

СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГУ "НОВОСИБИРСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГИИ
И ОРТОПЕДИИ РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ"

НРО ВПП "ЕДИНАЯ РОССИЯ"



РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО
НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА "ЗДОРОВЬЕ"

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Межрегиональная научно-практическая
конференция с международным участием

13-14 сентября 2007 г.

ПРОГРАММА

Новосибирск

www.niito.ru

СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГУ "НОВОСИБИРСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГИИ
И ОРТОПЕДИИ РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ"

НРО ВПП "ЕДИНАЯ РОССИЯ"



РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО
НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА "ЗДОРОВЬЕ"

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Межрегиональная научно-практическая
конференция с международным участием

13-14 сентября 2007 г.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Новосибирск

УДК 614.2(042)
ББК 51.1(2Р)я431
С568

Составители: М.А. Садовой, И.Ю. Бедорева

С568 Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Новосибирск, 13–14 сентября 2007 г.). – Новосибирск, 2007. – 88 с.

Сборник содержит тезисы докладов, представленных на межрегиональную научно-практическую конференцию с международным участием "Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи". Материалы посвящены различным аспектам системы управления качеством медицинской помощи, а также вопросам создания механизма управления учреждением здравоохранения, позволяющего обеспечить непрерывное повышение качества предоставляемых медицинских услуг при эффективном использовании имеющихся кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов.

УДК 614.2(042)
ББК 51.1(2Р)я431

© ФГУ Новосибирский НИИТО
Росмедтехнологий, 2007

ISBN 978-5-91475-001-2

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Агаджанян В.В.</i> Организационно-управленческие технологии в современной многопрофильной больнице	6
<i>Агаджанян В.В., Солнышко С.В.</i> Современная информационная система в управлении многопрофильным лечебным учреждением	9
<i>Агаджанян В.В., Устьянцева И.М., Крупина М.С., Крылова А.В., Солнышко С.В., Овдина Е.Н., Хабибуллина Т.А.</i> Персонифицированное лекарственное обеспечение многопрофильной больницы	11
<i>Азизова Б.Г.</i> К вопросу о подготовке руководителей здравоохранения в области управления качеством медицинской помощи	12
<i>Баиндурашвили А.Г., Соловьева К.С.</i> Совершенствование выполнения высокотехнологичных видов медицинской помощи детям с ортопедической патологией	14
<i>Балабанова Ю.В., Финченко Е.А.</i> Роль службы лучевой диагностики Новосибирской областной клинической больницы в обеспечении качества медицинской помощи	16
<i>Бедорева И.Ю., Бредихин А.В., Турбина А.Ю.</i> Аудиты системы менеджмента качества – новый инструмент управления в лечебно-профилактическом учреждении	17
<i>Бедорева И.Ю., Садовой М.А.</i> Функционирование и совершенствование системы менеджмента качества в Федеральном учреждении здравоохранения	19
<i>Бредихин А.В., Ткаченко В.Н., Бредихина Т.А.</i> Юридические корни проблем качества в здравоохранении	21
<i>Бредихин А.В.</i> Качество медицинской помощи: мнение специалистов здравоохранения о системе контроля	23
<i>Бредихина Т.А., Шевченко В.П., Бредихин А.В.</i> Организация высокотехнологичных видов медицинской помощи в субъектах Сибирского федерального округа: правовые и этические аспекты доступности и качества	25
<i>Журавлева И.Ю., Алешкевич Н.П., Леванова Р.Х., Кудрявцева Ю.А.</i> Контроль качества в производстве биопротезов для сердечно-сосудистой хирургии	27
<i>Журавлева И.Ю., Алешкевич Н.П., Леванова Р.Х., Кудрявцева Ю.А.</i> Система обучения персонала при изготовлении биологических протезов клапанов сердца и сосудов	28
<i>Кайдакова Н.Н.</i> Процессный подход в оценке качества продукции	30
<i>Кайдакова Н.Н., Ларина Э.С., Бабенко А.И.</i> Методические подходы к аудиту в системе общественного здоровья и здравоохранения	31
<i>Канунникова Л.В.</i> Алгоритм оказания правовой помощи медицинским учреждениям как основа качественного подхода к оказанию медицинской услуги	32

<i>Коваленко И.П.</i> Правовой режим системы менеджмента качества как вид инновационной деятельности	34
<i>Коваленко Т.Н., Захваткина О.А.</i> Анкетирование пациентов – одна из форм оценки удовлетворенности качеством медицинских услуг	36
<i>Коваленко Т.Н., Захваткина О.А.</i> Роль внутреннего аудита в системе менеджмента качества	37
<i>Кравец Б.Б., Карелин А.Ф., Печерских М.В.</i> Управление процессом оказания медицинской помощи детям со злокачественными новообразованиями	39
<i>Левин О.Б., Митрохин В.Е., Петренко А.П., Черноусова О.А., Курбетьева Т.Н.</i> Система управления качеством медицинской помощи в ГНОКБ	41
<i>Лонщик В.Л.</i> Сертификация систем менеджмента качества как объективное свидетельство потенциальной способности учреждений здравоохранения оказывать медицинскую помощь, отвечающую установленным требованиям	43
<i>Макушин В.Д.</i> Вопросы управления лечебным процессом тематических больных в клинике научного учреждения	45
<i>Маттис Э.Р., Троценко В.В.</i> Система непрерывной оценки, контроля и повышения эффективности лечения в травматологии и ортопедии	46
<i>Мосалова Л.Ф., Харлов Н.А.</i> Роль системы менеджмента качества в оказании образовательных услуг	48
<i>Норкин И.А., Савченко В.В., Акимова Т.Н., Гладкова Е.В.</i> Оценка качества оказания стационарной помощи больным травматолого-ортопедического профиля по данным социологического опроса	50
<i>Прошалькина Н.Ю., Финченко Е.А., Степанов В.В., Гусев М.В.</i> Клинико-фармакологическое обеспечение лечебно-диагностического процесса в ГНОКБ	52
<i>Романов В.В., Маркина М.В.</i> Опыт разработки системы качества в ООО "Лабораторная диагностика"	53
<i>Рот Г.З., Шульман Е.И.</i> Влияние применения клинической информационной системы на качество лечения в стационаре	56
<i>Садовой М.А.</i> Создание эффективного механизма управления учреждением здравоохранения с высокими медицинскими технологиями на основе системы менеджмента качества	58
<i>Садовой М.А., Кирилова И.А., Подорожная В.Т., Бедорева И.Ю.</i> Система менеджмента качества в обеспечении лечебно-диагностического процесса трансплантатами	60
<i>Садовой М.А., Шайдурова Н.В., Бедорева И.Ю.</i> Использование информационных технологий в улучшении качества работы клинико-биохимической лаборатории	61
<i>Самсонова Н.А., Артамонова А.И.</i> Метод оценки и контроля качества медицинской помощи в системе управления деятельностью учреждений здравоохранения	63

<i>Сизиков М.Ю.</i> Клинико-экономический подход к организации процесса лечения больных с повреждениями спинного мозга	66
<i>Смородников А.А., Вышегородцева М.С.</i> Удовлетворенность потребителей качеством медицинской помощи в послеоперационном периоде	67
<i>Соловьев А.В., Шевченко В.П., Бредихина Т.А.</i> Управление качеством образования в клинической ординатуре НИИ	69
<i>Степанов В.В., Левин О.Б., Финченко Е.А., Гусев М.В., Комиссарова Т.В., Прохалькина Н.Ю., Бондарева Е.И., Митрохин В.Е., Хоптян Д.А., Балабанова Ю.В.</i> Система управления качеством медицинской помощи в ГНОКБ	71
<i>Стрыгин А.В.</i> Зависимость качества процесса лучевой диагностики от профессиональной подготовки врачей-рентгенологов	73
<i>Стрыгин А.В.</i> Социально-гигиенический анализ состава врачей-рентгенологов Новосибирска	74
<i>Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В.</i> Современная лабораторная диагностика в решении задачи обеспечения здоровья населения	76
<i>Чернова Е.Ю.</i> Изучение удовлетворенности внутренних потребителей как один из источников информации для планирования и корректировки деятельности вуза	77
<i>Шевцов В.И., Коваленко Т.Н., Попков А.В.</i> Высшее руководство в системе менеджмента качества	79
<i>Шевцов В.И., Серкова Е.В., Солдатов Ю.П.</i> Обеспеченность населения Курганской области койками ортопедического профиля круглосуточного пребывания и средние сроки пребывания на койке	81
<i>Щедренко В.В., Яковенко И.В., Могучая О.В., Аникеев Н.В., Попов Ю.В.</i> Новые организационно-управленческие технологии как основа повышения качества медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в крупном городе	82
<i>Ямщиков А.С., Сумарокова И.Г., Сафонова Н.Ю.</i> Актуальность внедрения систем менеджмента качества в здравоохранении	84
<i>Ямщиков А.С., Юрова Е.А., Сафонова Н.Ю.</i> Преимущества внедрения системы менеджмента качества в медицинских организациях на основе международных стандартов ИСО серии 9000	86

ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

В.В. Агаджанян

*Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
Ленинск-Кузнецкий, Россия*

В условиях реформ и переходной экономики управление многопрофильной больницей требует принципиально новых подходов к оценке эффективности деятельности. При этом важнейшими критериями эффективности управления должны быть положительные изменения конечных показателей деятельности многопрофильной больницы – стабильность, положительная динамика основных показателей деятельности, внедрение новых медицинских технологий, удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, низкая текучесть кадров.

Центр охраны здоровья шахтеров создан в 1993 г. и предназначен для оказания специализированной медицинской помощи работникам угольных предприятий Кузбасса и членам их семей. Развитие центра осуществлялось путем совершенствования организационной структуры и перенацеливания функциональных связей.

Сегодня это крупное многопрофильное специализированное научное, лечебное и учебное учреждение. Современный клинический комплекс имеет 25 клинических отделений на 495 коек, поликлиники для взрослых и детей на 1000 посещений в смену, бригаду постоянной готовности областного центра медицины катастроф. Ежегодно здесь получают помощь около 40 тыс. человек.

С учетом направленности современной медицины на профилактику наиболее распространенных заболеваний были открыты новые отделения: эндоскопической хирургии, гинекологии, урологии, травматологии, детской ортопедии, неврологии, профпатологии. За 1993–1998 гг. дополнительно был возведен и сдан в эксплуатацию новый протезный комплекс, возможности которого позволяют обеспечить ортопедической продукцией не только Кузбасс, но и весь регион Западной Сибири. С 1998 г. организован профпатологический центр, который включает в себя кабинеты амбулаторного приема и стационар на 30 коек. В 2002 г. на базе учреждения создан областной центр по лечению больных с политравмой.

В целях комплексного обеспечения Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на базе центра организован Ленинск-Кузнецкий филиал Новосибирского НИИТО для оказания населению Кузбасса высокотехнологичных видов медицинской помощи по травматологии, ортопедии, нейрохирургии.

В центре работают 1575 сотрудников, в том числе 185 врачей, среди которых 11 докторов (из них 3 профессора, 1 академик РАЕН, 4 члена-корреспондента РАЕН) и 38 кандидатов медицинских наук, 567 медсестер.

Центр является учебной базой Кемеровской государственной медицинской академии, где действуют две кафедры последипломного образования по травматологии, ортопедии и реабилитации и по профпатологии.

Центр входит в структуру Кузбасского научного центра СО РАМН. Основными направлениями научных исследований центра являются вопросы организации системы мониторинга здоровья работников угольной промышленности, разработка новых методов диагностики и лечения политравм, заболеваний сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем, профессиональной патологии шахтеров. Центр успешно внедряет в повседневную практику высоотехнологичные методы лечения с использованием последних достижений науки и техники. На базе центра выполнены и защищены 11 докторских и 67 кандидатских диссертаций, опубликовано 5 монографий, 1300 научных и учебно-методических работ, получено 90 патентов РФ, совместно с Президиумом СО РАМН проведено 11 Всероссийских научно-практических конференций. В 2006 г. создан научно-практический рецензируемый журнал "Политравма".

В основе оказания амбулаторной медицинской помощи заложен территориальный цеховой принцип. Основной контингент – работники угольных предприятий Кузбасса. Помимо взрослого населения, к центру прикреплено около 9 000 детей. Среднее количество обслуживаемого взрослого населения в год составляет около 30 000 человек, из них шахтеров – 19 488. Оказывается специализированная медицинская помощь 47 угольным предприятиям Кузбасса.

Ежегодно высокотехнологичную помощь получают свыше 70 тыс. человек по 30 медицинским специальностям, в стационаре лечится более 18 000 пациентов (из них 40 % шахтеры), выполняется более 5 000 операций. По показателям интенсивности использования коечного фонда центр соответствует ведущим европейским клиникам.

Анализ деятельности показал, что ежегодно количество больных увеличивается в среднем на 20 %; фактический оборот койки составляет 23,7; общая летальность снизилась с 1,4 до 1,2 %, послеоперационная летальность с 2,1 до 1,6 %, также наблюдается снижение послеоперационных осложнений с 1,0 до 0,7 %; количество хирургических операций возросло с 2 709 до 5 010.

Научно-клинический центр является крупнейшим в Кузбассе медицинским учреждением целенаправленно занимающимся разработкой системы организации специализированной медицинской помощи с учетом картированных маршрутов доставки пострадавших в лечебные многопрофильные учреждения, эффективных методов диагностики, лечения и реабилитации пострадавших с политравмой.

С 1996 г. на базе центра разработана и организована система специализированной помощи по принципу "клиника – клиника" для оказания лечебно-консультативной помощи пациентам в лечебных учреждениях регионов Кузбасса. Внедрение новых медицинских технологий позволило сократить сроки

стационарного лечения на 17,0 %, летальность от политравм с 45,0 до 15,4 %. Бригадой специалистов ежегодно доставляется 150–200 пациентов с различными заболеваниями и травмами, из них 40 % с тяжелыми травматическими повреждениями.

Широко внедрен метод углубленных медицинских осмотров на угольных предприятиях Кузбасса, за один год выполняется более 90 выездов, непосредственно на шахтах проводится свыше 12 000 консультаций. В результате отбора на месте получают лечение более 3 500 шахтеров.

Помимо углубленного изучения заболеваемости рабочих угольных предприятий, цеховая служба обеспечивает проведение комплексных медицинских осмотров с детальным исследованием лиц, страдающих различными болезнями с учетом профессиональных признаков. При сопоставлении с аналогичными предприятиями угольной отрасли, не входящими в зону обслуживания центра, достигнуто снижение показателей заболеваемости до 15 %.

На современном этапе возросли требования не только к характеру, объему, но и к качеству оказания медицинской помощи населению. В стратегическом плане развития центра были предусмотрены мероприятия по созданию программы обеспечения качества медицинской помощи. В 1996 г. организован отдел экспертизы качества лечения, задачами которого являются управление качеством медицинской помощи в стационаре и поликлиниках центра, взаимодействие с экспертами страховых компаний в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, обеспечение сотрудников прикрепленных промышленных предприятий медицинскими услугами высокого качества. В составе отдела работают хирург, терапевт, педиатр, клинический фармаколог.

Внедрение разработанного нами программного обеспечения единой внутрибольничной медицинской информационно-аналитической системы позволило учитывать все затраты на лечение каждого пациента. В результате широкого использования высокотехнологичных методов диагностики (в рентгенодиагностике, электрофизиологии, ультразвуковой, клинической лабораторной диагностике, иммунологии и трансфузиологии), малоинвазивных технологий в травматологии и ортопедии, нейрохирургии, эндовидеохирургии, урологии, гинекологии средняя длительность пребывания больных в клинике сократилась на 34 %, а количество пролеченных пациентов увеличилось с 8 тыс. в 1993 г. до 14 тыс. в 2002 г.

С целью устранения экономических потерь без ущерба для оказания качественной медицинской услуги в 2001 г. была разработана и внедрена система персонализированного обеспечения пациентов лекарственными средствами, что позволило контролировать использование медикаментозной терапии в соответствии с лекарственным формуляром и экономить 24 % денежных средств.

Финансовые потери по медицинским причинам (от всех средств, поступивших за выполненную работу в системе медицинского страхования) составили по ОМС 0,04 %, по ДМС – 0,14 %, по данным научной литературы о клинических стандартах лечения, финансовые потери по медицинским причинам составляют от 3 до 5 %.

Необходимо отметить, что постоянно увеличивается число людей, желающих получать эффективную медицинскую помощь в комфортных условиях. Нами разработана программа, направленная на улучшение пребывания пациента в стационаре, которая включает в себя реконструкцию палат, организацию индивидуального питания пациентов, фирменную спецодежду персонала, дисциплинированность персонала, соблюдение норм этики и деонтологии и т.д.

Сегодня трудно предположить, какими будут медицинские технологии и стандарты через 40–50 лет, однако внедрение новых медицинских технологий и создание системы управления качеством с учетом совместной деятельности науки и практики должны рассматриваться как одни из наиболее эффективных направлений управляющих стратегий повышения экономической, медицинской и социальной эффективности многопрофильной больницы. Только многофункциональные медицинские учреждения в самом недалеком будущем станут авангардом отечественной медицины.

СОВРЕМЕННАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА В УПРАВЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ

В.В. Агаджанян, С.В. Солнышко

*Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
Ленинск-Кузнецкий, Россия*

Предлагаемая к рассмотрению технология и базирующаяся на ней информационная система предназначены для обеспечения информационной поддержки деятельности руководства и медицинского персонала многопрофильной больницы.

Медицинская информационная система, объединяющая 200 персональных компьютеров, позволяет в соответствии с технологией обслуживания пациента в лечебном учреждении организовать на рабочих местах специалистов создание, ведение и использование различных документов.

Приемные отделения и регистратуры ведут картотеку пациентов, регистрируются все визиты и госпитализации пациентов.

Персонал поликлиники и стационаров ведет истории болезни пациентов, формирует для отделений диагностики, лабораторий, аптеки и консультантов

задания на исполнение отдельных видов лечения и диагностики. В истории болезни фиксируются диагнозы, течение заболевания, назначения, результаты лечения.

Результаты обследований фиксируются через информационную систему и становятся доступными непосредственно в отделении, где проходит лечение пациент.

Аптека по заявкам клинических отделений обеспечивает раздачу назначенных лекарственных препаратов непосредственно у постели пациента.

По результатам лечения пациентов формируются документы на оплату для предъявления страховым компаниям и другим организациям.

Накопленные данные используются персоналом для формирования различных справок, выписок.

Плановый отдел и администрация используют накопленные в информационной системе данные для получения статистики, различных реестров, справок, других отчетов.

За время эксплуатации медицинской информационной системы с 1994 г. в базе данных хранится информация о 136 000 пациентов, 80 000 госпитализаций и 1 400 000 визитов в поликлинику.

Нами разработаны основные принципы, которые должны учитываться при создании или внедрении информационной системы в медицинском учреждении:

- планирование затрат на создание и развитие;
- возможность масштабирования и увеличения количества рабочих мест;
- применение отраслевых классификаторов (МКБ, ПМУ, СКМУ, УМС, ОМИП, реестр лекарственных средств и др.);
- применение сетевых технологий, в том числе Интернета;
- применение современной системы управления базой данных;
- организация технического и информационного сопровождения;
- организация обучения персонала.

Использование персональных компьютеров позволяет освободить наиболее квалифицированный персонал от рутинной работы, исключает повторный ввод одних и тех же данных, дает возможность вести документы полно, точно и аккуратно. Накопленные в информационной системе истории болезни пациентов служат базой для проведения научных исследований.

Применение базы данных и сетевой технологии обеспечивает оперативную и полную передачу информации между различными подразделениями лечебного учреждения. Доступность данных информационной системы сокращает время прохождения документов, что позволяет быстро рассчитывать стоимость оказываемых медицинских услуг, осуществлять контроль и оценку качества медицинского обслуживания.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

***В.В. Агаджанян, И.М. Устьянцева, М.С. Крупина, А.В. Крылова,
С.В. Солнышко, Е.Н. Овдина, Т.А. Хабибуллина***

*Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
Ленинск-Кузнецкий, Россия*

Клинические и фармакологические исследования убедительно демонстрируют, что при многих заболеваниях лекарственная терапия является фактором, определяющим продолжительность и качество жизни пациентов, а следовательно прямые и непрямые затраты здравоохранения и общества в целом.

Оптимизация потребления лекарственных средств, основанная на создании эффективной системы контроля и мониторинга лекарственного обеспечения, позволяет эффективно решать проблемы клинического и экономического характера в медицине.

В связи с этим наиболее актуальны вопросы разработки и внедрения эффективной модели организации персонафицированного обеспечения лекарственными средствами.

Нами была разработана и внедрена система оптимизации медикаментозного обеспечения, включающая следующее:

- разработку больничного формулярного перечня лекарственных средств на основе фармакоэкономических исследований разумного баланса между стоимостью лекарственных средств и их эффективностью и с учетом Программ государственных гарантий обеспечения населения Кемеровской области бесплатной медицинской помощью;
- внедрение централизованного персонафицированного обеспечения лекарственными средствами стационарных больных;
- создание новых информационных технологий для реализации обеспечения учета и контроля за расходованием лекарственных средств;
- оценку экономической эффективности проводимых инновационных мероприятий.

Разработка нового программного обеспечения на базе существующей медицинской информационной системы позволила получать детальную информацию об ассортименте, количестве, рациональности и обоснованности назначений лекарственных препаратов, осуществлять учет расходования лекарственных средств.

Для совершенствования процесса лекарственного обеспечения на базе аптеки в октябре 2001 г. были созданы централизованный отдел персонафицированной раздачи лекарств (ЦОПРЛ) и пост централизованной раздачи лекарств. Открытие ЦОПРЛ – результат совместных усилий администрации учреждения,

программистов, провизоров, врачей и медицинских сестер. Штат отдела сформирован за счет сокращения ставочного фонда отделений, переведенных на централизованную раздачу. ЦОПРЛ осуществляет круглосуточную адресную доставку лекарств непосредственно в палату больного. В настоящее время централизованно обслуживается 16 отделений различного профиля.

Апробация внедрения централизованной раздачи медикаментов в первом полугодии 2002 г. дала положительные результаты (экономия 18 % денежных средств в сравнении с аналогичным периодом 2000 г.). В дальнейшем на базе отделения неврологии апробирована централизованная раздача устройств для вливания лекарственных препаратов и шприцов, что позволило сэкономить 40 % устройств и 20 % шприцев в натуральном и суммовом выражении. Централизованную доставку изделий медицинского назначения (иглы, шприцы, системы) организовали и другие отделения больницы.

Проанализирована 341 история болезни пациентов, в которых использовано 987 назначений лекарственных препаратов, что свидетельствует о снижении полипрагмазии (на одного больного в среднем приходится назначение трех лекарственных препаратов). Изменился ассортимент используемых лекарственных средств: сократилось количество витаминов парентерального введения, малоэффективных антибиотиков, таблеток анаприлина, рибоксина и т.д.

Экономический анализ деятельности ЦОПРЛ доказал эффективность модели организации персонафицированного лекарственного обеспечения. Ежегодно экономия денежных средств составляет 24 %, затраты на одного пролеченного больного снизились на 15 %, при этом экономия – не самоцель, а способ выживания в условиях недостаточного финансирования. Это позволяет рекомендовать метод централизованной персонафицированной раздачи лекарств для внедрения в других лечебных учреждениях.

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Б.Г. Азизова

*Муниципальный диагностический центр,
Махачкала, Россия*

Качество оказания медицинских услуг и организации медицинского процесса в целом – одна из наиболее важных и обсуждаемых тем, к тому же из частного вопроса взаимоотношений медика и пациента, проблема перешла в область нормативного регулирования, стала объектом юридических споров и судебных

процессов. А это, в свою очередь, означает, что перед организаторами здравоохранения встает чрезвычайно важная задача – создать и наладить в каждом лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) комплексную систему управления качеством, которая максимально исключит саму возможность появления конфликтных ситуаций.

С целью изучения представления управленческих кадров о системе оценки и обеспечения качества медицинской помощи, оказываемой на уровне муниципального здравоохранения, нами проведено исследование с помощью специально разработанной анкеты среди руководителей учреждений, их заместителей, заведующих отделениями и т.д. В опросе участвовало 255 человек. Анкета включала вопросы, посвященные целесообразности внедрения системы обеспечения качества в ЛПУ, компонентам качества, основным объектам оценки качества и др.

О необходимости внедрения системы обеспечения качества в ЛПУ заявили 96,0 % респондентов, 2,0 % – дали отрицательный ответ.

В то же время большинство респондентов затруднилось четко определить основные компоненты качества, под которыми понимались самые разные аспекты организации лечебно-диагностического процесса, включая удовлетворенность пациентов, санитарное состояние учреждения, квалификацию врача, длительность лечения, лекарственное обеспечение, питание, уход за больными, адекватность, эффективность, экономичность, научно-технический уровень и многое другое.

Также большинство респондентов затруднились с выбором основных подходов к оценке и обеспечению качества медицинских услуг (структурный, процессуальный, результативный). Только 4,7 % опрошенных ответили, что для обеспечения качества медицинской помощи необходим комплексный подход.

Качество медицинской помощи в ЛПУ, согласно мнению 47,0 % респондентов, должны оценивать внутренние эксперты, 16,8 % – пациенты, 12,9 % – внутренние и внешние эксперты, остальные затруднились с ответом.

В управлении качеством медицинской помощи в ЛПУ, по мнению большинства опрошенных, должны участвовать представители администрации (главный врач, заместитель главного врача, заведующий отделением) и только 3,9 % считают, что все медики.

Среди основных мер, направленных на повышение качества и улучшение деятельности ЛПУ на современном этапе, 38,4 % респондентов назвали укрепление материально-технической базы, улучшение финансирования, внедрение новых технологий, 11,7 % – повышение квалификации медицинского персонала, 20,3 % – повышение заработной платы, в том числе использование надбавок за качество оказанной помощи, 6,6 % – усиление экспертизы качества, 3,1 % – частичную оплату лечения пациентами.

Таким образом, данные, полученные в ходе проведенного исследования, свидетельствуют о том, что медики понимают необходимость внедрения системы обеспечения качества в деятельность ЛПУ. В то же время результаты опроса свидетельствуют о необходимости повышения уровня подготовки руководителей всех звеньев по вопросам обеспечения, управления и совершенствования качества оказываемых услуг, что особенно актуально в рамках реализации приоритетного национального проекта "Здоровье".

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.Г. Баиндурашвили, К.С. Соловьева

*Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера,
Санкт-Петербург, Россия*

Опыт института по выполнению высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВВМП) показал, что в последующих оперативных вмешательствах, выполняемых с большими материальными затратами государства и родителей, часто нуждаются дети, пострадавшие в результате неправильного или недостаточного предшествующего лечения, осложнений и рецидивов после хирургических вмешательств, выполненных в больницах, не имеющих соответствующих кадров и оснащения. Оценка качества ортопедической помощи детям – достаточно сложный процесс, при котором необходимо учитывать множество параметров, в том числе исходную тяжесть патологии, время, прошедшее после операции, возрастные периоды интенсивного роста, уникальность вмешательств при редкой распространенности патологии. В большинстве субъектов Российской Федерации, имеющих одно детское ортопедическое отделение и двух-трех оперирующих ортопедов, внутриведомственный контроль и оценку качества лечения осуществляют те же специалисты, которые производят вмешательства. Это является основанием для улучшения системы внутриведомственного контроля выполнения ВВМП детям с ортопедическими заболеваниями.

Мы считаем целесообразным, чтобы внутриведомственный контроль качества ортопедической помощи детям в больницах субъектов Российской Федерации осуществляли федеральные учреждения, республиканские и межобластные ортопедические центры. Это сформирует профессиональную вертикаль внутриведомственного контроля качества медицинских услуг и будет способствовать совершенствованию детской специализированной службы.

Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. ГИ. Турнера готов взять на себя работу по улучшению качества ВВМП детям с последствиями повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата в регионах России. Звеньями этой работы является следующее:

- 1) посещения медицинских учреждений, где оказываются ВВМП;
- 2) рекомендации органам здравоохранения территорий по совершенствованию этой службы путем управленческих решений;
- 3) разнообразные виды обучения ортопедов на базе институте (в настоящее время в институте обучаются врачи, которые будут оказывать ВВМП в строящихся по национальному проекту учреждениях);
- 4) выезды специалистов института для проведения показательных операций на базе отделения, консультации и составление плана лечения пациентов со сложной ортопедической патологией.

Система внутриведомственного контроля за организацией и качеством оказания ВВМП детям с травмами и ортопедическими заболеваниями в регионах России позволит рекомендовать органам управления здравоохранения принимать управленческие решения по улучшению качества помощи по следующим разделам:

- техническое оснащение стационаров, где оказывается ВВМП, в соответствии с ее объемом и сложностью;
- соответствие штатного расписания профильных отделений (хирургических, реабилитационных, анестезиологии, диагностических) с учетом реальной нагрузки;
- разработка стандартов выполнения ВВМП в данном учреждении;
- рекомендации по расширению или уменьшению в данном учреждении объема и количества проводимых оперативных вмешательств, относящихся к ВВМП;
- повышение квалификации кадров учреждений субъектов Российской Федерации с использованием всех форм обучения;
- преемственность между первичным звеном детских травматологов-ортопедов, стационарами, выполняющими ВВМП, и реабилитационными учреждениями.

РОЛЬ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю.В. Балабанова, Е.А. Финченко

*Государственная Новосибирская областная клиническая больница,
Россия*

На основании статистических данных и данных экспертной оценки разработаны модель системы и основные направления повышения качества и эффективности организации лучевой диагностики в стационаре Государственной Новосибирской областной клинической больницы (ГНОКБ). Оценены основные модели службы лучевой диагностики, применявшиеся в ГНОКБ за период с 2000 по 2006 г.

Вариант 1. Отделения службы лучевой диагностики – рентгеновское, ультразвуковых исследований (УЗИ), рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) существуют как самостоятельные структурные подразделения и не взаимодействуют друг с другом. На каждое клиническое отделение выделено определенное количество мест для проведения диагностических мероприятий в отделениях УЗИ, рентгеновском и РКТ.

В данном случае диагностический путь осуществляется следующим образом: лечащий врач → рентгеновское отделение; лечащий врач → отделение РКТ; лечащий врач → отделение УЗИ. Заключение, выданные одному пациенту в разных диагностических отделениях, зачастую не соответствуют друг другу и не дополняют друг друга. Пациенту лечащим врачом назначаются все исследования, дублируются методы, необоснованно выполняются дорогостоящие виды исследования. Нами было проанализировано 100 медицинских карт пациентов, госпитализированных в ГНОКБ в 2000 г. и прошедших диагностику в отделениях УЗИ, рентгеновском и РКТ. Средняя длительность госпитализации составила 22 дня, первый день диагностического поиска – четвертые сутки госпитализации (из-за загруженности диагностических отделений), длительность комплексной лучевой диагностики составила 13,1 дня.

Вариант 2. В 2003 г. в ГНОКБ был организован клинический отдел лучевой диагностики в составе отделений УЗИ, рентгеновского, РКТ. Были отменены фиксированные места на обследования, закрепленные за лечебными отделениями. Назначения на лучевые исследования осуществлялись лечащими врачами согласно алгоритмам обследования в зависимости от нозологической формы заболевания. Пациентам проводились все обследования, внесенные в алгоритм, хотя диагноз был точно установлен первичными методами лучевой диагностики (стандартные рентгенологические методы, УЗИ); дорогостоящие методы (РКТ и ангиография)

лишь подтверждали ранее выявленную патологию. Нами было проанализировано 100 медицинских карт пациентов, госпитализированных в стационар ГНОКБ в 2003 г. и прошедших обследование в клиническом отделе лучевой диагностики. Средняя длительность госпитализации в этой группе пациентов составила 20 дней, первый день диагностического поиска – четвертые сутки госпитализации, длительность комплексной лучевой диагностики составила 10,6 дней.

Вариант 3. В условиях функционирующего клинического отдела лучевой диагностики в составе отделений УЗИ, рентгеновского, РКТ назначения на лучевые исследования осуществляет лечащий врач в рамках алгоритма в зависимости от нозологической формы заболевания и только на скрининговые методы диагностики (УЗИ, стандартные рентгенологические методы). Дорогостоящие методы лучевого исследования (РКТ) назначаются по двум схемам: первая – планирование производят врачи клинического отдела лучевой диагностики после проведения стандартных рентгенологических и ультразвуковых исследований в случае выявления патологии, которую невозможно интерпретировать без проведения РКТ, итоговое заключение дает клинический отдел лучевой диагностики; вторая – при несоответствии клинических данных и данных клинического отдела лучевой диагностики планирование РКТ определяется консилиумом в составе врачей клинических отделений и заместителя главного врача по службе. Нами было проанализировано 100 медицинских карт пациентов, госпитализированных в стационар ГНОКБ и прошедших обследование в отделе лучевой диагностики в 2006 г. По первой схеме планирования средняя длительность госпитализации в этой группе пациентов составила 15,6 дней, первый день диагностического поиска – четвертые сутки госпитализации, длительность комплексной лучевой диагностики – 1,5 дня. По второй схеме планирования средняя длительность госпитализации – 19,3 дня, первый день диагностического поиска – третьи сутки госпитализации, длительность комплексной лучевой диагностики – 10,6 дней.

АУДИТЫ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
– НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ
В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

И.Ю. Бедорева, А.В. Бредихин, А.Ю. Турбина

ООО "ПТQ Менеджмент",

Новосибирск, Россия

Внедрение моделей контроля качества медицинской помощи организуется плательщиками с целью уменьшения общей стоимости лечения. В системе бесплатного обязательного медицинского страхования в государственных

и муниципальных учреждениях здравоохранения вневедомственный контроль сохранил негативные черты, присущие бюрократическому стилю управления: догматичность, несовершенство применяемых стандартов, недостоверность используемых индикаторов качества лечебно-диагностического процесса, антагонистические отношения между персоналом и проверяющими и т.д. Однако сейчас в связи с отменой ряда межведомственных нормативных актов появляется шанс совершенствования системы на базе серии стандартов ИСО 9000:2000, которые все в большей степени получают признание и внедряются в органах исполнительной власти Российской Федерации.

Деятельность консалтинговой компании "ITQ Менеджмент" направлена на распространение опыта и помощь организациям-клиентам при разработке и внедрении индустриальной модели управления качеством.

В связи со спецификой сочетания отдельных видов деятельности в медицинских организациях неравнозначные экономические и медико-социальные условия в субъектах российской Федерации, отраслевые стандарты оказания медицинской помощи являются лишь ориентиром для разработки стандартизированных объемов медицинской помощи и медицинских услуг в учреждениях здравоохранения, тем более в частных, предоставляющих эксклюзивный пакет услуг. Качество медицинской помощи как соответствие стандарту является предметом внимания надзора и контроля государства, а также иных заинтересованных организаций.

Базовый пакет ООО "ITQ Менеджмент" включает следующие услуги: а) анализ системы управления качеством, существующей в организации, с выдачей рекомендаций; б) консультирование специалистов предприятия по разработке документов системы менеджмента качества (СМК) и их внедрению; в) оказание методической помощи в проведении внутреннего аудита СМК организации компетентным экспертом-аудитором; г) проведение занятий со специалистами организации по вопросам разработки и внедрения СМК; д) обеспечение организации методической документацией по разработке СМК и иной необходимой информацией; е) решение организационных вопросов проведения сертификации СМК в системе ГОСТ Р.

Одним из основных инструментов менеджмента при построении, мониторинге и проверке результативности функционирования СМК является аудит. Его цель – оценить адекватность и эффективность мероприятий путем сбора и использования объективных доказательств, а также путем определения и регистрации несоответствий в области качества с указанием причин, если это возможно.

Аудит определяется как систематический, независимый и документированный процесс получения информации и объективного ее оценивания с целью установления степени согласованных критериев аудита (совокупность политик, процедур или требований). В соответствии с требованиями ИСО 9001:2000 должна быть разработана документированная процедура проведения аудитов СМК.

Документ определяет критерии, методы и порядок проведения аудитов, формы документов планирования и отчетности, содержит требования к аудиторам и распределение ответственности (полномочий) должностных лиц в процессе аудита. Разработка процедуры нередко вызывает затруднения вследствие специфики структуры и производственных процессов в учреждениях здравоохранения.

В зависимости от целей аудита в качестве критериев могут использоваться регламентирующие деятельность внешние или внутренние нормативные документы, международные, государственные или отраслевые стандарты, документация СМК организации, где изложены требования, с которыми сравниваются свидетельства аудита. Свидетельства аудита оцениваются на степень их соответствия критериям аудита, в результате образуются наблюдения аудита, указывающие на соответствие, несоответствие или возможность улучшения. Группа аудиторов формируется из числа сотрудников, прошедших специальную подготовку в объеме, необходимом для обеспечения компетентности при проведении аудита. Разработаны этические правила для аудиторов, процедуры профилактики и урегулирования конфликта интересов при аудите. По результатам анализа всех наблюдений формируется заключение, которое должно предоставить руководству уверенность в плановом развитии событий. Широко практикуются два вида аудита: прослеживание вперед (от начала процесса до его результата) и прослеживание назад (от результата процесса к его началу). Опыт, которым располагают сотрудники "TQ Менеджмент", позволяет предлагать решение актуальных проблем управления качеством как через экстраполяцию известных вариантов, так и путем разработки оригинальных идей.

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ФЕДЕРАЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.Ю. Бедорева, М.А. Садовой

*Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,
Россия*

В Новосибирском НИИТО на протяжении трех лет успешно функционирует система менеджмента качества (СМК), гармонизированная с требованиями международного стандарта ИСО 9001:2000 и основанная на процессном подходе.

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 СМК.

Используемый при построении СМК процессный подход позволил установить критерии и методы контроля, обеспечить наличие информации, необходимой для реализации и мониторинга процессов и оценки качества медицинской помощи.

Ко всем процессам СМК применяется методология "PDCA": планировать (plan) – выполнять (do) – проверять (check) – действовать (act). Планирование процессов осуществляется на основании установленных требований к процессу, запланированных результатов (целевых показателей) и выявленных потребностей в его улучшении. На этой стадии для каждого процесса определяются критерии и методы мониторинга, измерения и анализа процесса, методы сбора данных и обработки результатов.

Выполнение процесса осуществляется в соответствии с установленной процедурой (стандартом института). Проверка процесса и его результатов осуществляется в соответствии с установленными требованиями и целевыми показателями и проводится при мониторинге и оценке процесса, проведении внутренних аудитов и аудитов третьей стороной, анализе удовлетворенности потребителей. Действия по улучшению заключаются в коррекции (если выявлены несоответствия), корректирующих действиях (для предотвращения повторного несоответствия), предупреждающих действиях (для предотвращения потенциальных несоответствий) и действиях, направленных на улучшение показателей процесса и конечной продукции или услуги, эффективность которых определяется при следующей оценке процессов.

В результате применения такого подхода отмечена положительная динамика по всем процессам СМК за трехлетний период.

Постоянное повышение результативности СМК достигается посредством анализа данных о функционировании системы с использованием политики и целей в области качества, корректирующих и предупреждающих действий, а также анализа со стороны руководства. В результате анализа принимаются решения, связанные с повышением результативности СМК и ее процессов, совершенствованием медицинской помощи согласно требованиям потребителя, обеспечением необходимыми ресурсами. Результаты анализа оформляются в виде протоколов, которые сохраняются и становятся частью записей по качеству, а в дальнейшем используются как предмет для обсуждения эффективности проведенных мероприятий. При возникновении несоответствий в процессах СМК, в том числе процессах предоставления медицинской помощи, осуществляется планирование, выполнение и оценка результативности и эффективности корректирующих действий.

Руководство института рассматривает результаты анализа СМК для поиска возможностей совершенствования деятельности учреждения и использует

в качестве входов к процессам улучшения. На основе анализа информации принимаются управленческие решения и осуществляется деятельность по совершенствованию СМК.

За трехлетний период функционирования СМК, основанной на процессном подходе, было достигнуто значительное повышение эффективности деятельности института за счет следующих факторов:

- улучшения внутреннего взаимодействия, повышения результативности деятельности всех подразделений, снижения длительности цикла выполнения работ и внутренних затрат;
- улучшения управляемости учреждения путем строгого распределения ответственности и полномочий специалистов при выполнении различных процедур;
- повышения мотивации персонала на достижение конечных результатов;
- приобретения работающего механизма постоянного улучшения процессов, повышения темпов внедрения усовершенствований;
- повышения объемов медицинской помощи при высоком качестве оказания медицинских услуг и повышении удовлетворенности потребителей.

ЮРИДИЧЕСКИЕ КОРНИ ПРОБЛЕМ КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А.В. Бредихин¹, В.Н. Ткаченко¹, Т.А. Бредихина²

¹ООО "ТТQ Менеджмент", Новосибирск

*²Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,
Россия*

Законы и нормативные правовые акты Российской Федерации составляют фундаментальный базис, на котором происходит дальнейшее строительство системы, независимо от отрасли экономики. Право как базовый регулятор общественных отношений приобретает все более выраженное социальное измерение. Нормативные правовые акты все в большей степени насыщены нормами, предназначенными для оценки качества структуры и качества процесса. В рамках административной реформы органы исполнительной власти разрабатывают и утверждают собственные регламенты исполнения функций по принятию нормативных правовых актов, по контролю и надзору за исполнением общеобязательных правил поведения, по предоставлению государственных услуг.

Публично-правовые обязательства государства возникают в силу осуществления им социально значимых функций. Примером может служить деятельность государства по заготовке донорской крови и ее компонентов, органов и тканей для

трансплантации. В регламентах структур Минздравсоцразвития России последовательно внедряется менеджмент качества, его принцип – "подход как к процессу", однако практика показывает сложность реализации и недостаточное внимание федерального органа к принципу системного подхода.

Международные стандарты серии ИСО 9000:2000 устанавливают общие требования к управлению документами. Цель управления документами, устанавливающими правила поведения, распространяющиеся на неопределенный круг лиц, состоит в том, чтобы гарантировать нуждающимся в них гражданам возможность иметь в своем распоряжении необходимые, точные и скорректированные на текущую дату документы. Обязательная документированная процедура управления документами предусматривает их проверку на адекватность до их выпуска. Решение этой задачи затруднено в силу многоуровневой структуры гражданского законодательства Российской Федерации и органов исполнительной власти. Стандарты (ОСТы, МЭСы и т.п.), протоколы, клиничко-экономические группы, матрицы, формуляры, перечни – необходимо систематизировать это многообразие. К этому списку можно добавить клинические рекомендации, тогда практикующие врачи окончательно будут дезориентированы: как и с какой целью использовать эти документы, какова обязательность их исполнения?. Особенность текущего момента развития общественного здравоохранения в России заключается в том, что федеральные органы власти делегировали исполнение государственных обязательств по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи подведомственным (федеральным учреждениям) либо иным организациям, обязав их предоставлять услуги здравоохранения безвозмездно или по регулируемым органами государственной власти ценам. Ошибки в законодательстве, слабо просчитанные социальные последствия тех или иных законов, оторванность их от реальной социально-экономической ситуации могут иметь обратный, негативный эффект для социальной справедливости в обществе. Приоритет совершенствования бюджетного процесса породил правовые коллизии, потребовавшие внесения изменений в действующее законодательство. Реализация положений закона № 122-ФЗ привела к перераспределению полномочий по оказанию первичной медико-санитарной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи между учреждениями здравоохранения по признаку формы собственности бюджетополучателя (федеральная, государственная субъекта Российской Федерации, муниципальная). Вне правового поля оказалась связанная с трансплантацией органов и тканей деятельность значительного количества учреждений здравоохранения, в которых производился забор органов для трансплантации, только на основании их муниципального статуса. Вступили в силу поправки, устанавливающие нормы осуществления забора и заготовки органов и (или) тканей человека, а также их

трансплантации в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Обязательные правила осуществления деятельности государственных и муниципальных учреждений по заготовке и трансплантации тканей пока не опубликованы, в лучшем случае, они задерживаются на регистрации в Минюсте. Правовой вакуум затягивается. В законе и нормативных правовых актах не предусмотрено лицензирование деятельности по изъятию тканей (ранее позиция 06.015 «работы и услуги по забору и заготовке органов и тканей»), хотя транспортировка органов и тканей, предназначенных для трансплантации, отнесена к лицензируемым видам деятельности. С позиций МС ИСО 9001 процессы должны быть замкнутыми в систему. Приняв на себя определенные публично-правовые обязательства, государство не может произвольно отказываться от их выполнения. Критическим несоответствием требованиям СМК в новых нормативных правовых актах является отказ от идентификации отдельных позиций перечня видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию. Это будет существенно затруднять межведомственный обмен информацией, предусмотренный законодательством на основе единых классификаторов технико-экономической информации.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
О СИСТЕМЕ КОНТРОЛЯ

А.В. Бредихин

*ООО "ITQ Менеджмент",
Новосибирск, Россия*

Качество медицинской помощи (КМП) является предметом заботы управляющих и финансирующих структур, пристального внимания гражданского общества и гордости профессионального сообщества. Наблюдается тенденция содействия повышению КМП в частной системе здравоохранения с использованием современных подходов, стандартов серии ИСО 9000. Информацию о реальном состоянии проблемы КМП заинтересованные стороны стремятся получить, используя различные системы контроля.

В 1997–2006 гг. проведено исследование в виде анкетирования специалистов медицинского профиля (врачей и средних медицинских работников) в 10 субъектах Российской Федерации, в том числе в Новосибирске и районах Новосибирской области. Исследование выполнено в Новосибирском государственном медицинском университете на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения

факультета усовершенствования врачей. В анкетировании участвовали специалисты, зачисленные на курс очного обучения в системе последипломной подготовки. Анонимное анкетирование осуществлялось в первый день обучения и предшествовало проведению входного тестового контроля по организации здравоохранения. Кроме специалистов здравоохранения со стажем, на вопросы специально разработанной анкеты ответили врачи-интерны и клинические ординаторы, получившие диплом врача в 1999–2004 гг. В 2006 г. проведен моментный опрос группы слушателей народного факультета Новосибирского государственного технического университета, которые обучались по специальной программе для лиц "третьего возраста".

В первую очередь респонденты должны были оценить свою осведомленность по аспектам правового регулирования в сфере медицинской помощи (о правах пациента, обязанностях медработников). Далее респонденту предоставлялась возможность выразить свое отношение к утверждению о том, что пациент и его родственники имеют право на полный контроль за любым медицинским вмешательством. Учитывалось не только число сторонников (согласен/не согласен), но и число лиц, которые затруднились с ответом. Изучено мнение респондентов по вопросу о субъектах, которые имеют право делать заключение о том, что является для пациента вредом, пользой, а что – необходимостью. Анкеты респондентов, которые не доверили решение этого вопроса врачу, были подвергнуты углубленной обработке и анализу ответов на вопрос, в котором предлагалось указать вероятные причины отказа пациента от медицинского вмешательства. Отношение к роли государства в сфере здравоохранения определялось через ответ на такой вопрос: "Является ли лицензирование способом государственного регулирования рынка медицинских услуг?" Доля лиц, ответивших отрицательно и полуотрицательно (скорее нет, чем да), оказалась больше, чем суммарная доля ответивших утвердительно (полуутвердительно) и затруднившихся с ответом. Следующий вопрос: "Контроль качества медицинской помощи будет, по Вашему мнению, более эффективным, если его осуществит..." Для ответа на него предлагалось пять субъектов контроля в такой последовательности: администрация лечебно-профилактического учреждения, орган управления здравоохранением, страховая медицинская организация, медицинская профессиональная ассоциация, лицензирующий орган, а также собственный вариант. Результаты выбора респондентов сопоставлялись с контрольным вопросом: "Ощущаете ли Вы контроль качества медицинской помощи со стороны страховых медицинских организаций?" Большую долю респондентов, ответивших утвердительно на этот вопрос, составили руководители медико-производственных организаций, их заместители (включая главных медицинских сестер), а также заведующие клиническими структурными подразделениями государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений. Медицинские работники со средним специальным образованием, врачи-интерны

и клинические ординаторы дали преимущественно отрицательный ответ на вопрос или затруднились с ответом.

Результаты анализа позволяют сделать вывод о том, что большинство респондентов считают надежными гарантами баланса общественных интересов, интересов врача и пациента, знатоками законодательства в области медицины и технологии оценки КМП профессиональные медицинские ассоциации в лице уполномоченных представителей с активным участием государственных органов управления здравоохранением.

Специалистами здравоохранения России осознана необходимость реализации принципиально новых подходов к управлению системой с позиций рыночных отношений и гражданского общества, включая возрождение нравственных основ деятельности и восстановление доверия общества к медицинскому профессиональному цеху.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ВИДОВ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СУБЪЕКТАХ СИБИРСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА: ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА

Т.А. Бредихина¹, В.П. Шевченко¹, А.В. Бредихин²

¹Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,

²ООО "ITQМенеджмент",

Новосибирск, Россия

Признание и обеспечение социальных прав и гарантий их реализации имеют принципиальное значение для общественного развития и благополучия. Это не только характеризует качественное состояние государства, но и является фактором, обеспечивающим социальную безопасность, стабильность развития общества.

Институты гражданского общества продвигают идеи искоренения бедности через построение этически ориентированной экономики, развития системы социальной ответственности. Принцип справедливости и равенства составляет ядро современного права, в том числе социальных прав человека, из которых право на охрану здоровья и медицинскую помощь является важнейшим.

Стратегия федерального центра (национальный проект "Здоровье") и управленческие решения, которые могут быть приняты в соответствии с ней в субъектах Российской Федерации, направлены на обеспечение роста национального валового продукта, на достижение лучших показателей экономического развития. Эта цель связана с задачей устойчивого роста

человеческого потенциала, благосостояния и качества жизни. Меры вмешательства, повышающие человеческий потенциал тех, у кого он наиболее ограничен, помогут этим гражданам стать более производительными экономически и более результативными политически. Половину первой десятки показателей для оценки эффективности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации (Указ Президента РФ N 825 от 28.06.2007) составляют показатели, имеющие отношение к здравоохранению, включая показатель удовлетворенности населения медицинской помощью. Критерием оценки является и доля расходов консолидированного бюджета субъекта РФ на финансирование услуг социальной сферы, оказываемых автономными учреждениями и негосударственными (немуниципальными) организациями, в общем объеме расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на финансирование отраслей социальной сферы. Будет учитываться и доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений, применяющих медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи, и (или) переведенных на оплату медицинской помощи по результатам деятельности (проводятся эксперименты), и (или) переведенных на новую (отраслевую) систему оплаты труда, ориентированную на результат. Такая система оценки создает условия для повышения интереса глав администраций субъектов Российской Федерации и их аппарата к модернизации территориального здравоохранения. Совершенствование институциональных и правовых условий для уменьшения рисков деятельности и обеспечения безопасности экономических субъектов в системе здравоохранения требует нестандартных организационных решений, а главное – создания мотивации специалистов, действующих в системе здравоохранения, и их готовности к неизбежным переменам.

Права закрепляются в конституциях и законах и гарантируются государством в силу притязаний (потребностей) гражданского общества и требований норм международного права на основе принципа справедливости и общепринятых стандартов. Попытки нового российского государства освободиться от функции непосредственного опекуна, избавиться от патернализма в социальной сфере воспринимаются гражданами как невозможность или отказ от реализации социальных прав. Поэтому важно найти баланс между интересами государства и социальных групп, между возможностью развития индивидуальной личности и правом на государственную поддержку.

Завершился первый этап работы по организации филиалов ФГУ НИИТО Росмедтехнологии в субъектах Сибирского федерального округа. Весь 2006 г. инициативная рабочая группа разрабатывала комплекс предложений по направлениям работ и пакет документов для регистрации филиалов. Проведен анализ действующих правовых основ регистрации юридических лиц, лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности. Большое

внимание уделяется подготовке специалистов, формированию их профессионализма на основе философии качества. Поставлена цель вовлечения в систему менеджмента качества не только персонала филиалов ННИИТО, но руководства и коллективов базовых учреждений здравоохранения. Формируется организационная и научно-методическая база для распространения опыта управления качеством высокотехнологичных видов медицинской помощи для сокращения времени ее ожидания, повышения доступности, формирования замкнутого цикла помощи конкретному пациенту с момента выявления у него проблем со здоровьем и до этапа реабилитации. Перспективным направлением организационно-методической деятельности является создание условий и помощь специалистам первичного звена здравоохранения в диагностике и ведении больных для уменьшения доли населения, страдающего от снижения качества жизни вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В ПРОИЗВОДСТВЕ БИОПРОТЕЗОВ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

И.Ю. Журавлева, Н.П. Алешкевич, Р.Х. Леванова, Ю.А. Кудрявцева

Закрытое акционерное общество "НеоКор", Кемерово, Россия

В настоящее время в компании "НеоКор" производят уникальные эпоксиобработанные биопротезы для сердечно-сосудистой хирургии. С 2003 г. компания работает в системе менеджмента качества в соответствии с международным стандартом ISO 9001:2000. Благодаря функционирующей системе качества на предприятии "НеоКор" все технологические процессы и операции прописаны и задокументированы. На каждое выпускаемое изделие существуют методологические инструкции, в которых детально описаны все этапы изготовления биопротезов, четко прописана ответственность персонала на каждом этапе работы. Инструкции разработаны сотрудниками, изложены в доступной форме и являются ноу-хау компании. Все это помогает сотрудникам качественно выполнять свою работу.

В процессе изготовления биопротезов существует несколько этапов производственного контроля. На первом этапе идет контроль забора сырья. На мясокомбинате квалифицированный персонал отбирает биоматериал только от здоровых животных, проводит первичную селекцию и начальную консервацию. Каждая партия биоматериала сопровождается ветеринарным свидетельством.

После начального этапа изготовления изделия следует первичный контроль качества биопротезов. Далее готовый биопротез подвергают выходному контролю

качества. На этом этапе происходит детальное макроскопическое описание биопротеза в листе входного контроля.

Каждый биопротез передается на гистологическую экспертизу. В компании оборудована собственная гистологическая лаборатория. Результаты гистологической экспертизы вместе с микропрепаратами архивируются, срок хранения составляет 50 лет.

При положительном результате гистологического контроля изделия направляются на контроль стерильности. Это исследование в нашей компании отдано на аутсорсинг независимой организации. Биопротезы, прошедшие все этапы контроля качества, передают на склад готовой продукции для последующей отгрузки потребителю.

Все этапы изготовления биопротеза и контроля качества фиксируются в листах входного контроля. Каждому изделию присваивается серийный номер, указывается фамилия сотрудника, ответственного за определенный этап. Листы входного контроля и журналы учета ведутся в электронном виде, что позволяет в любой момент отследить судьбу каждого изделия.

Разработанные методы контроля позволяют производить качественную продукцию для пациентов, нуждающихся в протезировании клапанов сердца и сосудов.

СИСТЕМА ОБУЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ КЛАПАНОВ СЕРДЦА И СОСУДОВ

И.Ю. Журавлева, Н.П. Алешкевич, Р.Х. Леванова, Ю.А. Кудрявцева
Закрытое акционерное общество "НеоКор", Кемерово, Россия

Закрытое акционерное общество "НеоКор" в течение пяти лет производит и реализует на российском рынке биологические протезы для сердечно-сосудистой хирургии. В 2003 г. компания разработала, внедрила и успешно сертифицировала систему менеджмента качества (СМК) в соответствии с международным стандартом ISO 9001:2000.

Одним из важнейших моментов успешной работы в рамках СМК является подготовка и обучение персонала. Ведущая роль в производственном процессе принадлежит операционной медсестре и зависит от ее профессиональных качеств, от медсестры требуется предельная собранность и строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима. Прием на работу операционных медсестер проводится на конкурсной основе. Соискатель предоставляет свое резюме и

проходит собеседование. При приеме на работу в производственную группу персонал проходит обучение под руководством главной операционной сестры.

Обучение мы разделяем на три этапа: теория, практические навыки, экзамен. Теоретические занятия начинаются с инструктажа по санэпидрежиму. Затем обучаемый прорабатывает инструкции по изготовлению биопротезов и другие внутренние документы СМК. После этого мы переходим к практической части обучения. Обучение производится на биологическом материале, который был забракован на этапе селекции.

Обучаемый должен изготовить 10 учебных образцов, соответствующих качеству клинических изделий, только после этого он допускается к сдаче экзамена. В производственной лаборатории создана комиссия по приему экзамена, которая состоит из высококвалифицированных специалистов. Программа экзамена включает в себя теоретические вопросы и практические навыки. Результаты экзамена оформляются протоколом комиссии.

При успешной сдаче экзамена операционной медсестре присваивается четвертая группу допуска. В целом, в производственной группе существует четыре группы допуска к рабочему месту. В первую группу входят сотрудники, которые в совершенстве владеют техникой изготовления всех десяти изделий, которые серийно выпускаются на предприятии. В остальные три группы входят сотрудники, владеющие техникой изготовления семи, пяти, двух наименований изделий соответственно.

Каждая операционная сестра постоянно совершенствует свою технику и стремится к тому, чтобы перейти на следующую, более высокую ступень допуска.

Операционная сестра не только участвует в производственном процессе, но и четко знает политику и цели компании, ориентирована на конечного потребителя. Медсестры также участвуют в разработках новых моделей биопротезов. Периодически проводятся образовательные семинары с привлечением хирургов, эпидемиологов, собственных научных сотрудников. Наиболее квалифицированные операционные сестры участвуют в работе специализированных съездов, конференций.

Таким образом, подготовке персонала уделяется огромное внимание, что позволяет компании готовить на своей базе высококвалифицированных сотрудников для изготовления столь специфичной продукции, как биопротезы для сердечно-сосудистой хирургии.

ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ПРОДУКЦИИ

Н.Н. Кайдакова

*Казахское агентство прикладной экологии,
Алматы, Казахстан*

Основная деятельность Казахского агентства прикладной экологии (КАПЭ) заключается в создании интеллектуальной собственности – продукта, которым являются результаты коллективной оценки современного состояния окружающей среды, оценки воздействия намечаемой и реализованной хозяйственной деятельности на здоровье человека и окружающую среду.

Основными видами продукции отдела являются материалы по разделу "Общественное здоровье и здравоохранение", включая состояние здоровья населения, санитарно-эпидемиологическую обстановку (водоснабжение, канализование населенных мест, воздушный бассейн, его загрязнения, обеспечение населения продуктами питания и пр.). Владелец процесса – менеджер. Входы (исходные требования и ресурсы), как и выходы, типовые для всех процессов, отличаются расположением промышленных объектов и, как следствие, состоянием здоровья населения и параметрами окружающей среды.

Создание собственной "Интегрированной системы менеджмента" КАПЭ требовало аттестации рабочих мест, в процессе чего установлено несоответствие 18 мест камеральных работников предельно допустимым нормативам по уровню электромагнитного поля. Коррекции этого несоответствия способствовала модернизация компьютеров, сетевого оборудования.

Процесс и подпроцессы интеллектуальной деятельности отдела медицинского и санитарно-эпидемиологического анализа включают в себя следующие процедуры:

- анализ проекта и архитектурно-планировочных решений, которые определяют регион намечаемой деятельности, основные данные по создаваемому объекту, включая количество персонала, наличие оборудования, машин, техники;
- изучение картографического материала по расположению населенных мест в районе реализации проекта;
- создание перечня актуализированной нормативно-правовой и законодательной базы;
- исследование ресурсов Интернета в части характеристики рабочих мест и используемого оборудования, машин и техники.

Выходы одного процесса становятся входами для другого процесса. Замкнутый цикл подготовки продукции принимает форму спирали при реализации основного процесса – контроля качества продукции.

Таким образом, процессный подход в практической деятельности организации обеспечивает приемлемость любого стартового уровня организации, стремление

организации к совершенствованию продукции, процессов и продвижение к цели, совершенствование процесса и, как следствие, результата- продукта, умение выделить главное – приоритет или существенное несоответствие, алгоритм и руководство к действию.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К АУДИТУ В СИСТЕМЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.Н. Кайдакова, Э.С. Ларина, А.И. Бабенко

*Казахское агентство прикладной экологии, Алматы, Казахстан
СО РАМН, Новосибирск, Россия*

Цель исследования – анализ возможных подходов и методик внутреннего аудита на основе международных стандартов и стандартов организации.

В качестве базы для исследования выбрано Казахское агентство прикладной экологии (КАПЭ).

В 2003 г. в КАПЭ разработана, внедрена и сертифицирована система менеджмента качества. В 2006 г. осуществлен переход к интегрированной системе менеджмента качества, охраны окружающей среды, промышленной безопасности и здоровья, что позволило повысить качество продукции за счет расширения требований к процессу и самой продукции в свете норм не только ISO 9001:2000, но и ISO 14001:2004 и OHSAS 18001.

Адаптация основных положений и принципов международных норм к различным сферам и отраслям, в том числе не производящим материальные ценности, проводится через создание стандартов организаций. Первостепенным материалом для анализа достигнутого уровня организации и возможностей ее улучшения являются результаты аудита, который необходимо начинать с анализа соответствия стандартов организации международным нормам.

Анализ соответствия международных норм ИСО 9001:2000, ИСО 14001:2004, OHSAS 18001 и стандартов организации дополняется таблицей различий и взаимодополняемости стандартов. Проведенный анализ позволяет приступить к составлению программы аудита и вопросника с учетом специфики проверяемого подразделения. Важнейшей составляющей аудита является проверка выполнения действующего законодательства в части обеспечения безопасности рабочих мест.

Так, при проведении сертификации КАПЭ было установлено несоответствие 18 рабочих мест по нормативам уровню и напряженности электромагнитного поля. Проведенная работа по обеспечению безопасности рабочих мест способствовала обновлению компьютеров и модернизации сети.

При проведении международного аудита в одной из крупных производственных компаний было выявлено несоответствие квалификации медицинских работников требованиям ведомственного законодательства, что привело к ряду существенных несоответствий в деятельности, в том числе к нарушениям санитарно-эпидемиологического режима, к несоответствию в сборе, хранении и утилизации медицинских отходов.

Важнейшей составляющей аудита является разработка корректирующих и предупреждающих мер, выполнение которых является основой совершенствования деятельности организации.

Таким образом, тщательная подготовительная работа позволяет провести ревизию стандартов организации, определить область проведения аудита с учетом специфики проверяемого структурного подразделения, обеспечить совершенствование процесса и продукции за счет контроля и анализа улучшений.

АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ ПРАВОВОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ КАК ОСНОВА КАЧЕСТВЕННОГО ПОДХОДА К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

Л.В. Канунникова

*Новосибирский областной госпиталь № 2 ветеранов войн,
Россия*

Основными причинами обращения пациентов в судебные инстанции при некачественном оказании медицинских услуг являются нарушения медицинскими работниками определенных этических, деонтологических норм и принципов профессиональной медицинской деятельности. При возбуждении гражданских дел в отношении медицинских работников, учреждений объективными причинами могут быть ошибки и осложнения, совершаемые при выполнении ими профессиональных обязанностей. Субъективные причины находятся в основном в плоскости отношений "врач – пациент", нередко именно субъективный фактор является отправной точкой, когда недовольный пациент начинает предъявлять свои претензии к медицинскому учреждению. Как правило, неудовлетворенности пациента качеством оказания медицинской услуги предшествует отсутствие должного общения лечащего врача с пациентом. Зачастую этому способствуют субъективные факторы: дефицит времени у врача, недостаточно тактичное поведение как врача, так и пациента, провоцирующие неконструктивное поведение обеих сторон в период доконфликтного развития событий (первое обращение, сбор анамнеза, назначение процедур и др.). Взаимоотношения врача и пациента

в большей степени стали регламентироваться не столько моралью и медицинской этикой, сколько правовыми нормами, изложенными в принятых в последние годы нормативных правовых актах в области охраны здоровья населения, что требует от медицинского работника неукоснительного соблюдения норм права, являющихся главным регулятором общественных и гражданских отношений.

Судебная практика свидетельствует о том, что вред здоровью чаще всего причиняется не по причине сложности медицинского вмешательства, не по причине физической и эмоциональной усталости врачей, а в основном из-за невыполнения элементарных правил и норм, изложенных в инструкциях, выполнение которых должно быть отработано до автоматизма и неукоснительно соблюдаться в любых условиях. Причиной этому может быть отсутствие целенаправленной профилактической работы среди медицинских работников по недопущению некачественного оказания медицинских услуг. Такая профилактическая работа должна проводиться с первого общения с пациентом при наличии правовых знаний у медицинских работников.

Результаты анализа оказания правовой помощи медицинским работникам, учреждениям на территории Новосибирской области позволили нам разработать двухуровневые алгоритмы оказания общей и специализированной правовой помощи медицинским работникам, учреждениям.

Алгоритм оказания общей правовой помощи (I уровень). Алгоритм заключается в совокупности действий медицинских работников и юриста-консультанта медицинского учреждения. Его целью является юридическое сопровождение работы медицинского учреждения в соответствии с правовой регламентацией медицинской деятельности.

Алгоритм оказания специализированной правовой помощи (II уровень). Алгоритм представляет собой совокупность действий врача в случае некачественного оказания медицинской услуги на разных этапах правовой помощи: внесудебном, общеправовом, специализированном.

Применение двухуровневых алгоритмов на практике позволяет осуществлять оказание правовой помощи медицинским работникам, учреждениям в оптимальном режиме, своевременно предупреждать нарушения в медицинской практике, тем самым способствовать повышению качества оказания медицинских услуг населению.

ПРАВОВОЙ РЕЖИМ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА КАК ВИДА ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

И.П. Коваленко

*Российский государственный институт интеллектуальной собственности,
Москва, Россия*

Инновация может быть связана с продуктами, услугами, процессами, типом юридического лица, системами, экологическими задачами, социальными завоеваниями и общественным достоянием. Важно не просто предлагать рациональные идеи, но и успешно воплощать их на практике. Не вызывает сомнений тот факт, что экономический рост возможен только при постоянном появлении инноваций и восприятию их рынком в качестве таковых. Юридическому лицу едва ли удастся выжить без инноваций, приносящих прибыль, поэтому оно для своего развития выбирает модель "все лучше и лучше", другими словами – постоянного совершенства.

К одному из видов инноваций можно отнести и получившую в последние годы широкое развитие на территории Российской Федерации систему менеджмента качества (СМК) на основе международных стандартов ИСО серии 9000. Расширяя границы инноваций, включив в них разработку и внедрение СМК, такая модель развития способствует реализации изменений, направленных на совершенствование бизнеса, использующего результаты деятельности человека – новые идеи, зафиксированные в документах, составляющие интеллектуальную собственность юридического лица. При этом движущей силой развития является внутреннее стремление, поощряемое менеджментом юридического лица и разделяемое как можно большим числом работников.

Необходимость разработки и внедрения результативных СМК сегодня мотивируется государством в соответствии с Федеральным законом "О техническом регулировании" от 27.12.2002 N 184-ФЗ, который определил основные цели системы технического регулирования в Российской Федерации, направленные на реформирование правоотношений в области нормирования обязательных и добровольных требований к продукции и услугам.

Принятие Федерального закона "О техническом регулировании" регулирует отношения, возникающие при разработке, принятии, применении и исполнении установленных требований к продукции, процессам проектирования, производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнению работ или оказанию услуг.

Федеральный закон также определяет права и обязанности участников отношений. Формируя новые правоотношения в экономике, он косвенно содействует развитию инноваций в Российской Федерации.

Третья глава указанного выше закона посвящена вопросам стандартизации, регламентирует ее цели, которые напрямую касаются обеспечения конкурентоспособности и качества продукции (работ, услуг), созданию систем классификации и кодирования технико-экономической и социальной информации, систем обеспечения качества продукции (работ, услуг).

К документам в области стандартизации, используемым на территории Российской Федерации, относятся национальные стандарты, правила стандартизации, нормы и рекомендации в области стандартизации, применяемые в установленном порядке классификации, общероссийские классификаторы технико-экономической и социальной информации, стандарты организаций, своды правил.

Стандарты охватывают многие стороны нашей жизни - от интеллектуальной собственности, техники, здоровья, безопасности до международной торговли. Стандарты позволяют также переправлять продукцию через границу, что дает возможность более эффективной конкуренции на мировых рынках.

Одним из принципов философии международных стандартов ИСО серии 9000 является постоянное совершенство. Этот принцип связан с творческой, креативной деятельностью человека, которая наиболее сложна в части ее организации, планирования и менеджмента. Правовая охрана результатов творческой деятельности осуществляется на основании действующих в России Патентного закона, Закона "Об авторском праве и смежных правах" и ряда специальных законодательных актов. С 01 января 2008 г. вступает в силу кодифицированная IV часть Гражданского кодекса. В ней сформулирован новый подход правового регулирования в сфере творческой деятельности человека.

Придание объектам промышленной собственности статуса товара позволяет включить их в состав нематериальных активов юридического лица любой организационно-правовой формы. Это требует разработки определенного алгоритма действий, от создания объектов промышленной собственности до их выявления и правовой охраны для последующего принятия к учету и постановки на баланс.

Таким образом, правые отношения при разработке и внедрении СМК базируются не только на нормах Федерального закона "О техническом регулировании", но и регулируются нормативными актами, действующими в сфере интеллектуальной деятельности.

АНКЕТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ -
ОДНА ИЗ ФОРМ ОЦЕНКИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Т.Н. Коваленко, О.А. Захваткина

*РНЦ "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова,
Курган, Россия*

В практике каждого лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) важную роль играет оценка качества медицинской помощи, а одним из требований системы менеджмента качества (СМК) является оценка удовлетворенности потребителей, необходимая для урегулирования возможных разногласий между ожиданиями пациента и тем, что ЛПУ фактически может ему предоставить.

В нашем Центре для изучения требований пациентов (потребителей) применяются следующие методы и приемы: комплексный анализ всех обращений (жалоб, заявлений, предложений, претензий, благодарностей персоналу и т.д.), поступающих от пациентов и их родственников как в устной (телефонной), так и в письменной форме; непосредственное общение с пациентом и персоналом, контактирующим с ним; сообщения в СМИ и на сайте; проведение маркетинговых исследований и рекламных мероприятий, конференций и семинаров с участием потребителей.

Оценка удовлетворенности качеством медицинских услуг проводится путем интервьюирования или анкетирования пациентов. Остановимся на данном методе более подробно, так как он часто используется в нашей практике и является наиболее достоверным.

В СМК анкетирование обязательно обеспечивается ресурсами и поддержкой высшего руководства. Для прослеживания динамики удовлетворенности анкетирование должно быть регулярным. Лучше всего воспринимаются потребителями краткие опросы. Важно оценивать те параметры, которые для ЛПУ являются наиболее ценными, а для пациента (потребителя) имеют смысл. Иногда для составления анкеты требуется провести поисковое исследование в виде внутреннего аудита, которое позволит выявить узкие места и определить несоответствия для точной формулировки вопроса. На наш взгляд, более широкая (10-ти балльная) шкала оценки дает возможность респонденту быть наиболее избирательным.

Разработчик анкеты предугадывает будущие пожелания потребителя. Важно довести эти потребности и ожидания до всего персонала ЛПУ, сравнить представления сотрудников с мнением пациентов, выявить приоритеты и обобщить ценности потребителя, а тем самым его удержать.

Главное, постоянно искать дополнительные источники информации об удовлетворенности потребителя.

Анкетирование может проводиться параллельно с мониторингом рекламаций, заключенных договоров, документации, регламентирующей лечебный процесс, также можно использовать метод наблюдения и опроса (собеседования) с целью сбора данных о состоянии материально-технической базы ЛПУ, о правильности и качестве выполнения профессиональных процедур персоналом.

Стоит обращать внимание на данные, полученные от страховых компаний, фонда ОМС, юридических лиц, специалистов в области смежных медицинских наук, которые при правильном использовании могут способствовать более полной картине обратной связи с потребителями.

С целью оценки качества и эффективности медицинской помощи, а также для разработки мероприятий по дальнейшему улучшению работы сотрудниками бюро качества и научного медицинского отдела маркетинга и рекламы регулярно проводится анкетирование пациентов поликлиники, стационара, русскоязычных и англоговорящих пациентов и их родственников.

Оценивать качество медицинских услуг можно с разных точек зрения. На наш взгляд, основу оценки составляют такие критерии, как удовлетворенность результатом лечения, удовлетворенность врачом и медицинским персоналом, удовлетворенность диагностическими и лечебными процедурами, доступность и комфортабельность ЛПУ. Результаты оценки путем анкетирования и их анализ помогают команде высшего руководства выработать оперативные и стратегические управленческие решения по улучшению медицинского обслуживания пациентов (потребителей) с учетом пожеланий каждого из них. А наличие продуманной системы регистрации и анализа всех обращений позволяет ЛПУ формировать круг лояльных потребителей.

РОЛЬ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Т.Н. Коваленко, О.А. Захваткина

*РНЦ "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова,
Курган, Россия*

Для любого учреждения здравоохранения разработка и внедрение собственного инновационного проекта "Использование системы менеджмента качества (СМК) в управлении" в соответствии с требованиями международного стандарта ИСО серии 9000 является долговременным и требующим определенных финансовых ресурсов процессом. Поэтому с внедрением СМК руководство учреждения должно интересоваться ее функционированием, понимать происхождение сбоев в системе и оценивать результативность.

Важными инструментами развития СМК являются внутренние аудиты (проверки). Регламент их проведения должен быть определен документированной процедурой и требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2001. Благодаря аудитам высшее руководство получает представление о действительном или формальном наличии СМК, об эффективности ее функционирования. Существует несколько видов аудита (проверки).

Аудит первой стороной – учреждение здравоохранения проверяет само себя, другими словами, это и есть внутренний аудит (проверка). Он может быть точкой зрения высшего руководства лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), менеджера по качеству, линейных менеджеров, работников, которые оценивают ресурсы, используемые для аудита и др.

Аудит второй стороной – может провести потребитель или представитель заказчика, как правило, перед заключением контрактов, соглашений. Он может являться точкой зрения Росздравнадзора, страховых компаний, фондов ОМС, ДМС, пациентов, поставщиков, партнеров и других заинтересованных сторон, не входящих в состав ЛПУ.

Аудит третьей стороной – проводят внешние независимые организации, например орган по сертификации, который обычно проводит предварительный, сертификационный и периодически инспекционный аудиты действующей в ЛПУ СМК.

Кроме того, выделяют плановый и внеплановый аудиты.

Внутренние аудиты должны быть скоординированы, насколько это возможно, с другими внутренними аудитами: аудит СМК, структурных подразделений, процессов, аудиты на предмет безопасности или клинические, по видам научной продукции и медицинским услугам и др. Вместе с тем результативность и эффективность внутреннего аудита различны у разных ЛПУ и имеют специфические особенности в зависимости от рода их деятельности и организационно-правовой формы. Фактически внутренний аудит – это проверка того, что система и процедуры выполняются, как предписано, работают, как предусмотрено, пересматриваются регулярно и по мере необходимости исправляются. Важно осознать, что объектом внутреннего аудита является проверка всей СМК, ее пригодности и результативности, а не проверка деятельности конкретных сотрудников ЛПУ.

В ходе внутреннего аудита проверяется следующее: соответствует ли деятельность ЛПУ, структурного подразделения требованиям стандарта при предоставлении качественных медицинских услуг и научной продукции; определены ли ответственные и исполнители элементов СМК; установлены ли критерии для мониторинга процесса или процедуры; имеются ли нормативные документы, методы работы и как они оформлены документально; выполняются ли

элементы требований ГОСТа на местах сотрудниками структурных подразделений, имеются ли ресурсы и информация, необходимая для поддержания процессов и т.д.

Источниками информации при аудите являются интервью с работниками, данные обратной связи от потребителей, визуальные наблюдения за деятельностью, документы и записи, итоговые данные, компьютеризированные базы данных и др.

Внутренние аудиты должны проводиться подготовленным персоналом, обладающим знаниями, опытом или квалификацией работы и определенными личными качествами. Необходимо отметить, что внутренний аудитор не должен проверять собственную работу.

Технологии проведения внутреннего аудита в РНЦ "ВТО" обучены 47 человек, они имеют специальное удостоверение. Это руководители структурных подразделений, главная медицинская сестра и старшие медицинские сестры семи клинических отделений, научные сотрудники и врачи, инженеры, сотрудники бухгалтерии и отдела кадров, лаборанты-исследователи, провизор аптеки.

Внутренние аудиты должны ориентироваться не на выявление несоответствий в системе, а на постоянное повышение результативности процессов СМК.

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Б.Б. Кравец, А.Ф. Карелин, М.В. Печерских

*Воронежский областной клинический онкологический диспансер,
Россия*

Цель управления детской онкологической службой – снижение детской смертности от злокачественных новообразований (ЗНО) за счет установления соответствия фактических и плановых гарантированных объемов медицинской помощи. Для реализации поставленной цели и принятия конкретных управленческих решений необходимы комплексный подход и системный анализ деятельности педиатрической службы Воронежской области с учетом потребности детей в медицинской помощи онкологического профиля, материально-технического оснащения детских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), рационального использования коечного фонда, организационно-правового, информационного, штатного и других видов обеспечения. Следует также учитывать особенности социально-экономического развития, обеспеченность ресурсами системы здравоохранения области, экологическую ситуацию и социально-экономические факторы. Для достижения этой цели необходим сбор информации

о заболевших ЗНО детях, статистическая обработка данных по онкозаболеваемости у детей, смертности от них, своевременной диагностике онкологической патологии.

Для исследования использовались данные канцеррегистра Воронежского областного клинического онкологического диспансера, гематологических отделений детской областной клинической больницы № 1, детской городской клинической больницы № 1, областного центра статистики, территориального управления Роспотребнадзора Воронежа. В исследование включено 367 детей в возрасте от 0 до 14 лет, заболевших ЗНО за период с 1997 по 2004 гг.

Выявлено, что показатель детской онкозаболеваемости за этот период колебался от 8,5 до 15,4 на 100 тыс. детского населения. Средний уровень заболеваемости за 8-летний период несколько выше, чем по России: 11,6 и 10,6 на 100 тыс. детского населения соответственно. I место в структуре онкозаболеваемости у детей занимают гемобласты (52,6%), затем следуют злокачественные опухоли костей и мягких тканей и опухоли головного мозга. Уровень заболеваемости ЗНО является показателем, не зависящим от медицинской деятельности. Одной из причин возникновения ЗНО в настоящее время является неблагоприятная экологическая ситуация. Доказано, что в Воронеже заболеваемость детей ЗНО достоверно выше, чем в районах области. Это может быть связано с загрязнением окружающей среды. Уровень смертности детей от злокачественных опухолей зависит от ряда причин: уровня и структуры заболеваемости, эффективности проводимых лечебных мероприятий, качества первичной диагностики, удельного веса больных с IV стадией заболевания среди впервые зарегистрированных, то есть этот показатель можно считать зависящим от медицинской деятельности.

За исследуемый период от ЗНО погибло 137 детей. Из учетной группы умерло 115 детей, из них 112 – от основного заболевания, 3 – от других причин (1 – автокатастрофа, 1 – внезапная смерть, 1 – утопление). Удельный вес начальных стадий (I и II) ЗНО у детей составил 35,4 %, то есть 1/3 от всех впервые зарегистрированных с ЗНО детей. По России с 1997 по 2002 гг. этот показатель находился в пределах 23,9–27,6 %. Пятилетняя выживаемость составила 64,2 %. По области удельный вес больных детей с IV стадией процесса за 8 лет составил 11,4 %. По России этот показатель в среднем за данный период – 9,5.

Это говорит не только о необходимости поиска новых методов лечения, но и о том, что нужно улучшать материально-техническое оснащение детских ЛПУ онкологического профиля, оснащать современными лекарственными препаратами, обучать педиатров вопросам детской онкологии.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГНОКБ

О.Б. Левин, В.Е. Митрохин, А.П. Петренко,

О.А. Черноусова, Т.Н. Курбетьева

*Государственная Новосибирская областная клиническая больница,
Россия*

Система контроля, как один из элементов управления качеством медицинской помощи, в ОГУЗ "ГНОКБ" была создана в 2001 г. в соответствии с основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Целью системы управления качеством медицинской помощи является обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов, современных технологий, своевременного выявления нарушений в организации оказания медицинской помощи и принятия мер по их предупреждению.

Для обеспечения эффективного функционирования системы управления качеством медицинской помощи в учреждении созданы больничный комитет по качеству медицинской помощи, включающий следующие подразделения: комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), лечебно-контрольную (ЛКК), клинико-экспертную (КЭК), по профилактике внутрибольничных инфекций (КПВБИ), по стандартизации (КС); отдел медико-экономического анализа; отдел клинической эпидемиологии; отдел клинической фармакологии; совет медицинских сестер; этический комитет.

Объектом управления является медицинская помощь, представляющая собой комплекс лечебно-диагностических мероприятий, проводимых по стандартизованным технологиям, вопросы эпидемиологического надзора и сестринского ухода.

Система управления качеством медицинской помощи решает следующие задачи: экспертиза качества оказания медицинской помощи конкретным пациентам; выявление и анализ дефектов, оказавших негативное влияние на качество медицинской помощи; анализ жалоб (обращений) пациентов и их законных представителей в администрацию больницы, департамент здравоохранения, страховые медицинские организации, областной фонд обязательного медицинского страхования и др.; анализ показателей, характеризующих уровень качества оказания медицинской помощи; разработка организационных предложений и проектов нормативно-методических документов по обеспечению должного уровня качества медицинской помощи; подготовка практических рекомендаций для заведующих отделениями, врачей, среднего медицинского персонала по обеспечению качества медицинской помощи на основе предупреждения ошибок и дефектов в работе; проведение текущего контроля

за исполнением нормативно-методических документов по обеспечению и контролю качества медицинской помощи.

Деятельность по обеспечению качества медицинской помощи является коллективной, в ней участвует весь персонал больницы. Контроль качества осуществляется заведующими стационарными и поликлиническими отделениями (1 уровень); заместителями главного врача по службам, по работе со средним медицинским персоналом, по клинико-экспертной работе, клиническими кураторами отделений, главными специалистами департамента здравоохранения, сотрудниками отделов медико-экономической статистики, медико-экономического анализа, клинической фармакологии, клинической эпидемиологии и т.д. (2 уровень), комитетом по качеству медицинской помощи, включая комиссии (3 уровень). В необходимых случаях для проведения экспертизы привлекаются независимые эксперты из числа ведущих специалистов Новосибирской области.

Непрерывное обеспечение контроля качества осуществляется путем оценки первичной медицинской документации (медицинская карта стационарного, амбулаторного больного) с заполнением экспертных карт. Экспертиза проводится по законченным случаям. Проведение экспертизы предусматривает сопоставление ее с протоколами ведения больных и утвержденными клинико-экономическими стандартами оказания медицинской помощи. На каждый случай заполняется "Экспертная карта оценки качества медицинской помощи" по рассматриваемым вопросам (карта КИЛИ, ЛКК и др.).

По результатам анализа экспертных карт, а также сведений, предоставляемых отделами клинической фармакологии, клинической эпидемиологии, сестринской службой и другими заинтересованными подразделениями больницы отделом медико-экономического анализа поквартально, за полугодие, за 9 мес., за год рассчитываются комплексные показатели качества медицинской помощи.

Информация, полученная в результате контроля качества медицинской помощи, является исходной базой для принятия управленческих решений и издания нормативно-методических документов по обеспечению качества медицинской помощи, а также для определения дифференцированной оплаты труда медицинского персонала больницы.

СЕРТИФИКАЦИЯ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
КАК ОБЪЕКТИВНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ
СПОСОБНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОКАЗЫВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОТВЕЧАЮЩУЮ
УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ

В.Л. Лонцих

*Бюро Веритас Сертификейшн Русь,
Санкт-Петербург, Россия*

Сертификация системы менеджмента качества (СМК) является объективным свидетельством не только потенциальной, но и фактической способности организации (в данном случае учреждения здравоохранения) оказывать медицинскую помощь, отвечающую установленным требованиям. Кроме того, сертификация СМК является объективным свидетельством способности организации следовать основополагающим принципам стандарта ISO 9001:2000 (Стандарта), которые базируются на принципах направленности на удовлетворенность потребителя, процессного подхода, на применении метода "Планировать", "Выполнять", "Проверять", "Действовать" (ПВПД), принципе постоянного улучшения, анализе данных, основанных на фактах. Таким образом, к понятию медицинской помощи, отвечающей установленным требованиям, прибавляется очень важное понятие удовлетворенности потребителя, которое не ограничивается выполнением законодательных и нормативных требований и представляет из себя широкое поле для реализации принципа постоянного улучшения посредством взаимодействия с потребителем и анализа данных о его удовлетворенности. Принцип направленности на потребителя медицинской услуги хорошо корреспондируется с духом закона о техническом регулировании в отношении того, что качество товаров и услуг должен регулировать рынок, но их безопасность – задача государственная.

Трудно переоценить значение политики в области качества, поскольку планирование СМК должно быть всецело согласовано с принятой политикой. Самые общие декларации о постоянном удовлетворении потребностей и ожиданий потребителя несут в себе обязательства тщательно образом идентифицировать как сами эти потребности и ожидания, так и обязательные законодательные нормы и требования.

Вопрос планирования СМК и установление измеримых целей в области качества является ключевым вопросом построения системы менеджмента. СМК, в конечном итоге, является инструментом управления, который предназначен, следуя основополагающим принципам Стандарта и всем его элементам в целом, оптимальным путем достигать поставленных целей. Анализ СМК должен подтвердить результативность системы, то есть степень достижения

запланированных результатов. Наилучшим способом анализа результативности СМК и демонстрации этого, безусловно, является сравнение существующих измеримых целевых показателей с фактическим достигнутым значением.

Другой весьма важный элемент построения СМК – это определение процессов СМК и их применение в организации. Степень детализации описания взаимодействия процессов зависит от размеров и типа организации, сложности и взаимодействия процессов, компетентности персонала (прим. 2 п. 4.2.1 Стандарта). В любом случае при анализе СМК со стороны руководства необходимо в качестве входных данных рассматривать данные по функционированию процессов. Эти данные фактически дают в руки высшего руководства ключ для оценки пригодности, адекватности и результативности СМК. Наиболее оптимальным способом оценки функционирования процессов является применение измеримых показателей функционирования процессов и критериев оценки. Высшему руководству необходимо иметь практическую возможность, опираясь на объективные показатели, посредством мониторинга процессов и анализа СМК, подтверждать способность процессов достигать запланированных результатов или предпринимать исправительные или корректирующие действия, если запланированные результаты не достигаются. Таким образом, наряду с установлением измеримых целей СМК вопрос определения процессов, их взаимодействия и установления этим процессам измеримых показателей является ключевым вопросом СМК. Эти показатели должны быть, как минимум, теми самими показателями, которые высшее руководство безусловно использует в процессе управления, вне зависимости от того, сертифицирована система менеджмента или нет. Система, таким образом, предполагает сочетание традиционной хорошей практики управления учреждением здравоохранения с самыми современными методами и инструментами менеджмента.

Важным элементом СМК учреждений здравоохранения является интерпретация требования пункта 7.5.2 Стандарта – подтверждение (валидация) процессов производства и обслуживания и его идентификация в системе. Сама по себе идентификация элемента 7.5.2 в СМК скорее всего ничего не добавит к сложившейся практике предоставления медицинской услуги, однако продемонстрирует факт всесторонней заботы о здоровье и безопасности потребителя в части необходимости определения и реализации мероприятий касательно обеспечения требуемой квалификации персонала, применения надлежащего оборудования, использования определенных методик и процедур, определения критериев для анализа и одобрения таких процессов (система обучения, практический опыт, статистические данные, подготовка к предоставлению услуги, анализ рисков, выбор методик).

ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫМ ПРОЦЕССОМ ТЕМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКЕ НАУЧНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

В.Д. Макушин

*РНЦ "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова,
Курган, Россия*

Организационно-функциональная работа научно-клинической лаборатории патологии суставов РНЦ "ВТО" строится в соответствии с текущим (годовым) и стратегическим (пятилетним) планами научных исследований, поэтому мониторингу качества управления лечебным процессом тематических больных придается первостепенное значение. Опираясь на многолетний опыт работы, мы придерживаемся определенного алгоритма организационных этапов:

- 1) догоспитальный;
- 2) госпитальный;
- 3) постгоспитальный.

Каждый этап документируется с установлением критериев, предусмотренных научной программой изучения проблемы.

В порядок прохождения пациента по научной программе на догоспитальном этапе включаются следующие вопросы:

1. Предварительные клинико-рентгенологическое, сонографическое и специальные лабораторные исследования по изучаемой проблеме.
2. Первичный патогенетический анализ заболевания с ведением соответствующей научно-медицинской документации.
3. Представление пациента специалисту-проблемнику для уточнения задач исследования и предполагаемой технологии лечения.
4. Консультация пациента заведующим клиническим отделением и направление его для стационарного лечения.

Стационарный этап включает организационные действия в следующей последовательности:

1. В трехдневный срок лечащий врач совместно с научным сотрудником и заведующим базовым отделением оценивает состояние пациента и уточняет технологический план лечения. Больной приглашается на хирургический лабораторный совет для уточнения плана оперативного лечения с включением новых технологий в реабилитационный период.

2. На хирургическом лабораторном совете согласуется и утверждается окончательный тактико-технологический план мониторинга лечебного процесса тематического больного.

Такая развернутая система организации диагностического и лечебного процесса позволяет избежать тактических, технологических ошибок в лечении больных,

интенсифицировать лечебные мероприятия и предусмотреть уровень качества реабилитации на основе коллективного обсуждения проблемы и аспектов обеспечения научной программы.

Необходимым условием оценки конечного результата лечения больного является интегральная индексная система балльного ранжирования с учетом дифференцированного мнения как специалиста-врача, так и больного.

Мониторинг лечебного процесса в клинике осуществляется следующим образом:

- а) ежедневно лечащим врачом-исследователем;
- б) еженедельно заведующим профильным отделением;
- в) ежемесячно шефом профессором лаборатории.

На постгоспитальном этапе важное значение придается ежегодному изучению качества и полноты проведения реабилитационного периода со сравнительной интегральной индексной оценкой анатомо-функциональных результатов. Заполняются специальные карты-опросники в виде визуально-аналоговых шкал типа "Womas" или "LeKen".

Использование данной системы организации тематической лечебно-научной программы позволило в два раза снизить ошибки и осложнения при лечении больных и получить в 95–98 % случаев благоприятные результаты при тяжелой ортопедической патологии опорно-двигательной системы.

СИСТЕМА НЕПРЕРЫВНОЙ ОЦЕНКИ, КОНТРОЛЯ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Э.Р. Маттис, В.В. Троценко

*Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова,
Москва, Россия*

Из трех известных критериев оценки качества лечения в медицине (ресурсы, технологии и результаты) нами рассматривается последний – эффективность лечения и пути ее повышения.

На повышение эффективности лечения должна быть направлена его стандартизация. Решать эту проблему должны, казалось бы, прежде всего клиницисты, но они являются лишь руководимыми исполнителями.

Стандартизация основана на отраслевых классификаторах "ПМУ" и "СКМУ", отраслевом стандарте "Термины и определения системы стандартизации" и т.д. Используемые в них клиническая терминология и перечень услуг, а также обозначение нозологий по МКБ исключают практическое использование названных документов в клинической работе.

Продукцией стандартизации являются "Стандарт лечения" и "Протокол лечения". "Протокол" представляет собой некое мини-руководство по лечению одной или нескольких близких нозоформ, излагающее взгляды той или иной школы, клиники, основанное обычно на опыте небольшой группы авторов и не имеющее ничего общего с доказательной медициной, на которой такой документ должен быть основан. Работа над "Протоколом" - весьма трудоемкая задача. Подготовить "Протоколы" по всем нозоформам практически нереально, да и практическая ценность их сомнительна: квалифицированный специалист владеет этим объемом знаний, а начинающий врач по "Протоколу" ничему не научится. Результаты лечения по "Протоколу" не пригодны для дальнейшей обработки. "Стандарты лечения" в работе вообще не используются.

Мы считаем, что основным и обязательным моментом стандартизации должно быть следующее (на примере стандартизации лечения переломов):

- 1) совместная одновременная работа большого количества учреждений-соисполнителей с перекрестными исследованиями;
- 2) единая методика работы для всех соисполнителей;
- 3) полноценное статистическое обеспечение исследований с начала и до конца: рандомизированные и доказанно репрезентативные группы наблюдений, их обоснованная численность, исключение случайных наблюдений, проверка достоверности результатов на всех этапах и т.д.;
- 4) количественная методика оценки (измерения) исходов, с известной и доказанной точностью позволяющая проводить все необходимые статистические операции;
- 5) результат работы – таблица с указанием рекомендуемых методов лечения: нозоформа – метод лечения.
- 6) изучение генеральной совокупности больных (в данном случае с переломами); соотнесение эпидемиологических данных с численностью города, области, региона даст данные о потребности в консервативных и оперативных пособиях, а, следовательно, в травматолого-ортопедических инструментах и прочем оборудовании;
- 7) широкое оповещение о результатах работы, централизованное обучение врачей; стандарты не обязательны, но должны быть созданы условия для их исполнения;
- 8) единый банк данных по результатам лечения, по подготовке специалистов, по потребностям, их постоянная обработка (при отлаженной системе это происходит почти автоматически);

При таком подходе основная работа по стандартизации может быть проведена в ограниченные и заранее спланированные сроки. Фрагменты указанных исследований можно повторять с любой периодичностью для контроля и повышения эффективности тех или иных методов лечения. Получается непрерывно действующая система оценки, контроля и повышения эффективности медицинской помощи.

Опыт проведения такой работы у отечественных травматологов есть ("Программа С-18, 1982-86 гг." при 70 учреждениях-соисполнителях). В ходе ее были собраны и обработаны многотысячные данные, которые в новой политической обстановке в стране оказались невостребованными. Эти данные в нынешних условиях в значительной мере устарели. Однако аналогичная работа, выполненная по аналогичной же методике, может дать реальные стандарты лечения по основной массе нозологических единиц за несколько лет.

Работа может проводиться только под руководством и при реальном участии Минздравсоцразвития.

РОЛЬ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ОКАЗАНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

Л.Ф. Мосалова, Н.А. Харлов

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

В соответствии с концепцией модернизации российского образования на период до 2010 г. главная задача российской образовательной политики – обеспечение высокого качества образования на основе сохранения его фундаментальности и соответствия актуальным и перспективным потребностям личности, общества и государства.

Система менеджмента качества НГМУ является частью системы управления университетом и направлена на достижение результатов в соответствии с целями в области качества, на удовлетворение потребностей, ожиданий и требований потребителей и других заинтересованных сторон. В июне 2006 г. СМК университета сертифицирована международным органом по сертификации "БЮРО ВЕРИТАС", а в мае 2007 г. прошла первый надзорный аудит (без регистрации несоответствий). СМК НГМУ, единственная в России в области высшего медицинского образования, использует уникальные методики оценки качества образовательного процесса в сфере здравоохранения и социальной работы. В основу СМК университета положены принципы, базирующиеся на следующих документах и моделях систем качества образования:

- международные стандарты по менеджменту качества серии ISO 9000;
- "Стандарты и директивы для гарантии качества высшего образования в Европейском регионе", разработанные Европейской сетью (Ассоциацией) гарантии качества (ENQA) в сфере высшего образования;
- модель конкурса Рособнадзора и Рособразования "Внутривузовские системы обеспечения качества подготовки специалистов".

Область применения СМК НГМУ охватывает следующие виды деятельности университета: стратегическое планирование и управление качеством образования, планирование и развитие СМК, распределение ответственности и полномочий, лицензирование, аттестация и аккредитация, анализ СМК со стороны руководства, а также процессы по управлению качеством образования (маркетинговые исследования рынка образовательных услуг и рынка труда, проектирование и разработка образовательных программ), довузовская подготовка и прием студентов, реализация основных образовательных программ, воспитательная и внеучебная работа с обучаемыми, кадровое обеспечение, закупки и взаимодействие с поставщиками материальных ресурсов, информационно-методическое обеспечение образовательного процесса, управление инфраструктурой и производственной средой, а также деятельность по мониторингу, измерению и анализу процессов, управлению несоответствиями в образовательном процессе, улучшение процессов посредством политики, целей, а также корректирующих и предупреждающих действий.

Все измеряемые показатели и характеристики качества процессов университета и результатов его деятельности можно разделить на следующие виды:

– внутренние характеристики качества процессов, используемые в основном для управления этими процессами в рамках СМК и контроля степени достижения целей по различным процессам (с использованием статистических инструментов качества);

– показатели государственной аккредитации университета, используемые для внешней экспертизы и определяющие статус университета.

В СМК активно используются традиции, сложившиеся в университете: единство научной и учебной деятельности, дающее специалистам глубокие общенаучные знания, фундаментальная научная и практическая подготовка, позволяющая выпускникам быстро адаптироваться в современных условиях; высокий уровень требований к студентам и преподавателям, гарантирующий качество подготовки специалистов, новаторство, требующее от студентов, преподавателей и ученых университета постоянно находить лучшие пути решения стоящих перед ними задач.

Потребителями результатов образовательного процесса университета выступают студенты, их семьи, предприятия-работодатели, общество и государство в целом, которые будут эффективно (или неэффективно) использовать потенциал выпускников. Государственный контроль и надзор за качеством образования направлен на обеспечение единой государственной политики в области образования, повышение качества подготовки специалистов, рациональное использование средств федерального бюджета, выделяемых на финансирование системы образования. Однако внешней оценки качества образования, как показывает мировой опыт, не достаточно. Разработка внутренних механизмов

обеспечения и гарантии качества образования – приоритетная задача политики в области качества НГМУ.

Университет создает условия и стимулы для свободного выражения мыслей и идей, поддерживает культ знаний и стремления к успеху. Обозначенные приоритеты позволяют говорить о том, что на базе СМК НГМУ складывается инновационная образовательная инфраструктура, ориентированная на внедрение в учебный процесс современных информационных технологий, новых научных разработок в сфере медицинских, социально-гуманитарных, естественных и экономических знаний.

В основу концепции развития и улучшения СМК университета положены следующие принципы:

- соблюдение требований международного стандарта в области учебных программ, организации образовательного процесса, подготовки научно-педагогических кадров, оснащения техническими средствами обучения;
- внедрение новых технологий в образовательный процесс в организации лекционно-практических занятий, создание методической основы обучения на основе мультимедийных систем и средств телекоммуникации;
- использование сети Интернет и телекоммуникаций в организации учебного процесса и проведении научно-исследовательских и методических работ;
- организация независимого контроля обученности студентов с учетом современных информационных технологий.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

И.А. Норкин, В.В. Савченко, Т.Н. Акимова, Е.В. Гладкова

Саратовский НИИ травматологии и ортопедии,

Россия

Нами проведен социологический опрос 1572 пациентов, находившихся на лечении в Саратовском НИИ травматологии и ортопедии. Изучалось мнение больных по вопросам, касающимся их информированности, удовлетворенности качеством, а также доступности медицинской помощи.

Социально-демографическая характеристика опрошенных пациентов коррелируется с общероссийскими данными. Среди принявших участие в анкетировании было в 1,5 раза больше женщин, чем мужчин ($p < 0,05$); более трети пациентов были старше 50 лет; по социальному статусу в структуре преобладали служащие государственных учреждений и неработающие пенсионеры (65 %

опрошенных; $p < 0,05$). Большая часть пациентов (82 %) имела средний (или ниже) уровень материальной обеспеченности.

Результаты проведенного анкетирования выявили, что почти каждый третий респондент (28 %) не удовлетворен качеством оказания помощи на догоспитальном этапе. В стационаре таких пациентов было значительно меньше – 17 %. В основном это лица, работающие в государственных или негосударственных учреждениях. Пенсионеры, как работающие, так и не работающие, в большей степени удовлетворены результатами медицинского обслуживания.

Большинство опрошенных (84 %) положительно оценили санитарно-гигиенические условия в стационаре. Удовлетворены обеспеченностью медикаментами 79 % респондентов, отношением к пациентам врачей и среднего медицинского персонала – 89 %. Таким образом, по данным показателям удовлетворенность пациентов оказалась достаточно высокой.

По данным опроса, 78 % больных считают, что достигли ожидаемого результата лечения. На вопросы: "Повысились ли Ваши физические возможности?" и "Можете ли Вы вести прежний образ жизни?" положительный ответ дали 73 % респондентов.

Среди принимавших участие в анкетировании 93 % считают бесплатную государственную медицину оптимальной, платной государственной медицине отдают предпочтение 7 % пациентов.

Анализ результатов исследования выявил недостаточную информированность населения по различным вопросам медицинского страхования, о проводимых реформах в здравоохранении, о своих правах как застрахованных по системе обязательного медицинского страхования. Наибольшая информированность по вопросам обязательного и добровольного медицинского страхования выявлена среди работающих граждан ($p < 0,05$). Наименее осведомленными оказались: студенты, неработающие пенсионеры, временно неработающие ($p < 0,05$). Большинство участников анкетирования (56 %) не знают перечня медицинских услуг, которые должны предоставляться им бесплатно.

В результате исследования было выявлено, что респондентов интересуют не общие проблемы здравоохранения, а только те, которые касаются пациентов, в частности информация о формах и условиях оказания конкретных медицинских услуг, предоставлении и стоимости медикаментов.

Проведенный социологический опрос дал возможность получить информацию, позволяющую исключить негативные моменты в работе стационара и создать условия, способствующие улучшению качества оказания специализированной медицинской помощи. Более того, результаты опроса свидетельствуют о неудовлетворенности населения существующей системой здравоохранения в стране, допускающей оказание платных медицинских услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЕ

Н.Ю. Процалькина, Е.А. Финченко, В.В. Степанов, М.В. Гусев
*Государственная Новосибирская областная клиническая больница,
Россия*

С 2002 г. в Государственной Новосибирской областной клинической больнице (ГНОКБ) внедрены модель и организационные технологии клинико-фармакологического обеспечения лечебно-диагностического процесса, предусматривающие разработанные механизмы взаимодействия врачей лечебных отделений, отдела клинической фармакологии, отдела клинической эпидемиологии, бактериологической лаборатории, службы медицинского обеспечения, формулярной комиссии, комиссии по стандартизации и больничного комитета по качеству медицинской помощи.

Для каждого клинического отделения ГНОКБ разработан и утвержден формуляр с учетом наиболее часто используемых в повседневной практике препаратов. Необходимым условием является наличие препарата в больничном формуляре. Также в каждом отделении существует возобновляемый запас препаратов для оказания неотложной помощи.

Весь спектр лекарственных средств, которыми может воспользоваться врач отделения, делится на четыре группы и назначается в порядке, определенном приказом по ГНОКБ:

- 1) препараты, включенные в формуляр лекарственных средств отделения (за исключением дорогостоящих), назначаются лечащим врачом в обычном порядке;
- 2) препараты, не включенные в формуляр лекарственных средств лечебного отделения, но включенные в формуляр лекарственных средств больницы (за исключением дорогостоящих), назначаются лечащим врачом с обязательным обоснованием в медицинской карте стационарного больного (МКСБ); при необходимости проводится консультация соответствующего специалиста или клинического фармаколога;
- 3) дорогостоящие препараты, включенные в больничный формуляр лекарственных средств, назначаются лечащим врачом с предварительным согласованием с руководителем по службе; при необходимости проводится консультация соответствующего специалиста или клинического фармаколога с обоснованием в МКСБ;
- 4) препараты, не включенные в больничный формуляр лекарственных средств, назначаются лечащим врачом с предварительным согласованием с клиническим фармакологом с последующим согласованием с руководителем службы.

Такой порядок назначения лекарственных препаратов позволил оптимизировать лечебный процесс, контролировать назначения врачей, избегать полипрагмазии.

В 2005 г. в ГНОКБ была введена система "аптека – пост", которая заключается в том, что отпуск медикаментов аптекой осуществляется на сестринские посты в соответствии с ежедневно получаемой информацией о врачебных назначениях.

Данная система позволяет определить реальную потребность отделений в лекарственных препаратах, обеспечить персонифицированный учет использования препаратов, исключить оседание невостребованных медикаментов в отделениях, что в целом ведет к рациональному использованию финансовых ресурсов больницы.

В рамках совершенствования формулярной системы разработана система клиничко-экономических стандартов (КЭС), представляющих собой оптимизированные медико-экономические стандарты, объединенные по принципу общности обследования и лечения нозологий. Все необходимые современные методы диагностики заложены в КЭС и назначаются врачом по показаниям. Объем фармакотерапии в КЭС составляет основу формуляров отделений.

Внедрение модели системы клиничко-фармакологического обеспечения в ГНОКБ способствовало достижению следующих результатов. С 2001 по 2005 гг. было выявлено, что доля случаев полипрагмазии снизилась в 2,1 раза, адекватность лекарственной терапии повысилась в 1,2 раза. Анализ базы данных службы медицинского обеспечения ГНОКБ показал увеличение доли расходов на приобретение оригинальных лекарственных препаратов в 1,4 раза. В их структуре преобладают современные эффективные антибактериальные препараты, доля расходов на которые возросла в 1,3 раза.

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА В ООО «ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА»

В.В. Романов, М.В. Маркина

*ООО "Лабораторная диагностика",
Новосибирск, Россия*

Рынок платных медицинских услуг – динамично развивающийся бизнес, отражающий новые потребности населения. Возможность оплачивать медицинскую помощь из личных средств позволяет потребителю напрямую воздействовать на качество услуги. Именно поэтому коммерческие медицинские центры внедряют новые технологии, которые становятся доступными для населения. Ярким примером являются такие области как стоматология, гинекология и репродукция,

лабораторная диагностика. С другой стороны, качество медицинской услуги подвергается постоянному регламенту и контролю со стороны государства.

Нашей задачей, как коммерческой лаборатории, было создание системы качества оказываемых лабораторных услуг. Обеспечение качества лабораторной услуги определило несколько новых терминов, позволяющих внести ключевые критерии оценки:

- результаты анализов должны удовлетворять нужды пациента и лечащего врача, оценку работы лаборатории необходимо оценивать именно по этому критерию;
- современная лаборатория должна быть методическим центром, внедряющим новые технологии с целью улучшения только одного показателя: цена – качество, профессиональное тщеславие, низкая стоимость не должны являться решающими факторами в выборе приборов, реактивов, программного обеспечения и тактики обследования.

Полагаясь на критерии "удовлетворение нужд" и "улучшение показателя цена – качество" мы выработали рабочую цель: необходимо создать систему обеспечения качества лабораторных исследований, которая максимально устранила бы человеческий фактор при оптимальной или даже экономически выгодной схеме финансирования.

Лабораторный процесс подразумевает три взаимосвязанных этапа. Преаналитический этап – промежуток времени от назначения лечащим врачом лабораторных исследований до начала выполнения анализа. Аналитический этап – промежуток времени, в который непосредственно выполняется анализ. Постаналитический этап – промежуток времени от получения результата анализа и до встречи подготовленного автоматизированного отчета с лечащим врачом. По статистике, именно на пре- и постаналитическом этапах происходит до 80–96 % ошибок. Это связано с тем, что существующие приказы (№ 45, 220) Минздрава РФ полностью регламентируют критерии валидации (отбраковки) на аналитическом этапе. По Российскому законодательству, лаборатории, независимо от форм собственности, должны участвовать в Федеральной системе внешней оценки качества, которая в последнее время интенсивно развивается и активно приглашает международные системы аналитического качества распространять свою деятельность на территории России. Вопрос системы качества на аналитическом этапе сегодня – это вопрос финансирования, а правовой институт и база поставщиков систем качества и контрольных материалов уже созданы.

Главным вопросом остается вопрос о методах контроля пре- и постаналитического этапов. Аудит является одним из эффективных способов контроля качества. Для оценки текущего состояния в 2006 г. был проведен диагностический аудит процедурных кабинетов учреждений, работающих по договору с лабораторией. Были учтены режимы работы кабинетов, количество персонала, обслуживающего пациентов, ассортимент назначаемых анализов,

оснащенность оборудованием, необходимым для работы с биологическим материалом. Внутри лаборатории была налажена схема учета артефактов преаналитики. По результатам аудита была выработана стратегия и тактика. Главную цель работы над ошибками преаналитического этапа мы сформулировали следующим образом: помочь медицинскому персоналу учреждения.

Принципы организации оптимального способа забора биоматериала: простота, преемственность, самоконтроль, персонализация, возможность дистанционного аудита.

Схема влияния на медицинский персонал, выбранная нами, следующая: по возможности полное устранение конкретной ошибки системными мерами. Например, если персонал процедурного кабинета периодически не обозначает название своего учреждения на пробирках, отправляем в это учреждение пробирки с наклейкой, где напечатано название и порядковый номер. Повторная инспекция в учреждения была направлена на устранение выявленных недостатков. В некоторых учреждениях были внедрены новые, вакуумные системы для забора крови, подготовлены индивидуальные наборы для сбора биоматериала на исследования наиболее требовательных для преаналитики тестов. Медицинский персонал, прошедший инструктаж, получил соответствующие сертификаты от лаборатории.

Главная цель постаналитического этапа – доставка диагностической информации в виде результата исследований лечащему врачу (заказчику) в форме доступной для идентификации и интерпретации. На постаналитическом этапе была отлажена регистрация выданных дубликатов, конфликтных ситуаций и клинических несоответствий. Выработан алгоритм подтверждающих тестов, программные проверочные модули, позволяющие сверить назначения с выполненными тестами и паспортные данные пациента и врача, письменное сопровождение автоматизированного отчета с комментариями врача-аналитика или заведующего. Создан консилиум из трех врачей, которые принимают решение в сложных случаях. Существует практика обратной связи с заказчиком. Внедрены новые формы передачи результатов – по электронной почте и факсу, что оказалось весьма оперативным способом доставки результатов для многих коммерческих центров.

Сегодня опыт создания системы обеспечения качества лабораторных исследований определяет следующие необходимые регулярные действия:

- постоянное изменение системы исполнения анализов так, чтобы влияние человеческого фактора было минимальным;
- выявление узких мест на каждом этапе (забор биоматериала, температурный режим, регистрация, выдача результатов);
- оптимизация и автоматизация всех этапов выполнения анализа;
- регулярный аудит всех этапов.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ НА КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Г.З. Рот, Е.И. Шульман

*Некоммерческая организация "Фонд развития и оказания
специализированной медицинской помощи "Медсанчасть-168",
Новосибирск, Россия*

Повышение качества медицинской помощи – главная задача реформы здравоохранения, проводимой в стране. Стремительное развитие информационных технологий в последние десятилетия, создание и апробация клинических информационных систем (КИС) нового поколения в ряде госпиталей индустриальных стран привели к пониманию важной потенциальной роли таких систем в решении указанной задачи. Однако в зарубежных источниках утверждается, что все еще не существует доказательств практической эффективности коммерческих КИС.

Главное свойство, позволяющее относить ту или иную КИС к системам нового поколения, – это наличие в ней функций поддержки принятия врачебных решений (ППВР), работающих в реальном масштабе времени и теоретически способных привести к увеличению клинической эффективности лечения, повышению уровня безопасности пациентов, рационализации расходов на лечение. Именно к таким системам относится КИС "ДОКА+" (www.docaplus.com), созданная и развиваемая в течение длительного времени коллективом разработчиков под руководством авторов.

В систему встроены такие функции ППВР, как проверка возможности взаимодействия назначаемых пациенту медикаментов между собой и с назначенными ранее препаратами, сравнение назначаемых разовой и суточной доз медикаментов с максимальными дозами, проверка наличия у пациента противопоказаний и аллергических реакций на назначаемые врачом препараты, сравнение назначаемых пациенту обследований с рекомендуемым для его заболевания медико-экономическим стандартом. Очевидно, что работа таких функций возможна только в том случае, когда врачи делают все назначения посредством системы. Однако большое количество различных медикаментов и обследований (их списки состоят из сотен и более наименований), которые можно назначать в ежедневной практике, приводит к тому, что врачи отказываются от использования для этой цели существующих КИС. Для преодоления этой проблемы в "ДОКЕ+" реализован ряд специальных способов заказа врачами лечебно-диагностических назначений, облегчающих и ускоряющих эту работу. К числу таких способов относятся применение схем (протоколов) лечения, использование заранее описанных в системе часто используемых смесей, выбор из

списка только тех препаратов, которые имеются в момент назначения врачом в отделении или (и) в аптеке стационара с указанием их количеств (это достигается за счет того, что работа аптеки по приему и выдаче медикаментов также ведется в системе) и др. Отметим, что применение в больнице "ДОКИ+" обеспечивает не только возможность работы функций ППВР, но и автоматическое персоналифицированное распределение (и учет) медикаментов, расчет фактической стоимости медикаментозного лечения и обследования каждого пациента.

Срабатывание каждой из указанных функций ППВР приводит к выводу на экран монитора сообщения, предупреждающего врача о потенциально ошибочном назначении. Врач может либо подтвердить такое назначение, либо скорректировать его. Вследствие простоты использования врачами системы в типичной российской многопрофильной больнице показано, что уже в первые месяцы применения "ДОКИ+" значительно уменьшается число ошибочных медикаментозных назначений, от которых врачи отказались, получив сообщение, сгенерированное какой-либо из функций ППВР. Кроме того, врачи уменьшали дозу одного из препаратов назначаемой пары в одном случае из трех, когда, несмотря на предупреждающее сообщение системы, они назначали оба препарата. В течение первого года относительно плавно и с аналогичной динамикой сокращалось число предупреждений системы о потенциально ошибочных назначениях различных типов, что говорит о наличии эффекта обучения врачей при использовании такой системы в течение длительного времени.

Полученные результаты означают, что внедрение и применение врачами в типичной российской больнице КИС "ДОКА+" практически обеспечивает повышение характеристик качества лечения. Очевидно также, что в настоящее время управление качеством лечения без использования КИС нового поколения не может считаться полноценным.

Важно подчеркнуть, что "ДОКА+" является типовой системой. В 15 больницах ее внедрение привело к использованию системы всем медицинским персоналом, имеющим к ней доступ, еще в 7 больницах процесс внедрения находится на различных стадиях – от начальной до заключительной. Это многопрофильные и специализированные больницы Новосибирска, Барнаула, Омска, Кемерово, Якутска, Новосибирской области и Алтайского края, из них 5 – областные и городские клинические больницы, 6 – центральные районные больницы, 4 – клиники НИИ, 3 – городские, еще 4 – с иным статусом.



СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО МЕХАНИЗМА
УПРАВЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
С ВЫСОКИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ
НА ОСНОВЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

М.А. Садовой

*Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,
Россия*

Проблема внедрения новых систем управления, гарантирующих максимальную эффективность деятельности учреждения здравоохранения при минимальных затратах и высоком качестве оказания медицинских услуг, является крайне актуальной и, как подтверждает практика, непростой.

В переходный период реформирования здравоохранения перед руководством Новосибирского НИИТО встал вопрос о выборе направления для дальнейшего развития института. Научно-медицинскому учреждению, оказывающему высокотехнологичную медицинскую помощь, был необходим механизм, который позволил бы за счет использования имеющихся кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов не только выжить, но и значительно повысить эффективность деятельности и конкурентоспособность на рынке медицинских услуг.

Для достижения поставленных задач было принято решение о создании в Новосибирском НИИТО системы менеджмента качества (СМК), гармонизированной с требованиями международного стандарта ИСО 9001:2000. Наш выбор объясняется тем, что стандарты ИСО серии 9000 ориентированы на принципы всеобщего управления качеством (TQM) – наиболее эффективной концепции управления на основе качества, нацеленной на долгосрочное, непрерывное повышение эффективности функционирования любой организации, ориентированной на потребителей при учете требований других заинтересованных сторон.

По сути, СМК – это всегда конкретный способ управления деятельностью, позволяющий при помощи использования определенных механизмов добиваться постоянного улучшения.

Разработка СМК начиналась с анализа стартового состояния действующей в институте системы управления и обучения персонала. В процессе работы были выработаны миссия и политика в области качества, согласованные с общей стратегией развития института, цели в области качества привнесены во все аспекты административной, лечебно-диагностической, научной и экономической деятельности. Были приняты меры, обеспечивающие понимание политики института всем персоналом.

Для реализации поставленных целей была доработана организационная структура с созданием новых для учреждения здравоохранения структурных подразделений – отдела качества и отдела маркетинга, распределены полномочия и ответственность за все виды выполняемых работ, определены и описаны основные и вспомогательные процессы системы, ресурсы и информация, необходимые для обеспечения этих процессов, внедрена система мотивации персонала. Для вспомогательных видов деятельности были разработаны и внедрены процессы аутсорсинга, позволившие значительно повысить эффективность деятельности института.

СМК внедрена в практику работы института, в 2004 г. сертифицирована международным органом по сертификации и успешно функционирует на протяжении трех лет. Основным механизмом для постоянного совершенствования СМК является проведение комплексного анализа ее результативности, на основе которого осуществляется планирование и проведение мероприятий по улучшению, эффективность выполнения которых также подвергается анализу.

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, рост операционной активности, увеличение объемов финансирования, в том числе внебюджетной составляющей, повышение уровня доходов персонала. Сегодня институт располагает квалифицированными кадрами - аккредитованными экспертами по сертификации СМК, что позволяет нам профессионально заниматься вопросами дальнейшего совершенствования системы.

Положительный опыт внедрения СМК в Новосибирском НИИТО позволяет сделать вывод о том, что она является надежным механизмом управления, позволяющим значительно повысить эффективность деятельности при оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи. В настоящее время на основе адаптированной к специфике производства высокотехнологичных медицинских услуг модели СМК разработана система регионального управления качеством оказания высокотехнологичной медицинской помощи, внедряемая в филиалах Новосибирского НИИТО.



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО
ПРОЦЕССА ТРАНСПЛАНТАТАМИ

М.А. Садовой, И.А. Кирилова, В.Т. Подорожная, И.Ю. Бедорева

Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,

Россия

В Новосибирском НИИ травматологии и ортопедии в течение четырех лет разрабатывалась и внедрялась система менеджмента качества (СМК) медицинской помощи в соответствии с требованиями международного стандарта ИСО 9001 версии 2000 г.

СМК – совокупность организационной структуры, ответственности должностных лиц, процедур, процессов и ресурсов, необходимых для реализации поставленных задач.

Процессы представлены двумя основными категориями: основной процесс; вспомогательный (обеспечивающий) процесс.

Основным процессом является процесс оказания лечебно-диагностической помощи населению.

К вспомогательным или обеспечивающим процессам относятся процессы, непосредственно не задействованные в оказании лечебно-диагностической помощи, но косвенно влияющие на ее качество (материально-техническое, правовое, информационное и т.д.).

Одним из основных обеспечивающих процессов в условиях хирургического стационара является процесс обеспечения трансплантатами. От качественного и своевременного обеспечения ими клинических подразделений зависит конечный результат лечения и удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи.

Лаборатория заготовки и консервации тканей (ЛЗКТ) является структурным подразделением учреждения. В НИИТО осуществляется планомерная работа по внедрению новых медицинских технологий при лечении различных заболеваний с использованием трансплантатов, в связи с этим необходимы четкое планирование и организация деятельности лаборатории для наиболее полного удовлетворения потребностей всех заинтересованных сторон.

Для достижения поставленной цели утвержден стандарт предприятия (СПП) по обеспечению лечебно-диагностического процесса трансплантатами, который устанавливает общие, временные и ресурсные характеристики процесса, а также поддерживает в стабильном рабочем состоянии процессы СМК медицинской помощи НИИТО. Стандарт предназначен для специалистов и руководителей структурных подразделений НИИТО, принимающих участие в процессе

приготовления, стерилизации и бактериологического тестирования трансплантатов и активно использующих трансплантаты в лечении пациентов.

В СТП использованы ссылки на нормативные документы, определены разделы терминов и определений, основных задач и направлений работы лаборатории. Основной задачей ЛЗКТ является обеспечение клинических отделений НИИТО трансплантатами. Направления работы ЛЗКТ: комплектование, учет и медицинское освидетельствование биоматериала доноров; заготовка биоматериала и производство трансплантатов; хранение, контроль качества и выдача лечебным отделениям трансплантатов; руководство и контроль за трансплантологической помощью в клинических отделениях; консультативная помощь.

Сотрудниками лаборатории совместно со специалистами отдела менеджмента качества составлены контекстная диаграмма и блок-схемы всего технологического процесса лаборатории. В контекстной диаграмме схематично представлен процесс обеспечения лечебно-диагностического процесса трансплантатами, весь процесс разделен на подпроцессы, представленные на диаграмме следующими блоками:

1. Забор необходимых аллотканей и крови.
2. Транспортировка.
3. Хранение и обследование биоматериала.
4. Переработка, стерилизация и хранение трансплантатов.
5. Выдача в отделения.

Для каждого блока сформированы методические инструкции на основе существующих нормативных документов, научных разработок, защищенных патентами Российской Федерации, и литературных данных.

Практические результаты внедрения системы подтверждаются повышением удовлетворенности клинических подразделений обеспечением трансплантатами, а также повышением результативности деятельности подразделений института.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

М.А. Садовой, Н.В. Шайдурова, И.Ю. Бедорева

*Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,
Россия*

Эффективное управление качеством медицинской помощи возможно при четком установлении документированных требований как к качеству медицинских услуг, так и к производственным процессам. Совершенствование процесса управления документацией является одним из самых сложных этапов внедрения и

развития системы менеджмента качества (СМК) учреждения здравоохранения. В этой связи создание электронного документооборота должно существенно облегчить процессы менеджмента и обеспечения качества медицинской помощи.

В настоящее время в России имеется примерно 78 медицинских информационных систем (по данным каталога М.М. Эльянова), которые могут быть использованы для решения задачи комплексной автоматизации учреждений здравоохранения. Одна из наиболее трудоемких задач – это комплексная автоматизация лечебно-профилактического учреждения, подразумевающая работу всех сотрудников и служб в едином комплексе.

Электронные программы для клиничко-диагностической лаборатории позволяют создать полный электронный документооборот внутри лаборатории с дальнейшим включением его в электронную систему медицинского учреждения. Разработка идеологии построения и решения частных вопросов клиничко-диагностической лаборатории – достаточно сложная проблема, поскольку именно на этом уровне решаются специфические задачи для диагностической службы с учетом особенностей конкретной лаборатории.

Специализированные локальные сети клиничко-диагностической лаборатории признаны решать широкий круг административных, технологических и методологических вопросов, а в конечном итоге должны быть ориентированы на повышение качества диагностической информации, выдаваемой лабораторной службой.

Создавая программу для работы клиничко-биохимической лаборатории в Новосибирском НИИТО, мы постарались максимально приблизиться к разработанному нами стандарту, регламентирующему процесс обеспечения клиничко-биохимическими исследованиями, что позволило сохранить привычный алгоритм работы сотрудников.

Ввод данных осуществляется лечащим врачом или постовой медицинской сестрой непосредственно в отделении или поликлинике, что позволяет не терять назначения при их введении в лаборатории. Лаборант проводит только регистрацию полученных проб в соответствии с маркировкой на заявке. Сопоставление с базой данных, формируемой непосредственно в регистратуре, позволяет выявить и устранить разночтения в паспортных данных пациента. Лаборант вводит лишь номер истории болезни или амбулаторной карты пациента, из базы извлекается вся необходимая информация для идентификации пациента. Как только все полученные данные внесены, результаты становятся доступными для работы врачам отделений.

Внесение результатов исследований осуществляется только после проведения ежедневного контроля качества, данные которого вводятся в программу. Программа контроля качества разработана в соответствии с приказом Минздрава России № 220 от 26.05.2003 г. Данная программа позволяет вводить, хранить и просматривать

информацию по проведению контроля качества, оценивать ее данные, распечатывать необходимые документы. Такая автоматизация контроля качества позволяет перевести проведение контроля качества из обязательной процедуры в неизбежную.

Осуществление завершающего этапа проведения исследования – это распечатка бланков и журналов регистрации. Распечатанный бланк содержит всю необходимую информацию о пациенте, имеет нормы анализов и выделяет отклонения от нормы специальной маркировкой. Также распечатанный бланк имеет информацию о враче или дежурном лаборанте, подтвердившем результаты анализа. Несколько различных статусов исследования (новый, принятый, отклоненный, выполненный, подтвержденный, выданный) позволяют отследить прохождение исследования в реальном времени.

Разработка и внедрение в лаборатории данной программы позволило сократить количество ошибок на всех этапах лабораторного обследования, ускорить передачу информации врачам отделения и возможность использовать ее в электронном варианте.

МЕТОД ОЦЕНКИ И КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.А. Самсонова, А.И. Артамонова

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Россия*

Цель данного исследования – оценка уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказанной в лечебно-профилактических учреждениях Кемерово.

Для оценки уровня удовлетворенности качеством медицинской помощи был использован метод социологического опроса пациентов по анкете, разработанной в Кемеровской области в системе управления качеством медицинской помощи.

Оценка проводилась по пятибалльной шкале применительно к каждой изучаемой позиции (1 балл является минимальной оценкой, 5 – максимальной). Единицей наблюдения является пациент лечебно-профилактического учреждения (318 человек). Объекты исследования – лечебно-профилактические учреждения Кемерово (3 поликлиники и 4 стационара).

Социологическое исследование проводилось с использованием единовременного и выборочного способа сбора информации.

Оценку удовлетворенности пациентов осуществляли по следующим критериям:

- порядок организации медицинской помощи в стационаре (поликлинике);
- квалификация и профессионализм врачей и среднего медперсонала;
- состояние материально-технического обеспечения;
- состояние лекарственного обеспечения;
- вежливость и внимательность врачей и среднего медперсонала;
- адекватность оказания медицинской помощи;
- деятельность стационара (поликлиники) в целом;
- организация питания в стационаре.

Для интегральной оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи использованы формулы для вычисления средних величин, среднеквадратических отклонений и ошибок средних арифметических.

При сравнении интегральных показателей оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в многопрофильных стационарах в целом отмечается незначительное снижение среднего значения в стационаре областной клинической больницы, которое равно 4,4 балла по сравнению с городской больницей № 3 (4,5).

Несмотря на почти одинаковые средние величины в областной клинической больнице более низкое состояние материально-технического обеспечения (3,94 балла) по сравнению с городской больницей № 3 (4,53). Уровень квалификации и профессионализма врачей и среднего медперсонала, а также состояние лекарственного обеспечения, адекватность оказания медицинской помощи выше в областной больнице.

При сравнении интегральных показателей оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в специализированных стационарах отмечается значительное снижение среднего значения в больнице Управления внутренних дел (4,26) при довольно высоком среднем значении (4,61) в областной клинической психиатрической больнице.

В больнице Управления внутренних дел пациенты отмечают высокий уровень квалификации, профессионализма, вежливость и внимательность врачей и среднего медперсонала. При этом они не удовлетворены состоянием лекарственного обеспечения, адекватностью оказания медицинской помощи, организацией питания.

В областной психиатрической больнице такие критерии, как вежливость и внимательность, квалификация и профессионализм врачей и среднего медперсонала имеют высокое значение со средним баллом от 4,75 до 5,00. Но пациенты не удовлетворены организацией питания (3,35 балла).

При сравнении разных по формам собственности и контингенту обслуживаемого населения поликлиник установлены разные оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

Пациенты отмечают низкий уровень организации медицинской помощи, состояния материально-технического и лекарственного обеспечения, а также деятельности поликлиник в целом. Но при этом удовлетворены квалификацией, профессионализмом, вежливостью и внимательностью врачей и среднего медперсонала, состоянием санитарно-гигиенических условий, а также адекватностью оказания медицинской помощи.

Наибольшие средние значения в поликлиниках имеют такие критерии, как квалификация и профессионализм врачей, состояние санитарно-гигиенических условий, вежливость и внимательность среднего медперсонала. Средний балл от 4,26 до 4,38.

В то же время, пациенты не удовлетворены организацией медицинской помощи, состоянием материально-технического и лекарственного обеспечения (средний балл от 3,74 до 3,85).

При сравнении уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в поликлиниках и стационарах выявлено, что пациенты удовлетворены работой стационаров, (средний общий балл – 4,42), в меньшей степени – работой поликлиник (средний общий балл – 4,09).

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в стационарах Кемерово выше, чем в поликлиниках;
- уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи различается в поликлиниках разных форм собственности и разного контингента обслуживаемого населения;
- уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в многопрофильных и специализированных стационарах не имеет отличий;
- низкая оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи отмечена по уровню организации питания, состоянию лекарственного и материально-технического обеспечения;
- метод субъективной оценки качества медицинской помощи позволяет на начальном этапе оценить положение дел в лечебно-профилактических учреждениях и является основанием для углубленного экспертного анализа с целью устранения выявленных недостатков, снижающих качество медицинской помощи.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА

М.Ю. Сизиков

*Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,
Россия*

По данным различных авторов, в России на 1 миллион жителей в год приходится от 26 до 169 новых случаев травмы спинного мозга. В порядке оказания неотложной помощи в Новосибирском НИИТО ежегодно госпитализируется 40–60 пациентов с повреждением спинного мозга.

Растущие требования пациентов как потребителей и государства как заказчика медицинских услуг по качеству и результатам лечения определяют политику здравоохранения на стандартизацию, соответствие используемых медицинских технологий принятым в мире международным системам менеджмента качества.

Стремление врача оказать пострадавшему помощь без соответствующего оснащения и квалификации, при отсутствии единой современной государственной системы стандартов и постоянного контроля качества производимой медицинской услуги практически всегда приводит к неудовлетворенности результатом лечения всех участников этого процесса. С экономической точки зрения, неудовлетворительный результат – это потери, для восполнения которых требуются гораздо большие затраты.

Процесс лечения повреждений спинного мозга состоит из нескольких этапов: диагностика, восстановление витальных функций, устранение компрессии спинного мозга и стабилизация позвоночника, профилактика развития осложнений, восстановление утраченных в результате травмы функций (реабилитация). Концентрация сил и средств для реализации этого процесса, использование передовых технологий резко сокращают его длительность, повышают результативность и эффективность. Введение стандартов и программ лечения различных видов травмы спинного мозга позволило сократить пребывание тяжелого спинального пациента в специализированном нейрохирургическом отделении института до 20–30 сут.

Реабилитационные программы также имеют четкие критерии выполнения (активизация пациента в положении сидя, стоя, формирование элементов ходьбы, санация пролежней, закрытие эпицистостомы и др.). По реабилитационным стандартам возможен мониторинг пациента, расширение возможностей восстановления утраченных в результате травмы функций, определение перспективы и этапы оказания медицинских услуг.

Программа реабилитации пострадавшего, составляемая в случае установления инвалидности медико-социальной экспертной комиссией, определяет потребности

спинального больного в реабилитационных методиках и является формализованным перечнем желаний заказчика (государства и больного) в получении медицинских услуг. Функционирующая система менеджмента качества, в соответствии с международным стандартом ISO-9001 работающая в учреждении, представляет собой аргументированное предложение оказания конкретной медицинской услуги на максимально высоком уровне.

Обеспечение качества медицинской услуги на 90 % является результатом системных управленческих решений и процессов. Клинико-экономический подход к организации процесса лечения больных с повреждениями спинного мозга позволяет Новосибирскому НИИТО ежегодно увеличивать объемы оказания медицинских услуг пострадавшим с повреждениями спинного мозга, снижая их себестоимость при постоянном повышении качества.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.А. Смородников, М.С. Вышегородцева

*Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,
Россия*

В последние годы качество и количество предоставляемых медицинских услуг непрерывно растет, вместе с тем высокотехнологичные и высокоспециализированные хирургические вмешательства должны обеспечивать не только высокое качество жизни после проведенного лечения, но и соответствовать стандартам.

Интерес к проблеме терапии послеоперационного болевого синдрома (ПБС) сохраняет актуальность и в настоящее время, несмотря на существование эффективных методов анальгезии, новых анальгетиков, понимание патофизиологии боли и т.д.

В послеоперационном периоде одним из основных составляющих в интенсивной терапии, наряду с проведением адекватной инфузионно-трансфузионной терапии, является эффективная анальгезия. С этой целью могут использоваться разнообразные лекарственные средства как наркотические, так и ненаркотические, адъювантные анальгетики и нефармакологические методы терапии боли. Но необходимо учитывать объем и травматичность оперативного вмешательства, индивидуальные характеристики больного (уровень метаболизма, соотношение ноцицептивной и антиноцицептивной систем, психологические особенности личности).

Цель данного исследования – оценить качественно-количественный состав лекарственных препаратов, используемых для купирования послеоперационного болевого синдрома в палате реанимации.

Проанализированы данные карт послеоперационного периода у 130 пациентов после выполнения операций средней и высокой степени хирургического риска (транспедикулярная фиксация, вентральный спондилодез в условиях искусственного пневмоторакса при переломах грудного (груднопочечного) отделов позвоночника, двух- и трехэтапные одномоментные вмешательства при повреждениях (заболеваниях) позвоночника и конечностей, протезирование и остеосинтез верхних и нижних конечностей). Время наблюдения в палате реанимации составляло 14–22 ч.

Применяемые схемы обезболивания (рутинные методы) существенно не различались, в 70 % случаев имели место следующие комбинации:

- опиоиды (промедол – 80–120 мг, т.е. через 3–6 ч);
- кетопрофен (кетонал – 200 мг, т.е. каждые 6–7 ч);
- анальгин + димедрол, т.е. каждые 4–6 ч).

При выполнении хирургических вмешательств на нижних конечностях, послеоперационное обезболивание было продолжено с использованием региональных методик у 48 пациентов по следующей схеме:

- нарופן 0,2 % со скоростью введения 6–12 мл/ч;
- кетопрофен (кетонал по 100–200 мг, т.е. каждые 8 ч);
- анальгин + димедрол, т.е. каждые 7–10 ч.

Для повышения качества обезболивания применяли следующие адъювантные препараты:

– вспомогательные лекарственные средства – седативные (мидозалам), инъекционная форма парацетамола (перфалган, вводить в/в до индукции в анестезию за 10 мин и в течение 15 мин с повтором дозы в операционной через 3,5 ч при продолжении хирургического вмешательства или через 4,5 ч после 1-й дозы, до 3 г/сут);

- клофелин, интраоперационно в дозе 0,486 мкг/кг/ч;
- ингибиторы протеаз (ингитрил, до 90 ЕД болюсно за 2 введения).

В 1-е сут степень выраженности ПБС при рутинном методе колебалась от 4,5 до 7,5 баллов в покое и 6,0–8,5 баллов при покашливании. Применение инъекционной формы парацетамола снижало выраженность боли от 15 до 33 %. Использование клофелина в анестезиологическом пособии снижало выраженность ПБС до 15 %, ингитрила – 8 %. Через 24 ч болевой синдром уменьшался на 37 %.

Таким образом, рутинные методы послеоперационного обезболивания травматолого-ортопедических больных не позволяют надлежащим способом купировать ПБС. Методики должны быть унифицированы с учетом современных требований к качеству жизни и современных представлений о характере

формирования болевого синдрома, т.е. соответствовать принципам мультимодальности и максимально блокировать проявления болевого синдрома на различных звеньях.

Качественное и эффективное устранение болевого синдрома в значительной мере снижает нейрогуморальный ответ, что приводит к наименьшим изменениям со стороны гомеостаза, повышается удовлетворенность услугой, а, следовательно, и качество жизни пациента.

Для реализации поставленной цели необходим комплексный анализ и системный подход к ведению послеоперационного периода при выполнении высокотехнологичных хирургических вмешательств. Обеспечение удовлетворенности пациента качеством предоставления услуги должно базироваться на организационно-правовой стороне (предоперационный осмотр, информированное согласие пациента, стандарты медицинской помощи и протоколы ведения больных); материально-техническом обеспечении (современные наркозно-дыхательная аппаратура и лекарственные препараты, разовые расходные материалы, лабораторный мониторинг); штатном обеспечении (мотивация персонала, достаточное обеспечение квалифицированным персоналом); статистическом анализе (анализ осложнений, отслеживание ближайших и отдаленных результатов, контроль соответствия стандартам медицинской помощи).

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОБРАЗОВАНИЯ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА

А.В. Соловьев, В.П. Шевченко, Т.А. Бредихина

*Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,
Россия*

Главная цель создания в России центров по высокотехнологичным видам медицинской помощи – улучшение качества лечебного процесса путем внедрения системы менеджмента качества, соответствующей международному стандарту ИСО 9001:2000 и реализация социально-экономических программ снижения смертности и инвалидизации населения. основополагающая задача в достижении этой цели – подготовка высококвалифицированных специалистов. Одной из форм подготовки врачебных кадров является двухгодичная клиническая ординатура ("Положение о клинической ординатуре". Письмо МЗ РФ № 156-ВС от 15.01.07.). Новосибирский НИИТО имеет лицензию № 25583 от 16.04.07. на ведение образовательной деятельности, в том числе и в клинической ординатуре, по специальностям

"травматология и ортопедия", "нейрохирургия", "анестезиология-реаниматология". В настоящее время в институте в клинической ординатуре обучаются 24 ординатора. Контрольные цифры приема на 2007 г. – 7 человек, план на 2008 г. – 11. Кроме того, на текущий год подали заявки на обучение в целевой клинической ординатуре по специальности "травматология и ортопедия" центры в Чебоксарах (8) и в Барнауле (2). На основе приведенных цифр можно заключить, что достижение качественной подготовки такого количества врачей по различным специализациям требует создания определенных условий обучения. Можно ли создать эти условия в научно-исследовательском институте, само название которого указывает на основной род деятельности учреждения? Каковы отличия обучения в ординатуре вуза и НИИ?

На первый вопрос ответом служит само получение лицензии на образовательную деятельность, так как в предоставляемых для лицензирования документах отражено состояние всех составляющих, обеспечивающих учебный процесс. Наличие клинической базы: клиники института, лаборатории, экспериментальный отдел с виварием, поликлиника, отделение лучевой диагностики. Кроме того, на договорной основе ординаторы проходят циклы обучения в ведущих специализированных клиниках города. По некоторым специальностям, в частности по анестезиологии-реаниматологии, они слушают двухмесячный цикл лекций на специализированной кафедре ФПК и ППВ НГМУ. К преподаванию привлекаются ведущие специалисты НИИТО и НГМУ, имеющие большой опыт педагогической, научной и методической работы. Непосредственной работой ординаторов руководят заведующие клиниками института. В 1999 г. на базе института в качестве структурной единицы медицинского университета была создана кафедра вертебологии, что в значительной степени усилило образовательный потенциал НИИ, активизировав работу по созданию методических рекомендаций, тестовых контрольных заданий, учебных видеоматериалов, учебно-тематических планов лекций и семинаров в объеме, соответствующем образовательному стандарту Минздрава России от 2003 г. Для координации учебного процесса в 2007 г. в рамках научно-методического отдела института была выделена штатная единица. Текущий контроль качества подготовки осуществляется по мере прохождения ординатором очередного специализированного цикла (индивидуальный график имеется у каждого ординатора) и на тематических семинарах. Аттестация выпускника клинической ординатуры проводится комиссией по трем этапам: практические навыки, тестовый контроль, собеседование.

На второй вопрос, на наш взгляд, следует ответить утвердительно. Прежде всего, при обучении на базе НИИ возникают более тесные отношения между ординаторами различных специализаций: общие утренние конференции, обсуждение планов операционного дня, разбор сложных больных, обсуждение проблем учреждения, работа в операционной в одной бригаде, участие в научно-практических

конференциях, в работе проблемной комиссии, заседаниях Ученого совета, ассоциации травматологов, научного общества анестезиологов-реаниматологов – все это формирует у молодого специалиста единую идеологию выбора лечебной тактики в применении методов высокотехнологичной помощи. Работа в коллективе врачей разных возрастов и опыта, но единой научно-практической школы обеспечивает ту преемственность поколений, без которой невозможен дальнейший прогресс ни в одной области человеческой деятельности. Учеба в целевой ординатуре научно-исследовательского института дает возможность на местах сформировать высококвалифицированный коллектив, объединенный общей целью и единым пониманием путей достижения этой цели.

Таким образом, управление качеством обучения в клинической ординатуре НИИТО складывается из нескольких компонентов:

- 1) специализированные клинические базы;
- 2) кафедра как структурное подразделение медицинского университета;
- 3) высококвалифицированный преподавательский состав;
- 4) методические материалы;
- 5) постоянный текущий контроль учебного процесса;
- 6) использование особенностей научной и лечебной работы института.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

***В.В. Степанов, О.Б. Левин, Е.А. Финченко, М.В. Гусев,
Т.В. Комисарова, Н.Ю. Прощалькина, Е.И. Бондарева,
В.Е. Митрохин, Д.А. Хоттян, Ю.В. Балабанова***

*Государственная Новосибирская областная клиническая больница,
Россия*

В Государственной Новосибирской областной клинической больнице (ГНОКБ) развитие системы управления качеством медицинской помощи достаточно интенсивно ведется с 2002 г. Основными механизмами обеспечения качества являются разработка и внедрение корпоративной (больничной) системы управления качеством на основе международных стандартов качества серии ISO 9000; системы всеобщего управления качеством – TQM; технологии анализа возможности возникновения дефектов и их влияния на потребителя (FMEA). Нормативно-методическое обеспечение системы управления качеством медицинской помощи включает следующие документы: "Положение о системе управления качеством медицинской помощи в ГНОКБ"; "Положение о комитете по

качеству медицинской помощи"; "Положение о комиссиях комитета по качеству медицинской помощи" – о комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), клинико-экспертной (КЭК), комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций (КПВБИ), формулярной комиссии (ФК), комиссии по стандартизации (КС); "Карта экспертной оценки ЛКК"; "Карта экспертной оценки качества экспертизы временной нетрудоспособности"; "Карта рецензента КИЛИ"; "Положение о сопоставлении клинического и патологоанатомического диагнозов"; "Состав комитета по качеству медицинской помощи, общепольничной КИЛИ, ЛКК, ЛКК в клиниках, КПВБИ, КС"; "Методика оценки качества медицинской помощи, номенклатуры показателей, используемых при комплексной оценке, порядок расчета показателей"; "Показатели качества консультативной работы консультативно-диагностической поликлиники"; "Сводная информация о результатах экспертиз лечебно-диагностического процесса по данным ЛКК"; "Регламент предоставления информации о контроле качества медицинской помощи".

Контроль качества осуществляется заведующими стационарными и поликлиническими отделениями (1 уровень контроля); заместителями главного врача по службам, по работе со средним медицинским персоналом, по клинико-экспертной работе, клиническими кураторами отделений, главными специалистами области, сотрудниками отделов медико-экономической статистики, медико-экономического анализа, клинической фармакологии, клинической эпидемиологии и т.д. (2 уровень); комитетом по качеству медицинской помощи, включая ЛКК, КИЛИ, КЭК (3 уровень); независимыми экспертами из числа ведущих специалистов Новосибирской области (при необходимости).

Основными механизмами достижения цели обеспечения качества медицинской помощи являются стандартизация ведения медицинской документации; разработка, внедрение и контроль выполнения клинико-экономических стандартов (КЭС); мониторинг удовлетворенности пациентов медицинской помощью. КЭС – это стандартизованные протоколы диагностики и лечения, объединяющие основные группы заболеваний в соответствии с МКБ-Х и МЭС по принципу сходности лечебно-диагностических методик. Документация КЭС включает больничный лекарственный формуляр с указанием международных и торговых наименований препаратов; справочник КЭС (коды и их названия, перечень нозологий, входящих в группы с указанием кодов МЭС и МКБ, перечня и объема лечебно-диагностических мероприятий); справочник КЭС по отделениям (рекомендуемые обязательные и дополнительные объемы обследования и лечения, лекарственные формуляры отделений). Внедрение КЭС в стационаре позволяет проводить медико-экономическую оценку эффективности лечебно-диагностического процесса, прогнозировать предполагаемые затраты и сопоставлять их с предполагаемым доходом; проводить реальную оценку качества оказания медицинской помощи.

Оценка деятельности больницы на основе сбалансированной системы показателей эффективности представлена следующими показателями: удовлетворенность пациентов медицинской помощью в стационаре – 96 %; уровень заболеваемости внутрибольничными инфекциями достиг показателей ведущих зарубежных и российских клиник; летальность в стационаре снизилась в 1,2 раза; послеоперационная летальность снизилась в 1,6 раза; доля расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов снизилась на 5 %; соответствие ведения медицинской документации установленным требованиям – 96 %; соответствие технологии лечебно-диагностического процесса КЭС – 94 %.

ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА ПРОЦЕССА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-РЕНТГЕНОЛОГОВ

А.В. Стрыгин

*Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,
Россия*

Профессиональные качества врача во многом определяются характером его подготовки к профессиональной деятельности: наличием первичной специализации и последующего совершенствования, характера и периодичности этой подготовки.

Проведенный социологический опрос 108 врачей лучевой диагностики Новосибирска показал, что из 63,0 % из них специализировались только по одному методу лучевой диагностики (по рентгенологии – 53,7 %, УЗИ – 3,7 %, КТ или МРТ – 1,9 % и 3,7 % соответственно). Остальные 37,0 % респондентов прошли первичную специализацию по двум и более методам лучевой диагностики (рентгенологии и УЗИ – 19,4 %, рентгенологии и КТ или МРТ – 5,6 %, рентгенологии, УЗИ и КТ или МРТ – 3,7 %, четырем и более методам – 6,5 %).

Таким образом, почти все врачи (90,8 %), работающие в сфере лучевой диагностики, прошли первичную специализацию по рентгенологии, каждый четвертый – по УЗИ. Вместе с тем сравнительно небольшое число врачей прошли подготовку по современным методам лучевой диагностики – КТ и МРТ.

Врачи, работающие в стационарах, вузах и НИИ, имеют более широкую подготовку, чем врачи поликлиник: специализацию по двум и более методам лучевой диагностики получили 40,7 % и 38,9 % работающих в стационарах и НИИ против 28,0 %, работающих в амбулаторно-поликлинической сети.

По данным исследования, 63,9 % врачей лучевой диагностики проходили курсы повышения квалификации с частотой не реже чем один раз в пять лет, 23,1 % – чаще, а 10,2 % реже, чем один раз в пять лет.

Большинство врачей (97,2 %) владеют методами рентгенографии, 32,4 % – УЗИ, 18,5 % – КТ, 15,7 % – МРТ. Сопоставив эти данные с количеством врачей, прошедших специализацию, видим, что значительная часть врачей использует соответствующие методики, не имея достаточной подготовки.

В ходе исследования мы пытались выяснить, как складываются взаимоотношения в цепочке: "лечащий врач – пациент – врач лучевой диагностики". Почти все врачи лучевой диагностики (93,5 %) указали, что при планировании обследования им необходим предварительный диагноз лечащего врача, а 6,5 % отметили, что он необходим иногда. При этом только 31,5 % врачей лучевой диагностики всегда собирают анамнез у пациента лично, остальные делают это иногда. Большинство врачей (88,9 %) для постановки окончательного диагноза используют данные других методов лучевой диагностики. Из них 60,2 % читают заключение, 86,1 % – просматривают данные исследования на пленке или другом носителе лично, 22,2 % – проводят дополнительные исследования самостоятельно.

Только 14,8 % врачей лучевой диагностики объясняют пациенту содержание заключения, сделанного по результатам исследования, 82,4 % объясняют иногда, 1,9 % не объясняют.

В ходе анкетирования врачи высказали предложения по улучшению организации лучевой диагностики, основные из которых следующие: модернизация рентгеновского оборудования; непрерывное совершенствование подготовки врачей; активное участие врачей в конференциях; внедрение цифровой рентгенографии и телемедицинских технологий; более широкое использование компьютерной томографии; увеличение парка КТ-томографов.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ВРАЧЕЙ-РЕНТГЕНОЛОГОВ НОВОСИБИРСКА

А.В. Стрыгин

*Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии,
Россия*

В обеспечении качества медицинской помощи большую роль играет профессионализм медицинских работников.

По данным Минздравсоцразвития Российской Федерации, в России работает 16 тыс. врачей рентгенологов, 8 тыс. врачей ультразвуковой диагностики, более 600 врачей-радиологов (специалистов по радионуклидной диагностике), 28 тыс. средних медицинских работников. Существующий в последние годы количественный рост должностей медицинского персонала и физических лиц не

решает не только проблем качества оказания медицинской помощи, но и увеличения объемов предоставляемой диагностической помощи.

Более того, в ряде направлений (радиоизотопная диагностика и рентгенодиагностика) в последние годы появились своего рода ножницы между ростом численности врачей и объемом выполненных ими исследований.

Нами проведено анкетирование 108 врачей, что составляет $85,0 \pm 3,2$ % от общего числа врачей лучевой диагностики, работающих в лечебно-профилактических учреждениях Новосибирска. Выборочная совокупность является вполне репрезентативной ($t = 26,6$).

Среди врачей лучевой диагностики преобладают женщины – 66,0 %. Более половины врачей (57,6 %) – в возрасте от 31 до 50 лет, женщин этого возраста – 61,4 %, мужчин 50 %. Мужчин- врачей больше, чем женщин, в возрасте 51–60 лет (27,8 %) и младше 30 лет (19,4 %), среди женщин был выше удельный вес лиц пожилого возраста (8,6 %).

Средний возраст врачей лучевой диагностики составил $43,1 \pm 1,2$ года. У мужчин и женщин различия среднего возраста статистически несущественны (у мужчин $42,5 \pm 0,6$ лет, у женщин $43,4 \pm 0,9$ лет).

Более половины (58,3 %) респондентов работают в больницах, 29,6 % – в поликлиниках, остальные являются сотрудниками НИИ или профильных кафедр медицинских вузов.

Профессиональные качества врачей лучевой диагностики в значительной мере зависят от стажа работы.

Половина врачей (50,0 %) имеют стаж работы свыше 10 лет, в том числе 39,6 % – свыше 15 лет; молодые специалисты со стажем работы менее 5 лет составили 28,2 %.

Естественно, что стаж работы напрямую связан с возрастом врача. Так, среди врачей моложе 30 лет имеют стаж менее 5 лет – 82,4 %, а еще у 17,6 % стаж – до 10 лет. В свою очередь, все врачи старше 50 лет работали в лучевой диагностике более 15 лет. Среди 31–40-летних врачей специалисты со стажем менее пяти лет составили почти половину (46,7 %), а среди 41–50-летних – 6,5 %.

Большинство врачей лучевой диагностики (59,3 %) являются специалистами, аттестованными на первую и высшую квалификационную категорию, 12,0 % имеют вторую квалификационную категорию. Однако более четверти врачей – 28,7 % не аттестованы и не имеют квалификационной категории, хотя стаж работы позволял им пройти аттестацию.

На наш взгляд, существующая сегодня система подготовки специалистов в области лучевой диагностики нуждается в совершенствовании. Представляется целесообразным (после разработки соответствующих учебных программ) перейти к подготовке всех специалистов по радиологии, рентгенологии и ультразвуковой диагностике в рамках клинической ординатуры по объединенной специальности "лучевая диагностика".

СОВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
В РЕШЕНИИ ЗАДАЧИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

И.М. Устьянцева, О.И. Хохлова, О.В. Петухова

*Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
Ленинск-Кузнецкий, Россия*

Важной основой лабораторной диагностики является то, что она дает информацию о состоянии организма пациента на клеточном и молекулярном уровнях. Это позволяет врачу глубже понять этиологию и патогенез заболевания.

Перед нами была поставлена задача выполнения исследований быстро, надежно, достоверно. Задача была решена за счет развития автоматизации методов лабораторной диагностики, что позволило в 20 раз увеличить производительность. В несколько раз выросло количество определяемых диагностических показателей, появилось много новых лабораторных тестов, характеризующихся высокой диагностической и прогностической значимостью. Существенно повысилась аналитическая надежность результатов лабораторных исследований, так как современные методы обладают высокой специфичностью, чувствительностью и малыми погрешностями.

В настоящее время лаборатория выполняет более 5 000 исследований в месяц, из которых 90 % на автоматических анализаторах. Производится более 400 видов исследований практически по всем диагностическим направлениям, имеются специализированные пункты забора крови в поликлиниках центра, высоквалифицированные врачи клинической лабораторной диагностики, врач-клиницисты для оказания консультативной и лечебной помощи пациентам, ведется работа с добровольными медицинскими страховыми компаниями.

Главный принцип нашей работы – минимальные сроки выполнения исследований с максимально достоверным результатом при безопасном взятии крови.

Рассмотрим особенности и возможности современной лабораторной диагностики в решении задачи обеспечения здоровья детей и взрослых.

Для осуществления массового скрининга населения необходимы методы лабораторных исследований, обладающие высокой производительностью, малой инвазивностью и невысокой стоимостью.

Лабораторная экспресс-диагностика имеет специфический характер как с точки зрения диагностических задач, так и с точки зрения техники выполнения исследований. Техническая особенность лабораторной диагностики состоит в том, что должны применяться методы, требующие минимальных объемов крови.

Частота осложнений, сопровождающих различные патологические состояния (массивные кровопотери, ДВС-синдром, тромбозы, почечная недостаточность и др.),

постоянно растет. Поэтому лабораторный комплекс, поддерживающий мероприятия интенсивной терапии, должен быть в каждой больнице. Он включает анализаторы гематологический, биохимический, кислотно-основного равновесия и газов крови, электролитного состава, коагулометр, агрегометр, тромбоэластограф. Так, современный автоматический биохимический анализатор для выполнения большинства тестов требует от 2 до 10 мкл сыворотки крови, из одной пробы крови можно выполнить до 20 исследований.

Прогресс в клиническом применении методов лабораторной диагностики целиком зависит от развития автоматических аналитических систем, особенно систем, позволяющих проводить индивидуальное экспресс-обследование пациентов. Приобретение анализатора "Immulite" позволило ввести в повседневную практику уникальные анализы с использованием иммунохемилюминесцентной технологии. Тем самым в клинической практике появилась реальная возможность быстрого, всестороннего и достоверного обследования пациентов с нарушениями репродуктивной функции, заболеваниями щитовидной железы, анемией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом, остеопорозом, инфекционными заболеваниями и т.д.

Кроме того, современные микробиологические методы позволяют выявлять широкий спектр бактериальной инфекции (аэробные, анаэробные инфекции, идентификация микроорганизмов, определение чувствительности к антибиотикам методом серийных разведений).

Затраты на проведение оптимального комплекса лабораторных исследований позволяют сократить расходы на лечение больных с тяжелыми осложнениями и хроническими формами болезней в среднем на 30 до 50 %.

Регулярное, доступное и своевременное обследование в лабораториях широкого профиля позволяет реально улучшить качество жизни.

ИЗУЧЕНИЕ УДОВОЛТВОРЕННОСТИ ВНУТРЕННИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КАК ОДИН ИЗ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ И КОРРЕКТИРОВКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВУЗА

Е.Ю. Чернова

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

В рамках принятой Правительством Российской Федерации "Концепции модернизации российского образования на период до 2010 г." предусматривается создание системы отслеживания качества образования, позволяющей осуществлять

эффективное управление профессиональным образованием. Разработка критериев, процедур, технологий для мониторинга образовательного процесса с учетом мнений всех его участников позволяет образовательному учреждению обеспечивать разносторонний контроль за ходом образовательного процесса на различных этапах в целях принятия адекватных управленческих решений.

Анализ удовлетворенности внутренних потребителей за несколько лет является необходимым условием для планирования и разработки корректирующих действий образовательного процесса в вузе, а также для внесения изменений в планы управления вузом, в образовательные программы, технологии обучения и т.д. Результаты такого анализа позволяют выявлять возможные несоответствия в организации образовательного процесса, причины их возникновения, необходимые действия во избежание их повторения и контроля эффективности предпринимаемых корректирующих действий.

В 2007 г. в Новосибирском государственном медицинском университете (НГМУ) было проведено плановое исследование удовлетворенности всех участников образовательного процесса: преподавателей, студентов, выпускников. Поскольку такие исследования в вузе проводятся с 2005 г. с использованием полуформализованных анкет с одним и тем же набором основных вопросов, то это позволило сделать сравнительный анализ удовлетворенности.

В анкетировании преподавателей в 2007 г. приняло участие 368 человек. Интересные результаты получились по вопросам об основных источниках информации о жизни вуза, повышении квалификации и о проблемах, требующих первоочередного решения. По результатам мониторинга сделаны выводы о необходимости совершенствования процесса доведения информации, исходящей от руководства университета и предназначенной для сотрудников кафедр, расширения спектра предлагаемых университетом форм повышения квалификации, продолжении работы по оснащению кафедр современными техническими средствами.

В 2007 г. в анкетировании "Удовлетворенность студентов обучением в ГОУ ВПО НГМУ Росздрава" приняли участие 2034 студента. Студенты, помимо прочего, оценивали профессиональный уровень преподавателей по циклам дисциплин, морально-нравственную атмосферу в вузе, организацию внеучебной деятельности, а также наиболее важные проблемы студенческой жизни.

Результаты мониторинга удовлетворенности студентов акцентируют внимание руководства на необходимости улучшения условий для учебной, научной деятельности, занятий спортом и отдыха, повышения доли доброжелательных отношений между студентами и преподавателями, активизации внеучебной работы в вузе, возможности снижения цен в столовой и т.д.

В опросе выпускников в 2007 г. приняло участие 467 респондентов. Студентам-выпускникам задавались вопросы о наиболее привлекательных для них видах

деятельности, необходимых условиях пополнения здравоохранения молодыми кадрами, минимальном уровне заработной платы, при котором выпускник согласен пойти работать в учреждение здравоохранения, обязательности распределения, содержании приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, их отношении к диспансеризации и т.д.

Для повышения удовлетворенности студентов-выпускников руководству необходимо рассмотреть вопрос о возможности создания центра оказания помощи студентам и выпускникам в трудоустройстве, а также организовать работу по информированию студентов об основных идеях приоритетного национального проекта в области здравоохранения, его задачах и возможностях.

Поскольку, эффективное управление может быть основано только на достоверной информации о том, как протекает процесс, все данные относительно удовлетворенности и требований внутренних потребителей НГМУ были представлены руководству, уполномоченным по качеству, а также размещены на сайте университета. Результаты мониторинга удовлетворенности внутренних потребителей позволяют расширить информационную базу о состоянии образовательного процесса в НГМУ, а также прогнозировать его развитие.

ВЫСШЕЕ РУКОВОДСТВО В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

В.И. Шевцов, Т.Н. Коваленко, А.В. Потков

*РНЦ "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова,
Курган, Россия*

В настоящее время лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), независимо от их организационно-правовой формы и подчиненности, работают в жесткой конкурентной среде, в условиях высоких требований потребителей медицинских услуг к их безопасности. В то же время в последние десятилетия возникло такое направление как оценка качества медицинской помощи.

Опросы, проведенные в 2005 г. специалистами Американского общества качества среди руководителей высшего звена промышленных предприятий и учреждений сферы здравоохранения, услуг и образования, выявили, что качество повышает общий уровень деятельности организации.

Наш опыт показывает, что для достижения стабильно высоких результатов деятельности ЛПУ необходима четко функционирующая, результативная система менеджмента качества (СМК). Она может быть основана на стандартах ИСО серии 9000 или иметь другую организационную основу, но должна отвечать потребностям учреждения и рыночным условиям. Без такой системы занять устойчивое положение в современной бизнес-среде невозможно.

В нашей стране для совершенствования СМК в практической деятельности ЛПУ можно применять следующие методы: модель премии Правительства Российской Федерации в области качества, сертификация по стандартам ИСО серии 9000, создание команд по улучшению качества, оценка удовлетворенности потребителя, сравнение с конкурентами (бенчмаркинг).

Одним из условий для успешного создания и внедрения СМК является принцип лидерства руководства. В ГОСТе Р ИСО 9001-2001 "Системы менеджмента качества. Требования" в разделе 5 "Ответственность руководства" регламентируется этот принцип. Его внедрение влечет за собой масштабные изменения в сущности руководящей деятельности и ответственности.

Определенные в рамках СМК процессы, действующие в ЛПУ, условно подразделяются на две основные группы: процессы создания, наращивания, модернизации потенциала и процессы использования имеющегося потенциала. Исходя из этого, можно выделить два вида принимаемых в рамках СМК решений: стратегические и тактические.

К компетенции первого руководителя (высшее руководство) относятся процессы создания, наращивания и модернизации потенциала ЛПУ, включающие изменение целей и политики в области качества, реконструкцию производства, внедрение новых медицинских и технологических процессов, изменение организационной структуры, международное сотрудничество.

За процессы использования имеющегося потенциала несут ответственность представители высшего руководства, руководители служб, специалисты. К таким процессам относятся формирование требований к качеству, управление производством и обслуживанием, валидация и верификация, мониторинг и измерение, управление несоответствующей продукцией, документация и др.

С помощью лидерства и реальных действий высшее руководство может создавать обстановку, способствующую полному вовлечению работников в процесс и эффективной работе СМК. Не меньшее значение имеют своевременно принятые решения, которые могут быть точными только при наличии у руководства правильных представлений и практической профессиональной компетентности.

Стандарт ИСО серии 9001:2000 регламентирует наличие компетентности у персонала, чья работа влияет на принятие стратегических и тактических решений в рамках СМК.

Таким образом, на руководителе ЛПУ лежит руководство СМК, определение целей и общих показателей хозяйственной деятельности, принятие решений по распределению ресурсов и делегированию полномочий. На представителе руководства – обеспечение соблюдения требований СМК, взаимодействие с участниками СМК, владельцами процессов, внешними сторонами, отслеживание результативности и эффективности СМК.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
КОЙКАМИ КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ
ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И СРЕДНИЕ СРОКИ
ПРЕБЫВАНИЯ НА КОЙКЕ

В.И. Шевцов, Е.В. Серкова, Ю.П. Солдатов

*РНЦ "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова,
Курган, Россия*

В Уральском федеральном округе 5051 травматолого-ортопедическая койка, из них 1167 ортопедического профиля. На 37 увеличилось число коек круглосуточного пребывания, для взрослых число коек увеличилось на 60, а для детей уменьшилось на 23. В последнее время проводится реорганизация косячного фонда, направленная на повышение эффективности оказания медицинской помощи.

В 2006 г. в Уральском федеральном округе обеспеченность взрослого населения ортопедическими койками составила 0,9, детского 1,2 (на 10 000 соответствующего населения). Самый высокий показатель в Курганской области, где обеспеченность ортопедическими койками взрослых составила 4,8, детей – 6,5 (на 10 000 соответствующего населения).

В Курганской области койки ортопедического профиля для взрослых развернуты в больницах скорой медицинской помощи Кургана (5), Шадринска (9) и в РНЦ "ВТО" (333). Для детей в БСМП Шадринска (1), в Курганской областной детской больнице им. Красного Креста (9) и в РНЦ "ВТО" (120). Корректно ли говорить об обеспеченности ортопедическими койками населения Курганской области? Ведь в РНЦ "ВТО" принимают пациентов не только из Курганской области, но и из других регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья. Доля взрослого населения Курганской области среди пролеченных больных составила 79 %, а детского – 50 %. Низкий удельный вес пролеченных детей из Курганской области, возможно, говорит о том, что нет такого количества детей, которые нуждаются в ортопедической помощи.

По Программе государственных гарантий, средняя длительность пребывания в стационаре одного больного ортопедического профиля составляет 27,5 дней. Средняя длительность пребывания больного с ортопедической патологией на койке по Уральскому федеральному округу – от 14 дней в Тюменской области до 48 дней в Курганской области. Средние сроки пребывания в РНЦ "ВТО" превышают нормативы обоснованно. Так, в отделении регуляции роста детей эта цифра в отчетном году составила 106 дней, в отделении коррекции деформации и удлинения конечностей – 101 день, большая длительность лечения в стационаре отмечается у пациентов при низком росте, врожденном укорочении нижних конечностей и с последствиями гематогенного остеомиелита.

В последнее время много внимания уделяется сокращению сроков лечения в стационаре. Широкое внедрение в клиническую практику новых разработок позволяет выработать новую концепцию восстановительного лечения больных с укорочениями, дефектами кости, патологией стопы и кисти, сформировать комплекс тактических и организационных мероприятий, устройств и способов обеспечения оптимального условия для стимуляции репаративного процесса, функционального восстановления и реального сокращения сроков лечения больных в 2–4 раза. Получен положительный эффект от применения интрамедуллярного армирования стальными спицами удлиняемых костей конечностей.

Потребность населения в ортопедической помощи велика. Об этом свидетельствует рост показателей инвалидности от последствий травм и костно-мышечной патологии, а также ежегодное увеличение количества пролеченных больных в ортопедических отделениях РНЦ "ВТО".

Эффективность стационарной медицинской помощи, средние сроки пребывания на койке ортопедического профиля, оборот койки и другие показатели зависят от целого комплекса ситуаций и факторов, которые положительно или отрицательно влияют на функционирование стационара. В условиях жесткой конкуренции лечебных учреждений необходима работа отделов маркетинга и рекламы по привлечению пациентов на лечение. Для этих целей в 2006 г. в РНЦ "ВТО" организован отдел маркетинга и рекламы.

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ
ТЕХНОЛОГИИ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
В КРУПНОМ ГОРОДЕ

В.В. Щедренко, И.В. Яковенко, О.В. Мозучая, Н.В. Аникеев, Ю.В. Попов

*Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт
им. проф. А.Л. Поленова,
Санкт-Петербург, Россия*

Целью проведенного исследования стало изучение системы оказания медицинской помощи пострадавшим в крупном городе и качества медицинской услуги. Изучена медицинская документация 28 стационаров и 24 подстанций скорой медицинской помощи (СМП) Санкт-Петербурга за 2004 г. Проанализировано 4 784 случая госпитализации по поводу сочетанной черепно-мозговой травмы (СЧМТ),

оценено качество оказания медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном и госпитальном этапе.

Исследование показало, что пациенты с СЧМТ получают, как правило, двухэтапную медицинскую помощь (СМП и стационар). Специализированными бригадами СМП (в подавляющем большинстве реанимационно-хирургическими) в стационары были доставлены лишь 21,7 % больных. Линейная служба оказала помощь 62,0 % пострадавших. Остальные 16,3 % пациентов доставлены частной, неотложной и иногородней СМП, а также попутным транспортом. Экспертный анализ свидетельствует о наличии ряда дефектов диагностики на догоспитальном этапе, при этом показатели хуже у линейных бригад. Так, специализированными бригадами не диагностирован шок или недооценена его тяжесть в 8,3 % случаев, линейными - в 26,8 %, не обнаружена черепно-мозговая травма или недооценена ее тяжесть в 5,7 % и 17,2 % соответственно. Следует отметить неполную диагностику повреждений различных анатомических областей, при этом наибольшие сложности, особенно у фельдшерских бригад, вызывало обнаружение повреждений таза и позвоночника. Ошибками лечения были дефекты коррекции дыхания, обезболивания (в 3,8 % случаев у специализированных бригад и более чем в 3 раза чаще – у линейных), инфузионной терапии, гормонотерапии и иммобилизации. Учитывая то, что максимальное приближение специализированной медицинской помощи к месту происшествия повышает ее качество и улучшает результат оказания помощи, на догоспитальном этапе при тяжелой СЧМТ должны действовать специализированные реанимационно-хирургические бригады. Проведенные расчеты свидетельствуют, что таких бригад в Санкт-Петербурге недостаточно, необходима одна бригада на 700–800 тыс. населения.

Стационары, в которые доставлялись пострадавшие, условно разделены на травмоцентры I и II уровня. К травмоцентрам I уровня отнесены шесть крупных, хорошо оснащенных многопрофильных стационаров, работающих в режиме non-stop, где пострадавшим мог быть выполнен наиболее адекватный объем лечебно-диагностических мероприятий. В них привозили наиболее тяжелых пострадавших. Однако лишь в двух из данных учреждений использована такая новая технология, как организация клиник сочетанной травмы, работа которых существенно улучшает качество медицинской услуги. В процессе углубленного экспертного анализа выявлено, что в стационарах, где отсутствуют клиники сочетанной травмы, задержка обследования и лечения в приемном отделении была отмечена у 9,1 % пострадавших и составила в среднем $16,5 \pm 0,3$ мин. Расчеты показали, что клиники сочетанной травмы должны быть организованы на базе многопрофильных больниц из расчета одна клиника на 1 000 000 населения.

К травмоцентрам II уровня отнесены стационары городов-спутников, расположенные в пригородной зоне по осям травматизма, и несколько городских больниц, которые по уровню технического оснащения, кадровому составу и системе

организации специализированной помощи существенно отличаются – в состав дежурной бригады входят лишь хирург, травматолог и анестезиолог; отсутствует возможность проведения компьютерной томографии. В такие стационары поступали пострадавшие с более легкими повреждениями или по жизненным показаниям. В организационном плане, с учетом особенностей расположения по осям травматизма следует оснастить эти больницы в соответствии с современными требованиями и обеспечить внешними консультантами.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А.С. Ямщиков, И.Г. Сумарокова, Н.Ю. Сафонова

*Главное управление здравоохранения администрации Красноярска,
Россия*

Стандарты серии ИСО-9000 могут быть использованы для совершенствования функций планирования, организации, трудовой мотивации и контроля связующих управленческих процессов. Особое внимание должно уделяться качеству информационного обеспечения управленческого процесса, которое также возможно стандартизировать на основе системы менеджмента качества (СМК).

Международный опыт и опыт ведущих российских компаний показывает, что одним из эффективных инструментов повышения конкурентоспособности и развития предприятий является использование потенциала, заложенного в системах управления. Одним из способов эффективного использования резервов управления является внедрение и сертификация СМК в соответствии с требованиями международных стандартов ИСО серии 9000, которая позволяет улучшить качество управления организацией через управление качеством всех процессов и видов деятельности. Репутация предприятия в области качества становится решающим фактором в способности конкурировать как на внутреннем, так и на международном рынке.

Причины, побуждающие к внедрению международных стандартов:

- повышение внимания общества к проблемам качества медицинских услуг;
- целенаправленная государственная политика по ориентации системы здравоохранения на радикальное решение проблем качества медицинского обслуживания населения;
- возрастающие потребности общества в получении качественных медицинских услуг; в обеспечении высокого уровня профилактики и лечения заболеваний, соответствующего международным требованиям;

- понимание руководством актуальности решения проблем качества услуг на основе внедрения СМК;

- стремление многих медицинских учреждений к снижению возросших производственных издержек при организации лечебно-диагностического процесса, снижению себестоимости лечения одного пациента;

- желание медицинских организаций уменьшить число жалоб со стороны населения, рекламаций страховых компаний и других заинтересованных сторон.

Всеобщее управление качеством является философией, которая может и должна быть положена в основу этой деятельности для постоянного улучшения всех процессов организации. СМК – это подход к руководству организацией, нацеленный на качество, основанный на участии всех ее членов и направленный на достижение долгосрочного успеха путем удовлетворения требований потребителя и выгоды для членов организации.

СМК позволяет удовлетворять потребности современного общества в высококвалифицированных специалистах, решать экономические проблемы в здравоохранении, создавать команды единомышленников. Это система, создаваемая в организации для формирования политики и целей в области качества, а также для достижения этих целей.

Медицинская услуга конкретного учреждения востребована в полной мере и надолго тогда, когда она соответствует ожиданиям потребителя.

Стандарт требует от высшего руководства организации здравоохранения более активной работы в выработке политики, поиске резервов для непрерывного улучшения СМК и доведении до сведения всего штата сотрудников важности как удовлетворенности потребителя, так и самой СМК.

Стандарт можно использовать для определения того, насколько эффективно работает система для выявления областей, где имеются проблемы.

Требования стандарта дают основу, в рамках которой этот вопрос является прерогативой каждого поставщика услуг здравоохранения. Данная основа позволяет установить процедуры, стандарты работы и индикаторы результатов удовлетворенности пациентов.

Помимо предоставления гарантии потребителям, СМК может использоваться в следующих целях:

- обеспечение общей структуры для координации и связи между подразделениями и организациями здравоохранения;

- обеспечение всемирно признанной СМК;

- обеспечение базы для сертификации;

- улучшение систем, процессов, их эффективности и результативности.

Применение стандарта может приносить выгоду заинтересованным в предоставлении услуги иностранным пациентам, а также при установлении связей с другими странами.

Таким образом, главными критериями эффективности СМК служат отзывы пациентов о качестве медицинских и сопутствующих услуг. Они позволяют выявлять и предупреждать внутренние производственные проблемы, переносить внимание персонала на нужды и ожидания пациентов.

ПРЕИМУЩЕСТВА ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ ИСО СЕРИИ 9000

А.С. Ямицков, Е.А. Юрова, Н.Ю. Сафонова

*Главное управление здравоохранения администрации Красноярска,
Россия*

Современные условия оказания медицинской помощи требуют изменения менталитета и формирования новых отношений между врачами, сотрудниками лечебно-профилактического учреждения и пациентами, страховыми компаниями.

Причин создания и изменения качества много и их воздействие на процессы, происходящие в лечебно-профилактическом учреждении, неодинаково. Перемены, происходящие в настоящее время в здравоохранении, сопровождаются кризисом, который связан с вытеснением форм медицинского обслуживания, построенных на принципах плановой экономики и принципах, обусловленных рыночными механизмами. Понятие медицинская услуга сегодняшнего дня требует разграничения компетентности, полномочий, обязательств и ответственности субъектов, занятых в сфере здравоохранения.

Многих издержек в управлении качеством медицинских услуг можно избежать посредством системы менеджмента качества (СМК) в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000, которые ориентируют учреждения здравоохранения на адаптацию процессного подхода к оказанию медицинских услуг с целью повышения степени удовлетворения потребностей всех заинтересованных сторон.

СМК, основанная на принципах и опыте, воплощенных в стандартах, способна помочь их организации в поддержании самых высоких стандартов в медицинской и технической квалификации, а также в обслуживании пациентов.

Стандарты ИСО дополняют существующую практику и процедуры, имея общую задачу – достижение удовлетворительных конечных результатов для пациентов (потребителей). СМК – средство управления процессами здравоохранения для достижения заданных конечных результатов.

Помимо предоставления гарантии потребителям, СМК может использоваться в следующих целях:

- идентификация задач и концентрация усилий на потребностях и ожиданиях пациентов (потребителей);
- достижение и поддержка желательного качества продуктов и услуг для удовлетворения заявленных или предполагаемых потребностей потребителей;
- мониторинг результатов, достигнутых в предоставлении медицинских услуг, или задач, согласованных организациями или отделами;
- предоставление свидетельств способности поставлять медицинские услуги реальным и потенциальным потребителям;
- создание базы для улучшения деятельности и результатов медицинского обслуживания.

Вся деятельность медицинской организации, направленная на обеспечение высокого качества диагностики и лечения, должна быть выстроена в логическую цепочку, успешно развивая результаты, достигнутые на предыдущем этапе, и обеспечивая преемственность как полученных данных о мониторинге состояния пациента, так и позитивную динамику лечения заболевания.

Стандарт ИСО не определяет напрямую потребности пациентов, которые должны быть предоставлены профессионально и в управляемых условиях самим медицинским персоналом.

В результате внедрения принципа процессного подхода к менеджменту качества медицинских услуг определяется полный жизненный цикл медицинской услуги, который охватывает все этапы оказания медицинской услуги пациенту: первичное обращение за медицинской помощью, амбулаторное лечение, стационарное лечение, включая повторное лечение, мониторинг состояния пациента в период между курсами лечения и в отдаленном периоде.

Без внедрения СМК в медицинских учреждениях и единых технологий лечения пациентов невозможно обеспечить доступность и качество медицинской помощи, а соответственно и улучшить состояние здоровья населения в крае.

При оценке эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений все больший акцент делается на удовлетворенности пациента.

Рассматривая качество медицинской помощи и факторы, влияющие на него, можно отметить комплексность проблемы. ВОЗ рассматривает эту комплексность с четырех позиций: максимальное выполнение профессиональных функций, оптимальное использование ресурсов, минимальный риск для пациента и максимальная удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой. Эти составляющие важны с точки зрения СМК, где одним из важнейших принципов является создание новой модели управления, нацеленной на удовлетворение потребителя и позволяющей успешно реализовывать стратегические цели и планы медицинской организации путем совершенствования процессов, что в конечном итоге приводит к финансовому успеху.

Таким образом, при использовании понятий и подходов СМК в соответствии с требованиями международного стандарта лечение и обслуживание пациента представляет замкнутый цикл. В этом цикле задействованы различные процессы, процедуры и регламенты, которые обеспечиваются ресурсами, информационными потоками, компетентностью медицинского персонала и специалистами других областей знаний.

Выгоды медицинских организаций от внедрения СМК:

- достижение высокого уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг;
- обеспечение высокой конкурентоспособности и доли рынка медицинских услуг;
- вовлечение медицинского персонала в решение актуальных задач медицинского обслуживания в результате более эффективной мотивации и повышения степени удовлетворенности медицинских работников результатами своего труда;
- повышение имиджа медицинских организаций на рынке медицинских услуг;
- обеспечение высокого профессионального уровня специалистов;
- достижение согласованности и эффективности бизнес-процессов (диагностического, лечебного, методического, информационного, научного);
- рациональное использование всех видов ресурсов (медицинских кадров, материально-технической базы, финансовых средств, информационного обеспечения и др.).