УДК 614.2+311.21

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАЛИЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

© Н.Ю. Трифонова, А.Р. Габриелян, К.И. Касапов,
А.С. Алейников, А.В. Чернышев

Ключевые слова: инновация; интегральная оценка; качество медицинской помощи; эффективность.

В последние годы в условиях реформирования и перестройки всей системы здравоохранения увеличивается нагрузка на врачебный персонал, а также на деятельность всего лечебно-профилактического учреждения, работающего в инновационных условиях. Все это требует необходимости правильного подхода к оценке деятельности всего учреждения, которая впоследствии благоприятным образом отразится на качестве оказываемой медицинской помощи пациентам.

ВВЕДЕНИЕ

Лечебно-профилактическая деятельность является вероятностной системой, т. к. на ее объемы и результаты существенное влияние оказывают демографическая ситуация, эпидемиологическая и социально-экономическая обстановка в обществе, а также и те трансформации, которые происходят непосредственно в учреждениях, осуществляющих медицинскую помощь населению на основе инноваций.

Эффективность деятельности *лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ)* и его финансовая стабильность дает населению возможность получать доступную, высококвалифицированную медицинскую помощь на основе современных технологий [1–7].

В связи с этим возникает необходимость анализа показателей деятельности ЛПУ в условиях инноваций, основанных как на традиционных, так и на нетрадиционных методиках. Кроме того, для оценки эффективности инноваций целесообразно изучать динамику состояния здоровья пациентов, получающих медицинскую помощь в исследуемом лечебно-профилактическом учреждении.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из критериев эффективности внедрения различных инновационных процессов может служить оценка качества оказываемой медицинской помощи, которая складывается из внутреннего и внешнего контроля, основанных на использовании объективных и субъективных критериев.

Определение уровня качества медицинской помощи каждому пациенту ($УКМП_{п}$), обратившемуся в лечебно-профилактическое учреждение, может лежать в основе оценки деятельности врача ($УКМП_{вр}$), группы врачей ($УКМП_{гр-вр}$), отделения ($УКМП_{отд}$) и учреждения в целом ($УКМП_{учр}$).

Рассматривая эти показатели в динамике, можно оценить уровень квалификации медицинского персонала

отдельных подразделений, степень оснащенности лечебно-профилактического учреждения в целом и каждого отделения, уровень внедрения новых технологий в деятельность врачебных кадров.

В ходе исследования установлено, что для отдельных лечебно-диагностических служб (эндоскопическая, лабораторная, радиоизотопная, анестезиология и реанимация, лечебная физкультура, физиотерапевтическая и др.), оказывающих медицинские услуги пациентам, госпитализированным в клинические отделения, уровень качества медицинской помощи невозможно рассчитать по вышеописанной методике, поэтому качество их работы целесообразно оценивать по количеству претензий, предъявляемых клиническими отделениями.

К претензиям следует отнести следующие:

- недостоверные анализы, приведшие к повторным, дополнительным исследованиям;
- необоснованный отказ от выполнения назначений;
- несвоевременное проведение назначенных исследований;
- отсутствие обеспеченности лечебного процесса соответствующими процедурами, лекарствами, оборудованием, инструментарием, перевязочными средствами, бельем и др.;
- осложнения во время проведения исследований, манипуляций, возникших по вине медицинского персонала;
- недобросовестное, халатное отношение к функциональным обязанностям.

При оценке качества работы вспомогательных служб учитывается количество претензий к каждому подразделению со стороны клинических отделений, выраженное в процентах (1 претензия составляет 2 %). В этом случае показатель качества медицинской помощи данным подразделением вычисляется как разность между 100 % (при отсутствии претензий) и общей суммой претензий, представленных в %.

Таблица 1

Экспертная шкала определения уровня качества медицинской помощи

№ п/п	Блоки мероприятий	Оценочные показатели, в %
1	Выполнение блока диагностических мероприятий (A_1): – диагностическое обследование не проводилось; – выполнены отдельные малоинформативные обследования; – обследование проведено наполовину; – обследование проведено почти полностью, имеются некоторые упущения; – обследование проведено полностью, исследования выполнены верно	0,0 25,0 50,0 75,0 100,0
2	Степень правильности постановки диагноза (A_2): – несоответствие поставленного диагноза клинико-статистическим данным; – отсутствие развернутого клинического диагноза с отражением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличия осложнений; – необходимые действия и исследования выполнены верно, их результаты учтены и оценены правильно, поставлен развернутый диагноз по основному и сопутствующему заболеваниям	0,0 50,0 100,0
3	Выполнение блока лечебных мероприятий (B): – лечебные мероприятия практически не проводились; – выполнены отдельные малоэффективные процедуры, манипуляции, мероприятия; – лечебные мероприятия выполнены наполовину; – лечебные мероприятия выполнены полностью, но имеются некоторые упущения; – лечебные мероприятия выполнены полностью, методы терапии адекватны поставленному диагнозу, имеется положительная динамика симптомов и синдромов	0,0 25,0 50,0 75,0 100,0
4	Выполнение блока реабилитационных мероприятий (C): – реабилитационные мероприятия практически не проводились; – выполнены отдельные малоэффективные процедуры, манипуляции реабилитационного характера; – реабилитационные мероприятия выполнены наполовину; – реабилитационные мероприятия выполнены полностью, однако имеются некоторые упущения; – реабилитационные мероприятия выполнены в полном объеме, имеется положительная динамика показателей здоровья	0,0 25,0 50,0 75,0 100,0
5	Выполнение блока оздоровительных мероприятий (D): – оздоровительные мероприятия практически не проводились; – выполнены отдельные малоэффективные процедуры, манипуляции оздоровительного характера; – оздоровительные мероприятия выполнены наполовину; – оздоровительные мероприятия выполнены полностью, имеются некоторые упущения; – оздоровительные мероприятия выполнены в полном объеме, имеется положительная динамика показателей здоровья	0,0 25,0 50,0 75,0 100,0
6	Характеристика качества медицинских услуг по оценке здоровья пациентов на основании выполнения диагностических, лечебных, оздоровительных и реабилитационных мероприятий (E): – неудовлетворительное; – удовлетворительное; – хорошее; – отличное	0,0 50,0 75,0 100,0
7	Характеристика качества медицинских услуг по оценке здоровья пациентов, страдающих инкурабельными заболеваниями, на основании выполнения диагностических, лечебных, оздоровительных и реабилитационных мероприятий (F): – в большей степени неудовлетворительное, чем удовлетворительное; – в большей степени удовлетворительное, чем неудовлетворительное; – удовлетворительное	0,0 50,0 100,0
8	Характеристика качества медицинской помощи по субъективной оценке пациентами своего здоровья (G): – отрицательная динамика; – практически без изменений; – незначительно выраженная положительная динамика; – положительная динамика	0,0 50,0 75,0 100,0

По ЛПУ в целом величина УКМП_{учр} рассчитывается и анализируется аналогично показателю по отделению, иными словами, эффективность работы всего учреждения зависит от уровня качества медицинской помощи, оказываемой каждому пациенту в основных и параклинических отделениях (формула 1):

$$\text{УКМП}_{\text{учр}} = \frac{\text{УКМП}_{\text{п1}} + \text{УКМП}_{\text{п2}} + \dots + \text{УКМП}_{\text{пn}} + \text{УКМП}_{\text{пн}}}{n}$$

Определение УКМП_{учр} проводится с учетом УКМП_п по каждому пациенту, получившему медицинскую помощь в основных и параклинических отделениях. Данный показатель может анализироваться в сравнении с профильными учреждениями и в динамике за ряд лет.

Это дает возможность выявлять причины, способствующие как снижению, так и росту уровня оказания медицинских услуг населению.

Для обеспечения достоверности определения уровня качества профессиональной деятельности медицинских работников ЛПУ, взятых для проведения исследования, система внутреннего контроля, действующая постоянно и оперативно, включала в себя 3 ступени. На всех ступенях контроля качества для расчета показателей использовалась методика и экспертная шкала, приведенные выше. При определении степени выполнения того или иного блока медицинских мероприятий учитывались *медико-экономические стандарты* (МЭС), разработанные страховыми компаниями по каждой нозологической форме.

1-я ступень контроля осуществлялась заведующими отделениями, которые оценивали качество медицинской помощи, оказанной каждому пациенту (по законченному случаю), и отдельно по каждому врачу.

2-я ступень контроля проводилась заместителем главного врача по лечебной работе, который осуществляет расчет качества медицинской помощи путем ежедневной экспертной оценки не менее 20 % историй болезни лиц, закончивших лечение в стационаре, и не менее 10 % из числа лиц, закончивших лечение в поликлинике. Для этого он также использует экспертную шкалу оценки уровня качества медицинской помощи, предоставляемой отдельными врачами своим пациентам (УКМП_п и УКМП_{вр}). Сопоставление уровней качества лечения на 1-й и 2-й ступенях контроля позволяет оценить не только качество медицинской помощи, но и качество контроля, осуществляемого заведующими отделениями.

3-я ступень контроля проводится экспертами *клинико-экспертной комиссии* (КЭК) и оценивает качество медицинской помощи в целом по лечебно-профилактическому учреждению (УКМП_{учр}). Роль КЭК не ограничивается участием в системе внутреннего контроля качества, поскольку представители КЭК контактируют с системой *обязательного медицинского страхования* (ОМС), осуществляющей на основании стандартов медицинской помощи систему внешнего кон-

троля качества медицинской помощи и производящей оплату лечебному учреждению каждого законченного случая. Естественно, это требует особой квалификации медицинских работников рассматриваемого уровня, поэтому на данной ступени контроля качества привлекаются хорошо подготовленные эксперты, умеющие анализировать и оценивать различные точки зрения, оригинальные подходы к лечению, а не только четкое соблюдение имеющихся стандартов медицинской помощи.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование интегральной оценки качества оказания медицинской помощи пациентам может применяться для анализа работы всего учреждения в целом, каждого подразделения и конкретного врача. Результаты анализа целесообразно учитывать при определении мер морального и материального поощрения, в т. ч. размера надбавок к заработной плате.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков А.И. О формировании системы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью // Экономика здравоохранения. 1998. № 6/30. С. 5-10.
2. Вялков А.И., Якимов О.С., Воробьев П.А. Нормативно-правовая база стандартизации в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 1999. № 2/3. С. 7-9.
3. Ликстанов М.И. Научное обоснование оптимизации деятельности многопрофильной больницы на основании применения маркетинговых технологий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 24 с.
4. Линденбратен А.Л., Шипова В.М. Организационно-экономические аспекты введения обязательного медицинского страхования // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1996. № 4. С. 20-23.
5. Лисицын Ю.П. Тактика охраны здоровья и концепция здравоохранения // Экономика и управление здравоохранением. 1993. № 2. С. 36.
6. Лисицын Ю.П. «Модус» здоровья Россиян // Экономика здравоохранения. 2001. № 2 (52). С. 32-37.
7. Нестеренко Е.И. Комплексное социально-гигиеническое исследование инновационной деятельности лечебно-профилактических учреждений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001.

Поступила в редакцию 10 апреля 2013 г.

Trifonova N.Y., Gabrielyan A.R., Kasapov K.I., Aleynikov A.S., Chernyshev A.V. RATIONALE FOR USE OF THE INTEGRAL INDEX OF ASSESSMENT OF QUALITY OF MEDICAL ASSISTANCE IN ANALYSIS OF EFFICIENCY OF INNOVATIVE ACTIVITY OF TREATMENT-AND-PROPHYLACTIC INSTITUTIONS

In recent years, in the conditions of reformation and restructuring of the health system, the load on the medical staff increases as well as the activities of all treatment-and-prophylactic institutions working in an innovative environment. All of this requires the right approach to the assessment of the activities of the institution, which subsequently positive impact on the quality of medical services rendered to patients.

Key words: innovation; integral assessment; quality of care; efficiency.