УДК 614.253.1

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МЕХАНИЗМ ОПТИМИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РЕСУРСОВ

С.В. ЕЛИСЮТКИНА

Многопрофильный медицинский центр, Рязань

Под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик медицинской помощи, направленных на удовлетворение потребности граждан в эффективном предупреждении и лечении заболеваний, повышения качества жизни и увеличении ее продолжительности. Зачастую мы можем сталкиваться с формальным подходом к текущей оценке работы врачей в практическом здравоохранении. Современные реалии не допускают отставания в совершенствовании технологий здравоохранения, поэтому формализация становится недопустимой. Конечной целью оценочной работы становится обеспечение как можно наиболее высокого качества медицинских услуг. Обеспечение прироста качества достигается улучшением организации работы медицинского учреждения и повышением доступности ресурсов, соответствующих стандартам.

Ключевые слова: *качество медицинской помощи, индикаторы качества, управление качеством медицинской помощи.*

Обеспечение повышения качества медицинской помощи и совершенствование технологической базы учреждений здравоохранения невозможно без анализа качества медицинской помощи, осуществляемой организаторами здравоохранения [1, 2, 3]. Зачастую мы можем сталкиваться с формальным подходом к текущей оценке работы врачей в практическом здравоохранении. Современные реалии не допускают отставания в совершенствовании технологий здравоохранения, поэтому формализация становится недопустимой. При этом именно оценка качества медицинской помощи является экономическим рычагом влияния на стоимость медицинской услуги [2, 3].

Под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик медицинской помощи, направленных на удовлетворение потребности граждан в эффективном предупреждении и лечении заболеваний, повышения качества жизни и увеличении ее продолжительности [5]. Качество медицинской помощи обычно оценивается по следующим критериям: доступность, адекватность, преемственность, действенность, эффективность, безопасность и своевременность.

На сегодняшний день оценка качества оказания медицинской помощи заключается в сравнении реально оказанных медицинских услуг с разработанными Министерством здравоохранения РФ стандартами.

Конечной целью оценочной работы становится обеспечение как можно наиболее высокого качества медицинских услуг. Обеспечение прироста качества достигается улучшением организации работы медицинского учреждения и повышением доступности ресурсов, соответствующих стандартам. Важно, чтобы в оценке качества медицинской помощи оценивались не только данные о результатах, но и о ходе лечения. Вопросы оптимизации лечения не могут быть решены без экономической оценки методов и средств проводимой терапии. В идеальной модели клиническая эффективность должна сочетаться с экономической. Целесообразность проведения диагностических и/или лечебных мероприятий определяется при одинаковой полезности и минимальных затратах либо при одинаковых затратах и максимальной полезности. При этом надо понимать, что результативность в здравоохранении может распадаться на несколько промежуточных результатов (квазирезультатов) и именно поэтому бывает напрямую не связана с величиной фактических затрат [4]. Это может быть обусловлено различным сроком наступления эффекта от лечения. Например, при заболевании

суставов ранний — это противовоспалительный и обезболивающий эффект, поздний — эффект от реконструктивной операции на суставах или эндопротезирования.

Для минимизации ошибок при оценке качества медицинской помощи необходимо использовать количественные характеристики оцениваемых параметров и рассматривать все возможные альтернативные варианты. Числовые показатели, используемые для оценки качества медицинской помощи, называются индикаторами качества. Числовые значения, как правило, указываются в процентах. Например, это может быть отношение числа больных с сахарным диабетом и исследованным гликированным гемоглобином к общему числу больных с сахарным диабетом, обратившихся за медицинской помощью. Источниками для получения данных являются первичная медицинская документация и статистические отчеты. Пороговые значения индикатора качества — это интервал значений, установленный для оценки негативных явлений [5]. Индикаторы качества предназначены для мониторинга качества медицинской помощи, выявления отклонений и внесение изменений для улучшения процесса оказания медицинской помощи. Традиционные методы экспертизы также должны использоваться в постоянном режиме (обходы заведующего отделением, профессорские обходы, консилиумы, профильные комиссии, КИЛИ, клинико-анатомические конференции, годовые отчеты, индикатор работы койки и др.).

Современная модель управления качеством медицинской помощи невозможна без разрешения кадрового дефицита и непрерывного обучения персонала, совершенствования его знаний и навыков и внедрения информационно-вычислительных технологий [5]. Индикаторами, характеризующими численность и квалификацию медицинского персонала, могут быть, например, соотношение числа вакантных должностей участковых терапевтов к общему количеству штатных должностей или соотношения врачей, прошедших повышение квалификации в последние 5 лет, к общему количеству всех врачей лечебного учреждения.

Но все же на сегодняшний день основная причина неудовлетворительной работы медицинских учреждений — это неэффективность управления. Это можно проиллюстрировать закупкой дорогостоящего диагностического оборудования для больниц, не имеющих в штате сотрудников, обученных работе на нем; использование дорогостоящих фармпрепаратов при наличии аналогов с более низкой стоимостью, либо использование методов лечения, устранение побочных эффектов от которого будет требовать дополнительных затрат. В этот же ряд можно поставить назначение врачами дорогостоящих диагностических исследований, назначенных без показаний, не дающих в конкретном клиническом случае возможности проводить дифференциальную диагностику или не влияющих на назначение терапии. В качестве иллюстрации можно привести назначение анализа крови на содержание ИЛ-6 — провоспалительного цитокина, являющегося высокочувствительным, но низкоспецифичным показателем. Повышение его уровня возможно как при системных заболеваниях соединительной ткани, так и при сепсисе и онкопатологии, что делает его непригодным для проведения дифференциальной диагностики. Другой пример: назначение МРТ суставов при неосложненном остеоартрите (остеоартрозе) не влияет на тактику лечения и является избыточным обследованием.

Управление медицинскими учреждениями подчиняется общим законам теории управления. Результаты, согласно современным представлениям о достижении целей организацией, будут достижимы только в случае использования разделения функций и передачи сотрудникам функций ответственности, делегирования и согласования полномочий [6].

Результатами контроля качества медицинской помощи должен быть анализ полученных данных и улучшение организации лечебно-диагностических процессов. Использование индикаторов качества на разных участках работы позволяет выявлять проблемные участки и принимать меры. Например, может быть внесено изменение в организацию работы медицинского учреждения, возможно также проведение коррекции лечебно-диагностических планов. В лечебных учреждениях могут выявляться системные организационно-управленческие проблемы и случайные. К системным можно отнести дефицит кадров и их недостаточную квалификацию, нарушение установленных норм, недостаточную техническую оснащенность, нерациональное взаимодействие между отдельными структурами учреждения и др. Случайные проблемы легко устранимы, например, такие как поломка оборудования и др.[5].

Сама по себе индикация качества и регулярная экспертиза не будут иметь никакого значения для улучшения качества медицинской помощью без создания рабочих групп по устранению недостатков и целенаправленной разработки планов по исправлению выявленных проблем.

Примером работы по устранению недостатков может быть отказ от ненужных вмешательств и избыточного или неэффективного лечения. Основанием для изменения планов обследования или лечения, используемых в лечебном учреждении, могут быть клинические рекомендации и результаты научных исследований. К таким методам лечения с недостаточной эффективностью относятся, например, гибербарическая оксигенация или экстракорпоральные методы лечения, имеющие высокую стоимость и определенный риск побочных эффектов. Обеспечение безопасности процесса лечения определяется недопустимостью назначения пациенту препаратов без изучения лекарственного анамнеза, при наличии индивидуальных противопоказаний, из одной фармакологической группы с похожими лечебными и нежелательными эффектами из-за опасности их суммации, а также введенной в учреждении практикой обосновывать в медицинской документации каждое диагностическое и лечебное вмешательство.

Преемственность медицинской помощи на современном этапе должна обеспечиваться внедрением информационных технологий и ведением электронных историй болезни, облегчающих доступ к информации о пациенте при переходе его от одного специалиста или от одного лечебного учреждения к другому.

Доступность медицинской помощи обеспечить сложнее, поскольку она связана не только с организацией работы, но и с кадровым обеспечением и техническим оснащением учреждения, что сопряжено с объективными сложностями в виде нехватки высококвалифицированных кадров и экономическими затратами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беседин А.Л., М.В. Петрушина М.В. Модернизация российского здравоохранения: гармонизация модели, системы управления и программно-целевого механизма развития//Клиническая медицина и фармакология. — 2016. — Т. 2, № 1. — С. 2–15.
2. Беседин А.Л., Петрушина М.В. Концептуальные предпосылки подготовки управленческих решений для формирования модели развития отечественного здравоохранения: системно-аналитический подход // Клиническая медицина и фармакология. — 2015. — №2. — С. 2–10
3. Беседин А.Л. Менеджмент в российском здравоохранении//Вестник новых медицинских технологий.- 2002. — Т. IX, №3. — С. 110–111.
4. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов., Москва, 2000, 438 с.
5. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации. — М., ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 60 с.
6. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. — М.: Авторская академия, 2013. — 344 с.

QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL CARE: MECHANISM FOR OPTIMIZING THE USE OF MEDICAL RESOURCES

S.V. ELISYUTKINA

The quality of medical care is understood as a set of characteristics of medical care aimed at meeting the needs of citizens in the effective prevention and treatment of diseases, improving the quality of life and increasing its duration. Often, we can face a formal approach to the current assessment of the work of doctors in practical health care. Modern realities do not allow a backlog in the improvement of health technologies, so formalization becomes unacceptable. The ultimate goal of the evaluation work is to ensure the highest possible quality of medical services. Ensuring the quality increase is achieved by improving the organization of the work of the medical institution and increasing the availability of resources that meet the standards.

Keywords: *quality of medical care, quality indicators, quality management of medical care.*