

ТОМ В МЕДИЦИНЕ

Профессор ХАЙДАРОВА Т.С.

Обоснование необходимости управления качеством (СМК)

Проблема качества медицинских услуг решается пока в основном через контроль качества. В здравоохранении прослеживается идеология контроля качества медицинских услуг, а не создания систем управления качеством. Хотя известно из зарубежного и отечественного опыта, что качество не возникает в процессе контроля, а создается на каждом этапе оказания медицинской услуги. Таким образом, возникает проблема управления качеством.

СМК

- В современных условиях учреждениям здравоохранения необходима система, реализующая концепцию непрерывного улучшения качества, предусматривающая постоянную работу по созданию условий, в которых требуемое качество производится и повышается в процессе оказания медицинской помощи.
- Одной из таких форм управления является создание системы менеджмента качества (СМК) в здравоохранении, гармонизированной с требованиями международных стандартов ИСО серии 9000 (ISO - International Organization for Standardization).

СМК

- Система менеджмента качества является эффективным инструментом для достижения главной цели любого учреждения здравоохранения - удовлетворения требований потребителя.
- основополагающими стандартами серии являются:
- стандарты ИСО 9001:2001 "Система менеджмента качества. Требования", которые устанавливают основные требования к СМК и ИСО 9004:2000 "Система менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности", направленные на развитие СМК.

СМК

- Стандарты ИСО серии 9000 применяются в 150 странах мира и во многих государствах приняты как национальные, в том числе в РК утвержден государственный стандарт ГОСТ Р ИСО 9001:2001.
- Стандарты ИСО серии 9000 ориентированы на принципы всеобщего управления качеством (TQM), в том числе принцип ориентации на потребителя.
- Ориентация на потребителя означает, что система управления ориентирована на конечный результат.

ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД

- 1) процессы управленческой деятельности руководства;
- 2) процессы обеспечения ресурсами;
- 3) процессы жизненного цикла услуг;
- 4) процессы проведения измерений, анализа и улучшений

Идентификация процесса

- **1. Наименование и обозначение процесса.**
- **2. Руководитель процесса** (заведующий отделом клинико-экспертной работы, управления и оценки качества).
- **3. Основные операции (субпроцессы), выполняемые в ходе процесса** (в той последовательности, в которой они идут; при параллельном выполнении каких-либо операций отмечается, каких именно).
- **4. Матрица ответственности данного процесса**

Идентификация процесса

- **5. Клиенты, потребители процесса** – заведующие отделами, главный врач, заместитель главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по клинико-экспертной, организационно-методической работе, управлению и оценке качества, заместитель главного врача по страховой медицине и маркетингу, врачи ИДЦ.
- **6. Выходы процесса** – объекты, которые были получены в ходе работы процесса, такие как: основной результат, ради которого существует процесс, документация, заключения, удовлетворенный пациент и т. д. Выходом экспертной оценки являются: заполненная карта экспертной оценки 2-го уровня по отделу, сводная аналитическая таблица персонифицированной оценки врача и отдела, графически представленные данные оценки качества.
- **7. Входы процесса** – объекты, которые в течение работы процесса изменяются и преобразуются в выходы. Например, входом будет являться электронная карта пациента, т. к. в процессе работы врач вносит в нее изменения, также входом является шаблон карты экспертной оценки 2-го уровня по отделам.

Идентификация процесса

- **8. Ресурсы** – все необходимое для нормальной работы подразделения:
 - кадры – заместитель главного врача по клинико-экспертной, организационно-методической работе, управлению и оценке качества, врач-эксперт, статистик;
 - техническое и программное обеспечение – ПК, электронная база ИДЦ.
- **9. Управление** – документы, регламентирующие работу подразделения: документы ИДЦ, Минздравсоцразвития России, методики, стандарты и другие документы в соответствии с перечнем работы отдела клинико-экспертной работы, управления и оценки качества.
- **10. Контролируемые параметры процесса** – характеристики, по которым руководитель процесса и высший руководитель могут судить о том, достигаются ли запланированные результаты и насколько результативно и эффективно выполнен процесс.

СЕРТИФИКАЦИЯ ПО СМК

- В настоящее время в мире сертифицировано более 500000 систем менеджмента качества, в том числе в области здравоохранения, отвечающих требованиям международных стандартов.
- Наличие в медицинском учреждении сертифицированной системы менеджмента качества является объективным свидетельством того, что организация способна стабильно предоставлять безопасную и эффективную медицинскую помощь, отвечающую установленным нормативным требованиям и требованиям потребителей.

Три модели управления качеством

- 1) Профессиональная
- 2) бюрократическая
- 3) индустриальная.

Профессиональная модель одно время была основой управления качеством в медицине. 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 (Назаренко Г.И. с соавт. 2003, Graham N.O., 1995).

Три модели управления качеством

В основе современной бюрократической модели управления качеством лежит стандартизация объема и характера медицинских услуг с последующей экспертизой конечного результата. Индустриальная модель управления качеством исходит из традиций современного менеджмента в рамках реализации технологий непрерывного управления качеством выпускаемой продукции.

Индустриальная модель

Индустриальная модель управления качеством медицинской помощи представляет собой адаптированную к здравоохранению модель непрерывного повышения качества, разработанную W. E. Deming (1986), который в своей книге «Выход из кризиса» сформулировал основополагающие принципы управления.

В 1952 году Аведиса Донабедиана пригласили в Гарвард для проведения научных исследований в области медицинской статистики, где в 1955 г. он получил ученую степень. С 1956 г. он больше не работал врачом. Его интересами стали труды по медицинской статистике, которую он тщательно изучал, постоянно совершенствуясь. Работая в США в г. Бостоне, он познакомился с научными трудами Э. Э. Годмана и развил его идеи. Как специалист по управлению качеством в здравоохранении он стал известен с 1966 года, когда была издана его первая монография «Оценка качества медицинской помощи», где А. Донабедиан впервые разработал сочетание трех подходов в оценивании качества: структурного, процессуального и результирующего, названное впоследствии «триадой Донабедиана».

А. Донабедиан отстаивает создание самодостаточного здравоохранения, стремящегося к повышению клинической эффективности без ущерба для экономической составляющей. С его точки зрения, существующие недостатки в отрасли здравоохранения – следствие «внешних факторов». Он говорил, что систематическое изучение этих «внешних факторов» диктует необходимость выработки новой парадигмы качества – парадигмы, основанной на системном мышлении. Без исследования «внешних факторов» нам не разобраться с недостатками, возникающими в здравоохранении под их влиянием.

PDCD

Фактически применение этих знаний с использованием научного метода и есть то, для чего предназначен цикл Каору Ишикавы «Планировать - Делать – Проверять - Действовать».

Индустриальная модель

Ее теоретические положения заложены в классической работе А. Donabedian («The Seven Pillars of Quality»), который видел в основе управления качеством органическую взаимосвязь структуры, процесса и результата, принимая во внимание, что управлять результатом можно только совершенствуя основные технологические (лечебно-диагностические) процессы в ЛПУ. Сегодня это признано многими зарубежными учеными и в гораздо меньшей степени учеными и практиками в отрасли здравоохранения России и Казахстана.

Индустриальная модель

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.

Основные принципы всеобщего управления качеством в медицине

- 1. Качество — это основная цель любой деятельности в организации.**
- 2. Потребители и их нужды формируют организацию, ее работу, но не наоборот.**
- 3. Для улучшения качества необходимо совершенствовать, прежде всего, систему, процессы и методы работы, а не наказывать самих людей.**
- 4. Вместо фиксированных стандартов — непрерывное совершенствование процессов.**

Основные принципы всеобщего управления качеством в медицине

- **5. Основные направления по улучшению качества основаны не на интуиции, а на анализе процессов.**
- **6. Руководители учреждения и его подразделений должны иметь точку зрения пациента, владеть статистическим и системным анализом, знать и уважать точку зрения персонала, отказаться от традиционной оценки индивидуального выполнения работ.**

системы непрерывного поддержания высокого качества

**Создание системы непрерывного поддержания
высокого качества медицинской помощи.
Он является наиболее перспективной
моделью управления качеством (TQM
Total quality management – тотальное
управление качеством или OQI
Organizationwide quality improvement —
сквозное (постоянное) улучшение
качества).**

**Индустриальные методы менеджмента
качеством медицинской помощи
представляют собой адаптированную к
здравоохранению модель непрерывного
повышения качества, разработанную W.
E. Deming, который в своей книге
«Выход из кризиса» сформулировал
основополагающие принципы
управления.**

Модель непрерывного повышения качества в медицине получила название индустриальной (Назаренко Г.И. с соавт., 2003, Sommer C. et al, 1995). Ее теоретические положения заложены в классической работе А. Donabedian («The Seven Pillars of Quality»), который видел в основе управления качеством органическую взаимосвязь структуры, процесса и результата, принимая во внимание, что управлять результатом можно только совершенствуя основные технологические (лечебно-диагностические) процессы в учреждении.

Четыре основные характеристики индустриальной модели управления качеством

- *ориентация на непрерывное повышение качества;*
- *в основе управления качеством лежит управление процессами;*
- *тотальный менеджмент качеством реализуется на основе принципов корпоративной культуры;*
- *отказ от внешнего контроля в пользу самоконтроля исполнителей процессов (Стенли Тиллингаст).*

Индустриальная модель качества

В известной работе J. Juran («Juran of Planning for Quality», 1988) сказано, что «нет никакого смысла ориентироваться на стандарты, если они не обеспечивают лидерства в области качества». Стандарт должен разрабатываться профессионалами под руководством администрации учреждения и быть основанным не на интуиции, а на строго научных, доказанных в мультицентровых рандомизированных исследованиях.

Индустриальная модель качества

Вторым ключевым элементом индустриальной модели управления качеством медицинской помощи является процессный анализ, который предусматривает идентификацию, проектирование процессов с последующим их непрерывным совершенствованием (Meng Y.Y. et al, 1997).

В медицинском учреждении можно выделить несколько групп процессов: процессы лечения, диагностики, обеспечения и др. При этом процессы диагностики и лечения являются ведущими, вокруг которых концентрируются все остальные. Идентификацию процессов должны проводить специалисты каждого из подразделений ЛПУ.

Мониторирование процессов с учетом разработанных моделей требует наличия объективных, чувствительных специфичных и клинически обоснованных индикаторов качества, позволяющих на ранних этапах выявить возможные отклонения от технологии (Licciardone J.C., 1997, Mayer-Oakes S.A. et al, 1997, McGivney W.T. et al, 1998). С этой целью предложено использовать следующие из них: повторные госпитализации в течение первого месяца после выписки, реоперации в течение первого срока госпитализации, тяжелые осложнения, эффективность лечения (Malcangi U. et al., 1996, Humzah M.D. et al., 1997).

Развитые страны с учетом возможностей и национальных особенностей при реформировании и реорганизации своих систем здравоохранения используют различные технологии и методики, объединенные под одним общим названием - управление качеством. Это такие подходы как Обеспечение качества (Quality Assurance), Всеобщее управление качеством (Total Quality Management), Непрерывное улучшение качества (Continues Quality Improvement), Улучшение качества (Quality Improvement), - семейство различных управленческих технологий, в названиях которых на английском языке используется термин «качество», и их объединяет то, что это - различного рода и на различных уровнях управляющие воздействия на систему для улучшения результата ее работы [Комаров Ю.М., 1997].

Качество медицинской помощи (quality of medical care)

- **КМП**- совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Качество медицинской помощи (quality of medical care)

- *Характеристики качества* медицинской помощи:
- адекватность (appropriateness)
- доступность (availability)
- преемственность и непрерывность (continuity)
- результативность (effectiveness)
- эффективность (efficiency)
- безопасность (safety)
- своевременность (timeliness)
- удовлетворенность (satisfaction)
- стабильность процесса и результата (stability)
- развитие как совершенствование и улучшение (improvement)

ТОМ В МЕДИЦИНЕ

В 90-х годах в США врачи и руководители ряда организаций здравоохранения, таких, как Henry Ford Health Systems (Детройт), SSM Health System (Сент Луис), Park Nicollet Medical Center (Миннеаполис) и West Paces Ferry Hospital (Атланта) начинали понимать, что беспокойство по поводу неприменимости метода ТQM в медицине больше основывается на мифах, чем на фактах.

Выступление Бегимбетова Е.Н.

Слайд 13

Этапы трансформации системы менеджмента в Страховой компании «Лондон-Алматы»

Этап 1

- ✓ 98/2
- ✓ отказ от идеи наказания
- ✓ лидерство в процессах
- ✓ лидерство как метод работы менеджмента

Развертывание подхода Деминга



- ✓ Процессный подход – 30-50 ключевых бизнес-процессов
- ✓ Вовлечение людей в лидерство по процессам
- ✓ Создание бюджетной системы как альтернативы директивному планированию
- ✓ Создание системы работы с поставщиками
- ✓ Мотивация на постоянное совершенствование

Этап 2

Лидерство как достижение целей на грани невозможного. Система мотивации на командный результат.

Этап 3

Развертывание лин-систем (диаграммы Тагути, дом качества, 6 сигм).
Увеличение прибыли за счет повышения эффективности.



Слайд 14

Новая стратегия «Лондон-Алматы»

Приверженность качеству во всем, что мы делаем и постоянное