

Гордан Йелич<sup>1</sup>  
G.Jelic@pcu.mzsz.vladars.net

И.М. Бальхаев<sup>2</sup>  
к.м.н., ill.balkhaev@mail.ru

Л.М. Жовтун<sup>3</sup>  
minzdravrb@govrb.ru

Радомир Бошковиц<sup>4</sup>  
office@bonexing.com

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ СТРАТЕГИЧЕСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА: ПРИМЕР РЕСПУБЛИКИ СЕРБСКОЙ

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения и социального развития Республики Сербской, Белград, Сербия;

<sup>2</sup> ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Республика Бурятия, Улан-Удэ;

<sup>3</sup> Министерство здравоохранения Республики Бурятия, Улан-Удэ;

<sup>4</sup> «Бонекс инжиниринг», Белград, Сербия

**Йелич Г., Бальхаев И.М., Жовтун Л.М., Бошковиц Р. Совершенствование системы здравоохранения и улучшение качества медицинских услуг на основе применения методов стратегического менеджмента: пример Республики Сербской.**

Реформа системы здравоохранения и улучшение качества медицинских услуг занимают важное место в программах правительств многих стран мира. Реализация таких программ на практике сталкивается со многими трудностями, поскольку существенные изменения системы требуют длительной и скоординированной работы одновременно по нескольким направлениям. Проекты улучшения требуют участия большого числа учреждений, медицинского и другого персонала, внешних экспертов. Широкий охват деятельности способствует росту сопротивления переменам и увеличивает вероятность провала реформы. Шансы на успех повышаются, если министерства здравоохранения при подготовке и реализации проектов реформы будут использовать методы стратегического менеджмента. В статье показано на примере Республики Сербской, одной из федеральных единиц Боснии и Герцеговины, как можно использовать методы стратегического менеджмента для проведения крупномасштабных реформ.

**Ключевые слова:** стратегия, качество в здравоохранении, стандарты качества, проекты, улучшение качества, права пациентов.

**G. Yelich, I.M. Balkhaev, L.M. Zhovtun, R. Boshkovich. Use of Strategic Management Methods for the Improvement of the National Healthcare System and the Quality of Medical Services – the Example of Republika Srpska**

In many countries of the world, reform of the national healthcare system and the improvement of quality of medical services are the key governmental strategies. The implementation of the strategies in practice addresses many challenges, since significant changes require a long-term coordinated effort from several directions at the same time. Projects aimed at improvement require from medical organizations to involve in the process a significant number of local staff and external experts. The big scope of activities increases resistance to change and the chance for the project failure remains high. The chance for success however may be increased if ministries of health use strategic management techniques during preparation and implementation of improvement projects. Using the example of Republika Srpska, one of the federal units in Bosnia and Herzegovina, this article explains how strategic management techniques may be used for large-scale reform projects.

**Key words:** strategy, quality in healthcare, standards of quality, projects, quality improvement, patients rights.

### ВВЕДЕНИЕ

Качество медицинской помощи занимает главное место в реформе систем здравоохранения во многих странах мира. Каким образом конкретная страна будет обеспечивать и улучшать это качество, зависит прежде всего от существующих проблем в ее системе здравоохранения и от того, какие цели ставятся перед этой системой. Улучшение должно быть достигнуто в условиях многих ограничений (в первую очередь нехватка кадров и финансовых ресурсов), но без нарушения работоспособности существующей системы. Дополнительная сложность заключается в том, что надо улучшать все элементы системы одновременно, поскольку они взаимосвязаны и зависят друг от друга<sup>1</sup>, а сама система здравоохранения зависит от других систем общества.

Совершенствование системы здравоохранения и улучшение качества медицинских услуг обычно реализуется в соответствии с программами и проектами, которые разрабатывают министерства здравоохранения. Чтобы все такие программы и проекты были согласованы между собой и чтобы они постоянно были ориентированы на реализацию общей цели, при их разработке должны быть использованы принципы и методы стратегического менеджмента. Это важно еще и потому, что существенные улучшения невозможно реализовать в короткий срок, сколько бы ресурсов ни вкладывалось в систему. Определение долгосрочной перспективы является краеугольным камнем стратегического менеджмента.

Положительный пример использования стратегического подхода для улучшения системы здравоохранения и качества медицинских услуг можно найти в Республике Сербской, одной из федеральных единиц Боснии и Герцеговины.

<sup>1</sup>Например, система подготовки медицинских кадров и система оплаты медицинских услуг очень сильно влияют на качество этих услуг.

Он интересен тем, что доказывает, что качество можно улучшать и в условиях недостаточного финансирования и ограниченных ресурсов.

### ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ О РЕСПУБЛИКЕ СЕРБСКОЙ

Республика Сербская является одной из двух административно-территориальных единиц в составе Боснии и Герцеговины. Она была сформирована в 1995 г. после окончания гражданской войны, ее площадь составляет 24 857 км<sup>2</sup>, с численностью немногим более 1,4 млн жителей и плотностью населения порядка 58 чел/км<sup>2</sup>. На основании Дейтонского мирного соглашения каждая федеральная единица самостоятельно управляет своей системой здравоохранения. Республике Сербской достались 54 медицинских учреждения первичного уровня и 14 многопрофильных и специализированных больниц. В системе здравоохранения работают около 12 000 сотрудников.

Приступая к обновлению системы здравоохранения, Республика Сербская столкнулась с множеством проблем [1]:

- резкое ухудшение качества жизни населения привело к росту младенческой смертности, сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей, алкоголизма и психических заболеваний;
- многие медицинские учреждения были частично разрушены, некоторые объекты пришли в непригодность, а другие отданы под размещение беженцев;
- много медицинского оборудования было уничтожено или оно было разворовано;
- общее число медицинского персонала соответствовало нормам, но его структура, знания, умения и распределение по территории не соответствовали новым потребностям населения. Доступность медицинской помощи в селах была гораздо ниже, чем в городах; учреждения первичного уровня были ориентированы только на лечение заболеваний – профилактическая работа отсутствовала, врачи работали как «регулирующие», просто направляя больных к специалистам или в больницу.

Вывод был однозначен: имеющиеся проблемы не могут быть решены ни быстро, ни просто, источники финансирования системы здравоохранения ограничены и увеличение средств не предвидится. Улучшение требует радикальных изменений в системе здравоохранения и в системе обязательного медицинского страхования, но реформа такого масштаба должна быть хорошо подготовлена и согласована с рекомендациями ВОЗ [2].

### ПОДХОД К РЕФОРМЕ

Подготавливая реформу, Министерство здравоохранения и социального развития Республики Сербской определило, что она должна проводиться с полным применением методов стратегического менеджмента, которые включают следующее:

- определение миссии системы здравоохранения и миссии министерства здравоохранения;

- определение ключевых политик, которые будут направлять действия всех элементов системы здравоохранения;
- определение стратегических целей, сроков их реализации и показателей их достижения;
- определение совокупности стратегий для реализации каждой стратегической цели;
- разработку проектов, которые приводят стратегию в действие.

Все эти уровни реализации показаны на рисунке 1 и в таблице 1 (в таблице показаны только главные стратегические цели, стратегии и проекты как пример развертывания пирамиды стратегического менеджмента).



Кроме элементов, показанных в виде пирамиды на рисунке 1, стратегический менеджмент предполагает:

- идентификацию заинтересованных сторон,
- определение их требований и ожиданий,
- определение подхода к удовлетворению этих требований и ожиданий.

Возможные заинтересованные стороны показаны на рисунке 2.

Отвечая на вопрос, кто может являться заинтересованной стороной, прежде всего надо иметь в виду назначение системы здравоохранения. С одной стороны, она служит всем гражданам (обществу), с другой – каждому пациенту<sup>2</sup> в отдельности. Требования и ожидания граждан и пациентов определяются в процессе принятия закона о защите здоровья и закона о медицинском страховании, где утверждается, какие права им гарантируются.

<sup>2</sup> Здесь «пациент» обозначает человека, который пользуется услугами конкретного медицинского учреждения.

Такой подход требует отдельного рассмотрения прав граждан<sup>3</sup> и прав пациента<sup>4</sup>. В законе об охране здоровья граждан, который существовал до 2009 г., такого разделения не было, поэтому в рамках реформы законодательной основы была подготовлена Декларация о правах пациента (2006), на основании которой потом разрабатывались соответствующие статьи нового закона.

Внесение прав пациентов в закон об охране здоровья в дополнение к правам граждан имеет долгосрочные последствия:

- министерство здравоохранения должно обеспечить улучшения на двух уровнях сразу – на уровне организации предоставления медицинской помощи населению и на уровне отношений врач – пациент;
- из равного для всех права на предоставление медицинской помощи следует, что качество предоставленных услуг в учреждениях одного типа должно быть одинаково во всей республике, а это значит, что большинство улучшений должно охватывать все медицинские учреждения одновременно<sup>5</sup>;
- ответственность за непосредственное обеспечение прав пациентов на уровне врач – пациент переходит от

<sup>3</sup> Например, право граждан на медицинскую помощь, право граждан на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения.

<sup>4</sup> Например, право на защиту частной жизни и конфиденциальность информации, право на уважение времени пациента, право на получение независимой медицинской экспертизы у другого врача и т.д.

<sup>5</sup> Ясно, что улучшение инфраструктуры зависит от обеспечения и распределения финансовых средств, но улучшение отношений врач – пациент можно инициировать повсюду, сразу, без средств.

министерства здравоохранения к каждому конкретному медицинскому учреждению.

Персонал, который предоставляет медицинские услуги, тоже является заинтересованной стороной. Исходя из назначения системы здравоохранения персонал требует и ожидает, например, обеспечения:

- непрерывного совершенствования знаний, необходимых для предоставления качественной услуги (не только медицинских знаний);
- повышения объема и качества информации о лечении определенного заболевания (например, клинические руководства, планы ведения больных);
- четкой организации работы, что включает в себя грамотное распределение полномочий и обязанностей, свод политик и процедур, которые направляют действия персонала;
- поддержки процесса предоставления медицинских услуг (доступность и работоспособность оборудования и медицинских изделий, ускоренный документооборот, минимум потерь времени);
- юридической защиты в случае судебного процесса.

В отношении персонала медицинских учреждений Министерство здравоохранения и социального развития Республики Сербской приняло следующие стратегические решения:

- Во всех случаях, когда это возможно, медицинское сообщество должно применять саморегулирование через профессиональные ассоциации. Например, лицензирую-

Таблица 1. Разработка стратегического подхода (по уровням)

Миссия системы здравоохранения	Улучшение здоровья народа и всех факторов, от которых зависит здоровье и социальное развитие
Ключевые политики	Программа политики и стратегии в области здравоохранения в Республике Сербской до 2010 г. Политика качества и безопасности в области здравоохранения. Политика ментального здоровья. Национальная фармакологическая политика
Стратегические цели	Уменьшение различий в состоянии здоровья и доступности медико-санитарной помощи в зависимости от места проживания и принадлежности к различным социально-экономическим группам. Улучшение здоровья и доступности медико-санитарной помощи для незащищенных групп населения. Перестройка всей системы здравоохранения: переориентация на улучшение здоровья и предупреждение заболеваний. Улучшение эффективности и качества медицинских услуг
Стратегии	Стратегия медико-санитарной помощи первичного звена. Стратегия уменьшения различий в состоянии здоровья и доступности медико-санитарной помощи для населения. Стратегия медицинской помощи вторичного звена (больницы) и высокоспециализированной медицинской помощи. Стратегия развития здравоохранения на основании информационно-коммуникационных технологий (eHealth). Стратегия предупреждения и контроля неинфекционных заболеваний. Стратегия улучшения эффективности и качества услуг в здравоохранении (организационно-методических и лечебно-профилактических мероприятий). Стратегия мониторинга и снижения факторов риска в жизненной и рабочей среде, улучшение инфраструктуры и работы медицинских учреждений
Проекты	Проект улучшения сектора здравоохранения. Проект внедрения системы менеджмента и системы качества во всех больницах в республике. Проект внедрения информационной системы в первичной медико-санитарной помощи. Проект разработки плана кадровых ресурсов для системы здравоохранения. Проекты постройки новых больниц и реконструкции существующих больниц. Проект скоординированной реакции на HIV/AIDS и туберкулез в послевоенных обстоятельствах

Рисунок 2. Заинтересованные стороны в системе здравоохранения



ние врачей и разработка клинических руководств должно перейти в ведение таких ассоциаций.

■ Медицинские учреждения должны обеспечить персоналу все условия для выполнения качественной работы. Внедрение эффективной системы менеджмента является мощным инструментом, который поможет в реализации этой задачи.

Все другие требования и ожидания персонала решаются в рамках трудового кодекса или других законов.

В рамках стратегического подхода частные организации в сфере здравоохранения также считаются заинтересованной стороной. В отношении таких организаций были приняты следующие решения:

■ Исходя из конституционных прав граждан на свободный труд вся законодательная основа системы здравоохранения будет строиться так, чтобы не было никакого различия между государственным и частным сектором. Частная медицинская практика даже будет поощряться, поскольку ее финансирует сам собственник и это снижает нагрузку на министерство здравоохранения. Но, с другой стороны, это значит, что и частные, и государственные медицинские учреждения должны выполнять все условия для оказания безопасной и качественной медицинской помощи.

■ Частные организации могут заключать договоры с Фондом ОМС на предоставление услуг гражданам. В рамках этих договоров за предоставленные услуги платит Фонд ОМС, а гражданин получает бесплатную помощь.

■ В рамках закона о государственно-частном партнерстве для обеспечения специфических услуг населению (на данный момент такими являются диализ и радиотерапия) правительство<sup>6</sup> может передать эти услуги на аутсорсинг, но и в таком случае пациент будет получать бесплатную медицинскую помощь.

Очевидно, что реализация описанного стратегического подхода требует пересмотра роли и задач всех заинтересо-

ванных сторон, показанных на рисунке 2, в первую очередь министерства здравоохранения и Фонда ОМС.

#### ПЕРЕВОД СТРАТЕГИИ В ДЕЙСТВИЕ

Многие авторы книг о стратегическом планировании согласны с тем, что только незначительный процент всех стратегий реализуется на практике [3]. Это значит, что и в случае реформы системы здравоохранения, несмотря на все благие намерения заинтересованных сторон, вероятность провала может быть существенно выше шансов достижения запланированных результатов в силу следующих причин:

■ Время, необходимое для проведения реформы, превышает период между выборами. Очень немногие политики решаются инициировать проекты, результаты которых могут приписать себе те, кто придет им на смену. Кроме того, долгосрочные проекты улучшения/реформы находятся под постоянной угрозой из-за изменений во внешней среде.

■ В здравоохранении работает много влиятельных людей, медработники являются важной частью избирателей, а реформа большего масштаба может затронуть их интересы. Политикам очень невыгодно инициировать изменения, которые могут уменьшить их шансы на новых выборах.

■ Степень улучшения измеряется в точке соприкосновения граждан/пациентов с системой здравоохранения, т.е. в месте контакта врач — пациент. Поэтому перевод стратегии в действие и улучшение качества медицинских услуг невозможно без изменения установленного порядка вещей в самих медицинских учреждениях. Прежде всего надо изменить отношение всего персонала к гражданам/пациентам и обеспечить защиту их прав. Такие изменения невозможны без постоянного внешнего давления со стороны самих пациентов, Фонда ОМС и министерства здравоохранения. Но ни министерство, ни фонд не могут прямо вмешиваться в организацию работы конкретного учреждения или в работу конкретного врача, так что в рамках принятых стратегий сами медицинские учреждения должны постоянно улучшать свою работу. Если они в этом не видят пользы для себя, действительных улучшений не будет.

<sup>6</sup> Договоры о государственно-частном партнерстве подписываются на уровне правительства.

■ Даже если учреждения захотят улучшить организацию своей работы и качество предоставленных услуг, надо решить массу вопросов, например:

- как распределить время для участия персонала в работе различных команд и комиссий;
- где найти деньги для стимулирования персонала, который участвует в улучшениях;
- как освоить знания и умения для проведения необходимых изменений, особенно знания в сфере общего менеджмента и управления процессами, т.е. в областях, которые традиционно не интересуют медработников, и т.д.

■ Если реализация проектов улучшения в какой-то момент существенно замедлится или остановится (даже временно) по любым причинам, то возобновление работы не представляется возможным, за исключением той части, которая относится к инфраструктуре (ремонт, закупки). Проекты организационных изменений должны проходить «с первого раза», без перерывов.

Первые две причины самые важные: если нет политической воли и решимости, если руководители самого верхнего уровня не выступают как лидеры на поле улучшений, то все реформы сводятся к формальной имитации деятельности. В Республике Сербской по стечению ряда обстоятельств такая политическая воля существовала еще с 1995 г., несмотря на все изменения на политической сцене, так что реформы и улучшения никогда не останавливались. Особенно быстрый темп ощущается в последние 6 лет, где тон задает лично министр здравоохранения, внедряя принцип лидерства на всех уровнях управления.

На основании всего сказанного можно сделать вывод, что успешное проведение реформы и претворение стратегии в жизнь требует создания необходимых условий, например:

- обеспечения соглашения на уровне правительства о необходимости проведения реформы и непрерывной поддержки на самом верхнем уровне;
- создания новых структур в системе здравоохранения, чьими основными задачами будут, например:
  - управление проектами, включая координацию со всеми заинтересованными сторонами, обеспечение экспертной помощи медицинским учреждениям и контроль исполнения;
  - разработка обязательных стандартов безопасности и качества, а также сертификация и аккредитация медицинских учреждений согласно этим стандартам;
  - надзор за выполнением обязанностей медицинских учреждений, прежде всего в области защиты прав пациентов;
  - разработка показателей качества медицинских услуг, сравнение медицинских учреждений на основании этих показателей и инициирование улучшений;
- обеспечение непрерывного и адекватного финансирования реформы и т.д.

Приступая к реализации принятых стратегий, в рамках создания условий Министерство здравоохранения и социального развития Республики Сербской сделало следующее:

■ в составе министерства был сформирован специальный отдел управления проектами, который координирует все главные проекты улучшения;

■ было образовано Агентство по сертификации, аккредитации и улучшению качества медико-санитарной помощи, которое разрабатывает стандарты безопасности и качества медицинских услуг, проводит сертификацию и аккредитацию на соответствие этим стандартам, разрабатывает показатели качества и иницирует проекты улучшения;

■ роль Фонда ОМС была дополнена контрольной функцией в отношении прав пациентов;

■ на ключевые функции, от которых зависит оперативная реализация проектов и программ (прежде всего отдел управления проектами и Агентство по сертификации, аккредитации и улучшению качества медико-санитарной помощи), назначены специалисты, которые в престижных иностранных университетах обучались менеджменту, управлению качеством и управлению проектами;

■ было проведено широкое обучение сотрудников министерства и фонда, всех директоров медицинских учреждений первичного звена, директоров больниц, начальников отделов в больницах и большинства команд семейной медицины для создания критической массы тех, кто владеет знаниями менеджмента, особенно менеджмента в здравоохранении;

■ был проведен анализ кадровых ресурсов в системе здравоохранения и анализ ситуации во всех больницах в стране в целях определения приоритетов для улучшения.

После этого были приняты следующие решения:

- изменения и улучшения должны охватывать две области: общее управление медицинским учреждением и процесс предоставления медицинских услуг;
- улучшать свою работу будут все учреждения сразу [4];
- в сравнении с учреждениями первичного уровня, в которых практикуется семейная медицина, риски, связанные с процессом лечения, в больницах гораздо выше. Кроме того, больницы тратят больше денег, так что главные изменения и улучшения должны происходить именно в больницах [5];

■ всем медицинским учреждениям, а больницам в первую очередь, для проведения улучшений будет обеспечена необходимая информация, обучение и помощь консультантов, чтобы сократить время проведения изменений, особенно в сфере менеджмента;

■ министерство здравоохранения и Фонд ОМС будут все время поддерживать контакт с медицинскими учреждениями и помогать в проведении проектов улучшения.

Только после окончания фазы подготовки стало возможным начать реальную работу по улучшениям, т.е. приступить к реализации проектов, показанных в *таблице 1*. Всю сложность проведения крупномасштабных изменений в системе здравоохранения можно показать на примере проекта внедрения системы менеджмента и системы качества во всех больницах в республике.

Проект начался в 2008 г. со сроком реализации до конца 2013 г. Цели проекта согласованы с миссией и стратегическими целями министерства здравоохранения – улучшить две взаимосвязанные области: безопасность и качество медицинских услуг и качество управления больницами. Для этого требуется работа сразу в нескольких направлениях, поэтому проект был разбит на шесть подпроектов, показанных на *рисунке 3*.

Надо обратить внимание на то, что значение терминов «стандарт», «план ведения больных» и «показатель качества» здесь отличается от того, в каком они используются в Российской Федерации<sup>7</sup>.

Поскольку шансы провала долгосрочных проектов всегда высоки, кроме отдела управления проектами в министерстве здравоохранения, который координирует всю работу, для надзора над проектом создан Совет проекта, которым руководит министр здравоохранения. Директор каждой больницы отвечает за ту часть проекта, которая реализуется в его больнице.

Первый подпроект уже практически закончен:

- разработаны и вводятся в действие сертификационные и аккредитационные стандарты<sup>8</sup>;
- разработана методика их применения и обеспечены пошаговые инструкции по управлению проектом внедрения;
- разработаны руководства о том, как выполнить требования стандартов, и проведено соответствующее обучение всех больниц.

Второй подпроект также близок к окончанию:

- опубликовано руководство по разработке планов ведения больных;
- по приказу министерства здравоохранения и на основании статистики заболеваний каждая общая больница разработала 12 планов ведения больных для самых частых заболеваний, и они введены в действие. Планы разработаны с учетом того, что информация о процессе лечения будет использоваться для оценки качества;
- на основании этих планов продолжительность госпитализации для некоторых заболеваний уже снижается. Также снижается процент осложнений.

Третий подпроект самый сложный, поскольку включает следующие направления:

- изменения в организации управления учреждением на основании процессного подхода<sup>9</sup> и принципов современного менеджмента;
- управление качеством процессов диагностики и терапии;
- управление качеством лабораторных исследований;
- управление медицинскими отходами и защитой окружающей среды;

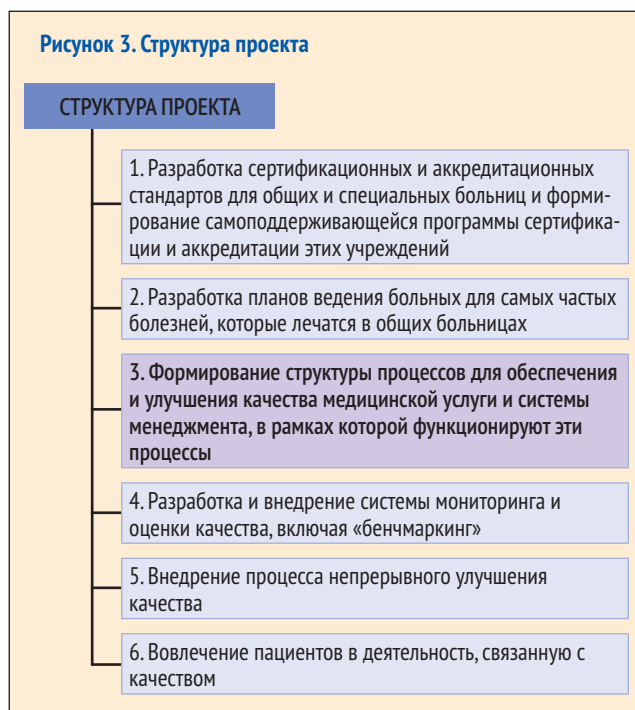
- управление рисками (включая внутрибольничные инфекции, риски, связанные с процессом лечения, и риски, связанные с охраной труда);
- управление медицинской документацией, включая защиту персональных данных;
- управление безопасностью пищевых продуктов;
- управление общей безопасностью.

Для реализации этого подпроекта в каждой больнице сформирована структура, состоящая из директора учреждения, всех руководителей первого звена управления, специальных комиссий и т.н. координаторов по качеству. Эта структура прошла интенсивное обучение для реализации задач, связанных с проектом. Также каждой больнице обеспечена помощь консультантов, которые обучают персонал, дают примеры возможных решений и дают ответы на возникающие вопросы. Работа над этим подпроектом идет полным ходом, но первые положительные эффекты уже ощущаются: например, после многих лет снова планируется ремонт и проверка оборудования, процесс обработки жалоб пациентов полностью прописан, а директор проводит документированный пересмотр системы управления. Самая большая проблема – это приведение инфраструктуры в состояние, которое соответствует стандартам. Здесь необходимы большие капиталовложения, и потому эта проблема решается в соответствии с возможностями министерства здравоохранения.

Близок к завершению и четвертый подпроект:

- разработаны специфические показатели качества, которые относятся к самым частым заболеваниям, самым дорогим или самым рискованным процедурам;
- разработана система сбора данных по этим показателям и система сравнения результатов различных больниц по каждому из них. Эти системы используют современные

Рисунок 3. Структура проекта



<sup>7</sup> Термин «стандарт» определяется в соответствии с [6]; термин «показатель качества» определяется согласно [7] и [8]; термин «план ведения больных» определяется в соответствии с документами European Pathway Association, [www.e-p-a.org](http://www.e-p-a.org); термин «качество» определен согласно US Institute of Medicine, [www.iom.edu](http://www.iom.edu).

<sup>8</sup> На <http://www.jointcommissioninternational.org/Accreditation-Manuals/EBIAS400/1553/> можно увидеть, как выглядят аккредитационные стандарты.

<sup>9</sup> См. ГОСТ Р ИСО 9000, ГОСТ Р ИСО 9001 и ГОСТ Р ИСО 9004.

интернет-технологии в режиме реального времени, причем вся информация доступна министру здравоохранения, директору Фонда ОМС, Агентству по сертификации, аккредитации и улучшению качества и директорам всех больниц. Эти данные будут использоваться как основа для улучшения специфической клинической практики в связи с конкретными заболеваниями. Вопрос, когда эти данные появятся в открытом доступе, будет рассматриваться в течение следующего года.

Пятый подпроект только что начался, поскольку для него все предварительные условия еще не выполнены. В его рамках будут использоваться такие методы, как внутренний аудит, анализ со стороны руководства, управление несоответствиями, кайдзен (непрерывное улучшение) и клинический аудит. Документированные руководства уже разработаны и будут внедряться начиная со следующего года.

Шестой – последний – подпроект, в сущности, не может быть завершен никогда, поскольку нет границ улучшениям в сфере, касающейся пациентов. Уже разработаны все документы, которые обеспечивают защиту прав пациента, определена структура в Фонде ОМС и в больницах, которая будет заниматься продвижением этих прав. Соответствующая информация доведена до всех граждан, регулярно проводятся опросы пациентов, и на их основе улучшается качество услуги. Но настоящему вовлечению пациентов в процесс лечения препятствует отсутствие влиятельных сообществ пациентов, непонимание самих пациентов того, что их отношение к собственному здоровью является ключевым фактором борьбы с заболеваниями, и традиционное отношение врачей к пациентам, где пациент считается объектом, а не субъектом процесса лечения.

Поскольку проект все еще не закончен, оценивать его результаты пока рано. Можно только сказать, что он уже находится в той фазе, когда число тех, кто ощущает положительные результаты, непрерывно растет.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В любой стране непрерывное улучшение качества и безопасности медицинской помощи и совершенствование системы здравоохранения являются главными задачами министерства здравоохранения и персонала медицинских учреждений. Реализацию этих задач осложняют многие проблемы – прежде всего нехватка финансовых и человеческих ресурсов, инерция системы здравоохранения, существующая организационная культура в медицинских учреждениях, отсутствие механизмов внешнего давления и время, необходимое для проведения больших изменений. Также надо принять во внимание активное сопротивление тех людей, которые теряют свои привилегии, не хотят приспособливаться к новым условиям или просто боятся того, что улучшения сделают их работу ненужной. Из-за этих проблем многие проекты улучшения или проваливаются, или дают совсем скромные результаты в сравнении с затраченными средствами.

Без существенного изменения системы здравоохранения и процесса предоставления медицинских услуг не может

быть настоящего улучшения. В действительности, чтобы избежать политических рисков, министерства здравоохранения делают упор на самую частую и проверенную стратегию улучшения – закупку нового оборудования и ремонт инфраструктуры. С другой стороны, если те, которые управляют системой здравоохранения и медицинским учреждением, будут проявлять лидерские качества, улучшений можно добиваться и в условиях всевозможных ограничений. При этом надо использовать методы стратегического менеджмента и управления изменениями [9] с фокусом на выполнение миссии. Один пример такого подхода показан в этой работе в надежде на то, что он может быть использован и в другом месте. Этот пример на деле доказывает, что первый принцип Деминга<sup>10</sup> – «постоянство цели» – может дать результаты, если существует политическая воля, которая обеспечит, чтобы все элементы системы здравоохранения согласованно двигались к реализации общей цели – улучшению здоровья народа и всех факторов, от которых оно зависит.

<sup>10</sup> См. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Деминг,\\_Уильям\\_Эдвардс](http://ru.wikipedia.org/wiki/Деминг,_Уильям_Эдвардс).

## ЛИТЕРАТУРА И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ

1. Стратегия развития здравоохранения в Республике Сербской до 2000 г. – Министерство здравоохранения и социального развития Республики Сербской, 1999.
2. «Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в европейском регионе ВОЗ: введение», Всемирная организация здравоохранения, 1998.
3. Robert S. Kaplan, David P. Norton. The strategy-focused organization: how companies thrive in the new business environment. – Harvard Business Press, 2001.
4. Policy for improvement of quality and safety of health care in the Republic of Srpska until 2010. – Министерство здравоохранения и социального развития Республики Сербской, 2008. [http://www.pcuhealth.org/en/dokumenti/cat\\_view/11---.html](http://www.pcuhealth.org/en/dokumenti/cat_view/11---.html).
5. «Secondary and Tertiary Health Care Strategy in the Republic of Srpska», Министерство здравоохранения и социального развития Республики Сербской, 2007. [http://www.pcuhealth.org/en/dokumenti/cat\\_view/11---.html](http://www.pcuhealth.org/en/dokumenti/cat_view/11---.html).
6. ISQua's International Principles for Healthcare Standards, International Society for Quality in Healthcare (2007), [www.isqua.org](http://www.isqua.org).
7. «PATH Indicators descriptive sheets '09/10», World Health Organization Regional Office for Europe, 2009, [http://path.cmj.org.pl/upLoad/file/path\\_20092010\\_indicators\\_descriptive\\_sheets.pdf](http://path.cmj.org.pl/upLoad/file/path_20092010_indicators_descriptive_sheets.pdf).
8. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Europe PATH project. – Int. J. for Quality in Health Care, 2005, [www.pathqualityproject.eu](http://www.pathqualityproject.eu).
9. Leading Change. – John P. Kotter, Harvard Business School Press, 1996.