посадочное место для размещения 1 посетителя), на 200 посещений плановой мощности
2.2	Организация системы навигации в медицинской организации	Поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.), в том числе в точке ветвления маршрута, занимает не более 30 секунд
2.3	Организация рабочих мест по системе 5С	Реализованы 3 и более шага в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С для всех рабочих мест
2.4	Организация системы информирования в медицинской организации	Наличие 100% элементов информации от их общего объема, указанного в Контрольном листе оценки системы информирования в медицинской организации
<i>3. Управление запасами</i>		
3.1	Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами от склада поставщика до медицинской организации	Уровень запасов на складе медицинской организации не превышает четверти объема годовой закупки
3.2	Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами и их расходования в медицинской организации осуществляется по принципу "точно вовремя"	Уровень запасов не превышает недельную норму расходования (для кабинетов врачебного приема, процедурных, перевязочных, кабинетов забора биоматериала). За исключением определенного перечня лекарственных средств, требующих специальных условий учета и хранения
<i>4. Стандартизация процессов</i>		
4.1	Соответствие текущей деятельности медицинской организации стандартизированной работе улучшенных процессов	100% (доля соответствия текущей деятельности разработанным стандартам улучшенных процессов)
4.2	Пересмотр стандартов улучшенных процессов	Пересмотр стандартов улучшенных процессов

		не реже 1 раза в год, актуализация по мере необходимости
4.3	Время добавления ценности на приеме пациентов врачом	Не менее 50% от общего времени приема
4.4	Выравнивание нагрузки между сотрудниками в процессе трудовой деятельности в одном рабочем помещении	Колебания нагрузки между сотрудниками (врач и медицинская сестра, медицинская сестра и медицинская сестра, регистратор и регистратор и т.д. ), осуществляющими прием в одном рабочем помещении составляет не более 30%
<i>5. Качество медицинской помощи</i>		
5.1	Количество штрафов/удержаний/ снятий, взысканных страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля, экспертизы качества медицинской помощи	Планомерное снижение показателей не менее чем на 5% ежегодно по сравнению с предыдущим годом
5.2	Сумма штрафов/удержаний/ снятий, взысканных страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля, экспертизы качества медицинской помощи	Планомерное снижение показателей не менее чем на 5% ежегодно по сравнению с предыдущим годом
<i>6. Доступность медицинской помощи</i>		
6.1	Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи	Не менее 90% - доля посещений по установленному времени; Не менее 90% - доля посещений по предварительной записи
6.2	Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации	Доля записей, произведенных без посещения регистратуры, составляет не менее 50%
6.3	Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений	Не более 3 (трех) посещений
<i>7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов</i>		
7.1	Вовлеченность руководителей медицинских организаций и их заместителей во внедрение бережливых технологий	Не менее 1 проекта по улучшению в год у руководителя медицинской организации и его заместителей
7.2	Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению	Доля реализованных улучшений от принятых предложений составляет не менее 30%, с увеличением на 5% ежегодно
<i>8. Формирование системы управления</i>		
8.1	Визуальное управление процессами	Не менее 5 процессов (в соответствии с блоками системы SQDCM) управляются через инфоцентр
<i>9. Эффективность использования оборудования</i>		
9.1	Производственная нагрузка оборудования	Коэффициент: не менее 80% в отношении оборудования, используемого в диагностических целях