

МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕТОДЫ ЕЕ ОЦЕНКИ

Шарашкина Татьяна Петровна,

канд. экон. наук, доцент кафедры управления качеством

e-mail: kafedra507@yandex.ru

Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, г. Саранск

В статье говорится о необходимости эффективной организации медицинской помощи населению, что является основной целью системы здравоохранения. В связи с этим рассматривается правовое обеспечение системы управления качеством медицинской помощи, а также система стандартов медицинской помощи, которая включает в себя различные виды стандартов.

Ключевые слова: качество медицинской помощи; система управления качеством медицинской помощи; реформа здравоохранения; система стандартов медицинской помощи; стандартизация медицинской помощи; методы оценки медицинской помощи.

В течение многих лет на здравоохранение на федеральном и территориальном уровнях возлагались многие не свойственные этой службе функции по решению задач социального плана, охраны здоровья населения в широком его понимании, начиная от состояния окружающей среды и заканчивая образом жизни пациентов. Реальной же целью системы здравоохранения была и остается организация медицинской помощи населению. Развиваясь в этом направлении, наше здравоохранение накопило значительный потенциал, представленный широкой сетью медицинских учреждений и аптек, огромной армией медицинских и административных работников. Количественные накопления оказались настолько огромными, что стали тормозом в реализации прямых задач системы, которая стала существовать и обслуживать себя, а содержание накопленного потенциала стало самоцелью. К сожалению, пациент в этой системе потерялся, а задача повышения качества и доступности медицинской помощи отошла на второй план, уступив место стратегии сохранения коечного фонда даже тогда, когда он пустует, стратегии сохранения персонала даже тогда, когда он не загружен работой, приобретению дорогостоящего оборудования, которое заранее обречено на простои и т. п.

Законодательной основой для отстаивания интересов прав пациентов являются нормы Законов Российской Федерации “О медицинском страховании граждан РФ” и “О защите прав потребителей” [1, с. 37-38; 2, с. 23; 7, с. 25-27; 17, с. 47-48]. В первом из них застрахованный гражданин рассматривается как равноправный субъект медицинского страхования вместе с другими субъекта-

ми: медицинскими учреждениями, страхователями и страховщиками. Во втором застрахованный гражданин рассматривается как потребитель медицинских услуг, и на него распространяются нормы Закона как на потребителя одного из многих видов услуг, поскольку медицинская услуга рассматривается как своеобразный товар, который должен иметь некие характеристики, а именно: стоимость и качество.

Проводимая в настоящее время реформа здравоохранения в России должна иметь своими исходными предпосылками: более эффективное использование имеющихся ресурсов, восстановление профилактической направленности всех без исключения программ охраны здоровья населения, структурную перестройку стационарной и первичной медико-санитарной помощи, выравнивание возможностей в получении квалифицированной помощи жителями различных регионов, создание системы конкурирующих служб врачебной практики, действующих по законам рынка, а самое главное, формирование материальной и моральной заинтересованности врачей и медицинского персонала в эффективной работе и высоком качестве обслуживания [16, с. 223-227].

В настоящее время в здравоохранении накоплен достаточный опыт работы в системе стандартов медицинской помощи [3, с. 48; 12, с. 62-64; 19, с. 231; 24, с. 15; 25, с. 56-57]. Среди стран, наиболее активно работающих над созданием стандартов различного типа, следует назвать в первую очередь США, а затем развитые страны Европы. В Азии в вопросах технической стандартизации лидирует Япония.

В результате активной деятельности по стандартизации медицинской помощи как у нас в стране, так и за рубежом за последние десятилетия разработаны и внедрены сотни и тысячи различных стандартов. В силу того, что стандартизация в здравоохранении важна с точки зрения обеспечения анализа качества медицинской помощи, а число стандартов велико, следует общую характеристику стандартов дать в виде классификатора.

По обязательности выполнения требований следует различать:

- рекомендательные стандарты (стандарты в виде методических рекомендаций, инструктивных писем и т. п., выполнение которых не требует жесткого следования одной раз и навсегда утвержденной методике, в их исполнении возможны варианты);
- законодательные стандарты (стандарты в виде законов, постановлений, приказов и т. п.), обязательность выполнения которых приравнивается к силе закона).

По уровню и общей иерархии системы применения различают:

- локальные стандарты, применяемые в одном или нескольких ЛПУ, или в пределах управления здравоохранения города, района;
- региональные стандарты, применение которых ограничено регионом;
- национальные стандарты, применяемые на уровне государства;
- международные стандарты, применяемые на международном уровне.

По видам различают следующие стандарты [13, с. 90]:

- стандарты на ресурсы здравоохранения (стандарты, в которых содержатся требования к основным фондам ЛПУ, кадрам, финансам, к используемым медикаментам, оборудованию и пр.). Стандарты на ресурсы здравоохранения разработаны достаточно глубоко и часто имеют силу закона, многие из них имеют национальный и даже международный уровень.
- стандарты организации медицинских служб и учреждений (стандарты, в которых содержатся требования к системам организации эффективного использования ресурсов здравоохранения). Они касаются систем управления, организации лечебного процесса, информационного обеспечения, систем контроля качества и безопасности медицинской помощи.
- технологические стандарты (стандарты, регламентирующие процесс оказания медицинской помощи). Они могут носить рекомендательный и законодательный характер и использоваться как локальный, территориальный и национальный стандарт.
- стандарты программ медицинской помощи (эти стандарты регламентируют проведение комплекса мер, осуществляемых для отдельных групп населения, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии, условиям труда и пр.). Как правило, эти программы являются законодательным стандартом.
- медико-экономические стандарты (эти стандарты сочетают в себе стандарт диагностики лечения в сочетании со стоимостью медицинских услуг). Они чаще могут носить рекомендательный характер и используются как локальные.
- комплексные стандарты (набор структурно-организационных, технологических стандартов и стандартов организационных программ, регламентирующих деятельность определенной медицинской специальности или службы).

В России в последние годы применяются на практике три основных метода оценки качества и эффективности медицинской помощи [22, с. 179-180; 23, с. 26-28]. Рассмотрим последовательно каждый из них.

Коллектив ВНИИ им. Семашко несколько лет назад предложил систему, основанную на единых для всех типов ЛПУ принципах в виде специального показателя качества и эффективности интегрального коэффициента эффективности ($K_{и}$), представляющего собой произведение коэффициентов медицинской эффективности ($K_{м}$), социальной эффективности ($K_{с}$) и коэффициента соотношения затрат ($K_{з}$):

$$K_{и} = K_{м} K_{с} K_{з},$$

где: $K_{м}$ = (число случаев достигнутых медицинских результатов)/(общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи);

$K_{с}$ = (число случаев удовлетворенности потребителя)/(общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи);

$Kз = (\text{нормативные затраты}) / (\text{фактически произведенные затраты на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи})$.

Основным элементом этой системы является определение степени достижения конкретного результата, которым в зависимости от оцениваемого объекта могут быть:

- показатели динамики состояния пациентов при оценке эффективности лечебно-диагностического процесса;
- показатели динамики их здоровья при оценке здоровья определенных контингентов;
- удовлетворенность пациентов, врача, медицинского работника;
- создание гуманных условий больному в терминальной стадии заболевания;
- степень социальной (социально-экономической) адаптации пациента и пр.

Для того чтобы система работала, на всех уровнях должно осуществляться планирование конкретных результатов деятельности, а для сбора необходимой информации могут быть использованы “Карты оценки качества и эффективности медицинской помощи” или “Карты экспертного контроля качества и эффективности медицинской помощи”, анкеты для изучения удовлетворенности пациента оказанными медицинскими услугами, врачей работой параклинических и других вспомогательных служб и т. п [14, с. 155-156; 20, с. 12; 21, с. 233].

Функционирование такой или подобной системы должно предусматривать соблюдение нескольких условий. Прежде всего, это наличие нормативной стоимости (тарифов) на медицинские услуги; возможность подсчета фактических затрат; постоянное планирование конечных результатов деятельности на месяц, квартал, год; контроль за правильностью планирования результатов деятельности; исследование удовлетворенности пациента оказываемой медицинской помощью; исследование удовлетворенности врачей работой смежных (вспомогательных) служб; составление аналитических материалов с подробным и четким анализом; зависимость фонда оплаты труда от достигнутых результатов и т. п [4, с. 62].

В конечном итоге необходимо получить ответы на вопросы: “Каков объем оказанной медицинской помощи?”, “Каковы затраты ЛПУ на выполнение объема оказанной медицинской помощи?”, “Каков уровень качества и эффективности медицинской помощи данного врача, подразделения ЛПУ, ЛПУ в целом?”. Ответы на поставленные вопросы явятся основанием для принятия управленческих решений, краткосрочного или долгосрочного планирования, распределения фонда оплаты труда и т. п [5, с.25; 15, с.50].

Коллективами Санкт-Петербургского НИИ кардиологии МЗМП РФ, НВМО “Центр качества и квалификации” и АО “Росгострах Санкт-Петербург” предложена система “Автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи”, которая базируется на исследовании взаимоотношений между врачом и пациентом [9, с. 32-33]. Но этот метод представляет собой не

способ определения отклонений от заранее обоснованных стандартов медицинской помощи и результатов, а технологию экспертизы как средство регистрации, описания врачебных ошибок, обоснования экспертных мнений и сравнения их содержания. Этот метод учитывает положения теории репрезентации, исследования операций и современных представлений о непроизводственных технологиях [5, с.25; 15, с.50].

Авторами АТЭКМП удалось решить две взаимосвязанные задачи: создать формализованный язык экспертизы качества медицинской помощи и разработать соответствующее программное обеспечение. Создание формализованного языка экспертизы явилось средством, с помощью которого обеспечен единый подход к экспертизе КМП и возможность общения и взаимопонимания между экспертами, а также описания врачебных ошибок и регистрации экспертного мнения по большому кругу вопросов [8, с. 46]. Этот круг вопросов отражает, в первую очередь, негативное влияние врачебных ошибок на:

- состояние пациента;
- процесс оказания медицинской помощи;
- финансовые, медицинские, социальные ресурсы;
- управление ЛПУ.

Следует отметить, что анализ врачебных ошибок и негативных влияний на КМП сопровождается специально созданной семантикой экспертного языка и проходит с соблюдением традиционных принципов клинического разбора, способствующих развитию профессионального мышления. Реальная клиническая ситуация оценивается с помощью формализованного экспертного протокола, в который входит как алгоритм экспертизы, так и формализованный вариант заключения эксперта с указанием на врачебные ошибки, их влияние на исход заболевания и расходование ресурсов ЛПУ. По данным экспертного заключения делаются конкретные предложения для администрации [11, с. 105]. Что касается специальных программных средств, то они дают возможность применять технологию АТЭКМП для решения следующих задач:

- регистрация врачебных ошибок, описание их содержания и обоснование экспертного мнения;
- архивирование данных и сравнение содержания экспертиз;
- корректировка результатов собственной экспертной работы;
- формулировка содержательных и качественных экспертных протоколов;
- освоение технологии экспертизы любым врачом не зависимо от его специальности и должности;
- самостоятельная или с участием другого специалиста оценка собственного уровня врачебной или экспертной квалификации;
- самостоятельное или с участием другого специалиста повышение квалификации.

Таким образом, АТЭКМП открывает новые возможности получения интегрированных результатов оценки КМП, совместим с другими методами оценки КМП и не является антагонистичным ни способу экспертизы КМП по откло-

нениям от стандартов, ни какому-либо другому методу экспертизы и может применяться в комплексе с ними [5, с.25; 15, с.50].

Наиболее распространенным в России в последние годы методом оценки качества и эффективности медицинской помощи стал метод, основанный на сравнении фактически оказанной медицинской помощи с медико-экономическим стандартом (МЭС, КСГ) [10, с. 54; 18, с. 24]. С целью внедрения метода в Кемеровской области были разработаны МЭС оказания медицинской помощи населению, которые соответствуют гарантированному объему медицинской помощи и дифференцированы по уровню и задачам.

МЭС – это унифицированные эталоны гарантированного объема диагностических, лечебных и профилактических процедур, а также требований к результатам лечения конкретных нозологических форм (заболеваний) с учетом категории сложности (трудозатрат) и экономических нормативов. Все три метода оценки качества и эффективности медицинской помощи в той или иной мере повторяют или дополняют друг друга, следовательно, наиболее рациональной следует признать комбинацию всех трех с дальнейшими коррективами и усовершенствованиями, особенно в области автоматизации процесса экспертных оценок, формирования заключений и анализа полученных результатов [6, с. 93-96].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

1. Бедорева И. Ю. Система менеджмента качества ФГУ Новосибирского НИИТО Росздрава в соответствии с требованиями международного стандарта ИСО 9001:2000 / И. Ю. Бедорева, М. А. Садовой, В. Ю. Самарина // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2006. – №1. – С. 37-38.
2. Быкова Ж.Е. Организационно-правовые основы экспертной службы обязательного медицинского страхования в Москве / Ж. Е. Быкова // Медицинское страхование. – 1996. – №13–14. – С. 20-24.
3. Быкова Ж. Е. Методические подходы к оценке медико-экономических стандартов и возможности их использования в практике здравоохранения / Ж. Е. Быкова, З. Г. Федорова // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – М. – 1996. - №1. – С.47 – 49.
4. Гришин В. В. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира / В. В. Гришин, А. А. Киселев, В. Л. Кардашев, Л. С. Федонюк, В. Ю. Семенов. – М.,1995. – 62с.
5. Дьяченко В. Г. Программа ЗдравРеформ. Отчет по гранту «Экспертиза качества медицинской помощи». – 60 с.
6. Евдокимов Д. В. Развитие вневедомственной и межведомственной экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Ростовской области / Д. В. Евдокимов // Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Первые результаты. – Материалы Всероссийского совещания «Вопросы взаимодействия ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи. Защита прав застрахованных». – 18 – 19 сентября, 1996, Иркутск. – М., 1997. – С. 92 – 99.
7. Закон Российской Федерации «Основы законодательства об охране здоровья граждан Российской Федерации», 1993.
8. Лебедев А. А. ОМС сквозь призму статистики / А. А. Лебедев, И. В. Лебедева // Экономика здравоохранения. – М. – 1997. – № 8/9/21. – С. 44 – 50.

9. Линд В. А. Автоматизированные методы вневедомственной оценки качества оказания поликлинической помощи в системе ОМС / В. А. Линд, Ю. Н. Федотов, М. И. Шапиро, В. Г. Черказьянов, А. В. Фиалковский, Л. Б. Федорова // Медицинское страхование. – 1996. – № 13 – 14. – С. 30 – 33.
10. Митронин В. К. О математическом подходе к формированию критериев оценки качества медицинских услуг / В. К. Митронин // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1995. – № 1. – С. 51 – 53.
11. Мыльникова И. С. Пути вневедомственного контроля качества медицинской помощи / И. С. Мыльникова // Главный врач. – 1996. – № 6. – С. 105–106.
12. Мыльникова И.С. Что такое «стандарты качества», или еще раз об Объектах стандартизации в медицине / И. С. Мыльникова // Главный врач. – 1996. – №1. – С. 61–71.
13. Мыльникова И. С. Стандарты медицинской помощи / И. С. Мыльникова, В. И. Кричагин, Е. Н. Индейкин. – М. – Присцельс. – 1993. – С. 90
14. Сабанов В. И. Качество медицинской помощи: оценка пациентами / В. И. Сабанов, Л. Н. Грибина, Н. П. Багметов // Информатизация и экономика здравоохранения регионов России: Мат-лы ежегодной научно-практической конференции «Реформа здравоохранения на региональном уровне». – М., 2000. – С. 153 –156.
15. Садовой М. А. Внедрение новых форм управления учреждением здравоохранения на основе системы менеджмента качества / М. А. Садовой, И. Ю. Бедорева// Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2007. – №2. – С. 50 – 52.
16. Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – М., 1989. – Т.1. – С. 220 – 243.
17. Семенов В. Ю. Система управления качеством медицинской помощи населению Московской области – как одно из приоритетных направлений совершенствования здравоохранения / В. Ю. Семенов // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2007. - №2. – С. 47 – 48.
18. Сердюков А. Г. Медико-экономическая экспертиза качества медицинской помощи застрахованным / А. Г. Сердюков, В. Н. Кульков, Ж. Б. Набережная // Развитие обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: Мат-лы научно-практ. конф. – М., 1998. – С. 21–26.
19. Тюрина О. В. К вопросу о научно-методических подходах оценки качества медицинской помощи / О. В. Тюрина, Т. П. Высильева // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: Мат-лы научно-практ. конф. – М., 2000. – С. 231 – 233.
20. Федоров В. В. Эксперт качества медицинской помощи и его роль в системе современного здравоохранения / В. В. Федоров, В. Ю. Привалов // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1995. – № 1. – С. 12 – 16.
21. Харисова И. М. Актуальность оценки качества работы среднего медицинского персонала в условиях обязательного медицинского страхования / И. М. Харисова, Р. Г. Ахметгареева, Л. В. Цикина и др. // Региональная политика в условиях реформирования здравоохранения: Сб. научн. трудов. – Вып. II. – М. – Екатеринбург, 1998. – С. 230 – 234.
22. Чавпецов В. Ф. Новый метод экспертизы качества медицинской помощи, этапы создания и перспективы развития / В. Ф. Чавпецов, Н. Б. Перепеч, С. М. Михайлов, Б. Г. Бершадский, В. М. Лифшиц // Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Первые результаты. – Материалы Всероссийского совещания «Вопросы взаимодействия ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи. Защита прав

- застрахованных». – 18 – 19 сентября, 1996, Иркутск. – М.; 1997. – С. 178 – 199.
23. Щепин О. П. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению / О. П. Щепин, А. Л. Линденбрaten, В. Н. Голодненко, Р. М. Зволинская // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – М., 1996. – № 3. – С. 24 – 29.
24. Щепин О. П. Основные направления обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, А. Л. Линденбрaten // Развитие обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: Мат-лы научно-практ. конф. – М., 1998. – С. 13 –16.
25. Эммануэль В.Л., Осипова О.Н. Внедрение международных стандартов системы ИСО в России – проблемы и перспективы / В. Л. Эммануэль, О. Н. Осипова// Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2008. – №3. – С. 55 – 59.

METHODOLOGICAL SUPPORT OF SYSTEMS HEALTH CARE QUALITY AND METHODS OF IT'S EVALUATION

Sharashkina Tatiana Petrovna,

PhD, Associate Professor, Chair of Quality Management

e-mail: kafedra507@yandex.ru

Ogarev Mordovia state University, Saransk, Russia

The article describes the need for effective organization of health that is the main goal of the health care system. In connection with this the legal provision of quality management of health care system is considered, as well as a system of standards of health care, which includes various types of standards.

Key words: quality of care; quality management system of medical care; health care reform, the system of health care standards, standardization of care, methods for assessing health care.