

Журнал «Хирургия позвоночника» уделяет большое внимание актуальным в современных условиях вопросам разработки и внедрения системы менеджмента качества – механизма, позволяющего планомерно повышать эффективность деятельности учреждений здравоохранения.

В рамках данного направления была опубликована серия статей, посвященных теоретическим и методологическим основам системы менеджмента качества учреждения здравоохранения, вопросам практического применения принципов международных стандартов ИСО серии 9000. Кроме того, в сентябре 2007 г. на базе Новосибирского НИИТО прошла Межрегиональная практическая конференция с международным участием «Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи», на которой обсуждались проблемы создания эффективного механизма управления учреждением здравоохранения на основе системы менеджмента качества.

В настоящее время в редакцию журнала поступают материалы по вопросам формирования эффективных систем управления учреждениями здравоохранения различного профиля. Редакционная коллегия журнала «Хирургия позвоночника» считает необходимым знакомить читателей с опытом работы крупных многопрофильных учреждений здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, в области создания современной системы управления медицинской организацией.



ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЦЕССНОГО ПОДХОДА В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И.Ю. Бедорева, Т.Н. Садовая, А.В. Стрыгин, Т.А. Стрыгина

Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии

Основной характеристикой любого процесса является его результат (продукт или услуга). Так как положительный результат может быть достигнут многократным повторением процесса до получения продукции или услуги, соответствующих требованиям, необходимо обеспечивать результативное управление процессами системы менеджмента качества. В Новосибирском НИИТО на протяжении нескольких лет успешно функционирует система менеджмента качества, основанная на принципах всеобщего управления качеством и гармонизированная с требованиями международного стандарта ИСО 9001 версии 2000 г. Положительная динамика по всем процессам системы достигнута в результате применения процессного подхода.

Ключевые слова: процессный подход, результативность процессов, реинжиниринг процессов, анализ системы менеджмента качества, непрерывное совершенствование.

APPLICATION OF PROCESS APPROACH IN A SYSTEM OF MEDICAL ASSISTANCE QUALITY MANAGEMENT

I.Yu. Bedoreva, T.N. Sadovaya, A.V. Strygin, T.A. Strygina

The main characteristic of any process is its result (product or service). Since a positive result can be achieved by multiple repetition of the process until a product or service meeting the requirements is obtained, the processes of the quality management system must be effectively governed. Quality Management System based of principles of total quality management and harmonized with requirements of International Standard ISO 9001-2000 is successfully operating at Novosibirsk NIITO during some years. Positive dynamics in all processes of the system is achieved due to application of the process approach.

Key Words: process approach, process efficacy, process reengineering, quality management system analysis, continuous improvement.

Hir. Pozvonoc. 2007;(4):62–72.

В настоящее время признано существование трех основных моделей управления качеством в здравоохранении: профессиональной, бюрократической и индустриальной [18]. Показателями качества являются оптимальное достижение результата, медицинская обоснованность [2–7], соответствие стандартам [8–13], низкие значения негативных индексов – летальности, частоты осложнений, повторных госпитализаций и т.д. [14–17].

Концепция непрерывного повышения качества – это новое научное направление теории управления, доказывающее, что качество создается качественными процессами, материалами и инструментами. Сосредоточенность усилий необходима не на проверке индивидуального выполнения, а на управлении процессами, поскольку принцип Парето имеет всеобщий характер: 20 % успеха определяется квалификацией сотрудников, тогда как 80 % – организацией технологии.

Изучение процессов позволяет выявить отклонения и идентифицировать причины их возникновения. Управление отклонениями (выявление и предотвращение) позволяет управлять результатом, влиять на стоимость продукции и повышать степень удовлетворения потребителя. Работа по управлению процессами предусматривает создание организации нового типа, в которой люди работают вместе, помогают друг другу, непрерывно обучаются и имеют возможность гордиться результатами своего труда.

Основной характеристикой любого процесса является его результат (продукт или услуга). Необходимо обеспечивать результативное управление процессами системы менеджмента качества (СМК), так как положительный результат может быть достигнут многократным повторением процесса до получения продукции или услуги, соответствующих требованиям.

В Новосибирском НИИТО на протяжении нескольких лет успешно функционирует СМК, основанная на принципах всеобщего управления

качеством и гармонизированная с требованиями международного стандарта ИСО 9001 версии 2000 г. [1]. Положительная динамика по всем процессам системы нами достигнута в результате применения процессного подхода. Ко всем процессам СМК применялась методология «PDCA»: plan (планировать) – do (выполнять) – check (проверять) – act (действовать). В общем виде схема управления процессом представлена на рис. 1.

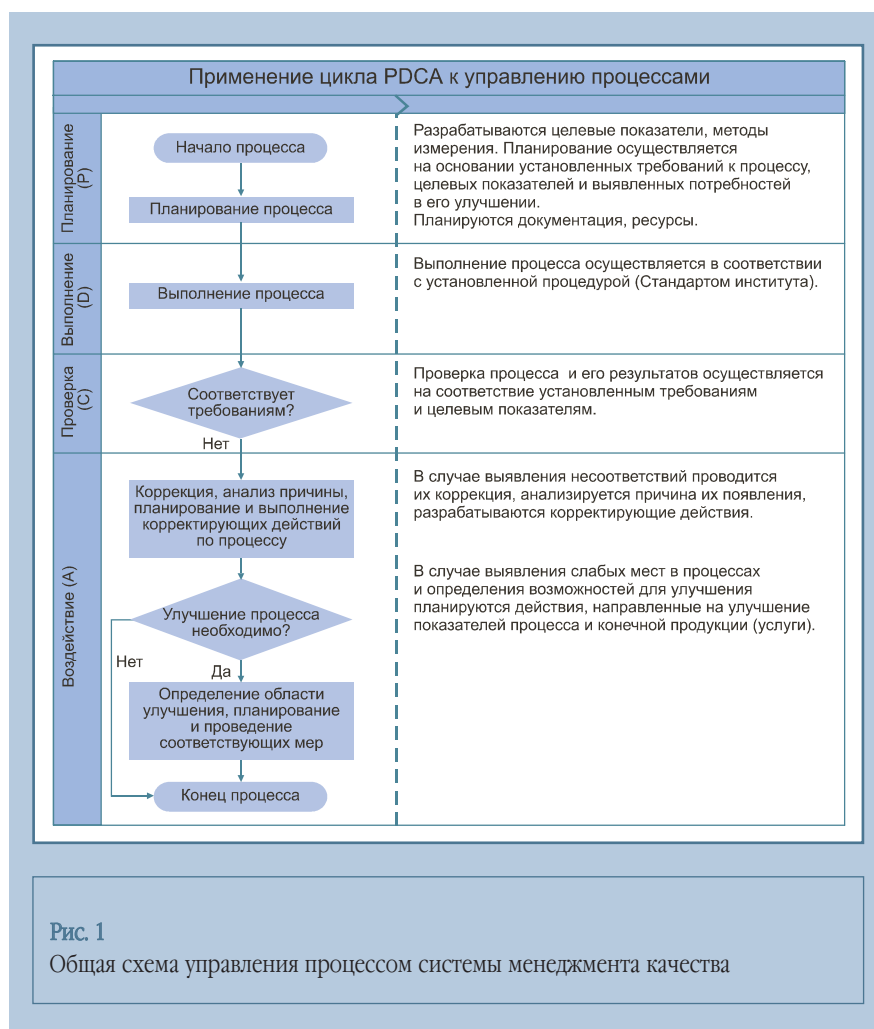
Планирование процессов (Р) осуществляется на основании установленных требований к процессу, запланированных результатов (целевых показателей) и выявленных потребностей в его улучшении. На этой стадии для каждого процесса определялись критерии и методы мониторинга, измерения и анализа про-

цесса, сбора данных и обработки результатов.

Выполнение процесса (D) осуществляется в соответствии с установленным стандартом института процедурой.

Проверка (C) процесса, его результатов осуществляется на соответствие установленным требованиям и целевым показателям, проводится при мониторинге и оценке процесса, проведении различных видов аудитов, анализе удовлетворенности потребителей.

Действия по улучшению (A) заключаются в коррекции, если выявлены несоответствия, корректирующих действиях для предотвращения повторного несоответствия и действиях, направленных на улучшение показателей процесса и конечной продукции (услуги).



Процессы СМК Новосибирского НИИТО описаны нами в стандартах института, в которых определены критерии и методы, необходимые для обеспечения результативности как при осуществлении, так и при управлении этими процессами, а также ресурсы и информация, необходимая для функционирования и мониторинга этих процессов. Для описания процессов СМК использовалась методология функционального моделирования процессов (IDEF0) в соответствии с руководящим документом Госстандарта России РД IDEF0-2000.

Описание процессов начиналось с построения существующей модели процессов по принципу «как есть» (персонал диктует руководству, как следует выполнять работу). С учетом данных, полученных в результате ана-

лиза существовавшей в НИИТО системы управления качеством, были определены проблемные области, несоответствия в процессах, отсутствие или дублирование отдельных функций, нерациональное распределение ресурсов, что позволило спланировать необходимые изменения и построить результативную модель процесса по принципу «как должно быть» (руководство устанавливает порядок осуществления деятельности и контролирует факт выполнения работ, основываясь на процессах) путем перепроектирования (реинжиниринга) процессов.

Такой подход позволил реорганизовать амбулаторно-поликлиническую службу института, процесс плановой госпитализации пациентов и внести необходимые изменения

в процессы оказания медицинской помощи в клинических отделениях института и в обеспечивающие процессы. Например, с целью создания единого замкнутого цикла оказания медицинской помощи пациентам с болями в спине, независимо от выбранной тактики лечения, а также применения единых подходов к проблеме диагностики и лечения заболеваний позвоночника на различных этапах оказания медицинской помощи, нами разработан и внедрен в практику института процесс «Оказание медицинской помощи пациентам с болями в спине» (рис. 2). Декомпозиция отдельных блоков процесса представлена в соответствующих стандартах процессов оказания медицинской помощи в клинических отделениях НИИТО,

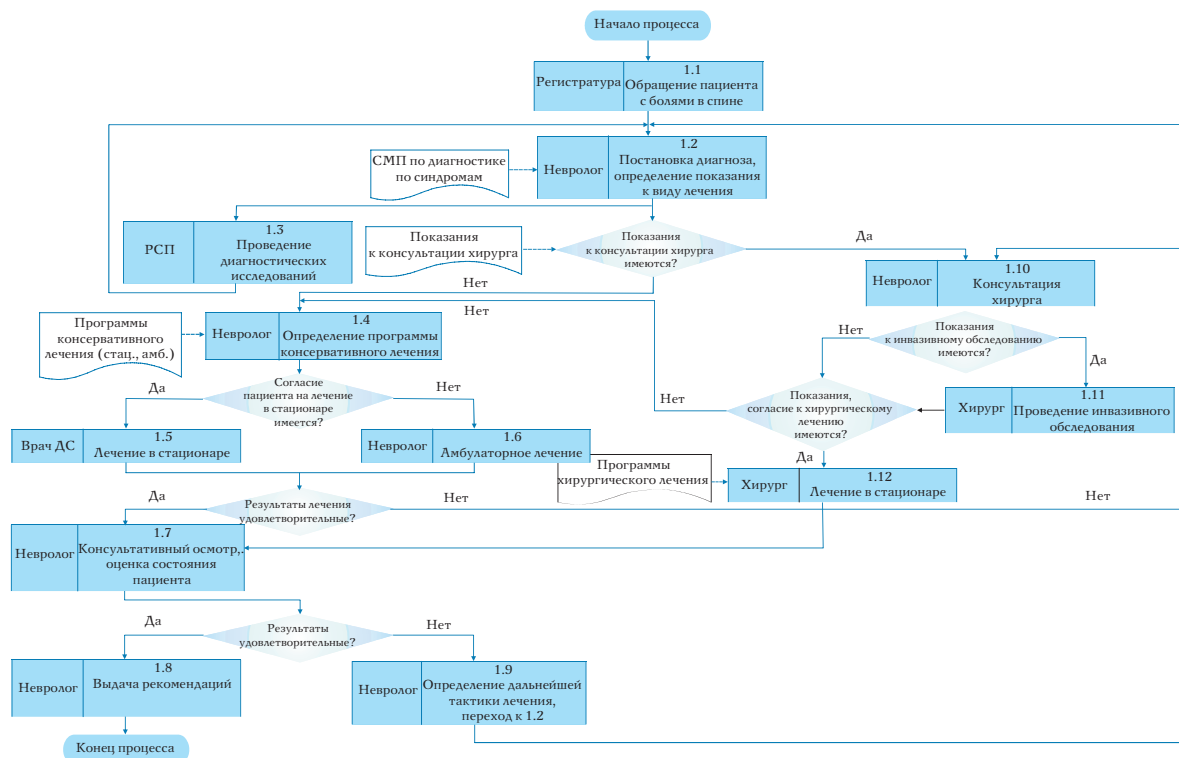


Рис. 2

Блок-схема процесса оказания медицинской помощи пациентам с болями в спине

процессов обеспечения диагностическими исследованиями и других обеспечивающих процессов. Это позволило установить преемственность между различными этапами оказания медицинской помощи, рациональнее распределить ресурсы, в том числе кадровые, исключить дублирование действий на различных этапах процесса.

С целью повышения результативности процессов СМК используется проводимый на постоянной основе анализ данных, полученных по результатам оценки процессов и качества медицинской помощи, удовлетворенности потребителей и внутренних аудитов. Методика и порядок планирования, проведения анализа СМК

Новосибирского НИИТО, а также документального оформления результатов оценки описаны нами в методической инструкции «Порядок проведения анализа СМК НИИТО» (рис. 3).

Оценка процессов проводилась нами как по группам характеристик процессов с применением методики экспертной оценки, так и по отдельным параметрам, частным характеристикам процессов. Результаты усредненной (по данным всех экспертов) относительной оценки ключевых процессов по группам характеристик за 2004–2006 гг. представлены в табл. 1–3. Результаты ежегодной экспертной оценки процессов анализировались руководством института. При необходимости, с целью опреде-

ления причин низких показателей, проблемные области подвергались дополнительному углубленному анализу другими методами (оценка процессов по отдельным характеристикам, проведение внеплановых аудитов, оценка адекватности документации и т.д.). Таким образом определялись области для коррекции и улучшения, планировались и внедрялись необходимые мероприятия по совершенствованию процессов и системы в целом, эффективность которых определялась при следующей оценке процессов. В табл. 4 приведены примеры корректирующих (предупреждающих) действий, проведенных по данным первичной оценки процессов.

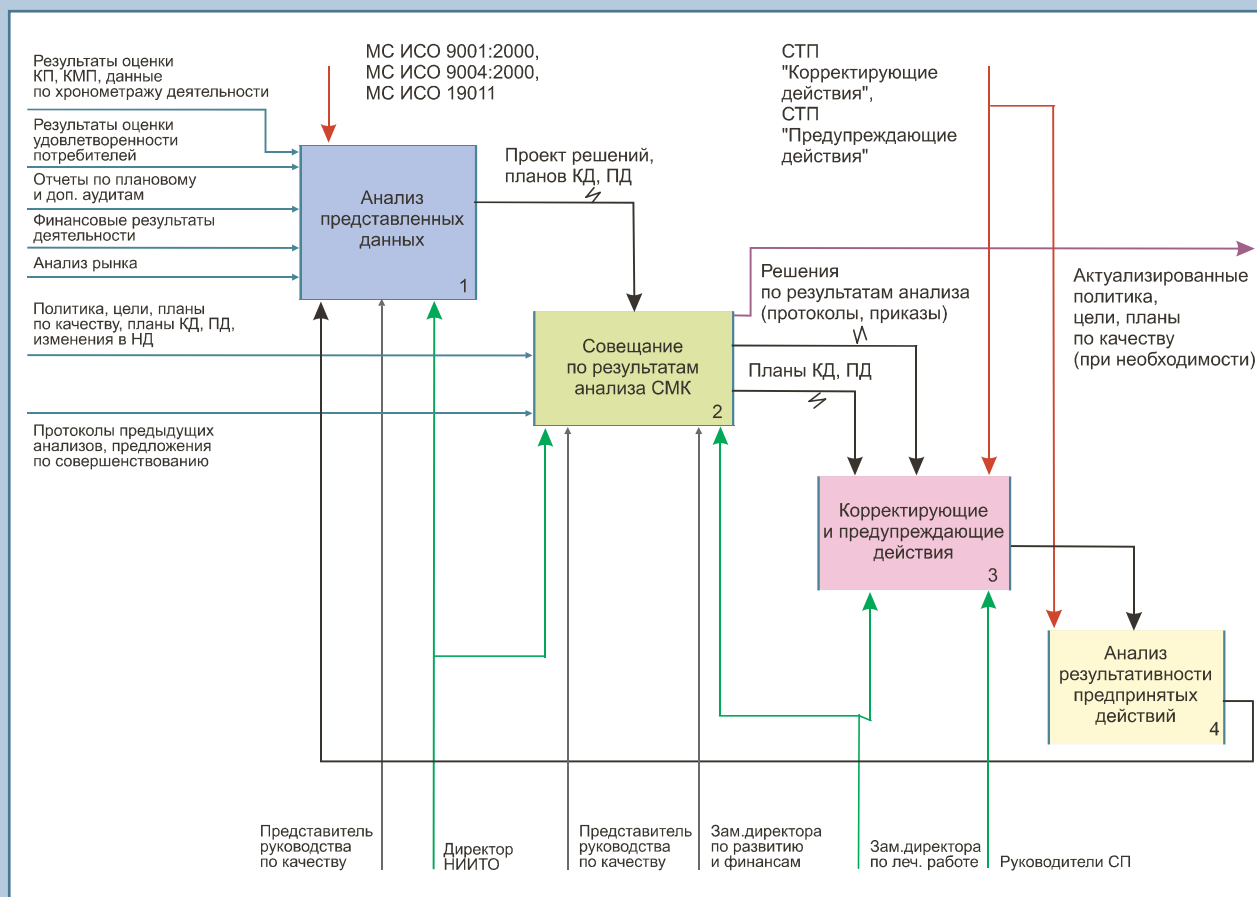


Рис. 3

Контекстная диаграмма процесса «Анализ СМК»

Таблица 1

Результаты оценки процессов приема и госпитализации пациентов и оказания медицинской помощи (МП) в клинических отделениях Новосибирского НИИТО за 2004–2006 гг.

Характеристики	Усредненная относительная оценка процессов (% от максимально возможной оценки)																				
	Прием и госпитализация пациентов			Оказание МП в травматологическом отделении			Оказание МП в отделении детской ортопедии			Оказание МП в отделении ортопедии			Оказание МП в травматолого-ортопедическом отделении			Оказание МП в нейрохирургическом отделении			Оказание МП в нейрохирургическом отделении ПСМТ		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006*	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006*
ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЦЕССА																					
Определенность целей процесса владельцем процесса	63	77	90	87	97	97	73	83	90	87	90	97	87	90	97	67	80	80	67	70	97
Детальное знание целей процесса персоналом	57	64	77	73	86	90	63	74	84	80	86	86	73	77	84	60	70	73	64	67	86
Качество планирования процесса	47	63	80	53	63	77	60	77	83	70	80	87	70	77	83	43	50	57	37	43	87
Качество входных данных процесса	56	80	90	63	80	90	66	76	90	66	76	84	66	76	86	46	56	66	46	56	84
Качество выходных данных процесса	50	73	90	54	74	84	54	66	76	54	70	80	56	66	76	54	64	73	54	64	80
Качество выполнения операций процесса	57	67	83	73	83	87	73	83	90	80	90	90	80	87	90	63	70	83	63	70	90
Качество технологий выполнения операций процесса	57	67	80	90	90	90	77	80	86	90	96	96	90	90	93	87	90	90	86	86	96
Качество принятия управляющих решений владельцем процесса	47	50	63	53	73	80	43	57	67	70	80	80	70	80	90	40	47	63	37	40	80
Качество прогнозирования развития процесса владельцем процесса	33	37	53	50	60	67	33	33	53	67	77	80	67	73	77	37	43	50	33	33	80
Итого	52	65	80	66	78	84	62	72	82	74	83	87	74	80	87	55	63	71	53	59	87
ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА РЕСУРСАМИ																					
Информационные	60	76	90	70	80	90	70	80	90	80	86	96	80	90	96	62	72	90	57	60	96
Финансовые	60	70	84	74	84	87	67	74	80	74	84	90	77	84	87	60	67	80	53	60	90
Материально-технические	53	66	76	70	80	86	70	80	90	70	86	94	70	86	90	60	70	84	53	60	94
Кадровые	53	70	80	73	86	90	73	83	90	73	90	93	73	90	97	67	70	90	50	53	93
Итого	56	70	82	72	83	88	70	79	87	74	86	93	75	87	92	62	69	85	53	58	93
ВРЕМЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЦЕССА																					
Длительность подготовки процесса	43	63	73	53	60	70	53	63	77	67	77	87	67	77	83	53	57	73	47	53	87
Длительность выполнения операций	47	63	70	53	57	60	56	66	80	66	80	90	66	80	87	60	66	80	57	60	90
Общее время выполнения процесса	47	64	70	57	60	63	57	67	77	67	77	87	67	80	86	57	64	76	53	60	87
Итого	46	63	71	54	59	64	56	66	78	67	78	88	67	79	86	57	63	77	53	58	88
ВСЕГО:	51	66	77	64	73	79	62	72	82	71	82	89	72	82	88	58	65	77	53	58	89

ПСМТ — позвоночно-спинномозговая травма;

* приведены данные оценки процесса в нейрохирургическом отделении спинно-мозговой травмы (после объединения двух отделений).

В результате проведенных мероприятий отмечена положительная динамика по всем процессам оказания медицинской помощи в клинических отделениях НИИТО за трехлетний период. Наиболее высокие оценки получили процессы оказания медицинской помощи в травматолого-ортопедическом отделении – 88 % от максимально возможной оценки и в нейро-

хирургическом отделении спинно-мозговой травмы (после объединения двух отделений) – 89 % от максимально возможной оценки.

В то же время при оценке временных характеристик процессов оказания медицинской помощи в травматологическом, нейрохирургическом отделениях и отделении детской ортопедии получены невысокие оценки

– 64, 77 и 78 % соответственно, а при оценке временных характеристик процесса приема и госпитализации – 71 %.

С целью определения резервов для совершенствования временных параметров процессов и получения объективных данных с 2005 г. проводились измерения времени начала операций. Среднее время задержки начала

Таблица 2

Результаты оценки процессов обеспечения лечебно-диагностического процесса (ЛДП) диагностическими исследованиями за 2004–2006 гг.

Характеристики	Усредненная относительная оценка процессов (% от максимально возможной оценки)														
	Обеспечение ЛДП клинико-биохимическими исследованиями			Обеспечение ЛДП патолого-анатомическими исследованиями			Обеспечение ЛДП бактериологическими исследованиями			Обеспечение ЛДП лучевыми исследованиями			Обеспечение ЛДП нейрофизиологическими и биомеханическими исследованиями		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЦЕССА															
Определенность целей процесса владельцем процесса	70	80	97	70	80	90	53	63	70	80	100	100	67	80	80
Детальное знание целей процесса персоналом	60	70	90	57	64	77	47	54	60	73	87	90	50	63	70
Качество планирования процесса	43	53	77	37	60	70	33	47	60	70	80	90	40	57	67
Качество входных данных процесса	44	50	76	40	60	80	36	56	70	70	84	94	46	70	70
Качество выходных данных процесса	54	60	83	50	63	80	39	53	63	70	90	100	50	70	70
Качество выполнения операций процесса	57	70	83	57	67	87	50	60	70	80	97	100	50	60	70
Качество технологий выполнения операций процесса	84	87	90	70	86	90	56	60	70	73	90	90	56	56	73
Качество принятия управляющих решений владельцем процесса	43	50	70	37	50	67	33	40	57	70	90	100	40	50	57
Качество прогнозирования развития процесса владельцем процесса	37	47	63	37	53	63	33	33	47	70	87	90	40	40	50
Итого	54	63	81	50	65	78	42	52	64	73	89	95	48	61	68
ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА РЕСУРСАМИ															
Информационные	62	70	96	54	90	96	57	62	72	80	96	100	60	70	80
Финансовые	60	67	87	50	77	80	50	57	67	70	80	87	60	67	70
Материально-технические	60	66	90	50	76	86	46	56	70	70	80	90	60	70	76
Кадровые	70	80	97	57	74	84	47	54	77	77	90	90	57	70	80
Итого	63	70	91	52	78	85	49	57	71	73	85	91	59	69	76
ВРЕМЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЦЕССА															
Длительность подготовки процесса	63	70	90	57	73	80	47	53	63	70	80	90	57	70	73
Длительность выполнения операций	67	77	97	57	74	80	54	60	67	80	90	100	60	67	80
Общее время выполнения процесса	63	73	90	57	73	80	53	56	66	74	86	96	60	70	80
Итого	64	73	93	57	73	80	51	57	66	75	86	96	59	69	78
ВСЕГО:	60	69	88	53	72	81	48	55	67	74	87	94	56	66	74

операционного дня по различным отделениям в 2005 г. составило от 8 до 16 мин. При этом потеря рабочего времени в целом за год – 190 ч. По результатам хронометража за 2005 г. было принято решение повысить ответственность заведующих отделениями за своевременное начало операционного дня и продолжить контроль данных показателей специалистами отдела качества. В 2006 г. эти показатели значительно улучшились: потери рабочего времени за 2006 г. снизились на 44 %.

Практически по всем процессам обеспечения диагностическими исследованиями также наблюдается положительная динамика. Наиболее высокие показатели по всем группам характеристик отмечены при оценке процесса обеспечения лучевыми исследованиями (суммарная относительная оценка процесса приближается к максимальной и составляет 94 %), а также процесса обеспечения клинико-биохимическими исследованиями (88 % от максимально возможной оценки). В обеспечении ле-

чебно-диагностического процесса бактериологическими исследованиями значительных улучшений не наблюдалось, в связи с этим в бактериологической лаборатории проведен ряд организационных изменений, в том числе кадровых.

Положительная динамика отмечается и по обеспечивающим процессам. Наиболее высокие показатели по всем группам характеристик отмечены при оценке процесса обеспечения питанием (суммарная относительная оценка процесса увеличилась

Таблица 3

Результаты оценки обеспечивающих процессов за 2004–2006 гг.

Характеристики	Обеспечение биотранспантами			Анестезиологическое и реанимационное обеспечение			Обеспечение лекарственными средствами и изделиями мед. назначения			Обеспечение питанием			Обеспечение компонентами донорской крови		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЦЕССА															
Определенность целей процесса владельцем процесса	57	70	80	67	77	90	70	80	90	60	80	97	57	67	67
Детальное знание целей процесса персоналом	50	63	77	64	70	80	64	70	80	50	60	80	50	60	60
Качество планирования процесса	40	50	63	37	60	73	37	63	73	40	60	87	40	50	60
Качество определения входных данных процесса	46	60	70	56	63	74	50	64	80	40	60	83	40	50	56
Качество определения выходных данных процесса	46	56	70	56	63	70	54	76	76	43	70	90	43	50	60
Качество выполнения операций процесса	50	60	70	63	70	83	63	70	80	47	67	90	43	57	60
Качество технологий выполнения операций процесса	67	73	77	86	86	90	70	80	87	50	67	90	50	60	60
Качество принятия управляющих решений владельцем процесса	43	53	63	37	50	63	40	50	67	40	77	90	40	40	47
Качество прогнозирования развития процесса владельцем процесса	43	53	60	37	47	57	40	47	63	40	73	83	40	40	40
Итого	48	59	70	55	65	76	53	67	77	45	67	88	44	53	58
ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА РЕСУРСАМИ															
Информационные	60	73	94	66	80	80	54	70	80	56	74	90	60	70	70
Финансовые	57	70	80	67	70	77	60	60	77	60	70	87	60	67	70
Материально-технические	53	66	80	60	70	80	60	70	80	54	66	84	60	60	60
Кадровые	67	77	93	63	77	80	54	67	80	50	60	80	57	70	70
Итого	59	71	85	64	73	79	58	66	79	55	67	85	59	66	67
ВРЕМЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЦЕССА															
Длительность подготовки процесса	53	63	73	57	67	73	57	63	80	50	67	83	50	60	60
Длительность выполнения операций	57	67	77	64	70	80	60	70	83	44	70	90	44	67	70
Общее время выполнения процесса	53	63	76	60	70	76	60	70	80	50	70	90	50	60	70
Итого	55	65	76	60	69	77	59	68	81	48	69	88	48	62	67
ВСЕГО:	54	65	77	60	69	77	57	67	79	49	68	87	50	61	64

с 49 % в 2004 г. до 87 % в 2006 г.). Такой динамики удалось достичь в результате внедрения процессов аутсорсинга (процессов, при выполнении которых привлекаются внешние стороны) и инсорсинга (создание собственных автономных структурных единиц, выполняющих несвойственные для медицинского учреждения функции) и практически полной реконструкции (реинжиниринга) процесса обеспечения питанием по принципу «как должно быть».

Высокие показатели получены при оценке процесса обеспечения лекарственными средствами и предметами медицинского назначения (сум-

марная относительная оценка процесса увеличилась с 57 % в 2004 г. до 79 % в 2006 г.). Данный процесс также подвергнулся реинжинирингу с внедрением электронной системы учета медикаментов.

Функционирование СМК позволило улучшить количественные и качественные показатели деятельности института. Положительные результаты внедрения и функционирования СМК подтверждает динамика основных показателей Новосибирского НИИТО: увеличение количества пролеченных больных (рис. 4), рост операционной активности (рис. 5), увеличение объемов финансирования, в том

числе внебюджетной составляющей (рис. 6), повышение уровня доходов персонала.

Это позволяет сделать вывод о том, что СМК является надежным механизмом управления, позволяющим значительно повысить эффективность процессов оказания медицинской помощи и деятельности учреждений здравоохранения (рис. 7).

На основе адаптированной к специфике производства высокотехнологических медицинских услуг модели СМК разработана система регионального управления качеством оказания высокотехнологической медицинской помощи, внедряемая нами в настоя-

Таблица 4

Примеры мероприятий, проведенных по результатам оценки процессов, и их результат

Проблемные области (по результатам экспертной оценки процессов)	Выявленные несоответствия (по результатам углубленного анализа)	Корректирующие/предупреждающие действия	Результаты (УООГ в динамике в % от макс.оценки)
Качество входных данных	Несоответствие входных данных требованиям для всех лабораторно- диагностических СП (кроме отделения лучевой диагностики): в направлении отсутствует область исследования, предварительный диагноз, сроки проведения исследования	— разработать и внедрить форму направления на диагностические исследования для электронной истории болезни и амбулаторной карты; — провести обучение персонала	2004 г.: от 36 до 46 по различным СП (70 — по лучевой диагностике); 2006 г.: от 70 до 80 по различным СП (94 — по лучевой диагностике)
Временные характеристики процесса	Несоответствие временных параметров процесса оказания медицинской помощи, особенно в части планирования и подготовки этапа хирургического лечения; увеличение количества предоперационных койкодней	— увеличить количество операционных дней в неделю до 5 дней; — обеспечить начало операций с 8.45 ч; — проводить корректировку операционных планов до 15.00 ч предшествующего дня; — осуществлять перевязку операционных больных в субботу до 12.00 ч медицинским персоналом бригады по оказанию неотложной помощи; — организовать на догоспитальном этапе осмотр плановых больных врачом анестезиологом-реаниматологом для исключения противопоказаний к хирургическому лечению; — выделить в клинических отделениях палаты для послеоперационных больных, оснащенные кислородной разводкой; — организовать дополнительный сестринский пост для ухода за этой категорией пациентов; — обеспечить оперблок необходимыми дополнительными комплектами инструментария для всех видов оперативных пособий	2004 г.: от 47 до 53 по различным отделениям; 2006 г.: от 70 до 87 по различным отделениям
Временные характеристики процесса	Несоответствие временных параметров процесса приема и госпитализации пациентов требованиям стандарта института	— организовать разделение потоков выписываемых и госпитализируемых больных; — провести обучение персонала применению разработанного алгоритма этапа подготовки к госпитализации	2004 г.: 46 2006 г.: 71
	Потребности в консервативном лечении патологии позвоночника превышают возможности института; существующий штат консультативной поликлиники не справляется с объемом работ; нерационально составлен график приемов специалистов	— создать единый амбулаторно-поликлинический и стационарозамещающий центр в новом корпусе института; — реорганизовать процесс оказания консультативной помощи пациентам с выделением необходимых ресурсов; — увеличить количество коек дневного стационара за счет перераспределения коечного фонда	2004 г.: 51 2006 г.: 77 (в целом по процессу)
Характеристики процесса оказания медицинской помощи в нейро- хирургическом отделении ПСМТ	Низкие показатели результативности деятельности подразделения; несоответствия по следующим элементам процесса: планирование процесса, временные параметры, обеспечение процесса кадровыми ресурсами	— объединить ортопедическое отделение и нейрохирургическое отделение ПСМТ в нейрохирургическое отделение спинно- мозговой травмы	2004 г.: 53 2006 г.: 89 (по объединенному отделению)

УООГ — усредненная относительная оценка группы; СП — структурное подразделение; ПСМТ — позвоночно-спинномозговая травма.

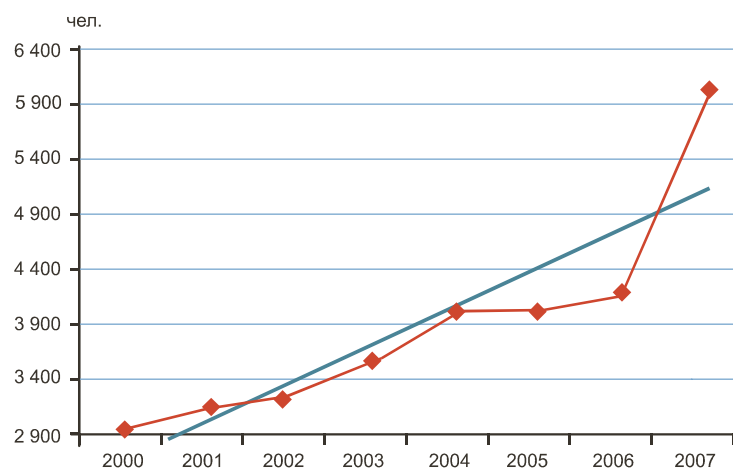


Рис. 4

Количество пролеченных пациентов в динамике

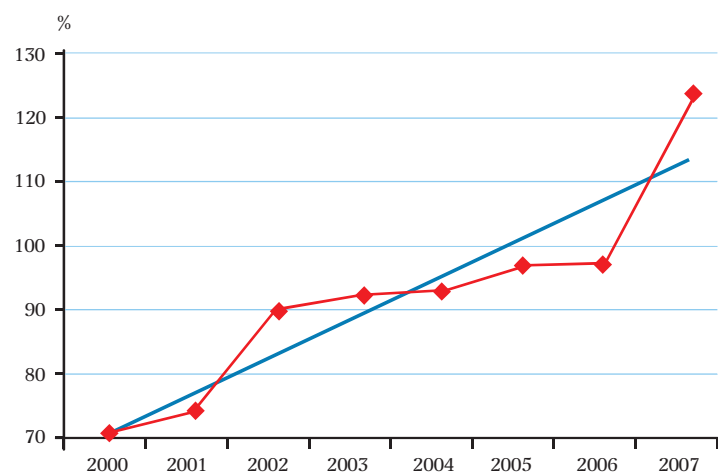


Рис. 5

Оперативная активность в динамике

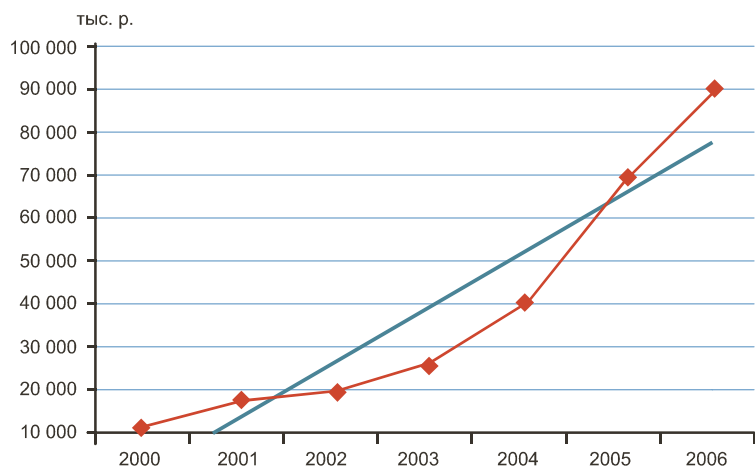
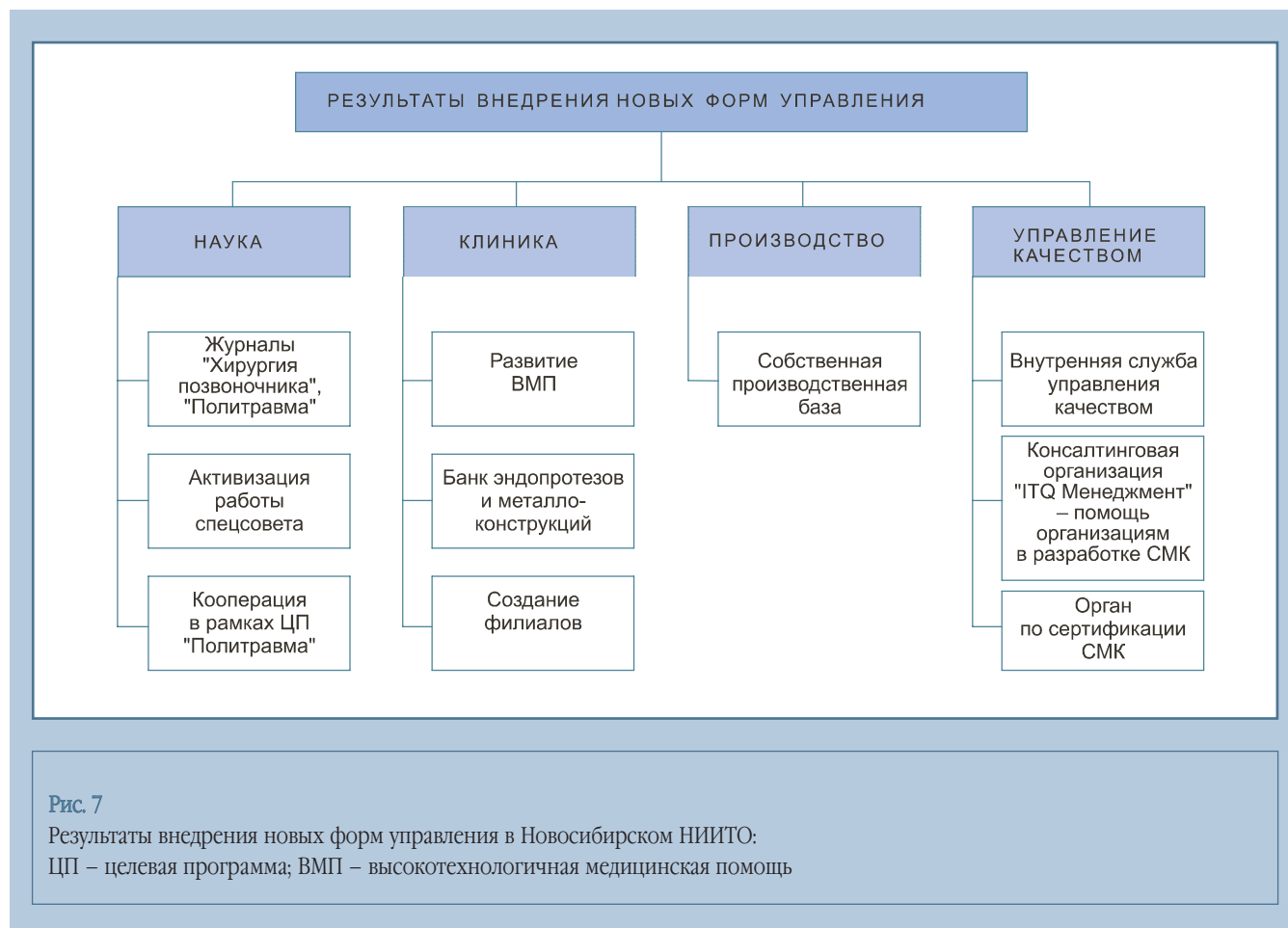


Рис. 6

Финансирование по внебюджетным источникам в динамике



щее время в филиалах Новосибирского НИИТО.

Сегодня институт располагает квалифицированными кадрами – аккредитованными экспертами по сертификации СМК, что позволяет профессионально заниматься вопросами дальнейшего совершенствования системы.

Пятилетний опыт работы в области построения и совершенствования СМК учреждений здравоохранения, а также аналогичный опыт работы с производственными организациями, обращавшимися к нам за помощью, наличие квалифицированных специалистов, аккредитованных в качестве экспертов, позволили нам создать службу управления качеством (рис. 8), состоящую из трех подразделений:

- отдел качества, функция которого – поддержание системы в рабочем состоянии и ее совершенствование;

- консалтинговая организация «ITQ Менеджмент», оказывающая консультативно-методическую и практическую помощь учреждениям здравоохранения, а также организациям других отраслей в создании СМК; задачей этой организации является также консультативно-методическая поддержка совершенствования системы Новосибирского НИИТО;
- орган по сертификации систем качества Фонда высоких медицинских технологий, аккредитованный Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии на право проведения сертификации СМК на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2001 (ИСО 9001:2000) и специализирующийся на сертификации СМК учреждений здравоохранения и предприятий медицинской промышленности.

Кроме того, имеется положительный опыт проведения совместных сертификационных аудитов с международным органом по сертификации «Bureau Veritas Certification», с которым мы работаем по договору о научно-практическом сотрудничестве в рамках как внутреннего, так и внешнего проекта.

В итоге получился замкнутый цикл: на каждом этапе разработки, внедрения и совершенствования системы мы способны оказать практическую помощь медицинским организациям в разработке СМК, основанной на процессном подходе, об эффективности которой нам позволяют говорить положительные результаты пятилетнего опыта работы в данном направлении.



Рис. 8

Структура службы управления качеством Новосибирского НИИТО

Литература

1. Международный стандарт ИСО 9001:2000. Система менеджмента качества. Требования. М., 2000.
2. Азгальдов Г.Г., Райхман Э.П. О квалиметрии. М., 1973.
3. Балл С.В., Галинский Ю.Г. Проблемы формирования единой системы стандартизации в здравоохранении // Главврач. 2006. № 9. С. 41–45.
4. Бояджан В.А., Семенов В.Ю. Проблемы стандартизации оценки деятельности учреждений здравоохранения // Бюл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н.А. Семашко. 1992. Вып. 1. С. 29–34.
5. Вардосанидзе С.Л., Лихота А.И. Управление качеством лечебно-диагностического процесса с использованием медицинских стандартов // Экономика здравоохранения. 2000. № 2. С. 24–27.
6. Веренцов М.М. Организация контроля качества медицинского обслуживания за рубежом (на примере США) // Мед. реф. журн. 1987. Т. 16. № 2.
7. Веренцов М.М., Костромыова Г.М. Актуальные проблемы организации контроля качества и повышения эффективности медицинского обслуживания за рубежом // Медицина и здравоохранение. 1988. Вып. 3. С. 5.
8. Гафуров Б.С. Контроль качества медицинской помощи – основа в системе защиты прав пациента // Пробл. управления здравоохран. 2004. № 3. С. 22–24.
9. Дюльдин В.А. Экспертная оценка лечебного учреждения в рамках деятельности по лицензированию и аккредитации // Главный врач. 1995. № 1. С. 60.
10. Жилиева Н.А. Об актуальных проблемах качества медицинской помощи в поликлинике и путях их решения // Пробл. соц. гигиены и истории мед. 1998. № 2. С. 42–44.
11. Золотов С.В. К вопросу о стандартах в здравоохранении // Главный врач. 1995. № 1. С. 55.
12. Оценка качества и эффективности медицинской помощи / Под ред. О.П. Щепина, А.Л. Линденбрата. М., 1995.
13. Оценка качества и эффективности медицинской помощи. Метод. рекоменд. / Сост. А.Л. Линденбрата, Т.М. Шаровар, В.С. Васюкова. М., 1995.
14. Оценка качества стационарной помощи по конечному результату // Пробл. соц. гигиены и истории мед. 1999. № 3. С. 34–36.
15. Поляков И.В., Лисанов А.У., Мацько Г.Л. О территориальной системе управления качеством медицинской помощи // Пробл. соц. гигиены и истории мед. 1996. № 3. С. 22.
16. Солодкий В.А., Стародубов В.И., Шилиев Д.Р. Современные проблемы управления и финансирования здравоохранения. М., 1999.
17. Стародубов В.И., Луговкина Т.К. Клиническое управление: теория и практика. М., 2003.
18. Щепин О.П., Линденбрата А.Л., Голодненко В.Н. и др. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению // Пробл. соц. гигиены и истории мед. 1996. № 3. 24 с.

Адрес для переписки:

Бедорева Ирина Юрьевна
630091, Новосибирск, ул. Фрунзе, 17,
НИИТО,
IBedoreva@niito.ru

Статья поступила в редакцию 02.10.2007