

## ВИКОРИСТАННЯ ВИРОБНИЧИХ ПРОЦЕСІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

© Чала Н.Д., 2011

Підвищення ефективності управління закладами сфери охорони здоров'я в Україні є актуальною проблемою як для державного сектору, так і для приватного. Оскільки більшість керівників лікувальних закладів є медиками, то запозичення для сфери охорони здоров'я управлінських моделей з промислових підприємств і розгляд процесу лікування як виробничого, зустрічає певний скептицизм та супротив. Натомість органічне поєднання менеджерських моделей, розроблених на промислових підприємствах, таких як Lean-менеджмент, теорія обмежень, «шість сигма», «бережливе виробництво», могло би значно скоротити період очікування пацієнтів, знизити витрати закладу та підвищити ефективність його роботи в цілому [1,2,3].

Впровадження управлінської моделі «бережливе мислення» почалося у 1950-х роках на підприємствах Toyota, зумовлене було необхідністю надати клієнту бажаний продукт з мінімальними витратами як з боку підприємства, так і з боку клієнта. На промислових підприємствах впровадження цієї моделі, як правило, пов'язано зі скороченням персоналу та створенням додаткової потужності шляхом виявлення та ліквідації марних витрат. Для закладів охорони здоров'я впровадження означеної моделі допомагає виявити місця з не ефективним використання ресурсу та скоротити затримки, повторні зустрічі, помилки. Теоретично для впровадження означеної моделі у закладі важливо чітко визначитися з межами і різницею між первинною та вторинною медичною допомогою, після чого строго визначитися з нормами часу на обслуговування одного пацієнта. Якщо реалізація першої частини зрозуміла (див. Рис.1), то строге нормування часу у цьому випадку має суттєві відхилення в залежності від випадків та фізіології процесу.

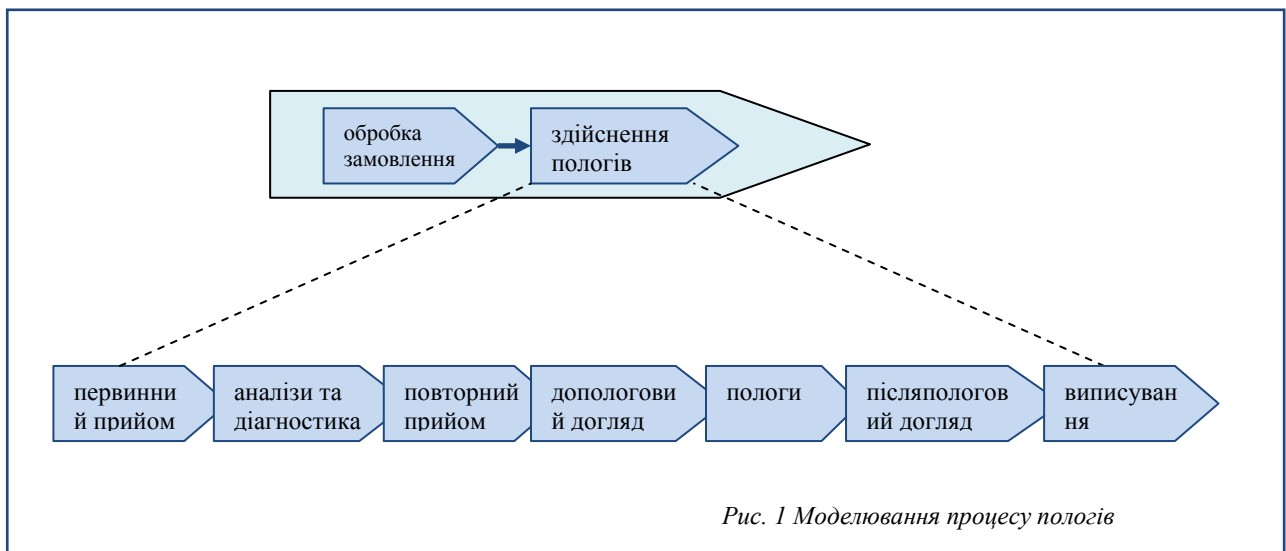


Рис. 1 Моделювання процесу пологів

Прихильники моделі «бережливого мислення» настільки зосереджені на «покращенні процесів», що часто упускають з виду той факт, що для поліпшення будь-якого процесу необхідно насамперед покращувати навички людей, учасників цього процесу та враховувати технологічні особливості здійснення процесів. В цьому розумінні раціональне мислення є скоріш навчальним методом.

Дослідження [1] М. Балле та А. Режнір описує додаткові функції які з'явилися у медичного персоналу через впровадження управлінської моделі «бережливе виробництво». У процесі

впровадження управлінської моделі у французькому госпіталі виявилось в наявності велика кількість ліків з застарілим терміном зберігання, а персонал був більше сфокусований на поставках, ніж на їх якості. В результаті чого було вирішено здійснювати закупівлі у відповідності до потреб, та аби досягти цього, кожній медсестрі доводилось виявляти щоденне споживання кожного продукту, і встановлювати рівень запасів конкретного продукту на наступний період. Тобто медичному персоналу потрібно було перераховувати запаси продуктів, враховувати зміни чисельності пацієнтів, оцінювати зміни в необхідності кожної одиниці товару. Звичайно, що необхідність виконувати додаткові обов'язки викликала супротив у персоналу, проте через рік впровадження даного проекту змін стало більше уваги приділятися дійсно важливим речам, що значно покращило роботу лікарні.

Надзвичайно цікавим для українських лікарень виглядає впровадження системи оцінки якості «шість сигма» [3]. Дану управлінську модель було розроблено на одному із заводів Motorola в кінці 1970-х в якості універсальної системи для оцінки якості. Sigma представляє статистичні стандартне відхилення від середнього значення в нормальний розподіл, відповідно шість сигм за звичай визначається як 3,4 дефектів на мільйон. Тобто дана модель забезпечує роботу системи практично без дефектів та помилок, що вкрай важливо для закладів сфери охорони здоров'я. Для впровадження моделі «шість сигма» необхідно чітко визначитися з тим, що являє собою дефекти в сфері охорони здоров'я. Однак, варто враховувати, що на різні складові процесу лікування його учасники впливають по-різному. Так, наприклад, при видачі рецептів комп'ютером допускається 11% помилок, а в рукописних рецептах ця цифра може доходити до 88% [3]. А як оцінити результат операції, якщо на нього впливає, крім методу лікування, ще й стан імунітету пацієнта.

Отже, впровадження менеджерських моделей з промисловості у закладах охорони здоров'я має складнощі через унікальність протікання окремих складових процесів лікування і не можливість їх чіткої формалізації. Проте європейський досвід показує, що орієнтація на ітераційне поліпшення роботи системи сприяє поступовому удосконаленню процесів та суттєвому підвищенню ефективності роботи закладу охорони здоров'я в цілому.

1. M. Balle, A. Regnier *Lean as a learning system in a hospital ward.* // *Leadership in Health services volume 20* . – 2007. - [www.emeraldinsight.com/1751-1879.htm](http://www.emeraldinsight.com/1751-1879.htm) 2. R. Akkerman, M. Knip *Relocation of Beds to Reduce Waiting Time for Cardiac Surgery*// *Health Care Management Science. Kluwer Academic Publishers. Manufactured in The Netherlands* – 2004. - Nr. 7. – p. 119–126 3. T. Young, S. Brainsford, C. Connel, R. Davies, P. Harper, J. Klein *Using industrial processes improve quality, reduce waiting times, and enhance the working* // *BMJ VOLUME 328.* - 17 JANUARY 2004. - [bmj.com](http://bmj.com)