

Е.Е. Лухтарович

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КОНЕЧНОГО РЕЗУЛЬТАТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Аннотация: Вопросы оценки качества являются наиболее важными в стратегии развития здравоохранения Республики Беларусь. Интенсивный путь развития здравоохранения нашей республики определил переход от количества к качеству, а вопросы оценки качества медицинских услуг являются, своего рода, производной этого пути.

Ключевые слова: система здравоохранения, качество медицинских услуг, материально-техническая база здравоохранения, медицинские технологии, организационно-управленческие подходы, уровень здоровья пациентов, процесс лечения, медицинская помощь, квалификация кадров, практическое здравоохранение.

QUALITY ASSESSMENT OF FINAL RESULTS IN PUBLIC HEALTH CARE ACTIVITIES

Abstract: Issues of quality assessment are principal in the health development strategy of the Republic of Belarus. The intensive way of public health development in our republic has determined a transition from quantity to quality, and issues concerning public health quality assessment are to some extent a derivative of this way.

Keywords: health care system, quality of health services, material and technical basis of public health, medical technologies, organizational and management approaches, health level of patients, medical treatment process, medical aid, level of proficiency, practical public health.

* Статья поступила в редакцию 13 сентября 2011 г.

Введение

В Республике Беларусь после распада СССР сохранилась государственная система здравоохранения, расходы которой финансируются из государственного бюджета и составляют около 5% ВВП. Национальная система здравоохранения идет по интенсивному пути развития, предполагающему оптимальное использование имеющихся возможностей в целях обеспечения качества оказания медицинских услуг. Этот показатель является своеобразным мерилем эффективности деятельности системы здравоохранения, реализуемых программ и проводимых мероприятий. С целью внесения предложений по совершенствованию показателей и механизма оценки качества медицинских услуг автором проведено изучение методологии оценки качества конечных результатов деятельности организаций здравоохранения (ОЗ), показатели оценки и факторы, влияющие на конечный результат.

Методологические основы исследования

В основу исследования легли работы известных российских ученых Ю.П. Лисицина, А.В. Решетникова, В.О. Щепина, В.А. Гройсмана, А.И. Вялкова, Ф.Н. Кадырова, В.Ю. Семенова, В.В. Гришина, Л.А. Малаховой. Информационной базой исследования также явились действующие нормативные правовые акты, инструкции и методики оценки конечного результата деятельности организаций здравоохранения, качества оказания медицинских услуг.

Методический подход к обеспечению и оценке качества медицинских услуг, основанный на триаде А. Donabedian, получил мировое признание [13], [14], [15]:

1) ресурсы (или структура), включающие оценку стандартов ресурсной базы (кадров, оборудования и медицинской техники; материально-технические условия);

2) процесс (или технологии), включающий стандарты технологий лечения, диагностики, профилактики;

3) результаты (или исходы), включающие стандарты результатов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации, обучения и т.д.

Индикатор качества может иметь установленное (эталонное) и фактически достигнутое значение, и определен как отношение фактического значения индикатора качества к установленному, выраженному в процентах. Индикаторы используются для оценки:

– качества материально-технической базы ОЗ и медицинского персонала;

– качества используемых медицинских технологий;

– качества организационно-управленческих технологий;

– уровня здоровья пациентов, его динамики в процессе лечения;

– анализа соответствия полученных клинических результатов и произведенных затрат [9, с. 395].

Индикаторы ресурсов (структуры) – количественные показатели, используемые на любом уровне системы здравоохранения (отрасли, территории, отдельной ОЗ) и характеризующие следующие направления:

– условия оказания медицинской помощи;

– адекватность финансирования и использования финансовых средств;

– техническую оснащенность и эффективность использования оборудования;

– численность и квалификацию кадров и др.

Индикаторы медицинских процессов применяются для оценки правильности оказания медицинских услуг (при профилактике, диагностике, лечении и реабилитации). Количество выбранных для мониторинга индикаторов качества должно определяться сложностью и масштабностью поставленных задач.

В качестве *индикаторов результатов* в практическом здравоохранении чаще всего используются показатели повторной госпитализации и смертности в стационаре. Оценка результата представляет собой сопоставление реально достигнутого результата (состояние здоровья пациента после лечения) с ожидаемым научно-обоснованным.

Еще одним критерием оценки эффективности и качества работы системы здравоохранения в стране является *степень удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи*. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) традиционно уделяет большое внимание этому критерию при оценке деятельности системы здравоохранения, ее «отзывчивости» на запросы населения [17].

Показатель получил название «отзывчивость системы», поскольку отражает реакцию системы здравоохранения, ее отзывчивость на запросы населения. Данный показатель дает возможность оценки деятельности организаций здравоохранения, конкретных действий медицинских работников, свидетельствует о характере личностных взаимоотношений между пациентом и ОЗ, врачом, медицинской сестрой, характеризует уровень требований пациентов [18].

Показатель отзывчивости системы здравоохранения на запросы населения предполагает оценку по следующим критериям:

– уважение человеческого достоинства;

– конфиденциальность;

– автономность процесса оказания/получения медуслуг с участием самого пациента;

– коммуникабельность врача;

– надлежащие условия оказания/получения медуслуг;

– время оказания/получения медуслуг;

– выбор поставщика медицинской услуги.

По результатам опроса эксперты ВОЗ сделали вывод о наиболее значимых для населения позициях:

– время (длительность) оказания/получения медуслуг;

– уважение человеческого достоинства потребителя медуслуг;

– право на неприкосновенность личной информации потребителя медуслуг;

– надлежащие условия оказания/получения медицинских услуг [1], [5].

В условиях современного здравоохранения уровень качества не является застывшей (постоянной) величиной, он изменяется. Появление новейшего современного оборудования позволяет диагностировать заболевания на ранних стадиях развития, тем самым сдвигая планку качества конечного результата вверх.

Обращаясь к триаде Донабедиана, можно сказать, что качество структуры (развитая материально-техническая база, современное оборудование, квалифицированный персонал, своевременное и полное ресурсное обеспечение) во многом определяет качество результата. Однако необходимо отметить, что прямой зависимости между количеством единиц оборудования, числом врачей, коек и смертностью, ожидаемой продолжительностью жизни не установлено.

Восприятие населением качества медицинских услуг зависит не только от результативности лечения, но и отношения к нему всего персонала лечебного учреждения. От культуры общения с пациентами, сложившейся в поликлинике, общей атмосферы в коллективе может зависеть как оценка пациентом уровня собственной удовлетворенности оказанными медицинскими услугами, так и, в конечном счете, частота обращения в данную организацию здравоохранения [6], [7].

На современном этапе развития здравоохранения такие факторы, как опыт врача, его отношение к пациенту, куда в большей степени влияют на конечный результат, чем качество структуры. Безусловно, проконтролировать соответствие эталону (стандарту) технологический аспект качества проще, чем измерить взаимоотношения врача и пациента, хотя эти контакты являются наиболее важным параметром при оценке качества медицинских услуг потребителем (пациентом) [4], [8].

По законам диалектики экстенсивное развитие не может быть бесконечным, оно имеет свои пределы и неизбежно должно перейти из количества в качество.

Стратегия развития здравоохранения Республики Беларусь связана с интенсивным путем развития охраны и улучшения здоровья, с моральными, этическими, кадровыми факторами и влечет за собой изменение системы показателей: экстенсивных (количественных) на интенсивные (качественные).

В практику здравоохранения должны войти индикаторы качества медицинских услуг. Этот переход не должен означать отказ от ко-

личественных показателей, так как, не имея статистических данных, мы не сможем дать качественную оценку объекта. Показатели оценки качества медицинских услуг могут и должны иметь количественную составляющую, но при этом отражать качественную характеристику объекта [16].

Измерить результат охраны и улучшения здоровья достаточно сложно, так как его качество зависит не только от эффективности деятельности системы здравоохранения, но и от многих других факторов – от уровня экономического и научно-технического развития страны, состояния окружающей среды, образа жизни населения и др. [11, с. 19].

Показатели оценки результатов деятельности организаций здравоохранения можно сгруппировать, выделив показатели обеспеченности и показатели деятельности [10, с. 498].

Показатели обеспеченности отражают, по сути, структурное качество (число врачей и медперсонала, количество единиц оборудования), т.е. оценивают качество созданных в организации здравоохранения условий для оказания медицинских услуг, стартовую площадку, которую можно грамотно и эффективно использовать, и наоборот.

Показатели деятельности характеризуют объем деятельности, эффективность работы ОЗ и стоят ближе к показателям качества, хотя и не отражают уровень здоровья населения (потребителя медицинских услуг).

Основной группой показателей, характеризующих качество медицинских услуг, являются показатели здоровья населения (заболеваемость, травматизм, инвалидность и т.д.), но они не учитывают факторы, оказывающие влияние на здоровье (образ жизни, санитарно-гигиеническая культура людей, состояние окружающей среды и др.). Необходимо переориентировать показатели, осуществив переход от негативных к позитивным, чтобы они давали характеристику не болезни, патологии, а состоянию здоровья. Показатели оценки обеспеченности и деятельности также должны присутствовать в алгоритме оценки качества медицинских услуг как способствующие обеспечению качества.

Набор показателей оценки качества должен включать максимально возможный (оптимальный) состав факторов, влияющих на конечный результат, учитывать их корректирующее воздействие. Определение оптимального круга показателей и факторов, влияющих на них, может решаться на уровне руководителя организации здравоохранения.

Для факторов, влияющих на уровень здоровья населения, устанавливают эталонные величины, ранжируют их путем социологического опроса потребителей медицинских услуг, определив наиболее важные (первостепенные). Например, в поликлиниках мы можем ввести показатели, позволяющие изучать уровень здоровья прикрепленного населения, а для оценки влияния факторов распределить обслуживаемое население по группам здоровья и проводить анализ их динамики.

Проводя оценку деятельности организаций здравоохранения по конечному результату, необходимо измерять эффективность и качество труда медицинских работников. Применяемые же сегодня показатели оценки деятельности ОЗ в большей степени характеризуют объем деятельности и произведенные затраты.

Если вернуться во времена плановой экономики, то можно вспомнить, как наши предприятия ударно выполняли и перевыполняли установленный план, не учитывая при этом интересов потребителей, спрос населения на товары, работы, услуги. Чтобы не повторять прошлых ошибок, необходимы показатели оценки качества результатов деятельности, качества медицинских услуг, ориентированные на потребителя (пациента). Нельзя «заготовить» услуги заранее, так сказать, впрок, а затем, с возникновением спроса, реализовать этот своеобразный товар [3].

Медицинская услуга отличается от других услуг случайностью характера наступления заболевания и, как следствие, случайным возникновением спроса [12, с. 207].

Основным конечным результатом деятельности в здравоохранении является здоровье человека, следовательно, и показатели должны быть ориентированы на потребителя медицинских услуг, с точки зрения которого одной из главных составляющих качества медицинских услуг является их адекватность – соответствие предъявляемым требованиям.

Качество медицинских услуг предполагает тесный контакт производителя с потребителем и включает:

- выявление потребностей населения (спроса);
- постановку задач для удовлетворения установленных потребностей;
- разработку алгоритма выполнения поставленных задач;
- назначение исполнителей поставленных задач [2].

В результате проведенного исследования автор пришел к следующим выводам:

1. Показатели должны носить не объемно-количественный, а качественный характер и ориентироваться в большей степени на потребителя медицинских услуг (пациента).

2. Показатели оценки качества результатов деятельности должны иметь позитивную направленность, т.е. проводить оценку не болезни (патологии), а уровня здоровья.

3. Показатели оценки качества конечного результата должны позволять диагностировать слабые места качества оказания медицинских услуг, вносить корректирующее воздействие.

4. Количество показателей оценки качества медицинских услуг должно быть оптимальным, а при необходимости изменяться в зависимости от масштаба проводимого анализа.

Автором предлагается:

1. Дополнить действующую методику оценки качества работы организаций здравоохранения показателем «удовлетворение спроса населения на медицинские услуги».

2. Учитывать, оценивая качество конечного результата деятельности организаций здравоохранения, показатели обеспеченности, характеризующие возможности и условия оказания медицинских услуг (карты оценки материально-технической базы организаций здравоохранения, их технической оснащенности, ресурсного обеспечения, численности и квалификации кадров и др.).

3. Применять показатели, характеризующие уровень здоровья населения, при оценке качества конечного результата деятельности в здравоохранении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипова, С.И. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси / С.И. Антипова, С.В. Горячева // Медицинские новости. – 2005. – № 2. – С. 54–56.
2. Вялков, А.И. Управление качеством в здравоохранении / А.И. Вялков // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. – №3. – С. 1–3.
3. Ворачек, Х. О состоянии «теории маркетинга услуг» / Х. Ворачек // Проблемы теории и практики управления. – 2002. – № 1. – С. 39.

4. Гройсман, В.А. Управление качеством медицинской помощи / В.А. Гройсман // Стандарты и качество. – 2004. – № 4. – С. 100–103.
5. Заборовская, И.Г. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как важный критерий повышения качества медицинской помощи / И.Г. Заборовская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – № 4. – С. 39–43.
6. Капилевич, Л. Менеджмент качества медицинских услуг / Л. Капилевич // Стандарты и качество. – 2001. – № 2. – С. 76–78.
7. Колыхалова, Г.А. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Г.А. Колыхалова // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 32–35.
8. Мыльникова, И.С. Управление качеством медицинской помощи – это интересно / И.С. Мыльникова // Качество медицинской помощи. – 2001. – № 2. – С. 25–26.
9. Семенов, В.Ю. Экономика здравоохранения: учеб. пособие (Кн. 2) / В.Ю. Семенов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 472 с.
10. Управление и экономика здравоохранения: учеб. пособие / А.И. Вялков и [и др.]; под ред. А.И. Вялкова. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2009. – 664 с.
11. Шишкин, С.В. Экономика социальной сферы / С.В. Шишкин. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – 364 с.
12. Экономика здравоохранения / А.В. Решетников [и др.]; под общ. ред. А.В. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2003. – 272 с.
13. Donabedian, A. The Quality of Medical Care / A. Donabedian. – Science 200, 1978. – P. 856–864.
14. Donabedian, A. Methods for Deriving Criteria for Assessing the Quality of Care / A. Donabedian // Medical Care Review, 1980. – P. 653–698.
15. Donabedian, A. // MMFQ, 1966. Vol. 44. – P. 166–206.
16. Mayer-Oakes, S. A. Developing indicators for the Medicare Quality Indicator System (MQIS): challenges and lessons learned Текст. / S. A. Mayer-Oakes, C. Barnes // Jt. Comm. J. Qual. Improv. 1997. – Vol. 23. – P. 381–390.
17. <http://ru.wikipedia.org>.
18. <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do>.