

История развития системы менеджмента качества и ее применение в практике учреждений здравоохранения

А. В. Свищев, гл. специалист отдела организации и проведения клинических испытаний и исследований

М. А. Годков, д.м.н., зав. отделом лабораторной диагностики

Н. В. Боровкова, д.м.н., зав. научным отделением биотехнологий и трансфузиологии

А. С. Миронов, к.м.н., зав. отделением консервирования тканей и производства трансплантатов

И. Н. Пономарев, к.м.н., н.с. отделения биотехнологий и трансфузиологии

Ю. В. Андреев, к.м.н., с.н.с. отделения биотехнологий и трансфузиологии

ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения г. Москвы

History of development of quality management system and its application in practice of healthcare institutions

A. V. Svishchev, M. A. Godkov, N. V. Borovkova, A. S. Mironov, I. N. Ponomaryov, Yu. V. Andreev

Research Institute of Emergency Care n.a. N. V. Sklifosovsky, Moscow, Russia

Резюме

В обзоре рассмотрен эволюционный процесс развития мировой экономики, которая предполагает необходимость и неизбежность внедрения системы менеджмента качества во все сферы производства и услуг, в частности здравоохранение, для повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи и увеличения удовлетворенности пациентов в качестве и объеме полученных услуг.

Ключевые слова: СМК, система менеджмента качества, учреждения здравоохранения, риск-ориентированность менеджмента.

Summary

The review considers the evolutionary process of development of the world economy, which implies the need and inevitability of the implementation of quality management system in all areas of production and services, in particular health care to improve the efficiency and quality of care and increase patient satisfaction in the quality and volume of services received.

Key words: QMS, quality management system, healthcare institutions, risk-oriented management.

Обзор посвящен истории развития системы менеджмента качества и важности ее применения в практике учреждений здравоохранения.

История развития системы менеджмента качества

Система менеджмента качества (СМК) является составной частью системы управления предприятия, это совокупность организационной структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для общего руководства качеством. СМК предназначена для постоянного совершенствования деятельности организации, повышения ее конкурентоспособности и определяет эффективность управленческих решений, связанных с планомерным развитием организации.

В начале индустриальной революции отсутствовали единые стандарты производства. Каждое изделие

мастеров было индивидуально, при поломке невозможно было использовать запчасти от другого, так как не соблюдались размеры изделий и иные требования к ним. Дальнейший процесс индустриализации, связанный с началом массового производства, характеризуется делением технологических процессов на элементарные операции (конвейерная сборка) и требованием идентичности выпускаемой продукции на отдельных этапах.

Развитие производства и сферы услуг в процессе индустриальной революции потребовало для поддержания устойчивого спроса на товары и услуги регламентировать их постоянное качество, что в свою очередь вызвало возникновение отделов контроля и стандартизации в рамках предприятия. Следующим шагом было создание системы стандартов области управления качеством в рам-

ках государств, часто несовместимых с национальными системами других государств [2].

В СССР с момента его образования уделялось большое внимание развитию системы качества и стандартизации. Например, Советом народных комиссаров в 1918 году был принят декрет «О введении Международной метрической системы мер и весов» [21], а в 1925 году образован Комитет по стандартизации при Совете труда и обороны (Госстандарт). Также совместным постановлением ЦК и Совета народных комиссаров от 23 ноября 1929 года «Об уголовной ответственности за выпуск недоброкачественной продукции и несоблюдения стандартов» [20] предусматривалась ответственность за нарушение стандартов качества.

В 30-х годах в СССР было принято более 9 тысяч различных отраслевых стандартов. 1940 год ознамено-

вался введением понятия «государственный общесоюзный стандарт» (ГОСТ), разработка и утверждение ГОСТ были переданы Всесоюзному комитету по стандартизации при СНК СССР (ВКС) с одновременным принятием указа Президиума Верховного Совета СССР «Об ответственности за выпуск недоброкачественной или некомплектной продукции и несоблюдение обязательных стандартов предприятиями» п. 2: «За выпуск недоброкачественной или некомплектной продукции и за выпуск продукции с нарушением обязательных стандартов — директоров, главных инженеров и начальников отделов технического контроля промышленных предприятий предавать суду и по приговору суда подвергать тюремному заключению сроком от 5 до 8 лет». [22] После окончания Великой Отечественной войны, несмотря на все тяготы послевоенной действительности, в 1946 году СССР принял участие в Международной организации по стандартизации (ISO).

В борьбе за повышение качества в 1960–1980-х годах были внедрены нормативы в области стандартизации, аттестация промышленной продукции, с 20 апреля 1967 года Государственный знак качества, получаемый предприятиями по результатам госаттестации, а в 1968 правительство ввело комплекс стандартов ГОСТ «Государственная система стандартизации». К 1975 году в СССР было введено около 20 тысяч стандартов, охватывающих различные разновидности промышленной и сельскохозяйственной продукции [1].

В попытке создать общегосударственную комплексную систему управления качеством Госстандарт при поддержке правительства в 1978 году принял «Единую систему государственного управления качеством продукции» (ЕСГУКП). К сожалению, мероприятия ЕСГУКП не использовали системный подход, касались в основном промышленных предприятий, вводились на одной стадии жизненного цикла изделия — стадии производства.

Попыткой дальнейшего развития ЕСГУКП и исправления ее недостатков являлась разработка сразу

нескольких видов комплексных систем управления: БИП (бездефектное изготовление продукции и сдача ее с первого предъявления), КАНАР-СПИ (качество, надежность, ресурс с первых изделий), НОРМ (научная организация труда по увеличению моторесурса), СБТ (система бездефектного труда), КС УКП (комплексная система управления качеством продукции), КС УКР (комплексная система управления качеством работ), КС УКР и ЭП (комплексная система управления качеством работ и эффективностью производства). Они не имели большого распространения, но представляли собой значительный шаг вперед.

«Советский этап истории развития управления качеством был логичен в попытке построить четкую вертикаль по отслеживанию качества продукции, вплоть до введения уголовной ответственности к нарушителям законодательства о качестве и стандартизации. При переходе к рыночным условиям исчезли директивные методы управления, появилась конкуренция товаропроизводителей, которые напрямую ощутили требования мирового сообщества к качеству» [19]. В то же время отечественная практика в области СМК оказывала большое взаимное влияние с системой управления качеством европейских государств [2].

В странах Запада развитие шло несколько отлично от СССР благодаря разнообразию форм собственности и структуры организаций. Учеными уделяется большое внимание общей структуре менеджмента и непосредственно звену корпоративного управления. Благодаря трудам Ф. Тейлора, А. Файоля, Г. Эмерсона, Г. Форда, А. Фейгенбаума создается и развивается теория научного менеджмента. Так в 50–60-е годы прошлого века Арманд В. Фейгенбаум формулирует вывод, что обеспечение качества — всеобъемлющий и системный процесс в рамках всего предприятия и вводит понятие «всеобщий контроль качества» (total quality control, TQC) [1].

Потребность в общемировой системе стандартизации привела к тому, что в 1987 году Международная орга-

низация стандартизации (International Standards Organization, ISO), находящаяся в Женеве (Швейцария), приняла серию моделей СМК для обеспечения стандартизации общего пакета требований СМК, известных как ISO 9000 [3, 22]. Принятые с течением времени к исполнению всеми государствами мира, они помогли избавиться от ограничений различных национальных документов СМК. Вот их перечень:

- ISO 9000 — системы менеджмента качества. Руководство по выбору и применению;
- ISO 9001 — системы менеджмента качества. Модель обеспечения качества при проектировании и разработке, производстве, контроле и обслуживании продукции;
- ISO 9002 — системы менеджмента качества. Модель обеспечения качества при производстве и контроле продукции;
- ISO 9003 — системы менеджмента качества. Модель обеспечения качества при заключительном контроле и испытаниях;
- ISO 9004 — руководство по управлению качеством и элементы системы менеджмента качества.

СМК является гибкой и постоянно развивающейся системой, в развитии которой прослеживается стремление добиться максимальной эффективности процессов управления и полного удовлетворения запросов потребителей. С 1987 года одна за другой были приняты пять редакций стандартов серии ISO 9000, учитывающих изменения международного права и бизнеса. С этого момента СМК, как инструмент, имеющий универсальный стандартизированный характер, активно внедряется во все сферы производства и предоставления услуг, в том числе и в здравоохранение.

Основными причинами внедрения СМК в учреждения здравоохранения являются:

- заинтересованность потребителей и других организаций в улучшении качества медицинской помощи (зависимые учреждения здравоохранения, страховые медицинские организации, общественные фонды и т.д.);

- стремление сотрудников учреждения здравоохранения совершенствовать процессы оказания медицинской помощи с целью повышения ее качества, эффективности и повышения удовлетворенности пациентов;
- желание вышестоящих структур иметь в наличии гибкие инструменты контроля и управления учреждениями здравоохранения.

В 2015 году была принята последняя, актуальная по настоящее время, редакция ISO 9001 (в России ГОСТ Р ИСО 9001–2015), в которой особое внимание было уделено:

- применению модели управления рисками;
- выявлению контрольных точек в процессах, способных ухудшить качество продукции и услуг;
- уменьшению количества документации для функционирования СМК;
- повышению значимости лидерства руководства и всего коллектива в функционировании СМК.

ГОСТ вводит понятие «среды организации», где организация рассматривается как совокупность процессов, направленных на удовлетворение запросов потребителей, и ставит их основной целью функционирования.

СМК и учреждения здравоохранения

Учреждения здравоохранения, с точки зрения менеджмента, являются многоуровневыми процессными структурами со сложными механизмами взаимодействия, взаимоотношений сотрудников как друг с другом, так и с пациентами, когда ценой ошибки сотрудника может являться человеческая жизнь. Главным предназначением учреждений здравоохранения является сохранность здоровья населения.

Условно можно разграничить структуру учреждений здравоохранения на два сегмента: профилактику заболеваний и лечение пациента, а также сумму вспомогательных процессов, направленных на обеспечение лечения, — клиничко-лабораторная диагностика, высокотехнологические методы обследования, материальные,



Рисунок 1. Схема функционирования риск-ориентированного менеджмента.

финансовые, кадровые ресурсы и так далее. Учитывая исключительную важность роли человеческого фактора и социальную значимость их деятельности, учреждения здравоохранения в обязательном порядке нуждаются в структурировании взаимоотношений сотрудников, делении зон ответственности каждого и введении контрольных точек исполнения [7].

«Вопросы качества оказания медицинской помощи в Российской Федерации в настоящее время актуальны как никогда, так как в условиях нынешней экономической ситуации они являются не только резервом для оптимизации финансовой системы страны, но и триггером ее дальнейшего развития. Экспертами ВОЗ уже давно установлено, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведут к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта, чего невозможно достичь без эффективной системы оказания качественной медицинской помощи. Во всем мире важная роль отводится повышению уровня ответственности организаций, оказывающих медицинскую помощь, при одновременном снижении бремени административной нагрузки со стороны государства, что позволяет сконцентрироваться на вопросах качества предоставляемых медицинских услуг» [12].

Основные цели внедрения СМК в учреждениях здравоохранения:

- повышение эффективности и качества оказания медицинской помощи населению;
- повышение удовлетворенности пациентов и иных потребителей от качества и объема получаемых профилактики заболеваний и их лечения, а также их уверенности в возможности оказания квалифицированной медицинской помощи учреждением здравоохранения;
- повышение удовлетворенности работников медицинского учреждения от качественного и эффективного труда.

Заявленные цели требуют предотвращения поставок некачественных продукции и услуг, что определяет риск-ориентированность СМК учреждений здравоохранения для выявления точек риска, мониторинга процессов, анализа рисков и принятия решений и действий, направленных на их предотвращение или снижение негативных последствий.

Согласно ГОСТ Р ИСО 9001–2015 приоритетным становится риск-ориентированность менеджмента, что особенно важно в учреждениях здравоохранения, где ошибка может стоить человеческой жизни (рис. 1). Управление рисками позволяет сни-

зитель вероятность возникновения недоброкачественных услуг и минимизировать возможные потери от них путем контроля процессов, выявления возможных точек повышенной опасности и выполнения ответных действий, предотвращающих подобные ситуации.

Регламентирующими документами являются ГОСТ Р ИСО 9001–2015 «Системы менеджмента качества. Требования», ГОСТ Р ИСО 15189–2015 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности», ГОСТ Р 56395–2015 «Лаборатории медицинские. Снижение ошибок посредством менеджмента риска и постоянного улучшения», приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении Положения о ведомственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения», приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 646н «Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения».

Система менеджмента качества основана на восьми основных принципах, к которым относятся:

1. ориентированность на потребителя;
2. лидерство руководителя;
3. участие всего коллектива учреждения в работе СМК;
4. процессный подход;
5. системный подход;
6. постоянное и непрерывное улучшение;
7. принятие решений, основанное на документированных фактах;
8. работа с поставщиками.

1. Ориентированность на потребителя

В лечебно-диагностическом учреждении при построении системы СМК можно условно выделить две группы потребителей: основную — потребителей предоставляемых медицинских услуг (пациентов) и промежуточную — сотрудников

учреждения. Любой сотрудник является потребителем информации (например, результатов различных диагностических исследований), услуг бухгалтерии, средств связи, отдела материально-технического снабжения и других, а также одновременно одним из основных факторов обеспечения обслуживания пациентов.

При отсутствии учета запросов и потребностей сотрудников в учреждениях здравоохранения обязательно и неизбежно снижается уровень качества всего лечебно-диагностического процесса. Аналогично выглядит ситуация и при игнорировании запросов пациентов. Качество и объем полученных услуг обеих групп потребителей определяют итоговую эффективность учреждения.

2. Лидерство руководителя

В медицине наличие двух групп потребителей требует выделить две разновидности контактов: взаимодействие с коллективом и взаимодействие с пациентами. Взаимодействие руководителя с коллективом определяется умением принимать взвешенные решения, работой на результат, способностью ориентироваться только на документированные факты, формированием внутренней рабочей среды организации и контроль происходящего. Без обратной связи с коллективом невозможно отследить эффективность мер для оптимизации процессов управления [11].

Контакты руководителя с пациентами являются контрольными и позволяют оценить степень удовлетворенности от проведенного обследования и лечения, от обслуживания персоналом учреждения, а также предотвратить негативные последствия от ошибочных действий персонала и диагностики. Пациент и его удовлетворенность проведенными процедурами, обследованием и лечением — главный показатель деятельности учреждения здравоохранения. На практике применяются различные формы взаимодействия, например в виде подробного анкетирования пациентов [6] либо социологического опроса пациентов и сотрудников учреждения [10].

3. Участие всего коллектива учреждения в работе СМК

Участие всего коллектива необходимо для гармоничного функционирования СМК и достигается несколькими путями: а) разработкой обязательных для исполнения стандартных операционных процедур (СОП), описывающих происходящие процессы, взаимодействие сотрудников при их выполнении, точки риска и способы предотвращения возникновения несоответствующей продукции; б) соблюдением отслеживания происходящих процессов, в том числе и с помощью инструментальных методов контроля, и обязательным последующим документированием; в) поощрением сотрудников за предложения, направленные на повышение качества услуги оптимизацию процессов их оказания; г) организацией системы повышения квалификации, проведением семинаров и лекций для коллектива учреждения для ознакомления с инновациями как в области компетентности отдельного сотрудника, так и соседних.

4. Процессный подход

Схема функционирования СМК и принцип процессного подхода графически представлены на рис. 2.

Деятельность любой организации с позиции анализа и управления представляет собой сумму процессов, связывающих как отдельные ее структурные единицы, так и каждого сотрудника. Для построения СМК и управления процессами учреждения здравоохранения в режиме реального времени предпринимается следующее:

- выделяются и детально описываются процессы, определяющие функционирование медицинского учреждения;
- определяются их последовательность и взаимозависимость;
- выделяются и описываются критерии результативности и методы их оценки, обеспечивающие эффективность и результат этих процессов;
- определяются потребные материальные и информационные ресурсы для функционирования и контроля этих процессов;



Рисунок 2. Общие положения и принцип процессного подхода.

- осуществляется мониторинг хода процессов, желательно с помощью инструментальных методов контроля, с последующим документированием и анализом для подтверждения нахождения процессов в управляемых условиях;
- после проведения анализа принимаются решения для повышения результативности текущих процессов, в том числе с возможным изменением показателей целей в области качества как конкретного подразделения, так и всей организации в целом.

5. Системный подход

В ИСО 9001 СМК организации представляют в виде единой системы отдельных динамических процессов, взаимодействующих между собой. Системный подход рассматривается как выявление, понимание и управление процессами жизнедеятельности организации для повышения их прозрачности и управляемости. В качестве примера можно представить собранный из качественных запчастей автомобиль, в котором

без наличия связующей электрики и отработки процессов невозможна его работа.

Для учреждений здравоохранения это означает следующее:

- наличие системы оценки эффективности деятельности учреждения, учитывающей финансовые показатели, удовлетворенность пациентов, эффективность внутренних процессов и удовлетворенность сотрудников учреждения;
- внедрение и оперативное планирование с доведением планов до каждого сотрудника и возможность их корректировки в режиме онлайн;
- необходимость управления и командного взаимодействия с координацией процессов жизненного цикла учреждения, например без диагностики и соответствующего лекарственного обеспечения процесс лечения превращается в профанацию;
- подчиненность задач качества миссии (предназначению, основной цели) и стратегическим целям учреждения (профилактике и лечению заболеваний).

6. Постоянное и непрерывное улучшение

Системный и процессный подход показывает, что для увеличения эффективности учреждения здравоохранения требуется постоянное и непрерывное улучшение СМК. Для этого требуется участие всех сотрудников учреждения, их самооценка и ответственность за результат, мониторинг процессов, аудит и анализ со стороны руководства, постоянный активный контакт с пациентами, оценка их мнений. Сотрудники учреждения постоянно повышают профессиональный уровень.

7. Принятие решений, основанных на документированных фактах

В связи с тем, что основным потребителем услуг учреждения здравоохранения являются пациенты, принятие управленческих решений по функционированию СМК должно опираться на анализе документированных фактов и инструментальных методов исследования. Субъективные погрешности, связанные с человеческим фактором, должны быть сведены до минимума.

8. Работа с поставщиками товаров и услуг

Работа с поставщиками проводится следующими этапами:

- анализ рынка для определения соотношения цены и качества, а также сбора отзывов о поставщиках;
- работа с поставщиком для определения дополнительных условий поставок услуг и товаров: доставка, послепродажное обслуживание техники, гарантийный ремонт, цикличность поставок и другое;
- при получении товара и услуг постоянно отслеживаются возможные нарушения режима поставок, качества поставляемого и соблюдение других договорных обязательств, остатки расходных медицинских изделий и медикаментов на складе.

Внедрение СМК в практику клинико-диагностических лабораторий дает возможность снижения себестоимости исследований без отрицательного влияния на качество лечебного процесса, повысить скорость выполнения лабораторных услуг и процессов, добиться максимального соответствия результатов лабораторных услуг требованиям пациентов и врачей [15, 16]. Риск-ориентированность позволяет предотвращать получение недостоверных результатов исследований, избегать неверных трактовок результатов. Успешный пример внедрения СМК в практику лабораторной диагностики ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского» ДЗМ коллективом под руководством доктора медицинских наук М. А. Годкова: «Внедрение в ОЛД СМК лабораторных исследований позволило обеспечить достоверной информацией врачей клинических подразделений, повысить доверие клиницистов к полученным результатам, обеспечить эффективность лабораторной диагностики — снизить стоимость исследований без отрицательного влияния на качество лечебного процесса [16, 17]».

В области фармации приказами Минздрава России № 646н и 647н регулируется практика обращения лекарственных препаратов (ЛП) на всех

стадиях хранения и транспортировки как в розничных, так и оптовых аптечных организациях любой формы собственности. Уделяется большое внимание минимизации риска проникновения фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных лекарственных препаратов в обращение. Розничным и оптовым аптечным организациям вменяется разработать, утвердить и использовать в повседневной практике СМК как комплекс мер, направленных на минимизацию риска контаминации материалов или лекарственных препаратов при условии соблюдения защиты от воздействия факторов внешней среды. Это предусматривает, например, система «Холодовой цепи» для хранения термолабильных лекарственных препаратов [18], включающая в себя:

- 1) специально обученный персонал, обеспечивающий эксплуатацию холодильного оборудования, правильное хранение и транспортировку вакцин;
- 2) холодильное оборудование, предназначенное для хранения и транспортировки вакцин в оптимальных температурных условиях;
- 3) механизм контроля над соблюдением требуемых температурных условий на всех этапах хранения и транспортировки ЛП.

Требования по соблюдению температурного режима хранения ЛП должны неукоснительно выполняться всеми участниками логистической цепи поставок:

- предприятием-производителем;
- транспортной компанией;
- дистрибьютором;
- аптеками;
- медицинскими организациями.

Использование СМК в аптечной организации позволяет выявить фальсифицированные или недоброкачественные ЛП и предотвратить реализацию их покупателю, выбрать добросовестных поставщиков, избежать ухудшение свойств ЛП при хранении.

Внедрение СМК в практику учреждений здравоохранения категорически поддерживается Федераль-

ной службы по надзору в области здравоохранения (Росздравнадзор) в лице ее руководителя М. А. Мурашко [12, 14]. Разработаны методические рекомендации по оценке внутреннего контроля качества и медицинской деятельности в поликлинике [13] под эгидой Росздравнадзора.

В настоящее время уже накопились данные внедрения системы менеджмента качества в учреждениях здравоохранения различного формата [4, 5, 6], свидетельствующие о ее эффективности и результативности деятельности.

Использование даже отдельных элементов СМК в практике здравоохранения позволяет:

- повысить эффективности и качество оказания медицинской помощи населению;
- увеличить качество и производительность труда персонала учреждения;
- снизить себестоимость проводимого обследования за счет повышения производительности труда;
- добиться удовлетворения потребностей пациентов и иных потребителей в качестве и объеме получаемых профилактики и лечения заболеваний, их уверенности в возможности получения квалифицированной медицинской помощи учреждением здравоохранения.

Заключение

Использование СМК в практике здравоохранения позволяет:

- повысить эффективности и качество оказания медицинской помощи населению;
- увеличить качество и производительность труда персонала учреждения;
- снизить себестоимость проводимого обследования за счет повышения производительности труда;
- добиться удовлетворения потребностей пациентов и иных потребителей в качестве и объеме получаемых профилактики и лечения заболеваний, их уверенности в возможности получения квалифицированной медицинской помощи учреждением здравоохранения.

Список литературы

1. Фейгенбаум А. Контроль качества продукции. Л.—М.: Экономика.— 1986.
2. Ермакова Д. М., Часовских В. П., Воронов М. П. Менеджмент качества: История возникновения и развития. // Научное обозрение. Экономические науки.— 2016.— № 4.— С. 19–26.
3. Полховская Т. В. Стандартизация систем менеджмента: прошлое, настоящее, будущее. // Менеджмент качества.— 2008.— № 1.— С. 29–33.
4. Тайц Б. М. Система управления качеством крупного стационара экстренной помощи как подсистема общегородской системы управления качеством. // Менеджер здравоохранения.— 2008.— № 2.— С. 21–31.
5. Спиридонов А. В., Сабиров Л. Ф., Фролова Э. Б., Амиров Н. Б. Принципы организации и основные показатели деятельности гастроэнтерологической службы многопрофильного стационара: методические рекомендации. // ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Клинический госпиталь ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан».— Казань. Изд-во КГМА, 2014.
6. Сабиров Л. Ф., Спиридонов А. В. Анализ функционирования системы менеджмента качества многопрофильного стационара за пятилетний период // Вестник современной клинической медицины.— 2015.— Том 8, № 6.— С. 152–156.
7. Татарников М. А. Социально-психологические методы управления качеством в здравоохранении. // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи.— 2016.— № 1.— С. 3–18.
8. Татарников М. А. Разработка и внедрение систем менеджмента качества в медицинских организациях. // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи.— 2017.— № 1.— С. 3–11.
9. Татарников М. А. Управление качеством медицинской помощи. / М. А. Татарников. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
10. Евстигнеев С. В., Васильев В. В. Оценка качества медицинской помощи в стационаре по критерию удовлетворенности пациентов и врачей. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация.— 2016. № 19 (240), вып. 35.— С. 72–79.
11. Артамонова Г. В., Крючков Д. В., Данильченко Я. В., Корась Д. В. Оценка удовлетворенности персонала научно-медицинской организации взаимоотношениями с руководителем. // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.— 2017.— № 2.— С. 56–74.
12. Мурашко М. А. Качество медицинской помощи: пара меняться. // Вестник Росздравнадзора.— 2017.— № 1.— С. 10–21.
13. Иванов И. В., Шарикадзе Д. Т., Боброва С. В. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике). // Вестник Росздравнадзора.— 2017.— № 4.— С. 79–82.
14. Мурашко М. А. Современные подходы к обеспечению качества медицинской помощи. // Вестник Росздравнадзора.— 2015.— № 6.— С. 7–11.
15. Эмануэль А. В., Иванов Г. А., Черничук О. В., Эмануэль В. Л., Эмануэль Ю. В., Светалина Е. Д. Менеджмент рисков как основа системы менеджмента качества медицинской лаборатории. // Ремедиум Приволжье.— 2016.— № 4.— С. 27–31.
16. Годков М. А., Зенина Л. П. Единая национальная идеология обеспечения качества лабораторных исследований как основа создания системы менеджмента качества России. // Клиническая лабораторная диагностика.— 2012.— № 12.— С. 47–49.
17. Зенина Л. П., Годков М. А. Опыт внедрения системы менеджмента качества в отделе лабораторной диагностики ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения Москвы (лекция). // Клиническая лабораторная диагностика.— 2013.— № 8.— С. 29–36.
18. Воронов А. В., Кухаренко А. В., Балдин С. Ю., Андреева И. Н., Казанцева М. М. Выработка требований к логистике термостабильных лекарственных препаратов на 4 уровне «холодовой цепи». // Фундаментальные исследования.— 2015.— № 2-1.— С. 63–67.
19. Юсупов М. Р. История становления системы менеджмента качества в России. // Вестник Южно-Уральского государственного университета.— 2014.— Том 2, № 1.— С. 16–22.
20. Собрание законов СССР.— 1930.— № 2.— С. 9.
21. Известия ВЦИК.— 1918.— 14 сентября.— № 199.
22. Ведомости ВС СССР.— 1940.— № 23.

Для цитирования. Свищев А. В., Годков М. А., Боровкова Н. В., Миронов А. С., Пономарев И. Н., Андреев Ю. В. История развития системы менеджмента качества и ее применение в практике учреждений здравоохранения // Медицинский алфавит. Серия «Обозрение».— 2019.— Т. 4.— 35 (410).— С. 9–15.

Российские и зарубежные эксперты обсудили диагностику и лечение гиперурикемии у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском

В Москве в рамках XIV Национального конгресса терапевтов состоялся симпозиум «Гиперурикемия — эволюция значимости в популяции больных с сердечно-сосудистым риском». На симпозиуме выступили ведущие российские и зарубежные специалисты по артериальной гипертензии, которые представили актуальный взгляд на диагностику и лечение пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском.

На сегодняшний день, по данным ВОЗ, артериальная гипертензия является одной из наиболее частых причин преждевременной смертности в мире. Установлено, что в ряде случаев на развитие болезни влияет повышенный уровень мочевой кислоты, а гиперурикемия как фактор риска внесена в Европейские (2018 года) и Российские (2019 года) рекомендации по Артериальной гипертензии. Более того, увеличение целевого уровня Мочевой Кислоты (МК) повышает риск развития других микрососудистых и макрососудистых заболеваний: метаболического синдрома, ИБС, диабета, нарушения мозгового кровообращения, хронической болезни почек.

Кишиштоф Наркевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гипертонии и диабетологии, Медицинский университет Гданьска, Польша, экс-президент Европейского общества по АГ, представил важнейшие результаты исследований и Европейских рекомендаций, которые показывают связь между повышенным уровнем мочевой кислоты и сердечно-сосудистыми исходами. Кроме того, профессор Наркевич осветил Европейский

Консенсус по диагностике и лечению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском.

Также в симпозиуме приняла участие **Юлия Валерьевна Жернакова**, доктор медицинских наук, ученый секретарь Института клинической кардиологии имени А. Л. Мясникова, профессор кафедры кардиологии факультета последипломного образования РНИМУ имени Н. И. Пирогова. «Российский Консенсус по диагностике и лечению пациентов с гиперурикемией и высоким риском ССЗ во многом совпадает с европейским. Кардиологи рекомендуют измерять уровень МК всем пациентам с АГ, даже впервые выявленной. Подробные результаты исследования и алгоритм лечения будут опубликованы в декабре 2019 года в журнале «Системные гипертензии». Мы надеемся, что это станет важным этапом в истории антигиперурикемической терапии», — отметила В. Ю. Жернакова.

Для поддержания целевого уровня мочевой кислоты рекомендуется применять препараты, угнетающие продукцию мочевой кислоты (ингибиторы ксантиноксидазы).