



Врач-руководитель

Джеймс Маунтфорд, Кэролайн Уэбб

Серьезные преобразования системы здравоохранения возможны только при активном участии врачей в управлении работой лечебных учреждений.

Сегодня здравоохранение столкнулось с рядом серьезных трудностей. В развитых странах продолжается рост инфляции: например, в США медицинское страхование в среднем обходится домохозяйствам дороже, чем погашение ипотечного кредита. Сохраняются серьезные проблемы в области качества и безопасности — только в Соединенных Штатах ежегодно уходят из жизни около 90 тыс. человек, смерть которых можно было бы предотвратить¹. В системах здравоохранения многих стран наблюдается нехватка кадров, несмотря на существенное повышение окладов квалифицированного медицинского персонала; все меньшее количество врачей готовы рекомендовать молодым людям карьеру в области медицины².

¹ См.: Crossing the Quality Chasm. Institute of Medicine, 2001.

² См.: Janice Hopkins Tanne. US GPs are unhappy, underpaid, deluged by paperwork, and want to retire, study says // BMJ, 2008. V. 337, No 2711.

Качество медицинского обслуживания во всем мире росло на протяжении многих лет, но сейчас необходимы дальнейшие преобразования. Потребуется лидеры, которые направят этот процесс — и во многом руководящую роль должны взять на себя врачи и другие медицинские работники, вне зависимости от того, занимают ли они управленческую должность. Медицинские работники не только принимают основные решения, касающиеся лечения пациентов и определяющие качество и эффективность медицинской помощи, — они также обладают профессиональными знаниями, необходимыми для принятия стратегических решений о развитии моделей медицинского обслуживания в долгосрочной перспективе.

К сожалению, традиционный подход к управлению в области здравоохранения предполагает разделение медицинских и административных задач: работой с пациентами занимаются врачи и медсестры, а за управление работой медицинских учреждений отвечает административный персонал. Однако мы можем сделать полезные выводы из опыта многих передовых медицинских учреждений, которые добились выдающихся результатов, в корне пересмотрев традиционный подход.

В настоящей работе мы также отметим основные препятствия к развитию медицинских работников как эффективных руководителей. Понимание этих препятствий часто позволяет разработать план действий, который будет применим в условиях разных систем здравоохранения и позволит задействовать медицинский персонал в управлении лечебными учреждениями.

Важная роль врачей как руководителей

Рассмотрим пример Kaiser Permanente — крупной американской финансирующей организации и поставщика медицинских услуг с отделениями в нескольких штатах. В конце 1990-х гг. отделение Kaiser Permanente в штате Колорадо столкнулось с проблемой ухудшения клинических и финансовых результатов, а также с оттоком лучших врачей в частные клиники и конкурирующие организации. Новый медицинский директор Джек Кочран, специалист в области детской пластической хирургии, использовал участие врачей в управлении как эффективный инструмент, позволяющий повысить результативность лечения. Определяя роль медицинского работника как «целителя, лидера и партнера», он пересмотрел программы Kaiser, направленные на формирование лидерских навыков у врачей. По прошествии пяти лет филиал Kaiser Permanente в Колорадо стал лучшим отделением компании по показателям качества медицинского обслуживания

и источником передового опыта для других медицинских учреждений США. Уровень удовлетворенности пациентов существенно вырос, текучесть кадров резко снизилась, а чистый доход увеличился с нуля до 87 млн долл.

Другим примером служит деятельность Управления по вопросам медицинской помощи ветеранам, входящего в состав Министерства США по делам ветеранов. В середине 1990-х гг. Управление, изначально основанное как государственная организация здравоохранения для работы с бывшими военнослужащими, показывало настолько низкие результаты, что неоднократно высказывались предложения о его расформировании. Новый директор Управления Кен Кайзер, врач по специальности, предложил программу оптимизации, основным элементом которой стало участие врачей в управлении. Он реорганизовал Управление, разделив его на 21 подразделение, каждое из которых отвечало за обслуживание ветеранов в определенном регионе, при этом все руководители подразделений имели медицинскую специальность. В рамках программы были введены показатели эффективности, позволяющие оценить результативность лечения и предполагающие выплату соответствующих вознаграждений, а также внедрены новые информационные системы, в том числе электронная система управления информацией о пациентах. Вскоре Управление заняло ведущие позиции по качеству оказываемой медицинской помощи: например, показатель смертности среди пациентов мужского пола в возрасте старше 65 лет был на 40% ниже, чем в среднем по стране. В следующие 10 лет количество пациентов Управления удвоилось, однако уровень удовлетворенности пациентов вырос до 83%, что на 12% выше среднего значения по США.

Этот и аналогичные примеры свидетельствуют в пользу врачей как руководителей. Улучшений удалось достичь именно благодаря активному участию медицинских работников (в особенности врачей), которое стало неотъемлемой частью процесса преобразований. Заинтересованность врачей повысилась не в результате каких-то отдельных мероприятий или формального изменения должностных инструкций. Скорее, медицинские работники по-новому осознали свою профессиональную идентичность и стали более ответственно относиться к работе. Все сотрудники лечебных учреждений — как медицинский, так и административный персонал — стали работать над достижением общей цели: оказывать медицинскую помощь, придерживаясь самых строгих стандартов качества и эффективно используя ресурсы. Важные решения — например, о расширении или изменении набора предлагаемых услуг — врачи и управленцы принимали вместе, находя разумные компромиссы и полностью осознавая следствия принимаемых решений с точки зрения ресурсов.

Еще более пристальное внимание уделялось пациентам и их потребностям: например, врачи работали не только над улучшением результатов лечения, но и над повышением общего уровня удовлетворенности пациентов. Эффективность работы отделений отслеживалась в режиме реального времени. В случаях возникновения риска для безопасности пациента руководство не ограничивалось объяснениями, а организовывало обсуждения с участием специалистов из разных областей, чтобы сделать выводы из полученного опыта. Обобщая, можно сказать, что чувство ответственности, которое врачи испытывали по отношению к пациентам, стало распространяться на медицинскую организацию в целом.

Все больше исследований подтверждают тезис о том, что правильно организованное участие врачей в управлении медицинскими учреждениями способствует улучшению результатов работы этих организаций. Исследование, недавно проведенное McKinsey и Лондонской школой экономики³, показало, что в больницах, где врачи активно участвовали в управлении, важные показатели эффективности были примерно на 50% выше, чем в остальных больницах. Согласно результатам научных исследований в США и других странах мира, успешные медицинские организации обычно уделяют большое внимание качеству медицинской помощи и налаживанию тесных отношений между медицинскими и административными работниками, а также быстро перенимают новые методы работы⁴. Национальная служба здравоохранения Великобритании (NHS) недавно исследовала 11 проектов по совершенствованию медицинского обслуживания и выяснила, что более высоких результатов достигали организации, в которых врачи активно участвовали в решении управленческих задач⁵. Другое исследование, тоже проведенное в Великобритании, показывает, что директора наиболее эффективных организаций неизменно подключали врачей к обсуждению важных вопросов и совместному решению проблем⁶.

³ Pedro J. Castro, Stephen J. Dorgan, Ben Richardson. A healthier health care system for the United Kingdom // *mckinseyquarterly.com*, February 2008. В рамках исследования были проведены интервью более чем со 170 руководителями и заведующими подразделениями Национальной службы здравоохранения Великобритании. Участники должны были оценить действенность общей системы управления и системы управления эффективностью, а также уровень и эффективность вовлечения врачей в процесс управления деятельностью организации.

⁴ Например, Stephen M. Shortell et al. An empirical assessment of high-performing medical groups: Results from a national study // *Medical Care Research and Review*, 2005. V. 62, No 4, p. 407—34; Lawrence Casalino et al. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases // *Journal of the American Medical Association*. 2003. V. 289, No 4, p. 434—441.

⁵ *Managing Change and Role Enactment in the Professionalised Organisation*. — National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation, 2006.

⁶ *Enhancing Engagement in Clinical Leadership*. Academy of Royal Medical Colleges and NHS Institute, 2007.

Во многом эти факты не являются неожиданностью. В основе деятельности крупных систем здравоохранения и поставщиков медицинских услуг лежат сотни непростых решений, которые ежедневно принимают тысячи людей и от которых зачастую зависит жизнь пациентов. Командно-административный подход к управлению непригоден для использования в таких сложных и неопределенных условиях: высшее руководство не может отвечать за оперативное принятие решений в каждой конкретной ситуации. Успешные модели, согласно которым распределяются функции управления, позволяют принимать эффективные решения на местном уровне в соответствии с общими целями и стандартами организации, при этом избегая излишней бюрократии или вмешательства со стороны вышестоящего руководства (см. врезку «Преимущества распределенного управления» на с. 116). Наиболее успешные медицинские организации рассматривают всех своих сотрудников — и не в последнюю очередь врачей — как потенциальных лидеров в своей сфере деятельности.

Существующие препятствия

В последнее время наблюдается все больше подтверждений того, что участие врачей в процессе организации и совершенствования медицинского обслуживания приносит существенную пользу. Однако организации здравоохранения часто сталкиваются с рядом проблем, мешающих использованию этого подхода. Чтобы проанализировать факторы, препятствующие участию медицинских работников в управлении, мы провели интервью и семинары, в которых приняли участие около 100 экспертов по здравоохранению. По итогам анализа мы выявили три основные проблемы.



Во-первых, мы обнаружили, что у некоторых врачей есть устоявшееся скептическое мнение, будто ценность их работы в качестве руководителей будет гораздо меньше, чем очевидная и непосредственная польза от лечения пациентов. Участники опроса пояснили, что не считают выполнение управленческих функций значимым для оказания медицинской помощи пациентам или важным для успеха собственной профессиональной деятельности, поэтому роль руководителя кажется им несущественной с точки зрения самореализации или профессионального развития медицинского работника.

Более того, многие участники выразили обеспокоенность тем, что часто бывает сложно продемонстрировать эффект от участия врачей в процессе управления больницей. Для медицинских работников характерно скептическое отношение к изменениям в подходах к лечению, обусловленное основным принципом работы каждого врача — «не навреди». Придерживаясь принципов доказательной

Преимущества распределенного управления

Для многих управление работой лечебного учреждения ассоциируется исключительно с официальными руководящими должностями. Такие представления, безусловно, оправданы, однако результаты нашего исследования показывают, что в больницах существует по меньшей мере три различных типа руководителей (см. схему).

СХЕМА

Три типа лидеров

	Общее описание	Характеристики и возможности	Требования к наличию лидерских навыков и знаний
<p>Малочисленная категория</p> <p>Формальный лидер</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Медицинский руководитель, управляющий организацией в целом • Незначительный объем прямого взаимодействия с пациентами 	<ul style="list-style-type: none"> • Пользуется доверием коллег как врач и руководитель; способен донести до персонала концепцию развития организации 	<ul style="list-style-type: none"> • Стратегический анализ на уровне организации, управление персоналом, планирование преемственности • Задатки политика; навыки ведения переговоров
<p>Лидер направления</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Представитель своего подразделения, готовый защищать его интересы и чувствующий ответственность за его клинические и финансовые результаты • Средний объем прямого взаимодействия с пациентами 	<ul style="list-style-type: none"> • Пользуется доверием коллег, в первую очередь как врач; имеет широкие связи, может использовать ресурсы центров совершенствования • Постоянно находится в поиске инновационных решений, готов пойти на риск 	<ul style="list-style-type: none"> • Развитые навыки руководства в определенной сфере деятельности, например навыки разработки стратегии, развития персонала, планирования бюджета • Отличные знания фактического материала в области своей медицинской специализации
<p>Многочисленная категория</p> <p>Лидер на местах</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Талантливый врач, стремящийся оказывать пациентам медицинские услуги высочайшего качества и совершенствовать подход к работе • Большой объем прямого взаимодействия с пациентами 	<ul style="list-style-type: none"> • Любит свою работу, пользуется доверием коллег • Тесно взаимодействует с пациентами и хорошо знает медицинские реалии; способен выявлять возможности для улучшения 	<ul style="list-style-type: none"> • Понимание методов повышения качества и совершенствования систем управления, например способов составления схем процессов, мер повышения эффективности операционной деятельности • Инициативность, способность эффективно работать в команде

Источник: анализ McKinsey.

Наиболее очевидный тип — формальные лидеры, руководители медицинских учреждений, обладающие обширным опытом и часто занимающие официальные должности в составе исполнительного руководства. Такие люди способны предложить убедительную концепцию, обоснованную с медицинской точки зрения, и распространить ее в организации, а также обладают широким спектром развитых лидерских и административных навыков. Эти навыки могут быть связаны как с профессиональными знаниями (например, стратегический анализ и планирование), так и с организаторскими и коммуникативными способностями (например, навыки ведения переговоров, методы убеждения). Хороший пример формального лидера — медицинский директор, который управляет всеми направлениями работы организации, насчитывающей несколько подразделений,

и заслуживший доверие коллег, показав им, как с помощью преобразований можно повысить качество медицинского обслуживания.

Второй тип руководителей — это лидеры направлений, представители своих подразделений или коллективов, которые готовы защищать их интересы и при этом ориентируются в общей ситуации и знают потребности организации в целом. Лидеры направлений отлично знакомы с фактическим материалом в области своей медицинской специализации и постоянно ищут новые способы повысить качество лечения. Они также отвечают за общие результаты работы своего направления как с клинической, так и с финансовой точки зрения.

Лидеры на местах — талантливые медицинские работники, которые напрямую занимаются обслуживанием пациентов и при этом чувствуют свою ответственность за непрерывное совершенствование методов, используемых в организации для оказания помощи пациентам. Они берут на себя решение таких вопросов, как предотвращение потери записей после консультаций или обеспечение своевременных визитов пациентов. Для этого им требуются некоторые знания о методах совершенствования систем управления и повышения качества, а также базовые лидерские навыки, такие как понимание индивидуального стиля управления и знание принципов эффективной командной работы.

Из описания этих трех категорий (и формата приведенной ниже схемы) можно сделать ошибочный вывод, что в больницах существует иерархическая структура руководства. На самом деле для эффективной работы необходимы лидеры всех типов, и ни один из уровней не является более значимым по сравнению с другими. Кроме того, врачи, выступающие в роли лидеров, никогда не должны принижать значимость своей основной задачи — оказания медицинской помощи пациентам. Действительно, медицинские работники, находящиеся на разных уровнях условной иерархической структуры, легко могут оказаться коллегами с одинаковым размером заработной платы и профессиональным статусом, однако у них будут различные приоритеты и специализация в том, что касается управленческого аспекта их деятельности. Хотя на формальных лидеров и лидеров направлений возложена более серьезная общая ответственность, ключевую роль в реализации концепции развития играют гораздо более многочисленные лидеры на местах, которые используют свой повседневный опыт для непрерывного повышения качества оказываемых услуг.

медицины при выборе метода медицинского вмешательства, они также хорошо представляют себе, какими должны быть убедительные доказательства. По сравнению с биомедицинскими стандартами (и особенно стандартами рандомизированных контролируемых испытаний) методическая база исследований, посвященных вопросам управления, кажется им слабой, а результаты исследований —

неоднозначными. Это отношение формируется у медицинских работников еще на ранних этапах их карьеры (для врачей — обычно в медицинских вузах), а целенаправленная работа по ознакомлению врачей с другими точками зрения впоследствии не ведется.

Во-вторых, выяснилось, что стимулы для медицинских работников, в особенности врачей, желающих принять участие в управлении, были недостаточно эффективными или даже имели обратный эффект. Лидерский потенциал обычно не является критерием отбора будущих медицинских работников, и зачастую он не рассматривается как существенный фактор при продвижении по карьерной лестнице. Также не существует четкой общепринятой модели профессионального развития для врачей, стремящихся занять официальные управленческие должности, — в отличие от проторенных путей профессионального роста в области медицинской и научной деятельности. Уровень одобрения со стороны коллег также невысок: о том, кто ради руководящей должности отказался от части своих прямых обязанностей по лечению пациентов, часто говорят как о «перешедшем на темную сторону». Показательны различия между управленческой и исследовательской работой. Научная работа хорошо систематизирована, ее важность в карьере врача широко признается медицинским сообществом, и стимулы, побуждающие врача заниматься исследованиями, понятны: публикация научных статей необходима для получения перспективной работы или ученого звания, что, в свою очередь, способствует повышению престижа, уровня влияния и часто связано с материальным вознаграждением.

Отрицательные финансовые стимулы для врачей, желающих занять руководящие должности, можно рассмотреть на примере NHS. В этой организации у руководителей заработная плата меньше, чем у врачей, а выполнение административных функций может привести к частичной потере возможности получать доход от частной медицинской практики и даже подвергнуть риску финансирование научно-исследовательской работы. Поскольку методы, позволяющие оценить качество медицинской помощи, развиты еще недостаточно хорошо, пока нет возможности наградить людей, делающих вклад в совершенствование предоставляемых услуг.

В-третьих, мы обнаружили, что также недостаточно хорошо развиты условия для формирования управленческих навыков среди медицинского персонала. В организациях обычно не налажены эффективные процессы поиска, мотивации и развития врачей, обладающих наибольшим лидерским потенциалом. Программы по формированию лидерских навыков и навыков управления часто не включаются ни в основной курс обучения студентов и аспирантов медицинских вузов, ни в курс повышения квалификации врачей.

Существующие программы часто проводятся за пределами больниц, поэтому использование новых полученных навыков для решения повседневных проблем, с которыми сталкиваются участники таких программ и их медицинские учреждения, оказывается затруднено. В результате снижается полезность такого образования и затрудняется перенос полученных знаний в практическую сферу — а это особенно важно с учетом того, что после окончания подобных курсов участникам не предоставляется сопровождения на рабочем месте. Сказываются и предубеждения врачей: после многолетнего обучения медицинской профессии многие полагают, что для того, чтобы стать действующим компетентным руководителем, тоже потребуются месяцы и даже годы обучения.

Способы внедрения описанной модели управления

Хотя многие системы здравоохранения уделяют большое внимание участию врачей в управлении медицинскими учреждениями, традиционные методы работы и психологические установки настолько укрепились в медицинской среде, что многим организациям здравоохранения приходится прилагать серьезные усилия для развития лидеров из среды врачей. Однако проведение ряда несложных мероприятий позволит достичь существенных результатов в этой области.

Изменение убеждений

Возможно, основное препятствие на пути к более активному участию медицинских работников в развитии модели медицинского обслуживания — это традиционная убежденность врачей в недостаточно высокой ценности лидерства и управленческой деятельности. Один из способов решения этой проблемы — систематическая демонстрация убедительных примеров, подтверждающих ценность эффективного управления работой больниц, и донесение этой информации до врачей непосредственно теми людьми, которые принимали участие в соответствующих проектах или наблюдали за их реализацией. Демонстрируя «героизм» лидеров — как входящих в состав официального руководства, так и работающих на врачебных должностях, — организации смогут дать медицинским работникам больше примеров для подражания и убедить их в существовании перспектив. Такие примеры должны подчеркивать преимущества и для пациентов, и для медицинских коллективов, — например, повышение уровня самостоятельности или просто чувство гордости за достигнутые результаты. Например, в организации Partners HealthCare (Бостон) успехи в области управления отмечаются не только на ежегодных церемониях награждения, но и в повседневной деятельности: через электронную почту, корпоративные журналы, в неформальных беседах.

Организациям здравоохранения необходимо сформировать серьезную и надежную доказательную базу, чтобы продемонстрировать важность участия медицинских работников в управлении. Хотя эту работу сложно выполнить с соблюдением всех строгих стандартов, применяемых к клиническим испытаниям, медицинские организации должны отслеживать мероприятия, направленные на развитие лидеров среди врачей, и оценивать их влияние на качество и стоимость медицинской помощи. Важную роль в этом деле могут сыграть региональные системы здравоохранения и органы управления, так как у них есть возможность собрать и проанализировать данные большого количества организаций.

Создание благоприятных условий

Чтобы создать необходимую доказательную базу, организациям здравоохранения потребуются по меньшей мере основные показатели результативности, на основе которых можно будет выполнить сравнительный анализ. Достоверная и прозрачная информация об эффективности также подтолкнет врачей к более активному участию в принятии решений об оптимальных методах лечения пациентов и управления ресурсами. Многие организации обнаружили, что наличие информации об индивидуальных результатах работы врачей (как анонимных, так и открытых) способствует развитию конкуренции между ними, которая, в свою очередь, подталкивает их к участию в процессе оптимизации. В целом здравоохранение отстает от других отраслей с точки зрения наличия инфраструктуры и процессов, позволяющих собрать такую базовую информацию. Однако существуют и исключения: значительные инвестиции в системы, позволяющие своевременно получать надежные данные о результативности работы, обеспечили преобразования, описанные выше в примерах Управления по вопросам медицинской помощи ветеранам и Kaiser Permanente.



Органы власти и организации здравоохранения должны также пересмотреть систему стимулирования. Прежде всего необходимо избавиться от вопиющих случаев использования *отрицательных стимулов* для врачей, стремящихся стать лидерами направлений и системными руководителями. В частности, нужно исправить ситуацию, когда оплата труда медицинских работников, выполняющих такие функции, оказывается значительно ниже, чем если бы они все свое время посвящали клинической практике. Решать эти проблемы важно не только из финансовых соображений, но и потому, что такие стимулы формируют у медицинского персонала представление о ценности и престиже руководящих функций. В организациях, успешно применяющих современную модель управления, например

в Health Partners (Миннесота), медицинским сотрудникам, занимающим управленческие должности, обычно выплачивается небольшая надбавка, что повышает уровень их заработка по сравнению с их коллегами, занятыми исключительно работой с пациентами. Однако слишком большая надбавка привела бы к уменьшению привлекательности прямых обязанностей врача и повредила бы равноправным отношениям между лидерами и прочими медицинскими работниками.

По мере того как люди начнут осознавать связь между результатами работы медицинских учреждений и активным участием врачей в управлении, системы здравоохранения смогут создавать косвенные стимулы к такому участию, поощряя успешные организации и проводя соответствующую работу в менее эффективных учреждениях. Например, Управление по вопросам медицинской помощи ветеранам работает по принципу заслуженной автономности: успешно работающим региональным подразделениям и организациям предоставляется значительная свобода действий с минимальным контролем со стороны корпоративного центра, в то время как деятельность подразделений с низкими результатами подвергается тщательному анализу.

Поддержка практического обучения

В рамках любой программы, направленной на более активное участие врачей в управлении, должны быть предусмотрены инструменты, обеспечивающие профессиональное развитие. Это может показаться удивительным, но лучший первый шаг в этом направлении — не создание или организация учебного курса. Медицинские учреждения должны определить, чего они ждут от будущих лидеров: какие навыки и какое отношение они надеются сформировать, существуют ли различия в зависимости от областей специализации или выполняемых ролей, а также в каких областях потребность в развитии лидеров особенно велика. После этого можно приложить целенаправленные усилия и помочь медицинскому персоналу выявить и устранить любые отставания.

Например, Академия лидеров при Военной академии США в Вест-Пойнте занимается привлечением, обучением и развитием лидеров в соответствии с четко определенной моделью управления, применяемой в армии, и ее основным принципом «быть, знать, делать». С самого момента прибытия в Вест-Пойнт курсантам указывают на важность этой модели, а в процессе обучения они должны продемонстрировать примеры того, как эта модель помогает им постоянно развиваться. Некоторые организации здравоохранения, уделяющие значительное внимание вопросам развития, четко сформулировали свои ожидания: Heart of England NHS Foundation Trust (Бирмингем)

и New York Presbyterian Hospital (Нью-Йорк) провели большую работу для определения требований к руководителям разных уровней. Это позволило им разработать узконаправленные программы обучения и подготовить необходимое количество лидеров для удовлетворения своих организационных потребностей.

Как и в других программах обучения для взрослых, необходимо будет уделять внимание практическим вопросам, возникающим при управлении работой лечебных учреждений. Программы, в существенной мере ориентированные на реальную работу, обладают рядом очевидных преимуществ: эффективность благодаря обучению на практике, непосредственная обратная связь, интегрированный процесс теоретического обучения и практического использования полученных знаний, а также мотивация при достижении ощутимых результатов.

В секторе здравоохранения такие программы развития могут хорошо продемонстрировать преимущества, которые получают пациенты, если процессом совершенствования медицинских услуг будут управлять сами врачи. Так, в Великобритании реализована программа по развитию лидерских навыков среди сотрудников как медицинских, так и немедицинских специальностей, в которой приняли участие около десяти больниц. Эта программа была направлена на преобразование схем лечения пациентов, перенесших инсульт, и пациентов с переломами бедра. Программа, которая скорее задумывалась как проект по повышению качества медицинской помощи, а не как курс обучения или развития персонала, дала замечательные результаты: удалось существенно (в некоторых случаях — на 30%) снизить продолжительность пребывания пациентов в больнице, стоимость лечения и показатели смертности. Программа также стимулировала интерес к более широкому проведению подобных проектов по улучшению качества обслуживания, то есть положительный эффект сохранялся даже после формального завершения программы.

Наиболее эффективные проекты по модернизации моделей управления медицинскими учреждениями позволяют добиться еще более значительных результатов благодаря комплексным программам индивидуального развития, составленным с учетом изменяющихся потребностей врачей. В Kaiser Permanente набор специальных навыков, на развитие которых направлены обучающие программы для руководителей, соответствует тем потребностям, которые участники определили для себя сами. Например, руководитель больницы первичной медицинской помощи может обучаться планированию, организации работы межфункциональных групп и проведению групповых консультаций. Врачи, у которых какие-

либо навыки, например навыки эффективного межличностного взаимодействия, развиты особенно хорошо, делятся своим опытом, обучая коллег. Подготовка лидеров не ограничивается разовым прохождением курсов: чтобы обеспечить постоянное развитие, проводится серия образовательных программ, при этом формируются группы для совместного обучения и применения полученных знаний в реальной работе.

При проведении более формализованных программ подготовки руководителей организациям здравоохранения следует наладить процедуру отбора участников, чтобы подчеркнуть значимость этих программ и сделать карьеру в сфере управления более престижной. Например, Национальный институт образования в Сингапуре (NIE) рассматривает весь преподавательский состав, чтобы выявить наиболее перспективных кандидатов, которые в будущем смогут стать директорами образовательных учреждений. Карьера директора школы предполагает высокий уровень конкуренции, и для успешного продвижения по этому пути кандидат должен пройти ряд контрольных проверок и аттестаций. Выбранный подход демонстрирует, насколько важным с точки зрения NIE считается стремление учителей развиваться в качестве руководителей.

Пока лишь отдельные организации смогли внедрить инновационные модели и достичь высоких показателей качества благодаря участию врачей в управлении работой больниц. В этом направлении предстоит сделать еще очень многое, но эта работа чрезвычайно важна как для врачей, так и для их пациентов. Ответственность за здоровье пациентов и высокий профессионализм всегда будут определяющими характеристиками медицинского работника. Однако для достижения наивысшего качества медицинской помощи к этим традиционным характеристикам необходимо добавить стремление участвовать в построении высокоэффективных организаций. Все факты указывают на то, что пациенты от этого только выиграют. *В*

Авторы благодарят врачей и других работников различных систем здравоохранения, которые внесли свой вклад в проведение этого исследования. В работе также участвовали многие наши коллеги, в частности Пенни Дэш, Джон Дрю, Николаус Хенке, Крис Льюэлли, Бен Ричардсон.