

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**В.А. СМЕЯНОВ**  
**С.В. ТАРАСЕНКО**  
**О.И. СМЕЯНОВА**  
**Н.В. ДЕМИХОВА**

*Сумский государственный  
университет, Украина*

*e-mail: nadezhda-sumy@mail.ru*

В статье предложена модель управления качеством медицинской помощи на уровне учреждения здравоохранения, основной характеристикой которой является социальная направленность. Выделение условно-постоянной и условно-переменной составляющих модели позволяет системно и поэтапно внедрить систему непрерывного улучшения качества медицинской помощи в учреждении здравоохранения.

Модель предполагает формирование базовых условий непрерывного улучшения качества медицинского обслуживания, которые в дальнейшем поддерживаются с учетом изменяющихся условий внешней и внутренней среды. На базе созданной условно-постоянной составляющей возможно функционирование цикла внутреннего аудита (условно-переменная составляющая), в процессе которого непосредственно определяются существующие и возможные риски в отношении качества медицинской помощи, разрабатываются и внедряются мероприятия по устранению выявленных рисков.

Ключевые слова: внутренний аудит, управление качеством медицинской помощи, медико-социальная модель, учреждение здравоохранения.

---

**Введение.** Ухудшение демографических показателей и показателей здоровья в ряде стран, повышение ожиданий пациентов касательно услуг здравоохранения, а также появление в средствах массовой информации ряда публикаций, посвященных вопросам качества медицинской помощи (КМП), сфокусировали системы здравоохранения на обеспечении качества медицинского обслуживания [3, 10, 12].

Улучшение деятельности и гарантирование высокого КМП потребителям медицинских услуг возможно путем изменений в системе управления учреждением здравоохранения (УЗ). В условиях бюрократической системы управления КМП, основным инструментом которой является экспертиза качества медицинского обслуживания, контроль направлен на выявление нарушений и дефектов в лечебно-диагностическом процессе и применение административных мер. Внедрение системы непрерывного улучшения качества предусматривает создание новых, партнерских взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами, между администрацией УЗ и работниками; создание благоприятной среды в коллективе, в котором творчество и открытость поощряются, а ошибки и неудачи исследуются без страха и обвинений.

Современный подход к обеспечению КМП в УЗ основывается на совершенствовании управления процессами предоставления медицинской помощи (МП), в частности, стандартизации процесса лечения и внедрении механизма внутреннего аудита (ВА) как главных элементов системы непрерывного улучшения КМП [11, 13, 15].

ДСТУ ISO 9000:2007 "Системы управления качеством. Основные положения и словарь" определяет аудит как систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита (проверки) и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита (проверки) [6].

Международные стандарты контроля качества определяют ВА как оценочную деятельность службы, созданную субъектом хозяйствования [5].

Исследованиям улучшения КМП в УЗ посвящены работы Бедоревой И.Ю. и соавт. [1], Блохиной М.В. и соавт. [2], Журавлева Ю.И. и Пальчук Е.В. [4], Линденбратена А.Л. [7], Рахмановой Н. И и соавт. [13], Югай М.Т. и соавт. [14], Signe Agnes Flottorp [15]. Применение ВА в системе управления КМП рассмотрены в исследованиях Ошкординой А.А. и соавт. [8], Посненковой О.М. и соавт. [9], Семеновой Н.В. [11] Однако актуальными остаются вопросы разработки модели управления КМП в УЗ в условиях усиления социальной направленности систем здравоохранения.

**Цель исследования.** Разработка модели управления КМП на уровне УЗ, основной характеристикой которой является социальная направленность.

**Методы исследования.** В процессе исследования были использованы системный подход, мета-анализ, описательное моделирование.

**Результаты и их обсуждение.** Медико-социальная модель управления КМП на основе механизма ВА предусматривает проведение циклической оценки и улучшения качества. Базовыми элементами модели являются условно-постоянная составляющая (нормативно-методологическая компонента, создание благоприятной среды в УЗ, мотивационная компонента) и условно-переменная составляющая (цикл ВА) (рис. 1).

Важным элементом внедрения механизма ВА является формирование каналов обратной связи между поставщиками и потребителями медицинских услуг. Эта связь показывает реакцию потребителя медицинских услуг на оказанную МП, отражает (сообщает) «что было хорошо, а что нужно изменить». То есть ВА позволяет и предусматривает включение пациентов, медицинских работников в процесс принятия решений в системе управления КМП. Формирование каналов обратной связи определяет медико-социальную направленность модели управления КМП на основе ВА.

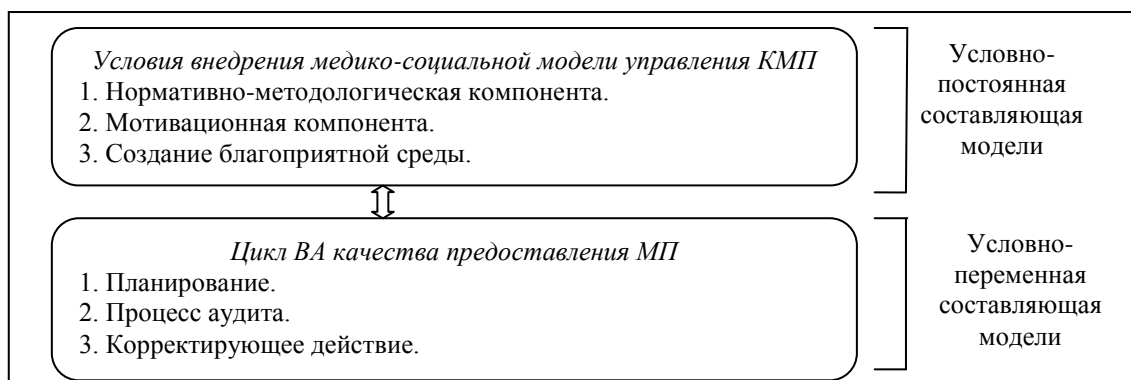


Рис. 1. Концептуальный подход к управлению КМП на основе механизма ВА (Смеянов В.А. и соавторы, 2013)

Условно-постоянная составляющая формирует обязательные условия для внедрения медико-социальной модели управления КМП. Она создается с целью возможности функционирования механизма ВА в УЗ и постоянно поддерживается с учетом обновления государственной нормативно-правовой базы, рыночных условий, изменений в обществе в целом и т.п. Нормативно-методологическая составляющая включает: приказы по УЗ, методические рекомендации, локальные клинические протоколы, хронометраж лечебного и технологического процессов, маршруты пациентов, статистические данные, планы медицинских Советов, программу и план обеспечения КМП в УЗ и другие методические документы по КМП.

Одновременно с нормативно-правовой базой в УЗ формируется среда, благоприятная к непрерывному улучшению КМП, что предусматривает:

- лидерство руководства;
- проведение общего собрания коллектива с разъяснением целей и принципов концепции непрерывного улучшения КМП (доброжелательности, конфиденциальности, использование уже имеющихся данных, отсутствия наказаний или обвинений в результате проведения аудита, обеспечение обучения персонала);
- создание структурной компоненты непрерывного улучшения КМП: необходимых моно- или мультидисциплинарных групп, в состав которых приказом главного врача могут быть привлечены работники различных подразделений данного УЗ, потребители медицинских услуг, представители общественных организаций;
- формирование мотивационной компоненты системы непрерывного улучшения КМП: системы материального и морального вознаграждения за предоставление качественной МП и участие в работе мультидисциплинарных групп.

Создание благоприятной среды в УЗ является одним из главных условий эффективного функционирования медико-социальной модели управления КМП и базируется, в первую очередь, на инициативности и заинтересованности руководства; проведении в коллективе разъяснительной работы о целях и принципах концепции непрерывного улучшения КМП и др.

Создание среды в УЗ, благоприятной к непрерывному улучшению КМП, предусматривает осуществление мер по изменению отношения в коллективе к проблемам КМП, например: разработку и распространение среди персонала подготовленных методических материалов, обеспечение их доступности для каждого сотрудника; информирование всех сотрудников о том, что в рамках новой системы управления качеством действия направлены не на выявление недостатков с целью наказания, а с целью их предотвращения при оказании МП пациентам и др.

Мотивационная составляющая предусматривает создание системы материального и морального поощрения за предоставление качественной МП и участие медицинских работников в процессах улучшения КМП.

Формирование мотивации у персонала медицинской организации к качественному выполнению своей работы и к активному участию в процессах управления качеством является одним из условий успешной реализации политики в области качества. В данном направлении администрации УЗ необходимо периодически проводить исследования по изучению мотивационных рычагов у работников, использовать принципы экономического и морального стимулирования (объявление благодарности, награждение ценными подарками и грамотами, проведение конкурсов на звание «Лучший врач» и «Лучшая медицинская сестра» и т.д.). Активным сотрудникам создать условия для дальнейшего профессионального, административного или научного роста при достижении определенных успехов в области качества. Ключевым направлением системы морального стимулирования персонала является демонстрация достижений в области качества. Основные достижения, как отдельных сотрудников, так и всего коллектива целесообразно демонстрировать на общебольничных совещаниях, на собрании трудового коллектива учреждения, на административных совещаниях районного и областного масштабов, а также освещать в средствах массовой информации.

На базе условно-постоянной составляющей медико-социальной модели управления КМП в УЗ возможно функционирование и развитие условно-переменной составляющей, то есть эффективное внедрение системы непрерывного улучшения КМП на основе цикла ВА. Цикл ВА состоит из трех основных этапов: планирование, процесс и корректирующее действие. По результатам проведения цикла ВА принимаются управленческие решения, имеющие целью улучшение существующего уровня КМП в УЗ. Следующим этапом в модели является анализ эффективности внедрений и проведение повторного аудита для поддержания непрерывности совершенствования процессов оказания МП.

Таким образом, для эффективного функционирования медико-социальной модели системы управления КМП в УЗ необходима разработка нормативно- методологической базы на основе стандартизации процессов предоставления МД, создание благоприятной среды в коллективе на принципах реализации концепции непрерывного улучшения КМП и разработка системы материального и морального поощрения за предоставление качественной медицинской помощи и участие в процессах улучшения КМП.

Создание условно-постоянной составляющей медико-социальной модели управления КМП в УЗ предоставляет возможность проведения ВА. Сначала в УЗ издается приказ о проведении ВА, которым устанавливаются приоритеты, указывается тема, определяются ресурсы, создается мультидисциплинарная команда. Приоритеты устанавливаются, исходя из результатов деятельности УЗ, состояния здоровья обслуживаемого населения, данных статистических отчетов, результатов мониторинга удовлетворенности пациентов и др.

Выбор темы является важным этапом внутреннего аудита. Тема аудита должна быть актуальной и локальной, направленной на улучшение клинических, социальных, эпидемиологических, профилактических и других аспектов деятельности УЗ. Тему аудита, как правило, определяет главный врач, ориентируясь на статистические данные, результаты мониторинга удовлетворенности пациентов, данные анализа жалоб и т.д. Например, проблемой может быть увеличение случаев осложнений у больных артериальной гипертензией в год, увеличение среднего показателя койко-дней у послеоперационных больных, низкий уровень посещения семейного врача диспансерными больными, увеличение количества жалоб. Затем устанавливаются цели и задачи ВА, которые должны соответствовать следующим критериям: быть специфическими (например, уменьшение количества послеоперационных осложнений); указывать на целевую аудиторию или систему, на которую она направлена (для пациентов с артериальной гипертензией, больных сахарным диабетом, urgentных хирургических больных); быть измеряемыми (количество обращений к врачу общей практики- семейной медицины или к специалистам, количество лабораторных и инструментальных обследований за год, уровень артериального давления, время пребывания больного в приемном отделении и т.п.). На этапе «планирование» определяются ресурсы, необходимые для проведения ВА: специалисты-эксперты, оборудование, программное обеспечение и др. Также создается мультидисциплинарная команда путем включения в нее представителей всех групп, заинтересованных в повышении КМП.

Этап «процесс» включает: определение вида и объекта аудита, утверждение индикаторов качества, выбор инструментов аудита, составление поэтапного плана проведения аудита, сбор данных, анализ; т.е. на этом этапе выявляются недостатки и узкие места в процессе организации МП в УЗ. Мультидисциплинарная команда на своем заседании определяет виды (направления) и объекты (единицы исследования) аудита. Затем утверждает индикаторы качества, то есть показатели, величина которых будут оцениваться в процессе ВА. Нельзя ограничиваться только индикаторами, разработанными на основе клинических стандартов. Выделяют также индикаторы, разработанные мультидисциплинарной командой

самостоятельно, например: время, потраченное пациентами на ожидание приема; число пациентов, довольных общим сервисом в УЗ, количество профилактических осмотров за год больных, которые находятся на диспансерном учете, качество ведения медицинской документации. В зависимости от определенных видов аудита выбираются инструменты аудита: мониторинг, наблюдение, анализ медицинской документации, бенчмаркинг и др. Затем составляется поэтапный план проведения аудита, в котором определяются основные мероприятия аудита, исполнители, сроки мероприятий.

На этапе «корректирующее действие» разрабатываются предложения, происходит апробация предложений и внедрение предложений. После выявления причин проблем обеспечения КМП, мультидисциплинарная команда разрабатывает меры по улучшению имеющейся медицинской практики.

После апробации предложений проводится анализ улучшений на основе определенных индикаторов эффективности. Затем важно продолжать мониторинг и сбор данных с целью выявления положительных или отрицательных последствий системного внедрения определенного мероприятия в УЗ. На этом этапе формируется итоговая оценка эффективности ВА и закрепляются достигнутые улучшения в УЗ. Для этого нужно сравнить данные мониторинга до и после мероприятий, выявить улучшились ли индикаторы, определить соответствие процесса запланированному, подвести итоги и сделать выводы. На основе выводов мультидисциплинарная команда должна принять решение о внесении корректив в мероприятия; определить, какие изменения должны быть сделаны; при отсутствии улучшений, оценить полученный результат; при наличии улучшений, определить возможности их распространения и закрепления в практике УЗ.

На этапе внедрения изменений выдается приказ по УЗ об итогах ВА и внедрения предложений по совершенствованию КМП, вносятся данные по проведенному ВА в реестр аудитов.

**Выводы.** В отличие от бюрократической модели обеспечения КМП, предложенная модель формирует систему принятия решений, которая направлена на улучшение здоровья населения и КМП с учетом потребностей, обязательным участием представителей всех заинтересованных групп. Выделение условно-постоянной и условно-переменной составляющих модели позволяет системно и поэтапно внедрить систему непрерывного улучшения КМП в УЗ. Модель предполагает формирование базовых условий непрерывного улучшения качества медицинского обслуживания, которые в дальнейшем поддерживаются с учетом изменяющихся условий внешней и внутренней среды. На базе созданной условно-постоянной составляющей возможно функционирование цикла ВА (условно-переменная составляющая), в процессе которого непосредственно определяются существующие и возможные риски в отношении КМП, разрабатываются и внедряются мероприятия по устранению выявленных рисков.

## Литература

1. Бедорева И.Ю. Принципы функционирования системы менеджмента качества в медицинском научно-исследовательском учреждении / И.Ю. Бедорева, Е.А. Головкин, Т.В. Комиссарова, Л.В. Кислицына // Главврач. — 2011. — № 3. — С.62—72
2. Блохина М.В. Методика управления качеством медицинской помощи на основе процессного подхода / М.В. Блохина, О.Н. Уразова // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2012. — № 4. — С.57—60.
3. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. — Мальта: ВОЗ, Европейское региональное бюро. — 2012. — 52 с.
4. Журавлев Ю.И. Проблемы управления качеством независимой сестринской помощи на современном этапе / Ю.И. Журавлев, Е.В. Пальчук // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия «Медицина. Фармация». — 2012. — №10. Выпуск 18. — С. 95—101.
5. Международные стандарты контроля качества, аудита, обзора, другого предоставления уверенности и сопутствующих услуг: издание 2010, часть 1 / Пер. с англ. А.Л. Ольховикова и др. - К.: Изд-во «Феникс», 2010. — 409 с.
6. Национальный стандарт Украины. Системы управления качеством. Основные положения и словарь терминов (ISO 9000:2005, IDT): ДСТУ ISO 9000:2007. — К.: Госпотребстандарт Украины, 2008. — 29 с.
7. Линденбратен А. Л. Торетические и практические аспекты организации управления качеством медицинской помощи // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. — 2012. — № 3. — С. 23-26.
8. Ошкордина А. А. Особенности организации внутреннего аудита в медицинском учреждении на примере ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум / А.А. Ошкордина, Т. Н. Клементьева // Системная интеграция в здравоохранении. — 2009. — № 2. — С. 35-41 [Электронный ресурс] — Режим доступа: [http://sys-int.ru/sites/default/files/sys\\_int\\_40\\_2\\_4\\_2009\\_1.pdf](http://sys-int.ru/sites/default/files/sys_int_40_2_4_2009_1.pdf).

9. Посненкова О. М. Клинический аудит качества медицинской помощи больным артериальной гипертонией в поликлинике города Саратова с использованием компьютерной информационно-аналитической системы / О.М. Посненкова, В.И. Гриднев, А.Р. Кисилев, В.А. Шварц // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009, Т.5. – № 4. – С. 548-554.

10. Предварительный обзор институциональных моделей выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Европе. – Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2012. – 45 с.

11. Семенова Н.В. Анализ готовности персонала психиатрических учреждений к переходу на индустриальную модель управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации / Н.В. Семенова. – Санкт-Петербург, 2012. – 24 с.

12. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния / Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: «Системы здравоохранения-Здоровье-Благосостояние». – Таллинн, Эстония, 25-27 июня 2008 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа://www.euro.who.int/document/E91438R.pdf.

13. Рахманова Н. Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения / Н. Рахманова, Н. Нармухамедова. – Ташкент, 2007. – 148 с.

14. Югай М.Т. Внедрение принципов корпоративного менеджмента в управление государственной больницей / М.Т. Югай, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 9. – С.6–9.

15. Signe Agnes Flottorp. Краткое изложение принципов №3. Применение аудита с обратной связью, предполагающей высказывание оценок и отзывов медицинским работникам, как способ повышения качества и безопасности медико-санитарной помощи / Signe Agnes Flottorp, Gro Jamtvedt, Bernhard Gibis, Martin McKee – BOOЗ, 2010 г. – 66 с.

## **MEDICAL AND SOCIAL MODEL OF MANAGEMENT OF HEALTH CARE QUALITY FOR HEALTH CARE INSTITUTION**

We suggested the model of management of health care quality for health care institution, the main feature of which is social orientation. Detachment of conditionally permanent and conditionally variable components from the model allows us to implement systematically and gradually the system of continuous quality of health care improvement in health care institution.

The model assumes creating of basic conditions of continuous quality of medical services improvement. These conditions will be maintained in response to changeable conditions of external and internal environment. On the basis of established conditionally permanent component functioning of the internal audit cycle is possible (conditionally variable component), in which existing and possible risks concerning quality of health care are identified, and activities to eliminate detected risks are developed and implemented.

Key words: internal audit, management of health care quality, medical and social model, health care institution.

**V.A. SMEYANOV**  
**S.V. TARASENKO**  
**O.I. SMEYANOVA**  
**N.V. DEMIKHOVA**

*Сумский государственный университет, Украина*

*e-mail: nadezhda-sumy@mail.ru*

Смеянов Владислав  
Анатольевич

в.о. директора медицинского института Сумского государственного университета, зав. кафедрой социальной медицины, организации и экономики здравоохранения, к.мед.н., доцент.  
Тел. +38 050 771 30 08

Тарасенко Светлана Викторовна

ст. преподаватель кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения, к.е.н. Тел. +38 095 515 72 32

Смеянова Ольга Ивановна

ассистент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения,  
Тел. +38 066 025 53 06

Демикова Надежда  
Владимировна

– кандидат медицинских наук,  
доцент кафедры семейной медицины  
Сумского государственного университета  
e-mail: nadezhda-sumy@mail.ru тел. +380502490692