

УДК 614.2+616-082

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Мурина К.А., Щербаков Д.В., Ткаченко Е.С.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия (644099, Омск, ул. Ленина, 12), e-mail: laphalist@gmail.com

На основании проведенного анализа нормативно правовых актов авторами были рассмотрены проблемы, связанные с системой показателей (и их индикаторов), отражающих результативность и эффективность медицинской помощи в здравоохранении; основных критериев ее качества и доступности. Отсутствие целевых индикаторов эффективности исключает возможность оценить не только медицинскую результативность управленческих решений, но и экономическую эффективность самой системы здравоохранения. Ресурсы ФФОМС расходуются, но какой при этом должен быть достигнут результат? Авторы выделяют четыре уровня эффективности: федеральный, субъектный, локальный и персональный. Установлено, что на всех уровнях в условиях действующего законодательства по здравоохранению показатели и индикаторы результативности и эффективности медицинской помощи представлены в ограниченном перечне, что не позволяет в полном объеме оценить качество и доступность медицинской помощи.

Ключевые слова: эффективность здравоохранения, индикаторы качества, показатели качества.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF INDICATORS OF EFFICIENCY AND QUALITY IN HEALTH CARE

Murina K.A., Sherbakov D.V., Tkachenko E.S.

Omsk State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Omsk, Russia (644099, Omsk, ul. Lenina, 12), e-mail: laphalist@gmail.com

Based on the analysis of normative legal acts of the authors examined the problems associated with the system parameters (and their indicators) reflecting the effectiveness and efficiency of care in health care; the basic criteria of quality and accessibility. The lack of targeted performance indicators excludes the possibility to evaluate not only the medical effectiveness of management decisions, but also the cost-effectiveness of the health care system. Resources FFOMS spent, but what if this is to be achieved the result? The authors identify four efficiency levels: federal, subjective, local and personal. It was found that at all levels under the existing legislation on health indicators and the performance and effectiveness of care provided in a limited list, which does not fully assess the quality and accessibility of health care.

Keywords: efficiency of health care, quality indicators, quality indexes.

Улучшение качества медицинской помощи для большинства стран является одним из основных звеньев реформы системы здравоохранения и оказания услуг. Все страны сталкиваются с проблемами обеспечения доступности, равноправия, безопасности и участия пациентов, а также совершенствования навыков и умений, технологий и внедрения доказательной медицины при имеющихся ресурсах [3, 4, 5].

С начала 90-х годов проводятся исследования о факторах, влияющих на качество медицинской помощи. Факты низкого качества отмечаются во всех странах мира, однако имеются данные, что низкое качество медицинской помощи особенно характерно для бедной экономики [1, 7, 8].

В теории управления качеством сложились следующие основные методы, которые служат для оценки качества: индуктивный, дедуктивный, экспертный, метод системного анализа и комплексный метод [2, 6].

Индуктивный метод основан на ретроспективном анализе, в основе которого лежат предположения о механизме заболевания и знаниях, что данное лечение приведет к желаемому результату.

Дедуктивный метод. Он является альтернативным методом выбора способа оценки качества и основывается на доказательной медицине, т.е. на результатах статистических клинических исследований, проведенных на случайной выборке. Применение строгих научных методов в практической медицине может резко улучшить конечные результаты работы, несмотря на имеющуюся в настоящее время острую нехватку средств.

Экспертный метод – это метод организации работы со специалистами-экспертами и обработки мнений экспертов, выраженных в количественной или качественной форме с целью подготовки информации для принятия решений.

Системный анализ – это метод научного исследования отдельных сторон, свойств и составных частей рассматриваемой системы. Системный анализ и системный подход объединяют системное направление исследований.

Комплексный метод – используется для оценки планируемых результатов, т.к. он наиболее приемлем для управления качеством медицинской помощи. В основу его положен системный анализ технологии процесса, взаимодействия подразделений медицинской организации и корреляционной зависимости показателей их работы с учетом вклада в общий результат.

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015) во 2 ст. дает следующее определение: качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Материалы и методы

В обеспечении способности организации производить медицинские услуги высокого качества, наряду с федеральным законодательством, подзаконными актами, значительную роль играет нормативно-правовая база системы здравоохранения и издаваемые непосредственно в медицинской организации локальные нормативные акты, регламентирующие организацию медицинской помощи и вышеперечисленные базовые принципы менеджмента качества. Проведен анализ нормативно-правовой документации,

относящейся к регулированию вопросов эффективности и качества медицинской помощи. Нами была предпринята попытка рассмотреть подсистему «качество медицинской помощи» как часть системы «эффективность здравоохранения» с позиций системного подхода. Системный подход наблюдается, прежде всего, в анализе ресурсной базы, взаимосвязей между разными группами ресурсов, рассмотрении процессов преобразования ресурсов и выдвижении путей оптимизации их протекания. В процессе менеджмента качеством медицинской помощи в медицинской организации разрабатывается политика качества, определяются стратегические и тактические цели, распределяется персональная ответственность исполнителей

Результаты и обсуждение

В условиях современной нормативно-правовой документации по здравоохранению можно выделить четыре уровня оценки эффективности: федеральный, субъектный, локальный и персональный.

Федеральный уровень. Система оценок эффективности системы здравоохранения отражена в разделе VIII Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 N 1273 (далее – ПГГ). Данный раздел устанавливает требование о включении в Территориальную ПГГ целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи. Сами критерии приведены в разделе IX ПГГ. Однако в ПГГ отсутствуют целевые индикаторы эффективности, что, в свою очередь, исключает целеполагание и не позволяет оценить как медицинскую результативность, так и экономическую эффективность технологий здравоохранения.

Условно критерии можно объединить в несколько групп (см. Таблицу).

Таблица

Критерии доступности и качества медицинской помощи

Группа	Характеристика
1	– удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения; – количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи
2	– смертность населения: общая; младенческая; детская (0–4 лет и 0–17 лет); материнская; в трудоспособном возрасте; от конкретных причин (БСК, новообразования, туберкулез;
3	оказание скорой и первичной (в т.ч. специализированной) медицинской помощи пациентам с БСК (острым инфаркт миокарда, острыми цереброваскулярными болезнями)
4	доступность специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти (в рамках программы ОМС);
5	оказание скорой медицинской помощи: лицам, проживающим в сельской местности; по числу срочных выездов бригад (менее 20 минут с момента выезда); количество проведенных выездной бригадой скорой медицинской помощи тромбозисов (БСК);
6	– доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента

	<p>установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете</p> <ul style="list-style-type: none"> – доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года; – доля впервые выявленных случаев туберкулеза в ранней стадии в общем количестве случаев выявленного туберкулеза в течение года; – полнота охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе проживающих в городской и сельской местности;
7	<p>эффективность деятельности медицинских организаций:</p> <ul style="list-style-type: none"> – функция врачебной должности; – показатели рационального и целевого использования коечного фонда; – доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров; – доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме; – доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта; – средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в среднем по субъекту Российской Федерации); – обеспеченность населения врачами, средним медицинским персоналом, в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Обращает на себя внимание, что в ПГГ и Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 № 294, перечень показателей по оценке эффективности здравоохранения не совпадает. Ресурсы ФФОМС будут потрачены, но какой при этом должен быть достигнут результат? Следует также отметить, что ответственность за исполнение ПГГ несет Минздрав России, а Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» имеет межведомственный статус. Исключение из ПГГ целевых индикаторов оценки эффективности здравоохранения может означать, что Минздрав России отвечает за процесс оказания медицинской помощи, но не за результат медицинской помощи.

Субъектный уровень. В п. 33 Территориальной ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (постановление Правительства Омской области от 24 декабря 2014 года № 330-п) определены показатели и индикаторы доступности и качества медицинской помощи. Данные показатели по перечню полностью соответствуют Программе государственных гарантий, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации. Индикаторы данных показателей отражают в среднесрочной (3 года) перспективе целеполагание.

Локальный уровень (медицинская организация). Организацию проведения независимой оценки качества в субъекте Российской Федерации регламентируют: Приказ Минздрава России от 14 мая 2015 г. № 240 «Об утверждении методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»;

Приказ Минздрава России от 28 ноября 2014 г. N 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»; Приказ Минздрава России от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи».

Приказ № 422ан устанавливает критерии оценки качества медицинской помощи, которые разработаны в соответствии со ст. 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». И, как сказано в законе, «формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи».

Сами критерии разделены на две группы: применяемые при оказании медпомощи в амбулаторных условиях, а также в стационарных условиях и условиях дневного стационара. Во всех случаях первым критерием значится ведение медицинской документации, заполнение всех разделов амбулаторной или стационарной карты, наличие информированного согласия на медицинское вмешательство.

Экспертизу качества медпомощи в России проводят фонды ОМС и страховые компании, Росздравнадзор, территориальные органы здравоохранения. И все они до сих пор использовали свои подходы и собственные ведомственные и региональные документы. Теперь появляется единая модель на основе федеральных критериев.

Если сопоставить текст ст. 2 ФЗ-323, в котором приводится определение «качества медицинской помощи», то в тексте приказа появилась характеристика только понятия результата. По-прежнему нет общепонятных и структурированных критериев своевременности и правильности лечения.

Эту проблему частично компенсирует оценка медицинской результативности, сформулированная Приказом Минздрава России от 28 июня 2013 г. № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников»).

Вместе с тем данный приказ не содержит показатели (комментарии), характеризующие саму медицинскую результативность медицинской организации, что противоречит ч. 1 ст. 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая гласит: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания,

правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата», а также ч. 6 ст. 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» в аналогичной редакции.

Следует также отметить, что ПГГ и Территориальная ПГГ, Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», отраслевые нормативные правовые акты не содержат показателей, которые отражают экономическую эффективность или эффективность использования ресурсов, как системы здравоохранения, так и медицинских организаций.

Кроме того, следует отметить, что на уровне медицинской организации до настоящего времени отсутствуют показатели и целевые индикаторы, отражающие результаты деятельности структурных подразделений, в которых работает вспомогательный и обслуживающий персонал.

Таким образом, до настоящего времени в системе управления медицинской организацией отсутствует в полном объеме целеполагание, отражающее медицинскую результативность и экономическую эффективность ее деятельности в целом и отдельных структурных подразделений на основе системы целевых показателей и их индикаторов, имеющих стимулирующий характер.

Наши наблюдения показали, что в Соглашении о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Омской области на 2015 год (далее – Соглашение) и на сайтах медицинских организаций Омской области в настоящее время отсутствуют качественные показатели, которые характеризуют оценку медицинской результативности и экономической эффективности всей организации и тем более ее структурных подразделений. Цель данных показателей – перераспределить объемы медицинской помощи с дорогостоящего стационарного этапа на амбулаторный, чтобы уменьшить расходы на здравоохранение.

Персональный уровень – включает в себя показатели и индикаторы, отражающие эффективность деятельности конкретного работника медицинской организации, включая как медицинский, так и немедицинский (обслуживающий) персонал.

При этом следует исходить из того, что перечень целевых показателей и их индикаторы формируются в зависимости от выполняемых функций, отраженных в должностных инструкциях специалистов; трудовом и коллективном договорах; эффективном контракте.

Заключение

Основными проблемами реализации программ по внедрению «технологий качества медицинской помощи» является относительно небольшой опыт работы в данном направлении, использование зарубежных исследований и разработок, не всегда адаптированных к условиям России, затруднения при выполнении собственных исследований, обусловленные спонтанностью и часто непредсказуемостью многих социально-экономических процессов, а также значительная продолжительность времени, необходимая для изменения общественного сознания пациентов и профессионального сознания врачей. Данный факт свидетельствует о системных проблемах в управлении как самой системой здравоохранения, так и медицинскими организациями в первую очередь в части целеполагания, план-фактного анализа и принятия управленческих решений.

Анализ нормативных правовых актов свидетельствует о том, что до настоящего времени в отрасли не сложилась многоуровневая интегрированная система показателей и их индикаторов, позволяющая в совокупности оценить медицинскую результативность и экономическую эффективность системы здравоохранения, медицинской организации, ее структурных подразделений и отдельного работника. Всё это, на наш взгляд, не позволяет провести полноценную экспертизу качества медицинской помощи.

С учетом специфики медицинской деятельности оценивать показатели качества медицинской помощи, а тем более управлять качеством без стандартизации и регламентации процессов нельзя. Показатели качества медицинской помощи и условий её оказания должны найти отражение в регламенте деятельности медицинской организации, положении о структурном подразделении и должностной инструкции (эффективном контракте) работника.

Список литературы

1. Далматов, В.В. Состояние здоровья медицинского персонала второго этапа выхаживания новорожденных детей / В.В. Далматов, Д.В. Турчанинов, В.Л. Стасенко, С.В. Николаев, Т.М. Обухова, В.А. Ширинский, В.И. Бекетова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – № 1. – С. 13-17.
2. Дьяченко, В.Г. Управление качеством медицинской помощи : Учебник / В.Г. Дьяченко, Л.В. Солохина, С.В. Дьяченко. – Изд-во ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет. – 2012. – 655 с.
3. Обеспечение качества медицинской помощи в Европейском союзе. Аргументы в пользу действий / под редакцией Х. Легидо-Куигли, М. МакКи, Е. Нолт и др. – 2008. – 210 с. ISBN 978 92 890 7193 2

4. Тельнова, Е.А. Качество оказания медицинской помощи как основная задача системы здравоохранения / Е.А. Тельнова // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 5. – С. 4-9.
5. Тишук, Е.А. Современные проблемы качества медицинской помощи / Е.А. Тишук, В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 3. – С. 13-19.
6. Турчанинов, Д.В. Применение методов оценки риска здоровью медицинского персонала в практике санитарно-эпидемиологического надзора за лечебно-профилактическими учреждениями / Д.В. Турчанинов // Методические рекомендации МР 2.2.9 / 2.1.3.012 – 03 / Омск, 2003.
7. Щепин, В.О. Лечебно-профилактическая помощь населению Российской Федерации: ресурсное обеспечение и основные показатели деятельности в 2007 г. / В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 1. – С.3-5.
8. Щепин, В.О. Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения России / В.О. Щепин, Е.С. Пояркова // Экономика здравоохранения. – 2007. – № 11. – С. 73-76.

Рецензенты:

Турчанинов Д.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гигиены с курсом питания человека Омского государственного медицинского университет, г. Омск;

Стасенко В.Л., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии Омского государственного медицинского университета, г. Омск.