

Координаты для связи с авторами: *Кораблев Владимир Николаевич* – д-р мед. наук, канд. экон. наук, профессор, зав. кафедрой экономики и управления на предприятии здравоохранения ДВГМУ, тел. +7-914-197-20-83, e-mail: korablevvn@gmail.com.



УДК 614.2

В. Н. Кораблев, Е. Л. Дементьева

СИСТЕМА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, Хабаровск,
ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

В статье рассматриваются проблемы, связанные с системой показателей и их индикаторов результативности и эффективности медицинской помощи в здравоохранении как основных критериев ее качества и доступности. Авторы выделяют четыре уровня эффективности: федеральный, субъекта федерации, медицинской организации и персональный. Установлено, что на всех уровнях в условиях действующего законодательства по здравоохранению показатели и индикаторы результативности и эффективности медицинской помощи либо отсутствуют, либо представлены в ограниченном перечне, что не позволяет в полном объеме оценить качество и доступность медицинской помощи.

Ключевые слова: здравоохранение, оценка результативности и эффективности, качество медицинской помощи.

V. N. Korablev, E. L. Dementeva

SYSTEM OF INDICATORS OF MEDICAL CARE EFFICIENCY ASSESSMENT

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Resume

The article covers the problems connected with the system of indicators of productivity and efficiency of medical care in health care as the main criteria of its quality and accessibility. The authors consider four levels of efficiency: federal, subject of federation, medical organization and personal. It is established that at all levels under current legislation on health care, parameters and indicators of productivity and efficiency of medical care are either absent, or presented in a limited list that doesn't let estimate medical care in full quality and accessibility.

Key words: health care, productivity and efficiency assessment, quality of medical care.

На протяжении многовековой истории развития как зарубежного, так и отечественного здравоохранения качество медицинской помощи оставалось актуальной и сложной проблемой, решение которой определялось соответственно проводимой в каждой стране политике в организации медицинской помощи населению [1].

Наиболее распространенное определение понятия сформулировано Всемирной организацией здравоохранения. Качество медицинской помощи – это свойство взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией профессионала, т.е. его способность выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать объективные условия удовлетворенности пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой (врачом, отделением, медицинским учреждением) [3].

Таким образом, для определения качества оказанной медицинской помощи рекомендовано учитывать

четыре основных компонента: соблюдение медицинских технологий (выполнение врачебного процесса), оптимальность использования ресурсов, риск травм и заболеваний в результате медицинского вмешательства, удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 2 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.

Для оценки качества медицинской помощи используется многоуровневая система целевых показателей и индикаторов. Основу этой системы заложили Указы Президента РФ от 28.06.2007 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», от

28.04.2008 № 607 «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов», от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

В условиях современного законодательства по здравоохранению можно выделить четыре уровня оценки эффективности:

Федеральный уровень. Система оценок эффективности системы здравоохранения отражена в разделе VIII Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 № 932 (далее – Программа государственных гарантий). Однако данный раздел устанавливает только показатели доступности и качества медицинской помощи без индикаторов. Эта проблема решена в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 № 294.

Обращает на себя внимание, что в Программе государственных гарантий и Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» перечень показателей по оценке эффективности здравоохранения не совпадает, а в Программе государственных гарантий, утвержденной на три года (2014–2016), отсутствуют целевые индикаторы эффективности, что, в свою очередь, исключает целеполагание и не позволяет оценить как медицинскую результативность, так и экономическую эффективность здравоохранения. Ресурсы будут потрачены, но какой при этом должен быть достигнут результат?

Следует также отметить, что ответственность за исполнение Программы государственных гарантий несет Минздрав России, а Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» имеет межведомственный статус. Исключение из Программы государственных гарантий целевых индикаторов оценки эффективности здравоохранения означает, что Минздрав России отвечает за процесс оказания медицинской помощи, но не за результат медицинской помощи.

Субъект федерации. В Приложении № 3 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной Постановлением Правительства Хабаровского края от 24 декабря 2013 № 452пр, определены показатели и индикаторы доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы государственных гарантий на территории Хабаровского края. Данные показатели по перечню полностью соответствуют Программе государственных гарантий, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации. Индикаторы данных показателей отражают в среднесрочной (3 года) перспективе целеполагание органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Сведения о показателях (индикаторах) государственной программы Хабаровского края «Развитие

здравоохранения Хабаровского края», принятой Постановлением Правительства Хабаровского края от 22.10.2013 № 350-пр «О государственной программе Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края», даны в приложении № 1 и рассчитаны до 2020 года. Данные показатели по перечню полностью соответствуют Государственной программе «Развитие здравоохранения», но имеют свои территориальные индикаторы.

Медицинские организации. Организацию проведения независимой оценки качества в субъекте Российской Федерации регламентирует Приказ Минздрава России от 31.10.2013 № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» (вместе с «Методическими рекомендациями по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»). Независимую оценку качества в субъекте Российской Федерации осуществляет орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, осуществляющий функции и полномочия учредителя организаций.

Анализ предложенного в приказе перечня целевых показателей свидетельствует о том, что они отражают преимущественно доступность и удовлетворенность пациента. Вместе с тем, в них отсутствуют показатели и индикаторы, отражающие медицинскую результативность и экономическую эффективность.

Для проведения независимой оценки качества медицинских организаций в амбулаторных и стационарных условиях приказом Минздрава России № 810а рекомендуется использовать показатели качества работы медицинских организаций, характеризующие:

- 1) открытость и доступность информации о медицинской организации;
- 2) комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья;
- 3) время ожидания в очереди при получении медицинской услуги;
- 4) доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации;
- 5) удовлетворенность качеством обслуживания в медицинской организации.

Проблему оценки медицинской результативности частично решает Приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 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»).

В соответствии с данным приказом к целевым показателям оценки деятельности врача относятся:

- 1) осложнение основного заболевания (количество пациентов с осложнением от общего количества пациентов);

2) расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов;

3) соблюдение норм медицинской этики и деонтологии;

4) обоснованные жалобы (рассмотрение врачебной комиссии);

5) дефекты в оформлении медицинской документации.

К целевым показателям оценки эффективности деятельности среднего медицинского персонала стационара относятся:

1) своевременность и полнота выполнения врачебных назначений;

2) соблюдение правил получения учета и хранения медикаментов и расходных материалов;

3) соблюдение санитарно-эпидемиологического режима;

4) соблюдение норм медицинской этики и деонтологии.

Вместе с тем данный приказ не содержит показатели, характеризующие 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.

Кроме того, приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421 даже не содержит упоминания о порядках и стандартах медицинской помощи, что противоречит ч. 2 ст. 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, которая гласит: «Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Следует также отметить, что Программа государственных гарантий и Территориальные программы государственных гарантий, 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 основной, 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 исследования показали, что в Соглашении о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Хабаровского края на 2014 год (далее – Соглашение) и на сайтах медицинских организаций Хабаровского края в настоящее время отсутствуют качественные показатели, которые характеризуют оценку медицинской результативности и экономической эффективности всей организации и тем более ее структурных подразделений.

Так, в Порядке оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Соглашения, устанавливается ряд количественных критериев оценки эффективности амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой по подушевому принципу финансирования [2]. К ним отнесены:

1) число случаев госпитализации в круглосуточный стационар;

2) число вызовов скорой медицинской помощи;

3) выполнение планового задания по оказанию неотложной медицинской помощи;

4) выполнение планового задания по диспансеризации отдельных групп взрослого населения;

5) количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной программы.

Цель данных показателей – перераспределить объемы медицинской помощи с дорогостоящего стационарного этапа на амбулаторный, чтобы уменьшить расходы на здравоохранение.

Аналогичная ситуация и по количественным критериям оценки эффективности скорой медицинской помощи, оказываемой по подушевому принципу финансирования, которые нацелены на уменьшение объемов дорогостоящей скорой медицинской помощи.

В качестве примера для стационара и поликлиники всего учреждения и его структурных подразделений мы предлагаем следующие показатели.

Показатели, отражающие эффективность деятельности амбулаторно-поликлинической помощи:

- количество посещений на одного жителя (абс.);
- активность посещений на дому (в %);
- полнота охвата профилактическими осмотрами (в %);
- охват населения от плана, осмотренного с целью выявления заболевания (туберкулез, новообразования и др.) (в %);
- полнота охвата населения диспансерным наблюдением (в %);
- своевременность взятия больных на диспансерный учет;
- число случаев временной нетрудоспособности (на 100 работающих);

- процент больных, переведенных на инвалидность;
- удельный вес эффективно законченных случаев (в %);
- отсутствие обоснованных жалоб пациентов.

Показатели, отражающие эффективность деятельности в условиях хирургического стационара:

- Хирургическая активность (в %) .
- летальность (в %);
- осложнения (в %);
- удельный вес эффективно законченных случаев (в %);
- соответствие клинического и патологоанатомического диагнозов (в %);
- отсутствие обоснованных жалоб пациентов.

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

Анализ должностных инструкций ряда медицинских организаций министерства здравоохранения Хабаровского края показал, что до настоящего времени в них отсутствуют показатели эффективности деятельности работника. Вероятно, данная проблема будет решена в ходе перехода на эффективный контракт.

В свою очередь, предлагаем следующие показатели, отражающие эффективность деятельности работника медицинской организации, исходя из их функций.

Показатели, отражающие эффективность деятельности врача:

- отсутствие обоснованных жалоб;
- отсутствие замечаний по нарушению трудовой дисциплины;
- отсутствие замечаний по ведению медицинской документации;
- выполнение приказов и распоряжений, регламентирующих лечебно-диагностический процесс;
- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

Показатели, отражающие эффективность деятельности медицинской сестры:

- выполнение норм и правил санитарно-эпидемиологического режима;
- соблюдение технологии выполнения манипуляций.
- своевременность выполнения врачебных назначений;
- своевременная подготовка пациентов к различным видам исследований;
- учет, хранение и использование лекарственных средств, предметов медицинского назначения;
- отсутствие замечаний по заполнению историй болезни и другой медицинской документации;
- соблюдение медицинским персоналом техники безопасности;
- соблюдение правил этики и деонтологии.

Таким образом, анализ нормативных правовых актов по здравоохранению свидетельствует о том, что до настоящего времени отсутствует многоуровневая интегрированная система показателей и их индикаторов, позволяющая оценить медицинскую результативность и экономическую эффективность системы здравоохранения, медицинской организации, ее структурных подразделений и отдельного работника, включая немедицинский персонал, что не позволяет провести полноценную экспертизу качества медицинской помощи.

Данный факт свидетельствует о системных проблемах в управлении как системой здравоохранения, так и медицинскими организациями в первую очередь в части целеполагания, план-фактного анализа и принятия управленческих решений

Для решения данной проблемы органам управления здравоохранением и медицинским организациям можно рекомендовать разработку локальных нормативных актов, содержащих систему целевых показателей и их индикаторов для оценки медицинской, экономической и социальной эффективности медицинской организации в целом, ее структурных подразделений, включая немедицинский персонал и отдельных специалистов. Эти показатели должны найти отражение в регламенте деятельности медицинской организации, положении о структурном подразделении и должностной инструкции.

Литература

1. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Методические рекомендации № 2002/92: утв. Минздравом РФ 09.10.2002. – М.: НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И. М. Сеченова МЗ РФ, 2002.

2. Порядок оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Приложение № 9 к Соглашению о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхо-

ванию на территории Хабаровского края на 2014 год от 27.12.2013. – Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования. – Режим доступа: <http://www.khfoms.ru/contents/page/339> (дата обращения 14.06.2014).

3. Шоу Ч. Д., Кало И. Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2001. – 67 с. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/iris/ru> (дата обращения 14.06.2014).

Literature

1. Medical service quality management in multi-faceted medical centers. Methodological recommendations № 2002/92 authorized by the Ministry of Health of Russian

Federation 09.10.2002. – М.: Research Institute of Public Health and Public Health Management at I. M. Sechenov MMA Ministry of Health of Russian Federation, 2002.

2. On terms of payment of medical aid, under render of territorial program of Compulsory Medical Care Insurance. Exhibit 9. On agreement of tariff terms of payment of medical aid on Compulsory Medical Care Insurance on the territory of Khabarovskiy krai on 2014 from 27.12.2013 // Khabarovsk

krai Compulsory Medical Care Insurance Fund – Access mode: <http://www.khfoms.ru/contents/page/339>.

3. Shou Ch. D., Kalo I. A background for national quality policies in health systems // WHO European regional bureau– 2001. – P. 67 –<http://www.euro.who.int/iris/ru> (14.06.2014) .

Координаты для связи с авторами: *Кораблев Владимир Николаевич* – д-р мед. наук, канд. экон. наук, профессор, зав. кафедрой экономики и управления на предприятии здравоохранения ДВГМУ, тел. +7-914-197-20-83, e-mail: korablevvn@gmail.com; *Дементьева Елена Леонидовна* – старший преподаватель кафедры экономики и управления на предприятии здравоохранения ДВГМУ, тел. +7-962-286-13-24, e-mail: elenadementjeva@gmail.com.



УДК 618.3+616-053.3]:614.2

В. С. Ступак¹, Е. В. Подворная², О. М. Филькина³

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

¹Перинатальный центр МЗ Хабаровского края, 680080, ул. Истомина, 85,
тел. 8-(4212)-45-40-03, e-mail: perinatalcenter@rambler.ru;

²Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения МЗ Хабаровского края,
680009, ул. Краснодарская, 9, тел. 8-(4212)-72-87-15, e-mail: rec@ipksz.khv.ru, г. Хабаровск;

³Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова,
153045, ул. Победы, 20, тел. 8-(4932)-33-62-63, e-mail: ivniimid@ivnet.ru, г. Иваново

Резюме

В статье представлены новые подходы оказания своевременной междисциплинарной помощи детям со сложными нарушениями здоровья и развития, связанными с перинатальной патологией, включающей медико-социальный и психолого-педагогический компоненты. Проведен анализ роста числа детей, родившихся с перинатальной патологией, с целью выявления необходимости оказания своевременной комплексной помощи детям со сложными нарушениями здоровья и развития. Доказана необходимость формирования организационно-функциональной модели медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям первого года жизни с перинатальной патологией. Представлены результаты разработки, апробации и внедрения инновационной технологии комплексного сопровождения детей с перинатальными поражениями, доказана эффективность разработанной организационно-функциональной модели междисциплинарной помощи детям первого года жизни.

Ключевые слова: междисциплинарная помощь, организационно-функциональная модель, технология медико-социального и психолого-педагогического сопровождения, дети первого года жизни, перинатальная патология.

V. S. Stupak¹, E. V. Podvornaya², O. M. Filkina³

MODERN APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF INTERDISCIPLINARY AID TO FIRST YEAR OF LIFE CHILDREN WITH PERINATAL PATHOLOGY

¹Perinatal center of Ministry of Health of Khabarovsk Krai;

²Postgraduate Institute for Public Health Workers, Khabarovsk;

³The Ivanovo research institute of a maternity and the childhood of V. N. Gorodkov, Ivanovo

Summary

The article presents new approaches to provision of timely multidisciplinary care for children with complex health problems and development associated with perinatal pathology, including medical and social, psychological and educational components. The growth in the number of babies born with perinatal pathology was analyzed to identify the need to provide timely comprehensive care for children with complex health and development problems. The necessity of forming the organizational and functional model of medical and social, psychological and educational assistance to the children of the first year of life with perinatal pathology is discussed. The results of development, testing and implementation of innovative technology for integrated support for children with perinatal lesions proved the effectiveness of the developed organizational and functional model of multidisciplinary care for children of the first year of life in the prevention of perinatal pathology and correction of development.