

УПРАВЛЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБОЙ КРУПНОГО СУБЪЕКТА  
ФЕДЕРАЦИИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ИНДИКАТОРОВГолубев Д. Н.<sup>1</sup>, Цветков А.И.<sup>2</sup><sup>1</sup>ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»  
Минздрава России, г. Екатеринбург;<sup>2</sup>ГБУЗ Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург**Ключевые слова:** управление, система здравоохранения, индикаторы,  
противотуберкулезная служба, лечебно-профилактическая деятельностьINDICATIVE MANAGEMENT OF THE ANTITUBERCULAR  
SERVICE OF THE LARGE INDUSTRIAL REGIONGolubev D. N.<sup>1</sup>, Tsvetkov A.I.<sup>2</sup><sup>1</sup>Federal state budgetary institution “Ural Research Institute for Phthisiopulmonology” of  
Ministry of Health of Russian Federation, Yekaterinburg;<sup>2</sup>State financed health institution “Tuberculosis dispensary”, Yekaterinburg**Keywords:** management, health system, indicators, antitubercular service, treatment-and-  
prophylactic activity

Как говорили древние «кто владеет информацией, тот владеет миром». Обеспечение руководителя противотуберкулезной службы своевременной, полной и достоверной информацией о лечебно-профилактической деятельности фтизиатрических учреждений имеет важнейшее значение [1, 2]. Принятие решений на основе такой информации можно в значительной мере запрограммировать, если известны цели управления и средства их достижения. Отсюда - необходимость четкой постановки задачи оперативного управления. Под последним мы понимаем управление в условиях строгих ограничений на время и ресурсы: действия руководителя должны осуществляться и давать некоторый результат в пределах недели, месяца или квартала и основываться только на имеющихся средствах.

При таком определении оперативного управления его задачу можно свести к трем пунктам: во-первых, это своевременная реакция на отклонения от цели, а значит - распознавание отклонений, установление их причин и выбор управляющих воздействий; во-вторых, это выделение тех систематических отклонений, которые не удается скорректировать средствами оперативного управления; в-третьих, это распознавание ситуаций, когда учреждение достигает поставленных целей уже без специальных управляющих воздействий, и поэтому перед ним можно ставить более трудные цели [3].

Для решения этой задачи деятельность учреждения на каждом анализируемом отрезке времени должна описываться показателями (индикаторами) достижения цели (целевыми показателями) и показателями использования средств. Примером первых могут служить смертность от туберкулеза, заболеваемость, его распространенность, показатели, характеризующие бактериальное ядро, структура и движение диспансерных контингентов и т.д. Показатели использования средств - это, например, охват проверочными флюорографическими осмотрами населения, охват амбулаторным лечением, специальными методами диагностики, использование коечного фонда, структура исходов лечения, частота повторных госпитализаций, применение санаторного лечения, использование консультаций и консилиумов, применение инструментальных методов диагностики и методов интенсивного лечения и т.д. Сюда же надо отнести частоту каждого вида вмешательств руководителя в лечебно—диагностический процесс. Показатели цели надо рассчитывать хотя бы раз в квартал, показатели использования средств должны быть в каждой оперативной сводке - не реже одного раза в месяц.

При анализе деятельности учреждения показатели одноименных подразделений сопоставляются между собой, а также с аналогичными показателями в прошлом и с нормативами. Нормативы надо подобрать так, чтобы внимание руководителя каждый раз привлекалось только к существенным и неслучайным отклонениям и только к отстающему меньшинству сотрудников или учреждений. Последнему условию удовлетворяет следующая процедура первоначального определения норматива для каждого показателя. Результаты одноименных подразделений или учреждений, полученные за достаточно представительный промежуток времени, например, за квартал, располагаются в порядке их возрастания. При небольшом числе учреждений можно так же расположить результаты за несколько одинаковых отрезков времени, например, за ряд месяцев. Средняя треть полученного ряда принимается за пределы норматива. Это значит, что если существенных изменений в работе не произойдет, результаты ниже (хуже) норматива будут встречаться только в трети случаев.

Теперь общая схема принятия решений сводится к следующему. В каждом подразделении оцениваются показатели достижения цели. Если такой показатель находится в пределах или выше (лучше) норматива, его надо сопоставить с данными о том же подразделении в прошлом. Когда он не противоречит уже установленному для подразделения стилю работы, анализ прекращается: в управляющих воздействиях нет нужды. В противном случае надо сопоставить результат с использованием средств, соответствующих этой цели. Если они использовались интенсивнее, чем раньше, то и в этом случае дальнейшем анализ не нужен. Если же средства использовались недостаточно, то необходима экспертная проверка результата на истинность.

Когда показатель достижения цели ниже норматива, последовательно анализируются показатели использования соответствующих средств. Если они удовлетворительны, то необходима экспертная проверка качества использования средств. Однако, как правило, обнаруживается, что те или иные средства используются недостаточно в количественном отношении (ниже норматива). Тогда руководителю предполагается установить текущий контроль использования этих средств. Он заключается в том, что в оперативных сводках (во фтизиатрической службе - ежемесячных) подконтрольный показатель сравнивается с нормативом. Когда он ниже норматива, об этом извещается руководитель. Если это повторяется в двух сводках подряд, извещается руководитель следующего уровня и т.д. Регламент передачи сигнала на следующий уровень можно менять: например, информация может передаваться вверх только после трех, неудовлетворительных результатов подряд или уже при первом таком результате. Передача осуществляется с помощью специальных "знаков тревоги", которые выставляются в сводках рядом с показателями, требующими специальных управляющих воздействий.

С завершением очередного минимального отчетного периода (месяца - для фтизиатрических учреждений) работа всех подразделений оценивается заново. Если отстававшие ранее участки вновь отстают по тем же разделам работы, то констатируется необходимость решения проблемы иными средствами, за пределами сферы оперативного управления. Такой вывод может быть сделан не при первом повторении неудовлетворительного итога, а при втором или третьем, в зависимости от установленной жесткости руководства. Ясно, что здесь оцениваются не только результаты на уровне лечебно—профилактической деятельности, но и само управление, в том числе руководители учреждений.

Так решаются первые два пункта задачи оперативного управления. Решение третьего состоит в том, что когда в пределах или выше норматива оказывается подавляющее большинство итогов (свыше двух третей), появляется возможность повысить норматив с расчетом, чтобы ниже него оказалась опять треть результатов. Тем самым система автоматически фиксирует, делает нормой новый, надежно достигнутый уровень деятельности. Можно запрограммировать смену нормативов не сразу, а только при двукратном или трехкратном повторении описанного положения. Наконец, и сам

норматив можно выбирать не по принципу "отстающей трети", а по "отстающей четверти" или "отстающей половине". Такие коэффициенты, подобранные вначале на основе здравого смысла, далее предстоит уточнять практикой управления и затем достаточно строго обосновать математически, чтобы они полностью отвечали главному требованию: связанные с ними решения должны приниматься лишь при тех отклонениях, которые не случайны и угрожают достижению цели.

Алгоритмизация лечебно-профилактической деятельности позволяет выделить и точки приложения управляющих воздействий. Ими могут быть недостаточное искусство получения первоначальной информации, которая затем обрабатывается алгоритмами действий врача, недостаточное искусство врачебных манипуляций, неправильное пользование алгоритмами, несовершенство алгоритмов, нарушение схемы управления, несовершенство этой схемы. Только первые две причины неудовлетворительных результатов выходят за рамки оперативного управления: помимо таких оперативных приемов, как усиленная опека неопытных со стороны руководителя или перемещение их на менее ответственные участки, они вынуждают к длительному обучению сотрудников. Все остальное находится целиком в сфере оперативного управления, причем наша схема предусматривает и свое самосовершенствование, и повышение дисциплины пользования алгоритмами, и совершенствование алгоритмов, и повышение дисциплины руководителей.

Таким образом, алгоритмизация лечебно-профилактической деятельности влечет за собой алгоритмизацию оперативного управления и связанную с ней регулярную оценку эффективности руководства. Теперь можно сформулировать представление об активном управлении. Это такое управление, при котором показатели использования средств соразмерны показателям достижения цели, а последние в подавляющем большинстве учреждений находятся в пределах или выше нормативов, причем эти нормативы либо периодически повышаются, либо остановились на самом высоком в истории службы уровне. Кроме того, различия результатов одноименных учреждений либо имеют тенденцию к уменьшению, либо учреждения периодически меняются лидерством.

Изложенная схема разрабатывается далее применительно к службе в целом. Это позволяет вплотную подойти к решению проблемы автоматизации управления на основе индикаторов. В настоящее время нами разработан и реализуется проект совершенствования управления противотуберкулезной службой субъектов федерации Уральского федерального округа. Фтизиатрическая служба Свердловской области стала пилотной территорией по разработке системы индикативного управления учреждениями службы с использованием дистанционных телемедицинских технологий. Предложено и утверждено 28 индикаторов, характеризующих результаты деятельности учреждений противотуберкулезной службы, детальный сравнительный анализ которых позволяет вырабатывать и предлагать учреждениям управляющие воздействия. Головной противотуберкулезный диспансер осуществляет текущий контроль в течение очередного отрезка времени (месяца) и оценивает результативность выданных рекомендаций. Первый опыт применения такой системы управления является весьма обнадеживающим и перспективным.

Голубев Д.Н. – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России. Г. Екатеринбург.

Цветков А.И. – к.м.н., директор ГБУЗ Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург.

Автор, ответственный за переписку – Голубев Дмитрий Николаевич, 620039, г. Екатеринбург, ул. 22 партсъезда, 50, тел. Раб. (343) 333-50-80, сот. 8-912-222-24-02, e-mail: golubev-d50@mail.ru