

# **Раздел 8**

**Модели распространения положительных  
результатов в свете теории улучшения**

После изучения данного раздела читатель познакомится с опытом распространения положительных результатов, полученных в ходе применения методологии улучшений на практике.

В разделе представлены основные внедрения изменений в широкую практику с описанием основных этапов распространения.

Для закрепления материала в конце раздела приведен набор контрольных вопросов и список литературы, рекомендуемой авторами к самостоятельному изучению читателем.

### Содержание раздела 8:

8.1. Описание и особенности применения подходов к распространению улучшений.....	3
8.2 Опыт распространения усовершенствованных клинических и организационных технологий в масштабе субъектов Российской Федерации .....	13
8.2.1. Инструменты распространения .....	14
8.2.2. Организация процесса.....	18
8.2.3. Мониторинг за результатами .....	22
8.2.4. Роли руководителей .....	22
Контрольные вопросы .....	24
Рекомендуемая литература .....	24

## **8.1. Описание и особенности применения подходов к распространению улучшений**

Результатом проектной деятельности в любой сфере, в т.ч. в системе оказания медицинской помощи, является появление новых форм осуществления медицинской помощи, новых медицинских услуг или технологий диагностики или лечения. Те изменения, которые демонстрируют лучшие результаты, являются менее затратными или более стабильными, начинают считаться улучшениями. Естественно, что дальнейшая судьба этих улучшений, закрепленных пока только в рамках одного или нескольких организаций, нуждаются в распространении на другие учреждения или сферы деятельности.

Распространение улучшений можно считать информационным процессом, форма и скорость которого зависит от мощности коммуникационных каналов, особенностей восприятия информации различными заинтересованными субъектами, их способностей к практическому использованию этой информации и т.п. Как показывает опыт проектной деятельности, распространение улучшений происходит либо по законам диффузии (диффузия улучшений), либо целенаправленно.

**Диффузия улучшений** – это процесс распространения улучшений в обществе (закономерности распространения новых продуктов, технологий, идей среди потенциальных потребителей) с момента их появления.

Данный подход назван по аналогии с диффузией в физике – процессом взаимного перемешивания молекул различных веществ в смеси. Термин получил широкое распространение в маркетинге благодаря работе Эверетта Роджерса (Everett M. Rogers) «Diffusion of Innovations» («Диффузия инноваций»), 1962г. (на русском вышло второе издание в 1995г.), в которой он предложил модель описания этого процесса.

S-образную кривую для социальных процессов распространения улучшений впервые предложил Габриэль Тарди в 1903 году в своем исследовании имитации поведенческих моделей и их распространенности в обществе, Э. Роджерс просто использовал ее в своей модели (рис. 8.1).

Движущей силой процесса диффузии инноваций является межличностное общение между представителями этих групп. По мере того, как одни потенциальные потребители вовлекаются в приобретение или использование инновации, они становятся источником информации для других. Чем больше людей знают об инновации (новом продукте) в момент времени  $t$ , тем чаще передается информация о ней новым потенциальным потребителям. Поэтому число тех, кто узнает об инновации (новом продукте) растет в

геометрической прогрессии до тех пор, пока не сталкивается с противоположным процессом снижения оставшегося количества неосведомленных потребителей.

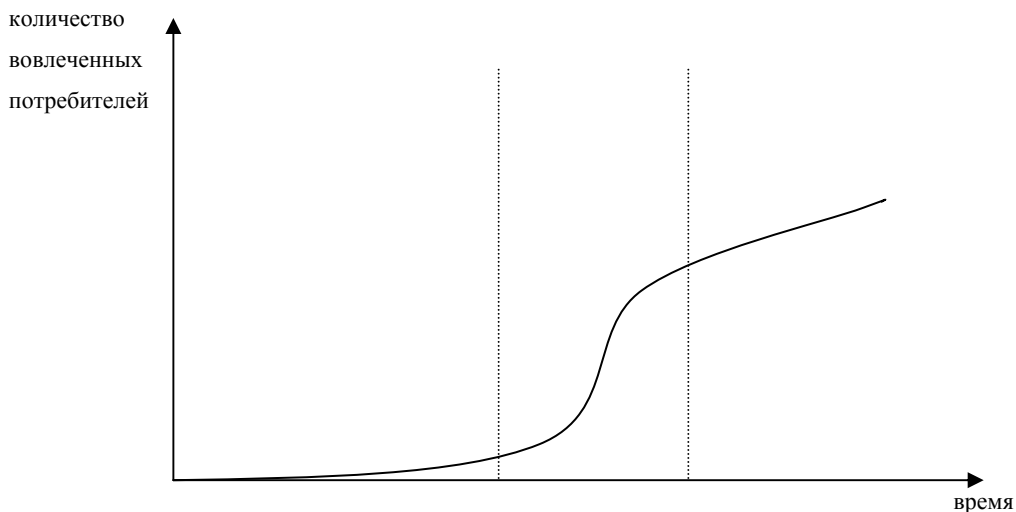


Рис. 8.1 – Модель распространения улучшений Г. Тарди (1903 г.)

S-образная кривая, представленная на рис. 8.1, отражает три фазы внедрения новых продуктов: первая – вовлечение первых потребителей (медленный рост), вторая – резкий рост, третья – насыщение (замедление роста). Скорость течения этого процесса по Э.Роджерсу зависит от пяти основных свойств инновации (нового продукта), которые потенциальные потребители оценивают при принятии решения, использовать инновацию или нет:

1. Относительные преимущества инновации (*relative advantage*) - степень превосходства, которой располагает инновация перед другими (часто аналогичными) видами продукции (процессами), зачастую выражающаяся в экономических или социальных категориях (прибыльность, экономичность, снижение уровня загрязнения, шума, затрат ручного труда и т.п.).
2. Совместимость (*compatibility*) инновации - степень соответствия инновации существующей системе ценностей (определяется культурными нормами социальной системы), прошлому опыту и потребностям реципиента.
3. Сложность (*complexity*) инновации - степень простоты и легкости для понимания, использования или приспособления к инновации; предполагается, что сложность инновации негативно связана с ее восприятием.
4. Простота апробации (*trialability*) инновации - возможность апробации инновации в ограниченных масштабах. Иногда эту характеристику инновации отождествляют с этапностью, делимостью инновации (*divisibility*) на отдельные части.
5. Коммуникативность (*communicability*) инновации - возможность распространения инновации между другими реципиентами.

Применительно к деятельности отечественных учреждений здравоохранения, можно сказать, что данный подход используется достаточно часто, например, когда руководитель учреждения (или иной сотрудник) узнает об улучшении, связанном с их профессиональной деятельностью на конференции (обучении, от своих коллег и др.), и предлагает внедрить его в практическую деятельность.

**Целенаправленное улучшение** также характерно для системы здравоохранения, опыт его осуществления описан во многих документах, содержание которых приводится далее. По определению ВОЗ<sup>1</sup>, целенаправленное улучшение есть преднамеренные усилия увеличить воздействие изменений в системе здравоохранения, успешно проверенных в экспериментальных или иных проектах, чтобы принести пользу большему количеству людей и способствовать политике и программе развития на длительной основе

В практическом руководстве «Scaling Up - From Vision to Large-scale Change»<sup>2</sup>, разработанном с учетом ранее выполненных проектов по распространению улучшений, предлагается использование следующих видов и форм целенаправленного улучшения (табл. 8.1).

Таблица 8.1 – Виды и формы целенаправленного улучшения

Виды	Формы
Расширение (Expansion)	<ul style="list-style-type: none"><li>• рост</li><li>• реструктуризация или децентрализация</li><li>• франчайзинговая деятельность</li><li>• сопутствующий/дополнительный результат</li></ul>
Копирование (Replication)	<ul style="list-style-type: none"><li>• принятие политики</li><li>• трансплантация</li><li>• диффузия и перемещение</li><li>• средства массовой информации</li></ul>
Совместная работа (Collaboration)	<ul style="list-style-type: none"><li>• формальные товарищества, совместные предприятия, стратегические союзы</li><li>• социальные сети, коалиции</li></ul>

*Расширение (Expansion)* предполагает тиражирование достижений одной организации на деятельность других. При этом организация, в рамках которой были впервые получены данные достижения, остается ведущей и помогает другим организациям внедрить в их работы полученные достижения.

*Копирование (Replication)* предполагает увеличение использования редких процессов, технологий или модели предоставления услуг (в т.ч. в секторе общественного

<sup>1</sup> Practical guidance for scaling up health service innovations. - World Health Organization 2009. – 54 p. - Режим доступа: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf)

<sup>2</sup> Cooley, L., Kohl, R. Scaling Up - From Vision to Large-scale Change / A Management Framework for Practitioners. - Washington, 2006. – 58 p. – Режим доступа: <http://www.msiworldwide.com/files/scalingup-framework.pdf>

здоровья) с целью поддержания и внедрения модели улучшения. Это сопровождается установлением партнерских отношений между организацией, впервые внедрившей какое-то улучшение, и другими организациями, которые решили использовать данное улучшение в своей работе. Быстрее и чаще это происходит в области деятельности некоммерческих организаций.

Совместная работа (*Collaboration*) включает различные формы, начиная от формального сотрудничества (в рамках проектной деятельности) и заканчивая неформальным взаимодействием, созданием инновационных структур и управленческих решений.

Также в практическом руководстве «Scaling Up - From Vision to Large-scale Change» предлагается выполнение следующих шагов для достижения 10 ключевых задач целенаправленного улучшения:

- Шаг 1: Создание плана целенаправленного улучшения
  - Задача 1: Создание видения (того, что придется делать)
  - Задача 2: Оценка возможностей целенаправленного расширения
  - Задача 3: Заполнение информационных пробелов
  - Задача 4: Подготовка плана целенаправленного улучшения
- Шаг 2: Установление предпосылок для целенаправленного улучшения
  - Задача 5: Узаконивание изменений
  - Задача 6: Установление круга лиц, поддерживающих целенаправленные изменения
  - Задача 7: Перегруппировка и мобилизация необходимых ресурсов
- Шаг 3: Осуществление целенаправленного улучшения
  - Задача 8: Корректировка организационных структур
  - Задача 9: Согласованная деятельность
  - Задача 10: Отслеживание и поддержка изменений

Успешное распространение начинается с хорошего планирования (шаг 1). В процессе планирования необходимо решить следующие задачи (их - 4).

Задача 1 (создание видения – того, что придется делать) сосредотачивается на том, чтобы создавать конкретное образ того, на что было бы похоже целенаправленное улучшение, если оно окажется успешным. Эта задача должна ответить на следующие вопросы:

- что из достигнутого (в рамках проектной деятельности) конкретно предлагается к целенаправленному улучшению;
- каким образом (как?) будет осуществляться целенаправленное улучшение;

## *Модели распространения положительных результатов в свете теории улучшения*

- кто будет осуществлять данный процесс (какие организации, ответственные лица и др.);
- где будет осуществляться целенаправленное улучшение.

Говоря об улучшениях, которые предполагается осуществить, важно понимать, что они могут сильно отличаться по своему содержанию. Часто выделяют следующие типы улучшений: полученные в результате выполненного научного исследования (пилотного проекта), направленные на повышение информированности о результатах проекта (демонстрационный проект) или укрепление потенциала (или инфраструктуры), связанные с политикой в области здравоохранения или сферой предоставления медицинских услуг.

*Пилотный проект* имеет своей целью найти и проверить новые решения специфической проблемы. Практически всегда пилотный проект на выходе имеет либо технологическую (новая технология), либо организационную инновацию (новый подход предоставления услуг).

*Демонстрационный проект* использует существующую модель (например – оказания какой-либо медицинской услуги) и направляет свои усилия на то, чтобы сделать существующие решения лучше известными и более широко принятыми лицами, принимающими решения, и потенциальными пользователями.

*Проекты, направленные на укрепления потенциала*, предназначены, чтобы создать (укрепить) отдельные учреждения, профессиональные навыки персонала, существующую инфраструктуру (или систему), которые должны осуществлять новые виды услуг или технологии оказания медицинской помощи. Примером такого типа проектов можно назвать Национальный проект «Здоровье».

За годы реализации этого проекта, начиная с 2006 года, достигнуты значимые результаты. Например, оплата труда повышена почти 700 тысячам медицинских работников, обучение прошли двадцать шесть тысяч врачей первичного звена. Обеспеченность населения высокотехнологичной медицинской помощью возросла в четыре раза. Продолжаются мероприятия по развитию первичной медико-санитарной помощи и совершенствованию профилактики заболеваний, в том числе инфекционных заболеваний, включая иммунизацию населения в рамках национального календаря прививок.

*Проекты в области политики* сосредотачиваются на развитии изменений в общественной политике. Эти проекты предназначаются для руководителей высшего уровня.

Проект предоставления услуг реализуется в условиях, когда предоставляемые услуги крайне необходимы и не обеспечиваются существующими программами или учреждениями здравоохранения. Примером может быть Национальная программа иммунизации.

Третий вопрос, решаемый в рамках Задачи 1, - кто должен осуществлять целенаправленные улучшения, чтобы этот процесс оказался успешным. В этом контексте принято рассматривать 2 типа организаций: организацию, которая (например, в рамках проектной деятельности) достигла существенных изменений и хотела бы их распространить среди других, аналогичных ей, и организации, которые могли бы внедрить у себя эти изменения<sup>1</sup>. Для этого они должны обладать достаточными материальными, трудовыми ресурсами и др.

Четвертый и заключительный элемент, заканчивающий формирование видения процесса целенаправленного улучшения, есть измерение — размер намеченного улучшения и направление, согласно которому должны быть расширены модель или проект.

Тиражирование достижений экспериментального проекта может происходить по любому из следующих пяти векторов: географическое распространение (распространение на новые территории); широта освещения (распространение на большее количество людей); глубина услуг (распространение дополнительных услуг на потенциальных клиентов); тип клиента (распространение на новые категории клиентов); определение проблемы (распространение использованных достижений на решение новых проблем).

Задача 2 – оценка возможностей целенаправленного расширения – предполагает определение жизнеспособности созданного улучшения для дальнейшего его распространения, а также анализ организационного и социального контекста данного процесса.

Как правило, Задача 2 является наиболее эффективной, когда выполняется параллельно с Задачей 1. В наиболее типичной форме Задача 2 включает (1) заполнение контрольного списка для определения жизнеспособности улучшения, (2) варианты мозговой атаки для того, чтобы упростить процесс улучшения и (3) выполнение специальных исследований организационного, социального и политического контекста для определения возможностей распространения улучшения.

---

<sup>1</sup> Simmons, Ruth and Jeremy Shiffman. *Scaling-up Reproductive Health Service Innovations: A Conceptual Framework*. Paper prepared for the Bellagio Conference: From Pilot Projects to Policies and Programs, March 21–April 5, 2003. November 15, 2002.



На практике, Задачи 1 и 2 практически всегда выявляют много информации или документации, которые должны быть заполнены прежде, чем развить план целенаправленного улучшения. Задача 3 посвящена решению этих вопросов.

Задача 3 (заполнение информационных пробелов) обычно начинается с обзора и уточнения информационных условий, необходимых для дальнейшей реализации намеченных планов. Данная задача предполагает разработку ряда документов, обладающих высокой степенью убедительности и достоверности, чтобы снять все поставленные вопросы относительно распространения запланированных улучшений.

Задача 4 (подготовка плана целенаправленного улучшения) представляет собой разработку относительно небольшого документа (примерно страниц 10 с приложениями), суммирующего результаты выполнения трех предыдущих задач. Участвовать в разработке данного документа могут как его внутренние потребители (организации, в которых было разработано улучшение), так и внешние (организации, готовые участвовать в распространении улучшения, правительственные структуры и др.).

Шаг 2 (установление предпосылок для целенаправленного улучшения) предполагает решение следующих 3-х задач: узаконивание изменений (задача 5), установление круга лиц, поддерживающих целенаправленные изменения (задача 6) и перегруппировка и мобилизация необходимых ресурсов (задача 7). Последний, Шаг 3 (осуществление целенаправленного улучшения) включает в себя решение также 3-х задач: корректировка организационных структур (задача 8), согласованная деятельность (задача 9) и отслеживание и поддержка изменений (задача 10). Эти 6 задач и связи между ними представлены на рис. 8.2, который наглядно демонстрирует, что, хотя в выполнении задач есть определенная логическая последовательность, каждая из них оказывает определенное влияние на другие и также находится в определенной зависимости от них.

Задача 5– узаконивание изменений – может быть достигнуто различными методами, например, путем разработки и популяризации слоганов, символов, имеющих отношение к распространению улучшений, установления совещательных органов высокого уровня, проведения местных, национальных или международных кампаний в пользу распространения улучшений и др.

Информация играет важную роль в узаконивании изменения, поскольку это крайне необходимо для демонстрации того факта, что предложенное новшество или модель успешны, рентабельны и выполнимы. Это обычно достигается через информирование об улучшении и его эффективности, построенное на документации и материалах оценки, собранных во время Шага 1, и тиражировании этих материалов для более широкой аудитории.



Рис. 8.2 – Схема шагов целенаправленного улучшения

Задача 6 - установление круга лиц, поддерживающих целенаправленные изменения, предполагает, что должны осуществляться активные действия для того, чтобы преодолеть инертность системы и бездействие лиц, ответственных за принятие решений. Такими действиями могут быть: организация мультисекторальных коалиций, работа с одной или несколькими политическими партиями, проведение публичных кампаний и др.

Причем именно в совокупности мер по закреплению достигнутых улучшений (задачи 5 и 6), по мнению экспертов ВОЗ<sup>1</sup>, достигается устойчивый результат (рис. 8.3).



Рис. 8.3 – Вертикальное и горизонтальное улучшение

<sup>1</sup> Practical guidance for scaling up health service innovations. - World Health Organization 2009. – 54 p. - Режим доступа: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf)

Для того чтобы запланированное улучшение было успешным, необходимо иметь в наличии соответствующие ресурсы. Также важно иметь достаточно ресурсов для поддержания процесса распространения. Задача 7 касается обеспечения различных типов ресурсов (финансовых, трудовых, материальных и др.).

Осуществление целенаправленного улучшения практически всегда сопровождается созданием новой или изменением существующей структуры организации (задача 8). Для этого предлагается использовать процессы реинжиниринга производства, развитие лидерства и коучинг, переподготовку персонала и т.п.

Быстрота изменений, происходящих в окружающей среде, часто вынуждают руководителей организаций различного уровня также быстро реагировать на эти изменения. Это требует развития у них новых управленческих качеств, в том числе качеств лидера, позволяющих эффективно управлять организацией, не теряя кадровый состав, т.е. людей, всегда настороженно относящихся к переменам внутри самой организации. Во многих организациях сегодня для решения описанной выше ситуации людей не отправляют учиться на циклы повышения квалификации, а используют новую форму обучения – коучинг лидерства (без отрыва от производства, на рабочем месте)<sup>1</sup>.

Основная тема коучинга на рабочем месте - это тема эффективного лидерства. Чтобы быть ведомым, не требуется больших навыков или воображения, однако сегодня даже рядовому работнику время от времени нужно брать на себя роль лидера. Конечно, не существует никакого гена лидерства. Из большого количества лидеров лишь немногие эффективны от природы. Те же, кому более всего нужно содействие, чтобы справиться с этой ответственностью, редко находят поддержку внутри организации, ни у кого нет времени быть их наставником, ментором.

Процесс коучинга сам по себе демонстрирует лидерство в действии, поскольку коуч и партнер-клиент по очереди лидируют в этом партнерстве. Коучинг – это не просто инструмент для осуществления перемен, коучинг – это своеобразная лаборатория, где происходят исследования, наводится «порядок в голове» и создается реальный опыт.

Коучинг применим ко всем сотрудникам организации, но особенно необходим для следующих управленческих групп: руководители, менеджеры среднего звена, ответственные за конкретное направление работы (при осуществлении изменений в организации), работники кадровой службы, отвечающие за развитие персонала.

Тренеры-коучеры, которые понимают, что эффективное руководство во многом связано с чертами характера отдельного человека, стремятся к развитию именно

---

<sup>1</sup> Ruben, M., Lori L. Silverman. Facilitating large-scale change through leadership coaching. – 1999. – Режим доступа: [http://alumnus.caltech.edu/~rouda/T5\\_LSRTOD.html](http://alumnus.caltech.edu/~rouda/T5_LSRTOD.html)

потенциала лидерства тех, кого они обучают. С этой целью тренеры позволяют лидерам систематически оценить, планировать и осуществлять запланированные изменения. Задавая сложные, заставляющие думать вопросы, используя интерактивные и рефлексивные инструменты и методы, тренеры действуют как «катализаторы» для роста лидера, и, следовательно, роста и успеха организации.

Коучинг эффективен, потому что во время коучинга задаются вопросы, необходимые для эффективной рефлексии природы организационных изменений. Это помогает руководителю настроиться на решение поставленных задач и более внимательно отнестись к взаимодействию между участниками процесса распространения улучшений.

Для того чтобы коучинг был эффективным, необходимо его проводить не в вакууме, а непосредственно в контексте крупномасштабного изменения. Должна быть плавная интеграция между подходами, которые обращаются к определенным конкретным задачам, связанным с изменением (внешняя сторона) и те нематериальные активы, которые работают с лидером как человеком (внутренняя часть). Этот интегрированный контекст лучше всего устанавливается через прагматические вопросы, что и производит уникальную способность проникновения в суть лидера и его характер. Чтобы тренировать лидеров через крупномасштабные организационные изменения, они должны быть хорошо осведомлены о теории систем, человеческом поведении.

Задача 9 (согласованная деятельность) фокусируется на установлении и применении на практике мультиорганизационных процессов управления, механизмов координации, процедур ответственности, необходимых для гарантии того, что решения, принятые «на бумаге», будут осуществлены на практике.

Очень важно, чтобы результаты внедрения новой модели соответствовали запланированным и всегда присутствовала возможность своевременно корректировать появляющиеся отклонения (задача 10). В этом большую роль могут играть средства массовой информации, научное сообщество, неправительственные организации.

Эксперты ВОЗ считают, что есть ряд универсальных индикаторов для оценки процесса, конечного результата и воздействия целенаправленного улучшения<sup>1</sup>. Вместе с тем, любой процесс распространения улучшения должен иметь и собственные индикаторы, основанные на внедряемом улучшении и согласованные с целями данного процесса. Вот некоторые примеры индикаторов оценки процесса распространения улучшения:

- степень участия сообщества в поддержании процесса распространения улучшений;

---

<sup>1</sup> Practical guidance for scaling up health service innovations. - World Health Organization 2009. – 54 p. - Режим доступа: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf)

### *Модели распространения положительных результатов в свете теории улучшения*

- уровень адаптации распространяемого улучшения.

Контроль и оценка также должны охватывать результаты расширения. Примеры индикаторов результатов расширения включают:

- число пилотных площадок, внедряющих улучшение;
- использование местных и национальных ресурсов для поддержки расширения.

Контроль и оценка также должны оценить полные результаты/воздействия расширения и его устойчивость. Примеры индикаторов результатов/воздействий:

- увеличение числа людей с доступом к качественным услугам в течение долгого времени;
- улучшение включено в программные документы и стандарты, нормы и методы правительства и других соответствующих систем.

## **8.2 Опыт распространения усовершенствованных клинических и организационных технологий в масштабе субъектов Российской Федерации**

В данном разделе алгоритм распространения разработанных в рамках проектной деятельности улучшений и определение элементов системы здравоохранения, которые обеспечивают его выполнение, является развитием и адаптацией к российским условиям технологии деятельности согласно методологии обеспечения качества медицинской помощи. Новизна такого подхода в российских условиях заключается в том, что активность, ответственность и полномочия по реорганизации клинических и организационных технологий переносятся с центральных органов управления и научных институтов на уровень субъекта Федерации. И на этом уровне работа поручается медицинским работникам и руководителям, задействованным во всех этапах совершенствуемого процесса оказания медицинской помощи, начиная с фельдшерско-акушерских пунктов и до областных ЛПУ.

Достаточным и необходимым условием использования данного опыта является понимание, поддержка и использование руководством лечебно-профилактических учреждений, района, города, субъекта РФ положений теории улучшения и наделение полномочиями специально созданной рабочей группы внедрить разработанные улучшения. Материально-техническое обеспечение этой деятельности минимально: элементарные условия для работы рабочей группы как технические, так и правовые;

отсутствие негативной реакции у непосредственных руководителей членов рабочей группы на их занятость этой работой.

Алгоритм действий рабочей группы, занятой внедрением разработанных улучшений, состоит в выполнении комплекса взаимозависимых и обязательных этапов и шагов по реорганизации клинических и организационных технологий как части деятельности по обеспечению качества медицинской помощи.

### **8.2.1. Инструменты распространения**

Разработанная методика усовершенствования медицинской помощи была применена для объединения усилий 24 субъектов РФ, которые выразили согласие участвовать в распространении разработанных улучшений.

Стоит заметить, что на начальном этапе распространения улучшений были использованы оба ранее описанных вида распространения улучшений. Пример использования диффузии заключается в том, что результаты пилотных проектов, реализуемые в Тверской и Тульской областях, были доведены до сведения руководителей органов управления здравоохранения субъектов РФ путем проведения ряда совещаний. Участники совещаний были ознакомлены не только с достигнутыми результатами, но также с механизмами реализации шагов по достижению улучшений, проблемами их реализации.

Каждый из присутствующих имел время подумать, обсудить с коллегами представленные результаты, принять решение об участии в процессе распространения достигнутых улучшений или остаться сторонним наблюдателем этого процесса. Как было отмечено выше, представители 24-х субъектов РФ выразили свое согласие участвовать в данном процессе.

С момента принятия решения об участии диффузия перешла в целенаправленное улучшение, так как на уровне субъекта РФ представители органов управления здравоохранения подтвердили свое решение изданием ряда официальных документов: о создании Координационного совета, рабочих групп и др. Распространение улучшений происходило путем использования различных форм и методов: расширение (тиражирование достижений одной медицинской организации на деятельность других), копирование (за счет привлечения средств массовой информации), совместная работа (путем создания социальных сетей, стратегических союзов) и т.д.

Коллаборативный подход, являясь одним из методов совместной работы, объединил в достаточно короткие сроки большое количество лечебных учреждений

различной мощности и профиля, что позволило организовать работу более эффективно и в более короткие сроки (рис. 8.4).

**Дополнительный вклад коллаборативного  
подхода к улучшению качества  
медицинской помощи**



Рисунок 8.4 - Коллаборативный подход к улучшению качества – синергизм всех подходов

Также на этапе принятия решения об участии в процессе распространения улучшений представителям органов управления здравоохранения были предоставлены так называемые «пакеты готовых решений», сформированные в результате деятельности рабочих групп пилотных учреждений и содержащие различные документы, как в области доказательной медицины, так и в части решения организационных вопросов осуществления целенаправленного улучшения.

Представители органов управления здравоохранения совместно с членами рабочих групп непосредственно из лечебных учреждений выбрали для себя те клинические области, в которых, по их мнению, существовали наиболее значимые проблемы, требующие незамедлительного решения.

Так оказалось, что представители рабочих групп выбрали для себя следующие клинические направления: гипертоническая болезнь, респираторный дистресс-синдром у новорожденных, гипертония, вызванная беременностью, профилактика осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, ведение преждевременных родов, анемия беременных, грудное вскармливание, неонатальные желтухи, амбулаторное наблюдение за здоровым ребенком первого года жизни, неонатальный уход и др.

В каждую из территорий также были определены консультанты (эксперты) по клиническим проблемам и методологии улучшения качества, помогавшие членам рабочих групп в решении различных вопросов внедрения улучшений. Клиническими консультантами (экспертами) являлись врачи-практики, обладающие опытом клинической работы и знаниями теории улучшения. Консультантами (экспертами) по методологии улучшения качества были наиболее яркие представители лечебных учреждений пилотных

территорий, добившиеся (на основе использования методологии улучшения качества) наиболее существенных результатов в улучшении деятельности систем оказания медицинской помощи, при поддержке (курации) со стороны Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, на базе которого впервые в России началась работа по внедрению методологии улучшения качества в здравоохранении.

Схематически деятельность коллаборативов по распространению улучшений представлена на рисунке 8.5. Следует понимать, что согласно подобной схеме работает каждый коллаборатив, занятый одной клинической проблемой.

### Модель коллаборатива по распространению улучшений



Рисунок 8.5 - Организационная схема построения работы коллаборатива по распространению улучшений.

После вовлечения в работу большого числа регионов и рабочих групп возникла потребность создания принципиально нового средства коммуникации между Центром по обеспечению качества и территориями с использованием новейших информационных технологий. Для полноценного взаимобмена информацией между Центром и регионами с возможностью оперативного двустороннего реагирования, распространения информации о ходе работы и достигнутых результатах было создано интернет-приложение Web-коммуникатор участников проекта «Улучшение медицинской помощи» <http://healthportal.mednet.ru/>.

Клинические области были сгруппированы в 6 серий, работой каждой серии руководили директора серий, к работе также привлекались российские и зарубежные эксперты. Основную работу по улучшению качества медицинской помощи рабочие группы проводили у себя на территориях.



## *Модели распространения положительных результатов в свете теории улучшения*

На основе анализа работы команд (рабочих групп), работающих над улучшением качества медицинской помощи была построена модель их коммуникаций, спроектировано и создано адекватное современное программное средство для обеспечения их работы, что позволило: сделать библиотеку документов и литературных источников, сделать доступными для всех участников работы материалы семинаров, проводимых в ЦНИИОИЗ МЗ РФ, а также вести базу данных по индикаторам результатов.

Автоматическая система оповещения заинтересованных лиц коммуникатора позволяла быстро и своевременно выполнять свои функции всем участникам проекта.

Ведение раздела работы с индикаторами предоставило возможность отслеживать результаты работы рабочих групп из субъектов РФ по улучшению качества медицинской помощи, анализировать эти результаты и делать выводы об эффективности проводимых группами изменений систем оказания медицинской помощи. Оттестированные и дающие положительный эффект изменения впоследствии обобщались руководителями клинических направлений и использовались в создаваемых клинико-организационных руководствах.

Коммуникатор стал единым информационным пространством, которое позволило собрать в одном месте всю проектную информацию, обеспечить оперативную и эффективную работу всех участников работы, живущих и путешествующих по различным регионам мира: от Приморского края до Калининградской области, от Вашингтона до Осло и Москвы.

Постоянная обратная связь и взаимодействие с пользователями позволило создать программный продукт, удовлетворяющий потребностям и ожиданиям пользователей, а значит – качественный продукт, которым с удовольствием и комфортом пользуются. Это доказывают, как и результаты многочисленных опросов, анкетирование участников проекта, так и анализ статистических данных, отражающих работу пользователей с коммуникатором.

В результате применения интернет-портала удалось: автоматизировать обмен документами в процессе деятельности по улучшению качества медицинской помощи; скоординировать работу участников; обеспечить оперативность и прозрачность документооборота; обеспечить оперативность принятия управленческих решений; организовать контроль над исполнением обязанностей участниками проекта; обеспечить обмен опытом между регионами.

## **8.2.2. Организация процесса**

Разработка улучшений начинается с выбора приоритетной клинической и/или медико-организационной проблемы, нуждающейся в улучшении. Для выполнения первого этапа проводится целевое (инициирующее) собрание главных специалистов области, главных врачей и руководителей областной больницы и руководителей здравоохранения города – областного центра, профессуры медицинского высшего учебного заведения (ВУЗ). Логично, если это событие происходит во время подготовки к ежегодной итоговой коллегии органа управления здравоохранением администрации субъекта Федерации, когда уже известны статистические показатели прошлого года, и проблемы, в общем, уже высветились.

Участники инициирующего собрания экспертным путем на основе показателей здоровья населения и работы системы здравоохранения за последний год и в сравнении с прошлыми годами выбирают приоритетные медико-организационные проблемы. На заседании желательно иметь представленные в графиках и диаграммах тенденции и соотношения показателей.

Эксперты, опираясь на известные им статистические и другие данные, методом мозгового штурма выдвигают проблемы, по их мнению, требующие решения. Выдвинутые проблемы группируются, и оцениваются по возможности их объединения и в сопоставлении с фактами и аргументами, известными остальным участникам совещания. На этом шаге некоторые из проблем будут сразу отброшены на основе веских аргументов. Например, проблема была решена в прошлом году, но еще не было широкого внедрения, и не все были проинформированы. Часть выдвинутых мелких проблем может быть поглощена более крупными.

Для оставшихся проблем их значимость и приоритетность определяется по критериям значимости. По выбранным критериям каждой проблеме присваивается ранговое место, и по сумме мест определяются наиболее приоритетными.

Критериями, например, могут служить:

- распространенность заболевания или состояния среди населения,
- медико-социальная значимость (например, высокий показатель выход на инвалидность),
- затраты, которые несет система здравоохранения пока проблема существует,
- затраты, которые понадобятся на ее решение,
- возможность решения (преодолимость препятствий)

Ранги по критериям присваиваются экспертным путем, без использования масштабных вычислений, т.к. большая точность в этот момент не нужна – если проблема значимая, то и ранг она в любом случае получит высокий.

В случае, когда возможно ограничиться одним самым значимым критерием, может быть использована диаграмма Паретто – накопленная, упорядоченная по убыванию этого критерия, гистограмма. Первая (или первые) позиция гистограммы показывает клиническую область, улучшение в которой во многом улучшит ситуацию в субъекте Федерации по выбранному критерию.

Далее собрание экспертов четко формулирует проблему во всех деталях: от абстрактной формулировки «гипертония» процесс детализации может привести, например, к следующей: «выявление и оказание первичной помощи взрослым больным артериальной гипертензией». От четкого понимания и формулировки проблемы во много зависит успех дальнейших шагов.

Согласно второму принципу методологии обеспечения качества медицинской помощи, результат определяется системой, и если результаты оказания медицинской помощи нас не устраивают, то необходимо внести изменения в систему. Поэтому, следующий вопрос – о рамках системы (подсистемы), которой принадлежит результат. Для этого существует такой простой инструмент как обобщенная блок-схема, на которой показаны вход и выход системы и этапы ее работы.

В рабочую группу по реорганизации системы оказания медицинской помощи должны войти представители всех установленных функций и процессов системы, изменения в которую решено внести. Определение, какими подразделениями и этапами ограничивается система оказания медицинской помощи выбранной приоритетной клинической области, дает возможность определить состав рабочей группы – по одному представителю от каждой функции и/или этапа. Определив, представители каких подразделений лечебно-профилактических учреждений требуются, члены иницирующего собрания (в основном руководители здравоохранения) могут определить и персоналии. После согласования с кандидатами целесообразно издать Приказ о вхождении их в состав рабочей группы, а подразделения и лечебно-профилактических учреждениях, где они работают определить как экспериментальные. Обязательное условие (если разбирается клиническая проблема) в состав рабочих групп кроме руководителя подразделения должны войти представители врачей и среднего медицинского персонала, задействованные в оказании медицинской помощи.

Дальнейшие этапы осуществляет созданная рабочая группа. Обязательным условием является обучение членов рабочей группы методологии обеспечения качества медицинской помощи.

Следующий шаг – описание реальной работы существующей системы. Инструмент формализованного описания – создание блок-схемы (алгоритма) оказания медицинской помощи. Они похожи на обобщенные блок-схемы, но более детальные и имеют сноски и выноски, отсылающие к текстовому материалу. В виде текстов можно формализовать правила, критерии, реально выполняющиеся технологии и протоколы действий. Скорее всего, эти формализованные записи будут отличаться от официально рекомендованных в методических рекомендациях или приказах. Это ожидаемый феномен, т.к. если бы все в системе работало как «должно», то и результаты были бы удовлетворительны. Если рабочая группа не может прийти к консенсусу о том, как реально выполняется какая-нибудь процедура или технология, то установленную неясность сразу обозначают в виде «облака».

Часть неясных составляющих элементов системы будет обозначена в виде облаков уже в процессе описания существующей технологии, но дополнительный анализ позволит еще доопределить элементы системы – неясные, неопределенные, неизвестные. В результате станет очевидно, что описанный алгоритм – сложен, запутан, с лишними этапами. Все эти неясные элементы процесса заранее определяют его неэффективность и неудовлетворительный уровень качества. Кроме того, критерии, протоколы и другие текстовые документы, также описывающие деятельность системы и представленные в выносках на рисунке, могут вообще не существовать, или быть устаревшими или являться материалами различных клинических школ.

Все выявленные при анализе существующей технологии оказания медицинской помощи неясности, разночтения, пробелы в информации порождают ряд вопросов к доказательной медицине, к опыту других регионов, к клинической эпидемиологии, к экспертному российскому и международному опыту. Вероятно, что кем-то на аналогичные вопросы уже найдены ответы и получены доказательства результативности и эффективности решений.

Ответы на поставленные вопросы могут искать сами члены рабочей группы, прежде всего, в базе Кохрейновского сотрудничества, в российском журнале «Международной клинической практики», в других доступных доказательных источниках. Для этого они должны уметь использовать данные доказательной медицины, опираясь на авторитетное мнение российских и зарубежных экспертов. Авторитет российских экспертов, подтверждающих принятую в мире практику, поможет быстрее

находить консенсус по оптимальному решению и в сломе привычных клинических стереотипов.

Далее рабочие группы выдвигают гипотезы по возможным изменениям в системе оказания медицинской помощи для реализации на практике выбранных клинических и организационных технологий, в том числе, предложенных экспертами.

Проводится предварительная (экспертная) оценка альтернатив по величине соотношения потенциальных затрат и результатов. Обсчет на данном шаге также предварительный, грубый, т.к. в реальности очень трудно предусмотреть все расходы, которые могут возникнуть, и предсказать точно ожидаемый результат. Также, в расчеты в зависимости от точки зрения лица, принимающего решения, могут быть включены различные аспекты результатов (медицинской результативности, выгоды, пользы).

Существуют специальные компьютерные программы, позволяющие автоматизировать процесс расчетов, но, при их отсутствии, такую схему легко запрограммировать в приложении EXCEL Microsoft Office. Важно подробно протоколировать, какие затраты и результаты принимались во внимание в каждом случае.

Выбранные изменения включаются в план испытаний, по возможности, по одному в различных подразделениях и лечебно-профилактических учреждениях. Это нужно для того, чтобы эффект от влияния одного изменения не скрыл влияния другого. Но на практике бывает трудно выполнить это условие. Частично, эффект «сокрытия» влияния на результат можно уменьшить, правильно подобрав индикаторы для мониторинга изменений.

Из широкого спектра существующих в настоящее время подходов к организации процесса мониторинга рекомендуется подход экспертного определения набора показателей, могущих служить индикаторами результатов для слежения за тестируемыми изменениями. Экспертами выступают члены рабочих групп совместно с экспертами-консультантами. Каждому тестируемому изменению ставится в соответствие показатель, который будет отражать улучшение результатов оказания медицинской помощи.

Разработка изменений для реорганизации медицинской помощи заканчивается анализом индикаторов улучшения качества, и анализом эффективности затрат, которые могут подтвердить или опровергнуть выдвинутые гипотезы, и окончательной формализацией усовершенствования системы в виде клинико-организационных руководств.

Результаты разработки и апробации усовершенствованной системы оказания медицинской помощи формализуются в виде клинико-организационного руководства.

### **8.2.3. Мониторинг за результатами**

С момента начала работы лечебных учреждений по новым медико-организационным технологиям всегда происходит мониторинг за результатами деятельности.

На этапе распространения улучшений рабочим группам, как правило, не приходится разрабатывать свои показатели для отслеживания результатов. Вместе с пакетом готовых решений они получают и набор показателей, по которым на предыдущем этапе пилотные учреждения осуществляли контроль своей деятельности. Рабочим группам просто надо решить – будут они использовать в своей работе весь набор предложенных показателей или только часть, ведь основной целью осуществления мониторинга результатов работы на данном этапе состоит в том, чтобы оценить правильность осуществляемых действий.

### **8.2.4. Роли руководителей**

Участники процесса распространения улучшений:

- Федеральные институты (в т.ч. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения);
- Отраслевое министерство (в настоящее время – Министерство здравоохранения и социального развития РФ, его представитель, курирующий данную клиническую область);
- Органы управления здравоохранения (ОУЗ) администраций субъектов Федерации – руководители, их заместители, главные специалисты;
- Координационные комитеты – постоянно действующие или временные проблемные комиссии ОУЗ;
- Главные врачи ЦРБ; главные врачи ЛПУ, их заместители по лечебной работе, по помощи матерям и детям, по качеству, по поликлинике.
- Зав. отделениями, врачи, специалисты со средним медицинским образованием, непосредственно оказывающие медицинскую помощь по выбранным клиническим технологиям;
- Консультанты по методологии улучшения качества медицинской помощи;
- Консультанты по выбранным клиническим проблемам – представители ведущих клинических институтов.

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения осуществляет ведущую роль в процессе распространения улучшений путем согласования действий всех лечебных учреждений, участвующих в данном

процессе. Сотрудники института осуществляют экспертизу разрабатываемых в территориях документов, ведь достигнутые улучшения должны быть определенным образом формализованы. В большинстве случаев формализованные улучшения утверждаются на уровне Министерства и рекомендуются для использования на всей территории РФ.

На уровне территорий руководитель органа управления здравоохранения является лицом, ответственным за реализацию внедрения запланированных улучшений. Непосредственно эту деятельность осуществляют его заместители, главные специалисты субъекта по выбранным клиническим областям, обсуждая ход работы на совещаниях специально созданных для этих целей Координационных советов.

Зав. отделениями, врачи, старшие медсестры, медсестры – это те медработники, которые непосредственно оказывают медицинскую помощь, и их роль в улучшении ее качества и выработке предложений по улучшению системы – ключевая. Именно они должны составлять основное ядро рабочих групп по реорганизации оказания медицинской помощи.

В состав должностных обязанностей руководителей всех уровней, задействованных в представленной методике реорганизации медицинской помощи, ранее уже входили функции внедрения в подчиненных подразделениях современных клинических технологий, но им отводилась пассивная роль передачи «вниз» рекомендаций «сверху». Согласно предлагаемой методике они становятся активными и уполномоченными участниками и инициаторами разработки изменений в системе.

Также консультантам в методике отводится непривычная для российских экспертов центральных клинических научно-исследовательских институтов роль. До последнего времени их визиты в регионы носили чаще всего характер проверок, их мнение не оспаривалось, принималось как истина в последней инстанции. В предлагаемой методике их роль меняется, и как будет показано ниже, в организационном эксперименте они учились «слышать» своих коллег-практиков и учитывать реальные условия и ограничения. Мнение практиков было решающим, – если технология в настоящих условиях не выполнима, необходимо или изменить условия или искать иное решение. Аргумент «так Вы должны делать по приказу» – не являлся аргументом в нахождении консенсуса.

## **Контрольные вопросы**

1. Как происходит распространение улучшений?
2. Что такое диффузия улучшений?
3. Что представляет собой целенаправленное улучшение?
4. Какие существуют виды и формы целенаправленного улучшения?
5. Какие задачи решаются в процессе создания плана целенаправленного улучшения?
6. Что представляет собой пилотный проект?
7. Как может происходить тиражирование достижений экспериментального проекта?
8. Как можно достичь узаконивания изменений?
9. Какова роль коучинга в процессе целенаправленных изменений?

## **Рекомендуемая литература**

1. Лapidус В.А. Менеджмент ошибок (имеют ли люди право на ошибку). - 2-е изд., доп. - Н. Новгород: СМЦ "Приоритет", 2002. - 91 с.
2. Мотивация персонала. Ключевой фактор менеджмента / Пер. с англ. / Под ред. Й. Кондо. - Н. Новгород: СМЦ "Приоритет", 2002. - 206 с.
3. Принципы "Шесть сигм". Сб. статей / Пер. с англ. - Н. Новгород, СМЦ "Приоритет", 2000.
4. Управление качеством в масштабах компании. Й. Кондо / Пер. с англ. - Н. Новгород: СМЦ "Приоритет", 2002. - 235 с.
5. Cooley, L., Kohl, R. Scaling Up - From Vision to Large-scale Change / A Management Framework for Practitioners. - Washington, 2006. – 58 p. – Режим доступа: <http://www.msiworldwide.com/files/scalingup-framework.pdf>
6. Massoud MR, Nielsen GA, Nolan K, Nolan T, Schall MW, Sevin C. A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006. – 7 p.– Режим доступа: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/661BCB93-1FED-4ADB-86FE-4DDD84445AFD/0/AFrameworkforSpreadWhitePaper2006.pdf>
7. Ruben, M., Lori L. Silverman. Facilitating large-scale change through leadership coaching. – 1999. – Режим доступа: [http://alumnus.caltech.edu/~rouda/T5\\_LSRTOD.html](http://alumnus.caltech.edu/~rouda/T5_LSRTOD.html)
8. Practical guidance for scaling up health service innovations. - World Health Organization 2009. – 54 p. - Режим доступа: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf)



9. A Guide for Fostering Change to Scale Up Effective Health Services. - Режим доступа:  
[http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/FC\\_Guide2.pdf](http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/FC_Guide2.pdf)
10. Priorities for supporting successful scaling up of health innovations / Summary recommendations of a meeting. - May 6-7, 2009. - University of Michigan School of Public Health Ann Arbor, Michigan, USA. - Режим доступа:  
<http://www.expandnet.net/PDFs/ExpandNet-WHO%20Scaling%20Up%20Meeting%20Priorities%20FINAL.pdf>