

www.diplomstudent.net

**Профессиональная
помощь
в написании
всех видов
работ
для
студентов
вузов**



**Тема: Разработка мероприятий по повышению эффективности
деятельности коммерческой организации**

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1	4
1.1 Значимость сердечно-сосудистых заболеваний для здоровья населения РФ .4	
1.2.Нормативно-правовые документы, регулирующие оказание кардиологической помощи.....	4
1.3. Организация поточного производства.....	4
ГЛАВА 2. ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» И ЕГО МЕСТО НА РЫНКЕ	5
2.1. Анализ организации оказания медицинской помощи в области кардиологии в РФ	5
2.2. Современное состояние кардиологической помощи в Северо-Западном Федеральном округе и в Санкт-Петербурге.....	14
2.3. Общая характеристика деятельности ФГБУ ФМИЦ им. В.А. Алмазова	23
2.4. Анализ деятельности ФГБУ ФМИЦ им. В.А. Алмазова	30
ГЛАВА 3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА»	40
3.1.Совершенствование подготовки поступающих пациентов.....	40
3.2.Обеспечение качества лечения в стационаре.....	43
3.3.Организация мультидисциплинарных бригад по курации пациентов в послеоперационный период	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	57
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	58
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	59

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1

1.1 Значимость сердечно-сосудистых заболеваний для здоровья населения

РФ

1.2. Нормативно-правовые документы, регулирующие оказание кардиологической помощи

1.3. Организация поточного производства

ГЛАВА 2. ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» И ЕГО МЕСТО НА РЫНКЕ

2.1. Анализ организации оказания медицинской помощи в области кардиологии в РФ

Кардиологические услуги населению- это одна из разновидностей медицинских услуг, направленная на лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Проведем анализ оказания медицинской помощи в РФ в целом и по оказанию кардиологических услуг в частности. По имеющимся данным на 2013 г. (приложение А) всего в России было оказано медицинских услуг на сумму 358,0 млрд. руб. Санаторно-оздоровительных услуг в РФ было оказано на сумму 80,0 млрд. руб., рисунок 2.1.

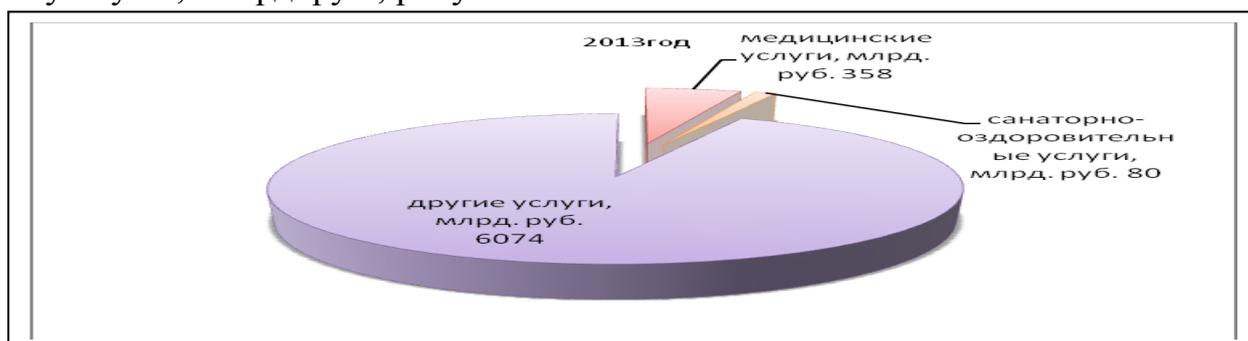


Рис.2.1. Доля медицинских услуг, оказанных населению в РФ в 2013 г.

Следует отметить, что доля медицинских услуг в общем количестве оказанных услуг населению составляет 5,5%, при этом по отношению к показателю 2002 г. доля медицинских услуг возросла на 0,6%, рисунок 2.2.

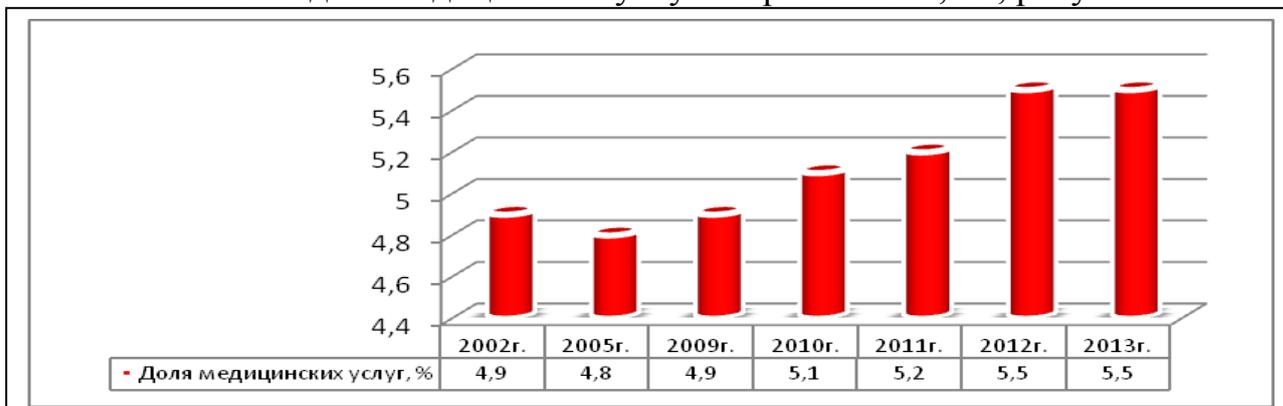


Рис.2.2. Динамика доли медицинских услуг, оказанных населению в РФ с
2002-2013 г.г.

Темпы роста оказанных медицинских услуг населению РФ показывают ежегодный рост, за исключением 2009 г., когда темпы роста составили 98,8%. Однако, начиная с 2010-2013 г.г. темпы роста оказанных медицинских услуг колеблются в пределах от 102,2% и 106,3% соответственно на 2010 г. и 2013 г. по отношению к показателям предыдущего года, рисунок 2.3.



Рис.2.3. Темпы роста медицинских услуг, оказанных населению РФ (по отношению к предыдущему году) с 2002-2013 г.г.

Количество больничных организаций в России за 2000-2012 г.г. показывает снижение, в частности в 2012 г. число больничных организаций в РФ составило 6172 единицы, в том числе негосударственных 225 единиц. По сравнению с показателем 2000 г. снижение числа больничных организаций в России снизилось на 42,33%, по отношению к показателю 2005 г. число больничных организаций снизилось на 34,88%. Снижение наблюдается также и по отношению к показателям 2010-2011г.г., рисунок 2.4.

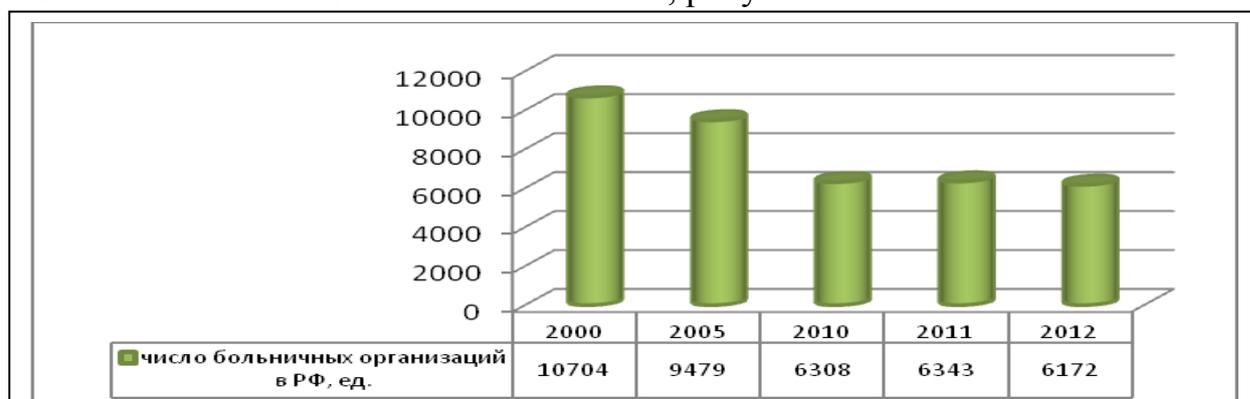


Рис.2.4. Динамика числа больничных организаций в РФ с 2000-2012 г.г.

Динамика количества диспансеров в РФ также показывает снижение. В частности в 2012 г. число диспансеров в России составило 840 единиц, а это на

127 единиц диспансеров меньше по сравнению с показателем 2011 г. и на 692 диспансера меньше по отношению к показателю начала анализируемого периода, рисунок 2.5.

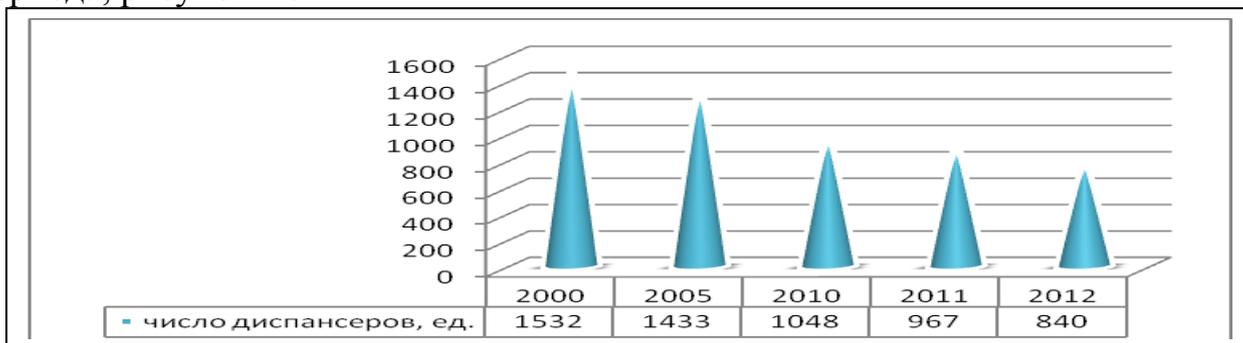


Рис.2.5. Динамика количества диспансеров в РФ с 2000-2012 г.г.

Наибольший удельный вес в общем количестве диспансеров приходится на противотуберкулезные диспансеры, их число в 2012 г. составило 249 ед., а это 29,64% от общего количества. Обратим внимание, что доля кардиологических диспансеров мала и по состоянию на 2012 г. число кардиологических диспансеров составило 24 единицы, а это 2,86% от общего числа диспансеров, рисунок 2.6.

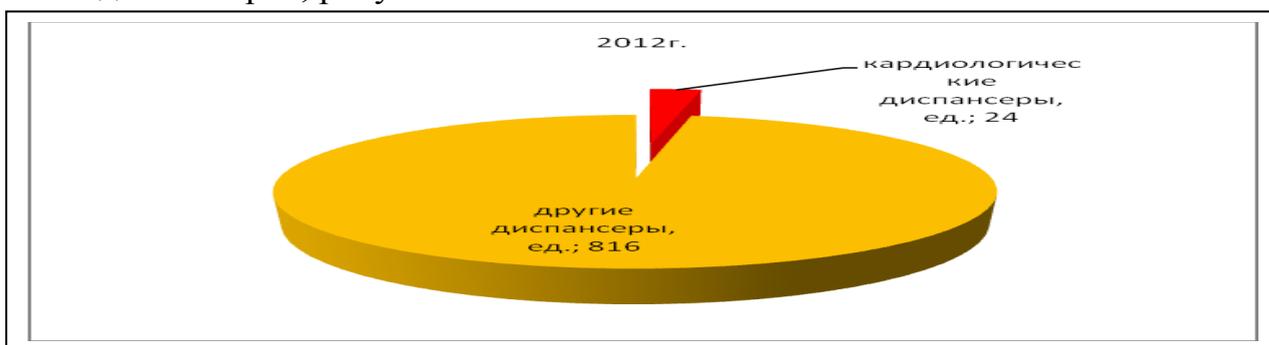


Рис.2.6. Доля кардиологических диспансеров в РФ в 2012 г.

Следует отметить, что количество кардиологических диспансеров снизилось на 5 единиц по отношению к показателю 2000 г. и на 1 единицу по отношению к предыдущему периоду, рисунок 2.7.

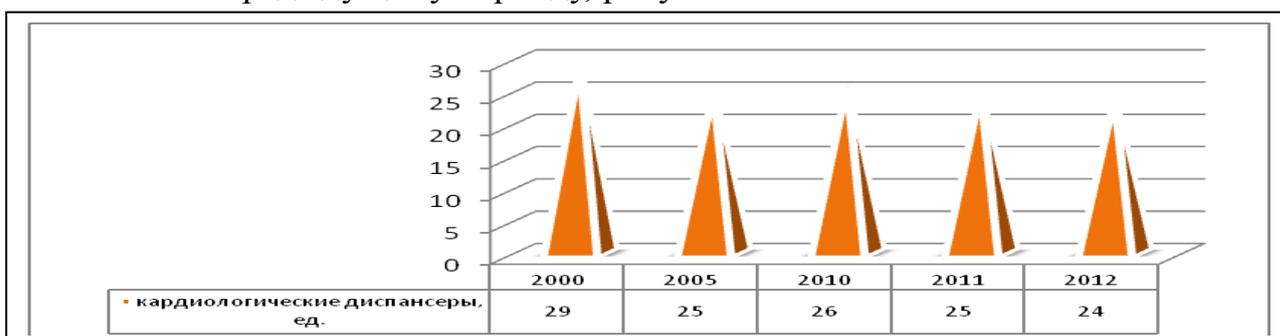


Рис.2.7. Динамика кардиологических диспансеров в РФ с 2000-2012 г.г.

Необходимо заметить, что снижается не только количество медицинских организаций и диспансеров, но и число организаций имеющих стационары и в 2012 г. число таких организаций составило 645 единиц, а это на 40,49% ниже показателя 2000 г. и на 8,89% ниже предыдущего года, рисунок 2.8.



Рис.2.8. Динамика числа организаций РФ, имеющих стационары с 2000-2012 г.г.

Следует также отметить, что число организаций имеющих кардиологические стационары по состоянию на 2012 г. составило 17 единиц, а это ниже показателей 2000-2005 г.г. на 6 единиц и 3 единицы соответственно, рисунок 2.9.

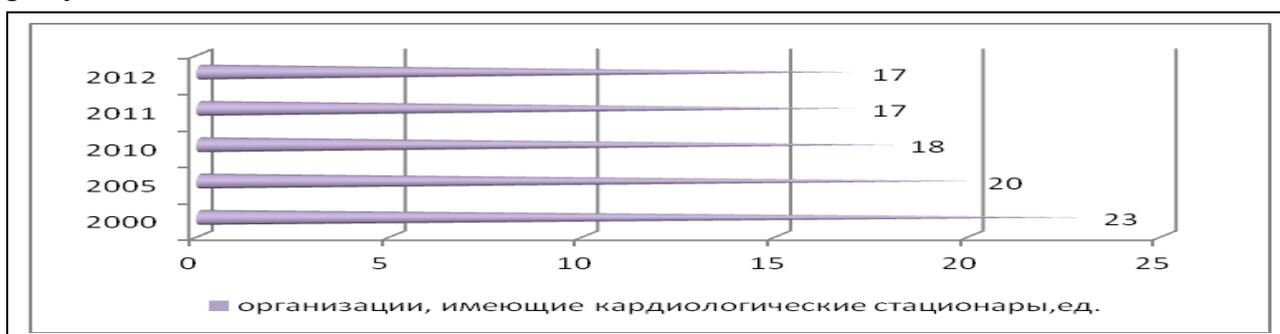


Рис.2.9. Динамика числа организаций РФ, имеющих кардиологические стационары с 2000-2012 г.г.

В связи со снижением числа больничных организаций и диспансеров, наблюдается также снижение количества больничных коек и по данным на 2012 г. число больничных коек в РФ составило 1332,3 тыс. коек, а это на 14,8 тыс. коек меньше по сравнению с показателем предыдущего года и на 339,3 тыс. коек ниже показателя начала анализируемого периода, рисунок 2.10.

Большинство коек приходится на терапевтический и хирургический профиль и по данным на 2012 г. их число составило 302,8 тыс. коек и 256,4 тыс.

коек соответственно. По другим отделениям (медицинским профилям) наблюдается небольшой удельный вес в общем количестве коек, рисунок 2.10.

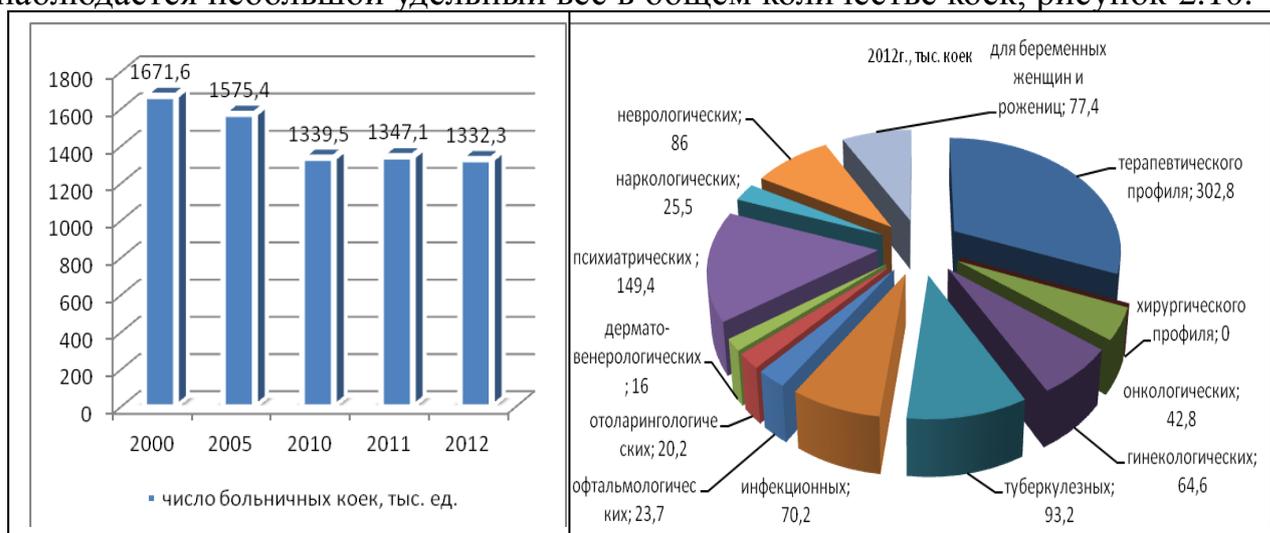


Рис.2.10.Динамика и структура больничных коек по специализациям в РФ

Число коек в диспансерах в 2012 г. составило 123,8 тыс. единиц, а это на 9,8 тыс. единиц меньше по сравнению с предыдущим годом и на 14,8 тыс. единиц меньше по отношению к показателю 2000 г., рисунок 2.11.

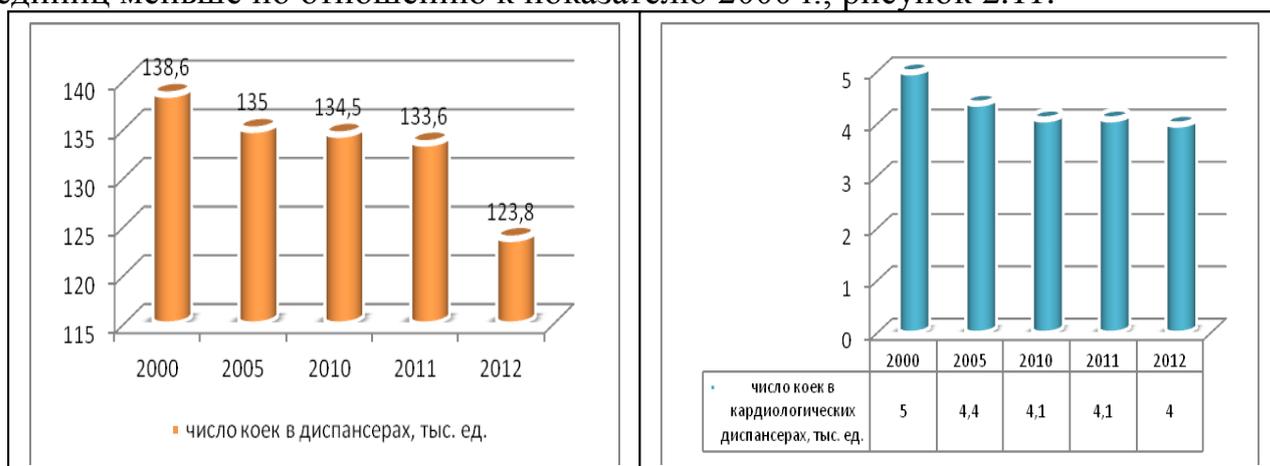


Рис.2.11.Динамика количества коек в диспансерах в РФ с 2000-2012 г.г.

Число коек в кардиологических диспансерах снизилось на 1,0 тыс. единиц по сравнению с началом анализируемого периода и на 0,1 тыс. единиц по отношению к предыдущему году и по состоянию на 2012 г. число коек в кардиологических диспансерах составило 4,0 тыс. единиц, рисунок 2.11.

Несмотря на то, что число медицинских организаций снижается, снижается и число диспансеров, в том числе и кардиологических, динамика численности врачей в РФ показывает рост. В частности в 2012 г. число врачей в РФ составило 703,2 тыс. человек, а это на 5,4% выше показателя 2000г., однако

по сравнению с предыдущим годом численность врачей в РФ снизилась на 4,04%, рисунок 2.12.



Рис.2.12. Динамика численности врачей в РФ с 1990-2012 г.г.

Снижение общего количества врачей произошло по всем специализациям, в том числе и специалистов терапевтического профиля, хирургического профиля, акушеров –гинекологов, педиатров, офтальмологов и других. Незначительный рост произошел ко количеству врачей неврологов и стоматологов (приложение А).

Снижение количества медицинских специалистов, медицинских учреждений и количества диспансеров существо влияет на увеличение заболеваемости населения. В частности в 2012 г. общее число зарегистрированных больных составило 113688 тыс. человек, а это на 6,92% выше показателя 2000 г. Однако, по сравнению с предыдущим годом число больных снизилось на 234,0 тыс. человек, рисунок 2.13.

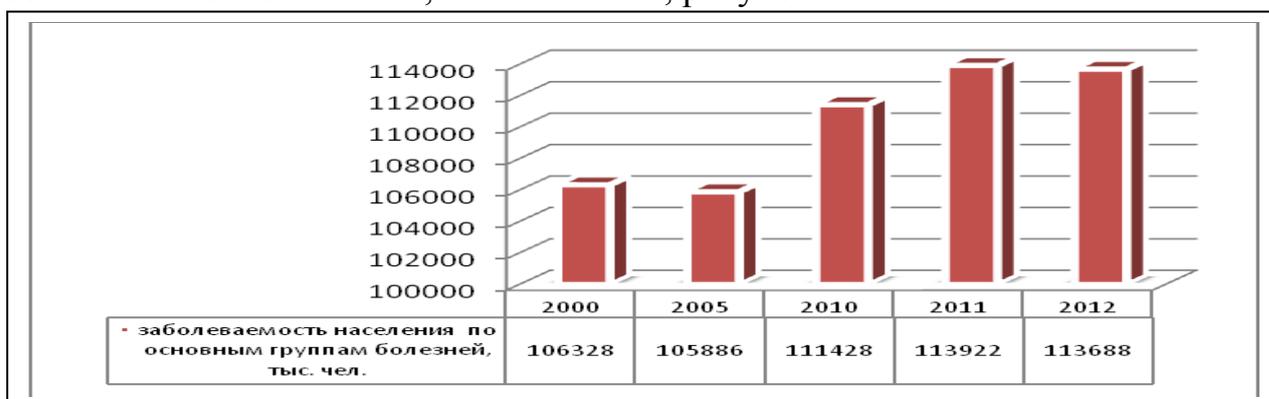


Рис.2.13.Динамика зарегистрированных больных в РФ с 2000-2012г.г.

Количество больных в России растет по всем основным группам болезней. Однако, в рамках данной работы достаточно сложно

проанализировать все виды болезней российских граждан, поэтому в связи с тем, что объектом исследования в дипломной работе является кардиологический центр, проведем анализ больных только по кардиологическим болезням. Распространенными кардиологическими заболеваниями являются: ишемическая болезнь, включая инфаркт миокарда и стенокардию; нарушение ритма, а также проводимости сердца; гипертония; порки сердца; атеросклероз, дислипидемия, гиперлипидемия, кардиомиопатия, миокардиодистрофия, недостаточность кровообращения и другие. Проведем анализ больных с основными кардиологическими болезнями по имеющимся данным, представленными в приложении А.

Статистическая отчетность показывает, что в РФ зарегистрированы больные с гипертензивной болезнью сердца, при этом имеются больные с гипертензивной болезнью сердца с поражением сердца, с гипертензивной болезнью сердца с поражением почек и с гипертензивной болезнью сердца с поражением сердца и почек. Наибольший удельный вес приходится на больных с гипертензивной болезнью сердца с поражением сердца, и по состоянию на 2013 г. число таких больных составило 9544438 чел., а это на 11,80% выше показателя 2010г., рисунок 2.14.

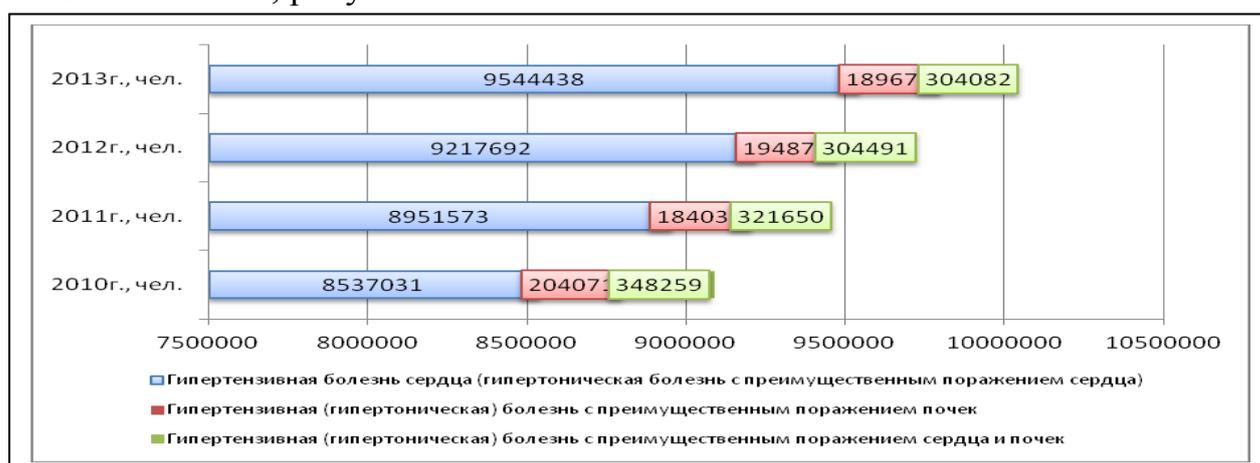


Рис.2.14. Динамика зарегистрированных больных с гипертензивной болезнью сердца с 2010-2013 г.г. в РФ

Число зарегистрированных больных с гипертензивной болезнью сердца с поражением почек и с гипертензивной болезнью сердца с поражением сердца и почек напротив снижается и по состоянию на 2013 г. таких больных было

зарегистрировано 18967 чел. и 304082 чел. соответственно. При этом снижение составило по количеству больных с гипертензивной болезнью сердца с поражением почек на 7,06% и снижение зарегистрированных больных с гипертензивной болезнью сердца с поражением сердца и почек составило 12,69% по отношению к показателю 2010 г.

Кроме выше перечисленных болезней, существуют также ишемические, хронические и другие болезни сердца, рисунок 2.15.

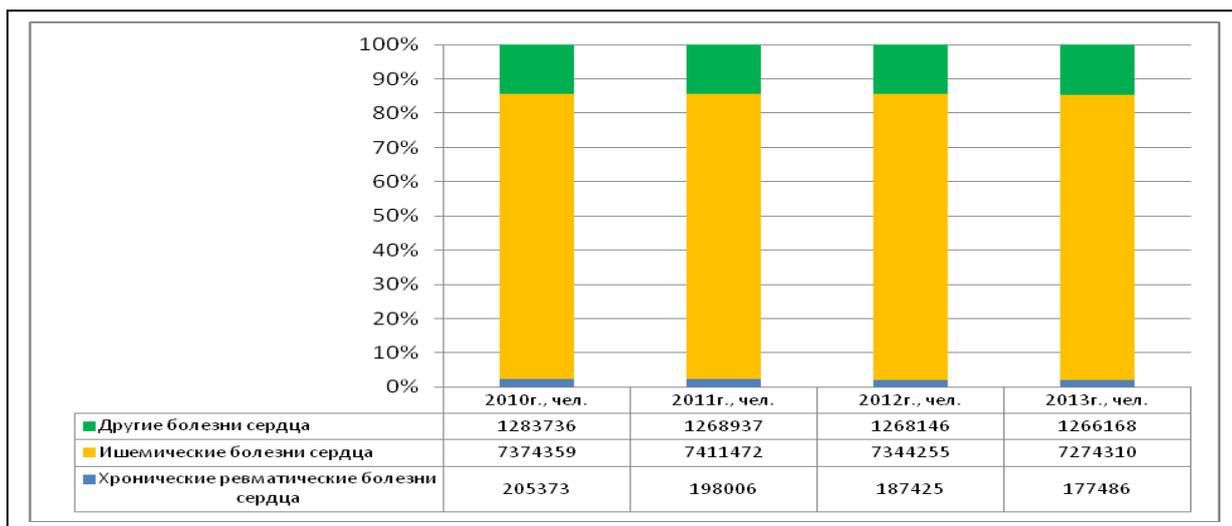


Рис.2.15. Динамика зарегистрированных больных с ишемическими, хроническими и другими болезнями сердца в РФ с 2010-2013 г.г.

Данные рис.2.15 показывают, что на протяжении анализируемого периода в РФ наблюдается снижение зарегистрированных больных с хроническими и ишемическими болезнями сердца на 13,58% и 1,36% соответственно. И по состоянию на 2013 г. число зарегистрированных больных с хронической болезнью сердца составило 177486 чел., с ишемической болезнью сердца было зарегистрировано 7274310 человек больных. Следует отметить, что доля больных с хроническими заболеваниями сердца незначительная, гораздо больше приходится на больных с другими заболеваниями сердца и в 2013 г. число таких больных составило 1266168 чел., а это ниже показателя 2010 г. на 1,37%.

К кардиологическим болезням также относятся легочная эмболия и острый миокардит и в 2013 г. число больных с такими болезнями составило 3940 чел. и 4854 чел. соответственно, рисунок 2.16.

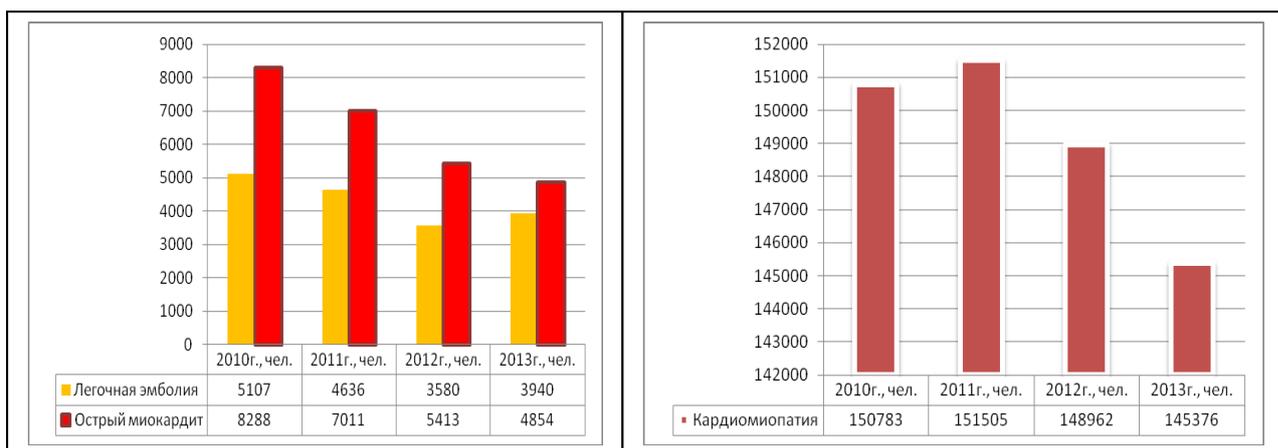


Рис.2.16. Динамика зарегистрированных больных с легочной эмболией, миокардитом и кардиомиопатией в РФ с 2010-2013 г.г.

При этом динамика с 2010-2013 г.г. показывает, что число больных с легочной эмболией снизилось на 22,85%, а с острым миокардитом снижение зарегистрированных больных составило 41,44%. Наблюдается и снижение больных с кардиомиопатией и в 2013 г. число таких больных составило 145376 чел., а это на 5407 чел. меньше по сравнению с показателем начала анализируемого периода, рисунок 2.16.

Эссенциальная гипертензия и болезни кровообращения также относятся к кардиологическим болезням. По имеющимся данным с 2010-2013 г.г. в России наблюдается снижение зарегистрированных больных с эссенциальной гипертензией на 8,09% и в 2013 г. было зарегистрировано больных с таким диагнозом в количестве 2473895 человек, рисунок 2.17.

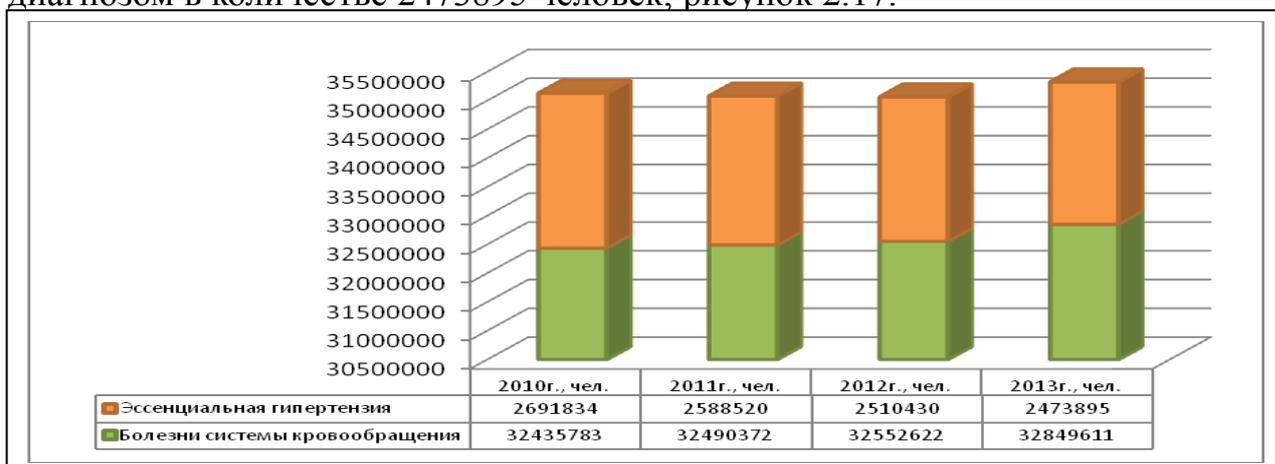


Рис.2.17. Динамика зарегистрированных больных в РФ с болезнями системы кровообращения и эссенциальной гипертензией с 2010-2013 г.г.

Количество больных с болезнями системы кровообращения напротив увеличилось на 1,27% и в 2013 г. их число составило 32849611 человек.

Таким образом, проведенное исследование по оказанию медицинских услуг в целом, и по кардиологическим услугам, в частности, в РФ показало, что на протяжении анализируемого периода наблюдается снижение количества медицинских организаций, произошло снижение количества диспансеров, в том числе и кардиологических диспансеров. При этом замечено, что доля кардиологических диспансеров незначительная в общем количестве диспансеров РФ. Динамика числа больничных коек в диспансерах, в том числе и в кардиологических показывает снижение. Несмотря на то, что число медицинских организаций снижается, количество врачей напротив увеличилось по отношению к показателю 2000 г., однако по сравнению с 2011 г. наблюдается снижение. Снижение медицинских специалистов произошло практически по всем медицинским профилям. Отрицательная динамика количества медицинских учреждений и снижение числа коек мест, диспансеров, врачей – негативно сказывается на заболеваемости населения и за анализируемый период наблюдается рост зарегистрированных больных по всем видам болезней. Однако, по кардиологическим болезням динамика в основном показывает снижение зарегистрированных больных, но есть группы кардиологических болезней по которым произошел рост. Следовательно, развитие рынка медицинских услуг в РФ оставляет желать лучшего, так как рассмотренные показатели позволяют говорить о снижении эффективности рынка медицинских услуг, в том числе и кардиологических. Для того, чтобы наиболее полно рассмотреть развитие медицинских и кардиологических услуг на уровне региона, целесообразно перейти к следующей части исследования.

2.2. Современное состояние кардиологической помощи в Северо-Западном Федеральном округе и в Санкт-Петербурге

Проведем анализ кардиологической помощи в целом в Северо-Западном

Федеральном округе и в Санкт-Петербурге в частности по имеющимся данным статистической отчетности представленной в приложениях А-Б. Но прежде, чем дать оценку кардиологической помощи, хочется рассмотреть развитие рынка медицинских услуг населению в регионе. На сегодняшний день, в Ленинградской области существует 45 единиц медицинских организаций, а это на 7 единиц организаций меньше по сравнению с показателем 2011 г., рисунок 2.18.

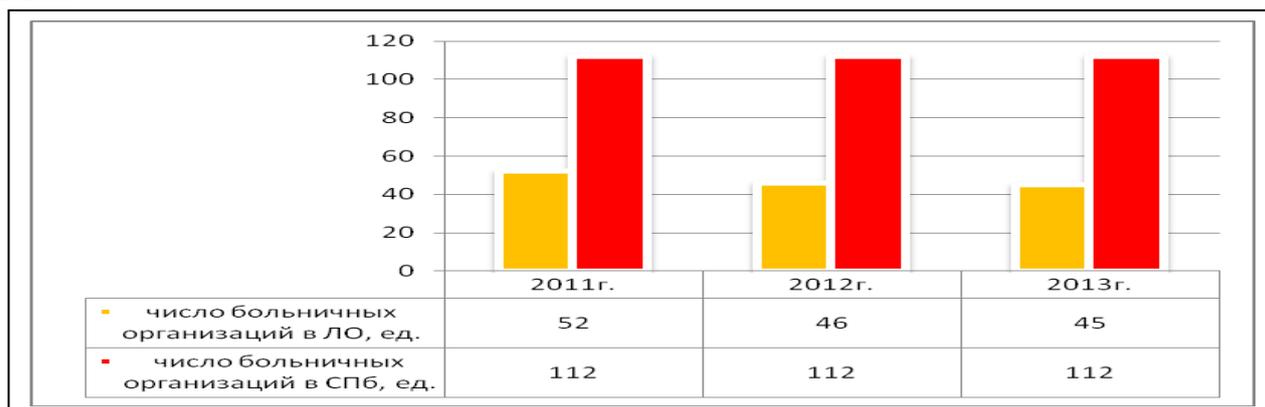


Рис.2.18. Динамика больничных организаций Ленинградской области и Санкт-Петербурга с 2011-2013 г.г.

Число больничных организаций с Санкт-Петербурге составляет 112 единиц и не меняется на протяжении анализируемого периода. Однако, изменения произошли по числу больничных коек в Санкт-Петербурге и по состоянию на 2013 г. число больничных коек составило 47 тыс. единиц, а это на 0,1 тыс. единиц коек выше показателя 2011 г., рисунок 2.19.

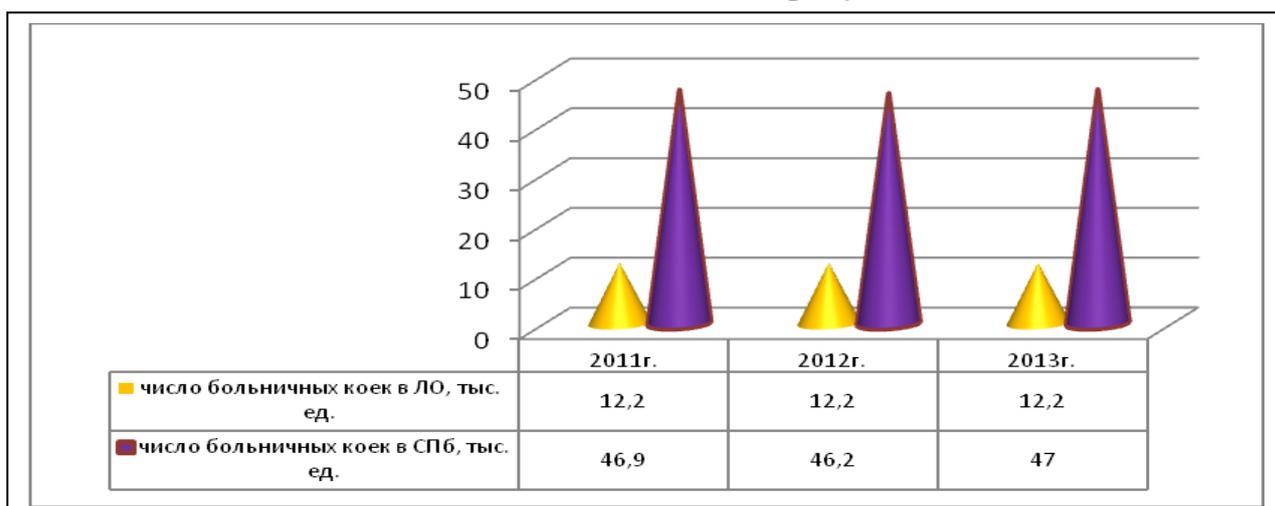


Рис.2.19. Динамика больничных коек в Ленинградской области и в Санкт-Петербурге с 2011-2013 г.г.

Число больничных коек Ленинградской области составило 12,2 тыс. единиц и не меняется на протяжении 2011-2013 г.г.

Численность врачей напротив показывает снижение в Санкт-Петербурге и рост в Ленинградской области и по состоянию на 2013 г. число врачей СПб составило 41,7 тыс. человек, что ниже показателя 2011 г. на 1,5 тыс. человек, а численность врачей Ленинградской области увеличилась на 0,2 тыс. человек и составила на конец анализируемого периода 6,1 тыс. человек, рисунок 2.20.

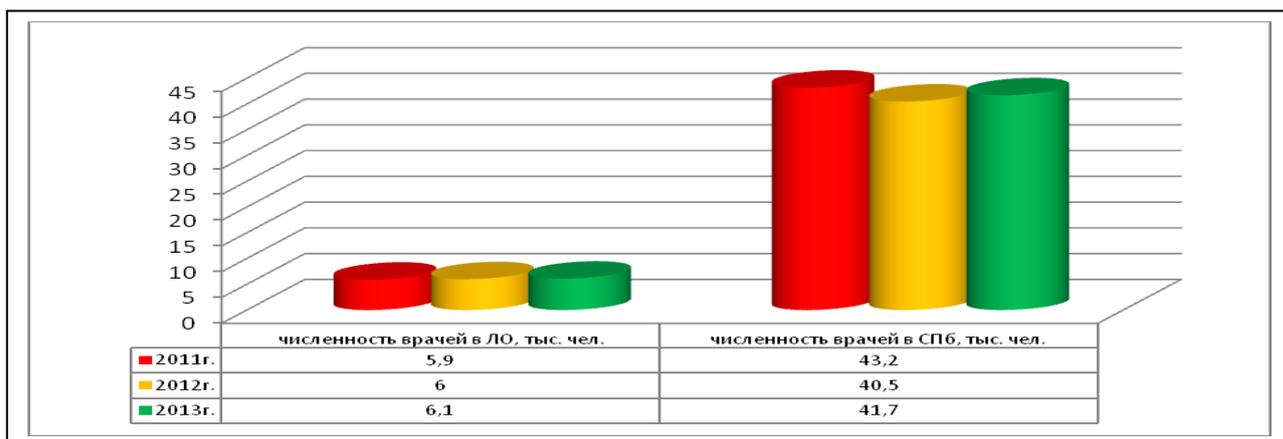


Рис.2.20.Динамика численности врачей Ленинградской области и Санкт-Петербурга с 2011-2013 г.г.

Официальных данных по количеству кардиологов в СПб и Ленинградской области, к сожалению нет, как и нет точных данных по количеству кардиологических клиник. Однако, существует множество рейтингов в сети Интернет, согласно которым можно определить лучшие кардиологические центры Санкт-Петербурга и Ленинградской области. В частности, согласно рейтинга на интернет-портале НаПоправку.ру, в сентябре-августе 2014 г. лидирующими клиниками в области кардиологии Санкт-Петербурга и Ленинградской области являются: федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. Алмазова, амбулаторно-консультативное отделение Покровской больницы, консультативно-диагностический центр частной «Кардиоклиники», международный медицинский центр «СОГАЗ», 2-я многопрофильная больница, международная клиника «МЕДЕМ», клиника «Первый Мед» и другие, рисунок 2.21.

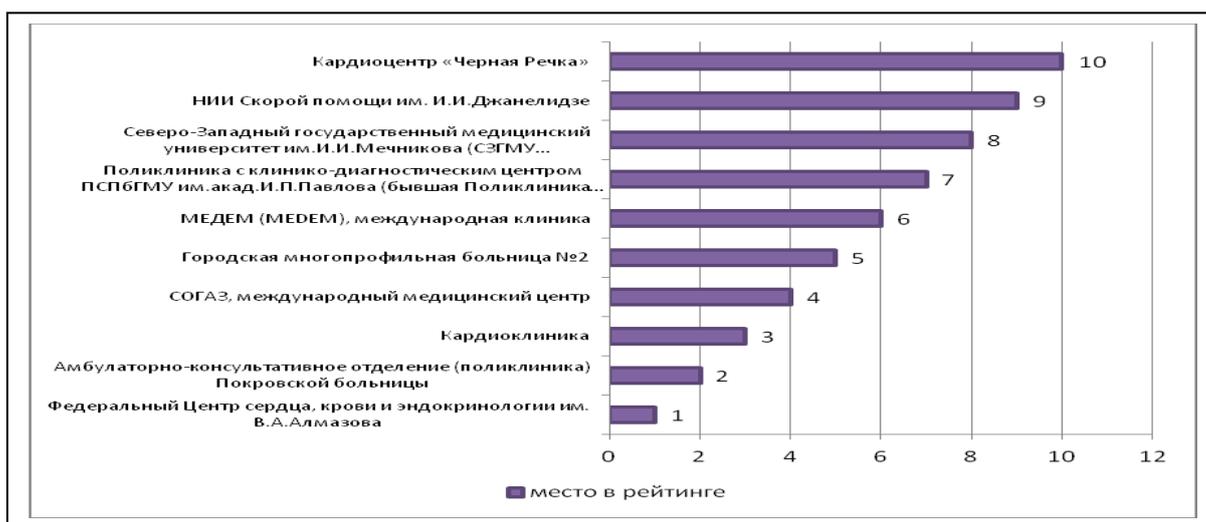


Рис.2.21. Рейтинг лидирующих клиник СПб и ЛО по консультациям врачей в области кардиологии по данным на октябрь 2014 г.

При этом следует отметить, что лидирующей клиникой по оказанию кардиологических услуг (по консультациям врачей) является Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. Алмазова, вторая строчка рейтинга принадлежит амбулаторно-консультативному отделению Покровской больницы, третье место - консультативно-диагностический центр частной «Кардиоклиники» и замыкает десятку рейтинга кардиоцентр «Черная речка».

Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. Алмазова является не только лучшим по консультациям врачей в области кардиологии, но и также занимает первую строчку рейтинга как лучший кардиологический стационар. Отрыв центра Алмазова от ближайших конкурентов непреодолим – эксперты называли его в числе лидеров в 2 раза чаще, чем даже Покровскую больницу, занявшую второе место.

Второе место заняла Покровская больница, рисунок 2.22. В ней работает Кардиологическая служба, включающая четыре кардиологических отделения и одно кардиохирургическое, общей стационарной мощностью 290 кардиологических коек. Также в состав кардиологической службы Покровской больницы входит Городской антиаритмический центр.

Бронзовым призером стал Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова. В нем работает сразу несколько отделений, серьезно занимающихся лечением болезней сердца в

условиях стационара, а именно - Антиаритмический центр клиники им. Э.Э. Эйхвальда; отделение кардиологии для лечения больных инфарктом миокарда, а также отделение кардиологии и аритмологии клиники им. Петра Великого.

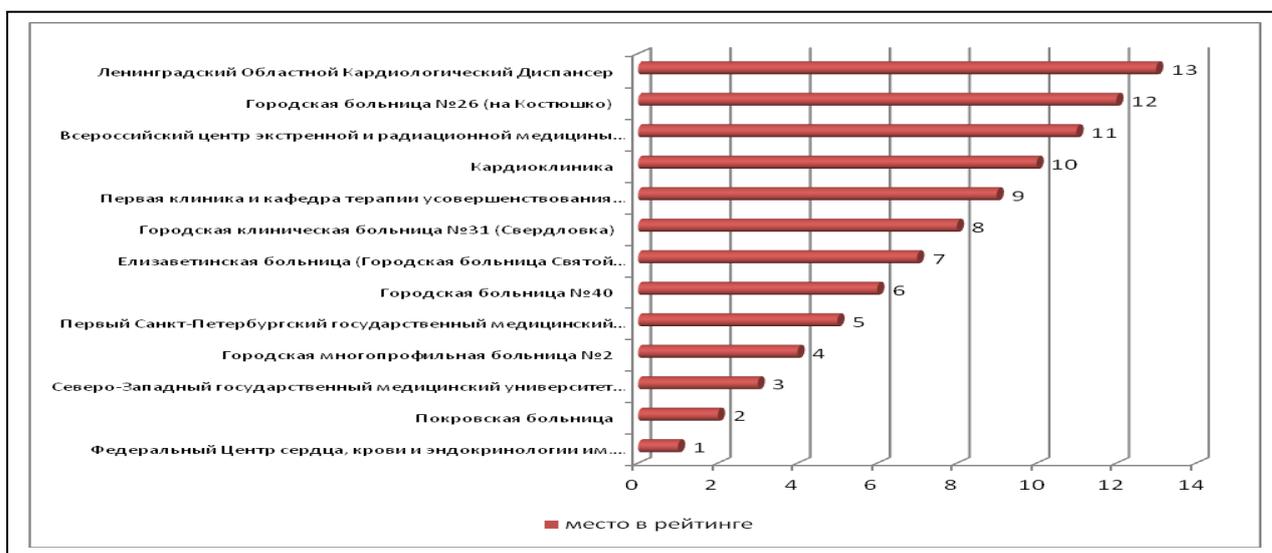


Рис.2.22.Рейтинг лучших кардиологических стационаров СПб и ЛО по данным на октябрь 2014 г.

На четвертом месте, уступив минимальное количество баллов, Городская многопрофильная больница №2, на базе которой создан Городской кардиохирургический центр. В состав центра входят три кардиологических отделения, отделение сосудистой хирургии, кардиохирургическое отделение, отделение неотложной кардиологии и отделение рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения. Пятую строчку занимает Первый Медицинский Университет им.Павлова, в котором кардиологией в первую очередь занимаются Клиника госпитальной терапии и Клиника факультетской терапии, руководителем которой является директор Центра им. Алмазова Евгений Владимирович Шляхто. На седьмом месте рейтинга лучших больниц по кардиологии Елизаветинская больница, кардиологическое отделение которой является базой кафедры факультетской и госпитальной терапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Отрадно, что даже в такой непростой сфере как стационарное лечение болезней сердца есть представители частной медицины, хоть и в единственном числе - "Кардиоклиника" заняла десятое место. Она открыта более 20 лет выходцами из отделения сердечно-сосудистой хирургии клиники

факультетской хирургии Первого Меда, став первой в России частной кардиологической клиникой. В стационаре клиники пациентам с острым инфарктом миокарда оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь интервенционными методами (малоинвазивные вмешательства – введение зонда в сосуды и сердце) в первые часы заболевания. В целом надо отметить, что серьезный перевес в рейтинге лучших кардиологических больниц имеют только первые два участника, а остальные клиники имеют небольшую разницу в баллах по сравнению друг с другом.

Таким образом, выше была дана оценка медицинских услуг в Ленинградской области и Санкт-Петербурге, представлен рейтинг лучших кардиологических стационаров и клиник по оказанию кардиологической помощи. Не менее важными показателями, характеризующими качество оказания кардиологических услуг населению, являются снижение заболеваемости населения кардиологическими болезнями. Проведем анализ заболеваемости населения в кардиологии в Северо-Западном федеральном округе и в Санкт-Петербурге, по имеющимся данным, представленным в приложении А. По имеющимся данным в Северо-Западном федеральном округе с 2010-2013 г.г. наблюдается снижение числа больных с гипертензивными болезнями сердца с поражением почек и с поражением сердца и почек на 14,32% и 26,69% соответственно, рисунок 2.23.

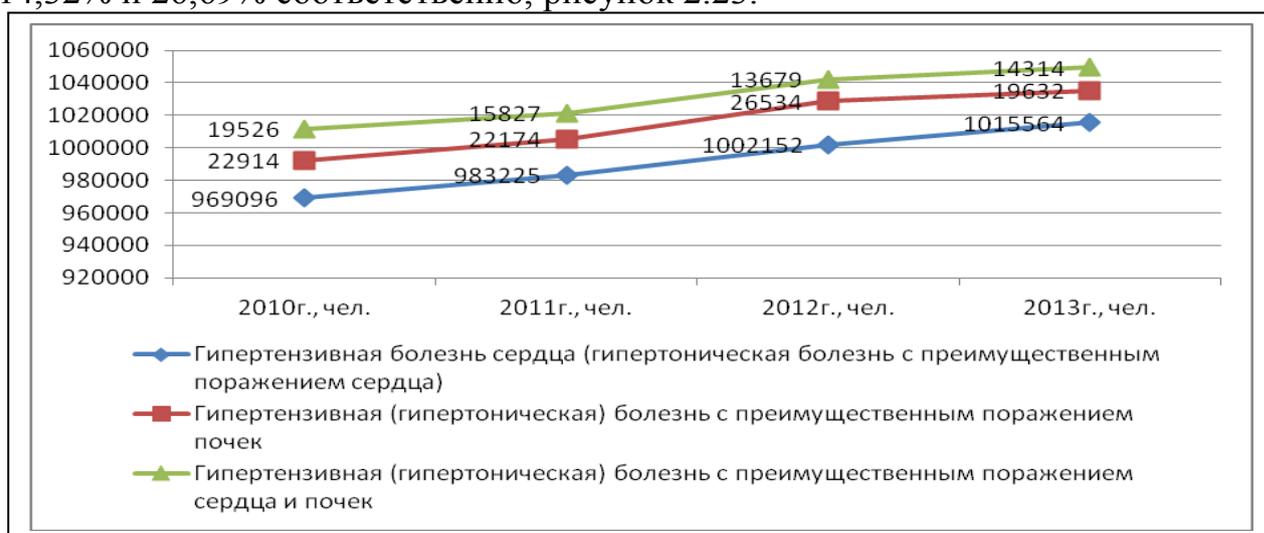


Рис. 2.23. Динамика зарегистрированных больных с гипертензивными болезнями сердца в Северо-Западном федеральном округе.

Количество больных с гипертензивными болезнями сердца с поражением сердца в СЗФО увеличилось на 4,79% и составило на конец анализируемого периода 1015564 зарегистрированных больных. Аналогичная ситуация по указанным выше болезням наблюдается и по Санкт-Петербургу, рисунок 2.24.

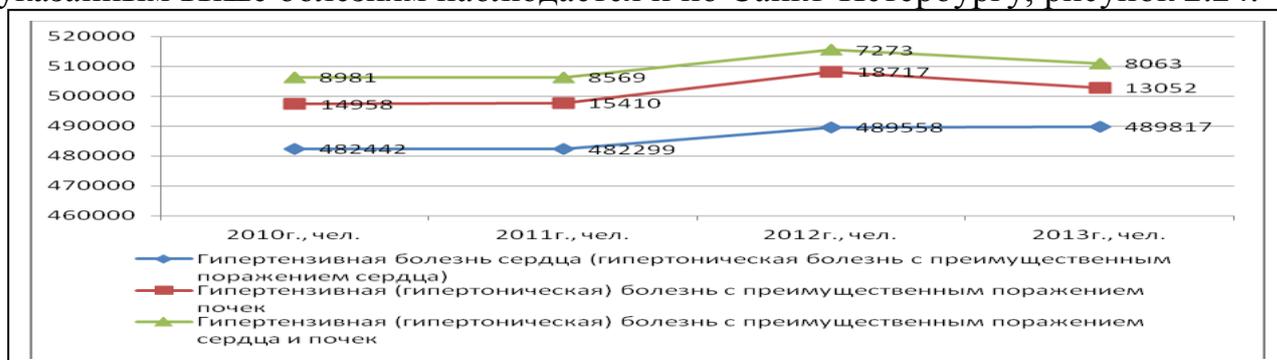


Рис.2.24. Динамика зарегистрированных больных с гипертензивными болезнями сердца в Санкт-Петербурге с 2010-2013 г.г.

И на конец анализируемого периода было зарегистрировано больных с гипертензивными болезнями сердца (с поражением сердца)-489817 человек, с поражением почек -13089 человек, с поражением сердца и почек число больных составило 13052 человек. Снижение числа больных произошло также с хроническими и ишемическими болезнями сердца как в СЗФО, так в Санкт-Петербурге, рисунок 2.25.

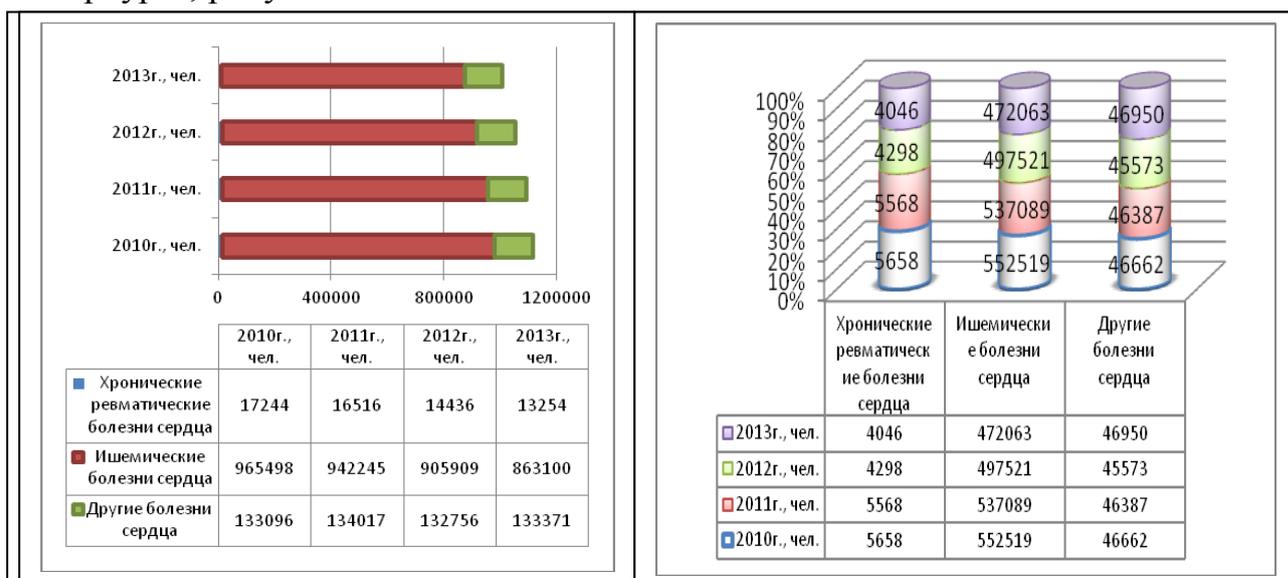


Рис.2.25. Динамика зарегистрированных больных с различными болезнями сердца в СЗФО и СПб с 2010-2013 г.г.

По другим болезням сердца динамика показателей зарегистрированных больных в СЗФО и СПб не существенно изменилась. Однако по легочной эмболии наблюдается рост больных как в СЗФО, так и в Санкт-Петербурге и по состоянию на 2013 г. было зарегистрировано таких больных 767 человек и 416 человек соответственно в СЗФО и СПб, а это превышает показатель начала анализируемого периода на 144 чел. и 80 чел. соответственно, рисунок 2.26.

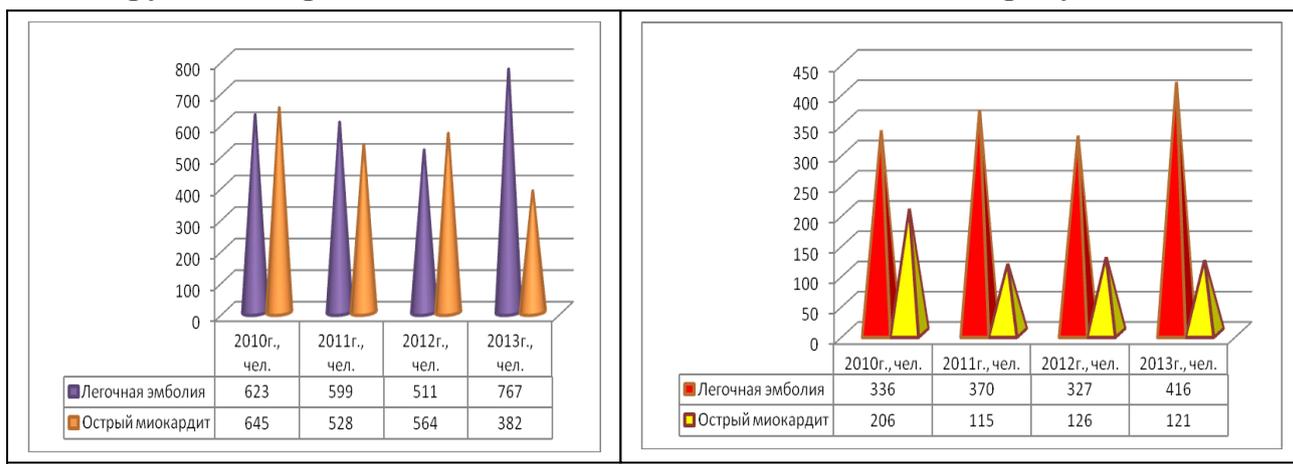


Рис. 2.26. Динамика зарегистрированных больных с легочной эмболией и острым миокардитом в СЗФО и СПб с 2010-2013 г.г.

Число больных с острым миокардитом снизилось как в СЗФО, так и в Санкт-Петербурге и на конец анализируемого периода было зарегистрировано больных в СЗФО-382 чел., в СПб-121 человек. При этом снижение составило 40,75% и 41,26% соответственно по СЗФО и СПб.

Количество больных с кардиомиопатией в СЗФО показывает положительную динамику и число зарегистрированных больных с таким диагнозом составило 14277 чел., в СПб число больных с таким диагнозом напротив снизилось на 11,19% и составило в 2013 г.-5009 человек, рисунок 2.27.

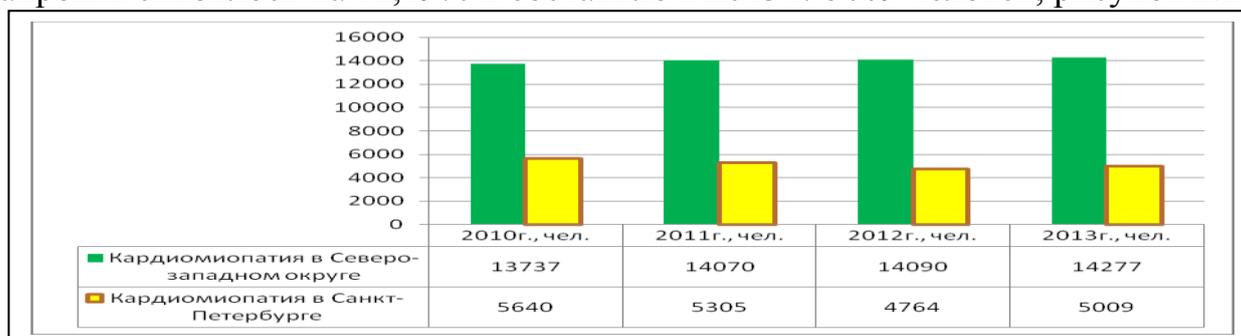


Рис.2.27. Динамика больных с кардиомиопатией с 2010-2013 г.г.

Достаточно большое количество больных имеют диагноз болезни системы кровообращения, однако как в СЗФО, так и в Санкт-Петербурге наблюдается снижение количества таких больных на 3,9% и 5,94% соответственно в СЗФО и СПб, рисунок 2.28.

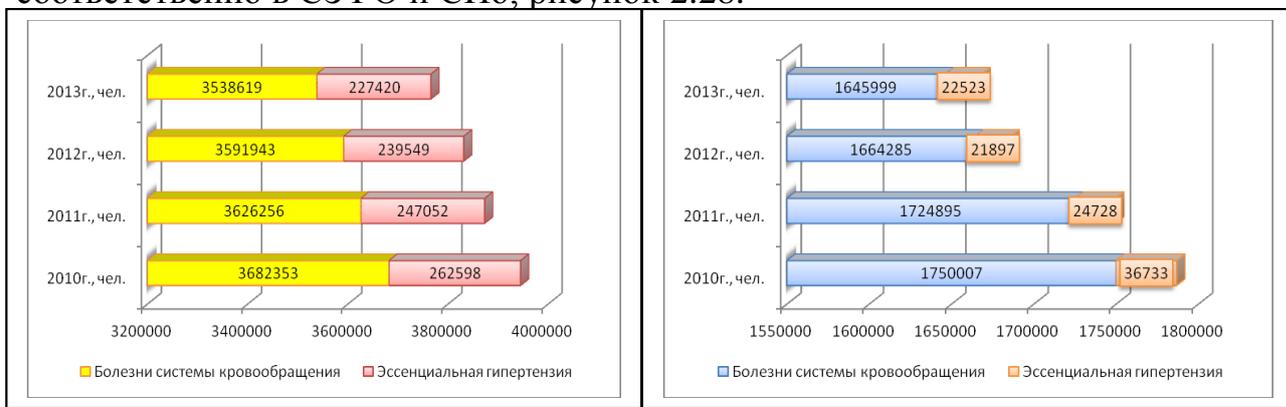


Рис.2.28. Динамика зарегистрированных больных с болезнями кровообращения и эссенциальной гипертензией в СЗФО и СПб с 2010-2013 г.г.

Положительным является и тот факт, что количество больных с эссенциальной гипертензией снижается как в целом по СЗФО, так и по Санкт-Петербургу в частности и по состоянию на 2013 г. было зарегистрировано больных с таким диагнозом -227420 человек в СЗФО и 22523человек в Санкт-Петербурге.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в целом рынок медицинских услуг СЗФО и СПб не стоит на месте, какие-то показатели показывают положительную динамику, какие -то напротив снижаются. В частности, положительными факторами развития рынка медицинских и кардиологических услуг СЗФО и СПб являются- наличие медицинских центров и диспансеров по оказанию кардиологических услуг. В настоящее время при оказании медицинской помощи, в том числе и кардиологической применяются новейшие технологии, новейшее медицинское оборудование, наличие специалистов в медицинской отрасли- все это способствует развитию рынка кардиологических и медицинских услуг. Однако, несмотря на преимущества, следует отметить, что основными недостатками как в целом в секторе медицинских услуг, так и услуг в области кардиологии в РФ является- снижение коек-мест в стационарах, небольшой удельный вес кардиологических

стационаров в общем количестве диспансеров, снижение численности медицинских работников, увеличение числа зарегистрированных больных по основным группам болезней. Следует отметить, что в СЗФО и в СПб развитие рынка медицинских и кардиологических услуг более менее стабильно, чем в целом по России. В частности, количество коек мест в Ленинградской области не имеет тенденцию к снижению, а в Санкт-Петербурге наблюдается рост больничных коек. Численность врачей в СПб увеличивается, количество больничных организаций имеет стабильную цифру и по состоянию на 2012 г. составила 112 ед. Чуть хуже обстоят дела в Ленинградской области, проведенный анализ показал, что в ЛО число больничных организаций снижается, снижается и количество врачей.

Анализ конкурентоспособности кардиологических клиник в Санкт-Петербурге и Ленинградской области показал, что как минимум десять клиник являются лидирующими по предоставлению кардиологических услуг населению в регионе. Однако первую строчку рейтинга занимает ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова», этот центр является лучшим как по консультациям врачей кардиологов, так и имеет лучший стационар для госпитализации кардиологических больных. Качество кардиологических услуг в СЗФО и Санкт-Петербурге можно считать удовлетворительными, так как наблюдается снижение количества больных с различными кардиологическими заболеваниями. Однако, для поддержания качества кардиологических услуг необходимо применение новейших технологий обслуживания клиентов, новейшего медицинского оборудования и др. Для того, чтобы определить наиболее вероятные проблемы кардиологического центра им. В.А. Алмазова, необходимо провести более детальный анализ, в связи с этим перейдем к следующей части исследования.

2.3. Общая характеристика деятельности ФГБУ ФМИЦ им. В.А. Алмазова

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный

медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» является одним из ведущих медицинских учреждений Санкт-Петербурга. Ранее ФГБУ ФМИЦ им. В.А. Алмазова имел название ФГУ «НИИ кардиологии им. В. А. Алмазова». После был переименован в ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова». Научно-исследовательский институт кардиологии был основан в 1980 году. Основателем центра является Владимир Андреевич Алмазов- это выдающийся российский кардиолог (приложение В). С декабря 2013 года медицинский центр был переименован и получил новое название- федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Краткая история медицинского учреждения представлена в приложении В.

На сегодняшний день ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» имеет несколько медицинских корпусов, кроме лечебно-реабилитационного комплекса №1, расположенного по адресу пр. Пархоменко, д. 15, построен и введен в эксплуатацию клиничко-политехнический корпус и федеральный специализированный перинатальный центр, находящиеся на ул. Аккуратова, д. 2, рисунок 2.29.



Рис.2.29- Действующие лечебные комплексы ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

В перспективе планируется капитальное строительство следующих объектов: клинический центр восстановительного лечения и реабилитации, федеральный образовательный Центр высоких медицинских технологий с общежитием и научно-экспериментальный центр с виварием, санаторно-

реабилитационный комплекс, рисунок 2.30.



Рис.2.30. Планируется строительство объектов для ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

Строительство объектов осуществляется под руководством управления капитального строительства ФМИЦ им. В. А. Алмазова. Кроме того, что клиника имеет современные здания, она также оснащена современным медицинским оборудованием, применяются современные медицинские изделия и лекарственные препараты(приложение Г).Наличие сильного руководства клиники и четкой структуры управления, позволяет добиваться не малых результатов в сфере оказания медицинских услуг. Рассмотрим кратко структуру ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова». Возглавляет центр директор Евгений Владимирович Шляхто- это российский кардиолог и терапевт, один из ведущих ученых страны в области клинической медицины, внесший заметный вклад в разработку новых методов диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов, решение теоретических и практических проблем организации оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи (приложение В).В подчинении директора находятся все подразделения клиники. Согласно специфики клиники, структура выглядит следующим образом, рисунок 2.31. В отделения клиничко-поликлинического комплекса входят: консультативно-диагностический центр, станция переливания крови, отделения кардиологии № 1 и №2 неврология, ревматология и др. В отделения лечебно-реабилитационного комплекса входят: приемное отделение, рентгенологическое отделение, неврология, оперблок, отделение физиотерапии, клиничко-

диагностическая лаборатория и др.



Рис.2.31. Структура ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

В отделении перинатального центра имеются отделения патологии и репродукции, анестезиологии, реанимации и терапии, детской хирургии, родовое отделение и др. Структура центра ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» позволяет оказывать различные виды медицинских услуг, которые можно подразделить на: специализированную медицинскую помощь и высокотехнологическую медицинскую помощь, рисунок 2.32.

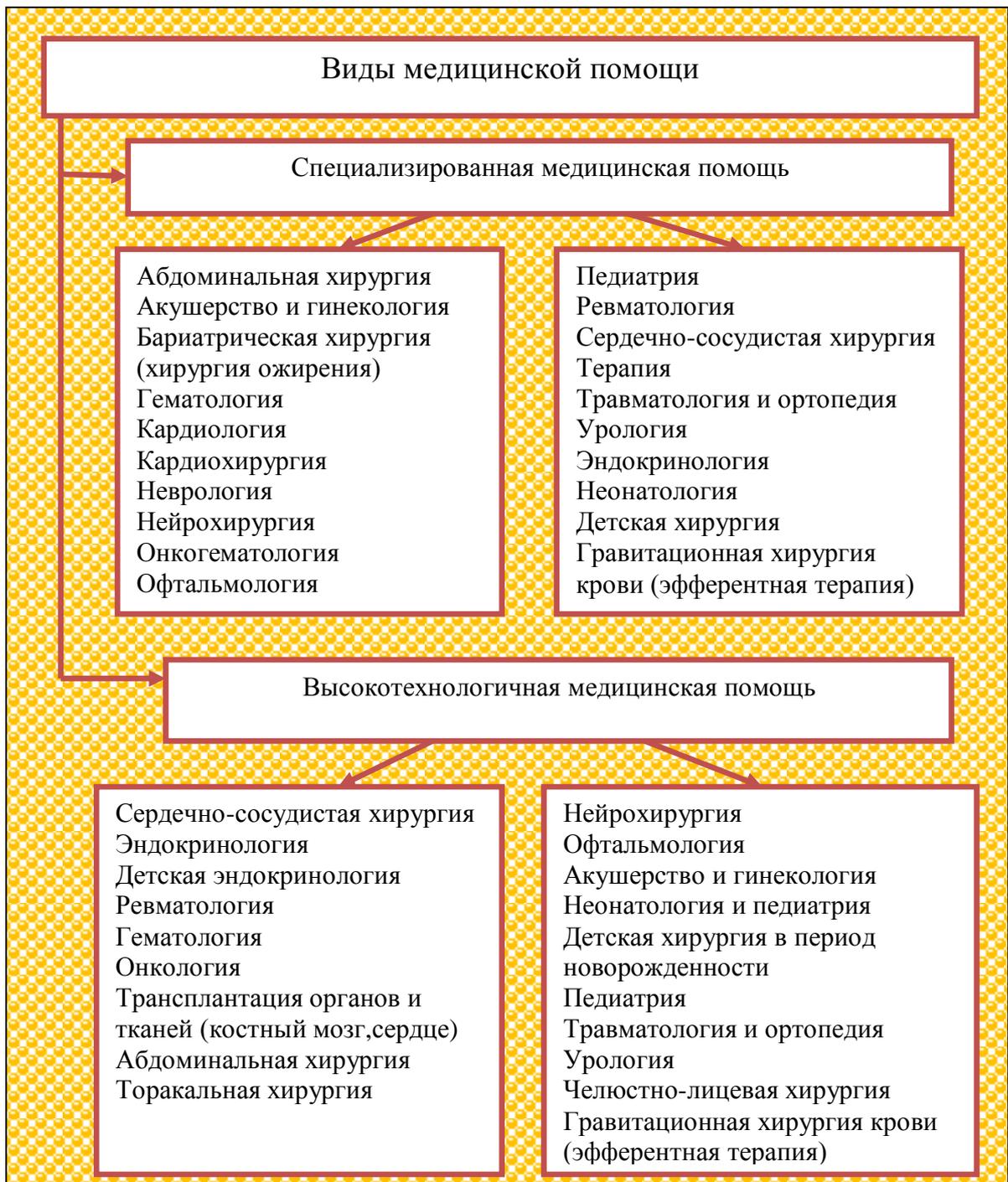


Рис.2.32. Виды медицинской помощи, оказываемые ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

Следует отметить, что кардиологические услуги относятся к специализированной медицинской помощи ФГБУ ФМИЦ им. В.А. Алмазова. Кардиологические отделения лечебно-реабилитационного комплекса предназначены для проведения диагностических, лечебных мероприятий и восстановительного лечения больных кардиологического профиля, в том числе требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и

подготовки к кардиологическим вмешательствам и последующей реабилитации. В кардиологических отделениях Центра осуществляется лечение по следующим нозологическим формам: артериальная гипертензия, атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания, нарушения ритма, заболевания эндокарда, миокарда и перикарда, заболевания легочной артерии, сердечная недостаточность (СН), поражение сердечнососудистой системы (ССС) при экстракардиальной патологии, рисунок 2.33.



Рис.2.33. Кардиологические болезни, которые лечит ФГБУ «ФМИЦ им.

В.А. Алмазова»

В кардиологических отделениях осуществляется комплекс физиотерапевтических процедур, ЛФК после всех видов хирургических вмешательств в индивидуальном режиме, коррекция медикаментозной терапии.

Следует отметить, что операции, проводимые в Центре подразделяются на два вида: индивидуальные (штучные) – трансплантация сердца, АКШ (аорто-коронарное шунтирование); поточные - КАГ (коронароангиография), установка однокамерных стимуляторов, имплантация двухкамерного кардиовертер-дефибриллятора (ИКД), эндоваскулярного вмешательства (коронарная ангиопластика – стентирование артерий) и РЧА (радиочастотная абляция).

Работа врачей кардиологических отделений и вспомогательных служб позволяет предотвратить тяжелые осложнения раннего послеоперационного периода и способствует возвращению пациентов к труду в более короткие сроки.

Резюмируя вышеизложенное можно сделать вывод, что существующая структура ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» позволяет оказывать медицинские услуги на достаточно высоком уровне. В настоящее время ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» имеет три лечебных комплекса, в проекте намечается строительство еще трех медицинских комплексов. На сегодняшний день, в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» применяются современное медицинское оборудование и лекарственные препараты. Основными видами медицинских услуг являются: абдоминальная хирургия, ангиология и флебология, анестезиология и реанимация, гастроэнтерология, гематология, гинекология, дерматология, кардиология, кардиохирургия, неврология, нефрология, общая хирургия, оториноларингология (ЛОР), офтальмология, психотерапия, пульмонология, ревматология, сомнология, стоматология (терапия), торакальная хирургия, травматология, трансфузиология, урология, физиотерапия и реабилитация, эндокринология. Сегодня Центр Алмазова- это один из ведущих российских центров по оказанию кардиологической и кардиохирургической помощи населению, выполнению научных исследований фундаментального и прикладного характера, подготовке научных кадров,

повышению квалификации врачей. Для того, чтобы дать наиболее полную оценку работы медицинского центра, перейдем к следующей части исследования.

2.4. Анализ деятельности ФГБУ ФМИЦ им. В.А. Алмазова

Проведем анализ деятельности ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» по основным показателям работы Центра. По состоянию на 2013 г. в центре было проконсультировано 130284 пациентов, в том числе консультации кардиолога получили 81297 чел., консультации стоматологов получили 3774чел., консультации узких специалистов были оказаны 45213 пациентам. Следует отметить, что за анализируемый период с 2011-2013 г.г. наблюдается увеличение числа проконсультированных пациентов на 26,58%, в том числе количество консультаций кардиологов возросло на 22,28%, рисунок 2.34.

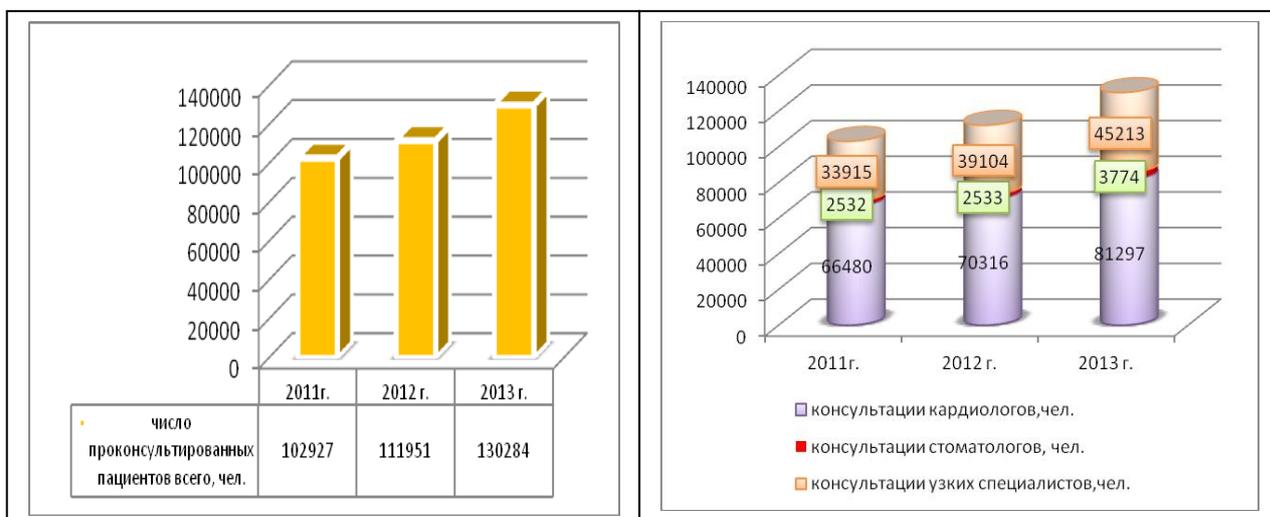


Рис.2.34. Динамика проконсультированных пациентов в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» с 2011-2013 г.г.

Всего в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» в 2013 г. было проведено 42261 обследования, а это на 7,86% выше показателя 2011 г. В том числе функциональная диагностика была проведена 35121 чел., эндоскопическим отделением было обследовано 5169 чел., а это на 508 пациентов ниже показателя начала анализируемого периода, рисунок 2.35.

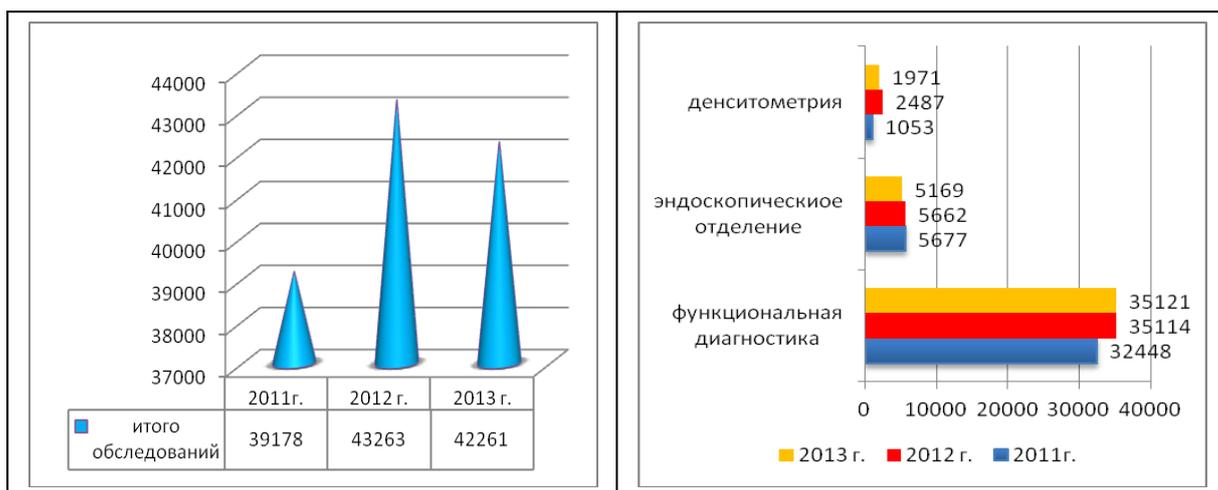


Рис.2.35. Динамика количества обследований пациентов в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» с 2011-2013 г.г.

Количество пролеченных пациентов в клинике центра в 2013 г. составило 24480 чел., а это на 29,45% выше показателя предыдущего года и на 59,38% превышает показатель 2011 г., рисунок 2.36.

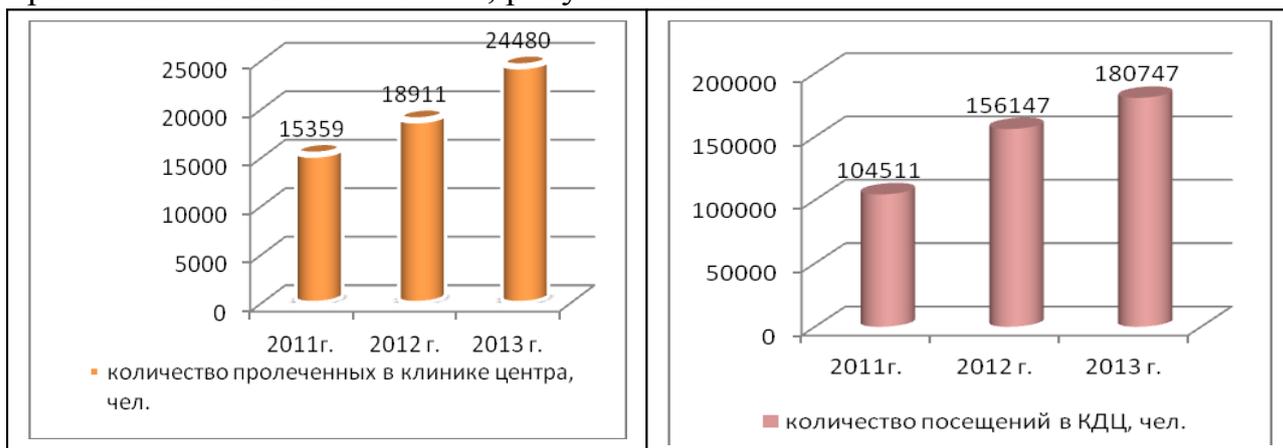


Рис.2.36. Динамика количества пролеченных в клинике и количества посещений в консультативно –диагностическом центре с 2011-2013 г.г.

Количество посещений в консультативно –диагностическом центре возросло на 72,94% по отношению к показателю 2011 г. и по состоянию на конец анализируемого периода КДЦ посетило 180747 чел., рисунок 2.36.

Следует отметить, что до 2012 г. в клинике ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» оказывалась высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) по направлениям: сердечно-сосудистая хирургия, эндокринология, ревматология. Начиная с 2012 г. для центра определен новый профиль ВМП нейрохирургия и сердечно-сосудистая хирургия. На сегодняшний день высокотехнологичная

медицинская помощь оказывается по 19 профилям, рисунок 2.37.



Рис.2.37. Количество профилей ВМП в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

В связи с увеличением профилей ВМП наблюдается и увеличение количества пролеченных больных и в 2013 г. было пролечено 10536 пациентов, при этом на сердечно-сосудистую хирургию пришелся 6471 пациент. Всего за 2008-2013 г.г. количество пролеченных пациентов по ВМП возросло на 261,32%., рисунок 2.38.

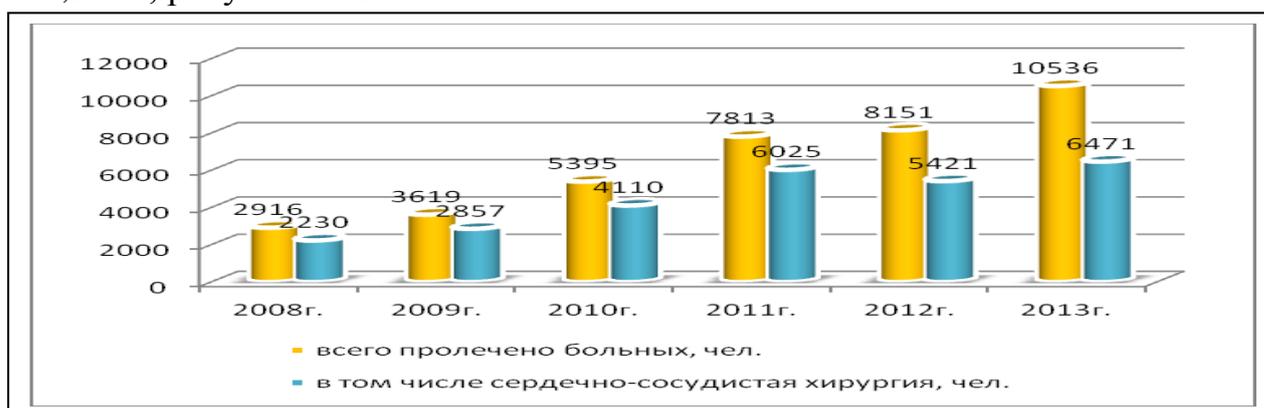


Рис.2.38. Объемы оказания ВМП в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

За 2009-2013 г.г. в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» наблюдается также увеличение количества операций, выполненных на открытом сердце и в 2013 г. число пациентов, которым была поведена операция на открытом сердце составило 2542 чел., а это на 511 чел. больше по сравнению с показателем предыдущего года и более чем в два раза превышает показатель 2009 г., рисунок 2.39.

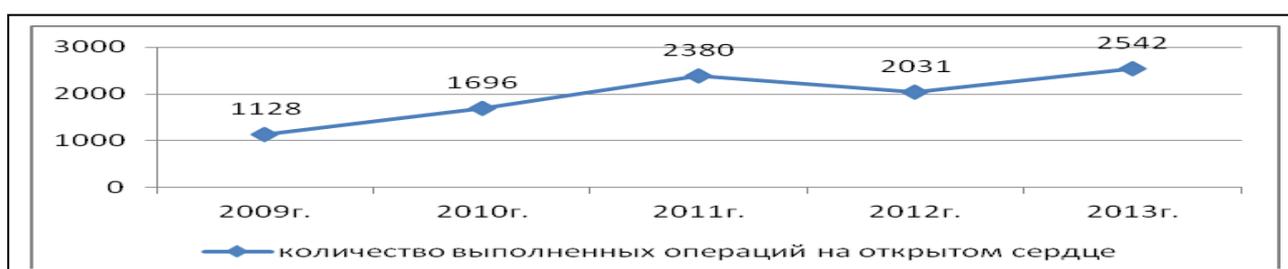


Рис.2.39.Динамика количества операций на открытом сердце с 2009-2013г.г.

Количество операций с ЭКК(экстракорпоральным кровообращением) у детей возросло на 413,33% и в 2013 г. было сделано 154 операции, рисунок 2.40.

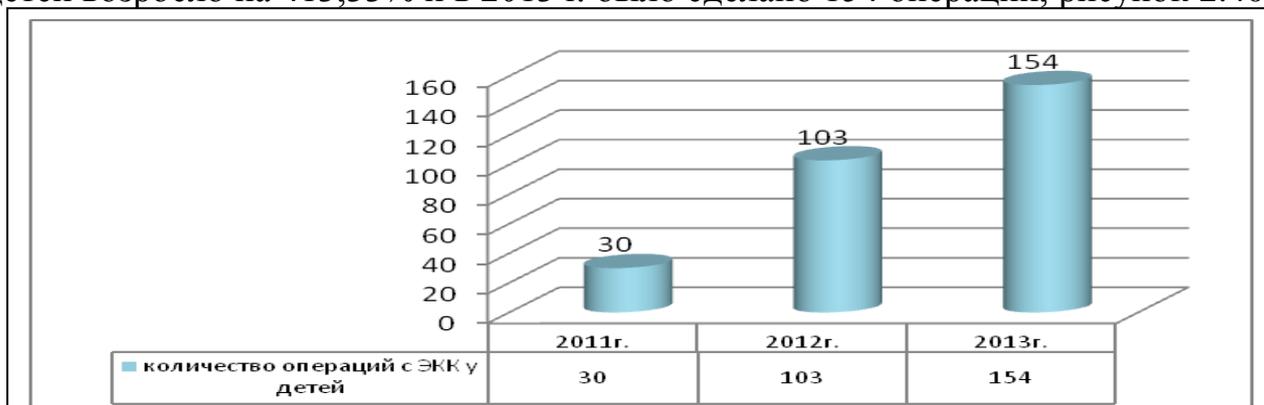


Рис.2.40. Динамика количества операций с ЭКК у детей с 2011-2013 г.г. в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

Увеличилось также количество операций при тахикардиях на 52,02% по сравнению с показателем 2010 г. и в 2013 г. было сделано 1207 таких операций. Число операций при брадикардиях и СН в 2013 г. составило 763, а это выше показателя предыдущего года на 22,86% и ниже показателя начала анализируемого периода на 4,15%, рисунок 2.41.



Рис.2.41. Динамика количества операций при тахикардиях и при брадикардиях в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

Кроме вышеперечисленных операций в ФГБУ ФМИЦ им. В.А. Алмазова осуществляется также трансплантация сердца и трансплантация костного мозга и в 2013 г. было проведено таких операций 14 и 49 соответственно. При этом замечена положительная динамика на эти операции, в частности, количество операций по трансплантации сердца увеличилось на 250,0% и количество

операций по трансплантации костного мозга возросло на 36,11%, рисунок 2.42.

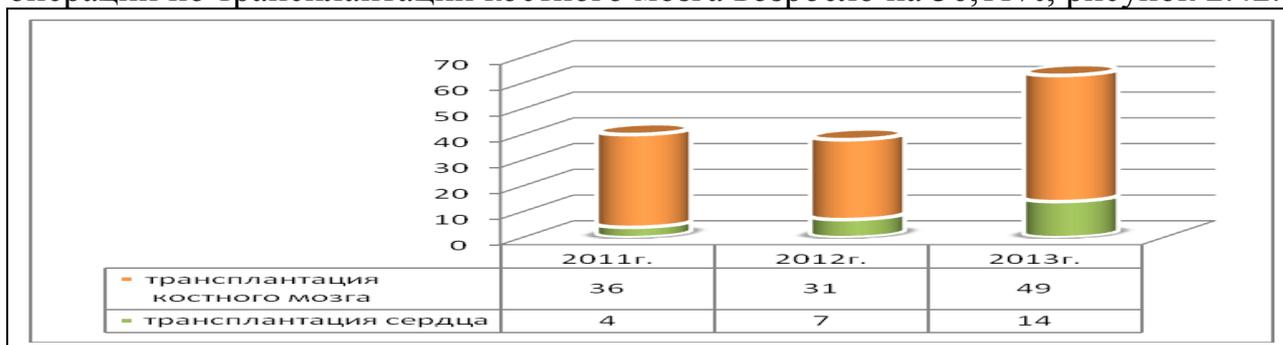


Рис.2.42.Динамка операций по трансплантации костного мозга и сердца в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» с 2011-2013 г.г.

Важными показателями в оценке качества медицинского центра является наличие квалифицированных специалистов, наличие палат для больных и количество коек-мест, наличие необходимого медицинского оборудования, медикаментов и оснащённость палат. В связи с этим стоит провести краткий анализ по кардиологическим отделениям ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова».

По имеющимся данным кардиологического отделения № 1 и кардиологического отделение № 2, представленным в приложении Д, проведем оценку организации работы этих отделений.

Кардиологическое отделение № 1 предназначено для инфарктных больных, оно расположено на пятом этаже клиничко-поликлинического корпуса ФГБУ «ФМИЦ им В.А. Алмазова», по адресу г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова 2. Отделение рассчитано на 40 коек (20 женских и 20 мужских). На отделении располагаются 3 одноместные палаты, 2 двухместные и 11 трёх местных палат. В структуре кардиологического отделения № 1 для больных инфарктом миокарда выделяются: палаты от 1-х до 3-х пациентов; 2 одноместные палаты и 1 люкс (2 х местный), процедурный кабинет, кабинеты заведующего отделением, среднего и младшего медицинского персонала, кабинет старшей медицинской сестры, рабочая комната сестры-хозяйки, помещения служебного назначения, ординаторская. Кардиологическое отделение для больных инфарктом миокарда обеспечивается изделиями медицинской техники в соответствии с лицензионными требованиями и условиями.

Отделение кардиологии №2 развернуто на 45 коек с февраля 2009г, ранее мощность отделения была 30 коек. В 45 коечном фонде выделены 4 палаты улучшенного пребывания больных, 2 из них совмещены в отдельные двухместные апартаменты, при необходимости каждое из помещений оборудуется в отдельную палату. Все палаты оборудованы телевизорами, отдельные и двухместные палаты мебелью, холодильниками, одноместные палаты – кондиционерами, отдельным санитарным блоком. В некоторых палатах предусмотрено круглосуточное ЭКГ-мониторирование и наблюдение за пациентами с помощью прикроватных мониторов DASH 3000 в выводе видеосистемы на сестринский пост. В отделении развернут 1 сестринский пост, 1 процедурный кабинет, 1 перевязочный кабинет с учетом особенностей деятельности отделения.

Численность персонала в первом и во втором кардиологическом отделении составляет 31 и 29 чел. соответственно, при этом существенных изменений в динамике численности работников кардиологических отделений не наблюдается, рис.2.43.

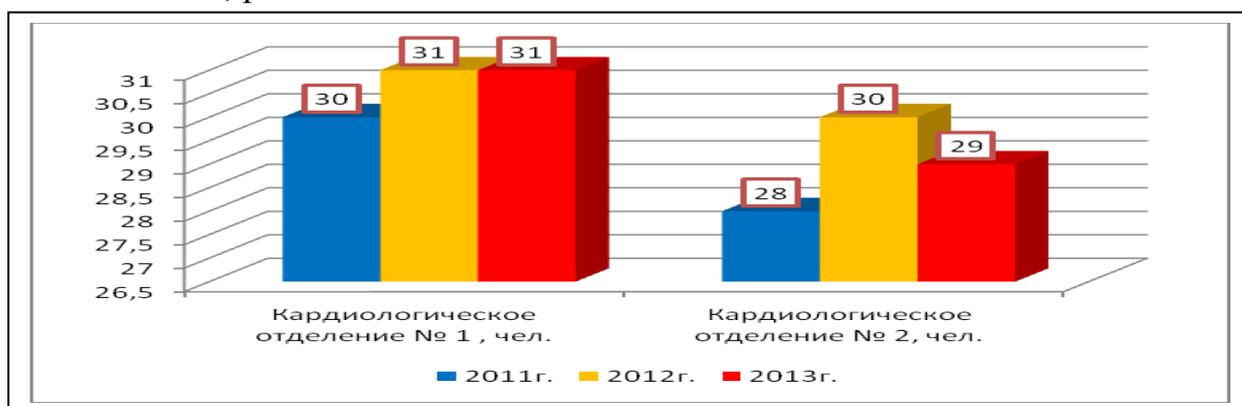


Рис.2.43. Динамика численности сотрудников в первом и во втором кардиологическом отделении ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

Все сотрудники кардиологических отделений имеют соответствующую квалификацию, подтвержденную наличием сертификатов в соответствии с требованиями на осуществление медицинской деятельности. В своей деятельности сотрудники кардиологических отделений ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» руководствуются действующим законодательством и нормативными актами федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения,

Уставом Центра, приказами директора, Положением, иными локальными актами Центра. На отделении имеются должностные инструкции для персонала, все сотрудники отделения ознакомлены с должностными инструкциями. Все сотрудники, принимаемые на работу в отделения, проходят инструктаж по технике безопасности и санэпидрежиму, проводятся инструктажи по охране труда, а также очередные и, при необходимости, внеочередные занятия по противопожарной безопасности.

В отделении соблюдается санэпидрежим согласно необходимым инструкциям, площади кардиологических отделений соответствуют санитарным правилам и нормам (СанПиН 5179-90, СНиП 31-05-2003). В кардиологиях имеются все необходимое оборудование. В частности: станция инфузионная «Alaris», инфузионные насосы «Alaris», система диагностическая ультразвуковая, дефибриллятор Cardio Serv, центр клинической информации CIC PRO, система физиологического мониторинга пациента «DASH-3000», оборудование для хранения крови MDF - U333 «Sanyo», облучатели-рециркуляторы воздуха ультрафиолетовые бактерицидные ОРУБп-3-«КРОНТ», система регистрации ЭКГ покоя и проведения тестов с физической нагрузкой MAC 1200 ST и др. Более подробные данные о наличии оборудования в кардиологических отделениях представлены в приложении Д.

Таким образом, в кардиологических отделениях имеется квалифицированный персонал, палаты для больных, необходимое оборудование. Однако, наличие существующих коек мест для больных является недостаточным. В частности, по состоянию на 2013 г. план койко-дня первого кардиологического отделения составляет 13600, по факту койки дня превышают плановые показатели и в 2013 г. факт койки-дня составил 18153, рисунок 2.44. Аналогичная ситуация наблюдается и по второму кардиологическому отделению, в частности в 2013 г. план койки дня составил 15300, факт- койки дня превышает плановый показатель на 20,42% и составил 18425 койки-дня. Из этого следует, что в кардиологических отделениях наблюдается переполненность, из-за этого возникает недостаток коек-мест для больных,

рисунок 2.44.

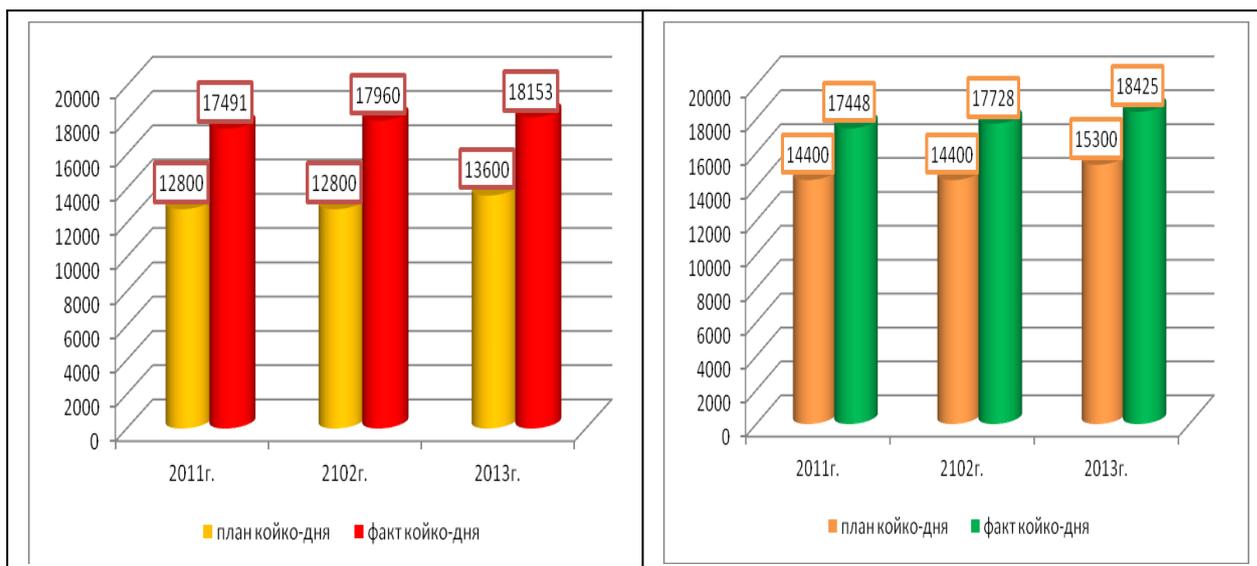


Рис. 2.44. Динамика плановых и фактических показателей койки-дня в первом и во втором кардиологических отделениях ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова»

Основными причинами из-за чего возникает переполняемость коек-мест являются следующие: 1) недостаточная подготовка поступающих пациентов на амбулаторном этапе, в том числе и из регионов РФ; 2) из –за отсутствия мультидисциплинарных бригад по курации пациентов, выписанных после операции на амбулаторное лечение, большинство пациентов находятся в клинике до полного выздоровления; 3) непрерывный поток пациентов, находящихся на лечении до и после операций. Рассмотрим подробнее выше перечисленные причины, которые вызывают дисбаланс коек-мест.

Недостаточная подготовка поступающих пациентов на амбулаторном этапе заключается в том, что нет отлаженного механизма отсева поступающих пациентов в кардиологические отделения клиники на уровне приемного покоя. В частности, поступающему пациенту оформляют историю болезни и поднимают в отделение, где ему предоставляется койка-место. Далее к моменту осуществления операции, выясняется, что поступивший пациент не достаточно готов к операции, недообследован, имеются просроченные анализы, на момент госпитализации имеет обострение хронического заболевания и другие факторы. В результате, операция для такого пациента откладывается, до устранения всех

причин, препятствующих проведению операции. В связи с тем, что пациент занимает койку- место, то новых вновь поступивших больных, которые возможно готовы к операции, клиника принять не может или принимает, в результате чего и возникает перегрузка коек-мест.

Еще одной из причин, из-за которой возникает дисбаланс коек-мест- является то, что большинство прооперированных больных долго находятся в стационаре под наблюдением врача. Однако, есть больные которых можно выписать и на амбулаторное лечение, но из-за отсутствия мульти-дисциплинарных бригад по курации пациентов, выписанных после операции на амбулаторное лечение, большинство пациентов находятся в клинике до полного выздоровления.

И третья причина, которая вызывает дисбаланс коек-мест- это непрерывный поток пациентов, находящихся на лечении до и после операций. В первую очередь, это связано с тем, что потоки пациентов до и после операции не оптимизированы. То есть, всех больных после проведения операций , вне зависимости от того, какое состояние пациента (тяжелое, легкое, среднее) направляют в послеоперационное отделение или реанимацию. Однако, так как в клинике существуют различные виды операций (КАГ, ИКД, РЧА), о которых было описано выше, то согласно специфике проведения операций, и следовательно, различных послеоперационных состояний пациентов (тяжелое, среднее, легкое состояние пациента), в клинике должна быть разработана система управления потоками больных, чтобы разгружать реанимационные отделения. На сегодняшний день, такая система отсутствует. Таким образом, выше перечисленные причины вызывают дисбаланс коек-мест, а это отрицательно сказывается на качестве обслуживания пациентов.

Резюмируя выше изложенное можно сделать вывод, что в целом деятельность клиники ФГБУ «ФМИЦ им В.А. Алмазова», в том числе и деятельность кардиологических отделений можно назвать удовлетворительной. В учреждении имеются высококвалифицированные специалисты, необходимое современное оборудование и медикаменты, количество прооперированных и

обследованных больных ежегодно увеличивается, имеются три современных комплекса, в проекте заложено строительство еще трех медицинских комплексов. Анализ конкурентоспособности медицинских центров в области оказания кардиологических услуг населению показал, что ФГБУ «ФМИЦ им В.А. Алмазова» занимает лидирующие позиции как по качеству обслуживания клиентов, так и по наличию кардиологического стационара. Все это свидетельствует об успешной деятельности ФГБУ «ФМИЦ им В.А. Алмазова». Однако, несмотря на то, что центр является лидирующим среди существующих кардиологий, следует выделить основные проблемы, снижающие качество обслуживания пациентов клиники, в частности, ими являются: 1) несовершенство подготовки поступающих пациентов; 2) несовершенство обслуживания пациентов выписанных после операции на амбулаторное лечение; 3) отсутствует оптимизация потоков клиентов после операции. Для того, чтобы более детально рассмотреть мероприятия, направленные на совершенствование деятельности ФГБУ «ФМИЦ им В.А. Алмазова», необходимо перейти к следующей части исследования.

ГЛАВА 3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА»

3.1. Совершенствование подготовки поступающих пациентов

Эффективность работы любой клиники, в том числе и кардиологии, зависит от своевременно оказанной медицинской помощи. Посещение клиники пациентом начинается с приемного отделения, которое играет ключевую роль в постановке первичного диагноза, определении степени тяжести состояния и при решении необходимости госпитализации больного. От того, насколько хорошо будет организована деятельность приемного покоя, будет зависеть и качество работы всего кардиологического отделения. Прежде, чем перейти к рассмотрению мероприятий, направленных на совершенствование работы приемного отделения кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» необходимо кратко рассмотреть организацию деятельности приемного покоя.

Направленные на госпитализацию больные поступают, прежде всего в приемное отделение стационара кардиологии, где оформляют соответствующую медицинскую документацию. На каждого больного, поступающего в стационар ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА», заводят историю болезни (карту стационарного больного), являющуюся основным первичным медицинским документом. В приемном отделении, прежде всего оформляют титульный лист истории болезни, внося необходимые данные о больном: фамилия, имя и отчество, год рождения, домашний адрес, номер и серия паспорта, место работы и должность, служебный и домашний телефоны (в необходимых случаях и телефоны близких родственников), точное время поступления (что особенно важно при тяжелом состоянии больного), диагноз направившего учреждения. Если больной находится в тяжелом состоянии, то вначале ему оказывают необходимую медицинскую помощь и лишь затем производят регистрацию. При бессознательном состоянии больного

необходимые сведения записывают со слов сопровождающих его лиц. Помимо истории болезни, соответствующую запись делают в журнале госпитализации.

При поступлении в стационар проводят антропометрию. К основным антропометрическим исследованиям относят: измерение роста (длины тела) и взвешивание больных. В приемном отделении кардиологии также измеряют температуру тела, проводят тщательный осмотр кожных покровов и волосистых участков тела с целью выявления педикулеза (вшивости). Полученные результаты также вносят в историю болезни. После окончания осмотра больного врач заполняет историю болезни, выставляет диагноз при поступлении, отмечает необходимость санитарной обработки, определяет отделение, куда будет госпитализирован больной, и способ транспортировки. Если при осмотре выясняется, что необходимость в стационарном лечении отсутствует, то после оказания требуемой медицинской помощи больного отпускают домой с соответствующими справками и рекомендациями по амбулаторному лечению. Запись о таком посещении делают в специальном журнале (журнал приема больных и отказа в госпитализации).

Для плановой госпитализации больные поступают в приемное отделение, имея направление на госпитализацию и выписку из амбулаторной карты. В экстренных ситуациях больные могут быть доставлены также машиной скорой медицинской помощи. В некоторых случаях больные, внезапно почувствовав себя плохо, обращаются самостоятельно («самотеком»).

Таким образом, при поступлении больного в приемное отделение кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА», на него заводят историю болезни, измеряют антропометрические показатели, оказывают срочную помощь если больной находится в бессознательном состоянии. После определения диагноза больного направляют либо в стационар, либо на амбулаторное лечение.

Следует отметить, что несмотря на то, что при поступлении больного тщательно осматривают и после направляют его в отделение, однако не редки случаи, когда в кардиологию ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» поступают

не дообследованные или с не откорректированной медикаментозной терапией пациенты, а также больные, не имеющие действующей квоты ВМП. Операции для таких пациентов откладываются, до устранения всех причин, препятствующих проведению операции. В связи с этим, вызванные на госпитализацию по плану пациенты приходят в приемный покой, а места заняты пациентами, которых дообследуют, проводят премедикацию или пролечивают выявленные после дообследования хронические обострения. Таким образом, так как часть больных не готова к операции; или не имеет необходимых документов для лечения, занимают койку место, которых фактически всегда не хватает. Следствием этого является нарушение сроков осуществления кардиологических операций.

В связи с этим, является необходимым совершенствование деятельности приемного покоя кардиологического отделения ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА». Это может быть обеспечено за счет усиления контроля при приеме поступающих пациентов. При этом, основными направлениями должны стать: тщательный осмотр наличия анализов поступающих больных, проверка их годности и соответствие нормам; осмотр поступающих пациентов на наличие ОРЗ и хронических заболеваний, наличие действующей квоты ВМП.

Обеспечить усиленный контроль поступающих больных в кардиологическое отделение ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» можно за счет разработки и ввода контрольного листа- анкеты, предусматривающей изучение состояния больного, наличие всех необходимых анализов и необходимых документов, в том числе и ВМП. Примерная анкета (контрольный лист) представлена в таблице 3.1.

В контрольном листе, врач должна ставить отметку о дате проведения анализов, наличия заболеваний и готовности пациента к госпитализации. Контрольный лист-анкету целесообразно заполнять до истории болезни. Таким образом, введение контрольного –листа анкеты, позволит систематизировать и оптимизировать потоки поступающих пациентов в кардиологическое отделение ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА». Это позволит снизить

затраты рабочего времени медицинского персонала на оформление истории болезни пациентов, не готовых к госпитализации, позволит освободить часть коек-мест, которые ранее занимались не дообследованными больными и следствием этого будет являться своевременное осуществление кардиологических операций и снижения риска обострения заболеваний.

Таблица 3.1-Контрольный лист-анкета

№ п/п	показатели	отметка
1	Пациент (Ф.И.О.)	
2	Дата и год рождения	
3	Диагноз	
4	Наличие анализов	
5	Заболевания: ОРЗ	
6	Хронические заболевания	
7	Другие заболевания	
8	Наличие ВМП	
9	Готовность пациента к операции	
10	Другие отметки	

Как уже было описано выше, что основной проблемой кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» является нехватка коек мест, которая возникает не только в следствии несовершенства поступающих больных в приемном покое кардиологического отделения, но из-за отсутствия оптимизация потоков пациентов во время и после операции. В связи с этим, является необходимым предусмотреть еще некоторые мероприятия, которые будут направлены на повышение качества лечения в стационаре и обеспечения непрерывности потока больных. В связи с этим, перейдем к рассмотрению данного мероприятия.

3.2.Обеспечение качества лечения в стационаре

Качество лечения в стационаре зависит, прежде всего от своевременно оказанной медицинской помощи и непрерывного потока больных. Однако, в кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» факт койки дня превышает плановые показатели, в связи с отсутствием оптимизации потоков пациентов не

только на этапе приемного покоя, но и во время и после операции. Кроме того, что выше были предложены мероприятия, позволяющие совершенствовать отсев больных в приемном покое при отсутствии необходимых анализов и достаточной подготовки пациентов, необходима оптимизация прооперированных больных. Основными причинами, вызывающие нарушения оптимизации потоков пациентов, в кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» во время и после операции являются следующие:

1) Время оперативного вмешательства при проведении поточных операций на данный момент не регламентировано, во время оперативного вмешательства могут возникнуть технические сложности и время операции увеличивается на неопределенный срок. Поэтому отсутствует возможность строго запланировать количество операций в день, это приводит к тому, что сбивается график операций и хирурги вынуждены переносить операции на следующий день, создавая очередь из пациентов.

2) Так как, на сегодняшний день, в клинике существуют различные виды операций, такие как: поточные - КАГ, стентирование артерий, РЧА, ПЭКС, ИКД и индивидуальные- АКШ, трансплантация сердца; после проведения операций больные могут иметь тяжелое, среднее и легкой тяжести состояние. Однако, показатели состояния здоровья пациентов после операции не учитываются, и всех прооперированных пациентов направляют в ОАРИТ, несмотря на то, что некоторые прооперированные больные находятся в состоянии средней или легкой тяжести и не нуждаются в реанимационном отделении. В связи с этим, происходит перегрузка реанимационных отделений, что представляется не целесообразным. Таким образом, отсутствие регламентации оперативного вмешательства до операции и неправильное распределение потоков пациентов после проведения операций, вызывают нарушения оптимизации потоков пациентов. В связи с этим, в клинике ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» должна быть разработана система управления потоками больных, чтобы разгружать реанимационные отделения.

Оптимизация потока пациентов до и после проведения операций в

кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» может быть достигнута двумя путями: 1) оптимизация времени оперативного вмешательства; 2) совершенствование распределения потока пациентов после операции. В свою очередь, для оптимизации времени оперативного вмешательства при проведении поточных операций, является необходимым - разработать протокол временных ограничений сроков флюороскопии для операций стентирования артерий, РЧА, ПЭКС и ИКД.

Для совершенствования оптимизации потока больных после операции необходимо упорядочить потоки пациентов для разгрузки реанимационных отделений, следующим образом:

А) Прооперированные больные-КАГ (коронароангиография), как правило, находятся в состоянии легкой тяжести, в связи с этим, отсутствует необходимость в направлении пациентов в реанимационное отделение. Таким образом, больных после проведения операций –КАГ, целесообразно направлять в палату, под наблюдение лечащего врача.

Б) Пациенты после проведения поточных операций, стентирования артерий и РЧА (радиочастотная абляция), как правило, находятся в состоянии средней тяжести. В связи с этим, отсутствует необходимость в направлении пациентов в реанимационное отделение. Больных после таких операций целесообразно на 6 часов направлять в палаты интенсивной терапии (ПИТ) для мониторинга состояния.

В) Пациентов после операции с тяжелым состоянием направлять в реанимационное отделение.

Таким образом, будет достигнут непрерывный поток больных и разгрузка реанимационного отделения. Однако, для того, чтобы больных в состоянии средней тяжести направлять в палаты интенсивной терапии, необходима их организация на базе отделения с выделенным сестринским постом. Рассмотрим кратко сущность палат интенсивной терапии и организация работы этой палаты. Палаты интенсивной терапии предназначены для пристального наблюдения за больными с относительно стабильным состоянием жизненно важных органов и

систем.

В состав отделения палаты интенсивной терапии (ПИТ) должны входить одноместные, двухместные палаты и палаты повышенной комфортности (двухкомнатные). Круглосуточное дежурство медицинской бригады должны обеспечивать надежный контроль за состоянием здоровья больных кардиологического отделения ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА». Каждый больной должен находиться под постоянным мониторным электрокардиографическим контролем. Подготовленные специалисты кардиологического центра с помощью современного оборудования должны оперативно оценить состояние жизненно важных органов и систем больного. В распоряжении врачей кардиологического отделения ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» должна быть установлена круглосуточно работающая биохимическая лаборатория, где на самом современном уровне оперативно и точно определяют множество показателей, необходимых для постановки правильного диагноза, контроля за состоянием и проводимой терапией. Для лечения больных необходимы современные высокоэффективные лекарственные препараты - антитромботические препараты, используемые для восстановления нарушенного кровотока по тромбированной коронарной артерии. Отделение должно располагать всем необходимым для борьбы с осложнениями инфаркта миокарда.

Функционально отделение интенсивной терапии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» должно быть организовано центральным постом наблюдения, который позволяет одновременно проводить многофункциональный мониторинг всех больных отделения, и должен быть оснащен: следящей реанимационно-хирургической мониторной системой (ЭКГ, дыхания, температуры, АД, пульсоксиметр), рассчитанной на несколько пациентов; системой визуального контроля над больными(телекамеры); персональные компьютеры, имеющие целый ряд медицинских программ.

Следует также отметить, что машина скорой медицинской помощи ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» должна доставлять больных непосредственно

в ПИТ, минуя приемное отделение, что позволит в течение считанных минут установить диагноз и начать лечение.

В отделениях реанимации и интенсивной терапии кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» помимо истории болезни на каждого больного необходимо заводить карту интенсивной терапии. Карта интенсивной терапии одновременно является листом назначения для дежурной медицинской сестры. У больного с удовлетворительным состоянием записи в истории болезни делают не менее четырех раз в сутки. В тяжелом и критическом состоянии больного записи производят по мере необходимости: после развития осложнений или ухудшения состояния, для обоснования проводимого лечения. В истории болезни также фиксируют совместные обходы, консультации, консилиумы специалистов, результаты специальных исследований.

Курация пациентов палат интенсивной терапии, организованной на отделении кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» должна осуществляться дежурным врачом-реаниматологом.

Таким образом, рассмотренные выше мероприятия, в частности: оптимизация времени оперативного вмешательства, путем разработки протокола временных ограничений сроков флюороскопии для операций стентирования артерий, РЧА, ПЭКС и ИКД; и оптимизация потока пациентов после проведения операций, позволят повысить качество обслуживания пациентов кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА», за счет совершенствования следующих показателей: 1) доступности; 2) результативности; 3) технологичности. В свою очередь, показатель доступности выражается в отрегулированности потока пациентов кардиологического отделения. Показатель результативности будет свидетельствовать о снижении сроков ожидания операции, снижения послеоперационных осложнений и т.д. Технологичность будет достигнута за счет своевременного выполнения операций высоко-квалифицированными врачами с использованием новейшего оборудования, новых технологий и материалов.

3.3. Организация мультидисциплинарных бригад по курации пациентов в послеоперационный период

Для повышения качества обслуживания пациентов кардиологии ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» не менее важным является совершенствование обслуживания пациентов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, выписанных после операции на амбулаторное лечение. На сегодняшний день, койко-места в лечебно-реабилитационном комплексе (Пархоменко,15) большей частью заняты иногородними пациентами, недообследованными на амбулаторном этапе, имеющими просроченные анализы к дате госпитализации, страдающими обострением хронических заболеваний, ждущими следующего этапа выполнения ВМП, что представляется не целесообразным, так как другие пациенты лишаются возможности прохождения реабилитации в послеоперационном периоде в условиях стационара. Пациенты, проживающие в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, после проведенного оперативного лечения, выписываются и проходят реабилитацию в амбулаторно-поликлинических комплексах по месту жительства, при этом реальные реабилитационные мероприятия, как показывает практика, в амбулаторно-поликлинических комплексах за частую отсутствуют или проводятся в минимальном объеме. Таким образом, традиционная модель помощи больного, имеет ряд недостатков, которые снижают качество медицинского обслуживания, рисунок 3.1.

Исходя из вышеизложенного, существует необходимость в организации реабилитационных мероприятий послеоперационным пациентам на дому с привлечением мультидисциплинарных бригад на базе Центра в тесном взаимодействии со специалистами поликлиник по месту жительства пациента. Рассмотрим подробнее это мероприятие.

Мультидисциплинарная бригада(МДБ) - это команда квалифицированных специалистов, помогающих пациенту достичь поставленных реабилитационных целей. В состав междисциплинарной бригады могут

входить: врач- кардиолог, медсестра, специалист ЛФК, врач-терапевт, врач-психотерапевт, эрготерапевт, психолог, диетолог, специалист по социальной работе и юрист. Тот или иной состав бригады может зависеть от степени остроты проблемы, вызванной кардиологическим расстройством.

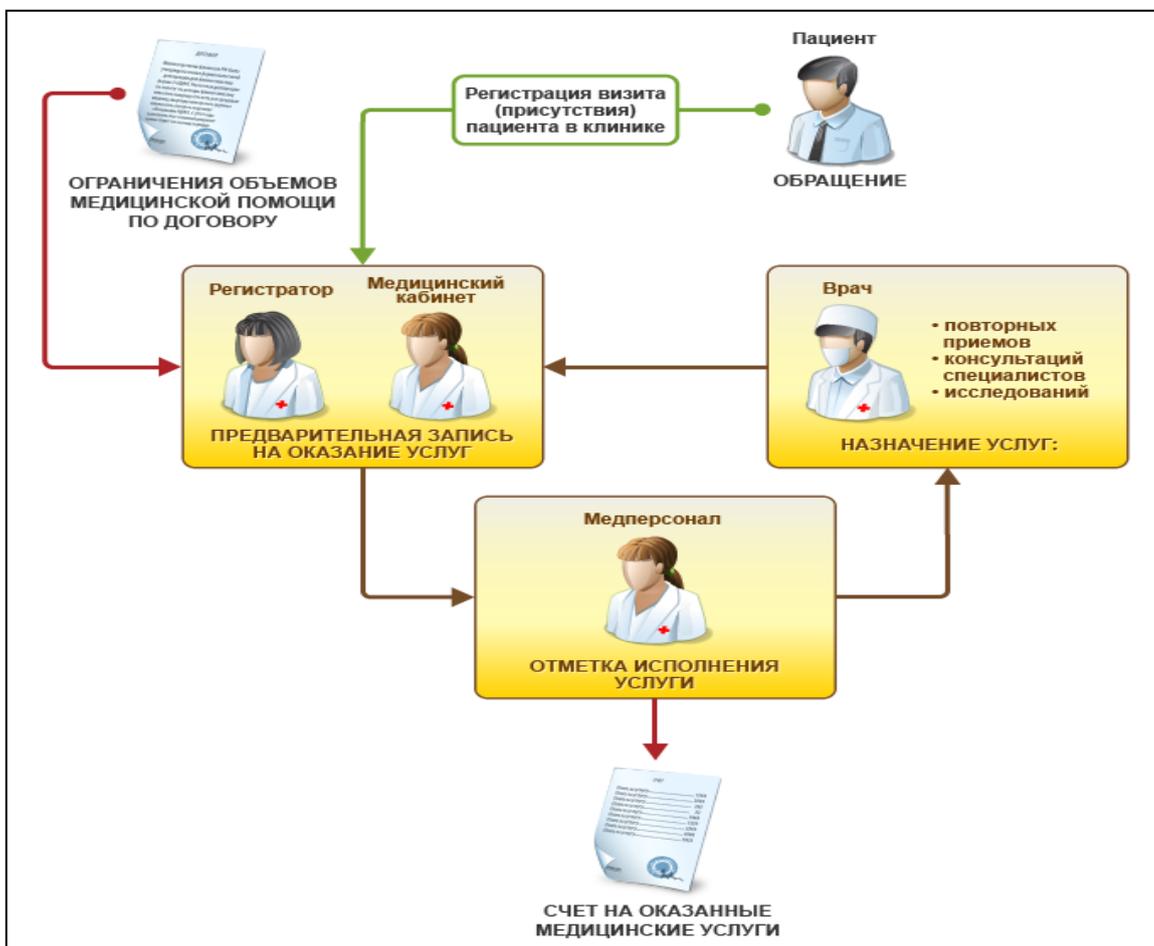


Рис.3.1. Традиционная модель помощи больному, обратившемуся в медицинское учреждение.

Особенностью работы мультидисциплинарной бригады в области кардиологии является длительный срок наблюдения за конкретным пациентом, а результат предполагается как в виде выздоровления пациента, так и в улучшении качества его жизни в реабилитационный период.

Задачами мультидисциплинарной бригады являются: совместное проведение осмотра и оценки состояния больного и степени нарушения функций; создание адекватной окружающей среды для пациента в зависимости от его специальных потребностей; совместное обсуждение пациентов не реже одного раза в неделю; оценка тяжести состояния и прогноз степени

восстановления; выбор оптимальных методов лечения с учетом реакций, уровня и характера поражения, степени функциональных осложнений, с ежедневной коррекцией применяемых методик в зависимости от динамики процесса восстановления; совместная постановка целей реабилитации; адекватное медикаментозное лечение и организация ухода за больными; планирование выписки; оценка результатов лечения с применением балльной оценки по шкалам, отражающих как функциональное состояние пациента, так и активность пациента в быту, а также качество жизни.

Основными формами работы мультидисциплинарной бригады являются:

- 1)осмотр пациента на дому;
- 2) сбор анамнеза;
- 3)оценка окружающей обстановки: быта, стандартов чистоты, ухода за собой;
- 4)оценка семейных отношений и доступности надежных людей, которые могут осуществлять уход;
- 5)многоосевой (биопсихосоциальный) диагноз; биологический уровень - выявление кардиологической и соматической патологии, утраты навыков самообслуживания; психологический уровень- определение психологического профиля пациента, внутренней картины болезни, психологического климата в семье; социальный уровень- выявление степени социальной дезадаптации;
- б)составление плана ведения: диагностического, терапевтического, психосоциального, определение необходимости госпитализации в больницу, в дневной стационар;
- 7)привлечение дополнительных специалистов-консультантов, иных служб и организаций, волонтеров и т.п.;
- 8)информирование пациента и членов его семьи.

Функционирование и работа мультидисциплинарных бригад кардиологической службы должны основываться на следующих принципах: доступности, гарантированности, мультидисциплинарности, подотчетности, комплексности, преемственности.

Принцип доступности является особенно важным для пациентов, так как не всегда есть возможность добраться и «подступиться» к необходимым для них учреждениям и в необходимое для них время. Доступность, как сложное понятие, определяется географическим расстоянием или временем,

необходимым для поездки от дома пациента до места расположения медицинского учреждения, времени, на которое могут быть отложены прием и лечение пациента из-за всевозможных препятствий или «фильтров», снижающих показатель использования служб пациентами (например, стигматизация) или некоторыми группами населения (например, этнические меньшинства).

Принцип гарантированности, заключается в законодательном определении и реализации прав граждан на бесплатную общедоступную медицинскую помощь, а это высшей социальной ценностью государства. Организация медицинской помощи населению осуществляется на основе действующего законодательства РФ, признания государством и обществом здоровья граждан как высшей ценности, современных достижений медицинской науки и практики, приоритета профилактического направления в охране здоровья населения. Формирование и функционирование мультидисциплинарных бригад может осуществляется на основе государственных минимальных социальных или медицинских стандартов, а также реализоваться на конкретных территориях системой медицинских мероприятий, определенных в территориальных программах, предоставляющих государственные гарантии оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Принцип мультидисциплинарности особенно важен для удовлетворения одновременно физических, психологических и социальных проблем, которые могут весьма негативно повлиять на течение кардиологического заболевания человека. Мультидисциплинарный подход к больному в рамках современного представления о многоосевой диагностике включает в себя:

-анализ клинико-функциональных данных (нозологический и синдромологический диагноз с использованием существующих классификаций и критериев, ведущий синдром, актуальное состояние во взаимосвязи с проводимой терапией, отражающие степень ремиссии или компенсации), а также исследование физиологических (физическая активность в течение дня

или обездвиженность, нарушение функционирования основных органов и чувств);

-социально-бытовых (степень адаптации и актуальная ситуация в семейной и несемейной сферах общения, наличие инвалидности, проблем с оформлением юридических документов);

-психологических (наличие и степень выраженности характера и характерологических особенностей, своеобразие внутренней картины болезни, наличие и характер мотивации к участию в лечебно-реабилитационных мероприятиях и др.) особенностей пациента.

Такой подход позволяет сформулировать конкретный для каждого больного индивидуальный план лечения, включающий весь необходимый комплекс медико- и социореабилитационных мероприятий, в конечном счете имеющий своей целью повышение качества жизни пациента.

Принцип подотчетности в системе здравоохранения можно определить как функцию, которая состоит из сложных динамических отношений между медицинскими учреждениями и пациентами, их семьями и обществом. В мировой литературе с 80-ых годов прошлого века используется понятие «пренебрежение нуждами человека», которое распространяется не только на отношения в семье и на взаимоотношения между пациентом и медицинским персоналом. На уровне отдельного пациента принцип подотчетности — это элемент ответственности в рамках отношений между персоналом и отдельными пациентами, то есть отношений, которые должны основываться на уверенности и доверии. Каждый пациент имеет оправданные ожидания, что врач обязан оказать медицинскую помощь в соответствии с принятыми стандартами профессиональной практики. Так же, одним из аспектов непосредственной подотчетности пациенту является конфиденциальность клинической информации.

Принцип комплексности подразумевает, что данное звено первичной специализированной медико-социальной помощи охватывает весь диапазон тяжести кардиологических заболеваний, включая широкий спектр

характеристик пациента. Этот принцип включает наличие основных компонентов медицинской помощи, а также их использование приоритетными группами пациентов. Многие из больных не получают необходимого лечения, если их не выявляет персонал первичного звена системы медицинской помощи. В таких случаях отсутствие лечения может увеличивать риск хронификации заболевания, снижения продуктивности в разных сферах деятельности и углубления инвалидности.

Принцип преемственности реализуется как способность соответствующих учреждений предлагать вмешательства - на уровне пациента или на местном уровне, которые: 1) являются последовательными, согласованными в течение короткого времени как в рамках мультидисциплинарной бригады, так и между бригадами или другими ЛПУ (поперечная преемственность); 2) предполагают собой регулярные посещения учреждения в течение более длительного времени (лонгитудинальная преемственность).

Реализация этого принципа, может стать также средством повышения рентабельности медицинской помощи, сокращая затраты на многократные или частично перекрывающиеся вмешательства и неблагоприятные эффекты. В существующих исследованиях и предложениях по организации мультидисциплинарной помощи основной акцент делается на развитии и усовершенствовании уже существующих форм оказания помощи.

Таким образом, мультидисциплинарный подход обслуживания пациентов основан на множестве принципов, которые в первую очередь направлены на повышение качества медицинского обслуживания. Предлагаемый маршрут движения пациента в медицинском учреждении с учетом мультидисциплинарного подхода можно изобразить схематично, рис.3.2.

Преимуществами предлагаемого варианта организации мультидисциплинарного процесса являются: экономия общего рабочего времени; заметное улучшение психологического климата для больных и их родственников; более высокая мотивация для пациента активно участвовать в

процессе реабилитации; снижение количества осложнений и тяжести заболеваний; снижение затрат на медикаментозное лечение; снижение необходимости в повторной госпитализации.



Рис.3.2. Маршрут движения пациента при мультидисциплинарном подходе.

Практика применения опыта междисциплинарных бригад показывает эффективность междисциплинарной помощи в отношении профилактики осложнений и функциональных исходов как в раннем периоде лечения больных с нарушениями, так и при амбулаторной реабилитации. Таким образом, ранняя реабилитация и мультидисциплинарный подход обеспечивают снижение количества осложнений, следовательно, тяжести заболеваний, летальности, а также затрат на медикаментозное лечение. Кроме того, они улучшают функциональные исходы, уменьшают необходимость в повторной госпитализации, а значит, затраты по уходу за больными. Обучение пациента и его близких методам восстановления, ухода и вторичной профилактики значительно снижает уровень психоэмоциональных и физических перегрузок в

семье. Ведение больных мультидисциплинарными бригадами экономит рабочее время, повышает эффективность лечения, предупреждает развитие осложнений, не требует значительных финансовых затрат, экономит средства за счёт сокращения применения дорогостоящих препаратов при лечении осложнений.

Таким образом, современной моделью оказания кардиологической помощи является создание и внедрение мультидисциплинарного бригадного метода работы с пациентами. Это так же соответствует основной концепции реформирования российской кардиологии, которая связана с переходом от исключительно медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальному подходу, в котором внимание уделяется не только клиническим, но и психологическим, социальным, личностным факторам в их взаимосвязи. Во всем мире опыт эффективной деятельности мультидисциплинарных бригад связан с работой, которая имеет возможность представить весь спектр медицинских услуг, а также обладает специальными знаниями в области кардиологии и психосоциальной помощи.

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что основной проблемой кардиологического центра ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» является недостаток коек-мест, что вызывает нарушение сроков проведения кардиологических операций и снижает качество медицинского обслуживания. Для совершенствования деятельности кардиологического отделения были предложены следующие мероприятия: 1)совершенствование подготовки поступающих пациентов;2)обеспечение качества лечения в стационаре; 3)организация мультидисциплинарных бригад по курации пациентов в послеоперационный период. В свою очередь, обеспечить качество подготовки поступающих пациентов в кардиологический центр можно за счет усиления контроля при приеме поступающих пациентов, путем разработки и ввода контрольного листа- анкеты, предусматривающей изучение состояния больного, наличие всех необходимых анализов и необходимых документов, в том числе и ВМП. Повысить качество лечения в стационаре предлагается за счет: а) оптимизации времени оперативного вмешательства до начала операции; б)

совершенствование распределения потока пациентов после операции. Организация мультидисциплинарных бригад по курации пациентов в послеоперационный период будет способствовать снижению количества осложнений и тяжести заболеваний; снижению затрат на медикаментозное лечение; снижению необходимости в повторной госпитализации.

Таким образом, выше перечисленные мероприятия, позволят повысить качество обслуживания кардиологического центра ФГБУ «ФМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА» и добиться доступности, результативности и технологичности медицинского обслуживания населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

(примерный)

1. Здоровоохранение в России. 2013г. Статистический сборник. Федеральная служба статистики РФ [Электронная версия][Ресурс: <http://www.gks.ru/>]
2. Общая заболеваемость населения в России с 2010-2013 г.г. //Статистические материалы Департамента мониторинга, анализа, и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации.
3. Основные показатели развития здравоохранения Санкт-Петербурга с 2011-2013 г.г. [Ресурс: <http://petrostat.gks.ru/>]
4. Основные показатели развития здравоохранения в Ленинградской области с 2011-2013 г.г. [Ресурс: <http://petrostat.gks.ru/>]
5. Россия в цифрах 2013 г. Статистический сборник. Федеральная служба статистики РФ[Электронная версия][Ресурс: <http://www.gks.ru/>]
6. Рейтинг лидирующих клиник СПб и ЛО по консультациям врачей в области кардиологии по данным на октябрь 2014 г.[Электронная версия] [Ресурс:www.naropravku.ru]
7. Рейтинг лучших кардиологических стационаров СПб и ЛО по данным на октябрь 2014 г. [Электронная версия] [Ресурс:www.naropravku.ru]
8. «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Официальный сайт.[Ресурс: <http://www.almazovcentre.ru>]

ПРИЛОЖЕНИЯ