

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ  
им. В.М. БЕХТЕРЕВА**

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им. В.М.  
Бехтерева»

Минздравсоцразвития России,  
д.м.н., профессор



Незнанов Н.Г.  
«28» ноября 2011 года

**АНАЛИЗ ГОТОВНОСТИ ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ  
УЧРЕЖДЕНИЙ К ПЕРЕХОДУ НА ИНДУСТРИАЛЬНУЮ МОДЕЛЬ  
УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту № К-32-НИР/118-3 от 7 ноября 2011 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка предложений по организации деятельности психиатрических и психоневрологических учреждений с учетом факторов удовлетворенности пациентов качеством получаемой помощи»

Санкт-Петербург

2012

Методические рекомендации разработаны в отделении научно-медицинской информации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Автор: ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук, руководитель отделения научно-медицинской информации Семенова Н.В.

В методических рекомендациях изложены основные положения современной концепции качества медицинской помощи, даны характеристики различных моделей обеспечения качества. С использованием модели непрерывного повышения качества медицинской помощи продемонстрированы основные принципы организации управления ЛПУ. Описаны критерии готовности к переходу на индустриальную модель обеспечения качества, в доступной форме изложены рекомендации по последовательному внедрению методов управления персоналом и формированию мотивации у сотрудников к качественному выполнению работы и к активному участию в процессах управления качеством.

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения в области психиатрии, руководителей лечебно-профилактических учреждений психоневрологического профиля; они могут быть полезны аспирантам, ординаторам, интернам и студентам медицинских вузов, слушателям системы последипломного профессионального образования.

## **Введение**

В последние годы в здравоохранении России произошли значительные изменения качественного, структурного и экономического характера, что выразилось в сокращении коечной сети больниц, введении обязательного и добровольного медицинского страхования, новых экономических отношений внутри лечебно-профилактических учреждений.

К сожалению, все эти процессы идут на фоне резкого спада экономики страны, когда на социальные нужды населения, в том числе и здравоохранения, тратится все меньше и меньше средств. В этих условиях перед учреждениями здравоохранения встает проблема адаптации к быстро изменяющимся формам и системам хозяйствования. Главным инструментом приспособления системы здравоохранения к изменившимся условиям деятельности становится новый экономический механизм управления, отличительной чертой которого является гибкость как в выборе приоритетных целей, так и в применяемых стратегиях их достижения.

В условиях радикального реформирования отечественной экономики, социально-экономической нестабильности, уменьшения уровня доходов значительной части населения, – снижение доступности и качества медицинской помощи становится одним из важнейших факторов, способствующих росту заболеваемости психическими расстройствами.

Проблема обеспечения высокого качества медицинской помощи, подразумевающего доступность, безопасность, оптимальность лечения и удовлетворенность пациента, является одной из важнейших задач здравоохранения и социальной политики государства. Обеспечение качества медицинских услуг признано важнейшей частью государственной политики в сфере здравоохранения и определено одной из главных целей приоритетного национального проекта «Здоровье».

## **Концепция качества медицинской помощи в здравоохранении**

Значительное число концепций по развитию системы здравоохранения – как разработанных, так и разрабатываемых, – опирается на различные методологические подходы, среди которых можно указать реформирование и реорганизацию системы здравоохранения, увеличение финансирования, оптимизацию управления и структуры отрасли, совершенствование правового регулирования охраны здоровья, развитие лечебных технологий, повышение профессионального уровня врачей.

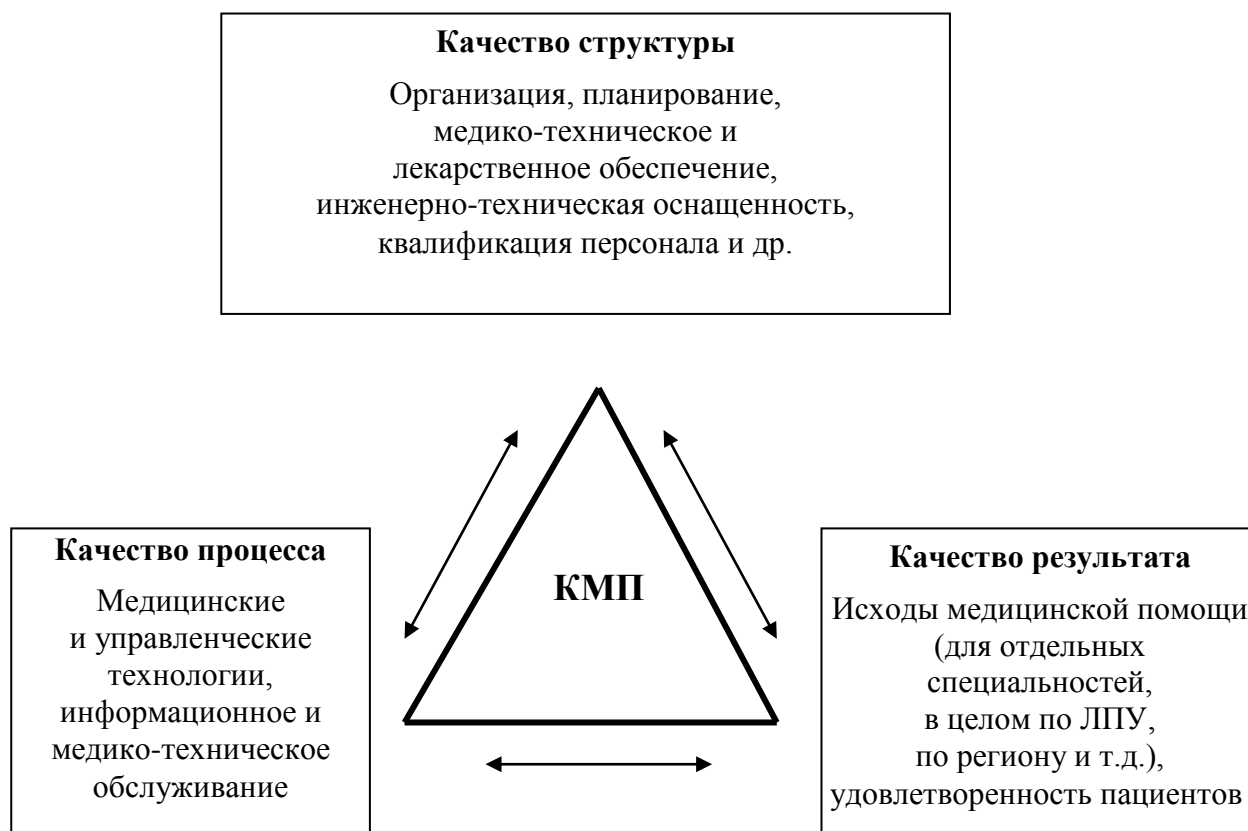
В то же время можно выделить важнейший элемент, присутствующий практически во всех крупных программах, посвященных развитию здравоохранения и совершенствованию охраны здоровья населения. Речь идет о повышении качества медицинской помощи (КМП), которое является достаточно сложным и многофакторным явлением, лежащим на стыке интересов государства и населения, органов управления здравоохранением и медицинских организаций, администрации лечебных учреждений и медицинских работников, врачей и пациентов.

*Качество медицинской помощи / медицинских услуг* – это совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом современного уровня развития медицинской науки и технологии.

Говоря о качестве медицинской помощи/услуги, следует иметь в виду, с одной стороны, уровень потребности населения в доступной, бесплатной, квалифицированной помощи, с другой – реальные возможности здравоохранения, обусловленные определенным состоянием материально-технической базы, технологическим уровнем оказания помощи, кадровым потенциалом, степенью подготовки специалистов.

Качество медицинских услуг рассматривается с позиций их доступности, безопасности, оптимальности и оценивается по трем направлениям, получившим название «триада Донабедиана» – качество структуры, качество

процесса и качество результата. Все три составляющие можно представить в виде «треугольника качества» медицинской помощи/услуги (рис. 1).



**Рис. 1. Структура, процесс и результат – элементы качества медицинской помощи**

Структурное качество – компонент качества, описывающий условия оказания медицинской услуги: квалификацию кадров, состав и состояние материально-технической базы и оборудования, состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ), наличие и пополнение расходных материалов, рациональность использования всех видов ресурсов и т.д.

Качество процесса – это компонент качества медицинской услуги, описывающий, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, был оптимален. К качеству процесса относят, в том числе информационное и медико-техническое обслуживание (медико-технический сервис).

Качество результата – это компонент качества медицинской услуги, описывающий отношение фактически достигнутых результатов с реально достижимыми (планируемыми). Понятно, что необходимо рассматривать все отмеченные элементы в их взаимосвязи, так как только такой системный подход предоставляет наибольшие возможности при оптимизации управления ЛПУ.

В настоящее время пока достаточно трудно анализировать первые два аспекта, не говоря о том, что не существует стандартной интегральной системы оценки качества медицинской услуги. В то же время осознание того, что точность диагностики, правильность лечения и тактики оздоровления (ведения) больного будут подвергнуты объективному контролю, налагает на врача значительную долю ответственности.

### **Модели обеспечения качества медицинской помощи**

Различают три модели обеспечения качества:

1. *Профессиональная*. Принцип: определение минимального стандарта возможностей. Качество как отсутствие несоответствий и соответствие стандартам. Инструментарий для оценки: критерии, обзор и анализ случаев врачебной ошибки. Функциональные элементы оценки модели: структура, результат. Профессиональная модель одно время была основой управления качеством в медицине и широко использовалась в СССР. При этом качество медицинской помощи всецело зависело от квалификации врача-профессионала, в то время как администрация больницы не несла ответственности за последствия лечения и была призвана лишь создавать необходимые условия для работы.

2. *Административная (бюрократическая) (Quality Assurance – QA)*. Принцип: качество - достижение оптимального результата, медицинская обоснованность, низкие значения негативных показателей, соответствие стандартам и ожидаемым результатам, жесткие требования. Инструментарий для оценки: стандарты, статистический анализ частоты негативных показателей. Функциональные элементы оценки модели: структура, процесс.

Современная система здравоохранения во многом базируется на бюрократической модели управления качеством, в основе которой лежит стандартизация объема и характера медицинских услуг с последующей экспертизой конечного результата.

3. *Индустриальная (Total Quality Management – Всеобщее управление на основе качества – TQM)*. Принцип: качество – результат творческой работы и усилий всего коллектива. Качественная помощь – результат качественного процесса. Качество – доступность, своевременность, эффективность, непрерывность, безопасность, квалификация, уважение и участие. Качественная медицинская помощь – услуги, которые выполнены профессионально с клинической точки зрения, клинически эффективны, доступны и удовлетворяют пациента. Инструментарий для оценки: оценка потребностей и степени удовлетворения пациента; оценка тяжести заболевания и степени сложности; оценка качества жизни пациента; практические рекомендации; использование информационных систем и статистического анализа. Функциональные элементы оценки модели: процесс, структура, результат.

Ключевым элементом индустриальной модели управления качеством медицинской помощи является процессный анализ, который предусматривает идентификацию, проектирование процессов с последующим их непрерывным совершенствованием. При этом в основе управления результатом лежит цикл действий, направленный на максимальное снижение частоты отклонений в ключевых процессах и гарантирующий достижение лучшего из максимально возможных научно обоснованных результатов.

Преимущества методологии индустриальной модели: возрастает продуктивность работы каждого сотрудника (от младшего медицинского персонала до высшей администрации) и ЛПУ в целом; минимизируется риск; большинство решений и заключений (назначения, рекомендации, анализы, процедуры и т.д.) выполняются правильно с первого раза, в результате чего уменьшаются повторы в обследовании и сокращается время и средства, затрачиваемые на одного пациента; улучшается контакт с пациентом и/или его

родственниками, степень доверия возрастает; осуществляется объективная оценка и анализ работы различных подразделений и ЛПУ в целом, взаимоотношений со страховыми компаниями, состояния здоровья отдельного пациента и динамики процесса лечения и/или реабилитации, эффективности применяемых препаратов, эффективности применяемых методов диагностики, лечения и реабилитации; осуществляется постоянное улучшение действующей системы качества; повышается эффективность медицинской помощи. Результатом является удовлетворение потребностей всех заинтересованных сторон: пациента, врача и всего персонала, семьи, страховой компании, общества, государства.

Индустриальная модель управления качеством медицинской помощи, ориентированная на непрерывное повышение качества, взятая из опыта зарубежных стран, не находит широкого применения в отечественном здравоохранении. Перенос зарубежных систем обеспечения качества без учета специфики каждого региона и отдельно взятого во внимание ЛПУ не достигает цели. Остаточный принцип финансирования отечественного здравоохранения, дефицит кадров, отсутствие подготовки по вопросам управления качеством медицинской помощи у руководителей ЛПУ, существующий антагонизм между администрацией ЛПУ и медицинским персоналом – только часть тех проблем, без устранения которых невозможен переход на инновационные технологии управления КМП.

В большинстве же ЛПУ сохраняется формальный подход к проведению вне- и внутриведомственной экспертизы, чаще всего с использованием профессиональной модели. Все понимают, что «повышать качество медицинской помощи необходимо», но как это сделать и какими силами – неясно. А самое главное, в здравоохранении не сформированы общепринятые подходы к решению главных вопросов: как реально заинтересовать медперсонал в повышении качества медицинской помощи, как повысить объективность ведомственной экспертизы и преодолеть чувство антагонизма между административным аппаратом и врачами и медперсоналом.



В связи с этим имеется острая необходимость адаптации современной модели управления качеством медицинской помощи к реальным условиям ЛПУ отрасли здравоохранения, которая была бы экономичной, доступной для понимания всего медицинского персонала. В последующем при успешном внедрении такой модели управления КМП, повышении общего уровня знаний медицинского персонала по вопросам менеджмента, появятся возможности для её совершенствования с учетом особенностей того или иного лечебно-профилактического учреждения.

В соответствии с нормативными требованиями контроль качества медицинской помощи в системе современного российского здравоохранения осуществляется по следующим критериям:

- удовлетворенность пациента результатами взаимодействия с системой здравоохранения;
- соответствие медицинской помощи показателям, характеризующим ее качество и эффективность (стандартам);
- внедрение новых медицинских технологий;
- наличие дефектов медицинской помощи и врачебных ошибок;
- состояние показателей деятельности учреждений здравоохранения и состояния здоровья населения (распространенность и болезненность психическими расстройствами, поздняя диагностика заболеваний, первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста, инвалидность в детском возрасте, эффективность реабилитации больных и инвалидов, охват населения бригадными формами обслуживания, показатели уровня первичных и повторных госпитализаций, длительности стационарного лечения, стационарзамещающих форм помощи и др.).

Для успешного оказания медицинской услуги все возможные ее разновидности должны иметь следующие эффективные виды обеспечения: медицинское, кадровое, организационное, техническое, информационное, финансовое и правовое. Все перечисленные составляющие имеют сложную взаимосвязь и образуют единую систему качества.

Новая система хозяйствования медицинских учреждений, их работа в условиях резкого ограничения ресурсов плохо согласуется с традиционными представлениями о роли качества медицинской помощи в деятельности лечебно-профилактических учреждений и управлений здравоохранения.

В настоящее время, по оценкам различных экспертных групп, от 15 до 40% производственных мощностей лечебно-профилактических учреждений занято доработкой продукции (медицинских услуг), т. е. долечиванием пациентов, которым на предыдущих этапах оказания медицинской помощи эта помощь была оказана без должного качества или не в должном объеме. Если в промышленности около 30% ресурсов тратится на восполнение потерь в связи с низким качеством выпускаемой продукции (доводка некачественной продукции до стандарта), то экономисты в здравоохранении затрат на устранение брака при производстве медицинских услуг стараются не замечать, мотивируя это сложностями учета затрат в медицинских учреждениях. В этой связи управление качеством в здравоохранении как в отрасли народного хозяйства, а также в отдельных медицинских учреждениях должно стать генеральной целью деятельности системы. Обеспечение реализации генеральной цели должно рассматриваться в первую очередь с позиций управления деятельностью персонала.

Любая система, в том числе и система здравоохранения, работает в единой организационной технологии, которая должна соответствовать определенным принципам, где подразумевается: цель работы системы, задачи, ее субъекты, обязанности (функции), ответственность, права субъектов системы, в рамках которых она функционирует, а также время, в течение которого работает система.

Субъекты системы делятся на две большие группы: группа управляющая и группа исполняющая со своими, присущими только этой группе, функциями.

*Управляющей группе* субъектов системы соответствуют функции:

- сбор и обработка информации;
- системный анализ;

- учет ресурсов;
- работа с кадрами и делопроизводство;
- текущее и стратегическое планирование;
- принятие решений и контроль за исполнением.

*Исполняющей группе* субъектов системы соответствуют функции:

- обеспечение технологий;
- обеспечение ресурсной базы;
- исполнение планов текущего и стратегического планирования;
- выполнение функции самоконтроля.

Главными критериями эффективности системы менеджмента качества служат отзывы потребителей (пациентов) о качестве медицинской помощи, отсутствие жалоб, уровень затрат на устранение недовольства от полученной медицинской услуги или отступлений от медико-экономических стандартов, внедрение новых технологий при оказании медицинской помощи.

### **Проблемы обеспечения качества медицинской помощи в психиатрии**

Разработка методов обеспечения качества медицинской помощи при психических расстройствах сформировалась в настоящее время в самостоятельное направление психиатрии. Главной причиной столь повышенного внимания является неудовлетворенность как больных, так и общества качеством этой помощи. Все чаще (как в России, так и за рубежом) высказывается мнение о недостаточном финансировании психиатрических служб, о нарушении прав больных, о неудовлетворительных взаимоотношениях медицинского персонала и потребителей помощи. Поэтому во всех развитых странах и правительственные, и общественные организации, имеющие отношение к политике в области психиатрии, придают все большее значение развитию теоретических положений и принятию практических мер по обеспечению качества психиатрической помощи. В последние десятилетия отдел психиатрии ВОЗ сформулировал теоретическую концепцию по данной

проблеме. С конца 70-х годов прошлого столетия этот вопрос разрабатывается и Американской психиатрической ассоциацией (АПА). В рамках АПА создан специальный комитет по обеспечению качества в психиатрии, основной задачей которого является разработка теоретических и практических подходов в этом направлении. В таких странах, как Канада, Австралия, созданы национальные комитеты по качеству и изданы соответствующие руководства по его обеспечению и контролю. В Германии с 1989 года критерии обеспечения качества в психиатрии были отнесены к приоритетному направлению в здравоохранении и определены законодательно.

В последние два-три десятилетия этой проблемой активно занимались и многие отечественные специалисты. Однако, при всей важности проведенных исследований, многообразии методических подходов и практических решений, следует признать, что попытки разработки концептуальных основ обеспечения качества, в рамках которых были бы возможны последовательность и преемственность действий в масштабах страны, не предпринималось. Исследования носили в основном эмпирический и фрагментарный характер. Исключение составили фундаментальные разработки в сфере законодательного регулирования деятельности психиатрических служб, этических норм в психиатрии.

Качество психиатрической помощи сегодня косвенно оценивают по многочисленным статистическим показателям деятельности службы на уровне страны, региона или отдельных учреждений. Некоторые авторы используют при анализе качества помощи критерии полноты и своевременности обследования и лечения. Предлагаются системы, где основу оценки качества составляет динамический учет показателей деятельности подразделений стационара и отдельных сотрудников. Иными словами, и ранее существовавшие, и ныне действующие подходы к оценке качества охватывают лишь отдельные аспекты и слабо отражают интересы самого пациента и других потребителей психиатрической помощи.

Проведение в настоящее время в стране реформы службы психического здоровья во многом обусловлено неудовлетворительным качеством оказываемой помощи, что вновь привлекает особое внимание к этой проблеме и требует поиска путей ее решения. В Российской Федерации работа по достижению нового качественного уровня психиатрической помощи ведется в условиях жестких финансовых ограничений. Медицинские учреждения отечественной психиатрической службы испытывают серьезные трудности в плане материально-технического обеспечения, не располагают в достаточной мере современными технологиями обследования, лечения и реабилитации больных. В то же время ряд важных событий последних 10 лет позволяет с определенным оптимизмом оценивать перспективу решения проблемы качества психиатрической помощи и в нашей стране. В частности, появилась правовая основа для контроля качества оказываемой помощи – законы о медицинском страховании и о защите прав потребителей.

Актуальность проблемы повышения качества психиатрической помощи и его адекватной оценки, как и отсутствие до сегодняшнего дня ее удовлетворительного решения, диктуют необходимость дальнейшей работы в этом важном направлении отечественной психиатрии.

### **Пути обеспечения качества медицинской помощи**

Пути обеспечения качества медицинской помощи возможно реализовать с помощью трех основных групп факторов, определяющих функционирование системы КМП в целом:

1. Новые формы организации и управления.
2. Методы контроля качества.
3. Совершенствование материально-технической базы ЛПУ, и, прежде всего, – автоматизация технологических процессов.

Организационно-управленческие факторы неслучайно занимают ведущее место среди остальных факторов, определяющих уровень качества оказания медицинской помощи. Опыт развитых стран свидетельствует о том, что

внедрение новых технологий обеспечивает ощутимый выигрыш в качестве медицинской помощи в тех случаях, когда решены проблемы управленческого характера и, в первую очередь, реализуются основы новой философии управления, направленные на решение проблем качества медицинской помощи.

Задаче обеспечения высокого уровня качества медицинской помощи подчиняется вся управленческая деятельность. В идеале управление должно быть построено так, чтобы всемерное обеспечение высокого качества превратилось в образ жизни всех медицинских работников, стало их естественной и повседневной заботой. Обеспечение высокого качества медицинской помощи необходимо не само по себе, а как средство решения наиболее актуальных проблем управления, т. е. достижение высоких финансовых показателей, снижение издержек, уменьшение числа производственных конфликтов, решение проблем удовлетворенности пациентов и т. п.

Признано аксиомой, что обеспечить высокий и стабильный уровень качества медицинской помощи путем организации контроля специально созданной для этого службой невозможно. Нужный результат может быть получен лишь за счет самостоятельного контроля качества медицинской помощи непосредственным исполнителем, т. е. путем развития самоконтроля врачей и медицинских сестер. Идея простая по сути, но сложная по исполнению: «За качество медицинской помощи должны отвечать все!»

В ЛПУ и управлениях здравоохранения должны быть устранены силы, препятствующие распространению новой философии управления качеством. Это, прежде всего, среднее звено управления – различные контрольные, инспекторские и другие службы, которым грозит упразднение в случае реализации идеи самоконтроля. Эти управляющие, привыкшие к административно-командному стилю работы, весьма болезненно переживают необходимость отказа от них. В дальнейшем этих сотрудников можно использовать в качестве специалистов-консультантов, помогающих непосредственным исполнителям (врачам, медсестрам) организовывать самоконтроль.

Указанные три принципа нового подхода к управлению качеством медицинской помощи реализуются при помощи целого комплекса мер, из которого следует выделить следующие:

1. Обучение всего персонала методам статистического анализа. Этот процесс непременно начинается с обучения высших руководителей учреждений здравоохранения и затем постепенно охватывает нижестоящие уровни. В основе такого подхода лежит понимание того, что любое управленческое новшество, каким бы заманчивым оно ни казалось, будет скорее всего отвергнуто работниками нижних иерархических уровней, если они не увидят, что нововведение пользуется поддержкой со стороны высших руководителей.

Подготовка программ обучения и создание соответствующей инфраструктуры требуют, по данным американских специалистов, в среднем не менее двух лет. Поэтому переориентировка учреждений здравоохранения на первоочередное выполнение задач, связанных с обеспечением высокого качества медицинских услуг, - процесс длительный и обычно весьма болезненный.

2. Радикально новый подход к управлению качеством. Суть его может быть выражена как удовлетворение потребителя медицинских услуг. Но в роли потребителя в данной концепции выступает не только пациент, но и каждый последующий участник технологической цепочки лечебно-профилактического учреждения.

Иными словами, главной задачей медицинского работника становится обеспечение такого уровня качества результата своего труда, которое ожидает как пациент, так и каждый следующий участник технологического цикла ЛПУ. Понятно, что в идеале соблюдение такого принципа на всех стадиях научно-производственного цикла гарантирует удовлетворение конечного потребителя продукции ЛПУ, т. е. пациента.

3. Признание важности применения принципов нового подхода к управлению качеством на стадиях разработки медицинских технологий и конечных результатов деятельности врача (медсестры), подразделения ЛПУ,

ЛПУ в целом. В промышленности, по данным американских экспертов, не более 20% причин брака связано непосредственно с производством, тогда как 80% – это ошибки, допущенные на стадии разработки и проектирования, а также связанные с политикой материально-технического обеспечения, ориентированной не на качество комплектующих, а на низкую цену. В медицинских учреждениях ситуация выглядит так же: только около 20% ошибок медицинского персонала связано с их личными качествами (низкая квалификация, безалаберность, халатность, равнодушие и пр.), а 80% зависит от дефектов организационных и медицинских технологий, уровня используемого оборудования, реактивов, расходных материалов и уровня подготовки администрации ЛПУ.

Модернизацией медицинских и организационных технологий в ЛПУ должны заниматься сотрудники данного учреждения, которые весьма точно представляют себе все «узкие» места организационных и медицинских технологий своей больницы, поликлиники, станции скорой помощи и пр. Помимо этого, большое внимание должно уделяться внедрению и разработке новых компьютерных систем, которые позволили бы анализировать качество конечных результатов, технологичность внедряемых лечебных и диагностических процессов.

4. Создание в лечебно-профилактическом учреждении автономных бригад качества, сформированных обычно на базе отдельных производственных участков, подразделений. Ответственность бригады за качество стимулирует ее к совершенствованию лечебного процесса, высвобождению времени, необходимого для более тщательного соблюдения технологических требований и стандартов. Автономная бригада и высокое качество оказания медицинской помощи тесно связаны. Исследования социальных психологов и практика работы лечебно-профилактических учреждений неоднократно доказывали, что врачи, самостоятельно устанавливающие для себя производственные задания, гораздо требовательнее относятся к их выполнению, чем если бы они исходили от другого лица.



5. Превращение понятия «качество» в ключевое слово новой философии управления. Имеется в виду, что обеспечение высокого уровня качества станет наиболее приоритетной задачей каждого управленца. Для этого необходимо сломать привычные стереотипы управленческого мышления, ориентирующие организаторов здравоохранения прежде всего на внедрение ресурсосберегающих технологий в здравоохранении.

Этот процесс, как и любые попытки такого рода, встречает серьезное сопротивление со стороны основной массы организаторов здравоохранения среднего звена, не способных психологически воспринять идею, что с повышением качества издержки в конечном итоге снижаются. Эту проблему необходимо решать с помощью организации массового экономического обучения организаторов здравоохранения.

В крупных лечебно-профилактических учреждениях программы обучения, определяющие объем и характер знаний в области контроля и управления качеством, следует строго дифференцировать по различным категориям работников. Чем выше интеллектуальный уровень работников, тем длительнее должна быть программа обучения. Так, для управленцев высшего звена курс обучения должен содержать такие дисциплины, как вариационный анализ, теория надежности систем, методы математической статистики, планирование эксперимента и пр.

### **Критерии готовности к переходу на индустриальную модель обеспечения качества, внедрение методов управления персоналом и формирование мотивации у сотрудников**

Политика модели непрерывного повышения качества медицинской помощи (индустриальной модели) формируется на основе единого для разработчиков модели, исполнителей и потребителей медицинских услуг определения качества медицинской помощи. При этом под качеством медицинской помощи понимают степень соответствия ее результата

наилучшему из научно-прогнозируемых. Способ организации лечебно-диагностического процесса, направленный на достижение заданного результата, называется управлением или менеджментом качества медицинской помощи.

Индустриальные методы сегодня в большинстве стран являются эталоном управления качеством в медицине. Индустриальная модель управления качеством медицинской помощи является частным случаем модели непрерывного повышения качества и по аналогии с промышленным производством предусматривает управление результатом путем совершенствования технологии лечебно-диагностического процесса.

Ее основу составляют: процессный анализ, ориентация на непрерывное совершенствование обозначенных процессов, вовлечение в управление всего персонала, постепенный отказ от массового инспекционного контроля в пользу контроля технологии работ со стороны исполнителей и стратегическое планирование с учетом будущих потребностей населения в характере и объеме медицинской помощи.

Эффективность индустриальной модели управления связана с минимизацией стоимости медицинских услуг, прогрессивным увеличением клинической результативности лечения и доступности медицинской помощи для населения.

Являясь наиболее сложной для социального восприятия и требующая соответствующей организационно-методической базы, индустриальная модель управления качеством медицинской помощи может быть внедрена только при наличии определенных условий – критериев готовности.

#### 1. Готовность персонала:

- a) большинство сотрудников знает основные модели управления качеством и знакомы с системой оценочных критериев;
- b) большая часть персонала готова к самоуправлению;
- c) высокий уровень профессиональной подготовки персонала.

#### 2. Готовность администрации:

- a) администрация знает, как управлять качеством;

- b) управление качеством - основная цель работы администрации;
- c) независимость администрации в принятии решений по вопросам качества.

### 3. Готовность организации лечебно-диагностического процесса:

- a) разработаны стандарты оказания медицинской помощи по основным нозологическим единицам;
- b) определены основные индикаторы качества лечебно-диагностического процесса;
- c) есть специалисты по качеству в каждом подразделении;
- d) высокие исходные клиническая результативность и экономическая эффективность лечебно-диагностического процесса.

### 4. Готовность материально-технической базы:

- a) оснащенность современным диагностическим оборудованием;
- b) наличие автоматизированной системы управления основным потоком медицинской документации;
- c) наличие высокотехнологичных методов лечения, не уступающих по эффективности современным аналогам в ведущих медицинских учреждениях.

Непосредственное внедрение индустриальной модели обеспечения КМП предусматривает определение политики в области качества как основного принципа работы; формирование динамических контрольных пределов индикаторов качества; переход от инспекционного контроля к самоконтролю; моральное и материальное стимулирование сотрудников; обучение пациента.

Прежде всего, лидером (руководителем) организации должны быть изложены основные принципы политики индустриального управления качеством на общем собрании трудового коллектива. В данном случае политика в области качества включает следующие направления:

1. Непрерывное повышение качества лечебно-диагностического процесса с учетом настоящих и будущих потребностей пациентов.

2. Вовлечение всего персонала в процесс управления качеством лечебно-диагностического процесса.

3. Постепенный переход от массового инспекционного контроля к самоконтролю и самоуправлению качеством.

4. Определение ведущей роли системного процессного подхода в управлении качеством лечебно-диагностического процесса.

5. Измерение и статистический анализ реальных индикаторов качества лечебно-диагностического процесса.

6. Широкая поддержка руководством достижений в области качества и обеспечение гарантий качественной медицинской помощи пациентам.

Каждый из пунктов политики в области качества должен быть подробно освещен руководителем. После выступления лидера на расширенном собрании трудового коллектива программу в области качества необходимо распространить в подразделениях лечебно-профилактического учреждения. Затем на местах рекомендуется провести обсуждение ее основных пунктов.

В последующем коренным образом следует изменить принципы оценки и контроля качества. При этом регистрируются отклонения не от эталонных значений индикаторов качества, а от их контрольных пределов. Последние заявляются не на основе общеизвестных значений показателей, а с учетом достигнутых в работе ЛПУ конкретных величин и их прогнозируемого улучшения при имеющихся ресурсах.

Вовлечение в процесс контроля и оценки всех участников процесса является главным элементом модели непрерывного повышения качества. Целесообразно использовать следующие направления работы персонала в сфере оценки и контроля качества:

1. Четкое понимание целей и задач организации, объективная оценка собственной роли в общей системе управления качеством и в рамках своего подразделения.

2. Независимая (от руководителя подразделения, лидера организации и его заместителей) самооценка и самоконтроль каждого из этапов своей

деятельности, деятельности своих коллег и оценка процессов в целом на основе понимания значимости важнейших индикаторов качества и структуры процессов.

3. Реакция персонала в виде корректирующих действий: определение и устранение истинных причин отклонений самостоятельно, а если это невозможно, то инициация создания рабочей группы для усовершенствования процесса.

4. Реакция персонала в виде предупреждающих действий: прогнозирование возможных дефектов в перспективе на основе анализа настоящих результатов.

Каждый из вышеперечисленных пунктов постоянно доводится до каждого сотрудника учреждения лидером организации, его заместителями и руководителями подразделений.

Таким образом, структура управления качеством в рамках модели непрерывного повышения качества, в частности, индустриальной модели, предусматривает переход от бюрократической (иерархической) системы к органической (адаптивной), имеющей децентрализованную организацию. Отличительным признаком адаптивной структуры управления является отказ от бюрократических отношений, сокращение числа иерархических уровней, усиление горизонтальных взаимосвязей и улучшение внутренних информационных потоков. Из существующих типов адаптивных управленческих систем лучше всего использовать командную структуру. В ее основе лежат командная работа и индивидуальная ответственность за общий результат. При этом команда формируется для решения определенных задач в зависимости от поставленной цели. В ряде случаев команда образовывается в рамках уже существующих организационных структур по многофункциональному принципу (команды – на всех уровнях). Для решения некоторых задач можно использовать сетевую структуру организации команды, когда число управленческого аппарата сокращается до минимума. Формирование команд для решения текущих и стратегических задач по

управлению качеством немислимо без создания эффективных горизонтальных потоков информации. В основе взаимодействия между членами команды при этом лежат не только налаженные коммуникационные связи, но и обмен информацией с помощью имеющихся компьютерных сетей. Ключевыми вопросами в процессе обмена информацией являются знания (описательные и систематизированные данные), ресурсы учреждения, планируемые и используемые технологии работ.

Следует сразу отметить, что даже после внедрения индустриальной модели управления полностью устранить инспекционный контроль на выходе и на отдельных этапах лечебно-диагностического процесса не удастся. С одной стороны, это связано с постоянно существующей экспертизой качества в рамках системы обязательного медицинского страхования. Кроме того, ввиду слишком большой ответственности за конечный исход лечения, инспекционный контроль ключевых этапов лечебно-диагностического процесса со стороны администрации учреждения является необходимым.

Формирование мотивации к качественному выполнению работы и к активному участию в процессах управления качеством, равно как и развитие принципов корпоративной культуры у сотрудников желательно осуществлять следующим образом:

1. Дальнейшее систематическое обучение сотрудников вопросам качества и управлению качеством в медицине.
2. Текущее и перспективное профессиональное обучение персонала.
3. Целенаправленная поддержка администрацией ЛПУ новаторства и сотрудничества методами морального и материального стимулирования.
4. Демонстрация достижений в области качества на собраниях трудовых коллективов.

Обучение вопросам качества и управлению качеством медицинской помощи является наиболее сложным разделом выполнения программы по обеспечению мотивации у персонала. В отличие от популярного лекционного курса, изложенного в рамках модели обеспечения качества, на этапе внедрения

индустриальной модели обучение необходимо проводить в пределах систематизированной программы с учетом основополагающих принципов педагогики и собственных достижений в области качества. При этом желательно использовать трехэтапную систему обучения: первый этап – главный врач и его заместители; второй этап – руководители подразделений (на месте – в виде лекций и семинаров, в городах РФ и за рубежом); третий этап – персонал учреждения (на месте – в виде лекций и семинаров). В последнем случае лучше следовать принципу «обучения в малых группах» с изложением вопросов, касающихся узкопрофессиональной сферы интересов обучающихся в преломлении к проблеме непрерывного повышения качества.

### **Заключение**

Внедрение системы непрерывного повышения качества медицинской помощи (индустриальной модели) позволяет на фоне постоянного снижения государственного финансирования достоверно увеличить клиническую результативность и продуктивность лечебно-диагностического процесса.

Повышение клинической результативности и продуктивности лечебно-диагностического процесса может заключаться в увеличении числа пролеченных больных и более интенсивном использовании коечного фонда, увеличении числа положительных исходов лечения, сокращении сроков госпитализации, снижении числа повторных госпитализаций, использовании стационарзамещающих технологий и бригадных форм работы, снижении инвалидизации, в повышении эффективности использования ресурсов и т.д.

Необходимо подчеркнуть, что на фоне повышения клинической результативности и эффективности диагностики после внедрения индустриальных методов управления качеством медицинской помощи может быть достигнуто и снижение общей стоимости лечения. Этому существенно будет способствовать оптимизация использования диагностического и лабораторного оборудования, увеличение объемов догоспитального

обследования, повышение образовательного уровня и изменение мотивации у персонала, его активное участие в управлении качеством, сокращение частоты полипрагмазии и частоты необоснованных назначений лекарственных препаратов и т.д. Внедрение индустриальных методов управления качеством лечебно-диагностического процесса способно существенно увеличить число пациентов, полностью удовлетворенных лечением и желающих повторно обратиться за медицинской помощью в данное ЛПУ.

Таким образом, высокая эффективность индустриальных методов управления качеством медицинской помощи обусловлена следующими инновационными преобразованиями:

- процессным подходом, позволяющим формализовать и стандартизировать ключевые этапы лечебно-диагностического процесса в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении;

- активной ролью всего персонала в управлении качеством, которая заключается в личном участии в проектировании, усовершенствовании и самоконтроле лечебно-диагностического процесса;

- отказом от массового инспекционного контроля, что позволяет освободить большое количество ресурсов на управление процессами в лечебно-профилактическом учреждении и поднять общий уровень мотивации персонала.

### **Список используемых сокращений**

КМП – качество медицинской помощи

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

АПА – Американская психиатрическая ассоциация