

УДК 614.2 : [616 – 08 – 039.57 + 616 0 08 – 039.71]

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2010 С.Л. Гусева, Р.Д. Логинова, В.В. Савельев

ММУ Городская поликлиника № 6 г.о. Самара

Поступила в редакцию 14.07.2010

В статье представлена система управления качеством медицинской помощи городской поликлиники № 6 г. о. Самара по основным этапам деятельности. Обращено внимание на клинико-экономический анализ деятельности сотрудников, балльную оценку результатов труда, выбор индикаторов качества, разработку стратегии управления человеческими ресурсами, динамичность критериев оценки работы сотрудников. Отмечается положительная динамика в клинико-экономических и социальных результатах деятельности городской поликлиники.

Ключевые слова: поликлиника, управление качеством медицинской помощи.

Согласно рекомендациям ВОЗ, при разработке программ обеспечения качества медицинской помощи следует принимать во внимание: квалификацию врача и соблюдение им технологии диагностики и лечения (Q1), риск для пациента от медицинского вмешательства (Q2), наличие ресурсов и оптимальность их использования (Q3), удовлетворенность пациента (Q4). Т. о., говоря о качестве медицинской помощи, следует иметь в виду, с одной стороны, *уровень потребности населения* в доступной и квалифицированной помощи, с другой – *реальные возможности здравоохранения*, обусловленные его ресурсным потенциалом, организационной структурой, технологическим уровнем оказания помощи.

В соответствии с современной концепцией ВОЗ по качеству систем здравоохранения, в Городской поликлинике 6 (ГП 6) мы попытались построить холистическую модель управления качеством. Кроме стандартизации технологий и изучения степени удовлетворенности пациентов медуслугами, модель предусматривает: оптимизацию финансового учета, в том числе системы оплаты труда, и поиск дополнительных источников финансирования; развитие материально-технической базы учреждения и управление поставками; непрерывную систему обучения персонала; высокую социальную защищенность сотрудников, в том числе за счет альтернативных источников финансирования; управление сопротивлениями инновациям, в том числе за счет адекватной мотивации персонала; обеспечение безопасности пациентов (управле-

ние рисками); постоянное усовершенствование индикаторов системы управления качеством. За основу стратегии улучшения качества были взяты критерии оптимальности – реализация цели с максимальным эффектом при условии минимизации затрат.

Оптимизация была начата с ситуационного анализа, диагностики пригодности действующей организационной структуры и актуализации стандартных процессов. Преимущественно использовались возможности внутреннего аудита.

В 2000 году в нашей поликлинике был создан Совет по качеству, являющийся первой формализованной структурой в системе управления качеством. Нами были разработаны основные принципы и положения, используемые для достижения надлежащего качества в целом: системный подход, ориентация на результат, использование мониторинга и внутреннего аудита качества, управление по отклонениям, документированы процессы менеджмента качества (рис. 1).

Основой для выполнения поставленных задач является использование экономической мотивации сотрудников: оплаты труда по конечному результату работы. Мониторинг, включающий элементы персонифицированного учета по фактическим затратам за оказанные медицинские услуги, позволяет дифференцированно подходить к распределению доходов по врачебным подразделениям.

Клинико-экономический анализ деятельности конкретного врача и медсестры предусматривает следующие виды управленческого учета: анализ объемов медицинской помощи и финансовых затрат на каждом этапе медицинской помощи; выявление “зон неэффективности”; устранение избыточных процессов, игнорирование процессов, не добавляющих ценность; принятие управленческих решений по усовершенствованию си-

Гусева Светлана Леонидовна, кандидат медицинских наук, главный врач. Тел. (846) 959-83-66.

Логинова Римма Дмитриевна, заместитель главного врача по лечебной работе.

Савельев Виктор Валентинович, заместитель главного врача по КЭР.



Рис. 1. Процессный подход менеджмента качества ГП 6

стемы оказания амбулаторно-поликлинической помощи; снижение вариабельности процессов.

Все методы финансирования первичного звена здравоохранения имеют общую точку приложения – врача общей практики, который по сути является распорядителем кредитов и координатором деятельности всех структурных подразделений поликлиники. Поэтому изначально Совет по качеству был организован для клинико-экономического анализа деятельности *общеврачебных практик*. Общеврачебная практика рассматривается нами как *основная стратегическая бизнес-единица (SBU)* многопрофильной поликлиники, интегрирующая все ресурсы учреждения. Оценка работы медперсонала SBU производится по бригадному принципу: на каждом территориальном участке совокупно оценивается работа ВОП и двух медсестер общей практики по конечным результатам работы (балльная система оплаты). Приоритетной задачей административного аппарата является создание условий и технологий совместной деятельности персонала ОП, направленной на "сотрудничество в команде" (рис. 2).

Балльная оценка результатов работы (point system) предполагает *нормирование всех видов деятельности персонала в зависимости от их приоритетности, сложности и доли участия* каждого сотрудника. Оценка выставляется индивидуально по каждому работнику (МОП и ВОП) путем суммирования начисленных баллов по каждому заданному критерию за вычетом штрафов за выявленную дефектуру.

Выбор индикаторов качества, несомненно, является решающим этапом. Мы отдали приоритет *критическим точкам лечебно-диагностического процесса*, часто выполняемым или проблемным процедурам, с учетом возможности четко контролировать результаты. Если имеющиеся показатели больше непригодны для анализа процессов, они заменяются другими. Стандарты учреждения, как опорные документы, используются как инструмент для разработки критериального пространства.

Для оценки работы общеврачебных практик используются уровневые показатели, так как, несмотря на территориальную близость, каждый врачебный участок имеет неравнозначный состав населения. Для удобства использования в аналитике каждому участку присвоена определенная категория сложности. Нами разработан алгоритм дифференцированной оценки сложности для каждого рабочего участка.

Качественные показатели в нашей поликлинике разделены на базовые (основные) и дополнительные – меняющиеся, как правило, поквартально, в зависимости от текущих задач, сезонности и выявленной дефектуры в работе. Динамичность критериев оценки работы персонала в рамках Совета по качеству способствует как повышению управляемости персоналом, так и развитию *толерантности сотрудников к высокой неопределенности внешней среды*.

В ГП 6 разработаны и внедрены миссия учреждения и политика в области качества. Доку-



Рис. 2. Интегрированная оценка работы врачебно-сестринской бригады

ментированы основные процессы: управление целями в области качества, аудиты качества, управление документацией, управление технологическими процессами (лечебно-диагностический процесс, временная экспертиза трудоспособности, система профилактики), закупками и т.д. Технологический цикл управления качеством достаточно компактен, прост для понимания сотрудников, анализ работы (мониторинг) доступен для всех участников процесса. Для оценки труда персонала используется круговая обратная связь.

В связи с устойчивым дефицитом кадров в отрасли здравоохранения, для лечебных учреждений приобретает особое значение управление человеческими ресурсами (УЧР). Стратегия УЧР в ГПб базируется на следующих основных принципах: каждый руководитель несет ответственность за УЧР; работники рассматриваются как важнейшее конкурентное преимущество организации; социальная ответственность учреждения в отношении своего персонала и в отношениях персонала с пациентами утверждается как элемент корпоративной культуры, направленный на формирование устойчивого позитивного имиджа организации. Базовым условием деятельности по УЧР поликлиники является дифференцированная оплата труда сотрудников, при формировании которой используются элементы открытого управления (ОУ). В рамках ОУ сотрудники лечебного учреждения получают доступ к циклу финансового контроля. ОУ признано продемонстрировать каким образом труд работника вписывается в картину общего состояния организации и влияет на ее финансовое будущее. У работников появляется чувство ответственности за ре-

зультаты труда всей команды или отдела, а не только за свою работу. Кроме того, развиваются межфункциональные коммуникации и сотрудничество.

Благодаря внедрению представленной управленческой модели, была достигнута положительная динамика в клинико-экономических и социальных результатах деятельности многопрофильной поликлиники:

- сохранение и рост кадрового потенциала поликлиники: 100-% укомплектованность врачебными и медицинскими кадрами;
- перемещение структурных пропорций медицинской помощи в сторону более экономичных ресурсосберегающих технологий: только в 2009г. было “сэкономлено” более 10,5 млн. руб. за счет применения ресурсосберегающих технологий;
- расширение собственных объемов параклинических исследований на фоне снижения объемов “внешних” дорогостоящих исследований;
- активизация профилактической работы в поликлинике, внедрение новых эффективных форм работы с населением, в том числе школ здоровья и школ обучения пациентов с хроническими заболеваниями со значительной клинико-экономической результативностью;
- стабилизация и положительные тенденции в показателях здоровья прикрепленного населения, в том числе: увеличение рождаемости (2000г. – 8,1, 2009г. – 11,8%), снижение показателя естественной убыли населения с 5,8% в 2000г. до 1,7% в 2008 году; увеличение объемов реабилитации инвалидов (6,2% в 2000г и 24,4% в 2008г) и, как следствие, снижение инвалидности с (86,9 в 2000г до 62,2% в 2008г);

- повышение финансовой устойчивости учреждения.

Программы всеобщего управления качеством стали неременным условием конкурентоспособности на современных рынках, они стали “правом на вход”, без которого нельзя и помыслить об успешной деятельности любого, в т. ч. и медицинского предприятия. В рамках функционирования бюджетной и внебюджетной составляющих деятельности, именно *стратегия дифференциации по качеству медуслуг* позволяет получить более высокую совокупную рентабельность деятельности учреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Алексеев Н.А.* Методологические подходы к реформированию системы муниципального здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. №4. С.22-24.
2. *Андерсен Б.* Бизнес-процессы. Инструменты совершенствования: Пер. с англ. [под ред. Ю. П. Адлер]. М.: РИИ “Стандарты и качество”, 2003. 195с.
3. *Быкова Ж.Е.* Использование методики балльной оценки медицинских услуг в качестве стабилизирующего фактора расходов на здравоохранение // Экономика здравоохранения. 2000. №5. С. 12-15.
4. *Вялков А.И.* Управление качеством – процесс непрерывный // Главный врач. 2004. №8. С.6-8.
5. *Вялков А.И.* Оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения // Главный врач. 2005. №3. С.25-33.
6. *Друкер П. Ф.* Практика менеджмента: Пер. с англ. М.: Вильямс, 2000. 278 с.
7. *Здоровье для всех: основы политики Европейского региона ВОЗ. Обновление 2005г. факты и цифры ЕРБ ВОЗ–Копенгаген-Бухарест, 2005., 5 с.*
8. *Кучеренко В.З., Татарников М.А., Шамшурина Н.Г.* Основные направления реформирования российского здравоохранения на современном этапе // Экономика здравоохранения. 2005. №8(96). С.11-19.
9. *Кучеренко В.З., Мартыничик С.А., Запороженко В.Г., Мартыничик Е.А., Полесский В.А.* Методология измерения и оценки качества медицинской помощи: международный опыт // Экономика здравоохранения. 2005. № 10. С. 5-18.
10. *Мартыничик С.А.* Стратегия непрерывного улучшения качества: управленческая деятельность по совершенствованию системы оказания медицинской помощи // Главный врач, 2008. С.4
11. *Первичная медико-санитарная помощь: основа для будущих стратегических направлений деятельности // ВОЗ. Женева, 2003. 44 с.*
12. *Ушаков И.В., Князюк Н.Ф., Кицун И.С.* От менеджмента качества к качеству менеджмента медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – 2006. №1. С.14-18.

CONTROL SYSTEM OF QUALITY IN THE PRIMARY PART OF PUBLIC HEALTH SERVICES

© 2010 S.L. Guseva, R.D. Loginov, V.V. Savelyev

The City Polyclinic № 6, Samara

In clause the control system of quality of medical aid of a city polyclinic № 6 is submitted about. Samara on the basic stages of activity. It is inverted attention to the clinico-economic analysis of activity of employees, a mark estimation of results of work, a choice of indicators of quality, development of strategy of management by human resources, dynamism of criteria of an assessment of works of employees. Positive dynamics in clinico -economic and social results of activity of a city polyclinic is marked.

Key words: a polyclinic, quality management of medical aid.

Svetlana Guseva, the Candidate of Medical Sciences, the Head Physician. Tél. (846) 959-83-66.

Rimma Loginov, the Assistant to the Head Physician by a Medical Work.

Victor Savelyev, the Assistant to the Head Physician on Clinical and Expert Work.