

Восемь принципов управления на основе всеобщего качества и их место в повышении эффективности медицинской помощи роженицам и родильницам

Н. С. Брынза, к.м.н., Н. В. Башмакова, д.м.н., А. С. Корначев, В. В. Грибоедова
Департамент здравоохранения Администрации Тюменской области; ФГУ Уральский НИИ ОММ Росздрава; ФГУН «Тюменский НИИ краевой инфекционной патологии» Роспотребнадзора, г. Тюмень

Резюме

Цель исследования: на примере акушерских стационаров оценка возможности использования принципов управления на основе всеобщего качества, широко применяемых в промышленности, для повышения эффективности медицинской помощи. Анализ литературных данных показал, что эти принципы универсальны по своей природе и могут быть с успехом использованы для осуществления назревших перемен в отечественной акушерской службе. Данные принципы, в сочетании с семейно-ориентированными технологиями ведения родов, позволяют существенным образом улучшить качество медицинской помощи роженицам, родильницам и новорожденным, а также обеспечить снижение затрат, связанных с отклонениями от оптимальной деятельности, количество которых может быть сведено к минимуму.

Ключевые слова: управление на основе всеобщего качества, результативность и эффективность работы акушерских стационаров.

Введение

Происходящие на протяжении последних 15 лет попытки реформирования отечественного здравоохранения, направленные на повышение результативности и эффективности медицинской помощи, не дали ожидаемой отдачи ни в росте качества медицинских услуг и их доступности для основной массы жителей, ни в сокращении непроизводительных затрат, обусловленных несоответствиями в диагностике, лечении и профилактике.

Не является исключением в этом плане и акушерская служба, которой поручено обеспечить снижение материнской и младенческой смертности до общеевропейского уровня. Применение современных семейно-ориентированных технологий родовспоможения позволило в ряде случаев получить достоверное повышение качества медицинской помощи при срочных самопроизвольных родах. Однако стабильность этих результатов остается недостаточной.

По нашему глубокому убеждению, для снижения нежелательных вариаций качества медицинской помощи и уменьшения непроизводительных затрат необходимо, чтобы система организации здравоохранения вообще и в частности в акушерстве базировалась на принципах управления, опирающегося на всеобщее качество, которое получило международно-

принятую аббревиатуру TQM (Total Quality Management). Всего таких принципов восемь: ориентация на потребителя, лидерство руководителя, вовлечение работников, процессный подход, системный подход к управлению организацией, постоянное улучшение, принятие решение на основе фактов, взаимовыгодные отношения с поставщиками.

В нашем исследовании широко используются термины «результативность» и «эффективность», под которыми, согласно ГОСТ Р ИСО 9000:2001 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь», в первом случае понимается: — «степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов, которая измеряется величиной расхода между фактическим и целевым результатом (дельтой)», а во втором — «связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами, которая измеряется размером фактического положительного результата в пересчете на единицу затрат израсходованных на достижение этого результата (отношение результата к затратам)» [5].

Целью настоящего исследования явилась оценка возможности использования данных принципов для повышения результативности и эффективности медицинской помощи на примере акушерства.

Н. С. Брынза — к. м. н.; Н. В. Башмакова — д. м. н.

Обсуждение

Первый принцип — «Ориентация на потребителя». Любая организация зависит от своих потребителей, и поэтому должна понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания [5]. Для этого необходимы маркетинговые исследования.

В нашем случае под маркетинговыми исследованиями понимается мониторинг состояния здоровья рожениц, поступающих в акушерский стационар. По нашим данным частота нормальных родов не превышала 19%. Из них у 54% женщин имелись сопутствующие заболевания. Таким образом, абсолютно здоровые роженицы и родильницы составляли не более 9%. Несмотря на это, каждая роженица ожидает, что в процессе оказания ей медицинской помощи у нее родится здоровый ребенок, а роды пройдут без осложнений. Следовательно, среди множества потребностей и ожиданий пациенток ключевыми являются рождение здорового ребенка и отсутствие осложнений у родильниц. Исходя из этого, необходимо знать сколько, когда и какие женщины обратятся к нам за помощью. Это позволит разработать стандарты ведения родов при наиболее часто встречаемых патологических состояниях, предусмотреть подготовку персонала, закупку необходимых расходных материалов и оборудования. Кроме этого, важно мониторить уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинского обслуживания. В результате появляется возможность непрерывно совершенствовать стандарты, повышать компетентность сотрудников, улучшать взаимодействие с поставщиками оборудования и материалов. Это ведет к формированию прочного фундамента для полного удовлетворения потребности каждой пациентки в качественной медицинской помощи.

Второй принцип — «Лидерство руководителя». Суть этого принципа в том, что работа руководителей высшего и среднего звена — это не надзор, а лидерство. Целью лидерства, по утверждению Э. Деминга, не должно быть обнаружение и фиксация промахов человека [3]. К сожалению, в здравоохранении вообще и в акушерстве в частности, значительная часть руководителей первой линии считают, что их миссия сводится к обнаружению и фиксации промахов сотрудников с последующим их наказанием. В качестве примера можно привести систему экспертизы качества законченных случаев лечения, ориентированной на поиск «гнилых яблок» или «козлов отпущения».

Устранение причин ошибок — главная черта лидера, которая помогает людям выполнять работу лучше с меньшими усилиями. При этом

основополагающий принцип лидерства состоит в том, что никого нельзя винить или наказывать за результаты, которыми он не может управлять[3]. Нарушение этого принципа порождает страх, ведет к сокрытию дефектов, разочарованию и неудовлетворенности сотрудников, обвиненных незаслуженно.

По мнению Э. Деминга, для лидера характерны три отличительные черты. Первая из них это то, что для устранения причин ошибок лидер использует статистические вычисления, чтобы узнать, кто из людей находится за пределами системы с той или иной стороны и, следовательно, нуждается в индивидуальной помощи либо заслуживает признания. Также лидер отвечает за совершенствование системы, т.е. создает возможности для того, чтобы каждый мог постоянно улучшать свои результаты и получать от работы большее удовольствие. И, наконец, лидер должен добиваться большей согласованности действий внутри системы так, чтобы видимые различия между результатами деятельности отдельных сотрудников постепенно уменьшались, при этом качество продукции или услуг непрерывно росло, а затраты связанные с несоответствием деятельности, снижались [2].

Третий принцип — «Вовлечение работников». Смысл этого принципа в том, что повышение качества невозможно без сотрудников, которые являются основным капиталом организации. Для реализации этого принципа лидер должен разрушить барьеры между подразделениями, объединив сотрудников в команды, с общей целью — повышение качества и снижение затрат. Все сказанное крайне актуально для акушерского стационара. Персонал приемного отделения, родового блока, операционных, реанимации, лабораторий, аптеки, послеродовых, детских отделений и других вспомогательных подразделений разделен по функциям и целям. В результате высокая квалификация и опыт работы каждой такой профессиональной группы часто исполняется не во имя общей цели — повышении качества медицинской помощи, а для поддержания авторитета и значимости своего подразделения.

Первый шаг к созданию команд — делегирование полномочий. Делегирование основано на доверии — самом важном элементе эффективной работы. Доверие создает предпосылки для открытости и прозрачности информационных потоков, а это способствует вовлеченности персонала.

Вовлеченность усиливается при предоставлении всем членам команды реальной возможности участвовать в управлении. На практике это означает привлечение членов команды к

выработке общих целей и управленческих решений. Это рождает в людях чувство сопричастности, которое усиливает мотивацию к творческому труду. При этом следует провозгласить и неукоснительно выполнять принцип отказа от идеи наказания. Отказ изгоняет из организации страх, порождает инициативу и энтузиазм. В такой команде каждый понимает свою роль и хочет играть ее как можно лучше [1].

Для результативной работы команд необходимо устранить препятствия, которые мешают людям гордиться своим мастерством. Наиболее серьезное препятствие — отсутствие обратной связи между сотрудниками и руководством в случаях появления проблем, обусловленных системой. Должны быть созданы условия, при которых люди смогут сообщать о трудностях с оборудованием или с расходными материалами, и на их сообщения будут обращать серьезное внимание [3].

Важным условием вовлеченности сотрудников представляется отказ от фиксированных окладов, премий и штрафов. Вместо них вводится система мотивации, при которой сотрудник не получает от начальства оклад, а сам зарабатывает себе на жизнь. При этом зарабатывает интересным творческим трудом, в процессе которого начальство всячески помогает ему в этом. И они оба получают от работы удовольствие. При этом речь не идет об уравниловке, которая, как мы знаем, ведет к стагнации.

Четвертый принцип — «Процессный подход». Вне зависимости от вида продукции, традиционный подход к производству — это изготовление и контроль качества готовой продукции с отбраковкой единиц, не соответствующих установленным требованиям. Такая стратегия часто приводит к потерям и неэкономична [4].

К сожалению, в акушерстве, как впрочем, и во всей системе здравоохранения, в основе обеспечения качества медицинских услуг лежит экспертиза законченных случаев лечения, т.е. мы являемся продолжателями негативного опыта управления качеством, применяемого в промышленности. В результате жалобы пациентов на неудовлетворительную медицинскую помощь и низкую ее доступность растут, а в след за этим увеличиваются и затраты здравоохранения, связанные с лечением осложнений, возникающих у новорожденных и родильниц в случаях оказания им некачественной медицинской помощи.

По этому поводу Э. Деминг неоднократно подчеркивал, что проверки и контроль постфактум — это запоздалые, дорогие и неэффективные меры. Когда грузовик с продукцией выехал за ворота поставщика, поздно заботиться о качестве [3].

Более эффективна стратегия предупреждения потерь, позволяющая избежать производства непригодной продукции. Эта стратегия предполагает сбор информации о самих процессах, ее анализ и эффективные действия по отношению к процессам, а не к продукции [4].

Основной смысл процессного подхода заключается в том, что любые действия рассматриваются как стадии некоего процесса. На каждой стадии необходимо непрерывное совершенствование методов выполнения работ, нацеленное на наибольшее удовлетворение пользователей на следующей стадии того или иного процесса. Для достижения оптимальной согласованности каждая стадия взаимодействует со следующей и с предыдущей. Все стадии работают вместе над достижением качества, которое конечный потребитель оценит как отличное [3]. Особенно высокие результаты получаются при сочетании процессного подхода и командной работы.

При внедрении в деятельность акушерских стационаров четвертого принципа TQM возникает возможность существенного повышения качества медицинской помощи. Это связано с тем, что в основе управленческих решений будут лежать не результаты выходного контроля законченных случаев лечения, а данные мониторинга процессов. По итогам мониторинга вырабатываются и реализуются предупреждающие действия, направленные на устранение потенциальных причин нестабильности всех процессов, реализуемых в лечебном учреждении, способных снизить результативность медицинской помощи и увеличить затраты на ее оказание.

Пятый принцип — «Системный подход к управлению организацией». Пытаясь понять причины, по которым менеджеры во всем мире склонны воспроизводить стереотипы примитивно-упрощенного, конфронтационного стиля управления, Э. Деминг пришел к выводу, что корень проблемы — в отсутствии требуемых знаний о закономерностях формирования эффективности социально-экономических систем [3].

Мы в здравоохранении часто видим примеры такого рефлексивного стиля управления, когда низкое качество медицинской помощи объясняют исключительно плохой работой персонала или отсутствием необходимого оборудования. Ярким примером подобного стиля управления является стремление насадить в каждой губернии фешенебельные перинатальные центры, как будто именно они должны решить проблему материнской и младенческой смертности и обеспечить повсеместное улучшение медицинского обслуживания беременных, рожениц, родильниц и новорожденных.

Сюда же следует отнести и практику применения родильных сертификатов, которые, по мнению их разработчиков, должны были существенно образом улучшить мотивацию в качественном труде персонала акушерских стационаров.

По мнению Э. Деминга для оптимального управления в социально-экономических системах недостаточно просто предложить принципы и алгоритмы эффективных действий или установить новое оборудование. Это связано с тем, что любая управленческая система, любая ситуация управления в определенном смысле уникальна. Следовательно, слепое следование некоему принципу, копирование успешного способа действий несет в себе угрозу.

Оптимальное управление гарантировано только в том случае, если в своих действиях управленцы руководствуются непрерывно развиваемой «моделью мира». Под моделью мира Э. Деминг понимал совокупность знаний о взаимосвязях как внутри объекта управления, так и между объектом и его средой, позволяющих предсказывать характер его поведения. Эту совокупность знаний Э. Деминг называл системой глубинных знаний, включающей четыре основные области: понимание системных свойств организации; учение об оптимальных методах управления в условиях вариабельности процессов, объектов и среды; элементы теории познания; основы знаний об индивидуальной и групповой психологии. Следовательно, результативность и эффективность любой системы возможны, если управление всеми ее элементами будет также системным [3].

Таким образом, внедрение пятого принципа TQM в деятельность акушерского стационара потребует от главного врача освоения глубинных знаний, что неизбежно приведет к смене рефлексивного стиля управления родильным домом на системный подход, который позволит администрации стационара системно воздействовать на свои процессы, ресурсы и другие системные факторы. В результате такого воздействия внешние риски, неопределенности и угрозы будут минимизироваться, а результативность и эффективность деятельности родильного дома начнут повышаться, что неизбежно отразится на уровне удовлетворенности, как родильниц, так и персонала.

Шестой принцип — «Постоянное улучшение». «Все течет, все меняется и только сами перемены неизменны». Эта народная мудрость свидетельствует, что ничто на свете не совершенно и всегда можно завтра сделать что угодно лучше, чем сегодня. Смысл этой мудрости раньше всех осознали японцы, которые поняли, что производственные затраты неизбежно уменьшаются с ростом качества [3].

Для акушерства это крайне актуально, не только потому, что высшее руководство постоянно нацеливает нас на разработку и реализацию бюджетов, ориентированных на результат (правда, не объясняя, как это сделать), а главным образом потому, что у нас есть пациенты, и каждый медик искренне хочет, чтобы качество медицинской помощи им постоянно росло.

Э. Деминг утверждал, что качество надо встраивать в продукцию на стадии проектирования. Когда планы уже реализуются, изменять что-то слишком поздно. Командная работа над разработкой продукции (см. третий принцип) — это основа [3].

Следовательно, если мы хотим, чтобы качество медицинских услуг непрерывно возрастало, важно помнить, что качество начинается с цели, которая формулируется главным врачом. Эту цель надо транслировать в стандарты, процедуры и процессы, в стремлении дать роженицам, родильницам и новорожденным желаемое качество медицинских услуг. Нужно постоянно снижать потери, возникающих в результате неадекватных действий. Параллельно с этим следует непрерывно улучшать каждую стадию во всех процессах, реализуемых в акушерском стационаре, а значит — совершенствовать стандарты и процедуры.

При таком подходе, по утверждению Э. Деминга, дисперсии основных характеристик качества продукции становятся настолько узкими, что границы допусков скрываются за горизонтом и становятся ненужными. Однако реализация такого подхода, по утверждению профессора, невозможна без непрерывного обучения сотрудников, лидирующую роль в котором играет высший менеджмент» (главный врач) [3].

Процессы можно улучшать разными способами. Самый распространенный из них — цикл Шухарта-Деминга [7]. Этот цикл полезен при улучшении любой стадии процесса, а также при поиске особых причин, определяемых статистическими сигналами. По мнению японцев, цикл Шухарта-Деминга позволяет бороться с тремя главными «врагами»: потерями, несоответствиями и нерациональными действиями [2].

Обычно цикл представляют в виде круга, разделенного на четыре квадранта. Сверху по часовой стрелке каждый квадрант символизирует одно из четырех последовательных действий: планирование (работы, направленной на очередную попытку улучшения процесса или его части), реализация (намеченного плана), проверка или изучение (того, что получилось) и, наконец, изменение сложившейся практи-

ки или переход на следующий аналогичный цикл.

Вместе с тем, по мнению Э. Деминга, следует помнить, что для непрерывного повышения качества недостаточно просто улучшать процессы. Нужно постоянно совершенствовать характер услуг, вводить новые услуги и технологии [3]. Это актуально и для акушерства, так как потребности пациентов в объемах и видах медицинской помощи под воздействием социальных и экономических факторов постоянно меняются. Следовательно, персонал акушерского стационара обязан, исходя из результатов мониторинга изменяющегося состояния здоровья рожениц, непрерывно модифицировать структуру, объемы и способы оказания им медицинской помощи.

Седьмой принцип — «Принятие решений, основанных на фактах». Принимать решения на основе фактов — значит отличать достоверные факты от артефактов. Здесь на помощь приходит концепция «статистического мышления» [1]. В этой концепции речь идет не о применении статистических методов, а о механизме выработки решений. Такой механизм, опирающийся на контрольные карты Шухарта, существенно снижает риски принятия неэффективных управленческих решений. При этом в основу анализа кладутся представления о вариабельности продукции, процессов и системных факторов. Оказалось, что эта вариабельность может иметь разную природу.

Если наблюдаемая вариабельность обусловлена разбросом, присущим только системе, то процессы и их результаты будут относительно стабильны и предсказуемы. В таких случаях отклонения каких-то показателей от эталонов можно рассматривать как случайные. Тогда в процесс не стоит вмешиваться, потому что он находится в состоянии статистической управляемости. И это будет оптимальным решением. Дело в том, что для совершенствования системы требуется не простое вмешательство, а ее фундаментальное изменение. Поэтому если нас не устраивает системный разброс, то надо принимать решения не изнутри процесса, а снаружи, меняя саму систему. А это под силу только главному врачу, т.е. руководителю первой линии.

Другое дело, когда на естественный разброс накладывается особая вариабельность, обусловленная действиями людей, участвующих в процессе. Здесь вмешательство вполне уместно, так как оно приведет к желанным для нас результатам самым дешевым и самым быстрым способом.

Исходя из сказанного выше, следует, что без статистических методов попытки улучшить процесс, а тем более формулировать количе-

ственные цели — это действия наугад, что обычно только ухудшает ситуацию. По этому поводу Э. Деминг подчеркивал, что вместо пустых лозунгов и количественных заданий, одним из основных инструментов управления следует сделать вычисления, которые показывают, какова доля дефектов и какие затраты обусловлены системой (за которую ответствен менеджмент), а сколько приходится на сотрудников. Следовательно, набор внутренних целей, установленных без указания метода их достижения — это просто пародия. В данном случае естественные колебания в правильном направлении расцениваются как успех. Колебания в противоположном направлении заставляют всех суетиться в поисках объяснений и решать вопросы «кавалерийскими атаками», что приносит разочарование и новые проблемы. Если система стабильна, то нет смысла использовать конкретную цель. Все равно вы получите то, что может дать система. Цель, лежащая за границами возможностей системы, недостижима. Если же ваша система нестабильна, то снова нет смысла задавать цель. Невозможно узнать, на что способна система. В связи с этим Э. Деминг подчеркивал, что количественные цели, заданные другим людям, без «дорожной карты», говорящей, как до них «добраться», дают обратные результаты [3].

По утверждению Э. Деминга большинство проблем обусловлено системой. Иногда дефект действительно локален, и его можно объяснить некомпетентностью или леностью работника. Из всех проблем, возникающих в организации, 94% принадлежат системе (ответственность менеджмента) и только 6% проблем связаны с сотрудниками. Изъяны системы обусловлены общими причинами, а дефекты сотрудников возникают под действием особых причин. По мнению Э. Деминга при принятии управленческих решений возможны два варианта ошибок, возникающих из-за путаницы между особыми и общими причинами вариаций. Первая возникает, если нежелательную вариацию качества связывают с особой причиной, когда на самом деле причина принадлежит системе, т.е. является общей. Вторая появляется в том случае, если вариацию приписывают системе, в то время как в действительности это причина — особая [3].

Следовательно, первый шаг при исследовании данных — понять, получены ли они в состоянии статистической управляемости. Для этого нужно посмотреть на данные, а для этого нужны контрольные карты Шухарта, которые способны показать, находится ли система в стабильном состоянии (когда менеджмент должен взять на себя руководящую роль в улучшениях), или она все еще «заражена» особы-

ми (специальными) причинами вариации. Кроме этого Шухарт предложил ввести в контрольные карты трехсигмовые контрольные пределы (границы). Они в широком диапазоне будущих и прошлых неизвестных обстоятельств обеспечивают разумное и экономичное руководство для минимизации экономических потерь от ошибок обоих типов.

В частности, если контролируемый нами процесс достиг статистической управляемости, то контрольные пределы дают прогноз на завтра. Если процесс стабилен, то появляется разумная основа для предсказания результатов завтрашнего дня. Если контрольная карта подает статистические сигналы о возникновении особой причины (обычно связанной с каким-то конкретным сотрудником или группой сотрудников), это указывает на существование причин вариации, которые лежат вне системы. Следовательно, контрольная карта — это голос нашего процесса. Саму причину она не раскрывает.

За обнаружение особой причины вариаций и ее устранение отвечает тот, кто непосредственно задействован на операции, с которой поступили данные для контрольной карты. Некоторые особые причины может устранить только менеджер (например, неисправное оборудование). Следует помнить, что устранение особой причины вариации всего лишь возвратит систему в состояние, в котором ей следовало находиться изначально. Главная работа по совершенствованию начинается, как только процесс станет статистически управляемым.

Статистическая управляемость — это состояние, в которой вариации случайны и стабильны в том смысле, что их контрольные пределы предсказуемы. В состоянии статистической управляемости все особые причины, выявленные ранее, устранены. Однако и стабильный процесс может выдавать дефектные изделия. По этому поводу Э. Деминг подчеркивал, что сама по себе статистическая управляемость процесса не есть конечная цель. Как только процесс становится стабильным, возможна серьезная работа по совершенствованию качества путем воздействия на общие причины. Устранение общих причин вариации — задача руководителя первой линии. Действие по изменению системы может быть простым или сложным и длительным. Изменение среднего значения может быть несложным. Уменьшение разброса представляет более трудную задачу [3].

Для того чтобы строить контрольную карту того или иного процесса нужны данные, которые получают в ходе измерений. При этом система измерений должна отличаться статистической стабильностью. В противном случае

измерения бессмысленны. Для создания стабильности измерительной системы необходима конкретная процедура, которая включала бы в себя метод отбора выборки, метод испытания и установления критериев. Процедура должна оговаривать, какое число образцов необходимо для испытаний, как их отбирать, как устанавливать критерии оценки и вычислять границы неопределенности, проводить проверки разбросов между инструментами, операторами, днями, лабораториями, обнаруживать и оценивать влияние систематических погрешностей. Важно, чтобы все эти методы демонстрировали состояние статистической управляемости и имели операциональные определения.

По утверждению Э. Деминга, операциональное определение — это язык, с помощью которого люди могут понять друг друга [3]. Операциональные определения включают в себя метод проверки, пример и критерии, при помощи которых принимается решение о том, как может классифицироваться проделанная часть работы. В свою очередь термины выборки, испытаний и критериев также должны иметь операциональные определения. Под критериями понимаются допуски, которые можно установить к любой характеристике объекта. Это связано с тем, что получить истинное значение измеряемого объекта невозможно. Для измерения допусков необходим измерительный инструмент, который также должен иметь операциональное определение и находиться в статистически управляемом состоянии.

Все сказанное выше напрямую относится и к здравоохранению, и, в частности, к родовспоможению, которое особенно сильно нуждается в управлении на основе фактов. Робкие попытки реализации лечебно-диагностического процесса и управления им, используя подходы доказательной медицины (клинической эпидемиологии), не дают ожидаемой результативности в качестве оказываемых медицинских услуг и их эффективности в части минимизации затрат, обусловленных врачебными ошибками. Более того, клиническая эпидемиология не рассматривает методы управления другими очень важными вспомогательными процессами, реализуемыми в акушерских стационарах, без которых кардинального повышения качества медицинской помощи, производительности и снижения себестоимости медицинских услуг быть не может [6].

Восьмой принцип — «Взаимовыгодные отношения с поставщиками». По утверждению Э. Деминга при сегодняшних требованиях к однородности и надежности мы не можем более разрабатывать стратегию качества, услуг и цен, ориентируясь только на стоимостную кон-

курению. Цена ничего не значит, если нет показателей качества покупаемого товара. Без адекватных критериев качества заказы будут уходить к поставщикам, предлагающим наиболее низкие цены, что неотвратимо ведет к низкому качеству при высоких затратах. Американская промышленность и правительство США введены в заблуждение правилами, которые предписывают выбирать поставщика, предлагающего самую низкую цену [3].

Мы в России слепо повторяем неудачный опыт американцев по организации закупок для государственных и муниципальных нужд. Последствия, с которыми столкнулись бюджетные организации, известны всем. Если бы руководство страны знало о восьмом принципе управления на основе всеобщего качества, этих ошибок можно было избежать.

Развивая свою мысль в отношении закупки, Э. Деминг приводит объявление одного государственного агентства, в котором говорилось о конкурсе на проведение профессиональной переподготовки кадров, при этом основным условием являлось то, что контракт будет заключен с тем, кто предложит самую низкую цену. Э. Деминг заключает, что любой, кто согласен, чтобы его учил поденщик, заслуживает, чтобы его обманули. Кроме этого, Э. Деминг обращает внимание, что технические условия на поступающие товары не дают представления о свойствах последних [3].

Для максимальной экономии и обеспечения качества следует устанавливать долгосрочные отношения между покупателем и поставщиком, при этом, в оптимальном варианте, это должен быть один поставщик для поставки каждого вида оборудования, медикаментов, расходных материалов, оказания других видов услуг и работ, включая и сервисное обслуживание, и удаление отходов. В нашей стране договора на поставку расходных материалов или услуг для медицинских учреждений заключаются на год. В результате поставщики не могут планировать долгосрочных вложений в повышение качества поставляемых товаров и услуг, так как у них нет уверенности, что контракт на поставку будет продлен на три и более лет. Кроме этого, для любой организации, включая и акушерские стационары, крайне важно включить поставщиков в свою программу непрерывного совершенствования, а это можно сделать только тогда, когда между поставщиком и организацией установлены долговременные отношения.

Эту простую истину раньше всех осознали японцы, которые поняли, что наличие постоянного, надежного источника поставок, гибкого в отношении к потребностям заказчика, более важно, чем цена. При этом японцы

считают, что крайне важно установление взаимного доверия и взаимопомощи у покупателя и продавца. Если покупатель и продавец работают рядом, то возможно постоянное улучшение качества деталей при одновременном снижении их цены. Качество встраивается в детали прежде, чем они покинут ворота продавца. Завязанные в тугую узел отношения потребителя с поставщиком предполагают щедрое вознаграждение поставщику за достижения. Наказания за ошибку разрушительно [3].

Другой очень важный вопрос — как защитить себя от ошибки при выборе поставщика? Э. Деминг по этому поводу предлагает оценивать поставщиков по определенным критериям. В качестве таких критериев могут служить: свидетельства внедрения в деятельность поставщика восьми принципов TQM; объемы средств, выделяемых на исследование и разработки новых видов продукции и услуг; опыт успешных разработок; количество команд, работающих над критичной продукцией и процессами ее производства; уменьшение разброса параметров реализации данных процессов; улучшение качества обучения людей, входящих в компанию; наличие непрерывного образования сотрудников [3].

Таким образом, восемь принципов управления на основе всеобщего качества, универсальны по своей природе и могут быть с успехом использованы для осуществления назревших перемен в отечественной акушерской службе. Эти принципы в сочетании с семейно-ориентированными технологиями ведения родов позволяют существенным образом улучшить качество медицинской помощи роженицам, родильницам и новорожденным, а также обеспечить снижение затрат, связанных с отклонениями от оптимальной деятельности, количество которых может быть сведено к минимуму.

Некоторые организаторы здравоохранения, ознакомившись с информацией, представленной в этом сообщении, могут заявить, что данные принципы не подходят для здравоохранения. В связи с этим хотелось бы привести высказывание Э. Деминга, смысл которого сводился к следующему «Широко распространенная болезнь, которой страдают менеджмент и государственная администрация во всем мире, выражается в следующей сентенции: «У нас другие проблемы». Нет сомнения, они другие, но принципы, помогающие улучшить качество продукции и услуг, универсальны по своей природе» [3].

Первыми пророчество этого высказывания доказали японцы, которые, опираясь на восемь принципов TQM, добились ошеломляющих ус-

пехов практически во всех сферах деятельности, на которые распространялся их интерес. Эстафету японцев подхватили в Южной Корее, а в настоящее время и в Китае. Следовательно, везде, где в основу управления организациями ставили восемь принципов TQM и неукоснительно следовали им, успех был гарантирован. Возникает вопрос, а чем мы хуже?

Литература

1. Адлер Ю., Маховикова Л. Должна ли страна быть бедной? Тольятти: Современник, 1998; 112 с.

2. Адлер Ю. П. Повторение неповторимого М.: «Стандарты и качество», 2007; 248 с., ил.
3. Выход из кризиса: Новая парадигма управления людьми, системами и процессами. Эдвардс Деминг; Пер. с англ. М.: Альпина Бизнес Букс, 2007; 370 с.
4. ГОСТ Р 50779.42-99 Статистические методы. Контрольные карты Шухарта.
5. ГОСТ Р ИСО 9000:2001 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
6. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. Пер. с англ. М.: Медиа Сфера, 1998; 352 с.
7. Deming, W. E. The new economics. For Industry, Government and Education. 2nd ed. Cambridge, MA: MIT, Center for Advance Engineering Study, 1995; 247 p.

Клинико-иммунологическая эффективность локальной иммунокоррекции у пациентов с одонтогенными флегмонами пожилого возраста

Л. С. Латюшина, И. И. Долгушин, А. П. Финадеев, Ю. В. Павлиенко

Научно-исследовательский институт иммунологии, кафедра хирургической стоматологии ГОУ ВПО «Челябинская медицинская академия Росздрав», г. Челябинск

Резюме

Цель работы — оценить эффективность локальной иммунокоррекции препаратами ронколейкин и циклоферон у больных с одонтогенными флегмонами пожилого возраста. Ранее проведенное проспективное обследование 531 больного с флегмонами челюстно-лицевой области выявило, что пациенты старших возрастных групп (60–74 года) составляют 15,5% среди числа больных с распространенными одонтогенными флегмонами. У них наблюдается более выраженное снижение функциональной активности фагоцитов гнойной раны и замедление регенераторных процессов в сравнении с больными среднего возраста. Проведено рандомизированное исследование, в ходе которого 65 человек с одонтогенными флегмонами были разделены на 3 сопоставимые группы: сравнения ($n=22$) (комплексное лечение + традиционное местное лечение); «Ронколейкин» ($n=21$) (комплексное лечение + локальная иммунокоррекция ран ронколейкином); «Циклоферон» ($n=22$) (комплексное лечение + местная иммунотерапия гнойных ран циклофероном). В каждой группе выделялась подгруппа пожилых пациентов. Выявлено, что локальная терапия гнойных ран ронколейкином у больных старшего возраста приводила к увеличению относительного содержания лимфоцитов раны, на 3 суток раньше, чем в группе сравнения, выявлялся регенераторный тип цитогаммы, также обнаружено достоверное повышение лизосомальной активности нейтрофилов, фагоцитарной функции и реактивности бактерицидной системы тканевых макрофагов. У больных, получавших местное лечение циклофероном, к 8 суткам лечения определялись цитологические признаки регенерации в ране, статистически значимо, чем в группе сравнения, усиливалась фагоцитарная и лизосомальная активность нейтрофилов местного очага. В результате чего у пожилых больных, пролеченных иммунопрепаратами, было выявлено достоверное с группой сравнения сокращение сроков заживления ран и нормализация общего состояния.

Ключевые слова: одонтогенные флегмоны, пожилые пациенты, локальная иммунокоррекция, ронколейкин, циклоферон.

Л. С. Латюшина — к. м. н., доцент, зав. кафедрой хирургической стоматологии ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрав»;

И. И. Долгушин — Заслуженный деятель науки РФ, Член-корр. РАМН, д. м. н., профессор, директор НИИ Иммунологии ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрав»;

А. П. Финадеев — к. м. н., доцент кафедры хирургической стоматологии ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрав»;

Ю. В. Павлиенко — ассистент кафедры хирургической стоматологии ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрав».