



СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ

Ю.В. Немытин¹, Т.Н. Брескина²

¹Федеральное агентство по высокотехнологической медицинской помощи, Москва

²3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского, Красногорск

Реализация на практике основных постулатов общего управления позволила приступить в 2003 г. к созданию системы управления качеством. На основе оценки внешней и внутренней ситуации определена цель, сформулирована программа перспективного развития учреждения, определены ее главные составляющие. Результаты этой деятельности — выстроенные интеграционные связи с ведущими учреждениями страны, рост числа пациентов, современная материально-техническая база, интенсификация лечебно-диагностического процесса. Основным направлением дальнейшего совершенствования деятельности рассматривается инновационная политика, основанная на процессном подходе с обеспечением мониторинга ключевых процессов.

Ключевые слова: управление качеством, системный подход к управлению, стандартизированный экспертный контроль, ИСО 9000:2000

FORMATION AND DEVELOPMENT OF A SYSTEM FOR MEDICAL ORGANIZATION MANAGEMENT ON THE BASIS OF MODERN QUALITY MANAGEMENT TECHNOLOGIES

Yu.V. Nemytin, T.N. Breskina

Practical realization of basic postulates of general management allowed initiation of quality management system development in 2003. The assessment of outer and inner situation became a basis for definition of a goal, formulation of a long-range development program and specification of its main components. This activity resulted in integration ties with leading national institutions, increase in the number of patients, up-to-dating of health facilities, and intensification of medical and diagnostic process. The main direction of further improvement of activity will be an innovation policy based on process approach providing monitoring of key processes.

Key Words: quality management, system approach to management, standardized expert control, ISO 9000:2000.

Hir. Pozvonoc. 2007;(4):73–79.

Президент Российской Федерации В.В. Путин определил цель государственной политики в области здравоохранения: «Улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости, потребностям населения, а также современному уровню развития медицинской науки и ресурсам, которыми располагают государство

и граждане» [17]. В Послании Президента Российской Федерации Федеральному собранию подчеркнуто, что Россия по важнейшим показателям здоровья населения уступает многим странам, о чем свидетельствуют низкий уровень рождаемости (10,2 ‰), высокий уровень общей смертности (16,1 ‰), отрицательный прирост населения (-6,1 ‰). Только в 16 субъектах Российской Федерации в 2005 г. зафиксирован положительный прирост населения. В целом число умерших превышает число родившихся более чем в 1,6 ра-

за. В 23 субъектах этот показатель составил 2–2,8 раза [14]. В 2005 г. в России умерло 2 млн 300 тыс. человек — это рекорд по смертности для мирного времени, из них у 1 млн 300 тыс. человек причины смерти — инфаркт миокарда и инсульт.

В этих условиях социально-экономического кризиса и реформирования системы здравоохранения чрезвычайно актуальна оптимизация технологий управления качеством стационарной помощи, позволяющих повысить результативность лечебно-диагностического процесса.

В свое время выдающийся русский философ и публицист И.А. Ильин указывал выход из кризиса: «Русскому народу есть только один исход и одно спасение – возвращение к качеству и его культуре» [1, 9]. Взяв курс на перспективное развитие, в 1992 г. командование госпиталя приступило к научному анализу и программно-целевому планированию развития ФГУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского Минобороны России» (ЦВКГ) [13].

Была сформулирована основная цель: создание многопрофильного высокоспециализированного медицинского комплекса, соответствующего международным стандартам. Определены приоритетные направления развития лечебно-диагностической и научной работы госпиталя: кардиология, кардиохирургия, травматология и ортопедия, реконструктивная восстановительная и пластическая хирургия, онкология, гепатология. Разработан управленческий цикл, определяющий логическое развитие управленческого процесса по определенным последовательным этапам: первый – анализ сложившейся ситуации на основе внешней и внутренней информации; второй – определение цели; третий – принятие управленческого решения и планирование его выполнения; четвертый – организация реализации принятого решения путем упорядочения сил и средств, налаживания необходимых производственных связей; пятый – проведение контроля, то есть систематической, конструктивной деятельности руководителей учреждений, органов управления, направленной на приближение фактического исполнения к запланированному результату [13]. Структура и логика управленческого цикла перекликается с известным циклом Шухарта – Деминга, положенным в основу процессного подхода в управлении качеством [8]. Осознание этого применительно к внутренним условиям и научное обоснование оптимизации системы общего управления и принятия управленческих решений руко-

водством госпиталя в 1992 г. привело к существенным изменениям. За основу нами взята индустриальная модель управления качеством, основанная на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества и участии в управлении качеством всего персонала с самоконтролем ключевых этапов основных процессов [6]. Согласно правилу проф. Джурана из США, разработчика общих систем управления, за 92 % проблем в производстве ответственность несут управленцы и только за 8 % – исполнители [8]. Так, внутренняя ситуация в ЦВКГ с 1992 по 2006 г. изменилась по следующим основным показателями лечебно-диагностической работы: число развернутых коек увеличилось с 724 до 1241; лечившихся больных – с 9400 до 26665; оборот коек составлял в 1992 г. 12,7, а в 2006 г. – 20,9; средняя длительность пребывания больного в стационаре изменилась с 27,8 до 14,9 койкодней; количество операционных залов увеличилось с 10 до 29, реанимационных коек – с 44 до 73; общая летальность уменьшилась с 2,2 до 1,2 %.

На основе оценки внешней и внутренней ситуации была определена стратегическая цель развития: в условиях социально-экономических преобразований в стране, а также ограниченного бюджетного финансирования обеспечить такое управление госпиталем, которое позволит максимально повысить уровень и качество лечебно-диагностической работы и конкурентоспособность на рынке высокотехнологичных медицинских услуг.

Достижение поставленной цели мы начали с создания системы общего управления, которая включала подсистемы боевой и мобилизационной готовности, специальной подготовки, службы войск, лечебно-диагностической работы, медицинского снабжения, материально-технического обеспечения, финансово-экономической, воспитательной, правовой, информационно-аналитической и научной работы, а также с разработки математической модели управле-

ния госпиталем [13]. За короткое время была сформулирована программа перспективного развития учреждения, главные составляющие которой следующие: приведение организационно-штатной структуры госпиталя (центров, отделений) в соответствие с прогнозируемым входящим потоком больных (раненых); определение приоритетных направлений лечебно-диагностической и научной работы на основе общей структуры заболеваемости в стране; подбор и расстановка кадров с учетом профессиональных, а также морально-деловых качеств; развитие как внутригоспитальных, так и внегоспитальных производственных интеграционных связей; обновление парка медицинской аппаратуры и техники; завершение строительства лечебных корпусов и жилых домов для сотрудников госпиталя; формирование менталитета среди сотрудников и пациентов, ориентированного на непрерывное улучшение основного производственного процесса и всех сфер деятельности учреждения. Выбор перспективного пути развития военного учреждения – явление не случайное, так как именно в системе военного здравоохранения, одной из первых в стране, создавалась, внедрялась и постоянно совершенствовалась методология управления качеством медицинской помощи [15, 16], соответствующая сегодня основным требованиям международных стандартов ИСО 9001:2000 в области здравоохранения. Важнейшие требования, такие, как ответственность руководства (ориентация на потребителя, планирование, политика в области качества), менеджмент ресурсов (в том числе кадровых), процессный подход в управлении и стандартизации, мониторинг (измерение – анализ – улучшение) активно внедряются в ведомственную медицину. Одна из главных задач настоящего времени в управлении качеством – консолидация усилий руководителей всех звеньев военно-медицинской службы по сохранению, укреплению и дальнейшему поступательному развитию военной медици-

ны и взаимодействие с гражданским здравоохранением с учетом международного опыта и мировых тенденций в данном направлении.

Основные пути реализации программы перспективного развития ЦВКГ

1. Формирование лидера, владеющего принципами менеджмента качества, на начальном этапе становления системы управления ЦВКГ в соответствии с требованием элементов МС ИСО 9001:2000 «Ответственность руководства» [5].

2. Создание отдела по управлению качеством медицинской помощи, в задачи которого входит обеспечение экспертного контроля, сбора и анализа информации о качестве оказания медицинской помощи в госпитале, подготовка предложений (разработка программ) по его улучшению, организация эффективного и безопасного лечебно-диагностического процесса на основе стандартизации и доказательной медицины, оптимизация процесса выполнения медицинских услуг должного объема и надлежащего качества для достижения оптимального уровня удовлетворенности пациентов.

3. Формирование алгоритма общего управления, направленного на эффективность функционирования всей системы и выделенных подсистем; разработанный алгоритм управленческой деятельности в ЦВКГ (рис. 1) позволяет практически реализовать концепцию всеобщего управления на основе качества (TQM) и ее восьми базовых принципов: ориентация на потребителя; лидерство руководителя; вовлечение людей; процессный подход; системный подход к менеджменту; постоянное улучшение; подход к принятию решений, основанный на фактах; взаимовыгодные отношения с поставщиками [10].

4. Системный подход к управлению, обеспечивающий повышение эффективности деятельности по достижению запланированного результата (принцип TQM – «Системный подход к менеджменту»).

5. Создание базиса, мощной материально-технической базы на основе разработанной руководством госпиталя перспективной модели управления лечебно-профилактическим учреждением с учетом потоков больных и финансовых средств [13]. Решение этой задачи обеспечивает максимальную эффективность функционирования учреждения.

6. Внутригоспитальная и межведомственная интеграция, позволяющая повысить эффективность производственных процессов в госпитале, в звене «госпиталь – поликлиника» и на региональном уровне. Так, в результате взаимодействия рентгенцентра с хирургической службой госпиталя оборот хирургической койки увеличился с 26,0 в 2003 г. до 28,0 в 2006 г.; снизилось количество осложнений с 2,1 % в 2003 г. до 1,8 % в 2006 г.; летальных исходов – с 1,1 % до 0,6 %. Количество переведенных пациентов в 1997–2006 гг. значительно увеличилось – с 806 до 2592 человек.

7. Выстраивание системного управленческого процесса для создания организации нового типа, ориентированной на потребителя (реализация принципа TQM – «Ориентация на потребителя»), с этой целью определяются параметры, которым должна соответствовать организация нового типа и внедряется мониторинг мнения потребителей (пациентов).

8. Стандартизация, необходимость которой определена президентом: «По каждому заболеванию должны быть выработаны стандарты медицинских услуг с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарств, а также с минимальными требованиями к условиям оказания медицинской помощи. Стандарты позволяют подсчитать реальную стоимость медицинских услуг и перейти от сметного принципа содержания лечебно-профилактического учреждения к оплате за оказанный объем и качество медицинской помощи» [15].

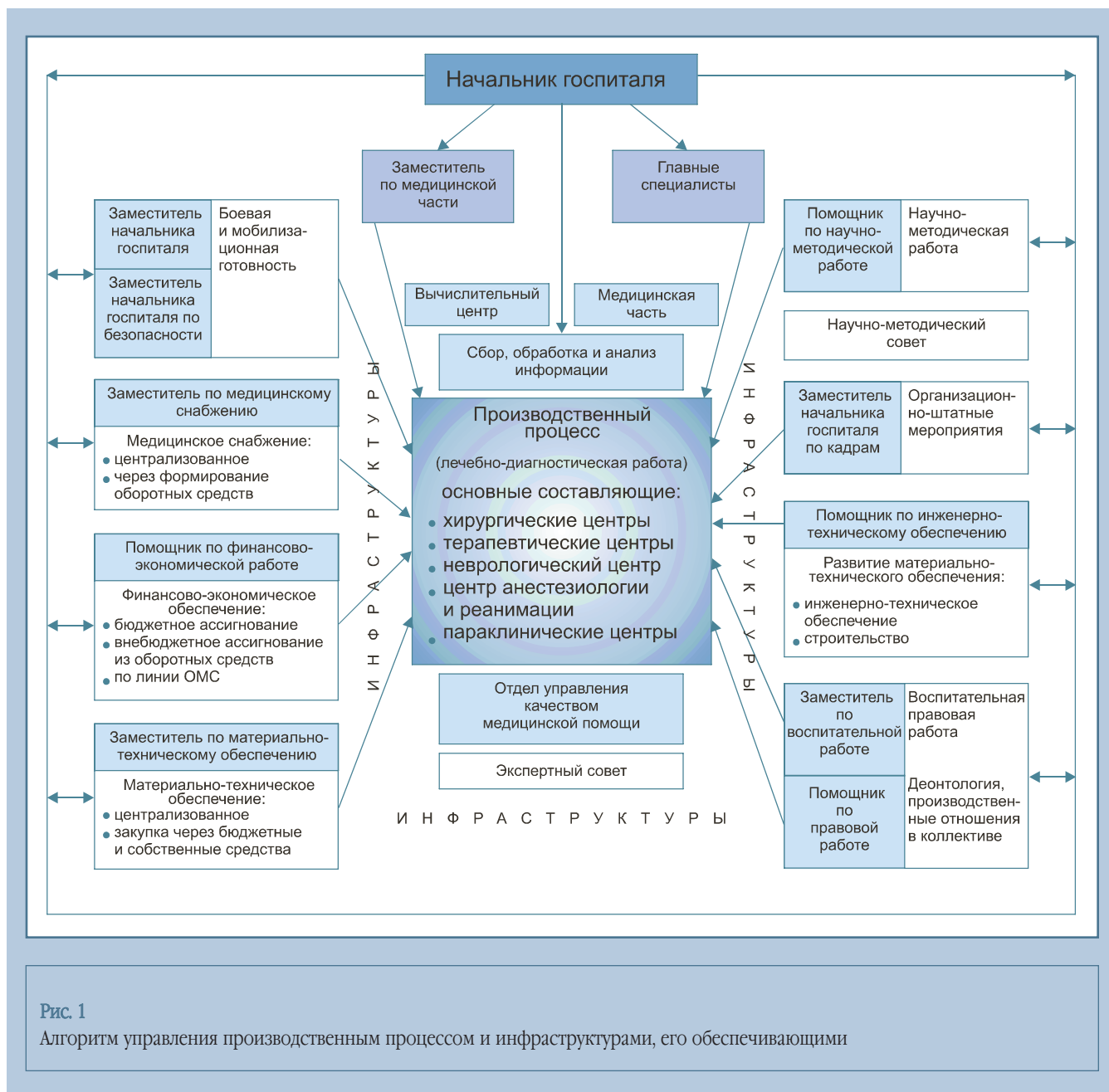
При создании госпитальных стандартов в качестве нормативной базы

нами использовались следующие документы:

- Федеральный Закон № 184-ФЗ «О техническом регулировании» от 27 декабря 2002 г., в соответствии с которым международные (национальные) стандарты имеют только рекомендательный характер, могут использоваться в качестве основы для разработки стандартов организаций по принципу добровольного применения и утверждаться ими самостоятельно;
- Указание ГВМУ МО РФ № 161/МЦ/2379 от 16.05.03 г. «О совершенствовании системы управления качеством медицинской помощи в Вооруженных силах Российской Федерации» как нормативный ведомственный документ, регламентирующий направление работы по управлению качеством и стандартизации [16].

Итогами стандартизации в ЦВКГ с 2003 по 2006 г. явилась методология разработки учрежденческих стандартов, базирующаяся на лучшем мировом опыте [2, 4, 11], гарантирующая современность, достоверность, применимость на практике, удобство в использовании, на основе которой разработано 315 госпитальных стандартов: протоколов ведения больных и клинических путей, которые используются как в лечебно-диагностическом процессе, так и при стандартизованном экспертном контроле в качестве эталонов [3].

На основе стандартизации в управление лечебно-диагностическим процессом внедрен процессный подход, предназначенный для повышения результативности и эффективности деятельности организации при достижении определенных ею целей. Под процессом мы понимаем совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, в том числе лечебно-диагностических мероприятий, преобразующих входы в выходы, ресурсы в результаты с мониторингом и определением их клинической и экономической эффективности. Любая деятельность, представленная в форме процесса,



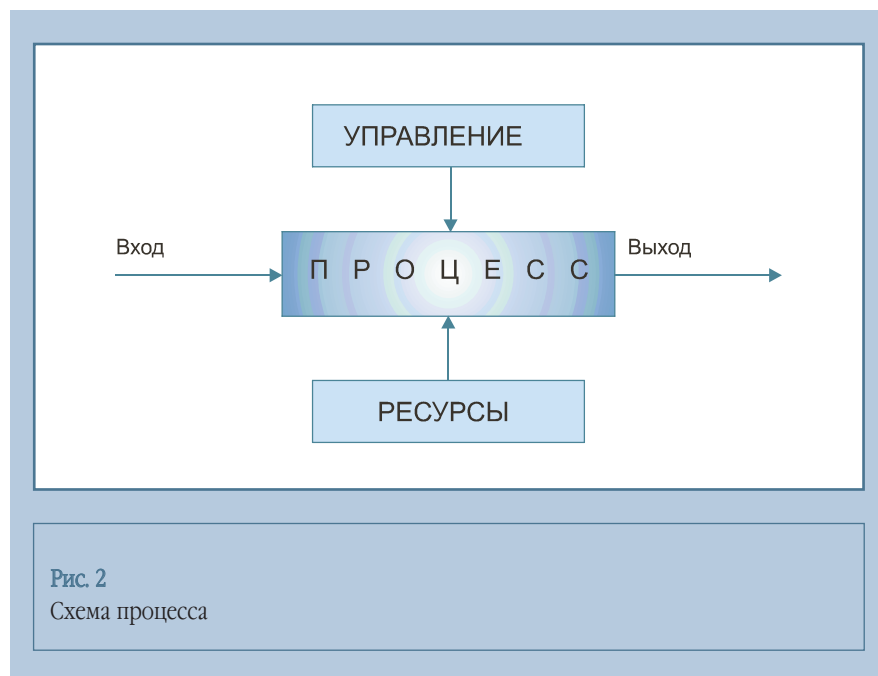
раскрывается во взаимосвязи входов, выходов, ресурсов и управления (рис. 2).

Выгодами процессного подхода, реализованными в ЦВКГ, являются повышение возможности достижения запланированных результатов за счет интеграции и настройки процессов; концентрация усилий на результативности и эффективности процессов; обеспечение уверенности потребителей и других заинтересованных сторон в согласованном и стабильном

функционировании организации; прозрачность операций внутри организации; снижение затрат и уменьшение времени цикла за счет оптимального использования ресурсов; улучшенные, согласованные и предсказуемые результаты; содействие вовлечению людей и более четкому уяснению их ответственности [12].

Ресурсосбережение осуществлялось по следующим направлениям: снижение уровня госпитализаций за счет перевода части случаев стаци-

онарной помощи на амбулаторно-поликлинический уровень; развитие стационарозамещающих технологий (дневной стационар в поликлинике госпиталя); снижение средней длительности лечения в результате внедрения стандартов процессов, разработанных по основным нозологическим формам (до 85 % в структуре госпитальной патологии); определение оптимального штата; повышение квалификации персонала.



Инновационная политика и совершенствование основных направлений лечебно-диагностического процесса. В связи с внедрением в практику новых технологий увеличилось число сложных оперативных вмешательств (табл. 1). Пример реализации этого направления – деятельность нейрохирургического отделения, в котором лечатся пациенты с поражениями позвоночника, травмами позвоночника, возрастными дегенеративными заболеваниями. В настоящее время в отделении выполняются операции на всех отделах позвоночника с применением современных технологий и конструкций, таких, как искусственные трансплантаты для стабилизации позвоночника: титановые трубчатые, карбониевые полые и танталовые кейджи с дополнительной фиксацией транспедикулярными конструкциями; титановые пластины, устанавливаемые из переднего доступа при операциях на шейном отделе позвоночника; титановые мэши в выполнении корпородеза из переднебоковых доступов при операциях на грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника; чрескожная транспедикулярная вертебропластика при переломах и дегенеративных изменениях позвоночника; фиксация

с наложением аппарата для внешней коррекции и фиксации при множественных и высоких переломах шейного отдела позвоночника.

Обоснованные организационно-плановые мероприятия и управленческие решения, направленные на достижение в установленные сроки прогнозируемых результатов, – это путь инновационного развития госпиталя с целью непрерывного совершенствования функционирующей системы управления.

Основные итоги развития госпиталя

Изменилась материально-техническая база, постоянное совершенствование интеграционных связей обеспечило развитие приоритетных направлений. Так, в 2006 г. проведен капитальный ремонт имеющихся операционных и реанимационных залов, которые оснащены в соответствии с международными стандартами. Наблюдаются тенденция роста числа операционных залов с 15 в 1997 г. до 29 в 2006 г., увеличение количества развернутых реанимационных коек с 44 в 1997 г. до 73 в 2006 г. Значительно обновилось в 2005–2006 гг. оборудование в диагностических центрах и отделениях: на 80 % в эндоскопи-

Таблица 1

Оперативные вмешательства в Центральном военном клиническом госпитале им. А.А. Вишневского в 2004–2006 гг.

Год	Всего операций, n	Сложные операции, n (%)
2004	11 122	7 262 (65,3)
2005	11 036	7 339 (66,5)
2006	11 365	7 513 (66,1)

ческом отделении, на 60 % – в центре лабораторной диагностики, на 65 % – в центре функциональной диагностики и рентгенологическом отделении.

Непрерывное совершенствование управленческих процессов на основе принципов TQM, развитие стандартизации послужили основой для улучшения основных показателей лечебно-диагностической работы госпиталя. Ресурсосбережение достигалось путем внедрения технологии бережливого производства на основе стандартизации лечебно-диагностического процесса (табл. 2, 3). Сокращение сроков лечения на одни сутки дало экономию более 1,5 тыс. р., в 2005 г. экономия составила 11,6 млн руб., а в 2006 г. – 17,6 млн р.

В настоящее время одним из основных направлений дальнейшего совершенствования деятельности организации мы рассматриваем, в соответствии с требованиями ИСО 9001:2001, внедрение процессного подхода с обеспечением мониторинга ключевых процессов и руководствуемся аксиомой «выполняется то, что измеряется» [7].

Обеспечение этого направления началось с выполнения в 2006 г. пилотного проекта по разработке и внедрению индикаторов качества лечебно-диагностического процесса. При их внедрении выявились перегрузка излишними исследованиями, необоснованное назначение препаратов, тенденции к полипрагмазии и ресурсосбережению. Доказательством положительных результатов являются показатели 2006 г., когда при низком уровне ресурсов мы

Таблица 2

Динамика основных статистических показателей работы Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневского в 2000–2006 гг.

Показатели	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Среднее число развернутых коек	1167	1167	1179	1179	1235	247	1241
Число лечившихся больных	20612	21012	23052	24787	25799	26315	26665
Использование коечной мощности по развернутым койкам	88,1	87,5	87,6	87,0	87,3	86,7	85,4
Среднее число дней занятости койки	320	323	320	320	319	316	311
Оборот койки	17,8	18,3	19,0	20,2	21,9	21,1	20,9
Средняя длительность пребывания больного на койке, сут	18,3	17,8	16,6	15,8	15,3	15,0	14,9
Число urgentных больных	5050	5400	7169	9672	10468	10776	9663

Таблица 3

Длительность лечения пациентов до и после введения стандартизованного экспертного контроля в Центральном военном клиническом госпитале им. А.А. Вишневского в 2003–2006 гг.

Заболевание	2003	2004*	2005*	2006*
Хронический нефрит	20,9	20,3	16,4	14,8
Ревматизм	25,3	21,9	21,1	17,7
Ишемическая болезнь сердца	17,7	16,4	16,3	15,9
Гипертоническая болезнь	15,2	14,9	14,3	14,3
Хронический калькулезный холецистит	9,9	8,7	6,5	9,0
Переломы бедренной кости	21,4	19,0	18,9	16,5
Варикозное расширение вен нижних конечностей	9,2	9,1	7,5	6,4
Узловой зоб	12,1	12,8	10,6	8,9
Вентральные грыжи	12,0	11,4	10,7	11,1
Дисциркуляторная энцефалопатия	21,3	21,2	19,1	18,3
Сотрясение головного мозга	16,9	16,8	15,7	15,1

* стандартизованный экспертный контроль.

не потеряли качества и эффективности, о чем свидетельствует отсутствие снижения числа лечившихся больных, а в ряде случаев и повышение; сохранение на прежнем уровне койкооборота, а по многим отделениям – рост этого показателя.

В прогрессивных организациях сегодня самый обычный вопрос на всех уровнях: что мы изменили в этом месяце или даже на этой неде-

ле? В своей работе мы следуем требованиям к современной организации процесса: «Если каждые 6–12 месяцев вы не проводите достаточно существенных реорганизационных мероприятий, то, совершенно очевидно, отстаете во времени».

В настоящее время ФГУ «3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневского Минобороны России», один из лидеров отечественного здравоохранения, явля-

ется пациенториентированной организацией нового типа, в которой люди работают вместе, помогают друг другу, непрерывно обучаются и имеют возможность гордиться результатами своего труда [6].

Литература

1. Антология русского качества / Под ред. Б.В. Бойцова, Ю.В. Кряева. М., 2000.
2. **Бащинский С.Е.** Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины. М., 2004.
3. **Брескина Т.Н.** Современные принципы экспертизы качества медицинской помощи // Экспертиза и качество медицинской помощи. 2007. № 3. С. 4–12.
4. **Брескина Т.Н.** Стандартизация и экспертиза качества медицинской помощи в практике работы лечебных учреждений // Науч. конф. ЦВКГ им. А.А. Вишневского: Тез. докл. Красногорск, 2003. С. 11–15.
5. ГОСТ Р ИСО 9001:2001. Системы менеджмента качества. Требования.
6. **Деминг У.Э.** Выход из кризиса. Тверь, 1994.
7. **Джордж М.Л.** Бережливое производство + шесть сигм в сфере услуг. М., 2005.
8. **Джурин Дж.** Качество в истории цивилизации. М., 2004. Т. III.
9. **Ильин И.А.** Спасение в качестве // Русский колокол. 1928. № 4.
10. **Иняц Н.** Малая энциклопедия качества. Современная история качества М., 2003. Ч. III.
11. **Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И.** Качество медицинской помощи. М., 2004.
12. **Немытин Ю.В.** Общее управление и управление качеством – процесс единый // Стандарты и качество. 2005. № 6. С. 64–69.
13. **Немытин Ю.В.** Теоретические и организационные основы прогнозирования и управления развитием многопрофильного военного клинического госпиталя в условиях военно-экономического реформирования: Дис. ... д-ра мед. наук М., 2000.
14. О приоритетном национальном проекте // Здравоохранение. 2006. № 9. С. 25.
15. О совершенствовании контроля качества медицинской помощи в медицинских воинских частях и учреждениях: Директива начальника ГВМУ МО РФ № ДМ-3 от 1.03.1997. М., 1997.
16. О совершенствовании системы управления качеством медицинской помощи в Вооруженных силах Российской Федерации // Указание ГВМУ МО РФ № 161/МЦ/2379 от 16.05.2003.
17. **Путин В.В.** Послание Федеральному собранию Российской Федерации. 26 мая 2004 г.

Адрес для переписки:

Брескина Татьяна Николаевна
143420, Московская область,
Красногорск, пос. Архангельское,
3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневского,
Q3cmch@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 11.10.2007