

Кочкоров М.

**ООРУЛАРДЫ АНЫКТОО МЕНЕН ДАРЫЛООДО САПАТЫН ЖАКШЫРТУУДА,
АЙМАКТЫК ООРУКАНАЛАР МЕНЕН ДАРЫГЕРЛЕР ТОПТОРУ ЖАНА ҮЙ-
БҮЛӨЛҮК МЕДИЦИНА БОРБОРЛОРДУН ОРТОСУНДАГЫ ТЫГЫЗ
БАЙЛАНЫШТЫК**

Кочкоров М.

**НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ
КАЧЕСТВА, ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ СТРУКТУРНЫМИ ЗВЕНЬЯМИ
ТБ И ЦСМГСВ**

М. Kochkorov

**SCIENTIFIC BASIS FOR MEASURES TO IMPROVE
THE QUALITY, CONTINUITY BETWEEN THE STRUCTURAL UNITS**

УДК: 616.6.06614.3

Макалада медициналык кызмат кылуу системасы үй-бүлөлүк медицина борбору, үй-бүлөлүк дарыгерлер топтору менен аймактык дарылоо борборлору тыгыз байланышта так, сапаттуу дарыгерлер менен медайымдардын билимдеринин сапаттуулугу, медициналык жабдыктардын камсыз болушу алардын аткарылыштарынын көзөмөлдөө, дарыгерлер менен медайымдардын кызматтарын көзөмөлдөө жөнүндө берилген.

Негизги сөздөр: башкаруу, сапат, көзөмөл, модель сатуу, башкаруу түзүмү, натыйжалуулук, талдоо жыйынтыктар, маалымат, дарылоону алдын алуу мекемелери, чечим.

*Рациональная организация труда в подразделениях и обеспечение их деятельности кадровыми и финансовыми ресурсами – процесс полноты организации и осуществления преемственности между структурными звеньями **ТБ и ЦСМГСВ**. В свете современного развития системы здравоохранения в целом в республике создана оптимальная структурная модель управления медицинской службы в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПО).*

Ключевые слова: управление, качество, контроль, модель, структура управления, эффективность, анализ, результаты, информация, лечебно-профилактические учреждения, решения.

*Rational organization of labor in the divisions and ensuring the personnel and financial resources – the process of the completeness of organization and implementation of the continuity between the structural units of **TB and the UCM/GSV**. In the light of modern development of the health system in General, the region has optimum structural model of management of medical service in medical institutions.*

Key words: management, quality, control, model, structure management, efficiency, analysis, results, information, medical institutions, decisions.

Цель и задачи: рациональная организация труда в подразделениях и обеспечение их деятельности материально-техническими, кадровыми и финансовыми ресурсами;

- быстрая реакция на изменение внешних и внутренних условий, особенная расположенность к достижениям новых технологий в системе здравоохранения, рыночной экономике. Нами изучен процесс полноты организации и осуществления преемственности между структурными звеньями ТБ и ЦСМГСВ. В результате анализа было выявлено, что в

14 (63,1%) ТБ и 17 (55,4%) ЦСМ не функционировала лечебно-контрольная комиссия и не были введены новые организации, осуществляющие внутренний мониторинг качества и эффективности, которые были предусмотрены в рамках реструктуризации отрасли в республике. В частности, только в 14,7% и 23,7% ТБ и ЦСМ, соответственно, контролировался лечебно-диагностический процесс, причем он осуществлялся только на уровне руководителей структурных подразделений. В свете современного развития системы здравоохранения в целом в республике создана оптимальная структурная модель управления медицинской службой в лечебно-профилактических организациях. Структура управления, в наибольшей степени соответствующая условиям деятельности современной системы здравоохранения, обеспечивает возможность его эффективного функционирования. И наоборот, пороки в структуре управления могут существенно снизить уровень всей медицинской деятельности. Из представленных структур управленческого процесса вытекают несколько важных положений:

- многоуровневой системы управления;
- специфика объекта управления на каждом уровне;
- особенности оценки и мониторинга эффективности функционирования органа управления на каждом иерархическом уровне;
- особенности разработки критериев достижения цели и конечных результатов по каждому объекту управления ЛПО. Следовательно, **во-первых**, в многоуровневой системе управленческого процесса должна быть четко скоординирована деятельность различных подразделений для рационального использования ресурсов и определения оптимального количества уровней принятия решений. **Во-вторых**, для эффективного управления деятельностью и реализации основных задач ЛПО требуется четкое определение объектов управления на всех уровнях иерархической системы. Нужно конкретное и четкое представление о достигаемых и желаемых результатах деятельности структурных подразделений. Это связано с необходимостью устранения дублирования функций органов управления на различных уровнях. **В-третьих**, конкретный орган управления должен строить свою

работу, исходя из основной цели деятельности всего ЛПО и ориентируясь на свой объект управления. От качества управления на всех иерархических уровнях будет зависеть достижение основной задачи организации. При углубленном анализе данного аспекта управления медицинской службой лечебно-профилактических организации было установлено, что вся сущность управленческой деятельности в ЛПО заключалась в проведении только учета и контроля за результатами проводимых организационных и медицинских технологий. В процессе исследования изучено 160 управленческих решений, принятых на уровне ТБ, ЦОВП и ЦСМ ГСВ (**приказы, распоряжения, решения**). При анализе этого информационного потока установлено, что по содержанию большинство решений касается организации медицинской помощи (**10,8%**); планирования, финансирования и статистики (**41,9%**); кадровых вопросов (**9,6%**); материально-технической базы и ремонтных работ (**16,8%**); санитарно-эпидемиологических вопросов (**9,6%**) управление, эффективности, анализ, результат, информация, ЛПО управленческих решений занимали незначительную долю. При проведении анализа качества принимаемых управленческих решений выявлены следующие недостатки:

- отсутствие четкой схемы информационного обеспечения, четкой плановости в принятии решений (сбор и обработка, контроль, анализ и изучение информации, разработка организационных и управленческих схем и методов, контроль за реализацией принятых решений) (**ТБ 12,4%, ГСВ- 17,8%, ЦОВП- 48,9%**);

- в большинстве случаев принятие решений по маршрутам движения управленческих информационных дублируется многими руководящими работниками (**ТБ -9,6%, ГСВ-4,7%, ЦОВП - 16,5%**);

- нередко встречается плохая организация процесса оформления документов по управлению и, как следствие, необоснованное обилие документального информационного потока в результате дублирования информации (**ТБ - 13,6%, ГСВ-25,4%, ЦОВП- 58,4%**);

- отсутствие управленческих направлений, имеющих практическое значение для ЛПО, а также несвоевременное доведение решений до исполнителей (**ТБ-5,4% ГСВ-3,7% ЦОВП-5,5%**). Анализ вышеуказанных фактов показал, что руководители и члены администрации остро нуждаются в руководстве по новым методам и методологиям управленческого процесса для улучшения его качества и эффективности. В связи с этим выделены приоритетные методы оптимизации и совершенствования управленческих решений, которые опираются на происходящие в республике структурно-функциональные преобразования в сельских медицинских учреждениях. **1. Научная обоснованность.** Решение должно приниматься с учетом действия экономических и других социальных законов и анализа конкретной производственной обстановки. Оно вырабатывается на базе достоверной информации путем сопоставления нескольких обоснованных вариантов достижения поставленной цели. **2. Единство.** При

решении определенной задачи приходится обычно иметь дело с сопутствующими задачами, вытекающими из главной. Они должны быть подчинены главной задаче, ради которой принимается решение. Все положения решения взаимосвязываются, а также согласуются с ранее принятыми и уже действующими. **3. Правомочность.** Решение может приниматься в пределах тех прав, которыми наделен руководитель или члены аппарата управления. Оно должно исходить именно от тех органов и лиц, которые обязаны его выработать. **4. Направленность.** Каждое управленческое решение должно иметь точный адрес и быть понятно исполнителю. Его формулировка должна быть однозначной и не допускать разночтений. **5. Конкретность.** Должно быть указано время исполнения решения. **6. Оперативность.** Решение необходимо принимать именно в тот момент, когда этого требует производственная обстановка. Как запоздавшее, так и поспешные решения одинаково вредны. Необходимость выделения следующих функций управленческой деятельности была продиктована результатами анализа деятельности руководителей ТБ. **7. Планирование обеспечивает:**

- дисциплину, гарантирующую, что все относящиеся к делу факторы подробно и систематично учтены;

- возможность убедиться, что все ценные альтернативные методы приняты во внимание;

- эффективные способы приведения аргументов «за» и «против» конкретных решений: как для того, чтобы объяснить, так и для того, чтобы убедить;

- анализ ожидаемого результата и оценку риска при принятии решения. **8. Организация и регулирование** предусматривают создание необходимых условий для достижения целей, т.е. оптимальную атмосферу в работе и взаимоотношения между работниками коллектива ЛПО, которые способствуют улучшению трудовой деятельности, побуждают к достижению поставленных целей, а также предполагают проведение различных организационно-административных мер в соответствии с изменяющимися условиями. **9. Мотивация и стимулирование труда** - комплекс мероприятий по стимулированию и повышению инициативы работника или коллектива, направленный на достижение индивидуальных или общих целей ЛПО. Наряду с другими факторами, стимулирование является одним из главных условий, обуславливающих высокое качество труда. Кроме того, определена эффективность деятельности работника, которая зависит от многих факторов, среди которых основную роль играют: четкое понимание цели своей работы, вероятность достижения этой цели и система материальных и моральных стимулов, определяющих заинтересованность работника в его труде. **10. Анализ играет весьма активную роль в управлении.** Он предполагает постоянную критическую оценку всех разделов профилактической и лечебно-диагностической работы ЛПО в целом и каждого структурного подразделения, выявление недостатков и резервов, предвидение на этой основе результатов работы ЛПУ. Таково основное содержание анализа как функции управления. **11. Контроль** - это система

наблюдений и проверок соответствия качества и эффективности деятельности отдельных работников, подразделений, служб и ЛПО в целом установленным стандартам и критериям. Изучение и моделирование совершенствования данного аспекта управленческой деятельности также вытекает из установленных недостатков, которые одинаково характерны для ТБ, ЦСМ и ЦОВП.

1. В среднем в **34,5%** функциональные обязанности сотрудников аппарата управления не отражают истинной ответственности и прав по контролю за деятельностью своих служб.

2. В **24,5%** нет четкого определения конкретных должностных обязанностей каждого сотрудника аппарата управления.

3. В **19,6%** непропорционально распределяются обязанности между руководителем ЛПУ и его заместителями; на руководителя замыкаются почти все линии подчинения, что означает отсутствие необходимого уровня коллегиальности и наличие авторитаризма в управлении.

4. В **67,9%** недостаточно упорядочена и не эффективно реализуется технология материальной и моральной мотивации управленческих процедур.

5. В **18,9%** встречаются некомпетентность и пассивность руководителя из-за его несоответствия занимаемой должности и отсутствия инициативы, направленной на дальнейшее совершенствование форм и методов работы, повышение эффективности и качества труда сотрудников.

6. В **3,5%** выявлен групповой эгоизм, т.е. нежелание сотрудников считаться с руководителями и главными задачами подразделения. В современных условиях развития системы здравоохранения, когда активно происходит расширение границ автономности и самостоятельности ПСМП и ТБ, в процессе управления все большее практическое значение приобретают доказанные многолетиями на практике три взаимосвязанных метода: **административно-распорядительный, экономический и социально-психологический**. В условиях радикальной реформы здравоохранения республики данные методы должны основываться на принципе стремления к непрерывному повышению качества и достижению конечных результатов в оказании медицинской помощи, а также обеспечения «курса на жизнь». Стиль руководства – привычная для конкретного руководителя система деятельности, поступков и реакций на возникающие ситуации, используемые им в своей практической управленческой деятельности. Управленческая деятельность (или цикл) в целом неразрывно связана с вопросами информационного обеспечения. Информационное обеспечение управления врачебной помощью лечебно-профилактических организациях формируется и зависит от имеющихся структурных подразделений, кадрового и материально-технического ресурса учреждения. **Носителем информации в учреждении является документ**. Поэтому от правильной и рациональной организации делопроизводства и документооборота зависит оперативное выполнение документов, которые несут в себе управленческое воздействие, направленное, прежде всего, на

повышение качества медицинского обслуживания жителей. В результате экспертного анализа установлено, что в зависимости от назначения управленческая информационная система формируется от входящих потоков документации (направление сверху вниз - в соответствии с управленческой иерархией организационной структуры учреждения), исходящих (снизу вверх) или горизонтальных (между учреждениями или службами одного ранга) потоков документации. Систематизация документов позволила выделить следующие современные виды документации, которые носят внешнюю и оперативную управленческую информацию для ЛПО.

Включает информацию, состоящую из писем, информационных листков; реферативные журналы, информацию о новых лекарственных препаратах и медицинской технике, методиках исследований, по обмену опытом работы, о рационализаторских предложениях; бюллетени о новых медицинских книгах, руководства; информатику по новым медицинским технологиям, научно-методическим рекомендациям; материалы научных обществ. В период экспертного анализа проводили изучение, кроме количественного анализа, степени информативности документационного потока по медицинской практике. Количественный анализ документационной базы в ТБ и ЦСМ свидетельствует о его росте за период 2010-2011 годы **на 12,9%** к уровню за 2006-2008 годы. Распределение по видам корреспонденции входящей документации показывает, что на первом месте находится доля документов из вышестоящих органов управления здравоохранения (**58,6%**); на втором – из медицинских учреждений района (**18,9%**); на третьем – из местных государственных органов управления (**10,4%**) и наименьшее их количество – из других организаций и жителей (**12,1%**). Выявленные данные свидетельствуют об увеличении потока документов в связи реформированием медицинской службы, с другой стороны – о слабом вовлечении населения в решение вопросов медицинского обслуживания. В то же время доля справочно-аналитического и научно-медицинского исходящего документационного потока указывает на низкую аналитико-прогностическую деятельность руководителей учреждений и структурных подразделений. **В результате проведенного анализа методом экспертной оценки удалось установить, что удельный вес всех документов, содержащих 100%-ную информативность, составил всего 49,6%**, тогда документы, содержащие 50-75%, 25-50%, составили, соответственно, 21,3 и 13,4%. Такая неинформативная группа больше всего приходится на раздел документационного информационного потока директивного и организационно-управленческого характера. Их основными причинами являются дублирование содержания других документов, отсутствие управленческих направлений, имеющих значение для службы, отсутствие достоверности и полноты информации; кроме того, содержание неоправданных сроков представления информации. На основании анализа всех выявленных проблем в процесс информационного обеспечения деятельности медицинской

службы ТБ и ЦСМ определили ряд особенностей:

- большие объемы информации должны обрабатываться в жестко ограниченные сроки;

- исходная информация должна подвергаться однократной обработке с различных производственных точек зрения и с учетом требований потребителей;

- исходные данные и результаты расчетов, планируемые и прогнозируемые показатели хранятся длительное время. Также были выделены основные возможные причины искажения управленческой информации:

- два одинаковых сообщения могут оцениваться по-разному, в зависимости от времени их поступления и оценки (ошибка перспектив);

- эмоциональное напряжение (страх, радость, гнев и т.д.) могут существенно исказить информацию, как и давно ожидаемое, но не соответствующее заранее сложившемуся мнению, сообщение (ошибка эмоции);

- желание произвести благоприятное впечатление своей информацией на вышестоящее начальство ("барьер престижа"). В настоящее время медицинской информационной системе должны быть свойственны следующие качественные характеристики:

а) Достоверность. Информация должна строго соответствовать объективным показателям, достигнутым той или иной службой (подразделением), так как ее искажение ведет к неправильной разработке управленческих решений, а в итоге - к недоиспользованию имеющихся резервов и возможностей ЛПО.

б) Достаточность. Количество информации, содержащейся в разных документах, должно полно отражать наиболее существенные стороны деятельности учреждений (подразделений и т.д.).

в) Доступность. Информация должна быть не загроможденной, позволяющей ее осмыслить на всех уровнях управления.

д) Динамичность. Информация должна быть подготовлена в сравнительных показателях с прошлым отчетным периодом, с отражением сравнительных показателей и критериев.

ж) Однозначность. Информация не может иметь различных толкований. В ней должно быть четкое, единое направление.

з) Грамотность. Информация должна быть ясной, информационно-наглядной, не имеющей исправлений (в настоящее время рекомендуется отражать ее в большей степени в графическом изображении).

и) Оперативность. Информация составляется в строго установленные сроки: запоздавшие сведения не дают особых положительных результатов в реализации принимаемых решений. В системе контроля сроки их выполнения приобретают формальный характер и приводят к разрыву управленческого процесса. Внутренняя система информации вырабатывается и используется в самом звене управления для поддержания его функционирования в определенном режиме, т.е. касается деятельности терапевтической службы. Она нами названа оперативной

информационной системой, в которую впервые включен объем необходимой (ежедневной, еженедельной и т.д.) оперативной информации по видам, периодичности и срокам поступления, позволяющей эффективно ее использовать, что отражено в приложении. Созданная оперативная система информационного обеспечения руководителей службы и администрации сельского ЛПО позволяет:

- осуществлять оперативный контроль за правильностью принятого решения, эффективность которого проверяется по динамике показателей;

- проводить управление на всех уровнях с минимальным риском принятия некомпетентного решения и установить объективный контроль за действенностью принятых решений;

- обеспечить правильное оперативное руководство по оценке итоговых результатов эффективности работы;

- рационально использовать рабочее время работников управления и освободить их от некоторых неактуальных или старых рутинных работ;

- вовлекать в управленческую деятельность равномерно все уровни управления;

- изменить систему показателей оценки деятельности службы и перейти к показателям оценки по конечному результату.

Заключение. На основании представленных новых принципов и механизмов совершенствования процесса управления и с учетом современного здравоохранения выделены основные направления в деятельности руководителя медицинской службы лечебно-профилактической организации в целом.

Для обеспечения реализации на практике системы управления качеством медицинской помощи целесообразно расширение организации новых структурных подразделений: АДО, дневной стационар, стационар на дому, паллиативные отделение и др.

- Для обеспечения реализации на практике системы управления качества медицинской помощи: службы экстренные скорой медицинской помощи, стационарозамещающие службы, хоспис.

Литература:

1. Аалиев Г.К., Мамбетов К.Б., Мукеева С.Т., Бобровский А.Н. Модель управления лечебным фондом в плане рационализации больничной помощи в КР. // Здравоохранение Кыргызстана. 1999. - №3.-С.6.
2. Андреева О.В. Показатели эффективности и качества медицинского обслуживания населения. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2002. - №5. - С. 24-25.
3. Андреева И.А. Комарлицкая В.Т. Диспансеризация - резервы ее совершенствования. - Киев: Здоровья, 1989. - 200 с.
4. Аскалонов А.А. Управление качеством медицинской помощи.//Советская медицина. - 1988. - №10. - С.73-75.
5. Альтман Н.Н. Система управления кадровыми ресурсами в здравоохранении: Автореф. дисс..... к.м.н. - М.: НПО «Мед соц эконом информ» МЗ РФ, 1998.- 26 с.

Рецензент: д.м.н., профессор Бокчубаев Э.Т.