

## ОЦЕНКА СБАЛАНСИРОВАННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В РЕГИОНЕ

© 2012 Г.А. Сульдина

доктор экономических наук, профессор

© 2012 А.М. Хамидулина

Казанский (Приволжский) федеральный университет

E-mail: galsul@yandex.ru

Рассматривается проблема дифференциации социально-экономического развития на уровне муниципальных образований на примере Республики Татарстан. Авторами предложена методика оценки сбалансированности социально-экономического развития муниципальных образований.

*Ключевые слова:* региональная политика, муниципальное образование, территориальная сбалансированность, структурная диспропорция, интегральные показатели социально-экономического развития.

В современных условиях одним из главных направлений региональной политики Российской Федерации является решение проблемы дифференциации социально-экономического развития регионов, которая при сильном своем проявлении препятствует стабильному развитию общества в целом. Комплекс основных мер, направленный на сокращение различий в уровнях развития регионов, призван способствовать переходу к результативной модели реализации региональной политики, цель которой - обеспечение сбалансированного социально-экономического развития регионов<sup>1</sup>.

Однако структурная диспропорция в развитии наблюдается и на уровне муниципальных образований (МО). Результатом увеличения диспропорций в социально-экономическом развитии муниципальных образований внутри одного региона становится непропорциональное развитие проблемных муниципалитетов с постоянным увеличением уровня их дотационности.

Для Республики Татарстан (РТ), так же как и для многих других субъектов Российской Федерации, характерна неоднородность в развитии муниципальных образований. В муниципальных образованиях РТ выделяются дифференциации по следующим признакам:

- экономический - различия по моделям и степени государственного регулирования, по индивидуальной самозанятости, по ключевой ориентированности экономики МО;
- хозяйственно-объектный - крайне неравномерное размещение реально функционирующих мощностей;

- транспортно-инфраструктурный - очевидный разброс в обеспеченности соответствующими услугами на местном уровне;

- социальный - аномально высокие различия в условиях, уровне и качестве жизни, в ресурсных возможностях обеспечения единых социальных стандартов; формирование локальных зон безработицы, бедности, высокой миграционной нагрузки.

“Усиление неоднородности затрудняет проведение единой политики социально-экономических преобразований и формирование общенационального рынка, увеличивает опасности региональных кризисов и межрегиональных конфликтов, дезинтеграции национальной экономики, ослабления целостности общества и государства”<sup>2</sup>.

Асимметричность в социально-экономическом развитии МО приводит к проблемам при формировании инвестиционной политики, бюджетной политики, планировании развития социальной, экономической сферы региона и т.д.

На сегодня в России не существует общепризнанной методики оценки социально-экономического развития муниципальных образований. В указе Президента РФ от 28 апреля 2008 г. № 607 “Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов”<sup>3</sup> представлен перечень показателей, на основании которых проводится эта оценка. Однако речь идет только об оценке деятельности органов МСУ, а не об оценке уровня социально-экономического развития МО. Все это обуславливает актуальность данного вопро-

са и необходимость проведения качественной оценки сбалансированности социально-экономического развития муниципальных образований.

Территориальная сбалансированность должна обеспечивать выравнивание экономических и социальных потребностей территории. Соответственно, для того чтобы оценить сбалансированность развития МО, необходимо исследовать широкий круг показателей как социального, так и экономического развития.

Авторами предложена методика оценки сбалансированности социально-экономического развития муниципальных образований, основанная на использовании следующих параметров развития территорий:

- 1) географическое положение и природно-ресурсный потенциал;
- 2) трудовые ресурсы;
- 3) результативность функционирования экономики;
- 4) финансовые ресурсы;
- 5) демографические показатели;
- 6) социальная сфера.

В каждом из предложенных параметров территориального развития необходимо выделить ключевые показатели, на основе которых будет проводиться оценка социально-экономического развития муниципального образования. Выбор показателей проводится таким образом, чтобы их возможно было получить путем расчета по статистическим данным.

Для качественной оценки целесообразно проверить выбранные ключевые показатели на наличие тесных корреляционных связей между ними, чтобы иметь возможность исключить такие показатели из анализа на ранних его этапах.

В итоге были выделены 32 показателя, характеризующие различные аспекты социально-экономического развития МО (табл. 1).

В данном исследовании применялась методика многоуровневых интегральных показателей по каждому параметру социально-экономического развития муниципального образования с перекрестной проверкой пространственных корреляций выбранных показателей. Каждый параметр отражает от 4 до 8 количественных показателей (см. табл. 1) и формируется путем присвоения интегрального рейтинга МО по этому параметру. При наличии ресурсов (материальных и рабочих) при проведении данного анализа было бы целесообразно присвоить каждому выделенному па-

раметру весовой коэффициент его значимости в социально-экономическом развитии МО. Весовые коэффициенты могут быть разработаны как методом экспертных оценок, так и на основании данных опроса населения, когда выявляются наиболее предпочтительные для населения аспекты социально-экономического развития<sup>4</sup>. При построении рейтинговых интегральных методик именно выбор метода и критериев присвоения весов вызывает больше всего вопросов и разногласий. В данном исследовании веса были приняты за единицу, а рассчитанные параметры социально-экономического развития МО приравнены друг к другу. Представляется, что только с помощью общепринятой четкой методики расчетов можно определить, какие из показателей являются более значимыми.

При расчете комплексных показателей по параметрам социально-экономического развития для муниципальных образований РТ были сделаны выводы о том, что более высоким уровнем социально-экономического развития обладают муниципальные районы, имеющие в своем составе города. Для более наглядного сопоставления полученных результатов в качестве основных объектов исследования были выбраны именно такие муниципальные районы и городские округа. Таким образом, анализ сбалансированности проводился в отношении 22 муниципальных образований Республики Татарстан.

Простейшей методикой сравнительного анализа является ранжирование, при котором выбранные муниципальные образования сортируются по интегральному показателю с последующим выделением нескольких групп с близкими величинами рейтинга, что позволяет наглядно представить разброс по социально-экономическому развитию среди МО (см. рисунок).

Для оценки сбалансированности развития МО необходимо сравнить показатели интегральных рейтингов по различным направлениям социально-экономического развития. По результатам проведенного анализа каждому исследуемому муниципальному образованию РТ был присвоен рейтинг по всем ранее обозначенным параметрам развития территории (см. табл. 2).

Рейтинг по параметрам, в свою очередь, складывался из интегральных рейтингов всех указанных показателей путем подсчета средней арифметической по каждому муниципальному образованию. Исходными данными для анализа

Таблица 1

Показатели для оценки социально-экономического развития МО

№ п/п	Параметры оценки	Факторы социально-экономического развития МО	Показатели оценки
1	Географическое положение и природно-ресурсный потенциал	Географическое положение	Транспортная доступность Природно-климатические условия
		Ресурсный потенциал	Наличие природных ресурсов Доля фактически используемых сельскохозяйственных угодий в общей площади сельскохозяйственных угодий муниципального района, %
2	Трудовые ресурсы	Количественный состав трудовых ресурсов	Численность населения Доля трудоспособного населения Отношение численности работников организаций к трудоспособному населению Уровень зарегистрированной безработицы Средняя начисленная заработная плата Соотношение среднемесячной заработной платы и МПБ
		Качественный состав трудовых ресурсов	Уровень образования населения Доля трудового населения, занятого в высококвалифицированных сферах экономики
3	Результативность функционирования экономики		Объем промышленной продукции на душу населения Индекс промышленного производства Количество организаций на 10 тыс. чел. населения Количество зарегистрированных субъектов МП на 10 тыс. чел. населения Продукция всех категорий сельскохозяйственных производителей на 10 тыс. чел. населения Объем добавленной стоимости предприятий на душу населения, тыс. руб.
4	Финансовые ресурсы	Инвестиции	Объем инвестиций на душу населения Объем инвестиций в основной капитал на душу населения
		Финансы	Сумма прибыли организаций на 10 тыс. чел. населения Сумма убытка организации на 10 тыс. чел. населения Объем платных услуг населению, тыс. руб. на 10 тыс. чел. населения Налоговые и неналоговые доходы местного бюджета на душу населения
5	Демографические показатели		Коэффициент рождаемости Коэффициент смертности Коэффициент детской смертности Коэффициент пенсионной нагрузки
6	Социальная сфера	Образование	Обеспеченность учителями в общеобразовательных школах (количество учеников на одного учителя) Число учащихся средних и высших учебных заведений на 10 тыс. чел. населения
		Здравоохранение	Мощность медицинских учреждений (посещений в смену на 10 тыс. чел. населения) Обеспеченность медицинскими кадрами на 10 тыс. чел. населения

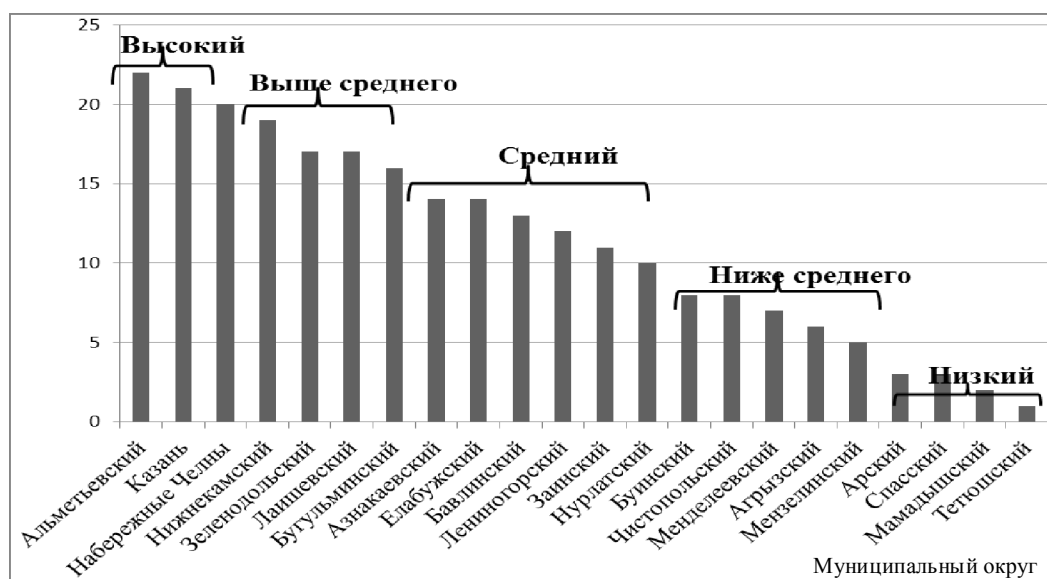


Рис. Распределение МО РТ по уровню социально-экономического развития

Таблица 2

## Интегральные рейтинги муниципальных образований РТ

Муниципальный район (городской округ)	Параметры социально-экономического развития						Итоговая сумма рейтингов
	Географическое положение и природно-ресурсный потенциал	Трудовые ресурсы	Результативность функционирования экономики	Финансовые ресурсы	Демографические показатели	Социальная сфера	
Агрызский	14	17	17	16	18	14	96
Азнакаевский	4	11	5	14	10	8	52
Альметьевский	1	1	1	4	4	1	12
Арский	16	18	19	18	13	18	102
Бавлинский	7	9	2	9	17	15	59
Бугульминский	7	5	10	10	6	12	50
Буинский	12	13	21	15	14	3	78
Елабужский	11	6	8	6	8	13	52
Заинский	19	16	14	10	12	4	75
Зеленодольский	9	7	14	6	5	4	45
Казань	5	1	9	1	1	1	18
Лаишевский	2	7	3	13	16	6	47
Лениногорский	16	13	10	8	7	10	64
Мамадышский	21	20	18	19	14	20	112
Менделеевский	9	13	12	12	20	21	87
Мензелинский	21	20	12	16	18	9	96
Набережные Челны	5	3	6	2	2	7	25
Нижнекамский	3	3	4	2	3	10	25
Нурлатский	14	11	6	19	11	16	77
Спасский	12	22	14	22	22	19	111
Тетюшский	18	18	22	19	21	22	120
Чистопольский	20	10	19	5	8	16	78

послужили показатели социально-экономического развития МО РТ<sup>5</sup>, данные по показателям эффективности деятельности органов местного самоуправления<sup>6</sup>.

Применение метода рейтинговых оценок изначально предполагает дифференциацию муниципальных образований по каждому критерию с присвоением им оценок от 1 до 22 (в соответствии с количеством исследуемых муниципальных образований).

Опираясь на итоговый рейтинг комплексной оценки, можно оценить сбалансированность всех выделенных параметров развития МО. По каждому муниципальному образованию можно выделить параметры с наибольшим рейтингом (т.е. наиболее развитые сферы социально-экономического развития). Эти показатели, полученные в результате проводимой оценки, выделены в табл. 2, что позволяет определить наиболее значимые направления развития сбалансированности муниципальных образований. Основное внимание при этом должно уделяться тем показателям, чьи рейтинги значительно отличаются в худшую сторону от остальных показателей по муниципальному образованию. Например, Бавлинский район, имея рейтинги выше среднего по всем параметрам социально-экономического развития, значительно отстает по демографическим показателям и развитию социальной сферы. Для получения более полной информации по этим вопросам можно переместиться на первый уровень оценок данных параметров и определить, какие из показателей влияют на ухудшение данных параметров. Выявив все “проблемные” аспекты в социально-экономическом развитии и установив взаимосвязи между ними и стратегическими целями, можно переходить к формированию инвестиционного механизма выравнивая развития МО.

По итоговой сумме рейтингов, рассчитанной на основе всех вычисленных интегральных показателей, можно оценить разброс и неравномерность в социально-экономическом развитии муниципальных образований внутри региона. Как было показано выше, наличие диспропорций в развитии территорий значительно влияет на развитие всего региона. Дифференциация среди муниципальных образований Республики Татарстан, полученная в результате расчета предложенным методом, достигает значения в 10 раз между развитием Альметьевского и Тетюшского районов. При анализе таких диспропорций следует учитывать и неизменяемые факторы социально-экономического развития. В исследовании тако-

вым являлось географическое положение и природно-ресурсный потенциал, на которые деятельность органов МСУ и органов региональной власти повлиять не может. Однако этот показатель даже при равных весовых коэффициентах предложенных параметров занимает лишь 1/7 часть в итоговом интегральном рейтинге. Это позволяет сделать вывод, что муниципалитеты-лидеры (Альметьевский район, Набережные Челны, Нижнекамский район и т.д.) имеют столь высокие показатели не только за счет неизменяемых показателей.

Таким образом, меры региональной политики по выравниванию уровня социально-экономического развития МО в РТ должны разрабатываться с учетом выявленных особенностей территориального развития региона. Управление должно осуществляться с учетом функциональной специализации каждого из муниципальных образований на основе общих закономерностей развития региональной экономики.

Предложенная методика оценки сбалансированности социально-экономического развития МО позволяет выявить территории с относительно низким уровнем развития, а также выделить проблемные параметры социально-экономического развития внутри самих МО. Все это облегчает выбор эффективной стратегии развития данных территорий как за счет бюджетного планирования, так и за счет разработки грамотной инвестиционной политики. Анализ особенностей сбалансированности развития МО необходим и органам местного самоуправления, и региональным органам власти, а одним из основных направлений их деятельности должно стать снижение отставания экономически менее развитых муниципальных образований.

<sup>1</sup> Изотова Г. Центробежный баланс // Экон. стратегии. 2008. № 7(65). С. 122-126.

<sup>2</sup> Гранберг А.Г. Региональное развитие и региональная экономика в России: десять лет спустя // Регион: экономика и социология. 2004. № 1.

<sup>3</sup> Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов: указ Президента РФ от 28 апр. 2008 г. № 607.

<sup>4</sup> Шитова Ю.Ю., Шитов Ю.А., Митрошин А.А. Сравнительный анализ социально-экономического положения районов Московской области // Региональная экономика: теория и практика. 2011. № 43 (226). С. 2-9.

<sup>5</sup> Сайт Министерства экономики РТ. URL: <http://mert.tatar.ru>. <sup>6</sup> Портал муниципальных образований РТ. URL: <http://msu.tatarstan.ru>.

<sup>6</sup> Портал муниципальных образований РТ. URL: <http://msu.tatarstan.ru>.

## СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ОПРОСЫ КАК ВАЖНЫЙ ИНСТРУМЕНТ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© 2012 М.В. Петров, М.В. Полюкова, А.А. Дронова,

М.И. Прокопьева, О.В. Калининченко, А.В. Иванов

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

им. академика И.П. Павлова

Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова

E-mail: poluc74@mail.ru

В статье приведены результаты социологического опроса пациентов поликлиники и стационара, характеризующие недостаточный уровень удовлетворенности ими оказанной медицинской помощью, связанный с проблемой доступности функциональных методов исследования, консультативной помощи, деонтологическими аспектами. Также приведены результаты опроса среднего медицинского персонала и организаторов здравоохранения, свидетельствующие о необходимости совершенствования кадрового менеджмента.

*Ключевые слова:* социологические опросы, качество медицинской помощи.

Как известно, одним из критериев качества медицинской помощи (КМП) является уровень удовлетворенности пациентов, который изучается, главным образом, при проведении специально организованных социологических опросов<sup>1</sup>.

К сожалению, данные многих исследований последних лет<sup>2</sup> свидетельствуют о значительной неудовлетворенности пациентов, связанной с недостаточной доступностью различных видов помощи, широким распространением платных услуг, проблемами деонтологического характера. Проведенные социологические опросы пациентов показывают, что одним из путей решения указанных проблем значительная часть из них считает повышение заинтересованности врачей в результатах своего труда<sup>3</sup>. С другой стороны, классикой теории управления является тот постулат, что чем более осведомлен персонал о цели и задачах организации, привлечен к их формированию, тем большей будет его отдача в процессе их реализации<sup>4</sup>. Поэтому повседневной задачей в деятельности любого руководителя здравоохранения должно стать проведение социологических опросов как непосредственных потребителей услуг (пациентов), так и медицинского персонала.

В данной статье приведены результаты опросов различных контингентов пациентов и персонала, проведенных в трех регионах России:

Санкт-Петербурге, Республике Саха (Якутия), Кировской области.

Поскольку ведущим видом помощи является поликлиническая, нами был проведен опрос 250 пациентов, обратившихся в несколько городских поликлиник Санкт-Петербурга. Он показал следующее. Оценивая доступность медицинской помощи в поликлинике, две трети респондентов (60,7 %) считали ее вполне доступной, 28,7 % - не совсем доступной, 1,9 % - недоступной, а 2,8 % затруднились дать оценку. Среди лиц разных социальных категорий доля считавших медицинскую помощь не вполне доступной была наибольшей (47,4 %) среди пенсионеров. Увеличивается показатель с ухудшением самооценки здоровья - с 31,8 % среди считавших его удовлетворительным до 50 % у тех, кто считал его очень плохим. Если при доходе менее 6 тыс. руб. считали доступной амбулаторную помощь 75 % респондентов, то при доходе более 10 тыс. руб. - только 53,7 %.

Несколько противоречит предыдущему ответ на вопрос о том, какие виды медицинской помощи в поликлинике являются малодоступными (пациенты хотели бы их получить, но не получили). Не отметили таковых лишь 19,2 % респондентов; 36,0 % опрошенных указали, что малодоступной является консультативная помощь "узких" специалистов, 40,4 % - функциональные ме-

тоды обследования, 6,4 % - различные лечебные процедуры.

Как положительный, следует оценить тот факт, что подавляющее большинство (94,5 %) респондентов считало отношение лечащего врача внимательным и только 5,5 % - недостаточно внимательным. Среди лиц с минимальным уровнем дохода (менее 6 тыс. руб.) отметили недостаточную внимательность врача 13,3 % респондентов, при доходе же более 10 тыс. руб. - только 4,9 % ( $p < 0,05$ ). При удовлетворительной самооценке здоровья считали недостаточно внимательным отношение врача 4,7 % респондентов, среди же оценивших состояние своего здоровья как плохое - 8,3 % ( $p < 0,05$ ). Доля пациентов, отметивших наличие проблем, увеличивается с ухудшением самооценки здоровья. Среди считавших его удовлетворительным она составила 2,4 %, плохим - 14,0 %, очень плохим - 30,3 %.

Респондентам предлагалось также оценить качество медицинской помощи в поликлинике. В основном пациенты считали его хорошим (так полагали 65,7 % опрошенных), а 5,6 % из них - даже отличным. В то же время более четверти (25,9 %) полагали, что качество помощи является удовлетворительным, а 2,8 % - плохим. Среди лиц с удовлетворительной оценкой здоровья доля считавших качество помощи плохим составила 11,5 %, а при плохой самооценке показатель был выше почти в 4 раза (41,7 %).

Следующим направлением работы было анкетирование пациентов, лечившихся в стационаре. Были отобраны 120 больных с пневмонией. Этот выбор определен существенной социальной значимостью данного заболевания, обусловленной ростом его распространенности, смертности и летальности, увеличением контингентов риска (лица пожилого возраста с множественной хронической патологией, социально дезадаптированные контингенты населения)<sup>5</sup>. Среди опрошенных респондентов преобладали лица трудоспособного возраста (31-50 лет) (63,7 %), около трети (27,3 %) составили пациенты зрелого и пожилого возраста (старше 51 года), наименьшая доля (9 %) пришлось на пациентов молодого возраста (до 30 лет). Обращает на себя внимание значительная доля (24,3 %) безработных лиц среди пациентов трудоспособного возраста. Респондентам было предложено оценить качество медицинской помощи на госпитальном этапе. Большинство пациентов оценили его на "хорошо" и "отлично"

(78,1 %). Однако более четверти (21,8 %) полагали, что качество помощи является удовлетворительным. Среди работающих лиц доля считавших качество помощи удовлетворительным была достоверно ( $p < 0,05$ ) выше (63,6 %), чем среди пенсионеров (18,2 %); 81,8 % респондентов считали, что все необходимые исследования выполнены в полном объеме.

Среди проблем и недостатков оказания медицинской помощи были отмечены: в 27,3 % случаев - наличие очередей на исследования и консультации специалистов, в 12,4 % - нехватка врачей, в 9,1 % - несогласованность в работе отделений, в 6,4 % - другие. Стоит отметить, что при оценке отношения медицинского персонала в стационаре подавляющее большинство пациентов посчитало его хорошим и отличным (85,5 %), лишь 4,5 % оценило его как удовлетворительное.

Приведенные данные свидетельствуют не только о проблемах в организации медицинской помощи, но и о том, что усредненные результаты, приводимые в исследованиях, являются явно заниженными. Они должны быть дифференцированы в зависимости от ряда факторов<sup>6</sup>. В частности, чем хуже уровень здоровья, тем чаще приходится пациенту обращаться за медицинской помощью, тем с большим комплексом проблем ему приходится сталкиваться, что существенно ухудшает получаемые оценки.

Свидетельством тому являются и следующие данные. Нами был проведен социологический опрос юношей, которые по направлению военкоматов проходили обследование и лечение по месту жительства. Респонденты оценили работу лечебно-профилактических учреждений по месту жительства примерно на уровне 4 баллов (4,14±0,66). Достоверно более низкой (3,2±0,3) была оценка работы ЛПУ среди призывников, считавших состояние своего здоровья плохим. Доля отличных оценок составила 60 % в случае субъективного улучшения состояния здоровья после обследования и лечения и только 33,3 % - при отсутствии такового.

Неудовлетворенность пациентов имеет как объективные, так и субъективные причины. К последним можно отнести недостаточный уровень деонтологической культуры в лечебно-профилактических учреждениях. Он, в свою очередь, определяется также группой обстоятельств. Одним из них является загруженность медперсонала работой (в том числе несвойственной ему и

даже не входящей в функциональные обязанности), что обусловлено неукомплектованностью штатов среднего и (особенно) младшего медперсонала. К этому следует добавить значительные физические нагрузки и состояние хронического психоэмоционального стресса, который испытывает большинство медицинских работников. Причем, указанное отмечают сами пациенты. Среди опрошенных нами пациентов, лечившихся в стационаре, более половины (55,3 %) считали труд медицинских сестер тяжелым, 44,8 % - средней тяжести, лишь 1,9 % оценили его как нетяжелый. Основными трудностями в работе медсестер пациенты считали: недостаток персонала (41,2 %), низкую заработную плату (29,4 %), плохие условия труда (17,6 %). Часть респондентов (8,8 %) отметила также, что существует проблема взаимоотношений врачей и медицинских сестер, а это (по их мнению) может влиять на качество лечебного процесса.

Для более детального изучения данного вопроса нами было проведено анкетирование медицинских сестер. Оно показало, что почти половина (45,7 %) опрошенных считали эти отношения коллегиальными; 24,8 % - доверительными; 21,9 % оценили их как формальные; в 7,6 % имелись другие ответы. Положительным является тот факт, что между медицинскими сестрами и заведующими отделениями, а также старшими медсестрами (т.е. с руководством) преобладают уважительные отношения, что отметили 75,2 % респондентов.

На эффективность работы коллектива значительное влияние оказывает микроклимат. Проведенное анкетирование показало, что большинство (70,5 %) респондентов считало свой коллектив дружным. Затруднились с ответом 26,7 %, ответили отрицательно 2,9 %. В то же время 12,4 % медсестер хотели бы сменить коллектив.

Важно подчеркнуть, что удовлетворенность своей работой выразили 61,9 % респондентов. "Иногда" получают удовлетворение от работы 29,5 %; ответ "не знаю" дали 6,7 %. И лишь 1,9 % были не удовлетворены своей работой. При этом отношении врачей к медицинским сестрам (после реформы сестринского дела), по мнению 50,8 %, осталось без изменений. Затруднились с ответом 39,1 %; указали на наличие изменений 10,5 % респондентов.

Для выявления степени профессиональной поддержки и товарищества в анкету были вклю-

чены вопросы об уровне взаимодействия коллег по работе. На вопрос "Может ли врач обратиться к Вам за помощью?" утвердительно ответили 79,1 % медицинских сестер. Ответ "не всегда" дали 16,2 %. Отрицательно ответили 3,8 % респондентов. В реальности ситуация несколько иная. На вопрос "Как часто обращается врач за помощью к медсестре?" почти половина (46,7 %) указали, что "изредка". Считали, что врач "часто" обращается за помощью к среднему медперсоналу 39,1 % медсестер, а 10,5 % указали, что врач постоянно обращается за советом; 3,8 % никогда не сталкивались с просьбой врача о помощи.

На степень удовлетворенности работой и ее эффективность влияют методы поощрения, которые должны учитывать реальный вклад каждого сотрудника. Необходимо отметить, что они находят реальное применение в практике. Так, 82,5 % опрошенных указали, что в их коллективах при распределении заработной платы учитывается коэффициент трудового участия (КТУ); 16,7 % опрошенных указали на работу по методу бригадного подряда; только 0,9 % назвали премию в качестве меры поощрения.

Полученные данные среди прочего свидетельствуют о том, что уровень менеджмента в ЛПУ недостаточен. Указанное имеет ряд причин. Одной из наиболее существенных, на наш взгляд, является то, что за последние десятилетия практически была разрушена стройная система выдвижения и плановой целевой длительной подготовки организаторов - руководителей здравоохранения. Это вызывает опасения ряда авторов<sup>7</sup>. В качестве иллюстрации приведем данные анкетирования 70 организаторов здравоохранения Республики Саха (Якутия), которые проходили последипломное обучение. Среди различных видов медицинской помощи приоритетной, на наш взгляд, является экстренная медицинская помощь. Это не только "зеркало" системы здравоохранения в целом, но и этап, от правильной организации работы которого во многом зависят судьба и жизнь пациента. При определенной общности имеются различия в организации оказания данного вида помощи в отдельных регионах, к числу которых относится Республика Саха (Якутия), где значительный объем этой помощи осуществляется специализированной (санитарно-авиационной) службой, входящей в состав службы медицины катастроф. Среди про-



чего нас интересовал вопрос о том, насколько организаторы здравоохранения подготовлены к работе в режиме чрезвычайных ситуаций, знакомы с теоретическими и практическими аспектами работы службы, каким образом вообще осуществляется данная подготовка. Как отметило большинство (63,6 %) респондентов, специальные занятия по оказанию медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях проводятся 1 раз в год (по 18,2 % указали, что они проводятся 1 раз в полугодие и даже 1 раз в квартал). Несмотря на это, оценивая уровень своей подготовки в области медицины катастроф, только 36,4 % опрошенных считали его хорошим, а почти половина (45,4 %) - удовлетворительным (18,2 % затруднились ответить). Вряд ли можно признать данную подготовку достаточной, что и подтвердили последующие результаты специального тестирования.

Таким образом, данные, приведенные в статье, подтвердили, что необходимо существенное улучшение организации и управления оказанием медицинской помощи населению, конечным критерием и результатом которого должно быть достижение уровня удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи и удовлетворенности медицинского персонала условиями и эффективностью своей работы. Для достижения этой цели необходима реализация ряда условий, включая адекватное финансирование, создание должных условий труда, материальное стимулирование, формирование стройной системы обучения и повышения квалификации руководящих кадров здравоохранения.

<sup>1</sup> Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для студентов. 4-е изд. / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. М., 2006.

<sup>2</sup> См.: Качество стационарной гинекологической помощи по оценке пациентов / Н.Г. Петрова [и др.] // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. Вып. 14. СПб., 2009. С. 303-305; Оценка жителями Астраханской области качества стационарной помощи / А.Г. Сердюков [и др.] // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. Вып. 14. СПб., 2009. С. 302-303; Современные проблемы организации медицинской помощи населению / О.Н. Щепин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. № 2. С. 31-35.

<sup>3</sup> Семенов В.Ю. Развитие системы здравоохранения в Московской области в начале XXI в. // Здравоохранение Российской Федерации. 2010. № 4. С. 15-26.

<sup>4</sup> Кузнецов А.В., Линденбратен А.Л. Об итогах и проблемах реализации программ общественного здоровья и здравоохранения на муниципальном уровне // Состояние и пути совершенствования стационарной медицинской помощи: сб. тез. XXXIV науч.-практ. конф. врачей ГУВКГ ВВС. Красноярск, 2009. С. 327-328.

<sup>5</sup> Эпельман Б.В., Петрова Н.Г. Современные подходы к организации медико-социальной помощи в условиях крупного города. СПб., 2010.

<sup>6</sup> Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 3. С. 3-7.

<sup>7</sup> Галиенко Л.И. Современные кадровые проблемы охраны здоровья в странах европейского региона. ВОЗ // Восточноевропейский журн. общественного здоровья. 2011. № 1 (13). С. 279-280.

*Поступила в редакцию 06.01.2012 г.*