

А.А. Аканов, К.А. Тулебаев, Б.С. Турдалиева, К.К. Куракбаев, К.Б. Карibaев, С.Б. Калмаханов,
Г.Е. Аимбетова, В.Ю. Байсугурова, М.А. Рамазанова, Л.К. Кошербаева,
И.К. Карibaева, Г.Д. Кузиева

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

МОДЕЛЬ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ UNICLINIC

Залогом успешного развития любой страны во многом определяется развитием системы здравоохранения, образования и науки. В настоящее время важное место отводится задаче интеграции науки, образования и практической деятельности как одному из ключевых факторов развития экономики и общества, основанных на знаниях. В мире основными центрами обучения, научных исследований и оказания медицинской помощи наивысшего уровня являются университетские клиники или академические медицинские центры, являющиеся ядром в системе здравоохранения. В данной статье приведены шаги внедрения модели университетской клиники в деятельность клиники КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.

Ключевые слова: университетская клиника, модель университетской клиники, принципы университетской клиники.

Как известно, одной из ключевых задач медицинского учреждения является сохранение и укрепление здоровья населения. В условиях дальнейшего развития и совершенствования медицинской помощи населению недостаточно решенными являются вопросы менеджмента в медицинских организациях, включающие проблемы управления и организации их деятельности, своевременность внедрения новых технологий, обеспечения взаимодействия образовательных, научных и практических организации, использования научно-педагогического потенциала научно-образовательных центров.

Здравоохранение представляет собой область деятельности, которая обеспечивает права населения на охрану здоровья, являющегося достоянием нации, и в связи с этим остается приоритетным направлением в политической, экономической и социальной жизни страны. В сегодняшних условиях становления рынка медицинских услуг на фоне проводимых экономических реформ в Республике Казахстан (РК) изменяются требования к системе управления в организациях здравоохранения [1]. Реформирование системы здравоохранения РК ориентированы на внедрение рыночных механизмов хозяйствования и управления и предусматривает рациональное использование ресурсов (финансовых, материально-технических, кадровых и информационных). Совершенствование управления человеческими ресурсами в области здравоохранения, развитие и модернизация медицинского образования и науки одни из наиболее приоритетных задач развития системы здравоохранения РК [2].

В связи с необходимостью развития клинической и научной деятельности, а также развития клинической помощи были разработаны модель и принципы университетской клиники КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова; и сделана попытка внедрения модели и принципов деятельности клиник. Данная модель (рисунок 1) университетской клиники разработана на основании изучения литературных источников, методов социологического исследования и анализа данных на базе университетских клиник КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, а также результатов научно-исследовательских тем: «Научное обоснование методологических подходов адаптации международных технологий оценки функционирования системы здравоохранения и реализации модели интегрированной медицинской помощи (на примере Университетской клиники КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова)» 2015 года, «Внедрение инновационной модели UNIClinic КазНМУ» 2016 года. Принципы университетской клиники включают: корпоративное управление; формирование корпоративной культуры; пациент-ориентированный подход; интегрированный командный подход; качество медицинской помощи, ОТЗ; система мониторинга и оценки.



Рисунок 1 - Блок-схема модели университетской клиники

Для решения поставленной цели были определены стратегические задачи и пути решения.

Новый больничный менеджмент, предполагает разработку и внедрение следующих компонентов управления, такие как корпоративное руководство и ответственность, новую структуру и функции управления, ориентированность на конечный результат. Корпоративное управление предполагает принятие управленческих

решений путем коллективного обсуждения и утверждения, как на уровне отдельного подразделения, так и на уровне больницы в целом.

Новая структура управления больницей будет представлена системой из нескольких уровней (Рисунок 2). Первый уровень менеджмента составляет: координационный совет, в составе руководства Университета (проректора, директора департаментов по курации, руководство клиник). Возглавляет координационный совет – ректор университета или проректор. Второй уровень – исполнительный совет, в составе директора клиники, заместителей директора, руководителей служб по отдельным направлениям. Руководит деятельностью исполнительного совета директор клиники. Третий уровень – по указанным принципам создаются рабочие группы, куда будут входить руководители служб по направлениям, руководители структурных подразделений и отдельные специалисты.



Рисунок 2 - Блок-схема управления УК

Подразделением первичного – самого главного уровня коллективного руководства и ответственности являются отделения. Заведующий кафедрой, он же заведующий отделением, несет ответственность наравне с сотрудниками отделения. Однако и врачи больницы (сотрудники кафедр и клиницисты) несут личную ответственность за лечение каждого пациента. Исходя из определения, от каждого работника ожидается выполнение должностных обязанностей.

Формирование корпоративной культуры. Культура каждой организации уникальна, имеет свою историю, традиции, ценности, нормы и правила поведения и др. Schein определил корпоративную культуру как «...совокупность основных убеждений, сформированных самостоятельно, усвоенных или разработанных определенной группой по мере того, как она учится разрешать проблемы адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, которые оказались достаточно эффективными, чтобы считаться ценными, а потому передаваться новым членам в качестве правильного образа восприятия, мышления и отношения к конкретным проблемам» [3]. Формирования и совершенствования корпоративной культуры в медицинском учреждении имеют огромное значение для эффективного управления процессами, формирования мотивации, удовлетворенности и лояльности персонала, и что самое главное – для поддержания качества предоставляемых медицинских услуг на высоком уровне.

Модель реализации принципа состоит из нескольких этапов: оценка корпоративной культуры, разработка концепции развития корпоративной культуры, апробация положений концепции, разработка программы развития корпоративной культуры и СМиО (Рисунок 3). **Этап 1** – оценка корпоративной культуры. Состав работ в рамках первого этапа: разработка инструмента (опросник-интервью), анализ текущего состояния корпоративной культуры организации (формирование отчета), формирование критериев оценки качества корпоративной культуры организации (индикаторы оценки). **Этап 2** – Разработка концепции развития корпоративной культуры. Этап направлен на разработку общих положений по развитию корпоративной культуры организации, которые будут положены в основу программы ее развития. **Этап 3** - Апробация основных положений концепции развития КК. **Этап 4** – Разработка программы развития КК в организации. **Этап 5** – непрерывная система мониторинга и оценки формирования корпоративной культуры.

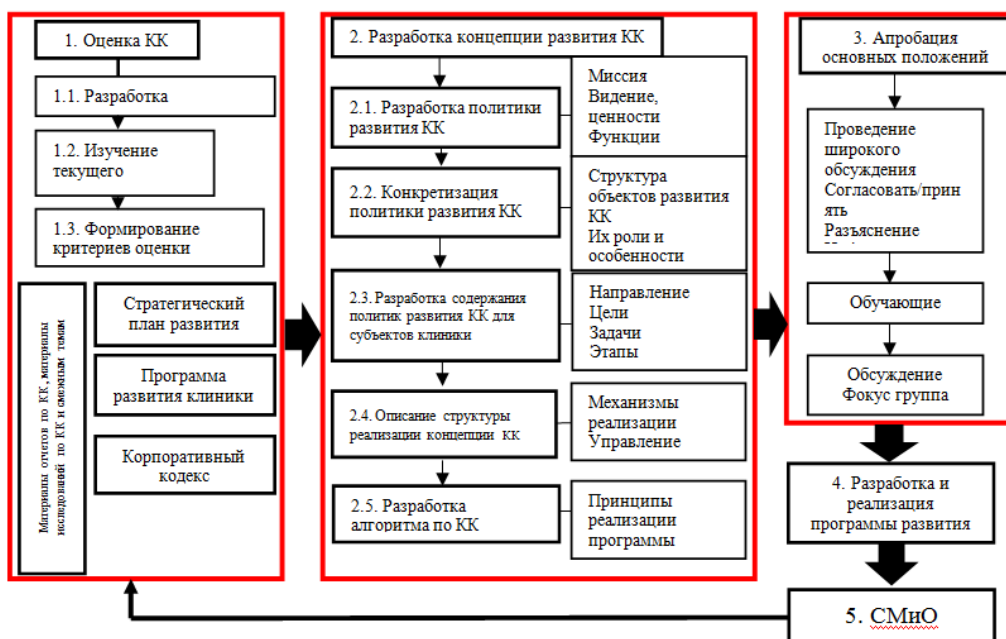


Рисунок 3 - Блок-схема модели формирования корпоративной культуры

Главной целью мониторинга корпоративной культуры является создание инструментария и базы для принятия управленческих решений в сфере текущих и стратегических задач, а также для прогнозирования потенциала организации в ситуации изменений. Руководство учреждения четко осознает, что сильная корпоративная культура является уже сама по себе чем-то ценным для каждого работника, удовлетворяющим его потребности в уважении, признании, причастности, успехе, творчестве и сотрудничестве, обеспечивающим внутреннее вознаграждение сотрудников [4].

Пациент-ориентированный подход. Наиболее полным определением пациент ориентированного подхода (ПОП), отвечающим целям данного исследования, является понятие Drach-Zahavy, A. (2009) - это понимание значения болезни для пациента, выявление проблем, уважение потребностей и ценностей пациента, удовлетворение нужд пациента, соответствие ожиданиям пациента; понимание психологического контекста пациента; совместное принятие решений, формирование ответственности за свое здоровье.

В данной модели мы классифицировали потребности пациента на три группы: медицинские, психосоциальные и физические потребности. ПОП устанавливает рабочее партнерство с пациентами и их семьями, чтобы быть центральным звеном в обеспечении своего собственного здоровья и здоровья своей семьи. Данный подход будет реализован в клинике с учетом следующих аспектов потребностей: устранение боли, информированность (разъяснение диагноза, диагностических процедур, плана терапии, рекомендации при выписке), обучение (адаптация к условиям болезни, ЗОЖ, ПУЗ), вовлеченность пациента (совместные решения, внимание к потребностям и нуждам пациента), поддержка (социальная, психологическая, эмоциональная), коммуникация (взаимопонимание и доверительные отношения с медперсоналом), комфортное пребывание в клинике и безопасность больничной среды. В результате оказания пациент ориентированной помощи на выходе: пациент удовлетворен медицинской помощью, ответственность пациента за здоровье, повышение качества медицинской помощи, снижение сроков пребывания в клинике, снижение количества жалоб, коллективная ответственность сотрудников, командная работа, вовлеченность сотрудников в ПОП, непрерывное совершенствование медпомощи с применением ДМ, развитие благоприятной терапевтической среды. Заключительный этап – это непрерывная СМнО (обратная связь, анализ деятельности структурных подразделений).

Интегрированный командный подход. Представление клиники, основанной на принципах ПОП подразумевает переход от традиционно сложившихся способов оказания стационарной помощи. Применение принципа командной работы должно привести к улучшению качества работы, повысить степень удовлетворенности пациентов, способствовать экономичности и интенсификации всего процесса ведения больного. Междисциплинарное взаимодействие представляет собой обмен информацией и навыками между различными дисциплинами так, чтобы эти обмены были скоординированы и объединены, а не носили фрагментарный характер. Для этого вводится элемент запланированного совместного участия, а также обучение персонала.

Междисциплинарная команда характеризуется акцентированием на определенном порядке взаимодействия и на достижении согласия. Регулярные встречи представляют собой главным образом обсуждение случая. Пациенты или члены семьи встречаются либо со всей командой, либо с отдельным ее представителем. Консультации, которые предлагаются специалистами, построены на принципах сотрудничества. Это повышает эффективность и быстроту процесса поиска согласия и делает действия более скоординированными. Наличие разнообразных специалистов позволяет производить максимально точную экспертную оценку ситуации пациента, предложить большой выбор услуг и успешно преодолевать возникающие проблемы.

Принцип организации мультидисциплинарных команд (МДК) состоит из нескольких шагов: образование и определение состава МДК, определение функций и задач и целей МДК, формирование командной коммуникации, постепенное поэтапное внедрение в деятельность клиники, оптимизация модели ухода (рисунок 4). Междисциплинарная группа имеет в своем составе менеджера, который руководит деятельностью группы и

отвечает за выполнение следующих задач: планирование деятельности группы; интервьюирование профессионалов и назначение их на должности; введение сотрудников в курс дела; распределение обязанностей (разработка клинических блок-схем и детальный план действий для команды по уходу, и разработка маршрута пациента); анализ проделанной работы; предоставление отчетов о деятельности группы; обеспечение профессионального роста членов команды с целью повышения качества деятельности группы; обеспечение оптимального режима работы группы.

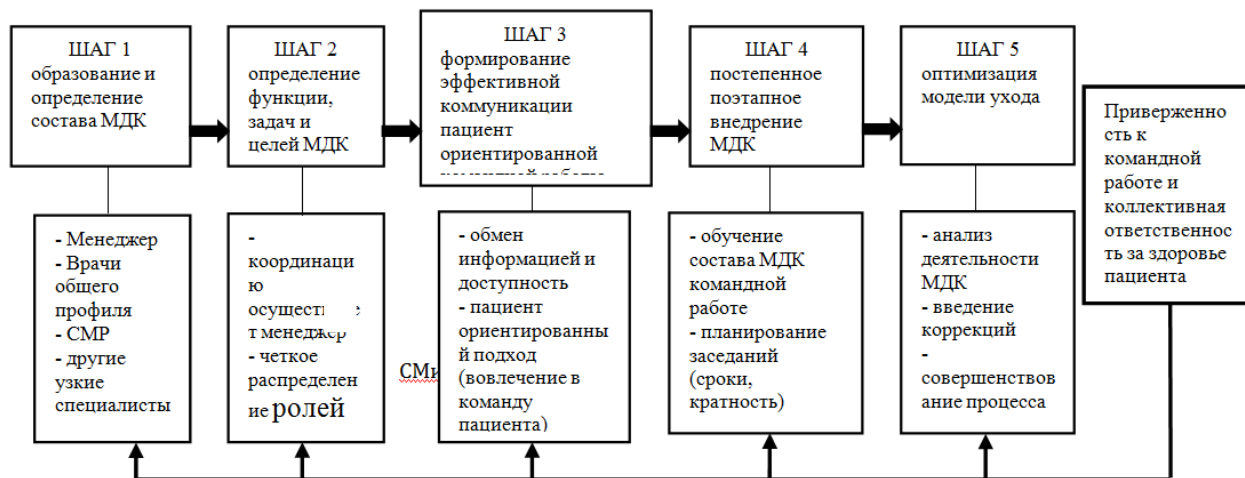


Рисунок 4 - Блок-схема реализации МДК

Качество медицинской помощи, ОТЗ и инновации. Будет подход к установлению и поддержанию высокого качества оказания медицинской помощи и безопасности пациента. Частью этого процесса является постоянное снижение уровня рисков для пациентов и персонала больницы, которые могут быть обнаружены как в клиническом процессе, так и окружающих их физической среде. Указанный всеобъемлющий подход будет учитывать, что в большинство клинических процессов вовлечены более одного подразделения больницы, а также включают индивидуальную работу сотрудников. Помимо этого, будет принято во внимание, что большинство клинических и управленческих аспектов качества взаимосвязаны. Таким образом, данный подход должен будет включать в себя: политику обеспечения и улучшения качества медицинской помощи с учетом миссии и целей клиники, разработка стратегического плана с основными направлениями по качеству медицинской помощи (включая инструменты для измерения, мониторинга), разработка и оценка программы по повышению качества медицинских услуг, обучение сотрудников клиники по вопросам управления процессом предоставления качественной медицинской помощи, вовлечение сотрудников клиники в улучшение качества оказания медицинской помощи, постоянный мониторинг исполнения индикаторов и анализ деятельности отделений (совет/комитет/служба) по качеству, для систематизации учета получаемых данных и минимизации эффекта влияния человеческого фактора при оценке результативности необходима внедрение информационных технологий в клинику.

Триединство науки, образования и клинической практики. Развитие триединства науки, образования и клинической практики обеспечивает качественное медицинское образование на основе получения современных теоретических знаний и практических навыков, что повышает качество медицинской помощи на основе доступа к передовым технологиям и научным разработкам с внедрением их результатов в практическое здравоохранение. Существует тесная взаимосвязь между обучением, исследованиями и лечением. Система оказания медицинской помощи не может адекватно осуществлять свою деятельность без непрерывного поступления в эту систему квалифицированных кадров и новых научных знаний. Именно университетская клиника должна стать главным элементом в формировании новой философии больничной помощи [5].

Модель триединства реализуется по следующим аспектам: клиника + образование + исследования. *Клинический аспект составляют:* клиническое наставничество, обсуждение клинических случаев (совместно с резидентами, докторантами и кафедрой), заведующий кафедрой одновременно является заведующим отделения, вовлечение ППС кафедры в практическую деятельность, вовлеченность персонала в ПОП. *Образовательный аспект составляют:* образовательное наставничество, обучение через исследования, внедрение инновационных методов обучения, вовлечение клиницистов в образовательный процесс. *Исследовательский аспект составляют:* исследовательское наставничество, участие в исследовательских проектах, публикационная активность, совершенствование исследовательских навыков, вовлечение ППС кафедр и клиницистов в исследования.

Таким образом развитие триединства обеспечивает формирование академической среды, качественное медицинское образование на основе получения современных теоретических и практических навыков, что повышает качество медицинской помощи на основе доступа к передовым технологиям и научным разработкам с внедрением их в практическое здравоохранение. А также развитие академической культуры способствует формированию позитивной эмоциональной реакции всех субъектов учебно-воспитательного процесса – интерес, доброжелательность, гордость за успехи коллег и общие успехи, вдохновение, веру в перспективность и значимость для людей того дела, которому служат, желание действовать сообща на общее благо.

Выводы. Главной миссией университетских клиник является достижение высокого уровня здоровья, образования и проведение качественных научных исследований. Специфика трудовой деятельности врачей в университетских клиниках заключается в том, что они наряду с выполнением клинической деятельности, занимаются обучением студентов, резидентов и других специалистов на рабочем месте, а также, собирая и изучая данные результатов

своей клинической практики, работают над научными проектами [6]. Таким образом внедрение модели университетской клиники позволит осуществить следующие потребности: создание конкурентоспособной клиники новой формации; внедрение новой системы управления, основанной на корпоративной ответственности; удовлетворение потребностей пациента, через оказание пациент-ориентированной помощи, на основе командного подхода; формирование академической культуры в организации; внедрение инновационных технологий на основе доказательной медицины. Данная модель университетской клиники соответствует стратегическим документам по развитию здравоохранения РК и является «мостом» к созданию академической системы здравоохранения и науки, первым этапом является создание университетской клиники, которая интегрирует и реализует компоненты университетской клиники, а именно выполняет одновременно три миссии: исследовательскую, образовательную и клиническую практику, а затем приступать к реализации академической системы здравоохранения и науки с привлечением национальных научных центров, медицинских организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 План нации – 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ Главы государства Н. Назарбаева май 2015 год
- 2 Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019гг.
- 3 Schein E. "Organizational Culture and Leadership // Jossey-Bass. - 2004. – №1. - P. 15-16.
- 4 Дашкова Е. С. «Особенности корпоративной культуры в организациях системы здравоохранения» // Вестник ВГУ. - 2014. - №1. – С. 68-74.
- 5 Saltman R.B. and Figueras, J. European Health Care Reform: Analysis of Current. – NY: 1997. – 157 p.
- 6 Pomeroy C., Rice A., McGowan W., Osborn N. Linking academic and clinical missions: UC Davis' integrated AHC // Acad Med. – 2008. - №83. – P. 809-815.

А.А. Аканов, К.А. Тулебаев, Б.С. Турдалиева, К.К. Куракбаев, К.Б. Карибаев, С.Б. Калмаханов,
Г.Е. Аимбетова, В.Ю. Байсугурова, М.А. Рамазанова, Л.К. Кошербаева,
И.К. Карибаева, Г.Д. Кузиева
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

UNICLINIC УНИВЕРСИТЕТТІК КЛИНИКАСЫНЫҢ МОДЕЛІ

Түйін: Кез келген елдің дамуының кепілі денсаулық сақтау, білім және ғылым жүйелерінің дамуымен анықталады. Бүгінгі таңда білімге негізделген экономика мен қоғамның дамуының негізгі факторларының көзі ретінде ғылым, білім және тәжірибелік қызметтің интеграциясы мәселесіне беріледі. Әлемдік деңгейде білім берудің, ғылыми зерттеулердің және медициналық қызмет көрсетудің ең жоғарғы деңгейіне университеттік клиникалар немесе академиялық медициналық орталықтар жатады, олар денсаулық сақтау жүйесінің өзегі болып табылады. Бұл мақалада С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ клиникасының қызметіне университеттік клиника моделін енгізу қадамдары берілген.

Түйінді сөздер: университеттік клиника, университет клиникасының моделі, университет клиникашының қағидалары.

A.A. Akanov, K.A. Tulebayev, B.S. Turdaliyeva, K.K. Kurakbayev, K.B. Karibayev, S.B. Kalmakhanov,
G.E. Aimbetova, V. Baisugurova, M.A. Ramazanova, L.K. Kosherbayeva, I.K. Karibayeva, G.D. Kuzieva
Asfendiyarov Kazakh national medical university

MODEL OF THE UNIVERSITY CLINIC "UNICLINIC"

Resume: The key to the successful development of any country determined by the development of the health care system, education and science. Currently, an important place given to the task of integrating science, education and patient care as one of the key factors in the development of the economy and society. In the world, the main centers of medical education, scientific research and delivery of health care of the highest level are in university clinics or in the academic medical centers, which are the core in a health system. This article describes the steps to introduce the model of the university clinic in the work of the Asfendiyarov KazNMU hospitals.

Keywords: university clinic, model of a university clinic, the principles of the university clinic.