

# Качество в современной медицине

Дьяченко В.Г.

## Рецензенты:

- доктор медицинских наук, профессор М.Ф. Рзынкина
- доктор медицинских наук, профессор А.И. Авдеев

В основу монографии легли итоги научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, проведенных в рамках деятельности научно-исследовательской лаборатории общественного здоровья и организации здравоохранения ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава в 2000-2006 гг.

Автором проведен анализ современных подходов к управлению качеством в современной медицине, предпосылок формирования системы TQM в условиях реформирования здравоохранения, стратегии ее функционирования в условиях рынка. Рассмотрены позиции, способствующие всеобщему управлению качества и применения статистических и организационных инструментов менеджмента качества. Рассмотрены индустриальные модели обеспечения качества в виде органической взаимосвязи структуры, процесса и результата и вероятные возможности применения при производстве медицинских услуг.

Современное ЛПУ представляется автором в виде сложной системы, предопределяющей взаимодействие персонала, информационных потоков, фармацевтической продукции, а также современных приборов, оборудования и правил проведения диагностических и лечебных процедур. Для достижения высоких результатов качества эти сложные элементы системы должны быть соответственно скоординированы. Управление взаимодействием этих элементов и процессов наиболее трудная, но вместе с тем и определяющая задача в системе организации управления качеством медицинской помощи.

УДК 610.2:65.018

ББК 51.1(2)2

Д 937

© Дьяченко, В.Г. 2007

© ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава, 2007

*Моим учителям и коллегам, врачам-педиатрам милостью божьей, спасшим тысячи и тысячи жизней*

*Г.С. Постолу, Н.П. Овчинниковой, Э.Ф. Филоновой, Л.А. Болоняевой, Е.Г. и Л.Г. Мережко*

Издательство ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава, 2007

## **Оглавление**

- [Список аббревиатур](#)
- [Предисловие](#)
- [От автора](#)
- [Введение](#)
- [Глава 1. Качество и эффективность – объективная потребность развития производства медицинских услуг](#)
- [Глава 2. Информационные проблемы обеспечения качества медицинской помощи населению и системный анализ](#)
- [Глава 3. Экспертные оценки как один из перспективных методов оценки качества медицинской помощи](#)
- [Глава 4. Основы оценок эффективности затрат при производстве медицинских услуг](#)
- [Глава 5. Стандартизация медицинской помощи населению](#)
- [Глава 6. Состояние системы обеспечения качества медицинской помощи в отрасли здравоохранения](#)
- [Глава 7. Врачебные ошибки](#)
- [Глава 8. Предпосылки внедрения перспективной модели управления качеством и эффективностью медицинской помощи в условиях рынка](#)
- [Глава 9. На пути к решению проблем внедрения идеологии TQM в медицине Дальнего Востока России](#)
- [Заключение](#)
- [Библиография](#)

## **Список аббревиатур**

ВБИ внутрибольничные инфекции

ВВП внутренний валовой продукт

ВОЗ всемирная организация здравоохранения

ВОП врач общей практики

ДВФО Дальневосточный федеральный округ

ДМС добровольное медицинское страхование

ЕТС Единая тарифная сетка

ISO (ИСО) Международная организация стандартизации

КМП качество медицинской помощи

КСГ клинико-статистические группы

КЭС клинико-экономический стандарт

ЛПУ лечебно-профилактическое учреждение

МЗ ХК министерство здравоохранения Хабаровского края

МКР модель конечных результатов

МУЗ муниципальное управление здравоохранения

НИОКР научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы

ОМС обязательное медицинское страхование

ПГГ программа государственных гарантий

ПМСП первичная медико-санитарная помощь

РФ Российская Федерация

СКПП статистический контроль производственного процесса

СМО страховая медицинская организация

СМП скорая медицинская помощь

СНиП строительные нормы и правила

TQM всеобщее управление качеством

УКЛ уровень качества лечения

ФАП фельдшерско-акушерский пункт

ЦРБ Центральная районная больница

## **Предисловие**

Российское государство, за многие века привыкшее считать и использовать жизни своих граждан не единицами, а миллионами, продолжает экономить средства на их здоровье. Людей постепенно приучают везде и за все платить, причем платить и за медицинскую помощь по-прежнему негарантированного качества. Важность вопросов обеспечения качества в современной медицине объясняется, прежде всего, ухудшением в последние годы показателей здоровья россиян. Переход к

рыночным отношениям с присущей переходному периоду экономической нестабильностью и обострившимся дефицитом финансовых ресурсов тяжелой ношей лег на систему здравоохранения. Перестали обновляться и поддерживаться основные фонды муниципальных ЛПУ, резко снизилось финансирование технологических процессов, стали сворачиваться программы профилактики, заметно ухудшила свои параметры система подготовки и переподготовки кадров и т.п.

Если о ситуации в отечественной медицине говорить беспристрастным языком цифр, то окажется, что в нашей стране - одной из богатейших государств планеты, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на первом месте в мире. А за время политических, экономических и социальных реформ последних десятилетий по уровню состояния здоровья населения и развития медицины (данные Всемирной организации здравоохранения) Россия с 26 места в доперестроечный период переместилась на 131 место в мире.

Дальний Восток России в течение всей своей истории развития представлял средоточие проблем как социально-экономического, так и климатогеографического характера, что обуславливало перекосы развития региона в сторону добывающих отраслей промышленности, военно-промышленного комплекса в ущерб развитию социальной инфраструктуры, в том числе и здравоохранения. Эти и другие проблемы не могли не повлиять на уровень качества медицинского обслуживания пациентов. Население региона, привыкшее за последние годы к снижению качества товаров и услуг, достаточно болезненно воспринимает недостаточный уровень развития медицины. Надежды на введение в стране системы медицинского страхования и последующего повышения качества и доступности медицинской помощи, особенно на муниципальном уровне, к сожалению, не оправдались.

Методологические аспекты качества и эффективности медицинской помощи весьма актуальны сегодня в связи с требованиями общественности по справедливому распределению медицинских услуг надлежащего качества, обеспечению доступности «бесплатной» медицинской помощи, а также недостатками финансирования, планирования системы здравоохранения в целом, преимущественным развитием лечебных служб отрасли в ущерб профилактическим. В условиях ограничения финансовых ресурсов для функционирования медицинских учреждений, внедрение ресурсосберегающих организационных технологий оказания медицинской помощи напрямую связано с многими аспектами управления качеством, однако, эти аспекты никогда не находились в центре внимания общественности, а рассматривались как функциональные составляющие отрасли здравоохранения.

Жизнь и здоровье каждого гражданина не только в его собственных руках, но и в руках государства. Именно в задачу последнего входит создание системы своевременной, доступной диагностики и реальной помощи хотя бы при трех самых частых и реально угрожающих жизни ситуациях — ишемической болезни сердца, новообразованиях и инсультах. Нас слишком долго дезориентировали, объясняя, что рядовым гражданам экономически развитых капиталистических стран приходится платить за обследования и операции огромные деньги. Представляя все так, чтобы наши сограждане, получая запоздалую и довольно часто медицинскую помощь низкого уровня качества, были уверены, что их «товарищ по несчастью» за границей и того не имеет. На самом деле все давно не так. В экономически развитых странах уже многие десятилетия работает эффективная, открытая и честная

система медицинского страхования и государственной поддержки каждого нуждающегося.

Сегодня следует честно признать, что уровень грамотности пациента определяет уровень развития здравоохранения, а не наоборот. Именно по этой причине так отличается ветеринария от современной, вызывающей глубочайшее уважение отечественной медицины «с человеческим лицом». Двигаться со 131 места в мире на первое по собственной инициативе наше здравоохранение пока не торопится. С другой стороны, было бы неправильным не видеть усилий президента и правительства России по реализации национального проекта «ЗДОРОВЬЕ» с реальным финансированием, отработанной технологией управления и контроля. Результаты инновационных проектов уже в 2007 году почувствовало большинство дальневосточников - на много лет пустовавших участках появились постоянные участковые врачи и патронажные медицинские сестры, обозначились тенденции к сокращению очередей в муниципальных поликлиниках, однако, до полной победы пока ещё очень далеко.

Главной проблемой сегодняшнего дня является проблема качества в современной медицине, а ведущим недостатком переходного периода в этом плане стало поддержание некоторыми органами управления здравоохранением территориального уровня неконкурентной, монополистической среды в сфере производства медицинских услуг.

Настоящую монографию, базирующуюся на проведенных автором, его коллегами и учениками комплексных научных исследованиях и значительном опыте управления, следует расценивать как один из шагов, направленных на внедрение системы непрерывного управления качеством и решение данной многосложной проблемы отечественной медицины.

*Председатель Дальневосточного научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН*

*Б.И. Гельцер*

## **От автора**

Более четверти века работы врачом-педиатром в различных лечебно-профилактических учреждениях Дальнего Востока в сочетании с работой консультанта в бюро судебно-медицинской экспертизы, последующая деятельность

в системе ОМС, органах управления здравоохранения регионального уровня и многолетние научные исследования по проблеме управления производством медицинских услуг так и не дали мне исчерпывающего ответа на вопрос: «Почему нам не удастся обеспечить приемлемого уровня качества медицинской помощи пациентам?».

Сегодня с достаточной долей объективности мы можем назвать несколько очевидных проблем, решение которых позволило бы обеспечить производство медицинских услуг высокого уровня. В частности это:

- новые формы организации и управления деятельностью ЛПУ,
- методы контроля качества,
- автоматизация технологических процессов.

Видимая простота такого подхода к решению проблем качества в медицине наталкивается на то, что, к сожалению, автоматизация производства и внедрение новейших технологий обеспечивают ощутимый выигрыш в качестве услуг только в тех случаях, когда решены проблемы управленческого характера. Но как раз это и является «камнем преткновения» для отечественной системы здравоохранения.

Во-первых, подавляющим числом ЛПУ региона управляют специалисты, имеющие медицинское образование, но не имеющие менеджерской подготовки, что изначально ставит под сомнение возможность решения проблемы формирования новых форм организации и управления деятельностью медицинских учреждений, где основой новой философии управления является нацеленность на решение проблемы качества.

Во-вторых, сегодня во всем мире признано аксиомой, что обеспечить высокий и стабильный уровень качества путем организации его контроля специально учрежденными для этого службами невозможно. Нужный результат может быть получен лишь за счет самостоятельного контроля качества непосредственного исполнителя, т.е. путем развития самоконтроля медицинских работников.

В-третьих, в ЛПУ должны быть устранены силы, препятствующие распространению новой философии управления качеством. Это, прежде всего среднее звено управления в отрасли здравоохранения – различные контрольные и инспекторские службы. Грядущий переход к идеологии самоконтроля автоматически ликвидирует значительное число должностей, как в ЛПУ, так и в структурах муниципального и регионального управления здравоохранением, чиновников, в том числе и т.н. контролеров (экспертов). Эти «специалисты», привыкшие к административно-командным методам работы, весьма болезненно переживают необходимость отказа от них и смене места работы.

К сожалению, в условиях формирующегося рынка медицинских услуг большинство специалистов по управлению в здравоохранении РФ с каким-то невыносимым упорством продолжают отстаивать принципы управления, которые показали свою неэффективность еще в системе управления отраслями народного хозяйства бывшего СССР. Опыт экономически развитых стран мира последних лет убедительно показал, что чисто административными мерами или только экспертными средствами контроля эффективно решать проблему качества не удается.

Годы, прошедшие со времени издания моей предыдущей книги по этой тематике, НИОКР проведенные по управлению КМП в рамках программы работы Научно-исследовательской лаборатории общественного здоровья и организации здравоохранения ДВГМУ, дискуссии с коллегами по управлению качеством в различных ЛПУ Дальнего Востока России и за рубежом указывают на острую необходимость обобщения итогов исследований последних лет.

На протяжении длительного периода, затраченного на подготовку этой публикации, многие мои коллеги вносили важные критические замечания, стимулировали совершенствование программ подготовки специалистов по управлению КМП. Я хотел бы выразить особую признательность коллегам, которые поддерживали во мне желание завершить начатое.

Неоценимую помощь оказал академик РАМН, проф. А.И. Вялков с его оригинальным пониманием глубинных процессов реформирования отечественного здравоохранения, рыночных механизмов реформ и оказавшимися весьма точными прогнозами развития отрасли в XXI веке. Совместная работа с этим неординарным человеком и крупным ученым позволила мне приобрести устойчивость к жизненным невзгодам и катаклизмам.

Продуктивная работа с член.-корр. РАМН, проф. В. О. Щепиным в течение нескольких лет по вопросам обеспечения качества медицинской помощи женщинам и детям на Дальнем Востоке России дали толчок для научного обоснования Концепции охраны здоровья матери и ребенка в субъекте РФ с низкой плотностью населения.

Коллеги из Кентуккского университета (США) Thomas C. Robinson, Joel M. Lee, Steven Fleming, Thomas W. Samuel оказали большую помощь в понимании рыночной концепции обеспечения качества и убедили меня в том, что производство медицинских услуг следует рассматривать под иным углом зрения, чем это ранее рассматривалось в России, т.е. в первую очередь с позиции удовлетворения потребностей пациентов. Я благодарен Агентству по международному развитию США, позволившему мне и моим коллегам реализовать совместные образовательные программы со специалистами из Кентуккского университета (AUPHA/IREX/USAID 1995-1998 гг.) и ознакомиться с различными аспектами управления качеством медицинских услуг за рубежом. Результаты последующих исследований по проблеме управления качеством производства услуг в коммерческой стоматологии Дальнего Востока подтвердили жесткие рыночные критерии моих коллег из США.

Большое влияние на мои взгляды по обеспечению качества медицинских услуг оказала стажировка в Венской объединенной больничной кассе (Австрия), общение с сотрудниками федерального министерства здравоохранения и защиты потребителей, возглавляемого д-ром Кристой Кламмер, дискуссии с доктором Эугеном Хауке, научным руководителем междисциплинарной рабочей группы института им. Людвига Больцмана по организации больничного дела в Вене и знакомство с результатами его исследований по управлению качеством в здравоохранении.

Многочисленные дискуссии по проблемам внутриведомственной экспертизы с опытными специалистами по управлению здравоохранением в Хабаровском крае – Т. И. Поляковой, О.Н. Таенковой, В.И. Сысоевой, Приморском крае – Б.И.



Гельцером, С.В. Юдиным, В.Н. Приходько, Республике Саха (Якутия) – И.Я. Егоровым, В.Л. Александровым, П.П. Желобцовым помогли мне внести определенные коррективы в вопросы управления КМП в многопрофильных стационарах.

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ профессор Н. А. Капитоненко, а так же профессора В.Б. Пригорнев и Л.В. Солохина ознакомившись с рукописью на ранней стадии, дали принципиально важные оценки системам управления КМП в различных субъектах РФ ДВФО и высказали ряд замечаний по содержанию отдельных разделов книги.

Эксплуатация разработанной системы вневедомственной медико-экономической экспертизы качества и доступности медицинской помощи на региональном уровне, реализованная сотрудниками Хабаровского краевого фонда ОМС Л. К. Потелицыной и В. А. Свистуновым, позволили уточнить оценочные критерии работы отделов территориальных фондов ОМС по защите прав застрахованных.

Позволю себе высказать искреннюю признательность и благодарность моим коллегам и ученикам: главному врачу МУЗ Городская детская больница г. Комсомольска-на-Амуре, к.м.н. О.А. Горлач, главному стоматологу Хабаровского края, к.м.н. С.А. Галеса, акушеру-гинекологу НУЗ Дорожная больница ст. Хабаровск 1, ДВЖД, к.м.н. В.А. Пушкарь, начальнику отдела учебного планирования и контроля ДВГМУ, к.м.н. И.А. Пчелиной, заместителю начальника 301 Окружного военного клинического госпиталя, к.м.н. П.А. Кривоногову и многим другим, осуществившим исследования по проблемам управлением качеством производства медицинских услуг по тематическому плану Научно-исследовательской лаборатории общественного здоровья и организации здравоохранения ДВГМУ, а так же врачам-экспертам территориальных фондов ОМС Дальнего Востока за многолетнюю совместную работу.

## **Введение**

*Все достижения отечественной медицины мы видим по телевизору, а все ее дефекты скрывает «мать сырая земля».*

## *Налогоплательщик*

Сложная социально-экономическая ситуация на Дальнем Востоке России в начале XXI века, обусловленная недостаточными темпами экономического развития, неадекватной тарифной политикой естественных монополий, инфляционными процессами, дефицитом бюджетов всех уровней, кризисом всего регионального хозяйства, стала одной из причин существенного ухудшения состояния здоровья населения.

Изменения в отрасли здравоохранения, происходящие в течение нескольких последних лет, производят двойственное впечатление. С одной стороны, в отрасли продолжаются реформы в виде реструктуризации коечного фонда лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), внедрения стационарозамещающих технологий, политики ресурсосбережения, плановой замены устаревшего медицинского оборудования и т.п. С другой стороны, большинство этих мер осуществляется на уровне первичной медицинской помощи - муниципальных больниц и поликлиник, не затрагивая высокочрезвычайные, продолжающие работать неэффективно, многопрофильные областные (краевые) и ведомственные стационарные учреждения, где формируется основная часть ресурсопотребления отрасли региона в целом. В этом плане пока никак не прослеживается роль собственников больниц. А кто, как не собственник, должен быть заинтересован в эффективности использования основных производственных фондов отдельных ЛПУ и ресурсной базы отрасли в целом?

Большинство ЛПУ находится в собственности муниципальных органов власти, а относительно небольшое количество находится в собственности региональных органов власти или принадлежит ведомствам, акционерным обществам и т.п. Государственные (муниципальные) ЛПУ продолжают управляться «традиционным» образом, когда отсутствует увязка затрат с результатами работы. Очевидно, что это противоречит духу рыночных реформ в России, в рамках которых интегрированная модель здравоохранения должна быть заменена на договорные отношения между отдельным «покупателем» и «производителем» услуг. На деле, разделения на покупателей и производителей еще почти не существует, и лишь небольшое количество медицинских учреждений выступают в роли конкурирующих друг с другом независимых или самоуправляемых организаций, при этом их выживание не связано с существованием единственного покупателя, монополизирующего рынок. Кроме того, существующие производители услуг зачастую выигрывают от монопольного положения в большинстве муниципальных образований территорий ДВФО, поскольку им не приходится действовать в условиях конкурентного рынка.

Результаты НИОКР по вопросам здравоохранения 2000 - 2006 гг. говорят о том, что в настоящее время, как в регионе в целом, так и в отдельных муниципальных образованиях в частности, реализуются медицинские услуги преимущественно затратного характера. Отрасль здравоохранения ДВФО характеризуется дефицитом финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и высоким уровнем износа основных производственных фондов учреждений здравоохранения, что отрицательно сказывается на качестве медицинских услуг.

Когда пациент заходит в кабинет врача и дверь за ним закрывается, то даже у самого усталого врача и самого искушенного пациента щелчок дверного замка означает формирование своеобразных отношений и создание особого

привилегированного пространства. В нем могут возникнуть доверие и недоверие, может произойти открытие тайны или ее сокрытие, пролиться слезы или лица врача и пациента озарятся улыбкой, могут быть обнаружены и решены проблемы и т.п. Как правило, в этой ситуации от одного человека, т.е. от пациента к врачу и наоборот, может передаваться самая деликатная и важная информация. Врач, пациент и общество уже давно договорились о создании этого привилегированного пространства, потому что оно, в конечном итоге, нужно всем нам, и потребителям, и производителям медицинских услуг и обществу в целом.

Однако ни одна дверь не закрывается настолько плотно, чтобы отгородить врача и пациента от перемен. Они могут требовать конфиденциальности общения, но они не могут быть уверены в изоляции от перемен последних десятилетий, произошедших в российском обществе и отечественной медицине. Реальность, какой бы непривычной она ни была, проникает в кабинет врача извне. Качественная медицинская помощь в России становится все дороже и дороже, похоже, что термин «бесплатное здравоохранение» остался во временном промежутке XX века. В этой связи налогоплательщики все чаще и чаще спрашивают у властных структур, медицинских работников и юристов, особенно после повторного прочтения 41 статьи Конституции РФ, что же происходит?

Общественность и отдельные пациенты, настроенные на подозрительность телепередачами и газетными статьями о небрежном лечении и своим собственным опытом общения с вечно спешащими, «бесчувственными медицинскими системами», приходят к врачам, ранее пользовавшимся их доверием, с нарастающим чувством замешательства и нерешительности.

В сегодняшнем российском обществе, где разрыв между «богатыми и бедными» становится все глубже, формируются четкие различия в качестве и доступности медицинских услуг по уровню доходов потребителей. Властные структуры все чаще делают попытки переложить груз решения проблем отечественной медицины и ответственность за принятие решений на производителей медицинских услуг, т.е. на медицинских работников. Причем формирование этих тенденций в России в начале XXI века мало чем отличаются от тенденций в области обеспечения населения экономически развитых стран качественными и доступными медицинскими услугами.

Некоторые из этих тенденций гораздо ярче выражены в США и некоторых западноевропейских странах, чем в России, на примеры развития систем здравоохранения которых наши доморожденные политики привыкли ссылаться в своих предвыборных речах и программах. В родном отечестве система национального здравоохранения как структура переняла тенденцию к проявлению раздражения и беспокойства населения, много лет назад ставшей характерной чертой системы здравоохранения США. Стоимость медицинского обслуживания в постсоветской России поддерживается на удивительно низком уровне (по отношению к внутреннему валовому продукту). Так, здравоохранение в США поглощает более 14 % ВВП, а в России - только 2,6 % при условии того, что ВВП в США больше российского почти в 5 раз.

Отечественная система здравоохранения в последние десятилетия несет значительный груз общественной критики по поводу развития рынка привилегированного медицинского обслуживания для высокодоходных групп населения в ЛПУ негосударственного сектора. Нарастает критика продолжающегося разрушения в последние десятилетия («перестройка и рыночные реформы»)

фундамента системы общественного здравоохранения страны – первичной медико-санитарной помощи, снижения доступности качественных медицинских услуг низкодоходным группам населения и т.п. Тем не менее, вопреки всему, до настоящего времени система здравоохранения России остается системой всеобщего медицинского обслуживания, которая выдерживает сравнение с другими системами благодаря общедоступности и жесткому контролю затрат. Национальные проекты в области здравоохранения, предложенные для реализации Президентом РФ В.В. Путиным в 2005 году, хотя и носят фрагментарный характер, внушают обществу определенный уровень оптимизма.

Несмотря на то, что расходы на медицинскую помощь населению России, по словам политиков, в ближайшие годы увеличатся, широко распространено мнение среди профессионалов о снижении доступности для широких слоев населения квалифицированных медицинских услуг. Жалобы пациентов на низкое качество медицинской помощи стали обычным явлением. Непохоже, что увеличение заработной платы участковым врачам и патронажным медсестрам, персоналу станций скорой помощи и строительство 16 высокотехнологичных медицинских центров и т.п. само по себе может помочь исправить системный кризис отрасли.

Стараясь, как и в экономически развитых странах, воплотить в отдельных отраслях медицины чудеса высоких технологий (кардиохирургия, трансплантология, нейрохирургия, генетика и пр.), эти отрасли здравоохранения России уже давно вступили в неупорядоченные отношения с системой первичной медико-санитарной помощи.

Реформированная с точки зрения развития медицинского страхования отрасль, которая, как предполагалось еще в 1997 году, будет работать как единое целое, уже разочаровала многих пациентов и медицинскую общественность, а качество медицинских услуг, обеспечиваемое в ЛПУ системы отечественного здравоохранения, вызывает сейчас серьезные нарекания.

Направления реформ: децентрализация, расширение самостоятельности ЛПУ, становление систем обязательного и добровольного медицинского страхования, изменение социально-экономических условий усиливают актуальность проблемы управления качеством и эффективностью медицинской помощи (Линденбратен А.Л., 2003; Вялков А.И., 2003).

Исходя из перспектив классической экономической теории, структурные реформы, основанные на рыночной модели, по-видимому, дают наиболее интересное решение. Реформы предполагают улучшение в результате действия надежных экономических законов, в которых пациенты и производители медицинских услуг найдут эффективные решения своих проблем и устранение всех ограничений. Основываясь на главных составляющих - свободной информации относительно качества имеющихся товаров и услуг, последовательных и разумных потребителях, компетентных производителях - рынок может подсознательно (путем “невидимой руки”) достичь уровня эффективности и качества, гораздо более высокого, чем мог предположить самый смелый прогноз.

Обеспечение качества — это деятельность, направленная на создание условий медицинской помощи населению, позволяющих выполнить заявленные государством (медицинским учреждением) гарантии в соответствии с

установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в полученной медицинской помощи (Вялков А.И., 2003)

В настоящее время известны три модели управления качеством в здравоохранении: профессиональная, бюрократическая и индустриальная. Профессиональная модель одно время была основой управления качеством в медицине. При этом качество медицинской помощи всецело зависело от квалификации врача-профессионала, в то время как администрация больницы не несла ответственности за последствия лечения и была призвана лишь создавать необходимые условия для работы (Назаренко Г.И. с соавт. 2003, Graham N.O., 1995). В основе современной бюрократической модели управления качеством лежит стандартизация объема и характера медицинских услуг с последующей экспертизой конечного результата. Индустриальная модель управления качеством исходит из традиций современного менеджмента в рамках реализации технологий непрерывного управлением качеством выпускаемой продукции.

Конечно, на самом деле управление качеством в медицине не следует ограничивать проблемами выбора модели. В реальных условиях рынка медицинских услуг проблем обеспечения качества великое множество. В частности, информация, по которой можно судить о качестве медицинского обслуживания. Она, как правило, неадекватна и не доступна для потребителей медицинских услуг — пациентов, страховых компаний или властных структур. Потребители медицинских услуг в России непоследовательны в своих действиях, часто кажутся нерациональными в своих требованиях и ожиданиях. Сегодня кажется, что никто в отечественном здравоохранении не занимается вопросами затрат и доходов, связанных с реальным оказанием медицинской помощи, и что не существует таких рыночных механизмов, которые заставляли бы врачей делать учитывающие затраты, последовательный выбор тех или иных технологий для пациентов.

В отечественном здравоохранении многие предлагают устранить недостаток информации с помощью более энергичных и усложненных форм оценок и публикации показателей качества медицинской помощи, часто с использованием новых и мощных компьютерных технологий. Ожидается, что большая информированность должна привести к более последовательному и рациональному поведению потребителей. Поддерживаемые в настоящее время органами управления здравоохранением мероприятия по разработке и распространению технологических стандартов могут помочь информировать растерявшуюся общественность в вопросах контроля за деятельностью различных сфер практической медицины. Кроме того, в последние годы сформирован интерес властных структур к способам финансирования реформ в отрасли, предполагающих перенос части расходов из систем бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования на самих пациентов, с тем, чтобы пациенты стали более «чувствительными» к стоимости своего лечения и старались, по-видимому, потреблять эти услуги более благоразумно.

Экономическая модель здравоохранения субъекта РФ, как правило, строится на основе традиционных, рутинных подходов к планированию видов и объемов медицинской помощи без учета демографического прогноза и региональных особенностей здоровья населения. На этом фоне продолжается формирование экстенсивных подходов к планированию структурных элементов отрасли. До сих пор не разработаны оптимальные критерии - нормативы эффективного использования материальных и трудовых ресурсов в ЛПУ муниципального и регионального уровня,

а также финансовые нормативы (тарифы), позволяющие в полном объеме возместить затраты ЛПУ всех уровней.

По нашему мнению, приоритетами будущей стратегии эффективного использования ресурсов здравоохранения региона в 2010 — 2020 гг. должно явиться достижение сбалансированности между объемами государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и ресурсным обеспечением отрасли здравоохранения. Для этого должны быть разработаны и реализованы стратегические планы по нескольким направлениям:

- Структурная перестройка отрасли здравоохранения Дальнего Востока России.
- Воспроизводство основных фондов учреждений здравоохранения региона.
- Внедрение экономических методов управления отраслью.
- Привлечение инвестиций в модернизацию оснащения ЛПУ.
- Стимулирование развития негосударственного сектора производства медицинских услуг.

Для достижения баланса между качеством медицинской помощи и финансовым обеспечением здравоохранения необходима модернизация системы обязательного медицинского страхования. Важнейшим элементом модернизации системы ОМС в регионе является тарифная политика, основным направлением которой является возмещение расходов учреждений здравоохранения в полном объеме с обеспечением их рентабельности, а также формирование экономических механизмов, направленных на реструктуризацию сети учреждений здравоохранения, их технологическое перевооружение и повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению.

Основным содержанием будущего совершенствования экономической модели здравоохранения региона является создание системы стратегического планирования, увязка стратегии развития здравоохранения со стратегией социально-экономического развития региона, привлечение муниципальных заказов в рамках территориальных программ государственных гарантий в систему стратегического планирования, разработка альтернативных сценариев развития здравоохранения региона на долгосрочную перспективу на основании результатов НИОКР.

Противоречивость социально-экономических реформ последних лет, повсеместное снижение уровня здоровья населения поставили перед органами управления здравоохранения субъектов РФ Дальнего Востока ряд задач, которые требуют неотложного решения. Причем принципиальных отличий в стратегии охраны здоровья населения и реформирования отрасли здравоохранения между муниципальными образованияами большинства территорий нет.

В то же время, в нашем отдаленном от федерального центра регионе, безусловно, имеется ряд специфических проблем, требующих решительных шагов стратегического и тактического плана. В большинстве своем это проблемы, являющиеся отражением исторически сложившейся односторонности развития отраслей народного хозяйства в прошедшем столетии, когда при освоении огромных территорий Дальнего Востока основное внимание уделялось развитию отраслей промышленности в ущерб развитию учреждений социальной сферы. Все это, так или иначе, повлияло на структуру здравоохранения региона, дислокацию лечебно-

профилактических учреждений, их материально-техническое обеспечение, уровень организационных и медицинских технологий и т.п.

К сожалению, успешному проведению реформы здравоохранения препятствовало несколько специфичных для региона причин. С одной стороны - это стартовое состояние здравоохранения ДВФО, с которым оно вошло в затянувшийся период социально-экономических реформ на рубеже XX и XXI веков. Изношенные до предела основные фонды многих муниципальных лечебно-профилактических учреждений, структурные диспропорции, обусловленные дефектами стратегического планирования и отсутствием реальных экономических рычагов управления отраслью. С другой стороны – это минимальные возможности для нормального функционирования ЛПУ в рыночных условиях, когда транспортные, энергетические, ЖКХ и пр. тарифы в центральной России одни, а на Дальнем Востоке другие, т.е. значительно выше, а нормативы ресурсного обеспечения по программе госгарантий почти всегда одинаковые.

Существенным обстоятельством является то, что реформу здравоохранения Дальнего Востока сегодня приходится осуществлять в условиях, когда при значительном дефиците финансовых ресурсов требуется планировать сокращение объемов медицинской помощи в дорогостоящем стационарном секторе, ломая привычный для определенной части населения стереотип. Но параллельно этим сокращениям необходимо решать проблемы социального плана на фоне значительного роста категорий населения, объективно нуждающихся в медико-социальной поддержке. Сегодня медицинские учреждения недополучают финансовых ресурсов в объеме 30-40 % от минимального расчетного уровня, на что указал Президент РФ В.В. Путин в одном из своих посланий Федеральному Собранию.

Реалии сегодняшнего дня требуют от органов власти научно обоснованной региональной политики в социальной сфере, в том числе и в здравоохранении, адекватной характеру проводимых в России политических, социальных и экономических реформ, внедрения экономических принципов управления, направленных на достижение максимально возможных результатов деятельности при минимизации затрат.

Сегодня дальневосточники находятся в роли «пациента», которому врач правильно и во время поставил диагноз, назначил лечение на уровне современных стандартов, предупредил о возможности возникновения осложнений от лечения, но не поинтересовался у него, имеются ли у него средства для приобретения назначенных лекарств.

В настоящее время, на фоне перехода России от унитарной к федеративной модели государственного устройства, очень важным является «распределение ролей», т.е. предметов ведения в социальной сфере между всеми уровнями власти, установления зоны самостоятельных и ответственных действий подкрепленных правами и обязательно, а самое главное - соответствующими ресурсами в соответствии с принятым 6 октября 2003 года федеральным законом № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Без реального ресурсного обеспечения безусловного выполнения количественных и качественных параметров социальных обязательств (минимальных социальных

стандартов) добиться хороших результатов в медицине очень трудно, особенно на муниципальном уровне. В рамках программы исполнения этого законодательного акта существует достаточно неясностей терминологического и понятийного плана, что постоянно вызывает формирование предложений по пролонгации сроков исполнения на 3-5 лет, некоторых его статей, в частности ст. 16 и 54.

Сегодня существует колоссальный разрыв между огромными потребностями ДВФО в качестве ресурсов здоровья населения и неспособностью социальных институтов трансформировать и привлекать полученные доходы в виде эффективных инвестиций в здоровье подрастающего поколения дальневосточников – будущие интеллектуальные и трудовые ресурсы региона.

В решении этой по-новому поставленной проблемы можно выделить четыре направления капитализации ресурсов здоровья:

U Государственные инвестиции, увеличение которых ведет за собой повышение налоговой нагрузки.

U Корпоративные инвестиции крупных компаний, получающих сверхдоходы от экспорта сырья региона.

U Частные инвестиции юридических лиц, мобилизуемые и распределяемые через банковский сектор.

U Самоинвестиции населения в виде времени на физическую культуру и средств, затрачиваемых на лечебно-профилактические услуги, адекватное питание, экологию жилища, информацию о качестве ресурсов здоровья и др.

Денежная оценка ресурсов здоровья — это произведение натуральной оценки (kvit), прожиточного минимума/уровня (руб./\$) и дисконтирующего коэффициента, учитывающего удорожание ресурсов здоровья и удешевление денежной единицы. Тестирование (оценка) потенциала здоровья — процесс определения полезности результатов деятельности по поддержанию и развитию здоровья. Апробация этого инструментария была выполнена к.э.н. В.И. Кашиным на примере Хабаровского края.

Исходные характеристики для оценки ресурсов здоровья были следующие: 1) средний возраст японца 40 лет, россиянина-дальневосточника — 32 года; 2) ресурсы здоровья дальневосточника в натуральной оценке были меньше жителя Японии в 2,1 раза, в денежном эквиваленте — меньше в 8,5 раза; 3) износ ресурсов здоровья дальневосточника превышал японский на 9% (54% против 43%); 4) эффективный возраст дальневосточника превышал средний календарный на 6 лет (38 против 32 лет), в то время как эффективный возраст жителя Японии был меньше на эти же 6 лет (34 против 40 лет).

При сохранении в регионе той же продолжительности жизни (мужчины — 59 лет, женщины — 72 года) и «нездоровой» ориентации экономики была выполнена прогнозная оценка потерь ресурсов здоровья Хабаровского края к 2010 году. Если по прогнозу население региона к 2010 году уменьшится на 7,7%, то ресурсы здоровья снизятся более чем на треть (36,1%). Такое существенное уменьшение ресурсов здоровья обусловлено низким качеством здоровья трудоспособного населения (снижение на 33%) и — особенно — детского населения (снижение на 44%).



Казалось бы, что при таких пессимистичных прогнозах, отрасль здравоохранения региона должна работать все более эффективно, устраняя структурные диспропорции, накопленные в предыдущие годы, считая каждый рубль. Однако сегодняшняя действительность демонстрирует иное. Это, прежде всего, структурные диспропорции отрасли, сформированные в прошедшие десятилетия в виде развертывания значительного коечного фонда, не обоснованные длительные сроки стационарного лечения, чрезмерная специализация медицинской помощи населению даже там, где требуется только врач общей практики и т.п. Причем они были характерны для здравоохранения России и, безусловно, для ДВФО в XX веке и сохраняются в начале XXI века.

Сегодня в рамках реализации национального проекта «ЗДОРОВЬЕ» в здравоохранении ДВФО по обеспечению доступности для широких слоев населения медицинских услуг приемлемого качества сделано много, но предстоит сделать еще больше. Прежде всего, необходимо перейти от разговоров, теоретических споров, проведения многочисленных совещаний и научных конференций по вопросу организации первичной медико-санитарной помощи населению, особенно в отдаленных северных и сельских районах к реальной организации сети учреждений, где главным действующим лицом будет врач общей (семейной) практики, к реальным шагам.

С этой точки зрения в 2006-2020 гг. придется формировать стабильный уровень роста инвестиций в здравоохранение и образование, социальную поддержку молодой семьи и подрастающее поколение, если мы думаем о будущем Дальнего Востока России. В противном случае, остается только надеяться на ввоз трудовых ресурсов из-за рубежа, что ставит под сомнение развитие производств на основе высоких технологий, поскольку ввозимые трудовые ресурсы (Китай, Корея, Вьетнам и др.) реально можно использовать в сельском хозяйстве, добыче полезных ископаемых, лесоразработках, рыбодобывающей и рыбообрабатывающей отраслях и т.п.

Таким образом, неоспоримым приоритетом в деятельности как медицинских работников Дальнего Востока, так и общества в целом, сегодня должны стать скорейшие и радикальные улучшения физического, психического и социального здоровья трудоспособного населения, молодежи, детей и подростков.

Более качественная и более доступная информация для общества о результатах медицинского обслуживания, наряду с последовательным и разумным поведением потребителей услуг являются неотъемлемыми элементами эффективного рынка, но только этого недостаточно для существенного повышения качества медицинской помощи. Для повышения эффективности и действенности рынка при производстве медицинских услуг необходимо также иметь стремление структурных элементов отрасли к повышению показателей качества.

Конечно, если рынок производства медицинских услуг уже заполнен и ответственные производители работают в оптимальной системе, информация и последовательная политика потребителя могут дать многое. Если же производитель не способен к движению вперед, тогда имеющаяся информация о качестве и определенных потребителях может стимулировать только лучший маркетинг, но не лучшие показатели. Население концентрирует свое внимание только на информации и отвергает необходимость реформирования ЛПУ.

Именно этот случай имел место в США, когда Финансовое управление здравоохранения США (федеральное агентство США, оплачивающее медицинские услуги пожилым людям) опубликовало данные о смертности во всех больницах США, после чего, вместо усилий на сокращение смертности, ЛПУ начали критиковать данные управления здравоохранением и методы анализа. Не видя простых способов снижения этого показателя, ЛПУ тратили свою энергию на обсуждение точности информации и защищали приемлемость своих показателей.

Сегодня в России имеется реальная возможность на нынешнем этапе проведения реформ отрасли избежать тех стратегических ошибок, которые ввергли систему здравоохранения США в дорогостоящий процесс всемерного надзора за качеством, борьбы между производителями и потребителями и, в конечном итоге, сформировали тенденцию застоя.

Многие специалисты по управлению здравоохранением в России считают, что акцент на экспертные оценки и рациональное потребление ресурсов в ЛПУ, несмотря на существенный сдвиг в сторону формирования стратегии повышения качества и эффективности, не дает ожидаемого эффекта. Поскольку в дополнение к этому пути необходимо реализация энергичной программы по управлению качеством и эффективности производства услуг в ЛПУ отрасли.

Современная медицинская помощь представляет собой сложную систему, предполагающую взаимодействие врачей, медсестер и другого медицинского персонала, а также сложных приборов, оборудования и правил проведения процедур. Правильно организовать взаимодействие этих элементов и процессов наиболее трудная, но вместе с тем и главная задача в системе организации системы управления качеством медицинской помощи.

Осторожное применение стимулов, способствующих улучшению качества и эффективности, что уже пытались сделать системы здравоохранения при государственном финансировании и управлении, дало некоторые обнадеживающие результаты в Великобритании, Швеции, Новой Зеландии, Нидерландах. Стремление производителей к обеспечению высокого качества медицинских услуг в современной России можно ожидать только в условиях, когда методы стимулирования производства услуг высокого уровня качества будут сосуществовать с оптимальными механизмами регулирования тарифов и обеспечения достаточного уровня доступности медицинской помощи для широких кругов пациентов.

## **Глава I. Качество и эффективность – объективная потребность развития производства медицинских услуг**

*«В здравоохранении уровень качества невысок не потому, что врачи делают правильные вещи неправильно, а скорее потому, что они делают неправильные вещи правильно».*

*G. Labovitz*

В последние несколько лет в здравоохранении России происходят преобразования, оценка которых неоднозначна. Существовавшая в течение длительного периода и существующая ныне система здравоохранения имеет ряд положительных сторон. Это профилактическая направленность, рост специализации по отдельным направлениям, разветвленная участковая сеть, организация ухода и реабилитации, служба скорой и неотложной медицинской помощи, доступность медицинской помощи и многое другое, доставшееся отрасли здравоохранения нынешней России в наследство от СССР (Абрамова Т.Е., 1975; Аскалонов А.А., 1988; Аввакумов Г.А., Полесский В.А., 1994).

В то же время имеется и ряд отрицательных тенденций, как сформировавшихся в здравоохранении в последние годы, так и существовавших ранее (Галкин Р.А. с соавт., 1989; Семенов В.Ю., 1989; Вялков А.И., 2003; Стародубов В.И., 2004; Дьяченко В.Г. с соавт., 2005). Прежде всего - это низкое качество медицинской помощи населению в целом, остаточный принцип финансирования здравоохранения, недостаточная заинтересованность медицинских работников в конечных результатах диагностики и лечения конкретного пациента, чрезмерный уровень госпитализации, низкий уровень внедрения ресурсосберегающих технологий и др. (Чавпецов с соавт., 1989; Щепин О.П., 1992; Тиллингаст С., 1996; Тэгай Н.Д., Копосов П.В., 1996).

В территориях с низкой плотностью населения (субъекты РФ Дальневосточного федерального округа) многие из указанных проблем приобретают гипертрофированный характер в связи с тем, что изначально организация оказания медицинской помощи в этих территориях формировалась без учета стандартизованных для России видов и объемов медицинской помощи населению, а на основе функционирования сложившейся в течение многих лет сети медицинских учреждений.

Экономические и политические реформы последних десятилетий в России затронули почти все стороны жизни общества, в том числе и социальную сферу. Эти преобразования социально-экономического плана носят противоречивый характер. Провалы в политике перехода к рыночным отношениям весьма негативно отразились на состоянии здоровья населения страны. Об этом можно судить по показателям рождаемости, младенческой смертности, физического развития, заболеваемости и инвалидности, уровню общей смертности, особенно в трудоспособных возрастах.

Неотложные меры по сохранению здоровья населения на федеральном и региональном уровнях, как правило, только декларируются, поскольку они не

подкреплены соответствующими финансовыми ресурсами и не имеют четких механизмов реализации.

Сложная атмосфера экономических и социально-политических преобразований в России весьма болезненно отразилась на системе здравоохранения. Последняя вошла в период реформ, неся на себе груз недостатков монопольной организации медицинской помощи населению, таких как гипертрофированная коечная сеть стационаров, реализующих технологии вчерашнего дня, отсутствие конкуренции между отдельными ЛПУ и полное забвение прав пациентов на получение качественной медицинской помощи. Кроме того, государственная система здравоохранения отличалась чрезмерной централизацией управления, жестко предопределенными внутриотраслевыми связями, сверхрегламентом штатов, заработной платы, табелей оснащения, нормирования расходов и пр., что создавало препятствия реализации механизмов приспособления к рынку.

Следует отметить, что и в прежние времена, по мнению экспертов ВОЗ, система здравоохранения России финансировалась весьма скудно, около 4% от внутреннего валового продукта (ВВП). Однако сегодня уровень финансирования еще более сократился до 2,5 % от ВВП в 2006 году. В то же время в экономически развитых странах мира расходы на охрану здоровья населения формируются на уровне от 8 до 14% ВВП. В таких условиях финансирование здравоохранения нашей страны в течение многих лет характеризуется слабо развитой материально-технической базой, значительным дефицитом ресурсов, невысоким уровнем лабораторной, функциональной, инструментальной диагностики, низкой заработной платой персонала, что, в конечном итоге, является причиной низкого качества медицинской помощи населению.

В национальном докладе Российской Федерации на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах социального развития (март 1995 года, Копенгаген) было отмечено, что только с 1991 по 1994 год (начало рыночных преобразований) падение производства в России достигло невиданных для мирного времени размеров. ВВП сократился на 47% от уровня 1990 года, объем промышленной продукции уменьшился в два раза, а сельскохозяйственной на 25%. Резко сократилась инвестиционная активность, объем капитальных вложений с 1990 года уменьшился на 61%. Понесли экспортные потери традиционно прибыльные отрасли экономики, гарантированные устойчивыми потребностями внешнего рынка. В последующие 15 лет в России, к сожалению, не удалось совершить прорыва в восстановлении экономики государства хотя бы до дореформенного уровня и восстановления ВВП до уровня 1991 года.

Кризисное состояние экономики страны не позволяет правительству обеспечивать социальную сферу самым необходимым. Резкое падение жизненного уровня основной части населения, «ножницы» цен на продовольственные и непродовольственные товары народного потребления, резкое удорожание коммунальных и транспортных услуг, системные ошибки в проведении реформы здравоохранения привели к снижению социальных гарантий в обеспечении населения России видами и объемами бесплатной медицинской помощи.

В 2001- 2006 гг. это привело к непосильной нагрузке на семейные бюджеты большинства граждан России, что обострило как демографическую ситуацию, так и социальную напряженность в обществе. Особенно кризисной следует назвать ситуацию в социальной сфере в отдаленных территориях России, таких как

Дальневосточный федеральный округ, которые получили «в наследство» от предыдущей власти деформированную в сторону военно-промышленного комплекса экономику, весьма слабую структуру учреждений социальной сферы, особенно в здравоохранении.

Введению медицинского страхования в 1993 году, как стабилизирующего фактора системы здравоохранения на Дальнем Востоке, придавалось большое значение, однако надежды реформаторов не оправдались, поскольку сначала повсеместно страховыми взносами на ОМС латались дыры в бюджетах субъектов РФ ДВФО. Затем в течение 10 лет территориальные фонды ОМС из инновационных финансово-кредитных учреждений мало-помалу трансформировались в банальные чиновничьи организации, которые, как оказалось сегодня, заинтересованы только в корпоративном благополучии. На этом фоне альтруистически гуманистический аспект в деятельности медицинских работников, как и любой общественно полезный труд, почему-то перестал справедливо оцениваться и адекватно вознаграждаться.

Естественно, что чувство социальной справедливости у медицинских работников не удовлетворяется, а их взаимоотношения с обществом, населением и отдельными пациентами за последние годы изменились в худшую сторону. Во взаимоотношения врач - пациент стали постепенно внедряться и доминировать понятия «доступность медицинской помощи», «стоимость услуг», «легальный и теневой рынок медицинских услуг», «низкий уровень качества» и т.п., что отодвинуло на второе место этические принципы. Если рассматривать те случаи, когда у медицинского работника в силу каких-либо причин возникает чувство неприязни, антипатии к пациенту или его родственникам, то они могут быть подлинным моральным испытанием, т.е. насколько одинаково гуманно он может относиться к каждому пациенту, независимо от его платежеспособности. Отражением этого является решение проблемы «равенства» доступности тех или иных медицинских услуг. Внеочередной прием кого-либо из пациентов в обход принципов «равенства» является неизбежным злом рынка в здравоохранении – таково мнение большинства врачей.

Многие практикующие врачи отмечают падение профессионального престижа и одновременную девальвацию доверия у пациентов к немалой части врачей, причем в большей мере к работникам первичной медико-санитарной помощи, которые многие годы так называемых реформ, введения медицинского страхования незаслуженно находятся на обочине развития отечественной медицины. Врач «первого контакта» в последние годы испытывает запредельные нагрузки во взаимоотношениях с населением, отгородившегося от внешнего мира, в том числе и от медиков, бронированными дверями, решетками, злобными псами и т.п. особенно при оказании помощи на дому и проведении профилактических мероприятий.

Более десяти лет наше общество идет по выбранному им пути рыночных реформ. Конечно, в целом на этом пути преобразований есть издержки, нарушения экономических и этических принципов и многое другое, но и у общества в целом, и у медицинских работников сегодня нет альтернативы, - необходимо выжить. В этой плоскости и следует рассматривать проблему качества с нравственной, этической и экономической точек зрения. Каким образом медицинские работники должны зарабатывать себе на достойную жизнь, на питание, обучение и воспитание детей и сколько требовать от общества и пациентов вознаграждения за свою профессиональную работу?

Как бы нам ни хотелось сохранить романтические представления о профессии медицинских работников как о профессии некоего сообщества альтруистов, товарно-денежные отношения и суровая действительность сегодняшнего дня показывают, что медицинская услуга, несмотря на всю ее специфичность, все же является особым «товаром» с присущими ему экономическими характеристиками (ценой, качеством и т.п.) в системе рыночных координат новой экономической модели развития нашего общества.

Общество не противится тому, что некоторые его члены за свои «экономические достижения» на грани или за пределами закона, назначили себе вознаграждение, измеряемое «астрономическими», для среднестатистического медицинского работника, суммами в долларах или евро. Следовательно, те медицинские работники, которые в состоянии работать в новых экономических условиях, могут в качестве приоритета установить для себя некие параметры вознаграждения за произведенное количество и качество медицинских услуг, которые они оказали как в государственном, так и за пределами государственного сектора здравоохранения. Что касается моральных и этических принципов, то в работе любого медика, чем бы он ни занимался, они всегда присутствуют, без соблюдения этих принципов медицина существовать просто не может.

Стремительный повсеместный рост стоимости медицинской помощи без адекватного повышения ее качества и безопасности является актуальной проблемой не только для нашей страны, но и для многих экономически развитых стран. Для сдерживания стоимости медицинской помощи необходимо либо пожертвовать ее качеством, что в принципе недопустимо, либо выработать систему, позволяющую снизить эту стоимость без ущерба качеству. В развитых странах (США, Япония, Великобритания и др.) внедряются в медицинскую практику принципы «тотального управления качеством» (TQM), взятые из опыта управления качеством в промышленности.

На сегодняшний день модели управления качеством медицинской помощи, используемые в практическом здравоохранении, имеют в своей основе так называемую «бюрократическую модель» (оценку уровня качества лечения — УКЛ), т.е. соответствия случая лечения стандартам и протоколам ведения больных). Такой подход не позволяет выявить истинные причины недостаточного уровня КМП и внедрить систему непрерывного повышения качества.

Другие модели (индустриальные формы), наоборот, достаточно сложны для практического применения ввиду того, что нет критериев готовности ЛПУ к внедрению этих моделей и не разработана последовательность внедрения индустриальных форм управления. Такие модели могут быть использованы в ограниченном числе хорошо финансируемых ведомственных лечебно-профилактических учреждениях при обязательной поддержке вышестоящего органа управления здравоохранения или в ЛПУ типа диагностического центра, МНТК микрохирургии глаза и т.п.

В связи с этим имеется необходимость краткого анализа направлений обеспечения качества продукции в экономически развитых странах. Такой анализ, по нашему мнению, приблизит наших читателей к пониманию современных воззрений на управление качеством производства медицинских услуг.

## **1.1. Управление качеством продукции в промышленности экономически развитых стран**

В последние десятилетия в экономике развитых стран произошли значительные изменения, которые вызваны, прежде всего, усилением научно-технического характера конкуренции, ее интернационализацией и дифференциацией потребительского спроса. Перед промышленными фирмами встает проблема более гибкой адаптации к быстрым изменениям во внешних условиях хозяйствования. Адаптивность все больше связывается с повышением качества и увеличением функциональных свойств товаров.

Главным инструментом приспособления фирм к изменившимся условиям их деятельности является новый экономический механизм управления, отличительная черта которого — гибкость как в выборе в хозяйственных целях, так и в применяемых стратегиях их достижения. Новые подходы к внутрифирменному управлению, однако, плохо согласуются с традиционными представлениями о роли качества в деловой политике коммерческих предприятий.

Долгое время корпорации считали, что снижение издержек и повышение качества продукции являются взаимоисключающими коммерческими стратегиями. Но в последние годы, пользуясь данными ряда новых исследований, некоторые западные специалисты пришли к принципиально иному выводу: не доля контролируемого фирмой рынка влияет на прибыльность, а, наоборот, высокая прибыльность (удельный доход) обеспечивает фирме возможность захватывать и сохранять наиболее прочное положение на рынке.

Кроме того, оказалось, что внешние рыночные факторы влияют на динамику доли рынка и прибыльности одновременно. Анализ практики показал, что наиболее преуспевающие фирмы реализуют стратегии, нацеленные не на снижение издержек, а на повышение удельного дохода.

Надо отметить, что понятие «качество» трактуется ведущими фирмами экономически развитых стран очень широко. Помимо тривиального контроля за бездефектным производством, оно включает постоянную проверку, т.е. соответствия спецификаций на товар запросам и вкусам потребителей, непрерывное обновление сведений о продукции конкурентов, такую организацию доставки, хранения, установки, наладки и обслуживания товара, которая не ухудшит его качества, и т. п.

Соответственно обеспечение высокого уровня качества не сводится просто к контролю за соблюдением стандартов, а становится приоритетной задачей практически для всех уровней управления. Именно подобный подход, выразившийся в создании систем тотального контроля качества (TQM), характерен для японских корпораций.

Японские достижения в области качества продукции общеизвестны. К примеру, одним из показателей оценки качества автомобилей на Западе является количество неполадок, которые заставляют обращаться в автосервис в течение первого года эксплуатации автомобиля (на 100 машин). В середине 80-х годов XX века лучший показатель среди американских фирм был у «Форда» — 182, у «Дженерал моторс» он был равен 350. Этот же показатель у «Тойоты» составлял всего 60.

Правда, усиление внимания к проблемам качества в США привело к тому, что за 1985—1987 гг. разрыв в качестве американских и японских автомобилей на рынке США сократился почти на 40%.

И все же проблема качества в целом продолжает оставаться весьма острой для многих предприятий и фирм. В конце XX века даже на хорошо организованных предприятиях так называемые фиктивные производства отвлекали от 15 до 40% производственных мощностей на доработку некачественной продукции. В настоящее время в среднем 20—25% текущих затрат американских предприятий уходит на поиск и устранение брака. А с затратами на ремонт и замену бракованных изделий, достигших рынка, общие потери от низкого качества достигают 30% всех производственных издержек.

Анализ практики фирм последних лет, с одной стороны, подтвердил известную истину о том, что корпорации, предлагающие своим клиентам товары невысокой потребительской стоимости, теряют свои позиции на рынке, а с другой — позволил сделать нетривиальный вывод, что за товары высокого качества можно назначать сравнительно низкую цену и благодаря совершенной технологии, большему коэффициенту использования оборудования, повышению производительности труда добиться относительно низкого уровня издержек и высокой нормы доходности.

Ориентация на качество, тесный контакт с клиентами становятся важнейшими составляющими организационной политики ведущих компаний. Их организационно-управленческие механизмы перестраиваются в соответствии с признанием ведущей роли потребителей в инновационной деятельности.

Опыт японских фирм и ряда западных корпораций убедительно показал, что только организационно-управленческими методами проблему качества решить нельзя. По мнению западных специалистов, в понятии «качество» как в фокусе концентрируются все основные проблемы функционирования современного капиталистического предприятия и что обеспечение высокого качества — задача в высшей степени комплексная. Поэтому и ее решение не должно сводиться к совершенствованию или даже радикальной перестройке какой-либо одной подсистемы предприятия. Оно зависит от развития как управленческих структур и методов, так и материально-вещественных факторов производства.

Следовательно, можно выделить несколько групп факторов, взаимодействие которых необходимо для обеспечения высокого уровня качества продукции:

- новые формы организации и управления;
- методы контроля качества;
- совершенствование материально-технической базы производства и прежде всего автоматизация технологических процессов.

Организационно-управленческие факторы не случайно занимают первое место в этой триаде. Опыт передовых предприятий в экономически развитых странах свидетельствует о том, что автоматизация производства и внедрение новейших технологий обеспечивают ощутимый выигрыш в качестве продукции только в тех случаях, когда решены проблемы управленческого характера, и в первую очередь реализуются основы философии управления, нацеленной на решение проблемы качества. Что имеется в виду?



**Во-первых**, задаче обеспечения высокого уровня качества продукции подчиняется вся управленческая деятельность. В корпорации «Форд», например, качество продукции официально объявлено главной целью компании.

Практически во всех крупных фирмах политика руководства направлена на то, чтобы всемерное обеспечение высокого качества превратилось в «образ жизни» всех работников, стало их естественной и повседневной заботой. Вот почему считается, что борьба за качество — это не кампания и не лозунг. Обеспечение высокого качества необходимо не само по себе, а как средство решения наиболее актуальных проблем менеджеров капиталистического предприятия — достижения высоких финансовых показателей, снижения издержек, уменьшения числа производственных конфликтов и т. п.

**Во-вторых**, признано аксиомой, что обеспечить высокий и стабильный уровень качества путем организации его контроля специально учрежденными для этого службами нельзя. Нужный результат может быть получен лишь за счет самостоятельного контроля качества заботы непосредственными исполнителями, т.е. путем развития самоконтроля работников. Идея простая по сути, но весьма сложная по исполнению: за качество должны отвечать все.

**В-третьих**, на предприятиях и в фирмах должны быть устранены силы, препятствующие распространению новой философии управления качеством. Это, прежде всего, среднее звено управления — различные контрольные, инспекторские и другие службы, которым грозит упразднение в случае реализации идеи самоконтроля. Сотрудники этих служб, привыкшие к административно-командным методам работы, весьма болезненно переживают необходимость свертывания объемов контроля.

В настоящее время во многих технологически передовых предприятиях и учреждениях большая часть этих должностей ликвидируется. Оставшиеся чиновники и менеджеры лишаются распорядительных полномочий и переводятся на статус специалистов-консультантов, помогающих непосредственным исполнителям (рабочим, бригадам) организовать самоконтроль. Указанные принципы нового подхода к управлению качеством реализуются при помощи целого комплекса мер, среди которых можно выделить несколько.

Обучение всего персонала методам статистического анализа. Этот процесс непременно начинается с обучения высших руководителей фирмы и затем постепенно охватывает нижестоящие уровни. В основе такого подхода понимание того, что любое управленческое новшество, каким бы заманчивым оно ни казалось, будет, скорее всего, отвергнуто работниками нижних иерархических уровней, если они не увидят, что нововведение пользуется поддержкой со стороны высших руководителей.

Подготовка программы обучения и создание соответствующей инфраструктуры требуют, по данным американских специалистов, в среднем не менее двух лет. Поэтому переориентация компании на первоочередное выполнение задач, связанных с обеспечением высокого качества продукции, — процесс длительный и обычно болезненный.

В настоящее время всеобщее обучение персонала методам управления качеством осуществляется преимущественно в японских фирмах. В США лишь некоторые

компании (среди них IBM) имеют подобные системы обучения. В большинстве корпораций обучение распространяется только на специалистов по управлению качеством, которые составляют в среднем не более 15% общей численности служащих фирмы. Однако, как отмечают американские специалисты, в корпорациях все более отчетливо осознается необходимость всеобщего обучения персонала методам управления качеством.

Суть радикально нового подхода к управлению качеством может быть выражена тезисом «максимальное удовлетворение потребителя». В этой по форме не новый лозунг, однако, вкладывается нетрадиционное содержание: под потребителем имеется в виду не конечный пользователь продукции фирмы, а каждый последующий участник производственного процесса.

Иными словами, главной задачей работника становится обеспечение такого уровня качества результата своего труда, которое ожидается следующим участником технологической цепочки. Понятно, что в идеале соблюдение этого принципа на всех стадиях научно-производственно-сбытового цикла гарантирует удовлетворение потребителя продукции. Признание важности применения принципов нового подхода к управлению качеством на стадиях разработки и проектирования продукции — это аксиома современного менеджмента. По данным американских экспертов, менее 20% причин дефектов продукции связано непосредственно с процессом ее производства, в то время как более 80% причин брака — это ошибки проектирования, а также реализации политики материально-технического обеспечения производства комплектующими узлами, деталями и материалами с низкими ценовыми характеристиками в ущерб качественным.

В связи с этим в последние годы принимаются меры, направленные на устранение укоренившейся в практике западных корпораций разобщенности между проектно-конструкторскими подразделениями и основным производством.

Одной из причин высокого качества японских товаров является активное участие инженерно-технического и научно-исследовательского персонала в технологической подготовке производства. Соотношение числа инженеров в японских фирмах и производственных рабочих почти в 2 раза превышает аналогичный показатель в компаниях США.

При этом большая часть инженеров и специалистов занята непосредственно на заводах. Не удивительно, что до 40% оборудования, установленного на японских фирмах, спроектировано, улучшено либо модифицировано усилиями собственных инженеров. Тем самым удается достичь высокой технологичности производства.

Помимо этого, корпорации большое внимание уделяют разработке новых компьютерных систем проектирования, которые способны анализировать качество и технологичность разрабатываемой продукции, когда она существует еще лишь на дисплее ЭВМ.

- Создание на предприятиях автономных бригад, формируемых обычно на базе отдельных производственных участков. Принципы их деятельности можно было показать на примере организации труда на сборочном заводе в г. Фримонте (штат Калифорния), являющемся совместным предприятием американской корпорации «Дженерал моторс» и японской фирмы «Тойота». На заводе было создано примерно 300 бригад (по 5—10 рабочих в каждой).

Должность бригадира — выборная. Задание бригаде выдается администрацией, но распределение работ внутри бригады решается ею самостоятельно. Резко уменьшена номенклатура рабочих профессий — с 75 до 4. Соответственно модифицирована и система оплаты.

Подобная организация позволяет избегать таких типичных ситуаций, как, например, отказ рабочего-ремонтника починить станок, если это требует исправления электротехнической части, за которую отвечает электрик. Бригада имеет право остановить конвейер, если комплектующая деталь или узел не соответствует спецификации. Поощряется, в том числе материально, рационализаторство.

Ответственность бригады за качество стимулирует ее совершенствовать производственный процесс, высвобождать время, необходимое для более тщательного соблюдения технологических требований, ремонта оборудования, поддержания его в хорошем рабочем состоянии и т. п. Одна из бригад, например, сумела усовершенствовать процесс крепления дверцы автомобиля путем уменьшения числа операций с 17 до 10. Производительность труда на этом заводе примерно вдвое выше среднеотраслевой, а уровень автоматизации ниже, чем в среднем на автосборочных предприятиях США.

Автономия бригад и высокое качество продукции тесно связаны. Исследования социальных психологов и практика производственных предприятий неоднократно доказывали, что работники, самостоятельно устанавливающие для себя производственные задания, гораздо более требовательно относятся к их выполнению, чем если бы они исходили от другого лица.

Превращение понятия «качество» в ключевое слово новой философии управления. Имеется в виду, что обеспечение высокого уровня качества станет наиболее приоритетной задачей каждого менеджера. Для этого необходимо сломать привычные стереотипы управленческого мышления, ориентирующие менеджеров прежде всего на снижение производственных и других издержек. Этот процесс, как и любые попытки такого рода, встречает серьезное сопротивление со стороны основной массы линейных менеджеров, не способных, как отмечается многими западными специалистами по управлению, психологически воспринять идею, что с повышением качества издержки в конечном итоге снижаются. Эту проблему западные корпорации пытаются решить путем организации массового экономического обучения управленцев.

В крупных корпорациях программы обучения, определяющие объем и характер знаний в области контроля и управления качеством, строго дифференцированы по различным категориям работников. В японских компаниях, например, типичная программа обучения высшего управленческого состава рассчитана на 30,5 ч, а курс для инженеров-электриков содержит такие дисциплины, как вариационный анализ, теория надежности, методы математической статистики, планирование эксперимента, и предполагает обучение в течение 144 ч.

Многие корпорации разрабатывают комплексные программы внутрифирменного управления качеством. В одной из американских электронных компаний такая программа предусматривала решение следующих управленческих задач:

- *ориентацию персонала на бездефектное производство, поскольку, как показали исследования социологов, управление качеством по показателям*

*предельно допустимого уровня брака содержит в себе компромиссную психологическую установку и отрицательно влияет на результат;*

- жесткий поэтапный метрологический контроль технологического процесса и сплошной статистический анализ данных, регистрируемых контрольно-измерительными приборами;*
- формализацию процедуры планирования работ по повышению качества в зависимости от фактических показателей брака;*
- корректную формулировку причин брака и последовательность мероприятий по их устранению;*
- обязательное включение курса по повышению качества в программы подготовки и переподготовки персонала;*
- организацию групп качества на предприятии, охватывающих все службы и функциональные категории занятых;*
- конкретизацию общих целей управления качеством самими специалистами и рабочими;*
- обоснование приоритетности и этапности работ по повышению качества (например, первые 20% таких усилий должны приносить 80% ожидаемого совокупного эффекта);*
- организацию обратной связи: широкое информирование персонала о результатах реализации программы повышения качества;*
- ориентацию системы материального стимулирования и кадровой политики на поощрение работы без брака.*

В ряде крупных корпораций, особенно в электронной и электротехнической промышленности, в приборостроении, обеспечение высокого качества разрабатываемого изделия рассматривается как общефирменная задача, несмотря на то, что продукция проектируется лишь одним или несколькими подразделениями. В концерне IBM, например, разработку новой продукции возглавляет обычно менеджер одного из 31 НИИ корпорации, находящихся в разных странах мира. Этот менеджер несет конечную ответственность за функциональные качества нового товара, его сбыт и за прибыльность. Он же планирует ход НИОКР. Ответственный менеджер направляет материалы по разрабатываемому изделию во все научно-исследовательские институты ИБМ, их отделы дают оценку проекту, сообщают о своем возможном вкладе в разработку изделия.

С участием всех НИИ осуществляется поэтапная оценка разрабатываемого изделия: анализ модели нового изделия и степень ее совершенства, анализ программно-математического и прочего обеспечения новой модели, анализ уровня качества при выпуске первой промышленной серии. При разработке нового изделия число персонала, отвечающего за обеспечение качества, относится к числу проектировщиков-испытателей как 8 к 2.

Все шире в практике корпораций используются формализованные процедуры ступенчатого, интегративного повышения качества с участием двух заинтересованных сторон: экспертов-технологов и потребителей. Например, в японской автомобилестроительной корпорации «Исудзу» каждое новое решение технологов быстро оценивается рынком, что дает возможность последующих инноваций со стороны разработчиков. Скорость реакции потребителей зависит от степени сглаженности процедур выбора пробных сегментов рынка, методик сбора, обработки и передачи информации проектно-технологическим службам.

Коренные изменения происходят в методах контроля качества. Исходный принцип при этом таков: затраты на предотвращение брака гораздо меньше затрат на организацию контроля качества конечной продукции и на устранение брака. В большинстве экономически развитых стран мира используется разработанная в США методика исчисления затрат на обеспечение качества, которые состоят из расходов на проведение технического контроля и испытаний, на профилактические мероприятия, а также потерь от брака.

Затраты на обеспечение качества, например, в американских фирмах существенно выше, чем в японских (по имеющимся данным в обрабатывающей промышленности США в среднем от 10 до 20% стоимости реализованной продукции против 2,5—4% по сравнению с японскими автомобилестроительными компаниями). В то же время качество японской продукции, особенно на массовых рынках потребительской продукции (автомобилей, телевизоров, видеомагнитофонов, бытовых электроприборов, некоторых классов ЭВМ и т. п.), выше, чем аналогичных американских товаров.

В целом, по данным министерства торговли США, на середину 80-х годов XX века из 186 видов важнейшей продукции американские корпорации опережали по качеству японских конкурентов, а в 72 видах из 60 находились примерно на одном уровне. В 54 видах продукции американские фирмы существенно уступали фирмам в Японии.

Завоевание потребителя с помощью высокого качества товара, безусловно, выгодно ввиду устойчивости его предпочтений именно по параметру качества. Поэтому даже экстраординарные усилия многих западных фирм по повышению качества в последние десятилетия не смогли существенно поколебать вкусы потребителей по отношению к японским товарам. Так уже достаточно давно (1986 г.), дефицит баланса США в торговле с Японией достигал 58,6 млрд долл. США, а по электронным товарам только за первую половину 1987 г. дефицит составлял 9,4 млрд долл. США.

Несмотря на то, что для оценки качества практически во всех экономически развитых странах применяется показатель «приемлемый уровень качества», т. е. допустимая доля дефектности на определенное число единиц продукции (обычно на 100), достижение которой рассматривается как определенная норма, не все фирмы устраивает устанавливаемый «порог» нормы экономически развитых стран. В частности, все нормы в Японии гораздо более жесткие, чем в других экономически развитых странах, а следовательно, требования японских фирм к качеству выше.

Например, при выпуске электронных приборов стандартами США устанавливается (в зависимости от жесткости контроля) «приемлемый уровень качества» — от 500 до 50 дефектных единиц на 1 млн элементов, а в Японии соответствующий показатель не должен превышать 10. На заводах электротехнической фирмы «Хитачи» доля дефектной продукции составляет 0,25%, а по американским нормам для аналогичных товаров она не должна превышать 2,5% от валового выпуска. Следует также отметить, что традиционный подход западных фирм к проблеме качества заключался в ориентации на оптимальный, а не наивысший его уровень. Иными словами, дальнейшее снижение уровня брака считалось неоправданным, если не приносило сразу ощутимую экономию.

Для японских фирм более характерна стратегия постоянного стремления к наивысшему уровню качества. Снизив норму брака, например до 1%, они

предпримут все усилия, чтобы снизить ее до 0,1, затем до 0,01% и т.д. Правда, в последние годы компании многих экономически развитых стран мира все больше ориентируются на такую стратегию.

В настоящее время первостепенное внимание западные фирмы уделяют выявлению причин низкого качества продукции, которые тесно связаны с совершенствованием производственного процесса. С этой целью осуществляется статистический контроль производственного процесса (СКПП), заключающийся в оценке функционирования определенного производственного процесса путем тщательного измерения его отклонений от спецификаций. Такой контроль дает возможность определить потенциальные проблемы прежде, чем они приведут к выпуску некачественной продукции, т. е. выявить причины возникновения отклонений и внести в производственный процесс необходимые изменения.

Главная трудность заключается в том, что большинство современных технологий включает десятки и сотни тысяч отдельных операций, каждая из которых испытывает влияние многих переменных. Поэтому выделить из огромного множества взаимосвязей факторы, действительно влияющие на снижение качественных параметров, можно лишь с помощью сложных методов статистического анализа.

Наибольший опыт такой работы накоплен японскими компаниями, а кроме того, американскими фирмами «Дюпон», «ИБМ», «Форд», «Хьюлетт-Паккард», «Кодак», «Вестингауз», «Интел», «Дженерал фудз», «Моторола», «Боинг», «Тексас», «Инструменте». Например, в японском филиале компании «Хьюлетт-Паккард», созданном ею совместно с японской фирмой «Иокогава электри корпорейшен», методы СКПП были распространены не только на все производственные операции, но также на подразделения НИОКР, административные и сбытовые службы. Специалисты фирмы считают, что именно благодаря этой системе филиал смог за несколько лет превратиться из худшего в самое прибыльное и стабильное отделение «Хьюлетт-Паккард».

За 10 лет производственные издержки филиала сократились на 42%, а доля брака уменьшилась на 79%. При этом доходы на одного занятого увеличились на 120%, а прибыль — на 244%. Кроме того, на треть сократилось время проведения проектных и опытно-конструкторских работ.

Многие американские и другие западные фирмы обучают методикам СКПП не только управляющих, но и рабочих. Это рассматривается в качестве одного из действенных способов создания «культуры качества», превращения качества в естественный элемент быденного сознания персонала фирм.

Корпорации предпринимают попытки распространить методы превентивного контроля на начальные стадии научно-производственного цикла — разработку, проектирование и испытание опытных образцов новой продукции. Принцип достаточно простой: чем раньше удастся «заложить» в продукцию высокое качество, тем меньше хлопот и затрат будет с ней впоследствии. Поэтому особое внимание уделяется проблеме обеспечения высокого качества еще на стадии проектирования продукции.

Ведущие производители электронных микросхем, например, используют математическое обеспечение систем автоматизированного проектирования для

компьютерной имитации функционирования микросхемы еще на стадии ее дизайна. Корпорация «Интел» испытывает, таким образом, свой микропроцессор модели 586, являющийся основным элементом наиболее совершенных в настоящее время персональных компьютеров. За счет этого время испытаний опытных образцов микросхем сократилось на 3—4 месяца.

Корпорация IBM разработала другой метод проверки качества электронных микросхем, названный «тестируемый дизайн». Он используется, в частности, и корпорацией «Интел» при производстве микропроцессора модели 586.

Суть этого метода такова: при проектировании микросхемы в нее встраиваются специальные электронные блоки, выполняющие роль «шпионов», следящих за всеми происходящими внутри микросхемы процессами. Готовая микросхема проверяется специальным компьютером; который анализирует информацию о функционировании микросхемы, поступающую от блоков-«шпионов».

Еще одно крупное и широко рекламируемое на западе направление поисков в области контроля качества продукции и повышения его уровня получило название, которое можно перевести как прочное, гарантированное качество. Концепция нового метода контроля, разработанная японским инженером Генуги Тагучи, заключается в следующем: вместо того чтобы постоянно подстраивать, регулировать производственное оборудование для обеспечения требуемого уровня качества, нужно при проектировании продукции закладывать в нее такие параметры «прочности» (в широком смысле), которые позволяли бы получать высококачественную продукцию, несмотря на любые непредвиденные отклонения в технологическом процессе. Сравнительно простой по идее метод Г. Тагучи вместе с тем весьма сложен с точки зрения необходимого для его практического воплощения математического аппарата.

В отличие от традиционных подходов к решению задачи определения одной из множества переменных технологического процесса «виновной» в том или ином дефекте продукции путем простого перебора, новый метод основывается на специальной статистической процедуре, позволяющей резко сократить число перебираемых вариантов. Это достигается благодаря их определенной группировке при одновременном изменении параметров нескольких переменных.

Практическая реализация метода «гарантированного качества» знаменует начало нового этапа в процессе автоматизации управления: автоматизированные системы проектирования и АСУ технологическими процессами совмещаются с автоматизированными системами инженерно-технического обеспечения производства (АСИТОП).

Теперь допущенные проектировщиком ошибки автоматически корректируются АСИТОП. Компьютер вносит необходимые изменения в дизайн продукции и в технологию его производства. Таким образом, дефекты продукции устраняются еще до стадии производства. Американские специалисты, кроме того, намерены автоматизировать и учет технологичности проекта продукции. Для этого на экране дисплея будет даваться числовая оценка технологичности. Эта оценка (рейтинг) будет снижаться или повышаться в зависимости от вносимых в проект изменений.

Автоматизация проектно-конструкторских работ позволила западным фирмам поднять на качественно новую ступень прогнозирование динамики качества

продукции в процессе ее эксплуатации. Если раньше эти оценки носили весьма приблизительный характер и касались в основном всего изделия в целом, то в настоящее время появилась возможность моделировать поведение отдельных узлов и деталей машин и оценивать динамику вероятности их отказа в зависимости от срока эксплуатации.

Кроме того, у фирм появились технические возможности вычисления параметров узлов и деталей машин, которые должны заменять вышедшие из строя по истечении определенного периода времени. Ведь в сущности заменяемые части машин не всегда должны быть абсолютно идентичны оригинальным деталям.

Наряду с разработкой принципиально новых подходов к обеспечению высокого качества совершенствуются и переводятся на новую техническую основу традиционные методы его контроля. Входной контроль качества компонентов продукции в узловых точках технологического процесса осуществляется с помощью совершенных электронных и оптических датчиков. Мгновенно получаемая информация об отклонениях позволяет быстро корректировать функционирование «виновного» в браке оборудования.

В настоящее время общепризнано, что магистральное направление повышения качества продукции — рост технического уровня производства на основе его автоматизации. Однако конкретные подходы к решению этой проблемы могут быть различными.

Японские компании, как мы видели, большую часть оборудования разрабатывают или доводят своими силами, американские же фирмы традиционно ориентируются на внешних поставщиков. При этом они налаживают тесные связи с производителями оборудования, участвуют совместно с ними в разработке технологии, предоставляют свою материальную и информационную базы и т. п.

В наукоемких отраслях США от 60 до 80% новой продукции выпускается как реакция на запросы и требования потребителей, а в приборостроении 81% радикальных нововведений был первоначально, вплоть до проектов и опытных образцов, разработан фирмами-потребителями.

Жесткий контроль качества поставляемого оборудования также является необходимым условием повышения качества продукции. Например, на заводах автомобилестроительной компании США «Крайслер» в 1986 г. было установлено примерно 1,3 тыс. роботов. В последующие 5 лет компания увеличила их число вдвое и истратила на эти цели более 500 млн долл. США. Все новые роботы проходили 50-часовое испытание на качество. Во время первых серий испытаний дефекты были выявлены у 15—25% роботов.

Компания «Крайслер», кроме того, проводит 20-часовые испытания любого закупаемого оборудования сначала на заводе-изготовителе, а затем на своем предприятии. По подсчетам специалистов компании, благодаря своевременному выявлению дефектов в работе оборудования на трех новых предприятиях фирма сэкономила 165 млн долл., которые она могла потерять, если бы неисправное оборудование было введено в эксплуатацию.

По оценке одного из руководителей «Крайслера», компания могла бы снизить годовую сумму эксплуатационных расходов на 4 млрд. долл., если бы вместе со



своими поставщиками успешнее справлялась с решением проблемы предотвращения брака на производстве. Эта сумма эквивалентна 20—25% общего объема реализации продукции компании и является, как считает этот управляющий, «платой за то, что работа не выполняется как следует с первого же раза».

За счет автоматизации производства и других мер компания рассчитывала в 1986—1991 г. повысить показатель качества автомобилей на 56%, на 30% снизить издержки производства, на 30% сократить срок подготовки новой модели к выпуску на рынок, что было подтверждено последующей практикой.

Постоянно заботиться о повышении качества своей продукции фирмы вынуждает не только конкуренция и государственные стандарты на качество — экологичность, безопасность продукции и т. п. Достаточно мощное воздействие оказывают и неправительственные организации, например, в Соединенных Штатах Америки — Союз потребителей. Он ежемесячно публикует тиражом около 4 млн экземпляров классификацию нескольких тысяч видов потребительских товаров, качество которых оценивается в лабораториях этого союза, оснащенных по последнему слову техники. Низкая оценка, подрывающая престиж компании, вынуждает ее предпринять усилия по повышению качества продукции. Это своего рода антиреклама. В тех случаях, когда общепринятые стандарты качества на товар отсутствуют, Союз потребителей США разрабатывает их самостоятельно.

В заключение раздела хотелось бы отметить, что опыт корпораций экономически развитых стран убедительно показал, что ни чисто административными мерами или только техническими средствами эффективно решить проблему качества предприятиям и фирмам экономически развитых стран не удастся. Этим объясняется стремление большинства корпораций добиваться внедрения современных методов менеджмента производства высококачественной продукции.

С другой стороны вполне обоснован скептицизм руководителей здравоохранения по отношению переноса методов «непрерывного управления качеством» (TQM) из условий промышленного производства в условия производства медицинских услуг. Многие из основных принципов TQM сложно адаптировать к медицинским задачам. В частности, большинство пациентов-потребителей весьма смутно представляют себе свои собственные потребности в видах и объемах медицинских услуг и требуют проведения себе анализов, процедур, методов лечения и т.п., которые, по мнению врачей, им никогда не помогут стать здоровыми. Тем не менее, индустрия производства медицинских услуг в России медленно изучает и усваивает опыт непрерывного управления качеством в экономически развитых странах и передовые ЛПУ осуществляют подвижки по пути управления КМП в рамках реализации основных направлений реформирования отечественного здравоохранения.

## ***1.2. Предпосылки формирования системы обеспечения качества медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения России на рубеже XX-XXI веков***

В 1997 году увидела свет концепция развития здравоохранения России, где в той или иной мере рассматривалось решение проблем доступности, безопасности, удовлетворенности, оптимальности медицинской помощи населению. Сегодня в России имеется достаточная законодательная база для осуществления и улучшения качества медицинской помощи населению, но до сих пор отсутствуют критерии оценки деятельности ЛПУ, его подразделений, отдельного врача и медицинской

сестры. Во всех ЛПУ России, в соответствии с обязательствами по отношению к Всемирной организации здравоохранения, обеспечение качества должно осуществляться систематически. Но для этого у многих специалистов по управлению медицинской помощью в ЛПУ, которые должны осуществлять на практике обеспечение качества, отсутствуют современные знания по этому вопросу.

Во многих странах уже имеются оригинальные системы обеспечения качества в здравоохранении. Поэтому сегодня стоит подумать о том, какой путь был бы наиболее целесообразным для системы медицинских учреждений региона. Перенос зарубежных систем обеспечения качества в отрасль здравоохранения региона не достигнет цели, т.к. необходимо принимать во внимание региональную специфику, экономическое положение системы здравоохранения и ЛПУ отдельных муниципальных образований. Поэтому сегодня имеется потребность в создании собственной концепции, учитывающей условия и потребности отрасли здравоохранения ДВФО, которая предусматривала бы внутреннее обеспечение качества с учетом аспекта добровольности и возможности сравнения различных ЛПУ. Эта концепция должна основываться не на внутриведомственном и вневедомственном контроле, штрафных и «карательных» санкциях, а формировании у персонала медицинских учреждений моральных и материальных мотивов к процессам, которые, в конечном счете, приведут к постоянному улучшению качества медицинской помощи.

Российские реформаторы в начале 90-х годов ожидали, что введение обязательного медицинского страхования приведет к повышению КМП. При этом предполагалось, что главным механизмом повышения уровня медицинского обслуживания населения станут рост уровня ответственности медицинских учреждений перед пациентами и динамичное развитие системы внутреннего и внешнего контроля. Однако практика более чем десятилетнего периода показала, что усилия страховых компаний в области контроля КМП жестко ограничиваются сферой их экономических интересов – анализ счетов (реестров), их тщательная проверка и поиск возможностей избежать излишних издержек или сократить существующие. Потребительский спрос и интересы застрахованных в получении медицинских услуг приемлемого качества в большинстве случаев отечественных страховщиков не волновали.

Поэтому среди проблем переходного периода при введении медицинского страхования в ДВФО следует отметить нерешенную проблему правовой и нормативной базы, проблему эффективности использования финансовых средств фондов ОМС и проблему защиты прав пациентов как потребителей медицинских услуг.

В течение многих лет на здравоохранение на федеральном и территориальном уровнях возлагались многие не свойственные этой службе функции по решению задач социального плана, охраны здоровья населения в широком его понимании, начиная от состояния окружающей среды и заканчивая образом жизни пациентов. Реальной же целью системы здравоохранения была и остается организация медицинской помощи населению. Развиваясь в этом направлении, отечественное здравоохранение накопило значительный потенциал, представленный широкой сетью медицинских учреждений и аптек, огромной армией медицинских и административных работников.

Количественные накопления отрасли здравоохранения к началу 90-х годов XX века оказались настолько большими, что стали «тормозом» в реализации прямых задач

системы, которая стала существовать и обслуживать себя, а содержание накопленного потенциала стало самоцелью. К сожалению, пациент, как потребитель медицинских услуг, в отечественной системе здравоохранения был потерян, а задача повышения качества и доступности медицинской помощи отошла на второй план, уступив место стратегии сохранения коечного фонда ЛПУ даже тогда, когда он пустует, стратегии сохранения персонала даже тогда, когда он не загружен работой, приобретению дорогостоящего оборудования, которое все равно будет простаивать, и т. п.

Далеко не оптимальные ассигнования из бюджета, аналогичные тарифы за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС, жестко лимитированная система финансирования, отсутствие заинтересованности медицинского персонала в результатах своего труда, уравниловка в распределении фонда оплаты не обеспечивают развития качественной медицинской помощи. Практика работы системы здравоохранения в 1995–2005 годах характеризовалась приоритетными направлениями финансирования в первую очередь заработной платы персонала, а уж затем расходов, связанных с медицинскими технологиями, — парадокс, характерный для многих территорий ДВФО. В этой ситуации должна была сказать свое слово система обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, в центре комплекса интересов которых должен находиться застрахованный гражданин и его право на качественную и безопасную медицинскую помощь. К сожалению этого не произошло.

С 1993 года в большинстве субъектов РФ ДВФО органами управления здравоохранения, территориальными фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями проведено около полумиллиона различных экспертиз, на их проведение истрачено финансовых ресурсов, соизмеримых в своем объеме с бюджетом крупной многопрофильной больницы. Однако реальный уровень качества медицинской помощи в регионе за эти годы значительно снизился, что нашло свое отражение в тех региональных показателях здоровья населения, которые не возможно «корректировать» при формировании отчетных данных для вышестоящих чиновничьих структур. К ним следует отнести рост уровня заболеваемости по обращаемости, показателей смертности трудоспособного населения, госпитальной летальности, первичного выхода на инвалидность, показателям послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности, мнения пациентов о качестве услуг и пр. В сложившейся ситуации в региональном здравоохранении со стороны властных структур требуется четкая позиция по защите прав пациентов на доступность и качество медицинских услуг в рамках реализации программы государственных гарантий.

Законодательной основой для отстаивания интересов прав пациентов являются нормы законов Российской Федерации «О медицинском страховании граждан РФ» и «О защите прав потребителей». В первом из них застрахованный гражданин рассматривается как равноправный субъект медицинского страхования вместе с другими субъектами: медицинскими учреждениями, страхователями и страховщиками. Во втором застрахованный гражданин рассматривается как потребитель медицинских услуг, и на него распространяются нормы закона как на потребителя одного из многих видов услуг, поскольку медицинская услуга рассматривается как своеобразный товар, который должен иметь некие характеристики, а именно: стоимость и качество.

Реальное положение, сложившееся сегодня в деле организации защиты прав потребителей медицинских услуг, имеет несколько препятствий, преодоление которых потребует определенных усилий со стороны всех субъектов медицинского страхования.

- Во всех странах мира спрос на достаточный уровень обеспечения медицинской помощью не удовлетворяется в полном объеме. В принципе не существует ограничений в желании получить максимально высокий уровень медицинской помощи, хотя в отдельных странах растет продолжительность жизни, но параллельно растут экологические проблемы и интенсивность труда. По этим причинам, а также из-за увеличения доли лиц старших возрастов среди населения, уровень заболеваемости не снижается. В России эта ситуация имеет тенденцию к обострению, так как при кризисном состоянии экономики и снижении уровня жизни основной части населения снижается индекс здоровья населения в целом. При этом инвестиции в охрану здоровья ниже, чем в большинстве стран мира, и сохраняется тенденция к их снижению в дальнейшем.
- Низкий уровень внебюджетных инвестиций в охрану здоровья, поскольку на рынке товаров и услуг услуги по охране здоровья населения, необходимые товары для обеспечения медицинских технологий по своей значимости занимают в России последние места в рейтинге, что не соответствует высокому приоритету реальных потребностей в этих услугах среди других потребностей человека.
- Эффективность инвестиционных проектов в охрану здоровья относительно низка, так как лица, принимающие решения относительно формирования базы услуг по поддержанию здоровья населения России, недостаточно компетентны в момент принятия решения, поскольку не обладают знаниями конкретной ситуации и не имеют четкой концепции охраны здоровья населения в переходный период.
- Формирование спроса на услуги по поддержанию здоровья во многом определяется неправильным воспитанием, пропагандой, модой, субъективными желаниями, рекламой, монополией производителей услуг и заинтересованных ведомств. Истинная потребность существенно отличается от сформированного таким образом спроса и практически неизвестна потребителю услуг — пациенту. Причем последний зачастую не испытывает надобности знать свои истинные потребности в связи с тем, что многие годы ему внушались понятия бесплатной медицинской помощи и обязанностей государства по охране здоровья, обеспечению его здорового образа жизни, условий труда и отдыха.
- Врач, медсестра лишь морально, в силу своего профессионального долга заинтересованы в конечном эффекте оказываемых ими услуг. Материально они заинтересованы в том, чтобы было больше больных, а не здоровых, чтобы было больше посещений врача, оперативных вмешательств, медицинских процедур, реанимационных больных, в конечном итоге, как ни парадоксально, но материально им более выгодно увеличение числа больных граждан.
- Системной законодательной базы по производству услуг в России, связанных с охраной здоровья, по сути дела, не существует, последние производятся на основании регламентирующих приказов, распоряжений, а отнюдь не законов. Не разработаны стандарты на услуги. Система сертификации и лицензирования медицинской деятельности находится в зачаточном состоянии, а сами процедуры реализуются в значительной мере

формально, плодя ворох разнообразных «бумаг», не имеющих зачастую никакого отношения к сложившейся ситуации в ЛПУ.

- Роль современных медицинских и информационных технологий принижается, тормозится их внедрение. Основной причиной этого является резкое сокращение сроков лечения пациентов при реализации современных медицинских технологий и невозможность использования системы приписок при внедрении информационных технологий.

В то же время предполагаемая реформа здравоохранения России, которую не заменят никакие локальные, изолированные из контекста стратегии, даже финансируемые по инициативе Президента РФ «приоритеты» и мероприятия в виде увеличения заработной платы и финансирования профессиональной подготовки участковых врачей и врачей общей практики, строительства федеральных центров высоких медицинских технологий и т.п., откладывается со дня на день. А ведь последняя должна иметь несколько исходных предпосылок. В частности:

- *Эффективное использование имеющихся ресурсов.*
- *Восстановление профилактической направленности всех без исключения программ охраны здоровья населения.*
- *Структурную перестройку стационарной и первичной медико-санитарной помощи.*
- *Выравнивание возможностей в получении квалифицированной помощи жителями различных регионов.*
- *Создание системы конкурирующих служб врачебной практики, действующих по законам рынка.*
- *Формирование материальной и моральной заинтересованности врачей и медицинского персонала в эффективной работе и высоком качестве обслуживания и т.п.*

В начале XXI века в РФ имеется достаточная законодательная база для осуществления и улучшения качества медицинской помощи населению, но до сих пор отсутствуют критерии оценки деятельности ЛПУ, его подразделений, отдельного врача и медицинской сестры. Во всех ЛПУ России, в соответствии с обязательствами по отношению к ВОЗ, обеспечение качества должно осуществляться систематически. Но для этого у многих специалистов по управлению медицинской помощью в ЛПУ, которые должны осуществлять на практике обеспечение качества, отсутствуют современные знания по этому вопросу. В частности, многие специалисты в ЛПУ региона считают, что медицинский персонал, а не технологические процессы являются источниками высокого уровня качества. Причинами низкого уровня качества, по их мнению, являются т.н. «врачебные ошибки», а не отсталость структурных компонентов ЛПУ, низкий уровень управления медицинскими учреждениями и «дедовские» технологии оказания медицинской помощи. По нашему мнению проблемы обеспечения КМП в регионе следует рассматривать комплексно, не замыкаясь на решении того или иного направления.

В большинстве субъектов РФ ДВФО внутренние резервы государственной системы охраны здоровья в течение последних 15 лет фактически исчерпаны, так как накопилась «усталость» структуры отрасли здравоохранения. Амортизационный износ основных фондов большинства ЛПУ превышает 60-70 %, а кадровые, материально-технические и финансовые ресурсы не позволяют производить медицинские услуги в рамках стандартов современных организационных технологий, в частности не реализуются организационные технологии профилактики

массовых заболеваний, повсеместно доминирует «лечебный» подход при оказании медицинской помощи. В этих условиях резко снизилась эффективность и своевременность диагностики и лечения больных, что отразилось на состоянии здоровья населения, демографической ситуации и т.п.

Приоритетное влияние на качество и доступность медицинской помощи населению в условиях экономической нестабильности региона играет обеспечение кадровыми ресурсами. Это определяет кадровую политику как один из приоритетов в управлении и развитии современного здравоохранения РФ. Медицинские кадры являются наиболее стабильным элементом системы здравоохранения, носителем ее традиций и опыта. Современные проблемы формирования трудовых ресурсов отрасли здравоохранения связаны с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого профиля и с чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных городах.

В структуре обеспечения специализированной помощи в России численность врачебного персонала составляет более 60 % в поликлинических учреждениях и более 85 % в стационарных (Преображенская В.С., Зарубина А.В., 2002). Переизбыток врачей «узких» специалистов как правило, приводит к неоправданно частому применению дорогостоящих медицинских процедур. Это, в свою очередь, повышает расходы на медицинское обслуживание и снижает его качество.

Исследования, проведенные в рамках подготовки Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, показали, что увеличение числа хирургов на 10 % приводит к увеличению количества хирургических операций на 3-4 %. Мировой опыт свидетельствует, что оптимальным можно принять такое соотношение, при котором доля «узких» специалистов составляет около 25 % от общего количества врачей.

В современных социально-экономических условиях особая роль должна быть отведена оптимизации кадровой политики и социальной защищенности работников отрасли здравоохранения. Вместе с тем следует констатировать, что, за небольшим исключением, кадровая политика в отрасли здравоохранения большинства территорий ДВФО носит бессистемный характер, что привело к перенасыщению врачами областных и краевых медицинских учреждений, крупных поликлиник, стационаров городов. Сформировался стабильный отток кадров из сельских врачебных амбулаторий и участковых больниц, а также из учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Последствия такой «кадровой политики» начали ощущаться в 90-х годах прошедшего века, когда именно по этой причине населению отдаленных северных и сельских районов практически всех территорий ДВФО стали недоступны некоторые виды даже квалифицированной врачебной медицинской помощи, не говоря уже о специализированных ее видах.

Анализируя проблему кадрового обеспечения системы здравоохранения территорий ДВФО, следует говорить не столько о дефиците врачей как таковом, сколько о проблеме их равномерного распределения. В ДВФО в 2001 и последующие годы показатель обеспеченности населения врачами составил более 42 на 10 тыс. населения, что практически соответствует общероссийскому показателю. За период с 1990 по 2005 г. только в 3-х субъектах федерации наблюдался рост

обеспеченности населения врачами: Амурской области, Республике Саха (Якутия) и Чукотском автономном округе.

Обеспеченность средним медицинским персоналом в целом по ДВФО всегда была ниже среднероссийского и, так же как и в России, с 1990 по 2005 гг. этот показатель снижался. Рост уровня обеспеченности средними медицинскими работниками наблюдался только в Амурской области, ЕАО и в Республике Саха (Якутия).

В настоящее время ни один субъект РФ, входящий в состав Дальневосточного федерального округа, не укомплектован полностью медицинским персоналом. Практически во всех территориях ДВФО отмечается снижение как числа занятых должностей врачей и средних медицинских работников, так и числа физических лиц.

Штатным расписанием лечебных учреждений округа в последние годы предусмотрено около 39 тыс. врачебных должностей, из которых занято всего около 36,8 тыс. На занятых должностях работает чуть более 24,8 тыс. врачей – физических лиц. Таким образом, укомплектованность врачами с учетом совместительства выглядит относительно благополучно и составляет около 94 %. Иная ситуация наблюдается при анализе укомплектованности врачами - физическими лицами. Этот показатель колеблется в различных субъектах федерации ДВФО от 46,0% до 69,6% и в среднем по округу составляет 63,5%.

Аналогичная ситуация складывается с укомплектованностью учреждений здравоохранения ДВФО средним медицинским персоналом. Из имеющихся в округе около 81,8 тыс. должностей средних медицинских работников занято более 79,2 тыс., таким образом, укомплектованность кадрами среднего медицинского персонала с учетом совместительства составляет в среднем по округу 95,4%. Число работников - физических лиц на занятых должностях – более 56,8 тыс., показатель укомплектованности без учета совместительства составляет более 67 %.

- Это явление напрямую связано с оттоком врачебных кадров в более благополучные регионы Российской Федерации, ближнего и дальнего зарубежья. Немаловажную роль в нехватке и оттоке медицинских кадров из отрасли здравоохранения округа играет относительно низкая заработная плата медицинских работников, слабая социальная защищенность, и, как следствие, спад престижности профессии.

Одной из важных проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения ДВФО является устойчивый рост лиц предпенсионного и пенсионного возраста в составе рабочей силы. За период с 2000 по 2005 гг. в округе увеличение числа женщин-врачей в возрасте старше 50 лет произошло в 6 субъектах федерации (Амурской, Камчатской, Магаданской, Сахалинской областях, Еврейской автономной области и Корякском автономном округе). В среднем количество специалистов такого возраста составляет около 30% от всех работающих женщин-врачей.

Среди мужчин-врачей наблюдается аналогичная картина: увеличение доли мужчин предпенсионного и пенсионного возраста произошло среди врачей Амурской, Камчатской, Магаданской, Сахалинской областей, Корякского автономного округа и Республики Саха (Якутия). В среднем по округу количество мужчин-врачей старше 55 лет составляет более 20% от общего числа работающих врачей мужского пола.

Увеличение доли пожилых возрастов в составе рабочей силы происходит как вследствие ухода молодых специалистов из системы здравоохранения, так и в результате недостаточного их притока в отрасль, т.е. нежелания выпускников образовательных медицинских учреждений работать в лечебных учреждениях, особенно в отдаленных районах и сельской местности. Естественная и миграционная убыль врачей еще более осложнит ситуацию, так как за период реформ так и не были созданы реальные механизмы привлечения в первичное звено молодых специалистов. Об этом же свидетельствуют и данные социологического исследования студентов выпускных курсов Дальневосточного государственного медицинского университета.

Прогнозирование кадрового обеспечения системы здравоохранения позволяет говорить о приближающейся «критической точке», когда количество практикующих врачей не сможет в полной мере обеспечить предоставление населению необходимых видов и объемов медицинской помощи, гарантированных государством, даже на уровне последних лет. Острота вопроса заключается еще и в том, что цикл подготовки квалифицированного врача занимает не менее 7 лет.

Направленная на решение этой проблемы действующая сегодня в России система целевой подготовки специалистов здравоохранения в условиях отсутствия современного нормативно-правового обеспечения этой работы не только не дает необходимого результата, но и приводит к неэффективному расходованию бюджетных средств. «Целевое» обучение молодых специалистов еще не гарантирует возврата их на работу в учреждения здравоохранения территории, предоставившей им целевое направление.

Анализ целевой формы подготовки специалистов показывает, что она помогает решить кадровую проблему, но конечная ее эффективность невысока, так как не позволяет закреплять кадры в отдаленных территориях. Безусловно, проблемы закрепления специалистов в значительной степени связаны с социально-экономическими причинами, но есть и другой, профессиональный компонент. Система здравоохранения субъектов федерации до сих пор ориентирована на специалистов «узкого» профиля, которые стремятся работать в специализированных учреждениях, а не в первичном звене.

- Провозглашенный в России переход на оказание первичной медицинской помощи силами врачей общей (семейной) практики в Дальневосточном федеральном округе так и не состоялся. Причем, по нашему мнению, причины не столько в отсутствии организационных и экономических механизмов работы ВОП, сколько в отсутствии заинтересованности и целенаправленной работы организаторов здравоохранения регионального уровня управления. По этой же причине и количество подготовленных за последние годы врачей общей (семейной) практики (менее 150) далеко от реальной потребности в них (около 2500).
- В результате проводимой «реформы» старая система оказания ПМСП разрушается, а новая – не создана. Дефекты работы амбулаторно-поликлинической помощи приводят к переносу части не оказанной медицинской помощи не только на стационарный этап, но и на скорую медицинскую помощь (СМП). Так, в отдельных территориях ДВФО уровень обращаемости за СМП составляет 544 на 1000 населения (Корякский АО), 514 (Чукотский АО), 447 (Магаданская область), 442 (Сахалинская область), 397 (Хабаровский край). Однако в отдельных муниципальных образованиях



регионов этот показатель достигает 1000 вызовов СМП на 1000 населения. Иными словами, силами дорогостоящей скорой медицинской помощи оказывается ПМСП.

В течение последних 10 лет нарушилась доступность населению отдаленных северных и большинства сельских районов ДВФО многих видов медицинской помощи, в основе чего лежит значительный отток квалифицированных медицинских кадров – врачей, фельдшеров, медицинских сестер. Значительная часть видов и объемов медицинской помощи, которые ранее оказывались Центральными районными больницами, переместилась в краевые (областные) и межрайонные ЛПУ, где стоимость ее оказания значительно выше.

Имеются и значительные структурные диспропорции обеспечения кадрами. Особенно это опасно в небольших муниципальных образованиях, где недостаток 1-2-х участковых врачей практически разрушает участковую службу, т.к. оставшиеся врачи не в состоянии полностью обеспечить качественную амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь. Более того, укомплектованность врачами учреждений ПМСП приближается к критическому порогу даже в отдельных административных центрах субъектов РФ ДВФО (г. Биробиджан, Южно-Сахалинск, Магадан).

В большинстве территориальных поликлиник дефицит участковых терапевтов и педиатров (физических лиц) давно превысил уровень  $\frac{1}{3}$  (а в ряде поликлиник он достигает более 5) от числа врачебных участков, что крайне неблагоприятно отражается не только на медицинской помощи, но и на выполнении профилактических программ. На фоне этого число узких специалистов превышает число участковых врачей (врачей общей практики), и тенденция структурных диспропорций стремительно нарастает. Опросы студентов старших курсов и врачей-интернов медицинских вузов региона показывают, что даже значительное повышение заработной платы участковым врачам в начале 2006 года не повлияет на их решение работать за пределами ЛПУ системы ПМСП.

На Дальнем Востоке России большинство территорий имеют низкую плотность населения, слабо развитую транспортную инфраструктуру, низкий уровень доходов семей, а значительная часть дальневосточников проживает в небольших городах (15-25 тыс.), рабочих поселках (3-5 тыс.) и селах (0,5-1,5 тыс.), отделенных друг от друга огромными расстояниями, что требует соответствующей системы организации медицинской помощи. Вполне естественно, что в ЛПУ таких населенных пунктов рационально использовать специалиста, владеющего широким спектром знаний и умений, т.е. врача общей (семейной) практики.

В условиях все большего влияния экономических механизмов на управление ЛПУ сегодня с высокой долей определенности необходимо ответить на два ключевых вопроса: насколько востребован врач широкого профиля в отрасли здравоохранения ДВФО и готов ли сегодня образовательный сектор отрасли удовлетворить существующую потребность?

Мировой опыт развития здравоохранения показывает, что специалист широкого профиля достаточно востребован, особенно в странах и регионах с невысокой плотностью населения. Этот факт позволяет утверждать, что для Дальнего Востока России с ее неравномерным распределением жителей такой специалист не только желателен, но и необходим.

Решение проблемы оттока кадров из первичного звена здравоохранения и укрепление этой структуры лежит в плоскости оперативного улучшения их социального (материального) положения с использованием прямых или косвенных методов (либо путем прямых доплат из специально созданного фонда, за счет создания условий, при которых врачи могли бы легально самостоятельно зарабатывать дополнительные средства). Одним из возможных инструментов воздействия на ситуацию может стать переход на подушевое финансирование оказания первичной медико-санитарной помощи населению.

Одним из наиболее сложных разделов кадровой политики является планирование. Эмпирические подходы к планированию ведут к ошибочным решениям, в связи с чем достижение адекватной численности и профильной структуры медицинских работников возможно только при использовании научно обоснованных подходов на базе статистического и экспертного методов целенаправленного исследования. Планы развития кадров здравоохранения региона должны учитывать социально-экономические, демографические, культурные факторы и этнические особенности населения.

К сожалению, в территориях Дальневосточного федерального округа реформирование отрасли здравоохранения идет крайне медленно. Как правило, это всего лишь «имитация» реформ. До сих пор почти не сдвинулась с места реорганизация амбулаторно-поликлинической помощи по принципу врача общей (семейной) практики, продолжается быстрыми темпами разрушение сельской медицины, «не идет» реорганизация службы скорой медицинской помощи, большая часть ресурсов отрасли (более 70%) вкладывается в стационарную помощь и, особенно, в высокоспециализированные дорогостоящие ее виды и т.п.

В связи с этим особое место в кадровой работе должна занимать подготовка управленческих кадров. Реализация реформы без квалифицированных организаторов здравоохранения невозможна. Национальная политика в области подготовки кадров для здравоохранения должна предусматривать и подготовку руководителей, и усиление менеджерских возможностей персонала. В реальной ситуации Дальнего Востока большинство главных врачей ЛПУ региона и специалистов органов управления здравоохранением различного уровня не имеют базовой подготовки по управлению (первичной специализации по общественному здоровью и организации здравоохранения), хотя у многих из них в наличии т.н. «сертификаты специалиста». Последние свидетельствуют о том, что они выданы в результате окончания чаще всего дорогостоящих курсов переподготовки по менеджменту по урезанным 7-14-дневным программам в России или за рубежом в рамках т.н. «образовательного туризма».

Ряд целей, провозглашенных в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, не достигнуты не только из-за недостаточности финансирования отрасли, но и во многом «благодаря» сложившейся кадровой политики среди организаторов здравоохранения регионального и муниципального уровней при реформировании здравоохранения в 90-е годы. В ряде субъектов Российской Федерации это привело к многочисленным кадровым перестановкам, приходу к управлению органами здравоохранения «политических» руководителей, а не менеджеров.

Стихийное формирование региональных систем управления, отсутствие преемственности, когда смена регионального лидера (главы администрации) влечет

за собой тотальную или субтотальную смену «команды» - руководителей высшего и среднего звена в региональных органах управления здравоохранением, ведет к изменению парадигмы и приоритетов развития отрасли в регионе, иногда – во многом отличающиеся от реализованных в предшествующем периоде.

Результаты анализа кадровой ситуации в отрасли здравоохранения ДВФО показывают, что для проведения реформ с целью повышения эффективности и качества медицинской помощи в сложных условиях Дальнего Востока необходима самостоятельная целевая программа подготовки руководителей органов управления здравоохранением (менеджеров). Подготовка должна проводиться на специальном факультете ведущего медицинского вуза Дальнего Востока, а программа подготовки должна включать вопросы системного анализа, стратегического планирования и прогнозирования, антикризисного управления отраслью в условиях рыночной экономики и др.

### **1.3. Некоторые методологические подходы к оценке качества медицинской помощи**

Изменения, произошедшие в отечественной медицине в последние годы, касаются не только результатов научно-технического прогресса, но и определенных моральных проблем. Многие годы повсеместно доминировал тезис о том, что каждому человеку доступно все лучшее, что может предложить медицина. Однако с течением времени интересы начали смещаться к вопросам ресурсов и стоимости лечения, стандартизации качества, а также экономической эффективности деятельности в области здравоохранения.

Несмотря на уже имеющийся значительный интерес к вопросам качества медицинской помощи, этот аспект совершенствования системы здравоохранения в России остается для большинства медицинских работников новым и порой совершенно неясным. Зарубежная литература, особенно американские источники, всесторонне освещают методы обеспечения качества, но они настолько специфичны для США, что вряд ли приемлемы в других странах, хотя изучение зарубежного опыта принесет определенную пользу для разработки концептуальных подходов к обеспечению качества медицинской помощи в России.

Вопросы качества занимают важное место в Европейской политике здоровья Всемирной организации здравоохранения. Среди сформулированных Европейским бюро ВОЗ задач по достижению здоровья для всех (редакция от сентября 1991 года) задача № 31 «Качество обслуживания и соответствующая технология» указывает следующее: «К 2000 году все государства-члены должны иметь соответствующие структуры и механизмы для обеспечения непрерывного повышения качества медико-санитарной помощи и совершенствования соответствующего развития и использования технологии здравоохранения».

Сегодня существует достаточно много различных определений КМП. Еще в 1966 году на симпозиуме Европейского регионального бюро ВОЗ (Копенгаген), посвященном эффективности медицинской помощи, А. А. Попов подчеркивал, что вопросы состояния медицинской помощи следует рассматривать одновременно в четырех взаимосвязанных и взаимообусловленных аспектах: качества, адекватности, производительности и эффективности. По его определению, под качеством медицинской помощи следует понимать совокупность результатов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, определяемых

соответствующими установленными требованиями на основе достижений медицинской науки и практики (не только врача и его помощника, но всей системы здравоохранения в целом). КМП может быть определено рядом объективных, так называемых качественных показателей медицинской помощи. Современное состояние медицинской науки и практики дает возможность измерить КМП числовыми величинами.

К более поздним определениям КМП следует отнести формулировку В. Ф. Чавпецова и соавторов, которыми качество медицинской помощи определяется как «содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, то есть его способности снижать риск прогрессирования у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с системой здравоохранения». Это определение также основывается на материалах и рекомендациях ЕРБ ВОЗ, где учитываются четыре основных компонента:

- квалификация врача,
- оптимальность использования ресурсов,
- риск для пациентов,
- удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью.

В конечном итоге качество оказания медицинской помощи отражает весь спектр взаимодействий пациента и врача, какие бы невероятные, на первый взгляд, формы это ни приобретало. Чтобы приблизиться к пониманию КМП как общепринятой категории взаимоотношения пациента (покупателя медицинских услуг) и врача (производителя медицинских услуг), следует отвлечься от медицинской помощи как таковой и рассмотреть качество медицинской услуги в общем плане. При оценке качества товаров и услуг рассматривается две характеристики:

*Качество исполнения* - характеристика, отражающая степень удовлетворения запросов, потребностей пациентов.

*Качество соответствия* - характеристика, отражающая степень соответствия принятым стандартам, внутренним спецификациям и пр.

Безусловно, первая характеристика качества не всегда может быть обеспечена, потому что требования потребителя/пациента к качеству исполнения всегда завышены, а возможности исполнителя/врача всегда имеют ограниченную степень свободы (ограничение ресурсов обеспечения медицинских технологий, ограничение технического уровня самого исполнителя и пр).

Вторая характеристика качества может быть обеспечена в большинстве случаев, поскольку ее параметры определяются стандартами, которые вырабатываются внутри системы здравоохранения под существующие технологии.

В этой связи следует отметить, что рыночные преобразования в здравоохранении нельзя расценивать однозначно. Внедрение рыночных механизмов в социальную сферу, каковой является здравоохранение, весьма опасно с точки зрения формирования свободной конкуренции между производителями услуг. Естественно, что в этой ситуации потребление самой высококачественной продукции обеспечит

себе тот, кто сможет предложить более высокую цену за услуги. Сегодня это менее 10% населения России.

Что же относительно социальной справедливости, то ее обеспечение в условиях рынка становится весьма сложной проблемой и должна гарантироваться соответствующим законодательством и механизмами его реализации. С другой стороны, производитель может победить на рынке, предложив приемлемые цены и гарантии высокого качества услуг, что в значительной мере определяется системой обеспечения КМП в учреждении-производителе медицинских услуг. Все, от администратора самого высокого уровня до исполнителя несложных работ, должны отдавать себе отчет в том, что никакой контроль извне системы не обеспечит производства услуг высокого уровня качества на каждом рабочем месте, в каждом ЛПУ, кроме них самих.

Подход к оценке качества может быть «нейтральным», когда за оценкой функционирования системы не следует комплекс мер, направленный на устранение причин снижения качества, и «активным», когда оценка качества предпринимается в целях улучшить уровень медицинского обслуживания. Активный подход отождествляется с обеспечением качества, в таком случае анализ или оценка качества — неременная стадия в его обеспечении.

В анализе качества следует выделить три основных компонента: анализ профессиональных качеств врача, обеспеченности медицинским оборудованием и персоналом, условий организации и финансирования (качество структуры), анализ медицинских технологий (качество процесса), анализ результатов (качество результатов). Безусловно, что этими тремя компонентами анализ качества не ограничивается, на практике проводится множество исследований, в которых эти вопросы затронуты косвенно или имеют преломления в ином контексте.

Главная заслуга в конкретизации трех основных компонентов качества (структура, процесс, результат) принадлежит выдающемуся организатору здравоохранения, ливанцу армянского происхождения Аведису Донабедиану (1919-2000), человеку со сложной судьбой. Его семья в тревожные годы геноцида против армянского населения была принудительно выслана из Турции. Известно, что в этом изгнании погибло около 1,5 миллиона армян. Его матери, «прошедшей через все и выжившей благодаря своей силе, храбрости и интеллекту», удалось добраться до Бейрута, где и родился Аведис. В Ливане он закончил школу и поступил в медицинский институт, после успешного завершения последнего он мог претендовать лишь на должность врача общей практики. Однако вскоре молодой врач был назначен директором студенческой службы здравоохранения и впервые столкнулся с практическими вопросами организации медицинской помощи.

В 1952 году Аведиса Донабедиана пригласили в Гарвард для проведения научных исследований в области медицинской статистики, где в 1955 г. он получил ученую степень. С 1956 г. он больше не работал врачом. Его интересами стали труды по медицинской статистике, которую он тщательно изучал, постоянно совершенствуясь. Работая в США в г. Бостоне, он познакомился с научными трудами Э. Э. Годмана и развил его идеи. Как специалист по управлению качеством в здравоохранении он стал известен с 1966 года, когда была издана его первая монография «Оценка качества медицинской помощи», где А. Донабедиан впервые разработал сочетание трех подходов в оценивании качества: структурного, процессуального и результирующего, названное впоследствии «триадой Донабедиана».

А. Донабедиан отстаивает создание самодостаточного здравоохранения, стремящегося к повышению клинической эффективности без ущерба для экономической составляющей. С его точки зрения, существующие недостатки в отрасли здравоохранения – следствие «внешних факторов». Он говорил, что систематическое изучение этих «внешних факторов» диктует необходимость выработки новой парадигмы качества – парадигмы, основанной на системном мышлении. Без исследования «внешних факторов» нам не разобраться с недостатками, возникающими в здравоохранении под их влиянием. Поразмыслив сначала о том, как мы воспринимаем нынешнее состояние здравоохранения, мы лучше поймем, что под ним понимать.

Реальный опыт управления подсказывает нам, что без новых парадигм (нового восприятия фактов) не удастся решить старых проблем. Отношение к отрасли здравоохранения в России переживает в настоящее время такую же смену парадигм, как и в других отраслях сферы производства и обслуживания. В последние пятнадцать лет мы наблюдаем заметные изменения в оценке потребителями товаров и услуг. Всё большее значение для людей имеет ценность продукции, и определяется она в их восприятии не только стоимостью и качеством, но и целым рядом других характеристик. И отечественная медицина не явилась исключением из всеобщей смены потребительских парадигм, а значит и старые проблемы здравоохранению придется решать по-новому. Изучение ставших классическими работ А. Донабедиана, его парадигма подвела нас к новому уровню понимания качества медицинских услуг.

**Под обеспечением качества мы понимаем медицинские мероприятия, направленные на достижение заданного уровня качества. Независимо от характера обеспечения качества, неизменным является реализация следующих моментов:**

- определение проблем и приоритетов оказания медицинской помощи;
- формирование специфических для области анализа проблем критериев качества (установление стандартов) и определение цели;
- ретроспективный и текущий анализ ситуации, медицинских документов и сбор информации;
- анализ установленных проблем и подготовка рекомендаций для принятия решений;
- внедрение рекомендаций на практике;
- оценка достигнутых результатов.

**Следует подчеркнуть, что реализация перечисленных моментов в процессе работы и исследований требует организации соответствующих программ обеспечения качества. Эти программы позволяют гарантировать предоставление медицинской помощи определенного уровня, систематическую его оценку по согласованным и заранее установленным стандартам. Следовательно, в системе обеспечения качества можно выделить компонент анализа и оценки деятельности (audit) и компонент стандартов или эталонной системы показателей (standards).**

Повышение качества медицинских услуг и обеспечение их доступности являются важнейшими вопросами реформирования системы здравоохранения. Не случайно основной задачей «Отраслевой программы управления качеством в здравоохранении» является разработка и внедрение единой стратегии

непрерывного повышения качества услуг в здравоохранении страны в соответствии с международными стандартами.

Данная программа подразумевает управление качеством работы учреждения на всех уровнях, рассматривая запросы потребителей, включая пациентов, родственников пациентов, менеджеров, медицинский и технический персонал организации.

Понятийный аппарат и взаимосвязи компонентов обеспечения качества по нашему мнению укладываются в следующую схему (рис.1.1.).



Рис. 1.1. Схема обеспечения качества медицинской помощи. R. Mason (1986)

По определению R. Mason, представившему эту схему, в понятийном аппарате «обеспечение качества» употребляется большое количество разнообразных, во многом идентичных терминов, жаргонных слов, усложняющих согласование и стандартизацию методических и организационных вопросов оценки и обеспечения качества. Вопрос терминологии нельзя отнести к категории риторических. Недостаточная проработка понятийного аппарата может привести к дискредитации выводов и предложений в процессе контроля качества.

Для согласования и стандартизации методических и организационных подходов к оценке КМП следует сослаться на материалы совещаний ЕРБ ВОЗ по описанной выше проблеме, в которых дается определение понятия качества медицинской помощи как характеристике, отражающей степень

**адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения профессиональных стандартов.**

**Если это определение рассмотреть более подробно, то следует рассматривать понятие КМП в виде комплекса нескольких показателей, а именно:**

- **ЭФФЕКТИВНОСТЬ** — это соотношение реально полученного результата с результатом, который мог бы быть получен в идеальных условиях.
- **ЭКОНОМИЧНОСТЬ** — отношение реальных затрат к нормативной стоимости.
- **КРИТЕРИЙ АДЕКВАТНОСТИ** — это соотношение между оказанной медицинской помощью и потребной медицинской помощью.

**При этом критерий «адекватность» состоит из нескольких понятий:**

- **Научно-технический уровень** использования современных медицинских знаний и технологий в лечебно-диагностическом процессе.
- **Своевременность** — соотношение между временем оказания медицинской помощи и временем возникновения потребности в определенной услуге со временем оказания медицинской услуги и потребности, если бы система работала в идеальных условиях.
- **Доступность** медицинской помощи — соотношение между количеством получивших медицинскую помощь и количеством нуждающихся в ней.
- **Достаточность** — минимальная потребительская корзина медицинских услуг, которая достаточна для качественной и адекватной медицинской помощи и не снижает в значительной степени ее эффективность.

Все эти понятия должны ложиться в основу системы методологии КМП в отрасли здравоохранения России. С этих позиций отрасль здравоохранения является собой огромную инерционную структуру, совершенствование которой, как правило, растягивается на годы и десятилетия. Именно поэтому решение стратегических вопросов, определяющих систему обеспечения качества, номенклатуру специальностей, методы и формы подготовки специалистов, сертификации и лицензирования ЛПУ должно быть безошибочным, т.е., с одной стороны, соответствовать сложившимся условиям, с другой стороны, — отвечать задачам формирования эффективной структуры оказания медицинской помощи населению. Тем более, что на экономической карте России нет двух одинаковых, или хотя бы похожих региона по плотности населения, развитию транспорта, промышленности, социальной инфраструктуры, следовательно, каждый из значительного числа «мозаики» территорий требует разработки модели оказания медицинской помощи, наиболее эффективной и отвечающей потребностям населения данной субъекта РФ по ценовым и качественным характеристикам.

#### ***1.4. Перспективы отечественного движения за качество продукции***

В начале XXI века проблема качества стала одним из приоритетов мирового развития. В последние десятилетия в большинстве стран мира созрело твердое убеждение, что высокое качество продукции, товаров и услуг — реальная материальная основа эффективности экономики, укрепления безопасности, защиты окружающей среды, средство для решения социальных задач развития общества и в конечном счете — создания достойных условий жизни людей. Изменилось отношение к качественным и количественным показателям, измеряющим ступени



развития. Экономические успехи, как отдельных компаний, так и государств оказались поставленными в зависимость от умения управлять своей деятельностью по критериям качества. Такова общемировая тенденция, и она заслуживает самого серьезного внимания со стороны всех слоев российского общества, в том числе и от медицинских работников.

Экономические и социальные условия в нашей стране стремительно меняются, происходят структурные изменения в экономике, развивается конкуренция, отечественный рынок медицинских услуг открылся для товаров зарубежных производителей, расширяются ассортимент и номенклатура товаров и услуг, ускоряются темпы обновления продукции. Требования потребителей к качеству в здравоохранении быстро растут. Все это предъявляет совершенно новые, высокие требования к работе отечественной промышленности, индустрии медицинских услуг, органов управления здравоохранением.

Органами законодательной и исполнительной власти Российской Федерации сделано немало для адекватного реагирования на требования нового времени. Принят ряд важных мер по защите прав потребителей, повышению интереса предприятий и медицинских учреждений к выпуску высококачественной продукции (услуг), развитию таких средств обеспечения качества, как стандартизация и метрология, по защите потребительского рынка с помощью сертификации. Для поощрения предприятий и организаций-лидеров учреждены премии Правительства Российской Федерации в области качества.

Многие коллективы российских предприятий промышленности и сферы услуг начали, хотя и медленно, обновлять формы организации управления производством по критериям качества. Постепенно увеличиваются инвестиции в новую технику и передовые технологии, в разработку и освоение новых, современных изделий. Активизировалась работа по созданию эффективных систем управления качеством.

Существенную роль в развитии этого процесса играет научно-техническая общественность. Благодаря ее инициативе в стране проводятся конкурсы в области качества. Приобрела массовый и устойчивый характер Программа «100 лучших товаров России», охватившая практически все регионы. Успешно осуществляются тщательно разработанные с участием территориальных органов Госстандарта России региональные программы «Качество» в Санкт-Петербурге, Ярославле, Волгограде, Саратове, Самаре, Ульяновске, в республиках Татарстан, Башкортостан, Чувашия, в Ставропольском крае и некоторых других субъектах Российской Федерации. Следует отметить, что отечественное здравоохранение как отрасль народного хозяйства пока должным образом не представлено в этой программе.

Серьезное достижение в последние годы наблюдаются в вопросах взаимодействия государственных учреждений и общественности, направленные на улучшение качества в различных секторах народного хозяйства. Наиболее четко это проявляется во взаимодействии Госстандарта России с Академией проблем качества, МОО «МАК — СовАсК» и региональными комиссиями по качеству при главах администраций субъектов Российской Федерации. По инициативе общественности, поддержанной Правительством Российской Федерации, Госстандарт России совместно с другими министерствами и ведомствами, научными учреждениями и общественными объединениями разработал проект Концепции национальной политики России в области качества продукции и услуг.

Закономерным и знаменательным событием является создание Всероссийской организации качества, призванной объединить усилия общественности по улучшению качества продукции, товаров и услуг в России, способствовать распространению знаний о качестве, накопленных как в России, так и за рубежом, выработке адекватных форм работы в области качества, отвечающих современной острой ситуации. Таким образом, складываются реальные предпосылки для формирования национального движения за качество, созданы организационные формы его поддержки.

Однако констатация позитивных сдвигов в организации и осуществлении деятельности в области качества ни в коей мере не должна скрывать серьезных проблем с качеством отечественной продукции, товаров и услуг, в частности проблем низкого качества услуг в отечественном здравоохранении. Практически во всех отраслях народного хозяйства, в том числе и в отрасли здравоохранения, резко сократилась исследовательская и проектно-конструкторская база. В результате производство в нужные сроки товаров и услуг высокого технологического уровня и качества в современной России не имеет достаточного материального и интеллектуального обеспечения.

На отечественный потребительский рынок медицинских услуг проникает немало низкокачественной и фальсифицированной продукции, что вызывает законное недовольство в обществе и снижает безопасность в сфере потребления. Из-за низкой конкурентоспособности доля продукции обрабатывающих отраслей экономики в российском экспорте незначительна, и ее сохранение в таких размерах в ближайшей перспективе, а в будущем тем более, катастрофически опасно, особенно в связи с предстоящим вступлением России во Всемирную торговую организацию (ВТО).

Многие специалисты по управлению качеством, учитывая тенденции экономического и социального развития в мире, будучи уверенными в необходимости роста национального богатства и благосостояния граждан РФ путем повышения конкурентоспособности отечественных товаров и услуг на внутреннем и мировом рынке, считают необходимым в ближайшее время реализации нескольких направлений обеспечения качества.

*Улучшение качества отечественной продукции, товаров и услуг является реальным, действенным и эффективным средством выхода из кризиса и ускоренного решения задач экономического и социального развития нашей страны.*

*Повышение качества управления, внедрение систем менеджмента качества на предприятиях и в организациях, а также в региональных и федеральных органах государственного управления повышает эффективность всех видов деятельности.*

*Решение проблем устойчивого улучшения качества управления и производимых продуктов требует от участников процесса производства товаров и услуг, органов государственного управления - координации и совершенствования организационных форм, непрерывных, активных, целеустремленных действий в области законодательства и сфере просвещения.*

Для реализации этих направлений отечественные специалисты по управлению качеством считают, что требуется целенаправленная программа действий на различных уровнях управления народным хозяйством современной России, которая в первую очередь должна координировать действия как по вертикали, так и по горизонтали управления.

Всем субъектам Российской Федерации, предприятиям, корпорациям, фирмам в ближайшие два года необходимо разработать программы, направленные на реальное улучшение качества и повышение конкурентоспособности производимых продукции и услуг, используя для этой цели как отечественный, так и международный опыт, обобщенный в международных стандартах ИСО серии 9000, и приступить к настойчивой реализации этих программ.

Госстандарту России, министерствам и ведомствам последовательно, с учетом реально складывающейся ситуации и перспектив на потребительском рынке следует осуществлять меры по последовательному и системному реформированию системы государственной стандартизации, снимая препятствия на пути активной деятельности отечественных предпринимателей и одновременно укрепляя дисциплину по соблюдению требований к качеству товаров и услуг. Необходимо активизировать работу по укреплению системы единства измерений и повышению роли метрологического обеспечения деятельности в области оценки соответствия продукции и услуг установленным требованиям.

Руководителям предприятий всех форм собственности следует предпринять меры по восстановлению, а также развитию и созданию новых проектно-конструкторских и исследовательских подразделений там, где это требуется для обеспечения высокого качества и конкурентоспособности продукции, внедрения новых наукоемких технологий и изделий.

Министерству образования России, Госстандарту России, Академии проблем качества предстоит разработать совместный план организационных и методических мероприятий по формированию системы непрерывного образования в области качества. Целесообразно, чтобы такая система в полном объеме стала функционировать с 2007-2008 года. Одновременно следует принять меры по увеличению числа подготавливаемых специалистов для работы в службах управления качеством продукции, стандартизации, метрологии и сертификации, активизировать работу по подготовке соответствующих научных кадров.

В системе здравоохранения РФ в последние годы надежды специалистов по стандартизации и управлению КМП были связаны с повсеместным внедрением медицинского страхования и формированием рынка страховых услуг. Проводниками идеологии стандартизации и повышения КМП в здравоохранении, по их мнению, должны были являться относительно независимые от чиновников страховые медицинские организации, которые выступали как юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственную лицензию на право заниматься медицинским страхованием. Страховые медицинские организации были призваны

- осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе на основе договоров с ЛПУ на оказание медицинской помощи застрахованным гражданам и на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг;

- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
- защищать интересы застрахованных.

Роль страховых медицинских организаций в организации финансирования определена законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», однако в преобладающем большинстве регионов она сведена к формальному присутствию на рынке медицинских услуг. Например, в Хабаровском крае из всех существующих в регионе страховых организаций до 2005 года ни одна не была представлена в системе обязательного медицинского страхования.

Лишение страховых медицинских организаций возможности работать в системе обязательного медицинского страхования и наделение территориальных фондов ОМС ДВФО правом прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений (Хабаровский край и ЕАО до 2006 года), по сути, возвращало организацию финансирования здравоохранения к бюджетно-распределительной модели, что и происходило в выше указанных субъектах РФ с 1993 года. В присутствии хронического финансового дефицита отрасли здравоохранения, несостоятельности органов исполнительной власти регионов ДВФО в полном объеме выполнить свои обязательства по обеспечению гарантий населению по оказанию медицинской помощи и наличие «псевдостраховщика» в виде Территориальных фондов ОМС финансовые риски оказания медицинских услуг кратно возрастали и тяжелым бременем легли на плечи населения региона.

О работе по стандартизации медицинских услуг и внедрении современных систем управления КМП в ЛПУ этих субъектов РФ речь уже не шла. В течение последнего десятилетия делались, как правило, безуспешные попытки решать проблемы финансового обеспечения производства медицинских услуг без учета их качественного компонента.

Сегодня в большинстве субъектов РФ ДВФО пока еще нет адекватного соответствия нормативной (стандартизованной) и фактической стоимости оказанных медицинских услуг, нет объективных критериев измерения. А поскольку эти измерения субъективны, то создаются условия для получения оплаты в полном объеме производителем медицинских услуг от страховых компаний за некачественную медицинскую помощь. Наличие сертификата у врача, к сожалению, не гарантирует стандартного (приемлемого) уровня качества медицинской помощи потребителям.

Являясь объектом продолжительных политических дебатов, отрасль здравоохранения должна отвечать за показатели своей работы, включая объяснение негативных явлений со стороны здоровья населения региона. Идеология непрерывного управления качеством требует открытого, честного изучения ошибок и причин неэффективности, которые, по сути, и предоставляют благоприятные возможности для совершенствования отрасли. Эта открытость выглядит детской наивностью в том случае, когда одна и та же информация может быть с готовностью превращена в оружие для наступления на того, кто обнаружил причины ненадлежащего КМП. А главное, как может отрасль здравоохранения региона поддерживать «непрерывное совершенствование» в тот исторический период, когда ее ресурсы должны быть ограничены. КМП «стоит» денег, а в медицине ближайшего десятилетия в РФ средств будет не больше, а меньше.

Опыт работы зарубежных коллег показывает, что врачи и руководители ряда организаций здравоохранения (Henry Ford Health Systems, Detroit SSM Health System, Park Nicollet Medical Center, West Paces Ferry Hospital и др.) в относительно короткий промежуток времени поняли, что беспокойство по поводу неприменимости метода «непрерывного управления качеством» в медицине больше основывается на мифах, чем на фактах. Они считают, что «соответствие запросам потребителя» - неплохое определение качества медицинского обслуживания, поэтому организации, стремящиеся остаться эффективными и авторитетными в период уменьшения ресурсов, должны как можно более точно определить свои потребности, включая оценку того, до какой степени медицинское вмешательство восстанавливает или сохраняет здоровье. По мнению этих организаций, пациенты ожидают от здравоохранения здорового, понимающего и разумного отношения. Потребители медицинских услуг справедливо негодуют, когда система здравоохранения не выполняет таких основных требований, как ответы на вопросы населения, открытый доступ к информации о здоровье, облегчение страданий и т.п.

Увеличивая стоимость, указанные выше организации здравоохранения в США посчитали, что они смогут компенсировать отсутствие качества в процессе работы. На исправление брака затрачивается слишком много лишних усилий, удваивается трудоемкость. Затраты, обусловленные низким качеством (потери, дублирование, ненадежность и т.д.), традиционно составляли 25-40% затрат на производство товаров и услуг. Те же эксперты по управлению качеством в условиях промышленного производства, которые отважились пойти в медицинские учреждения для организации работ по обеспечению качества, дают аналогичные или еще более высокие оценки затрат, обусловленных низким качеством медицинской помощи.

Чем лучше эти ЛПУ, проводящие реорганизацию, поймут причины низкого качества медицинских услуг, тем полнее будут их представления о том, где и по каким причинам возникает брак. Конечно, некоторые дефекты обслуживания должны анализироваться врачом и только врачом; но оказывается, что причины большинства недостатков лечения нельзя объяснить ссылками на миф «Лечащий врач - вот причина!».

Часто «неправильные» действия происходят не в пределах одной функциональной области, такой, как медицина, уход за больными, фармакология или управление, а в пограничных областях или при пересечении функциональных областей. Выражаясь технически, медицина, как старомодное производство, склоняется к режиму наибольшего благоприятствования для выполнения своих функций за счет потребителя и при высоких финансовых затратах. Этот вывод одинаково справедлив как для современной больницы, так и для поточной линии сборки автомобилей.

В демонстрационной программе TQM Мичиганского университетского госпиталя одной группе исследователей было поручено проверить причины отсрочки выписки больных, что приводило к нехватке коек для новых пациентов. Поскольку при выполнении этой задачи было нецелесообразно привлекать врачей, медсестер, служащих и технический персонал, поскольку они обычно редко разговаривали друг с другом, группа столкнулась с многочисленными случаями неправильного понимания своей задачи в отделениях, чье беспрепятственное общение было логически целесообразным для нормального функционирования «процесса выписки». Просто поставив задачу, определив потребности и углубив знания о том,

как в действительности функционировал процесс выписки, группа смогла сократить среднее время пребывания новых пациентов в приемных покоях в ожидании свободной больничной койки с 3,1 часа до 21 минуты. Чтобы достичь этого, не понадобилось ни цента, достаточно было просто добиться взаимопонимания между взаимозависимыми функциональными подразделениями ЛПУ.

Современная медицинская помощь представляет собой сложную систему, предполагающую взаимодействие врачей, медсестер и другого медицинского персонала, сложных информационных систем, огромного количества фармацевтической продукции, а также сложных приборов, оборудования и правил проведения процедур. Для достижения высоких результатов эти сложные элементы должны быть правильно подобраны, а усовершенствования будут зависеть от процессов лечения и управления, которые организуют все эти многочисленные элементы. Организовать это взаимодействие непросто. Реформы системы здравоохранения задуманы для увеличения свободы и готовности ЛПУ выявить и использовать свои возможности для лучшей координации всех элементов производства медицинских услуг. Метод TQM предназначен для решения этих задач.

## **Глава 2. Информационные проблемы обеспечения качества медицинской помощи населению и системный анализ**

*Что должно интересовать врачей? Это какая новая информация значима настолько, что следует изменить технологии оказания медицинской помощи, ввести новый технологический стандарт или отказаться от старого, назначить пациенту другое лекарство или пройти подготовку по освоению нового метода лечения*

*Стенли Тиллингаст*

Развитие рыночных отношений в экономике России, либерализация цен на товары и услуги, влекущие за собой удорожание медицинской помощи, обострили проблему взаимоотношений производителей и потребителей на рынке, как по ценовым, так и по качественным характеристикам. Значительная часть населения Дальнего Востока все чаще и чаще отдает предпочтение не государственным учреждениям при выборе ЛПУ и врача, следовательно, пациенты предпочитают получать качественную медицинскую помощь в коммерческом секторе здравоохранения региона.

В основе взаимоотношений производителей и потребителей медицинской помощи лежит производство товара (услуги) с его двумя взаимосвязанными основными характеристиками: ценой и качеством (Джоббер Д., 2000; Berwick D., Enthoven A., Bunker J., 1992; Caplan C. M., 1993; Ball R., 1996; Markota M. et al., 2000). Кроме этого меняются отношения и внутри ЛПУ. Большинство этих преобразований можно отнести и определить в рамках функционирования системы: производитель (ЛПУ) – потребитель (пациент) и рынок (рынок медицинских услуг). По проблеме качества медицинской помощи как части стратегии реформирования здравоохранения России, в последние годы опубликован ряд работ, которые можно разделить на три группы.

К первой группе можно отнести всесторонние исследования направлений реформирования здравоохранения, представленные в монографиях С. В. Шишкина с соавт. (2000, 2003, 2004) и И. М. Шеймана (1998, 2000), а также в статьях этих авторов. В настоящее время в связи с реформированием медико-социального страхования среди специалистов широко обсуждается идея использования опыта организаций управляемой медицинской помощи, получивших широкое распространение в США, начиная с 70-х гг. XX века. Основной чертой организаций управляемой медицинской помощи является наличие системы менеджмента для наблюдения и контроля за взаимодействием между врачом и пациентом. Взаимодействие между медицинскими учреждениями, страховыми компаниями и органами государственной власти осуществляется путем заключения контрактов. Среди обобщающих работ по этим вопросам, опубликованных в последнее время, следует назвать Flynn R., Williams G. (1997), Walsh K., Deakin N. et al. (1997).

Ко второй группе работ, посвященных анализу системы ОМС и повышения КМП, можно отнести обзор этапов развития этой системы, приведенный в работах М. Дмитриева с соавт. (1999) и С.В. Шишкина (2000).

К третьей группе относятся работы, посвященные отдельным аспектам деятельности страховых медицинских организаций (СМО) по обеспечению КМП. Подробный анализ деятельности СМО по контролю качества предоставляемых медицинских услуг путем проведения врачебных экспертиз, дается в книге Вишнякова Н.И. и Малышева М.Л. (2000). Вопросы защиты прав застрахованных при нарушении стандартов КМП освещаются в статье Азарова А.В. (2000).

Однако до сих пор наблюдается дефицит работ, посвященных поведению покупателей на рынке медицинских услуг, выбору различных инструментов защиты своих прав и способам получения качественной медицинской помощи (Бойко В.В., Мчедлидзе Т.Ш., 2001, Михайлов С.М., 2004). Следует отметить, что хотя в последние годы проблеме защите прав потребителей уделяется много внимания в специальной литературе, в публицистике, в выступлениях депутатов различного уровня и чиновников самого высокого ранга, реальных шагов законодательного плана не сделано. Не приняты законы РФ «О здравоохранении РФ», «О защите прав пациентов», «О страховании профессионального риска медицинских работников» и т.п., что сводит к минимуму все усилия инициаторов введения законодательного регламента во взаимоотношения врача и пациента.

### ***2.1. На пути к формированию единых принципов сбора информации для обеспечения качества и эффективности медицинской помощи***

В настоящее время отечественное здравоохранение переживает не только финансовый, но еще более рискованный по своим последствиям управленческий кризис. Вследствие низкого качества управления отраслью ограниченные финансовые средства расходуются крайне нерационально. Ресурсный дефицит в здравоохранении всегда был велик. Не менее острым он будет и в XXI веке. Перед распорядителями кредитов постоянно возникает проблема рационального управления ресурсами посредством выбора приоритетов и нормирования.

Решением итоговой коллегии Минздрава России 20 марта 2002 года был принят «План действий Министерства здравоохранения Российской Федерации по реализации программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу до 2004 года», в котором предполагалось реализовать стратегию создания прочной основы для формирования в стране системы здравоохранения, способной реально укреплять здоровье населения и эффективно восстанавливать его в случае утраты. Дня достижения этих целей коллегией намечено скоординировать воедино три принципа развития отрасли:

- *единство системы здравоохранения независимо от территориальных и ведомственных разграничений;*
- *единство лечебно-профилактической и экономической эффективности;*
- *единство врача и пациента в достижении максимальной эффективности результатов профилактической и лечебной деятельности.*

#### ***Единство системы здравоохранения предполагало:***

- *единство целей и задач;*
- *единую методику анализа результатов деятельности организаций здравоохранения и отрасли в целом;*



- единые показатели оценки качества медицинской помощи;
- стандартизацию в здравоохранении;
- применение медицинских технологий, эффективность которых доказана;
- использование единой системы нормирования труда и заработной платы;
- единую технологию внедрения научных достижений в практическое здравоохранение;
- единую технологию подготовки и последипломного образования специалистов;
- использование единых технологий в управлении и организации здравоохранения.

**Единство лечебно-профилактической и экономической эффективности определялось:**

- единой методикой оценки результатов качества лечебно-профилактической работы;
- единой методикой оценки эффективности использования кадровых, материальных, интеллектуальных и финансовых ресурсов;
- применением интегрального коэффициента состояния качества медицинской помощи к величине затраченных ресурсов;
- введением государственной статистической отчетности по показателям, характеризующим качество медицинской помощи и затраченных ресурсов.

**Единство врача и пациента в достижении медицинской эффективности результатов профилактической и лечебной деятельности определялось:**

- полным и правдивым информированием пациента о выборе технологий профилактики и лечения, вероятных исходов лечения;
- единой методикой оценки работы врача по результатам профилактической и лечебной деятельности;
- единой технологией проведения социологических опросов населения по вопросам качества медицинской помощи.

**Перед отраслью были поставлены задачи по обеспечению:**

- государственного характера предоставления медицинской помощи населению;
- активного развития в здравоохранении профилактической направленности;
- повышение структурной эффективности здравоохранения;
- всемерное развитие видов амбулаторно-поликлинической помощи;
- повышение качества медицинской помощи;
- активное внедрение в практическую деятельность медицинских технологий, эффективность которых доказана;
- увеличение размеров финансирования здравоохранения;
- совершенствование системы подготовки и последипломного образования специалистов отрасли.

С целью повышения эффективности использования ресурсов требовался в течение ближайшего времени переход на подушевой принцип планирования здравоохранения. Переход на данный принцип планирования предполагал осуществление при условии, когда ЛПУ работают со страховыми медицинскими компаниями, территориальными фондами ОМС, органами управления здравоохранением субъекта Федерации и муниципальных образований на основе договоров о финансировании за объем и качество медицинской помощи.

В области повышения структурной эффективности отрасли предполагалось устранить негативный дисбаланс в структуре видов медицинской помощи, который в удельном весе объемов финансирования составлял в 2001 году:

- *скорая медицинская помощь - 9%;*
- *амбулаторно-поликлиническая помощь - 27%;*
- *стационарная помощь - 64%.*

При этом следует констатировать, что имеющаяся стационарная база использовалась крайне неэффективно. По итогам работы все имеющиеся больницы России в последние годы не работали 25-30 дней из-за отсутствия пациентов, однако коечная мощность по стране снижается крайне медленно. Значительной по-прежнему остается средняя длительность лечения в больницах – более 14 дней. Не намного, но увеличились объемы скорой медицинской помощи и составили в среднем по России 362,6 вызова на 1000 населения. Но это при том, что один вызов бригады скорой помощи по стране в среднем стоит 378 рублей, а в северных территориях России на порядок выше.

Поэтому, например, задачей отечественной системы здравоохранения к 2005 году являлось изменение структуры расходования средств:

- *на скорую медицинскую помощь - 6-7%;*
- *амбулаторно-поликлиническую помощь - 40%;*
- *стационарную помощь — 50%.*

К сожалению, эта задача не была выполнена ни в 2005, ни в последующие годы.

Важнейшее место должно было быть отведено выполнению мероприятий по повышению качества медицинской помощи на основании Концепции управления качеством медицинской помощи и Государственной программы управления качеством медицинской помощи, состоящей из разделов:

- *Организация управления качеством по уровням управления.*
- *Оценка качества медицинской помощи по уровням управления.*
- *Всероссийский мониторинг врачебных ошибок.*
- *Система аккредитации и лицензирования медицинской деятельности.*

В целях введения постоянной оценки качества медицинской помощи по уровням управления планировалось внедрить показатели качества применительно к медицинской организации, муниципальному образованию, субъекту Федерации и стране в целом, с последующим введением государственной статистической отчетности. Важнейшим аспектом повышения структурной эффективности системы здравоохранения предполагалось придать развитию и активному внедрению экономических методов управления ЛПУ.

Несоответствие между реальными потребностями отрасли здравоохранения и сложившимся уровнем финансирования, с одной стороны, и отсутствием эффективных механизмов стратегического планирования, управления объемами медицинской помощи и контроля - с другой, является причиной поиска путей разрешения данного противоречия и диктует необходимость создания гибкой модели управления производства медицинских услуг. Тем более что при существующем информационном обеспечении лечебно-диагностического процесса определить реальные потребности медицинского учреждения в ресурсах не представляется возможным. Поэтому попытки реформирования системы здравоохранения только за счет структурных преобразований и улучшения финансирования, без повышения качества управления клинической практикой, не позволяют достичь желаемых результатов и нередко приводят к неоправданным потерям.

Парадокс современного управления в отечественном здравоохранении состоит в том, что расходы медицинского учреждения планирует и контролирует его руководитель, а основной объем затрат производит лечащий врач. Однако главный врач при существующих в здравоохранении системах информационного учета не может оценить правомерность действий лечащего врача (как правило, затратных). А лечащий врач в силу отсутствия экономических стимулов в своей работе не заинтересован ни в повышении качества медицинской помощи, ни в рациональном использовании ресурсов. Данное противоречие является одной из главных причин рассогласованности между клинической и экономической составляющими лечебно-диагностического процесса.

Попытки административными рычагами заставить врача работать эффективно, то есть при минимизации затрат достигать максимального клинического результата, обычно приводят к еще более затратным действиям со стороны врача. Необходим процесс вовлечения медицинского персонала в непосредственное управление клинической практикой при помощи экономических регуляторов и алгоритмизации лечебно-диагностического процесса.

На рубеже XX-XXI веков здравоохранение России сделало несколько шагов в направлении трансформации в высокотехнологичную отрасль с обширными возможностями диагностики и лечения, с неограниченным выбором медицинских технологий. В таких условиях на лечащего врача возложена личная ответственность за уровень медицинской помощи. В качестве защитной реакции вырабатывается нерациональность врачебных действий в виде стремления к перестраховке.

Во-первых, это проявляется в избыточных врачебных назначениях. С целью предупреждения распространенного и обидного упрека — «не все было сделано для больного» — врач идет на многочисленные диагностические и лечебные назначения - «полное обследование».

Сегодня у врача зачастую нет стимулов к проведению анализа эффективности пролеченного пациента по принципу «затраты - конечный результат». Не является уж такой большой редкостью тот факт, что в 60-70% случаев применение дорогостоящих медицинских исследований никакой патологии у пациентов не обнаруживают, а недорогие биохимические анализы назначаются нередко ради самих анализов, а не для постановки диагноза. При очевидной неэффективности физиотерапевтических процедур очереди в физиотерапевтические кабинеты являются одними из самых больших. Вполне естественно желание лечащего врача

при медикаментозной терапии достичь у пациента максимального клинического эффекта, но экономический эффект всегда уходит на задний план.

Основной информацией, которой руководитель ЛПУ пользуется для управления, являются сведения о потребностях в ресурсах, внедрении инновационных лечебно-диагностических технологий, результатах лечения и т.д. Главный источник такой информации - лечащие врачи, но при заведомой нерациональности их действий такие сведения неизбежно ведут к искажению данных и о затратах, и о результатах лечения. Неадекватна не только такая информация, но и способы ее получения, так как нет в медицинском учреждении информационно-технической службы по учету и медико-экономическому анализу деятельности конкретного лечащего врача, включая учет трудозатрат различного медицинского персонала.

Забота о ресурсном обеспечении ЛПУ и о результатах лечения, несомненно, является мощным стимулом к поиску эффективных методов управления клинической практикой. Но при существующем информационном обеспечении механизмов управления лечебно-диагностическим процессом, гарантирующих рациональность работы каждого врача, у руководителя ЛПУ просто нет. При нынешнем информационном дефиците медицинских технологий главный врач не в состоянии контролировать и корректировать решения специалиста в своей области медицины.

Современная медицинская статистика искажена именно потому, что эффективно управлять лечебно-диагностическим процессом невозможно, а отчитываться за полученные результаты необходимо. Существующие официальные отчетные формы не позволяют проводить анализ вклада каждого медицинского работника в конечный результат и, следовательно, эффективно управлять клинической практикой. В отчетных формах все сводится к сравнению отдельных показателей с такими же показателями предыдущих лет или других медицинских учреждений.

При необходимости в условиях поразительного уровня децентрализации управления отраслью здравоохранения последних лет можно манипулировать практически всеми показателями ЛПУ. Если медицинскому учреждению платят за строго определенные показатели, то эти показатели будут «улучшаться». При такой системе оплаты медицинские услуги либо будут оказываться тем пациентам, которым они не показаны, либо не будут оказаны тем пациентам, которым они необходимы.

Таким образом, стремление управлять лечебно-диагностическим процессом на основе показателей, не в полной мере отражающих его сущность, улучшит «нужные показатели», но не повысит качества медицинской помощи.

Когда на первый план в деятельности ЛПУ выходят финансовые расчеты за пролеченного пациента, то на систему управления производством медицинских услуг начинает оказывать влияние финансово-экономическая служба больницы. Она отчитывается за финансы и, значит, должна контролировать доходность медицинских услуг. Естественно, что в данной ситуации экономическая составляющая будет значительно преобладать над клинической, и работа лечащего врача будет опять же оцениваться не качеством оказанной медицинской помощи и рациональным использованием ресурсов, а производством «нужных» экономических показателей, не очень-то ему понятных.

По результатам анализа форм статистической отчетности установлено, что ЛПУ ежегодно представляют более 100 тысяч всевозможных показателей. Казалось бы, что такое изобилие информации решает проблемы по анализу деятельности медицинского учреждения и создает надежную основу для планирования. Однако эта информация оказывается практически бесполезной по причине отсутствия в ней ориентиров на конкретные задачи в лечении конкретного больного.

Налицо явное противоречие между обилием учетно-отчетной информации и явной недостаточностью информации, необходимой для эффективного управления клинической практикой. Многие специалисты в области управления здравоохранением считают, что до 90% управленческих бумаг, циркулирующих в отрасли, бесполезны, так как по ним никаких решений не принимается.

Значит, одним из механизмов улучшения функционирования системы клинического управления является оптимизация информационного обеспечения лечебно-диагностического процесса применительно к учету и анализу трудозатрат на уровне отдельно взятого медицинского работника с целью оценки его трудового вклада в лечение конкретного пациента.

Сложную систему лечебно-диагностического процесса по видам деятельности структурно можно разделить на ряд функциональных подсистем: организация (производство), финансы, инновации, маркетинг, персонал и т.п. Для каждой функциональной подсистемы характерны свои методы управления, отражающие их специфику в постановке целей и определении задач, необходимых для достижения планируемых результатов.

Лечебно-диагностический процесс можно расчленить на элементы, представленные в виде пяти основных групп отношений:

- *«лечащий врач - пациент»;*
- *«лечащий врач — зав. отделением»;*
- *«лечащий врач - зав. отделением - ЛПУ»;*
- *«зав. отделением - ЛПУ»;*
- *«главный врач - ЛПУ».*

Основными причинами неэффективности данных взаимоотношений являются несовершенная информационная среда, отсутствие экономических регуляторов в работе врача и заведующего отделением и отсутствие алгоритмизации лечебно-диагностического процесса.

Лечебно-диагностический процесс, как и любая сложная система, может развиваться, если он находится в динамическом равновесии со средой, окружающей его. При этом среда разделяется на внутреннюю и внешнюю.

Внутренняя среда системы - это совокупность взаимосвязанных переменных: целей, задач, структуры, технологии, ресурсов, людей. Внешнюю среду составляют население, деловые партнеры, посредники (страховые медицинские организации), властные структуры, финансовые организации, промышленные и деловые круги, государственная политика, экология.

В условиях ограниченного финансирования и ярко выраженного управленческого кризиса в отечественном здравоохранении создание системы клинического

управления обусловлено необходимостью обеспечения динамичного клинико-экономического равновесия, контроля эффективности затрат на диагностику и лечение и для оценки структуры и качества медицинской помощи.

Очень важным этапом анализа эффективности управления ЛПУ является выбор критериев для оценки результатов работы системы. Известная триада Донабедиана предписывает оценивать ресурсы, технологии и результаты.

В реальных условиях возникла потребность формирования структурных компонентов системы управления производством медицинских услуг, призванной обеспечить надлежащее качество и ресурсосбережение. Элементами этой структуры являются:

- *формуляры;*
- *стандарты;*
- *клинические протоколы;*
- *клинический аудит, предполагающий ретроспективный анализ и оценку уровня качества диагностики и лечения с целью совершенствования клинической практики;*
- *экспертиза качества медицинской помощи;*
- *оценка результатов.*

Главный недостаток существующих в отечественном здравоохранении информационных систем учета заключается в невозможности при их помощи определить трудозатраты отдельно взятого медицинского работника, объем и качество его работы. В отрасли до настоящего времени нет действенной системы учета трудозатрат отдельно взятого медицинского работника, позволяющей дать оценку и произвести анализ его количественного и качественного вклада в здоровье конкретного пациента, а значит, нет механизма экономического стимулирования врача за качественно выполненную работу. И как следствие этого - низкое качество медицинской помощи.

Для нужд управления ЛПУ в рыночных условиях необходимо создание новой информационной системы учета. Без применения его механизмов возникают существенные трудности со стратегическим планированием, переходом на экономические методы управления и повышением качества лечебно-диагностического процесса, а значит - и качеством медицинской помощи. Новая информационная система учета должна быть основана на калькуляции трудозатрат, которая может быть выражена в единых нормах труда врача. Единая норма труда - это эталон затрат труда на единицу его результата, основанная на использовании нормативов трудовых и материальных затрат. Одной из разновидностей нормы труда могут быть условные единицы трудоемкости (УЕТ). Если трудовая деятельность медицинского работника будет оцениваться в УЕТ, то это может служить основанием для дифференцированной оплаты труда, как например в стоматологии.

Существующая в здравоохранении повременная оплата труда основана на единственном принципе - отработке рабочего времени, и не зависит от объема, качества и сложности медицинской помощи. Действующие информационные системы учета не позволяют в полном объеме оценивать трудозатраты конкретного медицинского работника.

Поэтому информация для управления КМП должна отвечать следующим требованиям:

- соответствовать существующей организационной структуре ЛПУ;
- укладываться в единое информационное пространство;
- предполагать единую технологию сбора, обработки и предоставления информации;
- соответствовать требованиям принципа однократного ввода данных;
- предполагать наличие перспектив развития системы;
- быть ориентированной на пользователя — медицинского работника.

Формирование информационной базы для управления КМП на уровне ЛПУ является сложным процессом в несколько этапов.

**Первый этап. Определение цели и задач.** В идеологическом отношении является самым важным и трудным. Необходимо осознанное желание менеджмента ЛПУ в изменении финансово-управленческой деятельности учреждения. Стратегической целью является социальная защита пациента (качественная медицинская помощь) и медперсонала (оплата по труду), а задачами - механизмы реализации компонентов новой системы учета.

**Второй этап. Организация информационной системы.** На этом этапе создается информационно-аналитическое подразделение, для чего необходима материально-техническая база, обученный технический персонал, адаптированный компьютерный продукт и т.п.

**Третий этап. Обучение медицинского персонала учету медицинских услуг.** Составляются справочники-классификаторы медицинских услуг, с персоналом проводится тренинг.

**Четвертый этап. Информационный анализ.** Включает организацию обработки необходимых для дальнейшего анализа информационных данных, то есть составляется «меню» выходных информационных форм с учетом спроса пользователей.

**Пятый этап. Оптимизация финансово-экономической деятельности ЛПУ.** Включает разработку и внедрение в деятельность ЛПУ следующих компонентов учета:

- финансовое планирование;
- договорные отношения и взаиморасчеты внутри ЛПУ;
- управление использованием ресурсов;
- планирование и исполнение муниципального заказа;
- управление потоками пациентов.

**Шестой этап. Разработка комплекса внутриучрежденческого хозрасчета.**

**Седьмой этап. Разработка и переход на дифференцированную оплату труда медицинского персонала.**

**Восьмой этап. Организация медико-экономической экспертизы.** Этот вид экспертизы необходим только при дифференцированной оплате труда, когда за высокий уровень качества производства медицинских услуг осуществляются материальные и моральные поощрения. На данном этапе разрабатывается классификатор поощрений и санкций, а также определяются уровни экспертизы в виде самоконтроля, заведующего отделением, заместителя главного врача и комиссиями медико-экономической экспертизы в составе

главного врача, главного бухгалтера, экономиста, главной медсестры и т.п.

Стратегически важное значение в оценке результатов деятельности как отдельного работника, так и подразделения в целом, принадлежит медико-экономической экспертизе, отлаженная организация которой позволяет сблизить медицинские и экономические аспекты качества медицинской помощи, а значит не допустить снижения уровня качества в угоду борьбе за снижение потребления ресурсов.

Необходимо учитывать, что не всегда работники могут влиять на объем выполняемой ими работы (например, на количество вызовов скорой помощи, услуги диагностических служб, нагрузки в приемном покое и пищеблоке и т.д.). А как оценить объем работы административного аппарата, бухгалтерии? Нередко эксперименты по новой системе оплаты труда тормозятся из-за его недооценки. Сквозной принцип оплаты труда означает, что доходные или основные структурные подразделения ЛПУ (в основном это лечебные подразделения стационара и частично амбулаторно-поликлинические службы), выступающие производителями и продавцами медицинских услуг, должны рассчитываться с теми службами, трудовой вклад которых содержится в реализованной услуге.

Сквозной принцип формирования заработной платы можно реализовать при помощи пошаговой методики ступенчатого распределения затрат вспомогательных служб больницы на доходные подразделения, которая впервые была предложена в США в рамках реализации программы «Медикейр». Переводу на дифференцированную оплату труда в ЛПУ подлежит только персонал доходных отделений. Заработная плата работников вспомогательных структурных подразделений, за небольшим исключением, должна быть повременно-премиальной, при этом размер «премиального бонуса» для всего персонала такого подразделения будет одинаковым и прямо пропорционален доходам «лечебных» отделений. Дифференцированная оплата труда должна быть двухсторонней, предполагающей не только поощрения за достижения, но и лишение выплаты премии за нарушение в работе.

Несмотря на всю актуальность перехода медицинского персонала на новые формы и методы оплаты труда, данная проблема остается одной из наиболее сложных в дальнейшем реформировании отечественного здравоохранения вследствие многих нерешенных вопросов структурной перестройки управления отраслью.

- **От сбора информации к управлению КМП.** Сегодня можно утверждать, что деятельность части медицинских учреждений в конце 80-х - начале 90-х годов XX века в РФ начала строиться по производственно-ориентированной схеме (Вагнер В.Д., Захаров В.А., 2001), а рыночные механизмы, реализуемые в отечественной медицине вывели на ведущее место управления проблемы качества. Однако, как и при реализации командно-административной системы хозяйствования в отрасли здравоохранения бывшего СССР и до настоящего



времени во многих ЛПУ продолжают использоваться практически все показатели производства медицинских услуг, определяемые сверху. Это число производимых услуг, ценовые и качественные характеристики, рассчитываются объемы их производства и ресурсы (Нюняев В. О., 1998, 1999; Солодкий В.А., 2000). Поэтому во многих медицинских учреждениях муниципального уровня практически большинство маркетинговых функций подменяется реализацией распорядительных документов органов исполнительной власти. К сожалению, в этих условиях проблема повышения КМП не решается (Вагнер В.Д. с соавт., 2001; Gronroos Ch., 1984; Berwick D., Enthoven A., Bunker J., 1992; Berry L., 1996; Mindak M. T., 1996).

По мере насыщения рынка медицинских услуг потребители становились более опытными и осторожными при выборе услуг, медикаментов, расходных материалов и т.п., и для этого были причины (Дьяченко В.Г., Галеса С.А., 2004; Ellison M. E., 1995; Flynn R., Williams G., 1997; Harding A., Preker A. Ed., 2000). Огромное количество медицинских бизнес-организаций и фирм, размещенных в крупных городах России в конце прошлого века, предлагали на рынке медицинских услуг сходные товары по самым разным ценам и самого разного качества. Такая ситуация вызвала резкое изменение конкуренции, в результате которого местные товаропроизводители пришли к выводу о необходимости активного продвижения своей продукции (Голухов Г. Н. с соавт., 1996; Juran J.M. et al., 1973; Deming W., 1982; Schoenbaum S. C., Murrey K. O., 1991). На сегодняшний день эта ситуация изменилась незначительно.

Сегодня во многих передовых ЛПУ мира используется идеология управление качеством, в определенной мере соотносимая с моделью Фредерика У. Тейлора в промышленном производстве (Аронов И., 2001; Fineberg H. V., Funkhouser A. R., Marks H., 1985; Eisenberg J. M., 1986 и др.). Большинство специалистов по управлению здравоохранением считают, что метод всеобъемлющего управления качеством (TQM) (т.е. комплекс подходов к качеству, эффективности и руководству, который развивался последние несколько десятилетий в промышленности) можно эффективно использовать в рамках системы медицинской помощи населению в качестве мощного импульса для ее прогресса.

Управление качеством в здравоохранении имеет ряд особенностей, не позволяющих напрямую перенести опыт управления качеством из промышленности в медицинскую деятельность. Прежде всего, это связано с субъектом медицинской деятельности – пациентом, на которого оказывают влияние множества переменных, часто трудно поддающихся определению и измерению (Азаров А.В., 2000; Кицул И.С. с соавт., 2001; Caplan C. M., 1993; De St. Georges J. M., 1995; Ball R., 1996).

Оказание медицинской помощи – постоянно меняющийся сложный процесс, который может содержать трудно определяемые отклонения. В управлении медицинской помощью постоянно присутствуют две парадигмы: управленческая (администрация) и клиническая (врачебные авторитеты и руководители подразделений), от правильного взаимодействия которых очень сильно зависит качество произведенной медицинской услуги (Прохончуков А.А., 1999; Mindak M. T., 1996; Nasser F. E., 1996).

Принятие решений и определение политики по повышению качества производимой продукции - медицинских услуг должно базироваться на данных анализа функционирования системы как отдельного ЛПУ, так и системы медицинской помощи населению города, района и субъекта РФ в целом. Для этого необходим

сбор достоверной информации характеризующих качество производимых услуг и причинно-следственные связи появления услуг ненадлежащего качества.

## **2.2. Источники информации, необходимые для оценки качества медицинской помощи**

Когда мы обсуждаем вопросы качества в отечественном здравоохранении, которые не решаются из года в год, то всегда делается попытка найти аналог за рубежом и использовать опыт реформирования систем здравоохранения экономически развитых стран. В качестве примера довольно часто используется система здравоохранения США. В этом имеется «рациональное зерно». Известно высказывание о том, что если русский переехал в Англию или Швецию, то он никогда не станет англичанином или шведом, но если он переехал в США, то вполне может стать американцем. И действительно, американцы - это рафинированные индивидуалисты, да к тому же выходцы, как отмечалось, из разных стран и континентов, принеся с собой национально-этнические привычки и другие особенности. Так, у немцев американцы взяли привычку к рационализации и склонность к изобретательству, у англичан - язык который по мнению англичан, сильно исковеркали, от ирландцев - набожность, семейные и клановые традиции, от восточных и южных народов - разнообразную кухню, от французов - вина, причем нередко одноименные калифорнийские вина могут быть даже лучше французских, т.к. Калифорния не подвержена резким ежегодным изменениям погодных условий.

Американцы - индивидуалисты, тщательно соблюдают индивидуальный суверенитет и неприкосновенность, россияне же воспитаны на коллективных началах и на общественном сознании. Среди ценностей американец почти всегда поставит на первое место деньги, а для россиянина они, в большинстве случаев, не являются самоцелью, а лишь средством для чего-либо. Основной установкой американской нации является вера, прежде всего, в себя, опора и расчет на свои способности и возможности, а никак не на помощь друзей, знакомых и государства.

Тем не менее, анализ статистической информации системы здравоохранения в России и других странах позволяет выявить некоторые сходства и различия. В частности, в России в 90-х годах обеспеченность населения больничными койками составила 12,4 на 1000 населения, что сопоставимо с Японией (15,8), Норвегией (14,5), Голландией (11,3), но существенно выше, чем в других развитых странах.

Средняя стоимость лечения в больницах США за последние десятилетия значительно возросла и сейчас составляет более 1600 USD в день. В целом наибольшее число коек (65,7%) сосредоточено в частных некоммерческих больницах, затем в больницах штатов (17,1%), в частных прибыльных больницах (10%) и в федеральных больницах (7,2%). Следует отметить, что процент занятости коек невысок и в целом по стране составляет всего 65,1%, то есть койка в среднем в США была занята 238 дней в году (в России в конце 90-х годов – более 310 дней). О невысокой интенсивности использования имеющихся коек в США, а, значит, и о нерациональных затратах на стационарную помощь, свидетельствуют результаты сравнения со странами Западной и Северной Европы, где койки работают более эффективно (от 80,5% во Франции, до 88,6% - в Голландии).

В 1997 году в США были опубликованы результаты национального обследования уровня и структуры госпитализации. Оказалось, что уровень госпитализации в больницы краткосрочного пребывания составил 11,91, среднее число проведенных

койкодней составило 68,43 на 100 человек населения, а среднее пребывание на койке уменьшилось до 5,7 дней (1970г. - 7,8; 1980г. - 7,3; 1990г. - 6,4).

В России этот показатель для больничных учреждений всех типов уже более 10 лет составляет 16,8 - 17,0 дней, что приближено к данным по Исландии (17,8) и Люксембургу (16,5), но существенно выше, чем в других странах Западной Европы (11-12 дней). Сопоставление этих данных позволяет осуществить систему сбора сопоставимой информации о здравоохранении в тех или иных странах.

Имеется достаточно много способов идентификации данных и задач при планировании обеспечения КМП в медицине. Мы предполагаем, что для разъяснения потребности в тех или иных видах информации можно пользоваться концепцией «ключевых вопросов», используя их как средство, характеризующее направление получения информации, т. е. если мы знаем, на какие вопросы нам необходимо получить ответы для принятия решения, продвигающие нас вперед к достижению цели обеспечения достаточного уровня КМП, то эти ответы и будут той необходимой информацией.

Перед обсуждением различных источников информации необходимо уточнить проблему понимания концепции первичных и вторичных данных. Первичные данные — это данные, специально собранные для определенных целей в момент возникновения необходимости в них. Вторичные данные — это данные, существующие до того, как возникла необходимость в них. Например, в ЛПУ собираются данные о функционировании коечного фонда по отделениям челюстно-лицевой хирургии один раз в год (вторичные данные) для органов управления здравоохранения территории, а главным врачом в связи с потребностью оперативного анализа занятость коечного фонда стала анализироваться один раз в месяц (первичные данные). В любой управленческой ситуации важно рассматривать как первичные, так и вторичные данные, оба типа важны для ответа на ключевые вопросы, стоящие перед руководством ЛПУ.

Сбор первичной информации обычно обходится дороже и занимает больше времени, чем поиски вторичной информации. Однако первичные данные точнее, гораздо яснее отвечают на поставленные вопросы и дают более основательную базу для принятия решений и планирования мероприятий по повышению КМП. Каждый раз, принимая решение об использовании первичной или вторичной информации, менеджеры различного уровня должны выбирать между высоким качеством информации и дешевой, быстрее ее получением.

В качестве примера следует привести несколько исследований по управлению медицинской помощью, для осуществления которых использовался сбор первичной информации о госпитализированных пациентах, в частности обзор состояния анализа госпитальных затрат. На основании вышеуказанного исследования сформировалось несколько направлений первостепенной важности в будущих НИОКР: использование более общих и теоретически обоснованных функций затрат; использование явных моделей множественных результатов; эмпирические исследования альтернативных моделей поведения; роль врачей; влияние неопределенностей.

Весьма важно уточнить понятия субъективных и объективных данных. Объективные данные представляют собой факты, а субъективные данные суждения или оценки. Если говорить об объективных данных, то руководители ЛПУ нуждаются в

фактической информации о существующем положении, внутреннем и внешнем по отношению к своему учреждению. Они получают ее в виде отчетов, справок, цифровых данных и пр., но в определенных ситуациях они не могут получить фактической информации (объективных данных), и тогда начинается поиск альтернативных источников «знания» нужных фактов. В такие моменты становится востребованной субъективная информация в виде сведений, полученных из мнений, суждений, восприятий и оценок.

**Для получения субъективной информации можно пользоваться следующими приемами.**

” **Экспертное мнение** — идентификация мнения одного или более лиц, опыт и знания которых базируются на высоком уровне образования и профессиональных качествах экспертов.

” **Согласованное суждение** — опрос наиболее связанных с ситуацией лиц об их понимании проблемы и поиски консенсуса в их мнениях. При использовании этого приема информацию можно собрать на общей встрече, путем письменного опроса или комбинации этих двух подходов.

” **Группа внимания** — создание группы внимания включает формирование группы представителей и опрос их по ключевым вопросам в специально созданном опросном листе или анкете. Группа внимания отличается от группы, собранной для выработки согласованного суждения тем, что группа внимания формируется из представителей обследуемого ЛПУ.

” **Обзор мнений** - предполагает сбор опросных листов с широкого круга лиц и получение в результате сведений в виде впечатлений, восприятий, мнений о качестве оказанной медицинской помощи в ЛПУ.

Информация для руководителей учреждения имеется как внутри системы, так и за пределами системы ЛПУ.

Внутренняя информация существует в виде отчетов, которые включают ежедневные, месячные и годовые отчеты о потреблении, объемах ресурсов, персонале и пр. По мере вовлечения ЛПУ в планирование с целью контроля качества и эффективности медицинской помощи эти внутренние источники данных меняются и расширяются, чтобы соответствовать потребностям руководства в информации.

Внешняя информация собирается вне системы ЛПУ, источниками данных могут быть правительственные институты (органы исполнительной и законодательной власти), медицинские сообщества, другие сторонние учреждения и организации, различного рода НИИ и лаборатории, проводящие специальные исследования и пр. Часто оказываются полезными исследования, проведенные совершенно посторонними организациями.

Собранная информация должна представлять мнения различных сторон, участвующих во взаимоотношениях пациента и врача. В этой связи необходимо отметить важность учета такого обстоятельства в оценке КМП, как совмещение, а не противопоставление профессиональных и непрофессиональных точек зрения, т. е.

практическое значение будет иметь комплексный подход, объединяющий профессиональные, научные, общечеловеческие и политические аспекты проблемы.

Следует очень внимательно отнестись к тому, что уровень оказания медицинской помощи сегодня весьма далек от оптимального, достаточно часто встречаются серьезные дефекты оказания ее во многих ЛПУ. Общеизвестно, что серьезные дефекты оказания медицинской помощи во многом обусловлены не недостатком квалификации врачей и медицинских сестер, а дефектами структуры учреждений-производителей и дефицитом финансовых и материальных ресурсов. Но в первую очередь низкий уровень КМП — это отражение неудовлетворительной организации работы системы ЛПУ в целом, начиная от руководства и заканчивая исполнительской дисциплиной самого, казалось бы, незаметного работника. Поэтому ни в коей мере нельзя отождествлять обеспечение качества с обучением врачей и персонала по вопросам методик и методов лечения, важно в этой связи обеспечить организационную перестройку практической деятельности врачей и персонала на всех уровнях оказания медицинской помощи, исходя из главной задачи КМП — повышения уровня здоровья населения.

Оценка уровня качества медицинской помощи может в определенной мере зависеть от методов сбора и анализа информации. Это обстоятельство необходимо учитывать при выборе источников и вида информации для анализа КМП. R. H. Brook еще в 1976 году классифицировал методы сбора информации для оценки КМП (табл. 2.1).

Судя по содержанию приведенной таблицы, наиболее перспективным методом сбора информации для оценки КМП является их комбинация, поскольку оценка качества стационарной и внебольничной медицинской помощи должна охватывать не отдельные фрагменты, а всю совокупность и весь период лечения пациента, где бы оно ни проводилось. Нельзя судить о КМП по анализу отдельных случаев оказания медицинской помощи, оценка должна проводиться на репрезентативной совокупности данных.

Сбор информации по КМП в значительной мере известен и отработан в стационарах, где структура, процесс и результат оказания медицинской помощи достаточно формализован и подробно расписан. Что же относительно информации о медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, то, в противоположность стационарам, процесс и результат отражен в их медицинской документации лишь частично, да и то иногда весьма условно может претендовать на достоверность. В современной поликлинике в России не существует статистической документации по типу «карты выбывшего из стационара». «Талон амбулаторного пациента» к сожалению, повсеместно до сих пор не внедрен. Картотеки на пациентов во многих поликлиниках были «уничтожены» указаниями высоких должностных лиц в 90-х годах под предлогом реформирования управления здравоохранением. Замены этих картотек на базы данных о пациентах на магнитных носителях в большинстве территорий ДВФО почему-то до сих пор не произошло.

**Таблица 2.1 Методы сбора информации для оценки КМП (R. H. Brook, 1976)**

Методы сбора	Структура	Процесс	Результат	Комбинация данных
Отчетные данные	ü	ü	ü	ü

Карты выбывшего из стационара	ü	ü	ü
Формы регистрации нуждаемости, заявки	ü		
Формы регистрации обращаемости	ü	ü	ü
Формы, ориентированные на источники информации	ü	ü	ü
Проблемно ориентированные формы регистрации	ü	ü	ü
Прямые наблюдения за работой врача		ü	
Методы моделирования	ü	ü	
Экспертная оценка случаев госпитализации и обращений	ü	ü	ü
Стратегия слежения за развитием болезни	ü	ü	ü
Опрос населения		ü	ü
Комбинация методов	ü	ü	ü

Старая система регистратур была подвергнута «модернизации», но сохранила информацию на бумажных носителях. Новая информационная система повсеместно в поликлиниках региона еще не создана. «Офис менеджеры» современных амбулаторных медицинских учреждений, как в государственном, так и в коммерческом секторе только частично перекрывают потери информационных потоков между производителями и потребителями медицинских услуг. И до сих пор практически не получают информации органы управления здравоохранением территорий Дальнего Востока из коммерческого сектора производителей медицинских услуг.

Но даже если доступ к первичной медицинской документации где-то еще сохранен, а поликлиники ввели в свою работу «Талон амбулаторного пациента» или его электронный аналог, то все равно многие виды и элементы работы врача в амбулаторных условиях в медицинской документации вообще не регистрируются. Это обуславливает необходимость прибегать к специальным сложным методам сбора нужной информации для оценки уровня КМП. Исключение здесь составляет регистрация симптомов и жалоб, медикаментозные назначения, результаты лабораторных и инструментальных исследований, в связи с чем амбулаторные карты мало приемлемы для оценки КМП и совсем не приемлемы для оценки эффективности медицинской помощи. Во многих случаях проведения экспертных оценок качества экспертам приходится пользоваться комбинацией методов сбора достоверной информации в сочетании с очным осмотром пациента и прямым наблюдением за работой врача непосредственно на рабочем месте.

Важнейшим условием повышения качества работы поликлиник до настоящего времени считается четкое ведение медицинской учетно-отчетной документации, умение анализировать статистические данные и на их основе разрабатывать меры по улучшению медицинского обслуживания.

Сбор информации о результатах деятельности ЛПУ — весьма сложная задача, наибольшую ценность представляют долгосрочные результаты, позволяющие всесторонне оценить эффективность различных вариантов организационных технологий, что же касается краткосрочных результатов, особенно в ЛПУ

амбулаторного профиля, то потребуется разработка критериев краткосрочных научно обоснованных результатов в соответствии с категорией ЛПУ.

### **2.3. Система регистрации и учета в лечебно-профилактических учреждениях**

**Поликлиника** – это ЛПУ, в котором оказывается медицинская помощь проходящим больным, а также больным на дому.

Городская поликлиника строит свою работу по территориальному принципу – для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению, проживающему в районе ее деятельности, и по цеховому (производственному) принципу – прикрепленным работникам промышленных предприятий, строительных организаций, предприятий транспорта и др.

Размеры территориального терапевтического участка по численности взрослого населения в настоящее время составляют 1700 человек, цехового – 1600.

Цель поликлиники – сохранение и укрепление здоровья обслуживаемого населения. В поликлинике ведется следующая оперативно-учетная *документация*:

- «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/у).
- «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» (форма № 027/у).
- «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (форма № 025-2/у).
- «Талон на прием к врачу» (форма № 025-4/у).
- «Книга записи вызовов врачей на дом» (форма № 031/у).
- «Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации» (форма №039/у).
- «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма № 030/у).
- «Карта подлежащего периодическому осмотру» (форма № 046/у).
- «Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (форма 048/у).
- Листок нетрудоспособности.
- Рецепт (взрослый; детский; на получение лекарства, содержащего наркотические вещества; на получение лекарства бесплатно, с оплатой 50%, стоимости) и др.

Основными показателями, характеризующими деятельность поликлиники, являются: заболеваемость населения, нагрузка врача, «участковость», охват населения медицинскими осмотрами, охват больных диспансеризацией, своевременность взятия на диспансерный учет, эффективность диспансеризации (наличие или отсутствие обострений заболеваний, динамика показателей ЗВУТ, показатель выхода на инвалидность среди больных, стоящих на диспансерном учете, изменения в состоянии здоровья – доля выздоровевших, с улучшением состояния, без перемен, с ухудшением, умерших).

В регистратуре хранятся «Медицинские карты амбулаторного больного» (форма № 025/у), сгруппированные по участкам, улицам, домам и алфавиту.

**Скорая медицинская помощь (СМП)** оказывается сотрудниками станции СМП. Неотложная медицинская помощь обычно оказывается сотрудниками амбулаторно-поликлинических учреждений.

Станция СМП может функционировать как самостоятельное учреждение при численности обслуживаемого населения свыше 50 тыс. человек. При меньшей численности обслуживаемого населения станции СМП, как правило, являются структурными подразделениями других ЛПУ (больниц, поликлиник), особенно в сельской местности. В городах с численностью жителей свыше 100 тыс. человек организуются подстанции СМП как структурные подразделения станций.

Основным структурным подразделением СМП являются выездные бригады: линейные и специализированная, включающая врача, фельдшера и санитаря.

Документация станции скорой медицинской помощи:

- «Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи» (форма № 109/у);
- «Карта вызова скорой медицинской помощи» (форма № 110/у);
- «Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи» (форма № 114/у);
- «Дневник работы станции скорой медицинской помощи» (форма № 115/у).

Основными *показателями* работы станции СМП являются:

- Количество бригад (среднесуточное).
- Количество выполненных вызовов (в т.ч. с оказанием медицинской помощи).
- Количество вызовов по поводу внезапных заболеваний (в т.ч. по разным нозологическим формам) и несчастных случаев.
- Количество вызовов, переданных в амбулаторно-поликлиническое учреждение для оказания неотложной помощи (и наоборот).
- Количество направлений на госпитализацию.
- Время выезда бригады от момента приема вызова.
- Количество летальных исходов до прибытия и в присутствии бригады и количество повторных вызовов и их исходы.
- Число случаев расхождения диагнозов направления СМП и приемного покоя принявшего больного стационара.

**Неотложная помощь** – это система экстренной медицинской помощи, оказываемой больным при внезапных острых и обострении хронических заболеваний в местах проживания.

Она должна оказываться специальными бригадами, работающими в отделении неотложной помощи (территориальные поликлиники).

Задачи неотложной помощи:

- обеспечение экстренной медицинской помощи (в т.ч. реанимационных мероприятий);
- вызов по показаниям скорой помощи;



- госпитализация, которая осуществляется через диспетчерскую службу скорой помощи;
- обеспечение преемственности с поликлиникой (как правило, заведующий отделением неотложной помощи на утреннем совещании докладывает о случаях оказания неотложной помощи или непосредственно информирует заведующего терапевтическим отделением);
- выдача листков нетрудоспособности, выписка рецептов;
- оказание неотложной помощи больным, непосредственно обратившимся в поликлинику.

**Стационарная медицинская помощь** оказывается в госпитальных учреждениях. Ведущим учреждением данного направления является муниципальная больница. Это ЛПУ, обеспечивающее квалифицированное обслуживание населения на основе достижений современной медицинской науки и практики.

По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы больницы может быть:

- по профилю – многопрофильной и специализированной;
- по системе организации – объединенной или не объединенной с поликлиникой;
- по объему деятельности – различной коечной мощности.

По режиму работы стационары городских больниц делятся на стационары с круглосуточным пребыванием больных, дневные стационары и стационары смешанного режима работы.

Мощность и структура отдельных типов стационарных учреждений увязывается с численностью обслуживаемого населения при условии: величина отделения должна быть оптимальной (40 – 60 коек).

Основными структурными подразделениями стационара являются: приемное отделение, профилированные лечебные отделения, отделения специальных видов лечения, отдельные диагностические службы и др.

Основными учетными документами в стационаре (отделении стационара) служат:

1) документация процедурного кабинета:

- «Журнал учёта процедур» (форма №029/у);
- «Журнал врачебных назначений»;
- «Журнал учета взятия крови для биохимических исследований»;
- «Журнал учета взятия крови на RW»;
- «Журнал регистрации переливания трансфузионных сред, крови и кровезаменителей» (форма №009/у);
- «Лист регистрации переливания трансфузионных сред» (форма №005/у);
- «Журнал учета работы сухожарового шкафа»;
- «Журнал учета качества предстерилизационной очистки»;

2) документация поста медицинской сестры:

- «Журнал сдачи дежурств»;

- «Журнал сдачи шприцев»;
- «Журнал регистрации больных, направленных на массаж, биохимический анализ крови, сахар и протромбиновый индекс, общий анализ крови, R-графию, УЗИ и т.д.»;
- «Журнал по санитарно-просветительской работе»;
- «Журнал движения больных»;
- «Стационарный журнал»;
- «Температурный лист» (форма №004/у);
- «Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии» (форма №011/у);

### 3) документация старшей медсестры:

- «Листок учёта движения больных и коечного фонда стационара» (форма №007/у);
- «Журнал учета листов нетрудоспособности»;
- «Журнал выписки лекарственных средств»;
- «Журнал учета шприцев»;
- «Журнал учета сильнодействующих лекарственных препаратов»;
- «Журнал учета перевязочных средств»;
- 4) основные документы врача:
  - «Медицинская карта стационарного больного» (форма №003/у);
  - «Направление скорой медицинской помощи»;
  - «Направление амбулаторно-поликлинического учреждения»;
  - «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» (форма №027/у).
- Документация хирургического отделения идентична таковой в стационаре. Дополнением является «Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре» (форма №008/у).

Разработка данных из этих документов позволяет провести анализ деятельности стационара по следующим показателям:

**& Обеспеченность, доступность и структура стационарной помощи** (используются для анализа деятельности службы в целом):

1. Число коек на 10 000 населения;
2. Уровень госпитализации населения в расчете на 1000 жителей;
3. Уровень госпитализации детского населения;
4. Потребление стационарной стоматологической помощи в расчете на 1 жителя в год и др.

**& Показатели, относящиеся к использованию коечного фонда:**

1. Среднее число работы койки в году;
2. Средняя длительность пребывания больного на койке;
3. Оборот койки;

4. Среднее время простоя койки;

#### **5. Динамика коечного фонда и др.**

#### **& Показатели для оценки качества и эффективности хирургической помощи:**

1. Летальность по нозологическим формам;

2. Удельный вес умерших в первые сутки (летальность в первые сутки);

3. Послеоперационная летальность;

4. Частота послеоперационных осложнений;

5. Структура оперативных вмешательств;

6. Показатель хирургической активности;

#### **7. Совпадение клинических и патологоанатомических диагнозов и т.д.**

В рыночных условиях при динамичном повсеместном росте числа негосударственных медицинских учреждений практическая медицина пока еще не располагает простыми, экономичными и информативными показателями, комплексно оценивающими уровень и качество деятельности ЛПУ. Во многом это связано с отсутствием новых статистических форм для сбора данных о медико-экономической деятельности ЛПУ, а также классификацией расходов по «направлениям их использования и источникам финансирования». Поэтому предметом особого внимания «экономики медицины» является разработка эффективных механизмов сбора текущих финансово-статистических данных и данных нефинансового характера (экономическая отдача медицинского оборудования, их мощность, вводимые ресурсы и др.) Традиционно используемая финансово-статистическая информация, к сожалению, пока носит разрозненный, неполный и несистематизированный характер.

Процесс сбора данных по экономике медицинской службы в значительной мере осложняют: интенсивное развитие хозрасчетных подразделений государственных ЛПУ, ЛПУ частного сектора, внедрение системы медицинского страхования, расширение ассортимента платных услуг и др. Выходом из сложившейся ситуации может стать разработка системы национальных счетов, аналогичных тем, которые широко используются в странах с развитой экономикой. В этих счетах содержится информация о текущем производстве услуг и товаров медицинского назначения, объемах их потребления и накопления; потребительских ценах на них и стоимостных параметрах; производимых капиталовложениях и др.

Руководители медицинских учреждений должны располагать шкалой оценок эффективности использования отдельных видов ресурсов с точки зрения объема и динамики затрат живого труда, материалов и фондов на единицу услуг (работ, результатов). Кроме того, следовало бы шире применять показатели трудо-, материало- и фондоемкости. Для оценки эффективности деятельности практическое значение имеет также анализ фондоотдачи, т.е. отношения достигнутого эффекта к величине основных производственных фондов ЛПУ стоматологического профиля. Использование комплекса названных показателей - это практическая задача,

поскольку в рыночных условиях преимущество получают те ЛПУ, в которых при «минимизации» затрат «максимизируются» результаты.

Ресурсная база здравоохранения всех без исключения территорий ДВФО всегда была ограниченной, а особенно в период экономических реформ 90-х годов, поэтому анализ экономических аспектов деятельности медицинских учреждений позволит создать базу для эффективного использования ресурсов в каждом ЛПУ. Таким образом, эффективность в здравоохранении — это степень достижения поставленных задач в области оказания медицинской помощи населению с учетом факторов качества, адекватности, производительности. Если же сузить понятие эффективности до отдельной поликлиники или ее подразделения, то эффективность ее деятельности - есть степень установленных для данного учреждения целей при определенных затратах.

В новых условиях хозяйствования большую актуальность для медицинских учреждений, как государственного, так и не государственного секторов, приобретают расчеты производительности труда, оценка получаемого эффекта (натурального и стоимостного, прямого и косвенного, частного и общего) на уровне отдельного работника, подразделения и учреждения в целом.

Для оценки эффективности медицинской помощи населению региона следует прежде всего выбрать адекватные критерии и показатели, относящиеся к данному процессу и отражающие его конечные результаты. Результаты (эффекты медицинской деятельности) являются производными ресурсов и в определенной мере характеризуют степень эффективности их использования. В связи с тем, что медицина относится к непроизводственной сфере, и деятельность ЛПУ, как правило, не обретает товарную форму, а представлена в форме «услуги», то часто возникают вопросы о правомерности такого суждения, как эффективность затрат в здравоохранении. Тем не менее, мы считаем, что товар (услуга), произведенный в ЛПУ, как и товар (услуга), произведенный в условиях предприятий производственной сферы, обладает двумя основными характеристиками, по которым он реализуется на рынке. Это цена и качество. Следует отметить, что обе характеристики товара взаимосвязаны и взаимообусловлены. Например, необходимость «доводки» некондиционной (забракованной) продукции, сошедшей с «конвейера» по производству медицинских услуг потребует дополнительных затрат на достижение установленного уровня качества, что резко поднимет себестоимость и понизит эффективность их производства.

Действительно, сегодня деятельность системы медицинской помощи населению Дальневосточного региона характеризуется результатами и затратами, соответственно, между этими категориями должны быть установлены взаимоотношения, что сделать весьма трудно, поскольку, в отличие от производственной сферы, в здравоохранении зачастую отсутствуют условия для измерения эффективности. Тем более, что в отрасли здравоохранения чрезвычайно сложно выявить и измерить все достигнутые результаты. Прежде всего, это касается повсеместной формализации результатов, количественного выражения медицинских характеристик и признаков. Но это не значит, что формализация и количественное выражение медицинских характеристик невозможны. Примеры исследований последних лет как у нас в стране, так и за рубежом показывают, что затраты это «уловимая» часть баланса, несмотря на организационно-методические трудности учета и анализа.

Что касается результатов деятельности системы медицинской помощи, их выявление и оценка сопряжены со значительными трудностями: слишком условны стоимости и отделены от овеществленного труда, многие эффекты (снижение психического перенапряжения, уменьшение и снятие боли, производство профилактических и лечебных манипуляций и пр.) трудно поддаются количественному измерению. И все-таки медицинская помощь – это раздел здравоохранения, где уже сегодня возможен реальный учет видов и объемов услуг, стоимостных характеристик, рентабельности и т.п.

Естественно, что существуют методологические проблемы, которые сегодня уже решены или близки к решению. В частности, затраты труда (трудоемкость) выражаются через время, расходуемое на единицу произведенных услуг. Среди натуральных форм выражения показателей деятельности приоритет отдается тем из них, которые учитывают не только количественно-качественные стороны лечебно-диагностического процесса, но и сам факт оказания помощи. Например, в отечественной стоматологии эти показатели намного точнее, информативнее и определеннее, чем в общей клинической практике (например, «пролеченный» пациент). Расширение масштабов применения стоимостных показателей (характеризующих объем оказанных услуг через их денежное выражение) обусловлено развитием рыночных отношений, внедрением принципов медицинского страхования.

Однако формирование новых стандартов технологий и совершенствование существующих методов диагностики и лечения, как правило, не подкрепляется обоснованными нормативами трудовых операций, а если и подкрепляются, то не принимаются во внимание структурами регионального уровня, которые разрабатывают систему ценообразования в здравоохранении субъекта РФ.

Эти и другие нерешенные проблемы накладывают отпечаток на решение руководителями медицинских учреждений актуальной задачи – разработки критериев эффективной системы оплаты труда персонала. Наиболее перспективная система оплаты труда персонала, на наш взгляд, должна строиться на основании соответствия выполнения плановых показателей видов, объемов и качества оказанных медицинских услуг, в виде моделей конечных результатов (МКР) в числовом выражении, фактически достигнутым показателям.

Существует множество методик оценки деятельности лечебно–профилактических учреждений с точки зрения качества и эффективности. Наиболее перспективными, с нашей точки зрения, являются методики, которые основаны на использовании моделей конечного результата деятельности стоматологических ЛПУ.

Модели конечных результатов должны содержать:

- набор показателей, характеризующих результаты деятельности;
- нормативные значения, установленные по каждому показателю;
- шкалу численной оценки достигнутых результатов (оценка норматива, знак отклонения, оценка отклонения на единицу измерения).

Различают показатели деятельности и результативности, характеризующие конечные результаты деятельности медицинского учреждения, и показатели дефектов. Показатели деятельности и результативности, как и показатели дефектов, индивидуальны для деятельности органов управления здравоохранением и

различных типов медицинских учреждений, объединений, подразделений. Нормативные значения устанавливаются только для показателей деятельности и результативности, так как показатели дефектов в идеальных условиях должны быть равны нулю.

При утверждении нормативов деятельности для конкретного ЛПУ должна учитываться многолетняя динамика показателей аналогичных ЛПУ в данной территории, муниципальном образовании или учреждении. Нормативное значение должно быть таково, чтобы его достижение потребовало от любого оцениваемого по МКР медицинского учреждения мобилизации ресурсов и формирования значительных усилий для улучшения качества и эффективности медицинской помощи. Для получения численной оценки каждому показателю результативности присваивается «стоимость» выполнения норматива в баллах. Уровень такой «стоимости» устанавливается экспертным путем и отражает ранговое значение этого показателя среди прочих.

Изменение каждого отдельного показателя МКР в сторону его улучшения не влияет на суммарную оценку в баллах, ухудшение же показателя по отношению к стандарту (нормативу) — уменьшает ее. Это исключает нивелировку отрицательной деятельности ЛПУ за счет улучшения показателей работы по другим видам деятельности. Для каждой категории ЛПУ определяется допустимая разница между суммой баллов оценки норматива и фактически достигнутых результатов.

К сожалению, идеология дальнейшего развития здравоохранения России пока не нашла отражения в механизмах повышения эффективности здравоохранения территорий ДВФО. Хотя по ряду параметров, прежде всего экономического характера, ЛПУ могут и должны весьма эффективно функционировать в условиях рыночной экономики, причем не только потребляя финансовые ресурсы муниципальных бюджетов.

Здравоохранение региона в целом продолжает сохранять проблемы, накопленные в период экономического спада и разрушения вертикали управления отрасли в 1993-2002 гг. по некоторым параметрам. Прежде всего, по структурным диспропорциям ЛПУ, качеству и доступности медицинской помощи населению, отсутствию координации между государственными и частными производителями медицинских услуг. Большинство муниципальных ЛПУ неэффективно управляются, особенно это касается финансовых потоков между ЛПУ и управляющими структурами и системой ОМС, эффективности использования кадровых ресурсов в сельской местности и отдаленных, северных зонах региона.

Измерение наиболее важных показателей процессов оказания медицинской помощи населению ДВФО зачастую является даже более сложной задачей, чем оценка результатов лечения, однако это возможно только в случае, когда врачи будут обладать достаточной верой в важность этой работы.

Система медицинской помощи населению региона может позаимствовать у эффективно функционирующих в условиях рынка промышленных предприятий простые методы измерения конечных результатов деятельности. Прежде всего, это использование достаточно простых статистических и графических приемов в виде построения поточных диаграмм, гистограмм и текущих карт, а также более сложных методов в виде карт контроля процесса оказания медицинской помощи, которые могут помочь руководителям ЛПУ с минимальной подготовкой понять сущность

изменений в изучаемой системе. Эти статистические и графические средства, а также положительное отношение к оценкам как результата лечения, так и процесса оказания медицинской помощи, должны стать частью «клинического арсенала» врача, относящего себя к медицинской школе будущего.

В США и в гораздо меньшей степени в Великобритании, Австрии, Германии и др. существует конфликт между медицинским персоналом и администрацией ЛПУ. Началось это тогда, когда сформировалась новая специальность – врач-администратор (менеджер).

Эти талантливые и высококвалифицированные люди, у части которых имелось два высших образования, часто обрекали себя на трудную жизнь, подвергаясь критике коллег с обеих сторон, считавших терпимость с обеих сторон несбыточной мечтой. Специальность врача-администратора (менеджера) еще довольно редка в России. Процесс лечения в современной медицине сложен, и в нем часто пересекаются сферы интересов врачей-лечебников, администраторов и экономистов, а совместимость интересов не всегда учитывается. Для повышения эффективности процессов оказания медицинских услуг необходимо сотрудничество. Основу для приобретения подобных навыков сотрудничества составляет хорошая осведомленность каждой из сторон о работе другой, причем обе стороны должны быть готовы пересмотреть (и, возможно, изменить) свои давнишние привычки, предпочтения и технологию работы.

Администраторы (менеджеры) должны обладать практической информацией об условиях, в которых врачи-лечебники принимают свои решения, работая непосредственно на рабочих местах. Они должны понять меру ответственности лечащих врачей и неопределенность научных знаний, на основе которых последние должны принимать решения. Для формирования идеологии взаимопроникновения и взаимопонимания как менеджеры и экономисты, так и врачи-лечебники должны изучить системные методы оценки медицинской помощи, анализа затрат и пользы, статистические методы клинических исследований, анализа решений и управления результатами лечения, включающие методологию регулирования риска.

Для эффективного управления медицинскими учреждениями, принятия решений необходимы навыки объективного сбора и анализа статистической информации. В перспективе подготовка врачей и администраторов ЛПУ должна будет смещаться от коллективных форм обучения к индивидуальным формам, сосредоточивая основное внимание на экономике здравоохранения, статистике, информационных науках и медицинской социологии. Специалисты, прошедшие обучение по этим программам, займут ведущее положение в здравоохранении ДВФО.

В обозримом будущем отрасли здравоохранения региона будет недостаточно просто иметь небольшое число высокообразованных и одаренных менеджеров. Врачи общей практики и узкие специалисты также будут нуждаться в приобретении навыков управления и количественного анализа результатов деятельности ЛПУ. Они должны будут уметь извлекать преимущества из технологии использования компьютеризованных медицинских информационных систем и доступа через них к клиническим и прочим данным о пациентах для уточнения решений по выбору методов профилактики, лечения и реабилитации с учетом высокой степени вероятности получения положительных результатов.

## **2.4. Качество процесса, структуры и результата в медицине.**

### Системный анализ

В наше время многие специалисты по управлению здравоохранением в России плохо знают потребителей, в т.ч. пациентов, налогоплательщиков и пр. Знание и понимание потребителей продукции (услуг) ЛПУ должны приобретаться в ходе осмысленного диалога с ними и информация должна проникать на все уровни медицинских учреждений, которые стремятся удовлетворить нужды потребителей.

Применение статистического анализа технологических процессов предусматривает преимущественное использование аналитической статистики по сравнению с цифровой статистикой. Это статистическое мышление фокусируется на будущей характеристике происходящих в настоящее время процессов и функционирования систем, а не на описании или сравнении фиксированных совокупностей прошлых данных.

Иными словами, каким образом можно понять происходящий процесс, чтобы быть в состоянии предсказать его характеристики в будущем? Существует несколько способов. Это, прежде всего, внедрение таких средств индикации и анализа данных, как сетевые графики, контрольные технологические карты и др.

Фактически для этого и должен быть использован цикл Каору Ишикавы

«ПЛАНИРОВАТЬ – ДЕЛАТЬ – ПРОВЕРЯТЬ – ДЕЙСТВОВАТЬ».

Наконец, результаты, которых должны добиваться руководители ЛПУ, делятся на три основные категории:

*& Сокращение расходов, иницируемых администрацией ЛПУ.*

*& Удовлетворение запросов населения в целом и отдельных потребителей медицинских услуг в частности.*

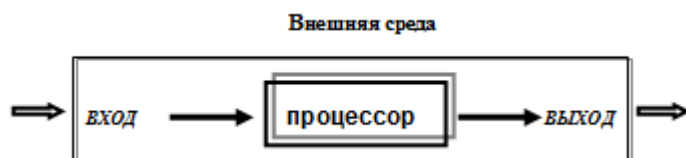
*& Вовлечение в процесс улучшения результатов как можно большего числа специалистов ЛПУ.*

Для наиболее полного представления о принципах обеспечения качественной медицинской помощи необходимо рассмотреть системную схему обеспечения качества с точки зрения классической работы Аведиса Донабедиана на основе трех простых элементов системы: структура, процесс и результат.

Под системой мы понимаем совокупность объектов, взаимодействующих подразделений для достижения общих целей в условиях действия социальных, политических и экономических факторов (рис 2.1.).

**Рис. 2.1. Общий принцип работы систем**





Любая система, в т.ч. система ЛПУ, должна работать в единой организационной технологии отрасли здравоохранения региона, которая в свою очередь должна соответствовать определенным принципам функционирования систем.

Система ЛПУ, как в государственном, так и в коммерческом секторе должна решать определенные задачи для достижения цели/результата функционирования отечественного здравоохранения. В частности, с точки зрения обеспечения достаточного уровня здоровья населения региона система медицинских учреждений должна стремиться к достижению определенных результатов деятельности. Однако эти показатели не всегда являются критериями здоровья.

Тенденции развития здравоохранения на Дальнем Востоке в последние годы ставит перед органами управления сложный комплекс проблем, который требует научных подходов и теоретически осмысленных и взвешенных решений. Применять в ДВФО общепринятые для России методики планирования и прогнозирования медицинской помощи населению, а в конечном итоге и нормирования здравоохранения, следует с определенной долей осторожности.

Кроме показателей здоровья, которые косвенно характеризуют и являются отражением производства медицинских услуг того или иного уровня качества, а также эффективности работы ЛПУ, необходимо рассмотреть работу системы медицинской помощи с точки зрения условий стандартизации и выполнения стандартов, которые определяют как качество, так и эффективность. Эти условия следующие:

- **Структура системы (стандарт структуры).**
- **Технологии системы (стандарт процесса производства).**
- **Программа достижения результата функционирования системы или сам результат (стандарты результатов).**

На основании исследования этих трех основных условий функционирования системы и строится ее анализ.

### СУБЪЕКТЫ СИСТЕМЫ

#### Управляющие

1. Сбор и обработка информации
2. Системный анализ
3. Учет ресурсов
4. Кадры и делопроизводство
5. Планирование (текущее и стратегическое)
6. Принятие решений и контроль.

#### Исполняющие

1. Обеспечение технологий (организационные и медицинские)
2. Обеспечение ресурсной базы
3. Исполнение планов (текущих и стратегических)
4. Самоконтроль

Субъекты системы делятся на две большие группы: группа управляющая и группа исполняющая со своими, присущими только этой группе, функциями.

Любая система, в том числе и система медицинской помощи населению, должна работать в единой организационной технологии, которая должна соответствовать определенным принципам современного менеджмента. Эти принципы определяют следующее: цель работы системы, задачи, ее субъекты, обязанности (функции), ответственность, права субъектов системы, в рамках которых она функционирует, а также время, в течение которого работает система (табл. 2.2).

При переходе к новой модели менеджмента обеспечения качества в стоматологии три основные понятия, применявшиеся в прошлом, приобретают новые, дополнительные оттенки. Вот эти понятия: клиент (потребитель медицинских услуг), технологический процесс и результат.

Термин «потребитель» применяется для обозначения роли, которую играет физическое или юридическое лицо при получении услуги или произведенного товара. Потребитель определяет, чего он ожидает от услуги или товара. К сожалению, оттенки понятий, связанные с коммерцией и включенные в новое толкование этого понятия, представляют собой барьер на пути понимания для некоторых работников здравоохранения и населения. В качестве субъектов, обозначаемых этим понятием, могут быть и пациенты и врачи, и отдельные подразделения ЛПУ и ЛПУ в целом.

**Таблица 2.2. Схема организационной среды обеспечения качества медицинской помощи**

1. Правительственные институты	1. Организации планирования
2. Финансирующие организации	2. ЛПУ и лица, оказывающие медицинскую помощь
3. Научно-исследовательские институты	3. Общества защиты прав потребителей
4. Отдельные лица	4. Другие организации

## **ВНЕШНЯЯ СРЕДА**

	Субъекты управления системой КМП	
Субъекты обеспечения медицинских технологий (основные фонды, материалы, кадры, ресурсы:	Медицинские технологии (хирургические операции, терапевтическое лечение, уход за пациентами, питание	Результат деятельности отдельного врача, м/с, отделения, ЛПУ, объединения ЛПУ и системы в целом

интеллектуальные,  
финансовые)

и гостиничные  
услуги)

(Структура)

(Процесс)

(Результат)

## ВНЕШНЯЯ СРЕДА

1. Организации, предоставляющие ресурсы

1. Индивидуальные представители

2. Профессиональные ассоциации

2. Пациенты

Потребители (пациенты) часто представляют собой внешнюю по отношению к системе здравоохранения сторону, и поэтому о них говорят как о внешних потребителях. В учреждениях здравоохранения также есть внутренние потребители, например, отделения больницы являются клиентами аптеки, отделы медицинских архивов — клиентами отделений и т. д. Таким образом, понятие «потребитель» применяется нами весьма специфическим образом. Понятие «технологический процесс» относится к видам деятельности или действиям, регулярно повторяющимся с целью превращения исходных материалов, предоставляемых поставщиками, в готовую продукцию, получаемую потребителями (клиентами). Один из последователей Каору Ишикавы в Японии, Геничи Тагучи поддержал идею последнего по разделению потребителей на внутренних и внешних.

Например, пациент может получить медицинскую помощь в связи с переломом нижней челюсти в отделении челюстно-лицевой хирургии больницы. Пациент является «потребителем» всего того, что делается для фиксации, вправления и обезболивания нижней челюсти - «внешний потребитель». Все, что происходит между «доставкой сломанной челюсти» пациентом-поставщиком и получением зафиксированной шиной нижней челюсти пациентом-потребителем, может быть определено как технологический процесс (конвейер) оказания медицинской помощи. «Внутренним потребителем» в данном примере может являться врач операционного блока, который находится на следующем этапе оказания медицинской помощи (если пациенту требуется оперативное вмешательство) после врача приемного отделения. Заметим, что употребление понятия «технологический процесс» шире, чем ряд современных понятий этого термина, и содержит ряд структурных элементов.

Понятие «результат» включает в себя как технически конечную продукцию, так и суждение о пользе, полученной потребителем, получившим эту конечную продукцию. Термин «исход», хотя и применяется широко в медицине, не имеет точной взаимосвязи с понятием «результат», «конечная продукция технологического процесса» или «выгода, извлеченная из технологического процесса». Этот термин по иному определяется пациентом (или другими потребителями в данном процессе) в отношении производимой услуги или товара - под оценкой выгоды пациентами, как правило, подразумеваются как ожидания, так и ценность, установленные им для себя. С позиции непрерывного улучшения качества медицинской помощи понятие

«результат» применяется для обозначения как технического выхода данного процесса, так и выгоды, определенной потребителем медицинских услуг.

Совершенствование медицинских технологий и практика их применения в современном здравоохранении – непереносимое условие научно-технического процесса каждого отдельного ЛПУ. Поэтому перед тем, как рассматривать вопросы производства качественных медицинских услуг, следует провести весьма подробный анализ организационной среды обеспечения КМП учреждения или клиники с применением системного подхода.

Характерными признаками сложных систем, к которым относится и система ЛПУ, являются:

- *сложность моделей процессов;*
- *большая размерность задач управления;*
- *иерархичность структуры;*
- *агрегирование частей;*
- *множественность связей элементов;*
- *неопределенность состояний;*
- *чувствительность к помехам (отклонениям).*

Сущность системного подхода раскрывается в методике его организации, т. е. выделении объекта системного анализа (структуры, процесса, результата), границы раздела внешней и внутренней среды ЛПУ, целевой функции и структуры ЛПУ, описания и критериев оценки состояния ЛПУ, классификации элементов и способов их агрегирования.

Под системным подходом в анализе технологий производства медицинских услуг, равно как и других объектов, понимают всестороннее, систематизированное, то есть построенное на основе определенного набора правил, изучение сложного объекта в целом, вместе со всей совокупностью его внешних и внутренних связей, проводимое для выяснения возможностей улучшения функционирования объекта. Вполне естественно, что системный анализ должен быть основан на правилах логики и здравого смысла с привлечением методов количественных оценок связей (явлений), попыток моделирования реакций объекта анализа различными средствами (имитация, математическое описание, статистика, программирование).

Объекты анализа в технологиях производства медицинских услуг имеют различную природу в зависимости от конкретной поставленной задачи и цели анализа.

В качестве примеров укажем некоторые из них:

- *процесс реализации продукции (медицинских услуг);*
- *процесс труда одного врача, группы врачей или большого коллектива;*
- *информационный процесс в технической или организационной системе;*
- *процесс производства медицинской услуги на уровне кабинета, отделения, ЛПУ, региона и т.п.*

От правильного понимания и выбора объекта анализа зависят и его результаты, их адекватность процессам развития производственных отношений в современной медицине.

В рыночных условиях важное значение имеет выполнение системного анализа деятельности ЛПУ по экономическим показателям в конкретных организационно-технических условиях развития производственных технологий, что превращает его в основной инструмент контроля систем управления ЛПУ.

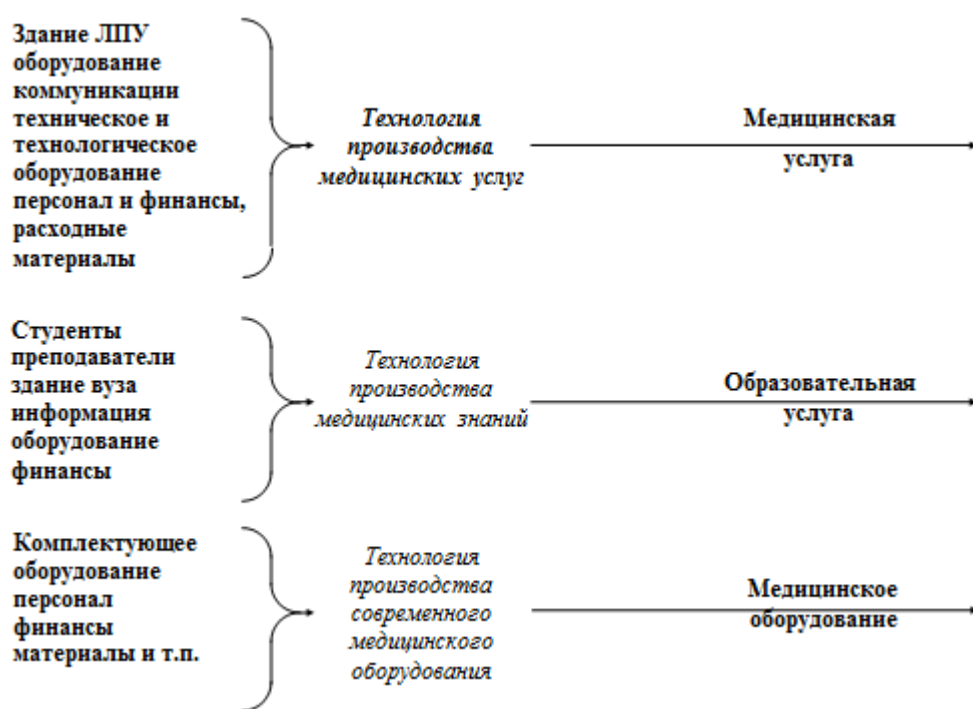
Учитывая поливалентность взаимодействия процессов материально-духовного мира, аналитики вынуждены всегда предварительно определять условия экономического анализа и уточнять их для обоснования управленческих решений, рассматривать процесс анализа относительно конкретного объекта, выделенного из множества (врач, кабинет, отделение, служба, отрасль здравоохранения, процесс сбыта или страхования и т.п.). Это важный принцип анализа, который, с одной стороны, создает трудности в получении уточненной сопоставимой информации для объекта анализа, а с другой – дает неоспоримые преимущества для творческого обоснования управленческих решений. В соответствии с рассмотренным принципом производственные технологии всех видов в стоматологии могут рассматриваться на основе единого методического подхода, что обеспечивает универсализацию действий менеджеров в обширной предметной области своей профессиональной деятельности (рис. 2.2).

### Анализ структуры медицинского учреждения (подразделения)

Структура ЛПУ представляется двумя основными разделами, это основные фонды системы или учреждений здравоохранения и ресурсы.

**Основные фонды** (здания, сооружения, коммуникации и техническое оборудование). Анализу подвергается состояние зданий и сооружений, коммуникаций, техники, автотранспорта, технологического оборудования и пр. по итогам истекшего года на соответствие стандартам (СНИПам, ГОСТам и т.п.).

Рис. 2.2. Производственные технологии в медицине как объект управления



**Ресурсы:**

- материальные,
- кадровые,
- финансовые.

В процессе этого анализа изучаются возможности ресурсной базы по

обеспечению технологических процессов избранного медицинского учреждения/подразделения ЛПУ.

В результате структурного анализа системы ЛПУ должны быть получены ответы на следующие вопросы:

- *существуют ли условия, которые могут представлять опасность для пациента и персонала?*
- *имеется ли достаточное количество ресурсов с соответствующим качеством для обеспечения реализуемых организационных и медицинских технологий?*
- *имеет ли место нерациональное использование ресурсов? и т.п.*

### **Анализ медицинских и организационных технологий ЛПУ**

За последние двадцать лет организационные и медицинские технологии в системе здравоохранения претерпели коренные изменения, в значительной мере выросла и обновилась фондовооруженность ЛПУ отрасли, резкими темпами внедряется вычислительная техника, достижения физики, химии, биологии, генетики и пр. В этих новых условиях анализ технологических процессов в ЛПУ представляет собой весьма сложную задачу.

Критерии процесса (деятельности) разрабатывались в последние годы в направлении уточненной и однозначной формализации. Как правило, качество процесса производства медицинских услуг отождествлялось с его соответствием определенному (стандартному) набору критериев. Такой подход увеличивает достоверность критериальной оценки, но усложняет проблему воспроизводимости ее результатов, так как большинство из наборов критериев рассчитано лишь на один из множества возможных подходов достижения качества. Множественность подходов к производству медицинских услуг характерна и для работы опытного высококвалифицированного врача. Увязка критериев с реальной практикой работы, процессом принятия решений врачом определяет не только сложность, но и направленность совершенствования критериев, учета эффективности в обеспечении качества. Условия для реализации отмеченных требований более благоприятны в ЛПУ, где процесс производства медицинских услуг расписан и формализован в достаточной степени подробно. Тем не менее и здесь критерии процесса не вполне удовлетворительны и требуют совершенствования. Поэтому считается целесообразным углубить подобные исследования, проводя их в ЛПУ различных мощностей и типов.

Процесс производства услуг в амбулаторных условиях, в противоположность стационарным, отражен в медицинской документации лишь частично. Многие виды и элементы работы врача в амбулаторных условиях в медицинских документах вообще не регистрируются, что обуславливает необходимость прибегать к специальным сложным методам сбора нужной информации, оценки и соответственно обеспечения качества. Исключение, пожалуй, представляет

регистрация симптомов и жалоб, назначений медикаментов и результатов параклинических исследований, в связи с чем амбулаторные карты не совсем приемлемы в качестве источника информации для оценки технологий и их эффективности.

Еще сложнее проследить весь процесс получения медицинской помощи пациентом от начала до его окончания, достоверность оценки в этом случае потребует использования фотохронометрических методов, что трудно осуществимо без значительного ресурсного обеспечения. Сложно также вменить в обязанность врачам регистрацию дополнительной информации, характеризующей их работу.

Стремительный прогресс медицинских технологий усилил стремление специалистов в поисках систем критериев, обеспечивающих учет клинической и статистической однородности случаев заболеваний. В этой связи как наиболее перспективный себя зарекомендовал метод многомерной группировки данных.

Внедрение индустриальных подходов в медицину создает условия для использования функционально-стоимостного анализа (ФСА). В самом общем виде система ФСА заключается в том, что вся система медицинского обслуживания расчленяется на составные (подсистемы всех порядков), выделяется функциональное содержание каждой из них, анализируются затраты (стоимостные, материальные, трудовые) и связанные с этим процессы, оценивается целесообразность всех функций и способов их осуществления, разрабатываются оптимальные варианты функций и структура системы, оптимальные методы их осуществления и соответственно определяются оптимальные затраты на производство.

Таким образом, использование технологического подхода позволяет осуществить перенос в область производства медицинских услуг основных технологических принципов.

### ***Этапы анализа организационных и медицинских технологий***

**1 этап.** Анализ начинается с ***описания применяемых технологий*** с выделением наиболее перспективных по программе достижения запланированных результатов. Кроме того, производится анализ устаревших или неэффективных технологий, которые не позволяют добиться даже удовлетворительных результатов. В этом разделе следует привести структурное описание примера эффективных и неэффективных технологий с указанием затрат ресурсов, необходимого материально-технического обеспечения.

**2 этап.** Следующим этапом анализа должно стать ***рассмотрение вариантов альтернативных технологий*** и вероятностная оценка их экономической эффективности по сравнению с традиционными. Здесь анализу подвергается стандартный пакет документов по избранному варианту медицинской и/или организационной технологии производства медицинских услуг, как правило, состоящий из следующих разделов:

***1. Титульный лист***, который определяет название медицинской (организационной) технологии и перечень документов.

**2. Инструкционная карта**, которая содержит информацию по следующим разделам:

- *показания к применению,*
- *предполагаемый механизм действия на организм пациента,*
- *рекомендуемые маршруты перемещения пациента во время реализации технологии,*
- *характеристика ожидаемого эффекта (время наступления, продолжительность),*
- *характеристика изменений состояния здоровья пациента при сочетании данной технологии с другими, наиболее часто применяемыми,*
- *наиболее рациональное сочетание с другими технологиями,*
- *характеристика возможных побочных эффектов (время наступления, длительность и пр.),*
- *характеристика возможных неблагоприятных воздействий на здоровье персонала, рекомендуемые методы защиты.*

**3. Карта технологического процесса**, где содержится информация по ряду вопросов:

- *особенности воспроизводства технологического процесса при стандартных состояниях и отклонениях от него,*
- *перечень технологических операций,*
- *исполнители технологического процесса и требования к ним,*
- *материалы для руководства при исполнении (должны быть указаны источники информации),*
- *затраты времени в человекочасах на каждого исполнителя,*
- *определение результата каждого этапа технологического процесса,*
- *методы коррекции результатов при отклонении от стандарта,*
- *наименование препаратов, реактивов и пр. для осуществления технологического процесса,*
- *стоимость технологической операции.*

**4. Маршрутная карта**, где выделяется:

- *номер маршрута, четкое графическое изображение маршрута с указанием времени на каждом этапе технологического процесса, примерная стоимость маршрута,*
- *определение варианта маршрута при различной патологии.*

**5. Технологическая инструкция**, содержание которой определяется степенью сложности оригинальных технологических операций, где включается следующее:

- *содержание производимых работ,*
- *целевое назначение отдельных этапов,*
- *способы оценки результатов (предлагаемый алгоритм действий),*
- *вспомогательные материалы (диаграммы, графики, чертежи, рисунки).*

**6. Карта эскизов**, которая содержит:



- изображение расположения пациентов относительно изделий медицинской техники,
- схему взаимного расположения различных приборов, аппаратов и пр.

**7. Ведомость требований к персоналу, заработной плате, где имеются следующие разделы:**

- наименование специальности медицинского персонала,
- требуемое число специалистов на один технологический процесс,
- сумма заработной платы (месячная, годовая) по каждой категории специалистов,
- перечень требуемых умений, навыков для специалистов каждой категории,
- общая сумма необходимой заработной платы на проведение одного технологического процесса при оказании помощи пациенту.

**8. Ведомость необходимых изделий медицинской техники** (приборы, аппараты, оборудование, инструменты), которая содержит следующие разделы:

- наименование изделий, изготовитель,
- возможные варианты замены одних другими,
- требуемое количество изделий для проведения одного технологического цикла,
- срок службы изделий,
- амортизационные отчисления на технологическое обслуживание и ремонт..

В ведомости оформляется в виде таблицы суммарная стоимость изделий в целом и отдельно по группам.

**9. Ведомость необходимых предметов медицинского назначения** (резиновые, перевязочные, полимерные, одежда и т.п.), которая содержит разделы аналогично пункту 8.

**10. Ведомость необходимых лекарственных средств, медицинских иммунобиологических препаратов, химических реактивов, которая содержит разделы аналогичные пункту 8.**

**11. Карта наладки** (подготовки к работе) применяемых изделий медицинской техники и предметов медицинского назначения, которая содержит следующие разделы:

- наименование изделий и предметов медицинского назначения,
- перечень необходимых наладочных операций,
- содержание операций,
- исполнитель,
- затраты времени чел/час.,
- целевое назначение технологической операции,
- методы коррекции результата при отклонениях,
- необходимое оборудование для проведения работ.

**12. Ведомость требований к помещению**, которая содержит следующие разделы:

- *общая характеристика помещения (тип здания, этажность, подъемно-транспортные средства, кубатура, площадь),*
- *требования к планировке,*
- *требования к освещению, вентиляции, отоплению, сантехническому оборудованию и пр.*
- *обеспечению безопасности пациента и персонала,*
- *подготовка помещения к осуществлению технологического процесса,*
- *капитальные затраты на помещение,*
- *амортизационные отчисления,*
- *затраты на текущий ремонт и содержание помещения (годовые и на один технологический процесс).*

**3 этап. Анализ процесса по соблюдению соответствия реализуемых технологий стандартам КСГ.** На этом этапе эксперт (аудитор) проводит исследования реализуемых технологий на основе анализа медицинской документации, заключений экспертов, экспертных комиссий ЛПУ на соответствие существующим стандартам медицинской помощи ЛПУ соответствующей категории и оформляет их в виде таблиц, графиков, рисунков с соответствующими разъяснениями.

**4 этап. Анализ процесса по соблюдению соответствия техническим стандартам,** где экспертом (аудитором) проводится исследование соблюдения соответствия реализуемых технологий стандартам содержания зданий, сооружений, техники, оборудования, систем жизнеобеспечения ЛПУ и т.п.

**5 этап. Анализ процесса по соблюдению соответствия экономическим стандартам.** В результате анализу подвергаются:

- *зарплата, надбавки, материальная помощь и т.п. (стандарт ЕТС и инструкции Министерства финансов РФ),*
- *нормативы расходования ресурсов,*
- *нормативы по обеспечению медицинских технологий (расходы лекарств, продуктов питания, белья, расходных материалов и пр.),*
- *нормативы объемов работы медицинского и прочего персонала,*
- *нормативы хранения и расходования лекарств, дезинфекционных средств, рентгеновской пленки, перчаток, шприцев и т.п.*

**6 этап. Определение перечня организационных и медицинских технологий,** которые могут быть реализованы при заключении договоров между ЛПУ и страховыми медицинскими организациями, филиалами фонда ОМС, бизнес - организациями, органами управления здравоохранения, отдельными пациентами и пр.

По мере того как проблемы со здоровьем жителей региона усложняются, формируются два направления, которые способствуют росту нашей озабоченности по поводу повышения спроса на производство медицинских услуг, причем эту озабоченность не сможет сгладить прогресс внедрения индустриальных технологий в отрасль здравоохранения Дальнего Востока. Первое направление - растет

информационный разрыв между пациентом и врачом, поскольку часто на помощь призываются специалисты для проведения манипуляций, которые необходимы пациенту только один раз в жизни. Второе направление — тариф обычно больше для сложных заболеваний — таким образом, даже информированные потребители получают небольшую отдачу от того, что тщательно взвешивают все возможности, прежде чем выбрать конкретного врача или лечебное учреждение. Иногда нет вообще никакой отдачи.

Однако как раз в этих двух проблемных областях — неинформированность потребителя и «моральный риск» — рынок услуг врачей с его растущей конкуренцией и будет оказывать далеко идущее воздействие. Результат конкуренции на рынке услуг врачей — возрастающее количество информации. Врач должен бороться за пациентов, частично через предоставление информации, профилактики, направлений к узким специалистам и даже через услуги, состоящие в анализе использования ресурсов для работодателей своих пациентов. Врача первичной помощи все более будут оценивать на основе его работы как лицо, обеспечивающее взаимодействие между пациентом и системой здравоохранения.

## **2.5. Качество медицинской помощи и доказательная медицина**

За период с конца XIX до начала XXI века отечественная медицина прошла сложный путь совершенствования, реализации новых подходов в лечении и профилактике заболеваний, что позволило достигнуть значительных успехов в деле борьбы за здоровье населения. Но эти успехи были достигнуты путем огромных экономических затрат. Сегодня даже неспециалистам ясно, что производство медицинских услуг - это большой бизнес, и многомиллиардные капитальные вложения требуют отдачи.

Например, различные оперативные и лечебные вмешательства, направленные на восстановление функций различных органов и тканей проводятся во все больших объемах. Параллельно эти вмешательства требуют значительных затрат, а расширение показаний для этих вмешательств требует соизмерения вложенных финансовых ресурсов с полезными эффектами от лечения.

Большим бизнесом, который сегодня действует в системе здравоохранения, является производство медицинского оборудования, расходных материалов, медикаментов и т.п. Фирмы — производители вкладывают огромные средства в производство и разработку новых товаров для медицины. Снятие с производства нового лекарственного препарата, его неэффективность или опасность для здоровья могут стать причиной банкротства даже крупной фирмы. Поэтому фирмы — производители стараются «выжать» из внедренных в производство медицинских товаров все, что только возможно. На этом фоне проводится агрессивная рекламная политика, специалисты по маркетингу стремятся представить технологическое оборудование, расходные материалы и т.п. в наиболее выгодном свете, используя для этого все новейшие разработки и психологические уловки. В таких условиях врач и пациент, являющиеся мишенью рекламной кампании, должны выбрать в огромном перечне товаров (аналогичного применения и действия) наиболее эффективные и дешевые, а для этого необходимо объективное научное обоснование.

Любой практикующий врач, который ответственно относится к своему делу, всегда задается вопросами: «Правильно ли я поставил диагноз? В соответствии со стандартом, т.е. «правильно» ли было назначено и проводилось лечение?».

Подобные вопросы мучают и пациента, однако ответить на них не всегда возможно. Конечно, в простых случаях эффект налицо: есть головная боль — проведено исследование артериального давления — установлено его повышение — проведено лечение — боль прекратилась. Но не всегда все так просто. Чаще всего, если даже лечебный эффект удовлетворяет и врача, и пациента, остаются сомнения: «Какие последствия могут возникнуть в результате лечения? Не возникнут ли осложнения? Как долго сохранится эффект от проведенного лечения?». Как же ответить на эти вопросы?

Каждый врач имеет в запасе свой объем знаний, собственное мнение по каждому конкретному случаю, принадлежит к той или иной «школе», находится под влиянием какого-либо авторитета, имеет свою интуицию, здравый смысл и пр. Тем не менее, для правильной постановки диагноза и назначения адекватного лечения врачу необходима объективная информация. В настоящее время благодаря научно-технической революции объем поступающей информации носит лавинообразный характер. Сегодня медицинская информация публикуется в 2 млн статей, ежегодно публикуемых в 40 тыс. биомедицинских журналов, и если врач займется прочтением всех этих статей, то ему просто некогда будет лечить. Поэтому требовать от врачей, чтобы они сами искали, оценивали и обобщали необходимую информацию, не имеет смысла.

Решить эту проблему могли бы библиографические базы данных, Интернет, которые позволяют практически мгновенно получить доступ к имеющейся информации. Издаваемые руководства и справочники не всегда объективны из-за ряда причин, в частности из-за так называемого эффекта запаздывания, обусловленного тем, что перспективные методы внедряются в практику и становятся известными специалистам спустя 5—10 лет после доказательства их эффективности; информация в учебниках, руководствах и справочниках часто устаревает еще до их публикации. Все перечисленное выше привело к тому, что лечащий врач стал терять четкие ориентиры, базируясь на которых он мог бы быть уверен в правильности выбранной тактики лечения, в том, что оказываемые им услуги приводят к улучшению прогноза для больного.

В настоящее время средства массовой информации уделяют большое внимание проблемам здоровья, лечению и профилактике заболеваний, в результате чего сегодняшние пациенты, зачастую весьма «образованны» в вопросах диагностики и лечения и приходят к врачу, уже имея свое мнение по поводу заболевания и тактики лечения. Мало того, гуманизация общества, соблюдение прав пациента требуют получения от пациента информированного согласия на лечение, т. е. врач должен сообщить пациенту информацию о заболевании, помочь больному критически оценить ее и согласовать тактику лечения.

А всегда ли врач в состоянии сделать это? Информирован ли врач обо всех новых препаратах и методах лечения, которые известны из литературы самому больному? Ведь может возникнуть ситуация, когда больной, который, естественно, интересуется своим заболеванием и старается получить всю последнюю информацию по этому поводу, знает больше врача. Раньше основными источниками информации для больного и его семьи были врачи, медицинский персонал, сегодня дело обстоит по-другому, поэтому и практикующие врачи и организаторы здравоохранения стали остро нуждаться в полной, своевременно поступающей, современной, критически оцененной информации.

К сожалению, до сих пор проводимые в России исследования в подавляющем большинстве случаев не соответствуют международным стандартам. Американский врач-эксперт, который несколько лет проработал в России, S. Dg. Tillinghast справедливо заметил: «...развитие российской медицины будет зависеть от западных знаний и технологий до тех пор, пока современные методы критической оценки информации не изменят культуру медицинских исследований, образования и научных публикаций». Решить эти проблемы поможет внедрение идеологии доказательной медицины в преподавание и повседневную деятельность врачей и научных работников.

Таким образом, к концу 80-х годов прошлого века многие передовые врачи в России стали понимать, что для успешной диагностики и лечения им крайне необходима доступная, сжатая и объективная информация о лучших и достоверных результатах клинических исследований. Информация, объективно доказывающая преимущества того или иного метода лечения, преимущества того или иного лекарственного препарата и т.п. Практикующим врачам и организаторам здравоохранения необходимо было решить вопросы: «Результатам каких именно работ следует доверять? Какие результаты использовать в качестве рекомендаций для практического применения?». Все это и явилось базисом, на котором возникла так называемая научно-доказательная медицина.

Прежде всего, о самом термине. Впервые в 1990 году группой канадских ученых из университета Мак-Мастер было предложено интегрировать наилучшие научные данные с клиническим опытом и с индивидуальными предпочтениями пациента. Этот научно-практический раздел медицины они предложили назвать «Evidence-Based Medicine» (EBM). Термин быстро прижился и успешно тиражируется в англоязычной среде и литературе. При попытках перевести его на русский язык возникли трудности, но чаще в отечественной литературе применяется аналог «доказательная медицина».

Потенциальные возможности применения доказательной медицины заключаются в том, что с ее помощью интуиция и квалификация врача дополняется мнением экспертов и рекомендациями популярных руководств и справочников по клинической медицине новейшей и достоверной информацией о наиболее эффективных, безопасных и экономичных современных подходах к диагностике и лечению.

Вполне естественно возникает и еще один вопрос: доказательная медицина — это что-то новое или нечто давно позабытое старое? Ведь во все времена от любого научного исследования требовалось внедрение его в практику, доказательство преимуществ перед другими методами и т. д. Сторонники доказательной медицины поднимают вопросы: «На основании каких фактов мы считаем, что данная методика лечения лучше другой; почему надо применять именно эту диагностическую методику, а не иную?».

Например, в России новорожденным очень часто ставятся два диагноза: перинатальная энцефалопатия и внутричерепная гипертензия, в то время как в США такие диагнозы ставятся весьма редко и лишь в тех случаях, когда имеет место опухоль головного мозга или тяжелая травма. При этом симптомы и данные инструментального обследования, которые служат основанием для постановки подобных диагнозов в России, в США таковыми не являются. По мнению американских ученых, многие новорожденные с перинатальной энцефалопатией и внутричерепной гипертензией в России вполне здоровы, однако им проводятся

многочисленные и многолетние курсы лечения препаратами, которые могут нанести вред здоровью. По мнению этих ученых, такие пациенты чувствуют себя гораздо лучше без тех медикаментов, которые им назначают при указанных диагнозах. Где же доказательства того, получают ли дети пользу или вред от подобной терапии? Ответить на этот вопрос и призвана доказательная медицина.

Вопрос соотношения пользы и вреда от вмешательств обычно ассоциируется у врачей и населения с сильнодействующими современными лекарствами. Однако в последнее время были выявлены случаи, когда даже столь простые вещи, как обычные витамины, приносили пациентам больше вреда, чем пользы. Бета-каротин — одна из форм витамина А. Долгие годы считалось, что он обладает сильным противоокислительным действием, а значит должен, теоретически, способствовать снижению вероятности развития рака. Было предпринято несколько статистических клинических исследований с целью определить влияние бета-каротина на заболеваемость и смертность от рака. В числе первых были опубликованы результаты клинических испытаний, проведенных в Финляндии. Курящим мужчинам назначали витамин Е (также антиоксидант) и бета-каротин в целях профилактики рака легких. К великому изумлению исследователей — и всех нас, кто уже всюду предлагал пациентам переходить с липидопонижающих лекарств на бета-каротин, — заболеваемость раком легких и общая смертность оказалась выше по группе пациентов, принимавших бета-каротин. Результаты исследования всё-таки оставляли открытой возможность того, что они стали следствием случайных факторов (при 95%-ном доверительном интервале такое возможно в одном из двадцати исследований). Не вполне понятно было, каким образом показатели исходов могли ухудшиться за столь короткий срок.

Но затем были опубликованы результаты другого крупного исследования «Physicians Health Study». Как и в финском исследовании, риск заболевания раком по бета-каротиновой группе оказался выше, чем в контрольной. Тут уже тем из врачей, кто рекомендовал пациентам профилактическую диету и витаминные добавки, не оставалось ничего иного, как перестать рекомендовать бета-каротин.

В 1972 г. британский эпидемиолог Арчи Кокран (A.Cochrane) обратил внимание на то, что «общество пребывает в неведении относительно истинной эффективности лечебных вмешательств. Досадно, что медики до сих пор не создали системы аналитического обобщения всех актуальных рандомизированных клинических испытаний по всем дисциплинам и специальностям с периодическим обновлением обзоров». Он предложил создавать научные медицинские обзоры на основе систематизированного сбора и анализа фактов, а затем регулярно пополнять их новыми данными.

Для этих целей в 1992 г. в Оксфорде был открыт такой центр, который получил название Кокрановского, и в том же году Дж. Чалмером была организована Ассоциация Кокрана, которая в настоящее время насчитывает более 3000 участников. Ассоциация действует в виде сети сообщающихся центров в различных странах. Целью ее функционирования является подготовка систематических обзоров на основании исчерпывающего регистра всех рандомизированных клинических испытаний.

**Систематические обзоры** (систематизированные обзоры центров Ассоциации Кокрана) — это научные исследования с заранее спланированными методами, где объектом изучения служат результаты ряда оригинальных исследований. Они

синтезируют результаты этих исследований, используя подходы, уменьшающие возможность систематических и случайных ошибок. Эти подходы включают в себя максимально глубокий поиск публикаций по определенному вопросу и использование точно воспроизводимых критериев отбора статей для обзора.

Систематические обзоры лишь отдаленно напоминают те обзоры, которые мы привыкли видеть в журналах и диссертационных работах. Обычные обзоры рассматривают широкий круг проблем, а в систематическом обзоре все силы брошены для поиска ответа на достаточно узкий клинический вопрос, как правило, об эффективности клинического вмешательства, а не просто для изложения клинической проблемы, напоминающее главу из учебника.

Помимо систематических обзоров, всемирное кокрановское сотрудничество формирует реферативную базу данных, включающую рефераты публикаций о контролируемых рандомизированных клинических испытаниях, отвечающих современным стандартам качества их проведения, результаты которых, следовательно, являются научно обоснованными или доказательными. Конечно, пока в России еще нет соответствующего аналога на русском языке, но требования времени неумолимы и до создания всеобъемлющей отечественной базы данных по доказательной медицине осталось совсем недолго ждать.

Таким образом, готовится еще один вторичный информационный продукт, освобождающий врача от необходимости критической оценки большого количества публикаций и предоставляющий «отфильтрованные» исследования.

Как и любое научное исследование, составление обзоров строится из нескольких последовательных этапов:

- *определение основной цели обзора;*
- *определение способов оценки результатов;*
- *систематический информационный поиск данных;*
- *суммирование количественной информации;*
- *суммирование доказательств с использованием адекватных статистических методов;*
- *интерпретация результатов.*

Каждый из этапов должен фиксироваться в протоколе и состоять из определенного набора правил и методов.

**Цель** систематического обзора должна быть четкой и ясной. Она позволяет структурировать проблему, с которой сталкивается врач. Обычно цель можно отнести к одной из четырех категорий: диагностика, лечение, этиология, прогноз.

**Определение способов оценки результатов.** Это один из самых сложных этапов обзора, в результате следует определить стандартный критерий, по которому будет оцениваться методическое качество исследования. Способ оценки результатов зависит от цели исследования. Оптимальным считается сравнение полученных данных с так называемым «золотым стандартом».

**Систематический информационный поиск** следует начинать с поиска «золотого стандарта». Информационный поиск требует опыта, и пока не будет усвоен системный подход, многие нужные исследования могут быть пропущены. Плохое

индексирование компьютерной базы приводит к тому, что даже при тщательном компьютерном поиске не всегда могут быть найдены необходимые сведения. Поэтому компьютерный отбор следует дополнять ручным поиском исследований, описание которых отсутствует в электронных базах данных, отслеживанием списков литературы из найденных статей и запросами исследователям и производителям лекарств.

**Фильтрация публикаций.** После того как необходимая информация найдена, необходимо провести тщательную сепарацию отобранного по формальным признакам материала, так как многие работы могут оказаться непригодными для дальнейшего анализа из-за недостаточной полноты изложения полученных данных или несопоставимости с остальными по оцениваемым параметрам, т. е. качественных различий конечных результатов.

**Реферирование информации.** «Сепарированную» информацию необходимо представить стандартным образом в виде структурированных рефератов, включающих цель исследования, тип испытания, характеристику клинической базы, описание больных, виды лечения, критерии оценки исходов, основные результаты (желательно в виде таблиц) и заключение. Необходимость стандартизации этого этапа следует из общеизвестной истины, что все познается в сравнении, которое лучше проводить при прочих равных условиях. Из рефератов и будет формироваться в дальнейшем систематический обзор по проблеме, т. е. это и будет основной продукцией центров доказательной медицины.

**Обобщение доказательств.** Обобщение доказательств всегда должно включать критическую оценку сравниваемых работ, поскольку иногда опубликованные работы настолько скудны или несопоставимы с остальными, что не могут пройти этот этап. Количественное обобщение, позволяющее представить совокупные результаты в цифровом или графическом виде, проводят с помощью специально созданного для доказательной медицины статистического подхода, который получил название «мета-анализа».

Идея мета-анализа достаточно проста - при увеличении количества данных сужаются доверительные интервалы и возрастает достоверность различий, что обеспечивает большую надежность при принятии решения. При этом крайне важно, чтобы количественные данные были статистически однородны, для чего мета-анализ располагает соответствующими критериями проверки.

**Интерпретация результатов.** Систематические обзоры составляются для того, чтобы обобщать доступные доказательства и распространять их среди врачей в понятном для чтения виде. Это не всегда просто.

В последнее время в практическую деятельность врачей внедряются так называемые протоколы ведения больных, для разработки которых используются достижения доказательной медицины. Эти протоколы являются для врачей своеобразными клиническими алгоритмами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями. Таким образом, основной задачей протоколов ведения больных является предоставление пациентам научно обоснованных, апробированных, безопасных и эффективных методов диагностики и лечения различной патологии.



### **Глава 3. Экспертные оценки как один из перспективных методов оценки качества медицинской помощи**

*«...предчувствия и интуиция являются существенными факторами на начальном этапе работы, но в конечном итоге только качество чисел может привести к истине».*

*Льюис Томас*

Оценка качества товаров и услуг с давних пор считается инновационным процессом. Он представляет собой подготовку и осуществление инновационных изменений и складывается из взаимосвязанных фаз, образующих единое, комплексное целое. В результате этого процесса появляется реализованное, использованное изменение – инновация. Для осуществления инновационного процесса большое значение имеет диффузия (распространение во времени уже однажды освоенной и использованной инновации в новых условиях или местах применения). Инновационный процесс имеет циклический характер. Учет этих моментов будет способствовать созданию гибких систем организации и управления качеством медицинской помощи.

Современные процессы по обеспечению качества в медицине достаточно сложны и требуют проведения анализа закономерностей их развития. Для этого необходимы специалисты, занимающиеся различными организационно-экономическими аспектами управления КМП – менеджеры по управлению КМП. Они должны обладать научно-техническим, экономико-психологическим и медицинским потенциалом знаний и умений.

Для рыночной экономики характерна конкуренция ЛПУ, заинтересованных в обновлении продукции (товаров и услуг). Менеджеры по управлению качеством медицинских товаров и услуг могут действовать в различных организационных структурах (вузы, научные общества, НИИ, конструкторские бюро, ЛПУ общего и специализированного профиля и др.), выполняя функции создания творческих коллективов, поиска и распространения новшеств, формирование портфеля заказов на научные исследования и разработки по управлению КМП.

В рыночной экономике уравниваются права производителей и потребителей новшеств. Они сами находят себя на рынке и их взаимоотношения регулируются сходными механизмами. При этом их мотивации исходят из финансового выигрыша и максимизации потребительского эффекта. Иными словами, связь между производителем и потребителем осуществляется через реальные, определенные рынком критерии – это, прежде всего, цена и качество производимой продукции (медицинские услуги). Нужно учитывать, что в рыночных условиях в рамках конкуренции множества производителей потребитель изначально имеет определенное преимущество. Например, в современной стоматологии именно потребитель выбирает наиболее предпочтительные свойства услуг, т.е. качество новых стоматологических услуг, появившихся на рынке, определяется в первую очередь как степень соответствия его требованиям.

Показатели качества (медицинские, технико-экономические, эксплуатационные и др.), определяемые соответственными стандартами, контролируются производителями и органами управления здравоохранением через систему лицензирования и аккредитации ЛПУ независимо от формы собственности.

Уровень качества товаров и услуг контролируется на следующих стадиях жизненного цикла:

- на стадии разработки технологического стандарта;
- на стадии производства товара или услуги;
- на стадии эксплуатации товара/услуги (зубного протеза, сосудистого шунта, искусственного клапана сердца и т.п.).

Оценка уровня качества медицинских услуг осуществляется производителями и потребителями. Производители могут ориентироваться на лучшие отечественные и мировые аналоги, требования международных и национальных стандартов. Повышение уровня КМП означает воплощение в ней новых и не реализованных ранее достижений медицинской науки и практики.

В каждой новой технологии воплощены имеющиеся на конкретный момент медицинские и научно-технические знания. Безусловно, медицинские и научно-технические знания не всегда поддаются непосредственному количественному измерению. Поэтому новые технологии медицинской помощи имеют относительную оценку на основе сравнения с эталонными (стандартными). Иными словами, технический уровень изготовления протеза клапана сердца выявляется путем сравнения оцениваемого изделия с лучшим, в смысле технических возможностей, мировым уровнем. С этой точки зрения следует различать технический и технико-экономический уровни изделия медицинской промышленности.

Под техническим уровнем понимают степень воплощения в медицинской помощи накопленных знаний о наиболее полном и точном выполнении производственных целей ЛПУ в соответствии с функциональным назначением производимых медицинских услуг. Под технико-экономическим уровнем понимают степень воплощения в ЛПУ научно-технических знаний о наиболее полном и точном выполнении медицинских услуг наиболее экономичным способом.

Повышение технического уровня производства товаров и услуг – процесс, связанный с созданием и внедрением в практику ресурсосберегающих технологий, то есть по сравнению с замещаемыми аналогами новая технология должна обладать более высокой производительностью, надежностью и экономичностью.

Следует отметить, что в странах с рыночной экономикой системы управления качеством товаров и услуг делается акцент на предотвращение ошибок именно на стадии научных и конструкторских проработок, чтобы предотвратить возникновение дефекта или устранить его, не доводя до окончательной стадии производства изделия или услуги.

Превентивная концепция управления качеством является перспективной и для отечественных производителей медицинских услуг. Для этого нужно уделять приоритетное внимание созданию следующих условий:

- *наличию технологического оборудования, способного по своим характеристикам поддерживать необходимый уровень качества медицинских услуг;*
- *оснащению технологического оборудования микропроцессорными устройствами контроля, диагностики и регулирования работы;*

- *наличию информационного, программного и аппаратного обеспечения работы медицинского персонала;*
- *наличию необходимого резерва производственных мощностей для поддержания стабильного режима работы ЛПУ;*
- *обеспечению эффективного технического обслуживания и ремонта технологического оборудования, критерием надежности которого является стабильность параметров технологических процессов и отсутствие брака в работе врачей и медицинских сестер.*

Выявление дефектов технологий на ранних стадиях способствует достижению высокого технического уровня производства и качества медицинских услуг. Определяющей предпосылкой достижения высокого уровня КМП является наличие высококвалифицированных медицинских кадров.

Опыт Японии подтверждает, что только благодаря целенаправленной работе по воспитанию чувства ответственности производителей за уровень качества товаров и услуг удалось достичь лидирующего положения в технологическом отношении. Сегодня Япония располагает самым грамотным в мире персоналом с точки зрения владения и применения науки управления техническим уровнем и качеством продукции.

**Для современной России одним из факторов повышения технологического уровня качества продукции в отрасли здравоохранения является международное сотрудничество в области медицинской науки и техники. В частности, закупка за рубежом лицензий на производство современного медицинского оборудования, расходных материалов, внедрение в широкую медицинскую практику международных стандартов и т.п. Однако, как современное медицинское оборудование, так и современные медицинские технологии требуют соответствующей проверки с точки зрения безопасности и эффективности применения. Некоторые виды лечения настолько эффективны, что их ценность самоочевидна даже без формальной проверки. У нас нет сомнений относительно роли антибиотиков при лечении пневмонии, хирургического лечения аппендицита или заместительной терапии при гипотиреозе. На этот счет накоплен достаточный клинический опыт.**

Обычно, однако, эффекты лечения не столь очевидны. В этих случаях лекарственные препараты и методы лечения необходимо подвергать формальной проверке, поскольку целый ряд причин — совпадение, неверные сравнения, спонтанные изменения течения заболевания, предвзятое мышление — могут внести неясность в истинные связи между лечением и его эффектом.

Критический анализ старой системы ценностей, когда оценка качества медицинской помощи производилась с позиций рассмотрения случаев производства медицинских услуг только со значительными отклонениями от стандартов, привел к пересмотру целей и задач экспертной работы.

В новых экономических условиях потребовалась реализация концепции «измерения результатов деятельности отдельного врача, подразделения и ЛПУ», однако измерение результатов КМП в виде уровня соответствия производимых услуг принятым техническим и технологическим стандартам, без учета мнения потребителя (пациента), не давало возможности четко установить причинно-следственные связи «брака» в работе. С этой точки зрения следует признать, что

без рассмотрения теоретических вопросов методов экспертизы качества производства товаров и услуг решение проблемы управления качеством в медицине занятие малоперспективное.

### **3.1. Современный этап развития теории экспертных оценок**

На переломе XIX-XX веков в здравоохранении США началось движение к повышению медицинских стандартов. В 1910 г. Авраам Флекснер обобщил результаты инспекционной поездки по 163 американским и канадским медицинским учебным заведениям. В своем знаменитом «Докладе Флекснера» он рекомендовал закрыть 124 медицинские школы. Причина: плохая материально-техническая база, отсутствие финансовых средств и низкий уровень учебных программ. Его доклад оказал влияние на уровень преподавания и оснащенности медицинских учебных заведений только через 25 лет, но тем не менее именно он послужил первым импульсом для большого начинания - совершенствования системы медицинского образования.

*В свое время Аведис Донабедиан писал: «Ведущая роль и главная ответственность (за качество медицинской помощи) принадлежит медицинским работникам, ежедневно оказывающим помощь пациентам. Поэтому именно они лучше, чем кто бы то ни было, должны видеть кратчайший путь к обеспечению высокой эффективности, действенности и целесообразности медицинского обслуживания. Им достаточно лишь по-новому взглянуть на взаимодействие врач–пациент: они без труда поймут, что именно им принадлежит важная роль главных защитников благополучия и интересов пациентов - каждого и всех вместе. Правда, возможно это при одном условии: они осознают, что управление качеством медицинской помощи составляет их первостепенную, важнейшую обязанность, что качество медицинской помощи составляет моральный фундамент, который должен быть основой их профессиональной деятельности, и без которого они неизбежно обречены на профессиональную неудачу... Качество медицинской помощи... принадлежит всем нам, и каждый из нас обязан сыграть яркую и, бесспорно, необходимую роль в защите, укреплении и повышении этого качества».*

В российской медицине в последние годы разработаны методические подходы к экспертизе КМП, закрепленные соответствующими нормативными документами. Экспертиза законченных случаев оказания специфических услуг является основным содержанием отечественной модели контроля качества медицинской помощи. Приказ МЗ РФ и ФФ ОМС от 24.10.96 г. №363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» предусматривает проведение внутриведомственного контроля качества: оценку использования ресурсов ЛПУ, экспертизу качества медицинской помощи отдельному больному по законченному случаю, оценку удовлетворенности пациента, выявление дефектов и врачебных ошибок.

Методы экспертных оценок - это методы организации работы со специалистами-экспертами и обработки мнений экспертов, выраженных в количественной или качественной форме с целью подготовки информации для принятия решений. Для проведения работы в ЛПУ по методу экспертных оценок, как правило, создают рабочую группу, которая и организует по поручению руководителя учреждения деятельность экспертов, объединенных в экспертную комиссию.

Существует значительное число методов получения экспертных оценок. В одних с каждым экспертом работают отдельно, он даже не знает, кто еще является экспертом, а потому высказывает свое мнение независимо от авторитетов. В других экспертов собирают вместе для подготовки материалов для руководителей ЛПУ, при этом эксперты обсуждают проблему друг с другом, учатся друг у друга и неверные мнения отбрасываются. В одних методах число экспертов фиксировано и таково, чтобы статистические методы проверки согласованности мнений и затем их усреднения позволяли принимать обоснованные решения. В других - число экспертов растет в процессе проведения экспертизы, например, при использовании метода «снежного кома» (Орлов А.И., 1974). В настоящее время не существует научно обоснованной классификации методов экспертных оценок и тем более - однозначных рекомендаций по их применению. Вполне естественно, что сначала в нашей стране появились публикации о простейших методах экспертных оценок (Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г., 1983; Панкова Л.А., с соавт., 1984).

Как обычно бывает, тривиальные соображения широко распространились, вошли в массовое сознание специалистов и менеджеров и стали тормозом на пути внедрения современных результатов в области экспертных оценок (Райхман Э.П., Азгальдов Г.Г., 1974; Китаев Н.Н., 1975; Ларичев О.И., 1987; Бурков В.Н., 1989, и др.). Достаточного уровня результаты в рассматриваемой области были получены в результате работы комиссии «Экспертные оценки» Научного совета АН СССР по комплексной проблеме «Кибернетика» в 70-90-х годах прошлого века (Орлов А.И., 1979-1986; Литвак Б.Г., 1982; Раушенбах Г.В., Филиппов О.В., 1983; Дорофеев А.А., 1985; Сидельников Ю.В., 1990, и др.). В контексте обсуждаемых вопросов в настоящей главе следует выделить основные проблемы в рассматриваемой области.

### ***Основные проблемы экспертных оценок***

Что должна представить экспертная комиссия ЛПУ в результате своей работы — информацию для принятия решения руководителями ЛПУ — менеджерами или проект самого решения? От ответа на этот методологический вопрос зависит организация работы экспертной комиссии ЛПУ.

*Цель - сбор информации для генерального менеджера (главного врача)*

Тогда Рабочая группа должна собрать возможно больше относящейся к делу информации, аргументов «за» и «против» определенных вариантов решений. Полезен метод постепенного увеличения числа экспертов, описанный А.И. Орловым в 1979 году. Сначала первый эксперт приводит свои соображения по рассматриваемому вопросу. Составленный им материал передается второму эксперту, который добавляет свои аргументы. Накопленный материал поступает к следующему — третьему эксперту... Процедура проведения «комиссионной экспертизы» заканчивается, когда иссякает поток новых соображений.

Отметим, что эксперты в рассматриваемом методе только поставляют информацию, аргументы «за» и «против», но не вырабатывают согласованного проекта решения. Нет никакой необходимости стремиться к тому, чтобы экспертные мнения были согласованы между собой. Более того, наибольшую пользу приносят эксперты с мышлением, отклоняющимся от массового, поскольку именно от них следует ожидать наиболее оригинальных аргументов.

## *Цель - подготовка проекта решения для генерального менеджера*

Математические методы в экспертных оценках применяются обычно именно для решения задач подготовки проекта решения. При этом зачастую некритически принимают догмы согласованности и одномерности.

### *Догма согласованности*

Считается, что решение может быть принято лишь на основе согласованных мнений экспертов. Поэтому исключают из экспертной группы тех, чье мнение отличается от мнения большинства. При этом отсеиваются как неквалифицированные лица, попавшие в состав экспертной комиссии по недоразумению или по соображениям, не имеющим отношения к их профессиональному уровню, так и наиболее оригинальные мыслители, глубже проникшие в проблему, чем большинство. Следовало бы выяснить их аргументы, предоставить им возможность для обоснования их точек зрения. Вместо этого их мнением, как правило, пренебрегают. Бывает и так, что эксперты делятся на две или более групп, имеющих единые групповые точки зрения.

Поскольку число экспертов обычно не превышает 5-8 (10-15), то формальная статистическая согласованность мнений экспертов может сочетаться с реально имеющимся разделением на группы, что делает дальнейшие расчеты не имеющими отношения к действительности. Если же обратиться к конкретным методам расчетов, например, с помощью коэффициентов конкордации на основе коэффициентов ранговой корреляции Кендалла или Спирмена (Волков Н.Г., Ерофеева С.Ю., 1992), то необходимо помнить, что на самом деле положительный результат проверки согласованности таким способом означает ни больше, ни меньше, как отклонение гипотезы о независимости и равномерной распределённости мнений экспертов на множестве всех ранжировок. Недостатки рассматриваемых математико-статистических методов анализа ранжировок привела некоторых авторов к разработке нового математического аппарата для проверки согласованности - непараметрических методов, основанных на «люсианах» (Большев Л.Н., Смирнов Н.В., 1968).

С целью искусственно добиться согласованности стараются уменьшить влияние мнений «экспертов-диссидентов». Жесткий способ борьбы с диссидентами состоит в их исключении из состава экспертной комиссии. Отбраковка экспертов, как и отбраковка резко выделяющихся результатов наблюдений, приводит к процедурам, имеющим плохие или неизвестные статистические свойства (Орлов А.И., Рыданова Г.В., 1986). Мягкий способ борьбы с диссидентами состоит в применении робастных (устойчивых) статистических процедур. Простейший пример: если ответ эксперта - действительное число, то резко выделяющееся мнение диссидента сильно влияет на среднее арифметическое ответов экспертов и не влияет на их медиану. Поэтому разумно в качестве согласованного мнения рассматривать медиану. Однако при этом игнорируются (не достигают генерального менеджера) аргументы диссидентов.

В любом из двух способов борьбы с диссидентами руководитель ЛПУ лишается информации, идущей от диссидентов, а потому может принять необоснованное решение, которое приведет к отрицательным последствиям. С другой стороны, представление генеральным менеджером всего набора мнений снимает часть ответственности и труда по подготовке окончательного решения с комиссии

экспертов и рабочей группы по проведению экспертного опроса и перекладывает ее на плечи руководителя ЛПУ.

### *Догма одномерности*

Распространен довольно примитивный подход так называемой «квалиметрии» (Орлов А.И., 1992), согласно которому объект всегда можно оценить одним числом. Каждый объект можно оценивать по многим показателям качества. Например, изготовленный зубной протез можно оценивать по таким показателям:

- материал, из которого изготовлен протез,
- качество обрабатываемых поверхностей,
- плотность смыкания с зубами-антагонистами,
- наличие 2 – 3 точек контакта на молярах и премолярах соответственно и т.п.

Можно ли свести оценки по этим показателям вместе?

Определяющим является конкретный пациент, для которого изготавливается зубной протез. Для одних пациентов ведущее место занимают эстетические требования, для других – надежность, для третьих – функциональное соответствие и пр.

Таким образом, важна конкретная (узкая) постановка задачи перед экспертами. Но такой постановки зачастую нет, а тогда мотивы разработки обобщенного показателя качества услуг не имеют объективного характера. Рыночные отношения требуют индивидуализации производства медицинских услуг в условиях конвейерного производства. Альтернативой единственному обобщенному показателю является математический аппарат типа многокритериальной оптимизации - множества Парето и т.д. (Гличев А.В., 1983).

### **Основные стадии проведения экспертизы**

Выделяют следующие стадии проведения экспертизы:

- формулировка генеральным менеджером цели экспертизы;
- подбор генеральным менеджером основного состава Рабочей группы;
- разработка Рабочей группы и утверждение у генерального менеджера технического задания на проведение экспертизы;
- разработка Рабочей группы подробного сценария проведения сбора и анализа экспертных мнений (оценок), включая как конкретный вид экспертной информации (слова, условные градации, числа, ранжировки, разбиения или иные виды объектов нечисловой природы) и конкретные методы анализа этой информации (вычисление медианы Кемени, статистический анализ «люсианов» и иные методы статистики объектов нечисловой природы и других разделов прикладной статистики);
- подбор экспертов в соответствии с их компетентностью;
- формирование экспертной комиссии (целесообразно заключение договоров с экспертами об условиях их работы и ее оплаты, утверждение генеральным менеджером состава экспертной комиссии);
- проведение сбора экспертной информации;
- анализ экспертной информации;
- при наличии нескольких туров - повторение двух предыдущих этапов;

- интерпретация полученных результатов и подготовка заключения для генерального менеджера;
- официальное окончание деятельности Рабочей группы.

### ***Подбор экспертов***

Проблема подбора экспертов является одной из наиболее сложных. Очевидно, в качестве экспертов необходимо использовать тех специалистов, чьи суждения в наибольшей степени помогут принятию адекватного решения. Но как выделить, найти, подобрать таких людей? Надо прямо сказать, что нет методов подбора экспертов, наверняка обеспечивающих успех экспертизы. Сейчас мы не будем возвращаться к обсуждению проблемы существования различных «партий» среди экспертов и обратим внимание на различные иные стороны подбора экспертов.

Часто предлагают использовать методы взаимооценки и самооценки компетентности экспертов. С одной стороны, кто лучше может знать возможности эксперта, чем он сам? С другой стороны, при самооценке компетентности скорее оценивается степень самоуверенности эксперта, чем его реальная компетентность. Тем более, что само понятие «компетентность» строго не определено. Можно его уточнять, выделяя составляющие, но при этом усложняется предварительная часть деятельности экспертной комиссии.

При использовании метода взаимооценки, помимо возможности проявления личностных и групповых симпатий и антипатий, играет роль неосведомленность экспертов о возможностях друг друга. В современных условиях достаточно хорошее знакомство с работами и возможностями друг друга может быть лишь у специалистов, много лет работающих совместно. Однако привлечение таких пар специалистов не очень-то целесообразно, поскольку они слишком похожи друг на друга.

Использование формальных показателей (должность, ученые степень и звание, стаж, категория, число публикаций...), очевидно, может носить вспомогательный характер. Успешность участия в предыдущих экспертизах врачей-экспертов, т.е. таких экспертов, которые участвуют в длинных сериях однотипных экспертиз. Однако, увы, наиболее интересны и важны уникальные экспертизы при формировании исков о возмещении морального и материального ущерба при ненадлежащем оказании медицинской помощи, проведении больших проектов, касающихся серии случаев внутрибольничного инфицирования или других случаев экспертиз, не имеющих аналогов.

В случае, если процедура экспертизы предполагает совместную работу экспертов, большое значение имеют их личностные качества. Один «говорун» может парализовать деятельность всей комиссии.

Есть полезный метод упоминаемого зарубежными авторами «снежного кома», при котором от каждого специалиста, привлекаемого в качестве эксперта, получают несколько фамилий тех, кто может быть экспертом по рассматриваемой тематике. Очевидно, некоторые из этих фамилий встречались ранее в деятельности Рабочей группы, а некоторые – новые. Процесс расширения списка останавливается, когда новые фамилии перестают встречаться. В результате получается достаточно обширный список возможных экспертов. Ясно, что если на первом этапе все эксперты были из одного «клана», то и метод «снежного кома» даст, скорее всего,



лиц из этого «клана», мнения и аргументы других «кланов» будут упущены (Орлов А.И., 1974).

Необходимо подчеркнуть, что подбор экспертов, в конечном счете - функция Рабочей группы, и никакие методики подбора не снимают с нее ответственности. Другими словами, именно на Рабочей группе лежит ответственность за компетентность экспертов, за их принципиальную способность решить поставленную задачу.

### ***Математические модели поведения экспертов***

Теория и практика экспертных оценок основаны на известных статистических и математических методах. Можно выделить два взаимосвязанных направления — математические модели поведения экспертов и математико-статистические методы анализа экспертных оценок.

Модели поведения экспертов обычно основаны на предположении, что эксперты оценивают интересующий генерального менеджера параметр (например, ранжировку образцов протезов суставов по конкурентоспособности) с некоторыми ошибками, т.е. личность эксперта рассматривают как особого рода прибор с присущими ему метрологическими характеристиками. Оценки группы экспертов рассматривают как совокупность независимых одинаково распределенных случайных величин со значениями в соответствующем пространстве объектов числовой или нечисловой природы. Обычно предполагается, что эксперт чаще выбирает правильное решение (т.е. адекватное реальности), чем неправильное. В математических моделях это выражается в том, что плотность распределения случайной величины — ответа эксперта монотонно убывает с увеличением расстояния от центра распределения — истинного значения параметра. Различные варианты моделей поведения экспертов описаны и изучены достаточно давно (Киселев Н.И., 1980; Кемени Дж., Снелл Дж., 1972).

На математических моделях поведения экспертов основаны методы планирования экспертного опроса, сбора и анализа ответов экспертов. Очевидно, чем больше предположений заложено в модель, тем больше выводов можно сделать на основе экспертных оценок, рассматриваемых как статистические данные - и тем менее обоснованными являются эти выводы, если нет оснований для принятия используемой модели. В этой связи следует рассмотреть триаду моделей поведения экспертов:

- *Параметрическая модель*
- *Непараметрическая модель*
- *Модель анализа данных*

*Параметрическим* моделям соответствуют наиболее сильные предположения, проверить которые обычно не удается. Так, следует обратить внимание на то, что обычно невозможно обосновать нормальность распределения ответов экспертов. Причины отсутствия нормальности в реальных данных, частным случаем которых являются экспертные оценки, подробно рассмотрены в публикации А.И. Орлов, 1993. Дополнительным фактором является ограниченность числа экспертов - обычно не более 10 - 30, что делает невозможным надежную проверку нормальности даже с помощью такого эффективного по отношению к обычно встречающимся альтернативам критерия, как критерий Шапиро-Уилка.

*Непараметрические модели* экспертных оценок опираются лишь на предположения общего характера о возможности вероятностно-статистического описания поведения экспертов с помощью непрерывных функций распределения или «люсианов», параметрами для которых служат нечеткие множества - вектор вероятностей ответов «да». Поэтому во многих ситуациях такие модели представляются адекватными.

Под *моделями анализа данных* понимаются модели, не использующие вероятностные соображения. Очевидно, они наиболее адекватны и защищены от критики, поскольку не претендуют на выход за пределы имеющихся данных, не предполагают построения и обоснования какой-либо вероятностно-статистической модели реального явления или процесса. Однако с их помощью, очевидно, нельзя сделать никаких заключений о будущих аналогичных ситуациях. А ведь многие экспертизы проводятся ради обоснования поведения в будущем. Другими словами, методы и модели анализа данных — наиболее обоснованные, но и наиболее бесполезные.

### ***Обоснование необходимости применения математических методов при проведении экспертизы КМП***

Статистические методы контроля качества в настоящее время приобретают все большее признание и распространение в здравоохранении. Терминология, используемая в этой области, заимствована из теории вероятностей и математической статистики; она применяется к производству и использованию предметов потребления и оказанию услуг.

Основной задачей статистических методов контроля является обеспечение производства пригодной к употреблению продукции (медицинских услуг) и оказание этих услуг с наименьшими затратами. С этой целью проводят анализ новых операций или другие исследования, направленные на обеспечение производства пригодной к употреблению продукции.

В данной главе понятие контроль качества будет рассматриваться в связи с планированием, проектированием, разработкой требований к производству медицинских услуг и т.п. Статистические методы контроля качества продукции были внедрены в нескольких ведущих отраслях производства и правительственных учреждениях бывшего СССР, что дало значительные результаты по следующим показателям:

- повышение качества закупаемого сырья;
- экономия сырья и рабочей силы;
- повышение качества производимой продукции;
- снижение количества брака;
- снижение затрат на проведение контроля;
- улучшение взаимосвязи между производителем и потребителем;
- облегчение перехода производства с одного вида продукции на другой.

Главная задача контроля качества — не просто увеличить количество услуг, а увеличить количество таких услуг, которые бы отвечали запросам потребителей, т.е. пациентов. Хотя качество медицинских услуг во многом зависит от планирования и разработки требований, однако не меньшее значение имеют также качество медикаментов и предметов медицинского назначения, организация процесса

производства и контроля производимых медицинских услуг. Одним из основных принципов контроля качества при помощи статистических методов является стремление повысить качество медицинской помощи, осуществляя контроль на различных этапах производственного процесса в ЛПУ.

Существуют два основных понятия в контроле качества медицинской помощи: это измерение контролируемых параметров и распределение. Для того, чтобы можно было судить о качестве медицинской услуги, необходимо измерить такие параметры, как надежность стандарта ее производства, значимость побочных эффектов реализуемой технологии, потенциальная экономичность, показатель эффективности и т.п. Второе понятие — распределение значений контролируемого параметра — основано на том, что нет двух совершенно одинаковых по величине параметров у одних и тех же медицинских услуг, по мере того, как измерения становятся все более точными, в результатах измерений параметров обнаруживаются небольшие расхождения.

Эти расхождения могут иметь какую-то закономерность либо быть хаотичными. Изменчивость «поведения» контролируемого параметра бывает двух видов. Первый случай — когда значения его составляют совокупность случайных величин, образующихся в нормальных условиях; второй — когда совокупность его случайных величин образуется в условиях, отличных от нормальных под действием определенных причин.

Персонал, осуществляющий управление процессом оказания медицинской помощи, в котором формируется контролируемый параметр, должен по его значениям установить несколько параметров. Во-первых, в каких условиях параметры услуги получены (стандартных или отличных от них). И если они получены в условиях, отличных от стандартных, то каковы причины этих нарушений. Затем принимается управляющее воздействие по устранению этих причин. Таким образом, параметры производства медицинских услуг представить в виде числовых данных достаточно трудно, однако в конечном итоге решение многих, а то и большинства задач по производству качественных медицинских услуг зависит именно от измеряемых данных. С целью преодоления указанных трудностей в теории статистического контроля качества продукции разработан ряд математических моделей.

Правильность управленческих решений зависит от точности исходных данных. Решения, принятые на основании небольшого количества точных данных, правильнее решений, принятых на основании большого количества неточных данных. Даже использование ПЭВМ для анализа большого количества неточных данных приведет только к тому, что неправильное решение будет принято быстрее, чем правильное. Чем точнее данные, которыми мы располагаем при решении какой-либо проблемы, тем скорее мы придем к правильному решению, если сможем их правильно оценить и использовать.

Контроль качества при помощи статистических методов можно с успехом осуществлять в различных областях производства товаров и услуг. Такой контроль используется в управлении таким процессом, при котором одни и те же товары изготавливаются серийно в течение длительного периода времени или когда нужно поддерживать определенный уровень качества изделий, поскольку даже небольшое отклонение приводит к большой потере средств.

Статистические методы используются также в контроле при единичном и мелкосерийном производстве. В процентном отношении экономия или прибыль при кратковременных процессах производства медицинских услуг оказывается больше, чем при долговременных. Это значит, что если оборудование возобновляет работу или если процесс повторяется, то полезно знать возможности и недостатки, например, диагностического оборудования и обслуживающего его персонала. При кратковременных процессах важно иметь надежное оборудование, состоящее из минимального количества отдельных частей. Очень важно при этом уметь извлечь максимальную выгоду из небольшого количества данных. В таких ситуациях очень важно «измерение» мнений экспертов.

При анализе мнений экспертов можно применять самые разнообразные статистические методы, описывать их — значит описывать всю прикладную статистику. Тем не менее, можно выделить основные широко используемые в настоящее время методы математической обработки экспертных оценок - это проверка согласованности мнений экспертов (или классификация экспертов, если нет согласованности) и усреднение мнений экспертов внутри согласованной группы.

Поскольку ответы экспертов во многих процедурах экспертного опроса - не числа, а такие объекты нечисловой природы, как градации качественных признаков, ранжировки, разбиения, результаты парных сравнений, нечеткие предпочтения и т.д., то для их анализа оказываются полезными методы статистики объектов нечисловой природы.

Почему ответы экспертов носят нечисловой характер? Наиболее общий ответ состоит в том, что люди не мыслят числами. В мышлении человека используются образы, слова, но не числа. Поэтому требовать от эксперта ответа в форме числа - значит «насиловать» его разум. Даже в экономике предприниматели, принимая решения, лишь частично опираются на численные расчеты. Это видно из условного (т.е. определяемого произвольно принятыми соглашениями) характера балансовой прибыли, амортизационных отчислений и других экономических показателей (Орлов А.И., 1995). Поэтому фраза типа «Медицинская клиника стремится к максимизации прибыли» не может иметь строго определенного смысла.

Эксперт может сравнить два объекта (ортопедический протез, медицинская услуга и т.п.), дать им оценки типа «хороший», «приемлемый», «плохой», упорядочить несколько объектов по привлекательности, но обычно не может сказать, во сколько раз или на сколько один объект лучше другого. Другими словами, ответы эксперта обычно измерены в порядковой шкале, являются ранжировками, результатами парных сравнений и другими объектами нечисловой природы, но не числами.

Распространенное заблуждение состоит в том, что ответы экспертов стараются рассматривать как числа, занимаются «оцифровкой» их мнений, приписывая этим мнениям численные значения - баллы, которые потом обрабатывают с помощью методов прикладной статистики как результаты обычных физических измерений. В случае произвольности оцифровки выводы, полученные в результате обработки данных, могут не иметь отношения к реальности (Кемени Дж., Снелл Дж., 1972). С позиций репрезентативной теории измерений (Литвак Б.Г., 1982) следует применять алгоритмы анализа данных, результаты работы которых не меняются при допустимом преобразовании шкалы.

Тем не менее, математическая статистика, дает возможность принимать правильные решения руководителям ЛПУ, которые основываются на интерпретации. Интерпретация, в свою очередь, основывается на анализе, анализ — на табличных данных, а табличные данные на совокупности собранных данных. Каждый из приведенных этапов зависит от предыдущего. Данные могут быть получены на основании данных экспертизы, анализа реестров (счетов), опроса пациентов и т. д. Формирование выборки осуществляется методом направленного и случайного (рандомизированного) отбора.

Математическая статистика служит для:

- *определения, установления или описания характера полученных данных;*
- *возможности заключения относительно популяции или генеральной совокупности, из которой сделана выборка.*

Для системного рассмотрения процесса, выявления проблемы следует использовать графические приемы, такие как причинно - следственные диаграмма, диаграмма алгоритма процесса и другие. Следовательно, непрерывное повышение качества - это научно организованный процесс, основанный на использовании методов математической статистики, в том числе графических приемов.

Основополагающим методом в оценке качества медицинской помощи является экспертиза законченных случаев профилактики, диагностики и лечения, а так же экспертиза качества функционирования протезов клапанов сердца, зубных протезов и т.п., предполагающая определение соответствия конкретных результатов диагностики, лечения, профилактики заболеваний, реабилитации больных и инвалидов - стандартным показателям. В идеале оценку качества медицинской помощи следовало бы проводить на основании конечных показателей здоровья населения. Теоретически отрасль здравоохранения должна использовать системы таких конечных показателей для изучения процессов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, чтобы в результате наблюдений способствовать распространению только тех технологий оказания медицинской помощи, при которых максимальные конечные результаты сочетались бы с минимальными расходами на их достижение.

На практике использование конечных показателей здоровья контингентов населения для измерения качества профилактики, диагностики и лечения имеет значительные ограничения. Более практичным методом измерения качества представляется оценка его промежуточных показателей. Они существенно влияют на конечные результаты и могут служить хорошим их приближением в случае использования конкретных медицинских технологий. Кроме того, они дают возможность непрерывного, а не периодического измерения качества.

Промежуточные показатели должны достоверно отражать ход лечения и максимально исключать колебания в зависимости от особенностей пациентов. Показатели, отражающие окончательные и промежуточные результаты, дают представление о стандартных ситуациях. Вместе с ними находят применение сигнальные показатели, характеризующие единичные ситуации.

Сигнальные показатели показывают, что ситуация требует дополнительного расследования. Для анализа статистической информации применяются обобщающие показатели - средние и относительные. Для того, чтобы

статистические показатели правильно отражали изучаемые явления, необходимо выполнять следующие требования:

- *Стремиться к тому, чтобы они выражали сущность явлений и давали им точную количественную оценку.*
- *Добиваться полноты информации, особенно по комплексному отображению всех сторон текущего процесса.*
- *Обеспечивать сравнимость статистических показателей посредством одинаковых временных интервалов, а также одинаковых единиц измерения.*
- *Повышать степень точности исходной информации, на основании которой исчисляются показатели, так как данные достоверны только в том случае, если они совпадают с действительными размерами процессов, правильно характеризуют их содержание.*

Анализ – это, прежде всего сравнение, сопоставление статистических данных. В результате сравнения получают качественную оценку явлений, которая выражается в виде относительных величин. По своему познавательному значению относительные величины подразделяются на следующие виды: структура, интенсивность, динамика, сравнение, координация. Относительные величины структуры характеризуют состав совокупности. Исчисляются как отношение абсолютной величины каждого из элементов совокупности к абсолютной величине всей совокупности. Например, структура несоблюдения стандартов КСГ по набору диагностических, лечебных мероприятий и т. д. Как правило, показатели структуры выражаются в процентах.

Относительные величины динамики характеризуют изменение изучаемого явления во времени, выявляют направление развития, измеряют интенсивность развития. Расчет относительных величин выполняется в виде темпов роста и других показателей динамики. Относительные величины интенсивности показывают, насколько распространено изучаемое явление в среде, то есть частоту явления.

Рассчитываются показатели интенсивности делением абсолютной величины изучаемого явления на абсолютную величину, характеризующую объем среды, в которой выявлено явление. Относительная величина показывает, сколько единиц одной совокупности приходится на единицу другой совокупности. Например, показатель частоты несоблюдения стандартов КСГ на 100 экспертиз. Промежуточные и окончательные показатели качества также являются относительными.

Основными характеристиками тенденций протекания процесса являются среднее арифметическое (математическое ожидание), мода и медиана, параметры рассеивания. Параметрами рассеивания являются размах, среднеквадратическое отклонение и дисперсия. Среднеквадратическое отклонение определяется по стандартной формуле. Размах – это разность между наибольшим и наименьшим значениями в выборке. Он представляет собой случайную величину и подчиняется определенному распределению, характеризующемуся математическим ожиданием. Существуют таблицы отношений математического ожидания размаха к среднему квадратическому отклонению в зависимости от объема выборки. Зная эти коэффициенты, можно по значению размаха оценить величину генерального среднего квадратического отклонения, что часто делается в практике, например, при построении контрольного графика. Следует отметить, что математическое ожидание размаха быстро увеличивается с ростом объема выборки. Поэтому размах для

оценки среднеквадратического отклонения применяют, как правило, при использовании выборок малого объема (5-10).

Распределения случайных величин обладают важным свойством — большинство результатов наблюдений группируются вблизи математического ожидания наблюдаемой величины, по мере удаления от него результаты наблюдений встречаются реже. Помимо нормального распределения выделяют биномиальное, гипергеометрическое, распределение размаха и распределение Пуассона.

### ***Графические способы оценки КМП***

К графическим приемам, которые используются для выявления проблемы, относятся такие методы, как диаграмма алгоритма процесса, лист подсчета, метод номинальной групп и др. Для анализа проблемы следует воспользоваться гистограммой, контрольным графиком, диаграммой рассеивания и др. Диаграмму Парето, причинно- следственную диаграмму, линейный график можно применять как на фазе выявления, так и на фазе анализа проблемы.

### ***Лист подсчета***

Используется для сбора выборочных данных с целью обнаружения закономерностей функционирования процесса. Лист подсчета используется, чтобы ответить на вопрос «Как часто происходит данное событие?» Для этого необходимо прийти к соглашению о том, какое событие мы наблюдаем, за какой период времени мы хотим собрать данные. Следует разработать ясный и удобный бланк для записи данных, систематически и объективно их собирать.

На получение и занесение данных должно быть отведено соответственное время. Особое внимание уделяется тому, чтобы наблюдения выборка максимально точно отражали действительное положение дел, чтобы процесс составления выборки был нетрудоемким.

### ***Диаграмма Парето***

Разновидность столбчатой диаграммы, используется когда нужно сравнить между собой важность проблем и выбрать отправную точку в решении проблем, отслеживать процесс или установить основную причину проблемы. Представление данных, полученных с помощью листа подсчета или других методов в виде диаграммы Парето, позволяет сосредоточиться на действительно важных проблемах. Таким образом, можно выявить основные причины низкого качества работы и верно определить, какие проблемы и в какой последовательности решать.

Построение диаграммы Парето включает в себя несколько этапов:

- *отобрать проблемы, подлежащие сравнению и упорядочению, используя имеющиеся данные и «мозговой штурм»;*
- *выбрать критерий сравнения - единицу измерения;*
- *определить за какой интервал нужно собирать данные;*
- *собрать данные по каждой из категорий;*
- *сравнить частоту или стоимость категорий проблем между собой;*
- *вдоль горизонтальной оси диаграммы перечислить категории проблем слева направо в порядке убывания частоты или стоимости;*

- *мелкие категории для наглядности диаграммы собирают в одну категорию «Прочие», которую размещают справа последним столбцом; над каждой категорией начертить прямоугольный столбец, высота которого соответствует частоте или стоимости данной категории.*

### **Причинно - следственная диаграмма или диаграмма Ишикавы**

Используется для того, чтобы установить, объяснить и наглядно представить причины проблемы.



**Рис. 1. Диаграмма событий и результатов, составленная на основе национального демонстрационного проекта управления качеством в здравоохранении.**

Эта диаграмма показывает взаимосвязь многих факторов, способствующих или препятствующих получению желаемого результата медицинской помощи. Каждая проблема обусловлена рядом причин, из подробного перечня которых отбираются для детального анализа наиболее важные, позволяющие понять, что может помочь, а что может помешать достижению конечного результата.

Этапы построения причинно-следственной диаграммы:

- *Составить перечень причин, необходимый для построения данной диаграммы с помощью упорядоченного мозгового штурма, как с применением простых листов подсчета, так и без предварительной подготовки;*
- *Построить причинно-следственную диаграмму. Для этого расположите формулировку проблемы в квадрате справа. Далее начертите категории причин неполадок в рабочем процессе или любые другие категории, помогающие выявить наиболее важные факторы, разместите под подходящими категориями предложенные в ходе мозгового штурма идеи. По каждой из причин задайте вопрос: “Почему?” и изобразите ответы в виде ветвей диаграммы.*
- *Чтобы найти первопричину проблемы, ищите повторяющиеся причины, достигайте согласия в своей команде и сравнивайте частоту различных причин.*



Выделяют три разновидности причинно-следственных диаграмм:

- Анализ отклонений. Такая диаграмма строится путем расположения частных причин под основной категорией и затем поиска ответа на вопрос “Почему происходит это отклонение?”.
- Этапы рабочего процесса. Сначала составляется список всех этапов процесса. Затем от стрелок, соответствующих этапам, ответвляются стрелочки на данном этапе.
- Метод умножения причин. Предварительно составляется список причин, которые затем используются в качестве основных категорий причинно-следственной диаграммы.

### **Блок – схема или схема последовательности операций**

Позволяет графически представить взаимодействие между различными участниками процесса оказания медицинской помощи. Изучая алгоритм рабочих процессов, находят нарушения оптимальной последовательности, которые могут быть источниками неприятностей. Наиболее широко диаграмму алгоритма процесса применяют для сопоставления алгоритма реального процесса и алгоритма идеального процесса. Это дает возможность выявить различия, а с ними - проблемы и возможности. Блок - схема позволяет определить, насколько оптимально связаны между собой рабочие операции, на ней видны отдельные элементы процесса оказания помощи больным с указанием возможных результатов различных видов лечения. При составлении блок-схемы необходимо четко определить границы процесса, пользоваться простейшими символами и руководствоваться принципом, что из блока есть только один выход, в случае двух выходов, вероятно, требуется принятие решения.

### **Линейная диаграмма**

Позволяет простейшим способом изобразить общую тенденцию изменения показателей за определенное время. Точкой на графике изображается результат измерения или подсчитанное количество в данный момент времени. Для наглядности и ясности выводов точки соединяют линиями. Временной интервал и единицы измерения должны быть ясно обозначены, данные представлены в том порядке, в каком они были получены, так как временная последовательность имеет решающее значение. Таким образом, линейная диаграмма показывает изменения измеряемого показателя качества медицинской помощи по времени. Выход линии за пределы статистически приемлемого диапазона означает необходимость внесения корректив в практику лечения.

### **Контрольный график**

Для построения контрольного графика определяется среднее значение показателя и границы верхнего и нижнего контроля. Эти границы вычисляются по соответствующим формулам, подставляя в них результаты измерения показателей процесса. Далее на график наносят данные развития процесса и анализируют их. Если какие-либо точки выпадают за пределы контроля, следовательно, данный процесс вне статистического контроля. Колебание данных внутри границ контроля обусловлены естественной вариабельностью, возникающей под действием общих причин, присущих самой системе. Таким образом, контрольный график необходим

для определения, какая доля вариативности процесса обусловлена случайными причинами, а какая доля обусловлена особыми причинами.

### **Оценка возможности процесса**

Недостаточно поставить процесс под контроль, так как и под контролем могут быть плохие результаты. Индексы возможностей процесса позволяют объективно измерить и наглядно показать, как распределение процесса соотносится с заданными границами допуска. Оценка возможностей процесса основана на определении среднеквадратического отклонения и границ допуска.

### **Гистограмма**

Наглядно изображает характер статистического распределения данных. В отличие от диаграммы Парето, гистограмма строится по результатам измерений и наглядно изображает характер их статического распределения. Знание распределения имеет решающее значение для изучения процесса, ведь, как мы уже знаем, результаты любого процесса изменяются во времени. Гистограмма вскрывает величину вариативности процесса. Если гистограмма состоит из прямоугольников одинакового размера, то такое распределение называется равномерным. Если наибольшее количество результатов измерений располагается в середине области измерений, причем количество измерений больше среднего приблизительно равно количеству измерений меньше среднего, то такая гистограмма характеризует нормальное распределение. Многие процессы, находящиеся под статистическим контролем, дают подобную гистограмму. Если самые высокие столбцы оказываются в стороне от центра, такие распределения называют “скошенными” и они нуждаются в анализе.

Для того чтобы сделать выводы, необходимо учитывать следующее:

- Количество классов (столбцов диаграммы) определяет насколько хорошо будет виден характер распределения.
- Некоторые процессы дают скошенное распределение по естественным причинам. Не следует ожидать нормального распределения от каждого процесса.
- Если гистограмма резко обрывается, подходя к некоторой точке, то точность данных сомнительна.
- Если обнаруживаются двойные пики, то это указывает на то, что данные поступают из двух или более различных источников.

### **График корреляции**

Позволяет наглядно представить, как изменяется одна переменная по мере изменения другой, проверить предположения о том, что эти переменные взаимосвязаны. График корреляции используется для изучения возможной статистической связи между переменными. По горизонтальной оси графика корреляции откладываются значения первой переменной, а по вертикальной - значения второй. Отложенные на графике точки образуют узор в виде облака. Густота и удлиненность облака дают представление о силе корреляции между переменными. Чем ближе форма облака к прямой линии, тем сильнее корреляция. Корреляция, однако, не может быть использована для доказательства того, что изменение одной переменной является причиной изменения второй переменной.

Обе они, например, могут изменяться как следствие действия какой-либо третьей переменной.

Применение статистического анализа технологических процессов предусматривает преимущественное использование аналитической статистики по сравнению с цифровой статистикой. Это статистическое мышление фокусируется на будущей характеристике происходящих в настоящее время процессов и функционировании систем, а не на описании или сравнении фиксированных совокупностей прошлых данных.

### **Проверка согласованности и классификация экспертов**

Статистические методы проверки согласованности зависят от математической природы ответов экспертов. Соответствующие статистические теории весьма трудны, если эти ответы ранжировки или разбиения, и достаточно просты, если ответы — результаты парных сравнений. Отсюда вытекает рекомендация по организации экспертного опроса: не старайтесь получить от эксперта ранжировку или разбиение, ему трудно это сделать, да и имеющиеся математические методы не позволяют далеко продвинуться. Эксперту гораздо легче на каждом шагу сравнивать только два объекта. Пусть он занимается парными сравнениями. Непараметрическая теория парных сравнений (теория «люсианов») (Орлов А.И., 1979) позволяет решать более сложные задачи, чем статистика ранжировок или разбиений. В частности, вместо гипотезы равномерного распределения можно рассматривать гипотезу однородности, т.е. вместо совпадения всех распределений с одним фиксированным (равномерным) можно проверять лишь совпадение распределений мнений экспертов между собой, что естественно трактовать как согласованность их мнений. Таким образом, удастся избавиться от неестественного предположения равномерности.

При отсутствии согласованности экспертов естественно разбить их на группы сходных по мнению. Это можно сделать методами кластер-анализа, предварительно введя метрику в пространство мнений экспертов. Идея Кемени (Киселев Н.И., 1989) об аксиоматическом введении метрик нашла в СССР многочисленных продолжателей (Литвак Б.Г., 1982). Однако методы кластер-анализа обычно являются эвристическими, в частности, невозможно с позиций статистической теории обосновать «законность» объединения двух кластеров в один. Имеется важное исключение — для независимых парных сравнений разработаны методы, позволяющие проверять возможность объединения кластеров как статистическую гипотезу.

### **Нахождение итогового мнения комиссии экспертов**

Пусть мнения комиссии экспертов или какой-то ее части признаны согласованными. Каково же итоговое (общее) мнение комиссии? Математическая сложность состоит в том, что мнения экспертов лежат в некотором пространстве объектов нечисловой природы. Общая теория подобного усреднения представлена в работе Литвак Б.Г. (1982). В частности, показано, что в силу обобщения закона больших чисел среднее мнение при увеличении числа экспертов (чьи мнения независимы и одинаково распределены) приближается к некоторому пределу, который можно назвать математическим ожиданием. В конкретных пространствах нечисловых мнений экспертов вычисление медианы Кемени может быть достаточно сложным делом (Дорофеев А.А., 1985). Кроме свойств пространства, велика роль конкретных

метрик. Так, в пространстве ранжировок при использовании метрики (Киселев Н.И., 1985), связанной с коэффициентом ранговой корреляции Кендалла, необходимо проводить достаточно сложные расчеты, в то время как применение метрики на основе коэффициента ранговой корреляции Спирмена приводит к упорядочению по средним рангам, т.е. вычисляется элементарно.

### **Интервальные экспертные оценки**

С начала 80-х годов активно развивается интервальная математика, как наиболее практически важная часть ее - интервальная статистика. В разрабатываемом подходе основное внимание уделяется расчетам максимально возможного отклонения значения рассматриваемой статистики, вызванного погрешностями в исходных данных и «рационального объема выборки», превышение которого не может привести к существенному повышению точности оценивания. Основные идеи и результаты статистики интервальных данных опубликованы достаточно давно.

Перспективным является использование интервальных экспертных оценок: эксперт называет не число, а интервал в качестве оценки рассматриваемого параметра. Такие процедуры удачно сочетают в себе количественный и качественный подходы в экспертных оценках. В качестве примера можно назвать процедуру регрессионного анализа, применяемую в экспертно-статистическом методе для получения коэффициентов весомости признаков, позволяющих наиболее точно восстановить глобальное заключение об объекте по результатам оценок отдельных параметров.

При использовании метода интервальных экспертных оценок вместо оценки показателя или характеристики объекта числом эксперт указывает интервал, в котором он содержится. Во многих случаях оценивание интервалом более естественно для эксперта, чем оценивание числом.

В настоящее время в современной медицине все шире применяются различные методы экспертных оценок. Они незаменимы при решении сложных задач оценки качества производства медицинских услуг, в том числе специального назначения, при анализе и прогнозировании ситуаций с большим числом значимых факторов - всюду, когда необходимо привлечение знаний, интуиции и опыта многих высококвалифицированных специалистов-экспертов.

### **3.2. Методы экспертных оценок КМП и их особенности в медицинской практике**

Качество и тесно зависимость от него эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях экономических преобразований в России — ключевые проблемы в управлении здравоохранением. И если проблемам качества медицинской помощи в последние годы уделяется все больше внимания, то эффективность деятельности медицинских учреждений, как правило, остается «за кадром». А между тем это взаимосвязанные понятия, не существующие друг без друга.

Если эффективность деятельности ЛПУ независимо от формы собственности определяется степенью достижения установленных для него целей при определенных затратах, то главной целью деятельности такого ЛПУ является оказание качественной и безопасной медицинской помощи населению. То есть медицинских услуг надлежащего качества, которое определяется как соответствие оказанных медицинских услуг современному представлению о его необходимом

уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей пациента и уровня реализаций технологий конкретного ЛПУ.

Достижению надлежащего уровня КМП должна быть подчинена вся идеология управления ЛПУ любой формы собственности и органов управления здравоохранением. По мере формирования системы медицинского страхования в России определились и приоритеты системы ОМС, основным из которых стала необходимость обеспечения КМП застрахованным гражданам.

Для оценки качества и эффективности медицинской помощи необходимо разработать систему критериев, показателей и понятий, относящихся к данному процессу и отражающих его конечные результаты. Многочисленные попытки оценить КМП через призму уровня состояния здоровья населения не всегда корректны, поскольку уровень состояния здоровья в большей мере зависит от социально-экономической политики государства, состояния окружающей среды, образа жизни семьи, санитарно-эпидемиологического благополучия, уровня генетического риска и пр. Оценивать качество медицинской помощи следует с помощью показателей, относящихся к объекту «медицинская помощь», а не к другому объекту «состояние здоровья», а это, прежде всего, медицинская результативность, удовлетворенность потребителя, а при оценке эффективности еще и уровень затрат.

Оценивая качество и эффективность медицинской помощи, необходимо опираться на две группы факторов.

*Первая* — это выбор медицинских и организационных технологий, обусловленных исходным состоянием основных производственных фондов ЛПУ, обеспеченностью кадровыми, финансовыми, материальными, интеллектуальными ресурсами и уровнем менеджмента.

*Вторая* — это адекватность медицинских и организационных технологий, их соблюдение, что в первую очередь зависит от профессионального уровня врачей и медицинских работников, включающего квалификацию, моральные принципы, призвание, деонтологические установки и т.п.

Зависимость уровня эффективности и качества медицинской помощи от выбора технологий несомненна. В то же время выбор последних, в свою очередь, зависит от материально-технической оснащенности ЛПУ, обеспеченности кадрами и пр.

Система оценки качества и эффективности медицинской помощи должна включать в себя набор универсальных показателей, имеющих количественное выражение, что позволит в дальнейшем подвергнуть их сравнению, подсчету, математической обработке и пр. Набор универсальных показателей позволяет применять их на уровне отдельного ЛПУ, его подразделения, персонально для отдельного врача-стоматолога, возможно, для оценок на муниципальном и территориальном уровне.

В России в последние годы применяются на практике три основных метода оценки качества и эффективности медицинской помощи. По нашему мнению следует рассмотреть каждый из них.

4 Коллектив ВНИИ им. Семашко более 10 лет назад предложил систему, основанную на единых для всех типов ЛПУ принципах в виде специального

показателя качества и эффективности интегрального коэффициента эффективности (Ки), представляющего собой произведение коэффициентов медицинской эффективности (Км), социальной эффективности (Кс) и коэффициента соотношения затрат (Кз):

$K_i = K_m \times K_s \times K_z$ , где

$K_m = (\text{число случаев достигнутых медицинских результатов}) / (\text{общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи})$ ;

$K_s = (\text{число случаев удовлетворенности потребителя}) / (\text{общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи})$ ;

$K_z = (\text{нормативные затраты}) / (\text{фактически произведенные затраты на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи})$ .

Основным элементом этой системы является определение степени достижения конкретного результата, которым в зависимости от оцениваемого объекта могут быть:

- показатели динамики состояния пациентов при оценке эффективности лечебно-диагностического процесса;
- показатели динамики их здоровья при оценке здоровья определенных контингентов;
- удовлетворенность пациентов, врача, медицинского работника;
- создание гуманных условий больному в терминальной стадии заболевания;
- степень социальной (социально-экономической) адаптации пациента и пр.

Для того чтобы система ЛПУ работала стабильно, на всех уровнях должно осуществляться планирование конкретных результатов деятельности. Для сбора необходимой информации могут быть использованы «Карты оценки качества и эффективности медицинской помощи» или «Карты экспертного контроля качества и эффективности медицинской помощи», анкеты для изучения удовлетворенности пациента оказанными медицинскими услугами, работой параклинических, других вспомогательных служб и т.п.

**Функционирование такой или подобной системы должно предусматривать соблюдение нескольких условий:**

- прежде всего, это наличие нормативной стоимости (тарифов) на медицинские услуги;
- возможность подсчета фактических затрат;
- постоянное планирование конечных результатов деятельности на месяц, квартал, год;
- контроль за правильностью планирования результатов деятельности;
- исследование удовлетворенности пациента оказываемой медицинской помощью;
- исследование удовлетворенности врачей работой смежных (вспомогательных) служб;
- составление аналитических материалов с подробным и четким анализом; зависимость фонда оплаты труда от достигнутых результатов и т. п.

В конечном итоге необходимо получить ответы на вопросы: «Каков объем оказанной медицинской помощи?», «Каковы затраты ЛПУ на выполнение объема оказанной помощи?», «Каков уровень качества и эффективности медицинских услуг, произведенных данным врачом, подразделением ЛПУ, ЛПУ в целом?». Ответы на поставленные вопросы являются основанием для принятия управленческих решений, краткосрочного или долгосрочного планирования, распределения фонда оплаты труда и т. п.

4 Коллективами Санкт-Петербургского НИИ кардиологии МЗМП РФ, НВМО «Центр качества и квалификации» и АО «Россгострах Санкт-Петербург» предложена система «Автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи» (АТЭКМП), которая базируется на исследовании взаимоотношений между врачом и пациентом. Но этот метод представляет собой не способ определения отклонений от заранее обоснованных стандартов медицинской помощи и результатов, а технологию экспертизы как средство регистрации, описания врачебных ошибок, обоснования экспертных мнений и сравнения их содержания. Этот метод учитывает положения теории репрезентации, исследования операций и современных представлений о непроизводственных технологиях.

Авторами АТЭКМП удалось решить две взаимосвязанные задачи: создать формализованный язык экспертизы качества медицинской помощи и разработать соответствующее программное обеспечение. Создание формализованного языка экспертизы явилось средством, с помощью которого обеспечен единый подход к экспертизе КМП и возможность общения и взаимопонимания между экспертами, а также описания врачебных ошибок и регистрации экспертного мнения по большому кругу вопросов. Этот круг вопросов отражает, в первую очередь, негативное влияние врачебных ошибок на:

- состояние пациента;
- процесс оказания медицинской помощи;
- финансовые, медицинские, социальные ресурсы;
- управление ЛПУ.

Следует отметить, что анализ врачебных ошибок и негативных влияний на КМП сопровождается специально созданной семантикой экспертного языка и проходит с соблюдением традиционных принципов клинического разбора, способствующих развитию профессионального мышления. Реальная клиническая ситуация оценивается с помощью формализованного экспертного протокола, в который входит как алгоритм экспертизы, так и формализованный вариант заключения эксперта с указанием на врачебные ошибки, их влияние на исход заболевания и расходование ресурсов ЛПУ. По данным экспертного заключения делаются конкретные предложения для администрации.

**Что касается специальных программных средств, то они дают возможность применять технологию АТЭКМП для решения следующих задач:**

- регистрация врачебных ошибок, описание их содержания и обоснование экспертного мнения;
- архивирование данных и сравнение содержания экспертиз;
- корректировка результатов собственной экспертной работы;
- формулировка содержательных и качественных экспертных протоколов;

- освоение технологии экспертизы любым врачом независимо от его специальности и должности;
- самостоятельная или с участием другого специалиста оценка собственного уровня врачебной или экспертной квалификации;
- самостоятельное или с участием другого специалиста повышение квалификации.

Таким образом, АТЭКМП открывает новые возможности получения интегрированных результатов оценки КМП, совместим с другими методами оценки КМП и не является антагонистичным ни способу экспертизы КМП по отклонениям от стандартов, ни какому-либо другому методу экспертизы и может применяться в комплексе с ними.

4 Наиболее распространенным в субъектах РФ ДВФО в последние годы методом оценки качества и эффективности медицинской помощи стал метод, основанный на сравнении фактически оказанной медицинской помощи с медико-экономическим стандартом (МЭС, КСГ). В определенной мере этот метод разработан, адаптирован для практической деятельности и внедрен сотрудниками Института социально-экономических проблем здравоохранения г. Кемерово, Кемеровским облздравотделом и Кемеровской областной больничной кассой «Кузбасс», хотя многими территориями России достаточно эффективно используются аналогичный или подобные методы оценки КМП, адаптированные к конкретным условиям.

С целью внедрения метода в Кемеровской области были разработаны медико-экономические стандарты, которые соответствуют гарантированному объему медицинской помощи и дифференцированы по уровню и задачам. МЭС — это унифицированные эталоны гарантированного объема диагностических, лечебных и профилактических процедур, а также требований к результатам лечения конкретных нозологических форм (заболеваний) с учетом категории сложности (трудозатрат) и экономических нормативов. Таким образом, МЭС несет на себе двойную смысловую нагрузку: с одной стороны, он является эталоном требований, предъявляемых к качеству профилактики, диагностики и лечения, с другой стороны, он выполняет роль единицы учета оказанной медицинской помощи и единицы для взаиморасчетов.

**Для оценки уровня КМП отдельного врача, подразделения ЛПУ, ЛПУ в целом используется следующая формула:**

$$\text{УКЛ} = \frac{\text{ОНМД} + \text{ОД}}{200\%}, \quad \text{УКД} = \frac{\text{ОДМ} + \text{ОК}}{200\%}, \text{ где}$$

УКЛ — уровень качества лечения,

УКД — уровень качества диспансеризации,

ОНМД — оценка выполненного набора диагностических, лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических мероприятий и правильности постановки диагноза,

ОК — оценка качества лечения (диспансеризации), т. е. состояния здоровья пациента по окончании лечения, реабилитации, диспансеризации.

ОНМД = ОДМ + ОД + ОЛМ, где



ОДМ — оценка выполненного набора диагностических мероприятий,

ОД — оценка диагноза,

ОЛМ — оценка выполнения набора лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических и др. мероприятий.

Оценка уровня качества лечения (диспансеризации) должна проводиться с учетом значимости составляющих его компонентов с акцентом на конечный результат деятельности — состояние здоровья пациента после лечения, реабилитации, диспансеризации.

Во многих территориях России используются подобные формулы для оценки уровня КМП с определенными коррективами. Корректировке, как правило, подвергается понятие сложности курации или оперативного вмешательства, дефекты предыдущих этапов оказания медицинской помощи и т.п., поскольку это позволяет более точно оценивать КМП, а также дифференцировать оплату труда персонала ЛПУ.

Все перечисленные методы оценки качества и эффективности медицинской помощи в той или иной мере повторяют или дополняют друг друга, следовательно, наиболее рациональной следует признать комбинацию всех с дальнейшими коррективами и усовершенствованиями, особенно в области автоматизации процесса экспертных оценок, формирования заключений и анализа полученных результатов.

*На пути к формированию результатов экспертизы качества медицинской помощи*

**Для достижения цели экспертизы данные по результатам диагностики, лечения и реабилитации должны быть подытожены и подвергнуты оценке.**

**Этот анализ может быть:**

- *совокупным или по определенным пациентам;*
- *в форме запросов по базам данных или более сложного статистического анализа;*
- *в виде текущих сообщений или изучения специальных тем.*

Менеджер ЛПУ по качеству – специалист, который должен понимать суть экспертизы по результатам лечения, сильные и слабые места в использовании информации, запросы врачей-экспертов и возможности потенциального использования данных экспертных оценок для принятия управленческих решений. Ему необходимы знания в области статистики, включая опыт многовариантных методов, повторных измерений и методов контроля статистического качества. В подразделениях, где нет внутренних возможностей проводить квалифицированную экспертизу, необходимо обратиться за услугами к консультанту по математической статистике. Если планируется несколько направлений экспертиз, то, вероятно, следует принять на временную работу специалиста по анализу данных.

### ***Система обратной связи и интерпретация полученных данных***

Формирование системы обратной связи и интерпретации данных нуждается в проведении статистической экспертизы. Интерпретация результатов требует

проведения клинической экспертизы. Однако следует признать, что большинство врачей и управленцев несведущи в интерпретации статистической информации. Аналитические исследования должны быть представлены таким образом, чтобы участники экспертного проекта могли понять их и пользоваться ими. В отдельных подразделениях ЛПУ разрабатывается комплект стандартных форм отчетов, в других нет. В любом случае, кто-либо из технического персонала экспертного проекта должен регулярно обсуждать результаты с клиницистами. Специалистам по клинико-экспертной работе необходимо приобрести навыки по умению объяснять клиницистам необходимость применения методов математической статистики.

Связь результатов лечения с процессом производства медицинских услуг очень важна. Необходимо, чтобы аналитическая информация по результатам лечения использовалась при оценке и повышении эффективности процесса оказания медицинской помощи. Выполнение этой функции в большей мере касается врачебного и среднего медицинского персонала. Однако сопоставить информацию результатов лечения с процессом производства медицинских услуг можно достаточно просто, если механизмы проведения измерений, анализа и обратной связи созданы с учетом этого сопоставления.

Долгосрочная цель экспертного проекта по осуществлению оценки результатов лечения заключается в предоставлении врачам прямого доступа к используемой количественной информации. На первых эволюционных стадиях становления методологии результатов лечения переход от необработанных данных по результатам лечения к полезной информации требует проведения в значительной степени исследовательской статистической работы и частых занятий с врачами по интерпретации данных.

Для того чтобы достичь настоящей эффективности и сопоставления результатов с процессом оказания медицинской помощи, важно, чтобы статистический анализ в большей мере был стандартизован, упорядочен и, по возможности, осуществлялся автоматизировано. В то же самое время следует обучить клиницистов тому, как интерпретировать эти аналитические материалы и использовать их при перестройке процесса оказания медицинской помощи. Специалисты, которые занимаются проведением оценки результатов лечения, должны работать вместе в направлении уточнения стратегии в отношении роста стандартизации анализа и осуществления обратной связи.

### ***Формирование базы данных по результатам ЭКМП***

Каждому экспертному проекту по результатам лечения необходима база данных для ввода, сохранения, редактирования и использования данных по результатам лечения и подготовки данных для статистического анализа. Компьютерная база данных должна быть спроектирована так, чтобы соответствовать характеру собираемой информации, механизмам ввода данных и, по-видимому, требованиям в отношении отчетности и извлечения информации. В связи с этим для проектирования базы данных понадобятся специалисты по компьютерной технике, которые разбираются в клинической информации, исследовательской работе и данных, ориентированных во времени. Их следует вводить в экспертный проект, как только будут готовы приблизительные формы проведения измерений и протоколы сбора данных.

Структура базы данных по результатам лечения должна:

- *отвечать требованиям экспертизы;*
- *помогать запрашивать и упорядочивать данные, в конечном итоге предоставляя возможность врачам напрямую взаимодействовать с информацией;*
- *быть достаточно гибкой, чтобы ее можно было изменить без особых затрат, когда меняются требования к системе (например, поправки в отношении полей данных, типов пациентов, интервалов проведения измерений);*
- *быть легко адаптирована к новым проектам;*
- *иметь интерфейсы, подходящие для всех вероятных пользователей (пациентов, менеджеров, медсестер, врачей, операторов по вводу данных, исследователей и т.п.)*

База данных должна играть вспомогательную роль при оценке результатов лечения. Следует спланировать функцию данных на бумаге со следующих позиций. Как будут выглядеть первичные документы экспертного проекта? Кто будет вводить данные? Каким образом данные будут вводиться (т.е. вручную или при помощи сканера)? Кому будет необходим доступ к базе данных? Как будет осуществляться анализ данных? Какого типа отчеты будут готовиться и т.п. Не следует делать распространенной ошибки - строить план сбора информации вокруг существующей базы данных.

В реальной ситуации приходится отвечать на вопрос: «Какая база данных удобнее, автономная или интегрированная?». При создании базы данных главный выбор заключается в том, создавать ли автономную базу данных по результатам лечения или встроить характеристики по проведению результатов лечения в общецелевую, централизованную информационную систему.

**Автономная система.** Все сетевые участки (подразделения) начинают с создания специализированной базы данных по оценке результатов лечения. В каждом случае создается система с использованием языка базы данных достаточного уровня и устанавливается на персональный компьютер. В некоторых подразделениях привлекаются собственные программисты, в других заключаются контракты на выполнение работы со специалистами извне. Никто не использует готовую систему, поскольку, как правило, в наличии готовый продукт отсутствует. Следует отметить, что в ближайшем будущем все еще будет ощущаться значительная потребность в изготовлении заказных оболочек.

**Централизованная информационная система.** Данные по результатам лечения должны быть инкорпорированы в центральную информационную систему ЛПУ. В большинстве случаев система конструируется в первую очередь для оказания помощи при проведении финансовых операций; в других случаях это может быть автоматизированная информация, касающаяся истории болезни. Для того чтобы обеспечить обслуживание нужд экспертного проекта по оценке результатов лечения, персонал проекта должен стремиться к активному участию в планировании информационных систем по всему учреждению. Позднее может осуществиться переход к более крупной системе путем создания базовой совместимости со структурами данных; например, путем использования номера истории болезни пациента в качестве опознавательного знака в базе данных по результатам лечения.

**Каналы передачи данных.** База данных по результатам лечения включает основной набор данных: идентификаторы пациентов, демографическую

информацию, статус здоровья, симптомы и клинические показатели. Этот основной набор данных обычно компилируется заново: разрабатываются формы сбора данных по результатам лечения, врачи и пациенты заполняют формы, и кто-нибудь вводит информацию в автономную базу данных. Тем не менее, имеются существующие наборы данных, которые можно найти в других информационных системах в рамках ЛПУ. Такие базы данных зачастую включают следующую информацию:

- *стоимость/расходы;*
- *удовлетворенность пациентов;*
- *ход оказания медицинской помощи;*
- *демографические данные;*
- *сопутствующие заболевания;*
- *летальность;*
- *основные нозологические формы;*
- *реестры записей в истории болезни, операционных журналах и т.п.;*
- *степень тяжести курации и оперативных вмешательств и др.*

Связи с существующими данными могут быть чрезвычайно ценными для работы по оценке результатов лечения.

При формировании баз данных и пользования ими следует избегать типичных ошибок.

Для эффективного осуществления проекта по оценке результатов лечения следует избегать избыточности при сборе данных. Если имеющаяся база данных уже содержит надежную информацию по результатам лечения, и ее можно найти без особых затрат, то лучше использовать существующую информацию, чем собирать ее заново.

Экспертной группе по изучению результатов лечения следует избегать неловких ситуаций и задавать вопросы, на которые они уже должны знать ответы. Например, предположим, что пациент, которому по графику предстоит заполнить следующую анкету, умер три месяца назад. Наверняка есть какой-либо способ получить доступ к информации, касающейся причин летальности, перед тем как отсылать анкету.

Могут быть сформулированы важные вопросы относительно данных, на которые можно ответить только при наличии доступа к другим видам информации. Например, врачи захотят узнать взаимосвязь между официальным уровнем результатов лечения и мнением пациента.

Согласование данных зависит как от организационных, так и технических факторов. Чтобы получить доступ к другим наборам данных, экспертной группе, проводящей работу по оценке результатов лечения, следует установить прямые связи с другими подразделениями. Например, если программа по оценке результатов лечения располагается в отделе по обеспечению КМП, то ей будет легче получить доступ к данным об использовании ресурсов, уровню летальности и госпитальной заболеваемости. С другой стороны, доступ к информации может быть отклонён в связи с возросшей сложностью в управлении. Кроме того, имеется опасность подвергнуть риску репутацию рабочих связей с клиническими отделениями ЛПУ, которые являются конечными потребителями оценки результатов лечения.

При получении доступа к соответствующим базам данных ЛПУ местоположение в организационной структуре менее важно, чем неформальные коммуникационные сети. Руководителю экспертной программы по результатам лечения следует узнать, к каким данным имеется доступ, кто их контролирует, как их получить и как интерпретировать.

Имеется четыре уровня сложности при установлении каналов передачи данных между базами данных. Чем более продуманно осуществляется работа, тем больше оснований для применения метода сложных связей. В этой ситуации необходимо последовательно проделать несколько «операций».

- *Получить документальную копию данных, ввести ее вручную в отдельную базу данных, затем объединить данные с файлом анализа.*
- *Электронным путем загрузить соответствующие части других баз данных, затем объединить с файлом анализа.*
- *Образовать оперативные связи с другими базами данных.*
- *Создать массивную родственную базу данных, которая включала бы все наборы данных. Это и есть вариант централизованной информационной системы.*

Начать следует с более легких связующих технологий, пока нет уверенности в ваших долгосрочных потребностях в информации. Эта уверенность обычно приходит после запуска нескольких экспертных проектов. Опытная эксплуатация того или иного экспертного проекта позволяет сгладить «шероховатости» методик сбора и бесперебойной работы каналов передачи данных, что значительно облегчает функционирование экспертной группы ЛПУ. Органы управления здравоохранением, система внебюджетных социальных фондов, менеджеры ЛПУ должны согласовать единообразие подходов формирования данных для ввода, сохранения, редактирования и использования информации по КМП, в первую очередь на уровне субъекта РФ.

### **3.3. Экспертиза качества медицинской помощи. Организация экспертной работы, вопросы технологии экспертизы**

Президент Российской Федерации В.В. Путин в одном из своих посланий Федеральному собранию особо подчеркнул, что здоровье народа связано не только с общественным здравоохранением, но и с образом жизни людей, состоянием окружающей среды, развитием медицинской науки. Экспертиза качества медицинской помощи в силу определенной специфики проблемы затрагивает интересы многих государственных, общественных, частных и прочих организаций и учреждений, а также отдельных граждан. Если попытаться представить систему защиты пациента от некачественной медицинской помощи, то она окажется весьма сложной и во многих направлениях законодательно обеспеченной не в полной мере. Тут и субъекты медицинского страхования, и ЛПУ, и органы управления здравоохранением, и научно-исследовательские и образовательные медицинские учреждения и многие другие, которые имеют определенные функции в подготовке, обеспечении, оказании и оценке уровня доступности и качества медицинской помощи.

Вся эта сложная система состоит из достаточного числа элементов, которые представляют одну из трех сторон:

*Первая сторона* - производители медицинских услуг, по функциональным признакам представляют ЛПУ всех форм собственности, органы управления здравоохранением, профессиональные медицинские ассоциации, научно-исследовательские и образовательные учреждения.

*Вторая сторона* - потребители услуг. Эту сторону представляют пациенты-граждане РФ, страхователи работающих и неработающих граждан, профсоюзы и другие общественные организации, в т. ч. Союз потребителей РФ.

*Третья сторона* - страховые медицинские организации, Фонды ОМС, территориальные комитеты по антимонопольной политике, а также территориальные отделения Госстандарта РФ.

Таким образом, в сложившейся ситуации в России выполнение функций обеспечения прав граждан на оказание качественной и безопасной стоматологической помощи возлагается на представителей всех трех сторон:

- органы государственного управления;
- профсоюзные организации;
- общественные организации, в т.ч. Союз потребителей РФ;
- страховые медицинские организации;
- Госстандарт РФ;
- Государственный комитет по антимонопольной политике РФ.

Органы государственного управления осуществляют свои функции в соответствии со статьей 6 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и статьей 42 Закона РФ «О защите прав потребителей».

В соответствии с существующим законодательством России органы управления здравоохранением отвечают за готовность медицинских учреждений оказывать медицинскую помощь надлежащего качества. Они несут ответственность в области охраны здоровья населения территории, для чего имеют определенные ресурсы, которые должны обеспечить следующее:

- лицензирование и аккредитацию ЛПУ независимо от форм собственности;
- профессиональную подготовку медицинских кадров;
- необходимый уровень научных исследований по проблемам оказания медицинской помощи населению и охраны его здоровья;
- развитие и поддержание функционирования на должном уровне материально-технической базы учреждений здравоохранения;
- субсидирование конкретных муниципальных образований с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий;
- оплату дорогостоящих видов медицинской помощи и обеспечение оказания их на должном уровне;
- финансирование медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях;
- организацию оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий и пр.

Сегодня очевидно, что стоимость медицинской помощи населению возрастает головокружительными темпами. Когда цены взлетают в производственной среде, их

можно сдержать применением эффективных технологий обеспечения качества. Конечно, технологии обеспечения качества нужно применять и в здравоохранении, но это не простая задача. Для понимания сложности обеспечения качества в здравоохранении нужно сначала понять всю сложность организационной структуры ЛПУ и сложные взаимоотношения между тремя основными элементами контроля качества. Например, в рамках больницы в США - это управляющий совет ЛПУ, администрация больницы и медицинский персонал.

Американская больница, в отличие от большинства корпоративных организаций в этой стране, административно расчленена. Управляющий совет и администрация больницы (которая подотчетна совету) отделены от медицинского персонала. Это является давней традицией организации американской больницы.

Деятельностью больницы руководит совет попечителей, состоящий из ее владельцев (в частной клинике) или местных граждан (в муниципальной клинике), и различных специалистов, приглашаемых к участию в совете с учетом их профессионального опыта. Среди этих приглашенных членов — адвокаты, архитекторы, финансисты и все чаще врачи. Что удивительно, в составе советов многих американских больниц сегодня пока еще нет врачей.

Медицинский персонал больницы, состоящий из врачей, обслуживающих пациентов, составляет другой источник административной власти внутри больницы. Врачи могут быть независимыми «контракторами» без прямых финансовых связей с больницей, штатными сотрудниками или иметь контракт с больничной корпорацией на оказание определенных услуг. В последних двух случаях врач в дополнение к своим чисто клиническим профессиональным обязанностям выполняет, как член медицинского персонала, определенные административные функции внутри больницы.

Современная структура обеспечения КМП в США выросла из ощущения, что медицинская деятельность врача является его исключительной прерогативой и может быть понята или проконтролирована только другим врачом. Однако все больше и больше специалистов по управлению здравоохранением понимают, что качество услуг зависит от системы управления. Это понимание было неоднократно подтверждено производственными фирмами и компаниями, работающими в сфере производства услуг.

Больница в этом смысле от них не отличается. Решение относительно качества должно прийти из главного источника власти и ответственности в ЛПУ - совета попечителей. Каждый индивидуально и в составе группы, члены совета должны признать свою главную обязанность по отношению к пациентам - обеспечить в рамках учреждения оптимальные условия для производства медицинских услуг высокого уровня качества. Члены совета должны представлять себе компоненты эффективной программы обеспечения качества и направить ресурсы ЛПУ на достижение высокого уровня качества. Эта поддержка должна быть открытой, недвусмысленной, не зависящей от других соображений и контролируемой, для того чтобы обеспечить энтузиазм по отношению к программе на всех уровнях больничной иерархии.

До 90-х годов XX века современные концепции управления качеством применялись в больничной среде США фрагментарно. Медицинский персонал был озабочен качеством своей деятельности и применяемых технологий для управления и

контроля за сугубо медицинскими результатами деятельности. Другие службы в рамках ЛПУ, такие, как рентгенография и клинические лаборатории, обеспечение, административная часть, службы приема и выписки пациентов и архив медицинских документов имели свои программы обеспечения качества. Теоретически вся эта деятельность контролировалась администрацией ЛПУ. На практике, тем не менее, координация этих направлений деятельности зависела от личности и уровня подготовки генерального менеджера – главного врача ЛПУ. По этой причине только некоторые ЛПУ в США начали обеспечивать интегрированные программы управления качеством в 80-х годах XX века.

Отсутствие интегрированной системы обеспечения качества в ЛПУ являлось недостатком того времени, устранением которого начала заниматься «Объединенная комиссия по аккредитации организаций здравоохранения», которая применяла программу обеспечения качества в инспектировании больниц на предмет аккредитации. Американская Медицинская Ассоциация начала программу по разработке детального руководства по диагностическому и терапевтическому медицинскому вмешательству. В Американской Системе Контроля Качества есть комитет, изучающий эффективную больничную практику.

Сегодня становится очевидным, что принятые направления и тенденции формирования идеологии контроля качества пришли и в систему здравоохранения России. Менеджеры ЛПУ, органы управления здравоохранением субъектов РФ обеспечивают внутриведомственный контроль КМП, параллельно координируя деятельность сети ЛПУ и лицензионно-аккредитационной комиссии (ЛАК) по соответствию потребностям населения тех или иных видов и объемов медицинской помощи. Что касается непосредственно ЛПУ, то в них проводится также внутриведомственный контроль КМП с опорой на методы самоконтроля на каждом рабочем месте по производству медицинских услуг.

Фонды ОМС и страховые медицинские организации осуществляют вневедомственный контроль качества медицинской помощи в основном с целью объективизации соответствия затрат результатам оказанной медицинской помощи.

Лицензионно-аккредитационные комиссии осуществляют государственный контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи и сертификационной деятельностью. ЛАК проводит объективизацию соответствия структуры (основные фонды, ресурсы) медицинским и организационным технологиям.

Что касается обществ защиты прав потребителей, антимонопольного комитета, то эти структуры осуществляют контроль с позиции объективизации КМП и осуществляют гарантии демонополизации медицинской помощи населению.

Профсоюзы могут реализовать свое участие в обеспечении КМП населению с помощью многосторонних соглашений с органами управления и работодателями, а также через свое представительство в Правлении Фонда ОМС, ЛАК, согласительной комиссии по тарифам на медицинские услуги и пр.

Территориальные органы Роспотребнадзора РФ осуществляют свои функции по контролю за КМП через обеспечение требований по безопасности медицинских услуг, осуществление координационной деятельности с органами территориального управления по безопасности медицинской помощи населению.



В связи с тем, что работа ЛАК или их аналогов сегодня достаточно регламентирована как на уровне России, так и на уровне отдельных территорий, а также создана достаточная нормативная база для работы экспертов ЛАК, то в последующем изложении материала по экспертизе КМП мы будем рассматривать в основном внутриведомственную и вневедомственную экспертизу.

### ***Внутриведомственная система экспертизы качества медицинской помощи***

**Внутриведомственная система КМП осуществляется менеджерами ЛПУ различных форм собственности, органами и учреждениями здравоохранения. Эта система реализуется через достаточно сложную структуру обеспечения КМП, где существует три уровня контроля.**

Первый уровень контроля КМП анализирует взаимоотношения в системе: врач D пациент, которые разбиты на значительное число отдельных элементов, складывающихся в целом в организационную или медицинскую технологию (процесс). В результате осуществления технологического процесса, состоящего из совокупности технологических операций, происходит качественное изменение обрабатываемых сред, их формы, строения, материальных (технических) и потребительских свойств. Поэтому наиболее общим содержанием понятия технология, которое мы оставим для дальнейшего его применения в рассмотрении функций системы экспертного контроля качества – это совокупность приемов и способов производства медицинских услуг.

Исходя из такого представления технологии, каждую из их множества можно считать производственной, т. к. любая из них предназначена для производства нового качества медицинских услуг. Но в зависимости от специализации ЛПУ как организационной формы производственного процесса в здравоохранении, складывается определенный приоритет в технологии, (главная – основная, обеспечивающая – вспомогательная), ее развитии и лицензировании применения перед обществом (государством).

Технологии непрерывно обновляются по мере развития медицинской науки и техники. Основные тенденции развития современных производственных технологий в здравоохранении составляют три основные направления:

- *переход от дискретных (циклических) технологий к непрерывным (поточным) производственным процессам, как наиболее эффективным и экономичным;*
- *внедрение замкнутых (безотходных) технологических циклов в составе производства медицинских услуг как наиболее экологически нейтральных;*
- *повышение наукоемкости медицинских технологий «высоких» и «новейших» технологий как наиболее приоритетных в современной медицине.*

Разделение процесса оказания медицинских услуг (конвейера по оказанию медицинской помощи) на отдельные элементы, операции позволяет контролировать, в первую очередь, отдельные элементы, а в конечном итоге, и весь технологический процесс, т.е. работу всего конвейера. При этом отдельные элементы процесса необходимо выразить в числовом выражении, что позволит проводить и статистический контроль технологического процесса.

Благодаря этому появляется возможность влиять на результат (ценовые и качественные характеристики) любых услуг, производимых тем или иным ЛПУ, т. е. на достижение конечного результата в виде состояния здоровья при выписке или окончании лечения. Главную роль на этом уровне играет самооценка и самоконтроль каждого врача, медицинской сестры, лаборанта и пр., на втором месте стоит контроль КМП менеджера по клинично-экспертной работе, заведующего отделением и старшей медицинской сестры.

На основании ежедневного самоконтроля врач (медицинская сестра) определяет интегральный коэффициент качества оказанной медицинской помощи. На основании ежедневного выборочного контроля элементов, процесса и результата со стороны заведующего отделением формируются оценочные коэффициенты каждого работника за неделю, месяц, квартал, год. При таком подходе объемы произведенных услуг и качество работы подразделения будет выражать усредненная оценка всех индивидуальных уровней данного подразделения, а также достижение модели конечных результатов. Диагностические службы также осуществляют контроль качества производимых услуг на основе критериев в соответствии с организационными стандартами.

Самоконтроль на входе на конвейер по оказанию медицинской помощи предполагает следующее. В приемном отделении ЛПУ анализируется состояние пациента при поступлении в стационар или в смотровом кабинете, при принятии на лечение в поликлинику, ретроспективно оцениваются предшествующие медицинские услуги, повлиявшие или не повлиявшие на состояние конкретного пациента. Это, прежде всего, анамнестические данные и объективный статус при первичном осмотре, своевременность поступления на лечение, правильность тактики предыдущего обследования, лечения и пр. Контроль на входе предполагает анализ длительности предыдущего лечения, времени пребывания в приемном отделении до госпитализации и т.п.

Самоконтроль процесса и результатов осуществляется на основании стандартов обследования, лечения и исходов заболевания, т. е. стандартов КСГ или протоколов оказания медицинской помощи, характеризующих состояние пациента при выписке или переводе на следующий этап производства медицинских услуг.

Экспертный контроль заведующего отделением может быть на входе, как в поликлинике, так и в стационаре, во время оказания медицинской помощи, а также во время выписки пациента или при переводе в другое лечебное подразделение или ЛПУ.

Второй уровень контроля КМП оценивает деятельность по оказанию медицинской помощи на уровне ЛПУ, причем оценка деятельности складывается из интегральной оценки деятельности всех индивидуальных уровней, а также степени достижения утвержденной модели конечных результатов деятельности ЛПУ. Этот уровень контроля осуществляется заместителем главного врача (менеджером) ЛПУ по клинично-экспертной работе и соответствующей комиссией ЛПУ. На этом уровне контроля КМП целесообразно использовать три основных направления экспертизы:

- оценка КМП по случаям законченного лечения выписанных пациентов;
- оценка выявленных дефектов оказания медицинской помощи (грубые дефекты диагностики и лечения, приведшие к развитию нового патологического состояния или резкому ухудшению основного заболевания);

- внутрибольничные инфекции; неоправданные оперативные вмешательства; нарушение санитарно-эпидемиологического режима и пр.);
- оценка уровня летальности как в целом по ЛПУ, так и по его подразделениям.

Третий уровень контроля качества производства медицинских услуг оценивает деятельность системы медицинской помощи населению на уровне территории (город, район, край). На этом уровне весьма целесообразно проводить оценку деятельности службы в целом. Критериями оценки, интегральными показателями службы должны являться коэффициенты достижения конечных результатов ее деятельности по вопросам первичной, вторичной и третичной профилактики, раннего выявления патологии, по уровням заболеваемости по обращаемости, госпитальной заболеваемости, эффективности диспансеризации, уровню осложнений, инвалидности, смертности, клинической и экономической эффективности работы муниципальных ЛПУ и т.п.

Для обеспечения функционирования трехуровневого контроля качества необходимо создание на уровне субъекта РФ ДВФО специально ориентированной структуры управления КМП, наделенной достаточно большими полномочиями для реализации целевой программы, которая могла бы стимулировать некоторые подходы к управлению КМП, с внедрением современных математических и графических методов анализа качества.

Комплексная система управления эффективностью и качеством деятельности ЛПУ предполагает четкую работу всех звеньев управления и совпадения их интересов по обеспечению КМП на всех уровнях. На основе стандартизации медицинских технологий и операций следует обеспечить четкую организацию медицинского обслуживания, регламентации труда исполнителей, структуры, объема помощи на всех этапах реализации медицинского технологического процесса, оптимального размещения всех видов ресурсов и контроля за их использованием.

Для решения этой проблемы необходимо расширение комплекса стандартов не только на планирование и учет деятельности ЛПУ, но и на всю систему хозрасчетных взаимоотношений, включая основные положения:

- организация внутриучрежденческого хозрасчета;
- планирование медико-экономических показателей деятельности основных, вспомогательных и служб обеспечения технологий;
- определение результатов производственно-хозяйственной деятельности структурных подразделений ЛПУ;
- планирование системы фондообразования и т.п.

Таким образом, комплексную систему управления КМП следует рассматривать как организационную форму управления не просто в виде набора стандартов, а как систему рационального использования, как правило, ограниченных ресурсов на обеспечение качественной медицинской помощи должного уровня в ЛПУ.

### ***Алгоритм экспертизы качества медицинских услуг***

Алгоритм экспертизы качества медицинской помощи представляет собой, по сути дела, подробную технологию экспертизы КМП, разбитую на отдельные этапы с описанием исходов анализа каждого этапа. Основным источником сведений для

экспертизы КМП служит стандартная медицинская документация (медицинская карта амбулаторного пациента, история болезни, история родов, история новорожденного, операционный журнал и другие аналогичные документы), а также, при необходимости, осмотр пациента экспертом и группой экспертов, проведение дополнительного обследования.

Что касается анализа структуры ЛПУ, независимо от формы собственности (основные фонды и ресурсы), то он проводится при лицензировании и аккредитации ЛПУ, и повторный анализ ее при каждой текущей внутриведомственной экспертизе КМП нецелесообразен. В некоторых случаях к анализу структуры ЛПУ приходится возвращаться, особенно, когда это касается нерационального расходования ресурсов или случаев ненадлежащего оказания медицинских услуг, сопровождающихся исками пациентов о возмещении причиненного морального и материального ущерба.

Таким образом, в нашем понимании алгоритм экспертизы КМП представляется в виде последовательной процедуры анализа шести базовых блоков:

- *Оценка анамнеза и диагностических процедур.*
- *Оценка диагноза.*
- *Оценка консультаций специалистов.*
- *Оценка набора лечебных мероприятий.*
- *Оценка достигнутого результата.*
- *Оценка удовлетворенности пациента.*

Реализация данного алгоритма охватывает практически все взаимоотношения между больным и медицинским персоналом и позволяет стандартизировать подходы к определению УКЛ в различных ЛПУ, причем базовые блоки уже сегодня можно отобразить в числовом выражении, что делает показатель УКЛ достаточно измеримым.

Использование УКЛ в качестве интегрированного показателя качества и эффективности медицинских услуг в течение последних десяти лет в ЛПУ Дальнего Востока показало его состоятельность при оценке оказания медицинской помощи отдельному пациенту/группе пациентов. Что касается оценок деятельности ЛПУ в целом, службы и/или органа управления здравоохранения, то использование УКЛ имеет определенные пределы и ограничения. Прежде всего, это проблемы оценки деятельности системы здравоохранения по итогам временного периода (месяца, квартала, года), поскольку здесь оценка качества и эффективности медицинской помощи должна осуществляться по модели конечных результатов (МКР) деятельности отрасли, которые не заложены в стандартах КСГ и требуют доработки и систематизации на территориальном уровне.

В отечественном здравоохранении существует достаточно много методик разработки моделей конечных результатов (МКР) деятельности ЛПУ, но все они используют три основных подхода:

- 1 - набор показателей, характеризующих результаты деятельности;*
- 2 - нормативные значения основных показателей;*
- 3 - шкала численной оценки результатов деятельности.*

Мы считаем, что наиболее целесообразно в условиях реформы здравоохранения использование нескольких видов показателей – медицинских, социальных и экономических.

При формировании перечня показателей результативности деятельности производится отбор таких показателей, которые, несомненно, отображают результат: при оценке деятельности той или иной службы здравоохранения это состояние здоровья определенных контингентов населения, при оценке ЛПУ определенного профиля это валовые показатели и результаты лечения пациентов при выписке, удовлетворенность оказанными услугами и эффективность использования ресурсов.

Нормативные показатели результативности устанавливаются на основании: многолетней динамики показателя, характерного для данной категории ЛПУ, для данной зоны субъекта РФ; среднерегионального уровня;

темпов предполагаемой динамики данного показателя в результате того или иного типа планирования и изменения системы управления, формирования прогнозных моделей и пр.

Нормативные показатели результативности должны быть такими, чтобы их достижение потребовало от исполнителей концентрации ресурсов, изменения стиля управления, резкого улучшения КМП. Следует учитывать при установлении норматива, чтобы последний не менее чем на 5% превышал наилучший уровень, достигнутый к настоящему моменту. В дальнейшем, когда в процессе использования норматива МКР улучшится и установленный норматив будет достигнут, норматив МКР должен быть опять повышен. Таким образом, практически это бесконечный процесс. При установлении норматива не применяются абсолютные значения, а используются относительные показатели: в процентах, на 1000, на 10000, на 100000 и т. п.

Что касается показателей дефектов, то следует учитывать наиболее грубые нарушения и отклонения от стандартов в деятельности служб, ЛПУ и органов управления здравоохранением. Желательно подготовить соответствующий классификатор дефектов и придать последним ранговое значение. Оценочные шкалы следует сформировать таким образом, чтобы в них нашли отражение условные показатели и их значения в следующем порядке:

- 1 - наименование показателя;
- 2 - единица измерения;
- 3 - норматив;
- 4 - оценка в баллах норматива;
- 5 - оценка в баллах отклонения.

Следует понимать, что УКЛ можно рассчитать только на основе экспертного метода анализа КМП. Он позволяет сопоставить реальные действия оказывающего медицинскую помощь врача с мнением эксперта о том, какой она должна быть. В то же время мнение эксперта формируется не только на основании стандарта, а и на

основании современных представлений об оптимальном объеме медицинской помощи при данном заболевании с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретными условиями оказания медицинских услуг.

В связи с этим экспертный метод не только не исключает подхода к оценке КМП по соответствию стандартам, но и подразумевает его использование на начальном этапе проведения экспертизы КМП. Наибольший эффект дает сочетание экспертного метода с методом стандартизованных коэффициентов, показателей и пр., что позволяет избежать чрезмерных затрат на проведение экспертизы и добиться максимальной отдачи от ее результатов.

В определенных обстоятельствах возникает необходимость корректировки оценки результативности, связанная с особыми условиями деятельности ЛПУ. Это, прежде всего, отдаленность района, где расположено это ЛПУ, низкая плотность населения, разрушенные транспортные связи, низкая укомплектованность врачами ЛПУ первичной медико-санитарной помощи или их отсутствие, неудовлетворительное состояние основных фондов ЛПУ и пр. В этих случаях с целью объективизации оценок следует применять т. н. выравнивающие коэффициенты, на которые умножается сумма оценок показателей результативности. Эти коэффициенты могут вводиться вышестоящим органом здравоохранения. Для городов и районов субъекта РФ ДВФО — управлением здравоохранения регионального правительства, для ЛПУ муниципального уровня — отделами здравоохранения муниципального образования.

Внутриведомственная экспертиза не должна ограничиваться рамками исследования определенного технологического процесса и его результатов. Важное значение имеет проведение внутриведомственной экспертизы по таким направлениям, как:

- причины и пути распространения внутрибольничных инфекций;
- контроль за рациональным использованием лекарственных препаратов и расходных материалов;
- внутренний аудит диагностических служб.

Таким образом, внутриведомственная экспертиза качества и эффективности медицинской помощи может реализовываться по нескольким направлениям.

Вполне естественно, что технология экспертизы различных медицинских услуг имеет свои особенности. В частности, эксперты стоматологи, в отличие от экспертов других специальностей, кроме анализа медицинской документации, жалоб и заявлений пациентов, исковых заявлений и т.п., весьма часто применяют комиссионный очный осмотр пациента.

Дело в том, что значительная часть экспертных заключений в стоматологии проводится в связи с некачественно реализованными технологиями, когда рассматривается не только качество соответствия медицинских услуг, но и качество соответствия произведенных товаров (зубные цельнометаллические коронки, цельнокерамические реставрации, керамические колпачки для коронковой части зуба, каркасы для мостовидных протезов фронтальных и боковых зубов, вкладки или облицовки типа VENEER, первичные телескопические коронки, опорные элементы для имплантов и т.п.). В условиях конвейерного производства в стоматологии довольно часто приходится подвергать экспертной оценке, как производство услуг, так и производство товаров стоматологического профиля, поскольку в комплексной

стоматологической услуге возможно сочетание и того и другого в различных комбинациях.

Современное положение в здравоохранении характеризуется все возрастающей насущной необходимостью снижения затрат и работы над улучшением качества обслуживания. Такая ситуация требует оценки результатов лечения пациентов и проведения мероприятий, направленных на достижение этой цели. Главная задача ЛПУ — достижение хороших результатов лечения больных, которые измеряются такими факторами, как улучшение физиологического и функционального состояния, отсутствие физической и психологической боли. Информация, полученная при проведении оценки результатов лечения и мероприятий, связанных с определением степени удовлетворенности пациентов, а также затрат, соотносимых с результатами лечения, важна для всех, кого это затрагивает. Данная информация также важна для учреждений здравоохранения и врачей в их стремлении улучшить качество выполняемых услуг. Она необходима пациентам и их врачам в момент принятия ими решений, касающихся стратегии лечения и его проведения, и она полезна покупателям услуг, которые в сегодняшней ситуации должны уметь распознать квалифицированных поставщиков качественных медицинских услуг.

Цель программ медицинской экспертизы была и остается в оказании содействия и помощи учреждениям здравоохранения в проведении оценки и повышении уровня выполняемой ими работы путем использования нормативов, процедуры аттестации, образовательных программ, консультационных услуг и соответствующих публикаций.

Система здравоохранения России стоит перед насущной необходимостью изменений, потребность в которых исходит со стороны тех, кто осуществляет стратегию обеспечения КМП, а также покупателей услуг, страховщиков, руководящих работников, врачей и пациентов. При поиске решений внимание сосредоточено на том, как важно понимать значимость результатов лечения. Проблема оценки результатов лечения выходит за рамки традиционных измерений смертности и осложнений и включает физиологический статус больного, признаки и симптомы, функциональное состояние и самочувствие. Деятельность по оценке результатов лечения сосредоточивается на измерении этих составляющих, наблюдении пациентов на протяжении определенного периода времени и в осуществлении обратной связи с клиницистами относительно результатов, чтобы помочь им оптимизировать процесс лечения.

Изначальная миссия начинания по оценке результатов лечения заключается в оказании помощи в осуществлении сдвига в сторону эмпирической базы для принятия оптимальных текущих клинических решений. В каком-то смысле оценка результатов лечения аналогична промышленным исследованиям и разработкам. К тому же это дает возможность по-новому взглянуть на систему оказания медицинской помощи. Оценка результатов лечения должна стать частью всеобщей стратегии. Те, кто планируют и реализуют программы обеспечения КМП, должны иметь более широкое видение оценки результатов лечения. В частности, более широкое видение результатов лечения можно рассматривать с точки зрения экспертизы внутрибольничного инфицирования пациентов.

### ***Экспертиза распространения внутрибольничных инфекций***

**Есть в мире беда, в борьбе с которой объединились врачи многих специальностей. Имеется в виду распространение инфекций, в том числе и ранее неизвестных.**

Внутрибольничная инфекция — одна из многих неприятностей, которые могут произойти с пациентом во время лечения. Большинство неприятностей не имеют отношения к привычным нам инфекциям, но, тем не менее, должны быть изучены с помощью эпидемиологических методов, используемых для инфекционного контроля.

Чтобы каждый случай был изучен с точки зрения эпидемиологии, необходимо создать систему критериев и осуществлять надзор за распространением. Большинство специалистов по инфекционному контролю легко выявляют случаи опасных инфекций. Создание аналогичной системы выявления других неблагоприятных случаев может быть нелегкой задачей, особенно если постараться подробно объяснить все связанные с риском факторы. Например, какие факторы риска должны быть собраны, чтобы всесторонне сравнить поставщиков услуг и ЛПУ в целом по уровню случаев ВБИ? В США эксперты Объединенной комиссии по аккредитации организаций здравоохранения создали систему качественных индикаторов, используя строго научный подход. Эти индикаторы указали пути детального изучения неблагоприятных исходов лечения и дали ключ к оценке качества ухода за пациентами в ЛПУ.

Пытаясь решить эту животрепещущую проблему внутрибольничного инфицирования, специалисты довольно часто собираются вместе, чтобы на семинарах, симпозиумах и конгрессах проанализировать текущую ситуацию, обменяться знаниями и опытом. В докладах ведущих специалистов из России, Европы и США на Международной научной конференции «Хирургические инфекции: профилактика и лечение» были отражены современные аспекты в лечении сепсиса, перитонита, острого панкреатита, нозокомиальной пневмонии, урологии, инфекций в акушерстве и гинекологии и многом другом, что сейчас интересует и волнует врачей.

Обсуждались и вопросы военно-полевой хирургии, которые приобрели в последние годы особую значимость. Назывались и причины, характерные для возникновения хирургических инфекций: рост травматизма, увеличение объема и сложности операций, а также расширение методов инструментального инвазивного обследования и лечения, сопровождающееся инфицированием.

*«Гнойная хирургия - не скучное и неприятное дело, а чрезвычайно важный отдел хирургии, полный глубокого научного интереса, очень нелегкий в отношении диагностики и оперативного лечения».*

*В.Ф. Войно-Ясенецкий*

Эти слова нашего замечательного соотечественника Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, прозвучавшие в прошлом веке, вряд ли можно отнести к устаревшим и утратившим актуальность высказываниям. К сожалению, ни внедрение антибиотиков, ни новых медицинских технологий и методов оперативного лечения не решило проблемы хирургической инфекции. О чем свидетельствует не только современная медицинская литература, но и сама жизнь.



Длительное пребывание данной категории больных в отделениях челюстно-лицевой хирургии, применение дорогостоящих лекарственных препаратов, современных способов и методов лечения является исключительно финансово-затратным. Так, в США ежегодные экономические потери, связанные с хирургической инфекцией, составляют 1,5 млрд долларов. В России из-за отсутствия службы хирургической инфекции данные по экономическим затратам получить трудно. В то же время сопоставление численности и особенно уровня жизни населения, проигрыш в оснащении медицинской техникой и лекарствами лечебных учреждений позволяет предположить, что борьба с хирургической инфекцией нашему государству обходится значительно дороже.

Проблемы хирургических инфекций и в XXI веке по-прежнему сохраняют высокую актуальность. Более того, они преобразовались, обрели междисциплинарную значимость и уже привлекают к себе внимание специалистов различного профиля. Теперь не только клиницисты пытаются решать эти проблемы. Часто вместе с ними работают микробиологи, иммунологи, патофизиологи, патоморфологи, фармакологи, специалисты по антибактериальным препаратам и организаторы здравоохранения.

По сводным данным, которые получены во время последних локальных конфликтов, хирургическая инфекция развивается в 43% случаев при огнестрельных поражениях опорно-двигательного аппарата. У каждого третьего с проникающим ранением живота, почти в 20% при ранениях мягких тканей. На передовых этапах медицинской эвакуации инфекционные осложнения бывают причиной смерти у 15% раненых и пострадавших, а в специализированных стационарах эта цифра достигает 70%.

Наиболее тяжелой формой хирургической инфекции, осложняющей течение раневого процесса, является анаэробная инфекция. Частота ее развития зависит прежде всего от уровня организации и сроков оказания медицинской помощи, географической местности, где ведутся боевые действия, применяемого оружия, локализации и характера повреждения, других причин. При этом необходимо отметить, что частота клостридиальной анаэробной инфекции (газовой гангрены) как в периоды войны в Афганистане, так и в последующих военных конфликтах, оказалась значительно ниже. Хирургическую инфекцию с уверенностью можно назвать социальной патологией, такой же как ВИЧ, туберкулез, но с той лишь разницей, что число таких больных в тысячи раз больше и умирают от нее в тысячи раз чаще!

Очевидно, что сама вероятность развития инфекционного процесса, его тяжесть, особенности клинического течения и прогноз в решающей мере зависят от факторов, определяющих условия взаимодействия организма человека и микрофлоры. Именно поэтому в России во время экономических и политических катаклизмов эта проблема ощущается особенно остро. По данным Института иммунологии более 48% граждан имеют дефицит по одному или нескольким звеньям иммунитета, что формирует инфицирование пациентов не только в домашних, но и в больничных условиях.

В течение многих лет известно, что внутрибольничные инфекции являются одной из самых серьезных проблем современного здравоохранения. По данным исследований последних лет, в некоторых ЛПУ гнойно-септические осложнения возникают у каждого из 15 - 20 прооперированных пациентов. Известны трагические вспышки внутрибольничного сальмонеллеза, вирусного гепатита, СПИДа и других

инфекций, когда одновременно пострадали десятки детей и взрослых. Борьба с ВБИ требует системного подхода к решению проблемы.

Значительное число руководителей учреждений здравоохранения уже несколько лет назад ввело в штат ЛПУ должности заместителя главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам, больничного эпидемиолога, помощника эпидемиолога. Эта практика была одобрена МЗ РФ письмом № 116/0241 от 14.04.93, в котором разъяснялся порядок назначения, увольнения, оплаты труда, требования к должностной инструкции указанных выше сотрудников. Организация в ЛПУ службы надзора за ВБИ позволяет обеспечить непрерывность процесса эпидемиологического наблюдения, индивидуального подхода при разработке противоэпидемических мероприятий с учетом особенностей эпидемиологического процесса, характерных для конкретного ЛПУ в нужный момент.

Распространенность ВБИ фактически имеет весьма значительный уровень, но отсутствие системы регистрации и расследования каждого случая ВБИ в России, а также на Дальнем Востоке России значительно занижает распространенность ВБИ. Если уровень ВБИ в России в 90-х годах регистрировался на уровне 1,5-1,9 на 1000, то в таких развитых странах, как США, Нидерланды, Бельгия и др., регистрация случаев ВБИ находилась на уровне 29-98 на 1000 пациентов. В территориях ДВФО в течение последних нескольких лет идет рост уровня распространенности парентеральных гепатитов. Какая часть из них является сферой ответственности ЛПУ, где не на должном уровне контроль за распространением ВБИ, остается в сфере догадок, поскольку попытки эпидемиологического анализа этих случаев Центров по борьбе и профилактике СПИД не являются системой непрерывного контроля, а в большей мере выполняют роль дежурных мероприятий.

По материалам международных конференций по госпитальным инфекциям, на рубеже 80-х и 90-х годов XX века показатели ВБИ на 1000 пациентов составляли в Испании 98,7, в Индии — 97,0, в США от 50,0 до 100,0, в Нидерландах — 59,0, в Бельгии — 29,0. Показатели ВБИ на 1000 операций в таких странах, как Финляндия, Турция, Австралия, Великобритания, соответственно составляли 108,0; 102,0; от 76,0 до 93,0; 67,0. Показатель по внутрибольничным инфекциям мочевыводящих путей, по разным сообщениям, колеблется от 108,0 до 17,9 на 1000 пациентов с мочевым катетером. В России в целом уровень таких ВБИ чрезвычайно низок (так, по Москве за весь 1993 год зарегистрирован всего один случай). Это еще раз свидетельствует о том, что официальная статистическая отчетность в отечественном здравоохранении не дает сведений о реальном положении дел в отрасли.

Но даже на основании этих «урезанных данных» в 1993 году, а это не самый худший год для российского здравоохранения, было зарегистрировано 19 вспышек ВБИ, из них три вспышки среди новорожденных, пострадало 606 человек, в том числе и 49 новорожденных, с общей летальностью — 2,5, а среди новорожденных — 8,0. Большая часть приходилась на вспышки кишечных инфекций (68,4%), в основном сальмонеллезной и шигеллезной этиологии, остальными были дифтерийные вспышки, обусловленные чаще биоваром *gravis*, реже биоваром *mitis* *C. diphtheriae*. В последующие годы вспышечные ВБИ продолжали регистрироваться с завидным постоянством.

Фактический уровень ВБИ в ЛПУ в нашей стране значительно выше, и поскольку параллельно с учетом налаживается анализ причин ВБИ, в обозримом будущем

следует ожидать реальных цифр их распространенности. Опыт экспертной работы, практическая деятельность, анализ расходов ЛПУ различного уровня показывают, что уровень ВБИ в ЛПУ Дальневосточного региона значительно превышает показатели по России в целом. Анализ медицинской документации пациентов, находящихся на лечении в стационарах хирургического профиля, показывает, что в группе пациентов с превышением сроков лечения более чем на 50% от стандарта довольно часто выявляются ВБИ. К сожалению, следует констатировать, что внутриведомственная экспертиза, касающаяся вопросов ВБИ, еще не нашла своего места в системе обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи.

Для изучения причин возникновения и распространения инфекционных заболеваний в условиях челюстно-лицевых стационаров необходимо использовать систему приемов и способов, которые были бы приемлемы и эффективны в специфических условиях ЛПУ. Объектами изучения в условиях стационарных отделений ЛПУ являются контингенты персонала и больных, микроорганизмы и окружающая среда, причем каждый из этих компонентов имеет более ограниченный диапазон составляющих элементов, чем объекты изучения в других социально-бытовых условиях.

В настоящее время при проведении экспертной работы широко используется понятие «риск», то есть речь идет о вероятности поражения пациентов или вероятности действия чего-то в определенных условиях. Формирование «групп риска» по ВБИ — это выделение в общем массиве пациентов той части, которая в большей мере подвержена опасности поражения по сравнению с другими (пациенты с иммунодефицитом, пациенты стоматологических хирургических клиник, пациенты клиник, где широко используется полихимиотерапия и т. п.).

В качестве примера развития ВБИ у пациентов из группы риска рассмотрим вспышку гнойно-септических заболеваний, произошедшую в одном из родильных домов Хабаровского края весной 1996 года. У пациентки, поступившей в родильный дом для родоразрешения 27 февраля 1996 года, после операции «кесарева сечения» развился послеоперационный эндометрит, у второй пациентки, поступившей для родоразрешения 29 февраля 1996 года, после операции «кесарева сечения» также развился послеоперационный перитонит. Несмотря на развитие таких грозных осложнений, родильный дом продолжал работать, анализ эпидемиологической ситуации не проводится, и у пациенток, поступивших 1 марта, 5 марта, 6 марта, 8 марта и 12 марта 1996 года, развился послеродовой и послеоперационный эндометриты, разлитой перитонит на фоне несостоятельности швов.

Только после развития тяжелых проявлений ВБИ у седьмой родильницы родильный дом прекратил прием пациенток, и сделана попытка экспертной оценки ситуации, которая привела к выявлению применения в качестве шовного материала кетгута в заводской упаковке со сроком годности до 1990 года, причем при бактериологическом исследовании кетгута в одной из трех проб выделен стафилококк.

Исходы лечения у всех женщин, несмотря на тяжесть проявлений ВБИ, относительно «благоприятные». У пациенток, имевших проявления перитонита, проведены повторные оперативные вмешательства, закончившиеся экстирпацией матки. Что касается стоимости лечебных и других мероприятий, потребовавшихся для восстановления функционирования родильного дома, восстановления утраченного здоровья пациенток, то эти расходы не анализировались и были

отнесены за счет общих расходов родильного дома, который финансировался из бюджета здравоохранения муниципального образования. По случаю ВБИ в родильном доме изданы «наказующие» приказы городского отдела здравоохранения и управления здравоохранения администрации Хабаровского края, информация о вспышке ВБИ передана в Главное управление охраны здоровья матери и ребенка Минздравмедпрома РФ и во все территории Хабаровского края. Проведены выборочные проверки сроков годности применяемого шовного материала в ЛПУ края.

Ретроспективный анализ позволяет сделать заключение, что вопросам внутриведомственной экспертизы не уделялось должного внимания, особенно вопросам экспертизы распространения внутрибольничных инфекций. Вспышка ВБИ могла бы быть предотвращена на уровне самоконтроля операционной медицинской сестры при анализе шовного материала (контроль срока годности), старшей акушерки или заведующей отделением. Распространение ВБИ после должного анализа первого случая могло ограничиться только одним случаем ВБИ (пациентки, поступившей 27 февраля 1996 года). Отсутствие в штате родильного дома больничного эпидемиолога еще более усугубило сложившуюся ситуацию и привело к тяжелым последствиям для пациентов.

В комплекс методов для диагностики эпидемического процесса в госпитальных условиях должны быть включены ретроспективный и оперативный анализ, проспективное наблюдение, метод эпидемиологического обследования и экспериментальные методы, включая моделирование эпидемического процесса.

### ***Ретроспективный анализ***

Ретроспективный эпидемиологический анализ ВБИ осуществляется по итогам года, нескольких лет и/или по эпидемическим показаниям. Потребность установления причинно-следственных связей обуславливает сбор большого массива информации, которая при соответствующей статистической обработке позволит установить группы высокого риска ВБИ среди пациентов и персонала. Следует отметить, что традиционные внутрибольничные инфекции (стафилококковые, стрептококковые, грамотрицательные, вируса гепатита «В» и «С» и пр.) возникают в стационарах эпизодически, как правило, в виде единичных случаев.

Однако ретроспективный анализ позволяет установить связи ВБИ с характером работы приемного отделения, выявить наиболее опасное время заносов или возникновения вспышек, связи между возникновением вспышек и степенью загрузки коечного фонда, укомплектованностью персоналом и т. п. Собранный материал для анализа группируется по видам инфекций, причинам их возникновения, кроме того, проводится группировка по данным микробиологических исследований больных, персонала, внешней среды, при этом, если есть возможность, учитываются данные внутривидовой маркировки культур (фаговар, серовар, бактериоциновар, антибиотиковар и т. д.) и суммируются результаты иммунологических исследований больных и персонала.

При ретроспективном анализе обязательно используют интенсивные показатели заболеваемости, бактериологических данных, иммунологических сдвигов, уровней контаминированности внешней среды и пр. Причем все показатели рассчитываются в отношении различных групп пациентов, дифференцированных по полу, возрасту, отделению, сестринскому посту, тяжести болезни, наличию хирургического

вмешательства. Аналогичные расчеты показателей проводятся относительно персонала ЛПУ.

В связи с относительной трудностью анализа ВБИ, низкой степенью манифестации инфекционного процесса у пациентов стационарного профиля, зачастую получающих антибактериальную терапию, следует вести активный поиск косвенных сведений о ВБИ. Это могут быть категории длительно лихорадящих больных, категории пациентов, которых переводят из отделения в отделение для «уточнения диагноза» и пр. Кроме того, в стационарах хирургического профиля врачи привыкли к достаточно большому количеству проявлений нетяжелых форм гнойно-септических заболеваний, и, забывая об инфекционной сущности процесса, не регистрируют случаев последних.

Активный поиск косвенных признаков ВБИ следует вести с помощью анализа различной медицинской документации, в т. ч. историй болезней, где следует обращать внимание:

- на расхождение краев операционной раны;
- гиперемию, припухлость раны;
- развитие воспалительных инфильтратов;
- заживление операционной раны вторичным натяжением;
- применение антибиотиков или антисептиков при обработке послеоперационной раны и многое другое.

Ретроспективный эпидемиологический анализ позволяет выявить наиболее существенные и стабильные факторы риска в стационарах различного профиля и оценить эффективность проводимых противоэпидемических мероприятий. Данные ретроспективного анализа должны систематически вноситься в санитарно-эпидемиологический паспорт лечебных отделений.

### ***Оперативный эпидемиологический анализ***

Этот анализ представляет собой достаточно подвижную систему слежения за всеми изменениями эпидемической ситуации в ЛПУ. Чаще всего основой для проведения оперативного эпидемиологического анализа являются данные ретроспективного эпидемиологического анализа, в некоторых случаях различные отклонения в санитарно-противоэпидемическом режиме ЛПУ. Основными разделами оперативного анализа ВБИ являются:

- динамическое слежение за заболеваемостью ВБИ;
- оперативное обследование очагов ВБИ с целью выявления причин и условий их возникновения;
- оперативное обследование очагов ВБИ с целью выявления причин формирования госпитального штамма;
- разработка дополнительных противоэпидемических мероприятий.

Одной из основных задач оперативного эпидемиологического анализа стало выявление нарушений противоэпидемического режима и тех изменений в лечебном отделении, которые привели к активизации эпидемического процесса. Еще одной, не менее важной задачей этого анализа является динамическое слежение за факторами, влияющими на заболеваемость, включая результаты бактериологического обследования персонала и результаты бактериологических

исследований объектов окружающей среды (воздух, смывы, стерильные материалы).

Эффективность эпидемиологического надзора можно повысить за счет внедрения в процесс оперативного эпидемиологического анализа достоверных «сигнальных тестов», которые помогут принять меры по предотвращению ВБИ. Оперативное слежение за заболеваемостью ВБИ и влияющими на нее факторами позволяет своевременно провести анализ собранного материала, а в необходимых случаях подключить метод эпидемиологического обследования очагов.

### ***Метод эпидемиологического обследования очагов***

Этот метод достаточно известен в практике и проводится с помощью общепринятых приемов. При этом в первую очередь определяется возможное место заражения внутри или вне стационара. Если очаг заражения выявлен внутри стационара, то тогда решается вопрос о том, единственное ли это заболевание или оно представляет собой одно из звеньев в цепи заболеваний; выявленные случаи служат исходным материалом для анализа развития эпидемиологического процесса в очаге, причем одновременно используются как микробиологические, так и эпидемические методы исследования.

Для установления причины возникновения и распространения ВБИ необходимо решение следующих задач:

- доказательство этиологической и эпидемиологической роли выявленного возбудителя;
- выявление источников ВБИ и факторов передач;
- выявление условий, способствующих возникновению и распространению ВБИ.

При эпидемиологическом обследовании очага эксперту обязательно необходимо иметь план отделения, карту технологических процессов и маршрутную карту (описания технологий и вариантов перемещений пациента внутри отделения и за его пределами при определенных нозологических формах и состояниях), которые позволят уточнить возможные пути дальнейшего распространения ВБИ.

Кроме того, следует применять логический прием в виде метода согласования, т. е. сопоставления теоретических выкладок по технологической и маршрутной карте с фактическим положением дел в отделении ЛПУ, а также сопоставления микробиологических, клинических, серологических данных с характером проводимых манипуляций, учитывая возможности контакта в перевязочной, процедурной пациентов с больными ВБИ. Чем больше признаков исследуется экспертом, тем выше вероятность уточнения причинно-следственной связи.

К сожалению, в большинстве случаев установление причинно-следственных связей весьма затруднено, поскольку регламентация технологических процессов, маршрутов перемещения пациентов внутри ЛПУ находится на достаточно низком уровне.

В качестве примера следует привести случай ВБИ, произошедший в отделении челюстно-лицевой хирургии в 1995 году (г. Хабаровск). Больной А., 29 лет, поступил 12.05.95 с жалобами на боли в области нижней челюсти по направлению врача

стоматологической поликлиники. При поступлении установлен диагноз: перелом нижней челюсти справа.

Проведено шинирование и назначено лечение в виде инъекций ампициллина внутримышечно. Через 5 дней на месте инъекций появились боли, инфильтрат 4 × 4 см, присоединилась лихорадка до 37,8° С. В последующие дни лихорадка на фебрильных цифрах, сопровождающаяся явлениями общей интоксикации. В этот же день у пациента диагностирован воспалительный инфильтрат ягодичной области. 21.05.96 состояние больного ухудшилось, после чего он переведен в хирургическое отделение муниципальной больницы, где произведена операция наложения послабляющих разрезов в области флегмоны, туалет и дренирование раны.

Бактериологическое исследование биологического материала пациента, взятого 30.05.95, подтвердило наличие плазмокоагулирующего стафилококка. Лечение в течение трех недель привело к улучшению состояния и выписке пациента на амбулаторное лечение. Заключительный диагноз: постинъекционная флегмона ягодичной области слева с распространением на левое бедро, туловище. Стафилококковый сепсис.

В условиях стационара метод эпидемиологического обследования может быть весьма эффективным, поскольку возможен исчерпывающий учет всех контактных в окружении больного, имеются сведения о пациентах в медицинской документации, а кроме того, небольшой размер наблюдаемых коллективов позволяет в короткий промежуток времени собрать исчерпывающую информацию об источнике ВБИ и очаге.

### ***Перспективное наблюдение***

В основе перспективного наблюдения лежат методики, позволяющие анализировать взаимодействия больных, персонала, популяции микроорганизмов и окружающей среды с помощью набора определенных тестов. Этот метод предназначен для выявления источника ВБИ, вероятных мест заражения, путей передачи. Перспективное наблюдение может быть эффективным только в случае хорошего микробиологического обеспечения, применения унифицированных микробиологических диагностических приемов.

Сегодня существуют достаточно хорошо проработанные положения системы микробиологического изучения ВБИ:

- унификация бактериологических и санитарно-бактериологических исследований;
- расширение диапазона и углубление бактериологических исследований в плане уточнения внутривидовой дифференциации, позволяющей установить госпитальный штамм и эпидемиологические связи;
- обязательность установления этиологической роли обнаруженных микроорганизмов с помощью количественных и/или динамических исследований;
- обязательность идентификации всех микроорганизмов, входящих в ассоциацию (если таковая выявляется), и определения их этиологического значения.

При проспективном анализе, в отличие от ретроспективного, могут быть установлены не только группы риска, время риска, но и место риска и факторы риска ВБИ. Выявление факторов риска и их ранжирование по значимости позволяют дифференцировать мероприятия по видам ВБИ различной этиологии. Применение методов математического анализа и прогнозирования в большинстве случаев позволит обеспечить индивидуальное прогнозирование, т. е. для каждого больного можно определить вероятность возникновения ВБИ и клинические формы вероятной инфекции.

### **Экспериментальные методы**

Эти методы в меньшей мере применяются в практике экспертизы распространения ВБИ, чем ранее описанные, хотя экспериментальные методы широко используются для изучения эпидемического процесса. Возможна постановка экспериментов по устойчивости различных возбудителей во внешней среде, постановка экспериментов на животных по выявлению вирулентности выделенных штаммов, постановка экспериментов по определению эффективности действия различных дезинфектантов и антисептиков.

В стационарных отделениях ЛПУ весьма важно знать уровень чувствительности госпитальных штаммов микроорганизмов к действию различных антибиотиков и препаратов антимикробной направленности, которые широко используются в данном отделении ЛПУ. При ретроспективном анализе, особенно при выявлении источника и путей передачи возбудителя, целесообразно пользоваться моделями эпидемического процесса, используя вместо возбудителя какой-либо безвредный штамм.

Следует отметить, что проспективное наблюдение и моделирование эпидемического процесса периодически доступны для эпидемиолога ЛПУ и для сотрудников специализированных научно-практических лабораторий (центров), в том числе центров по профилактике и борьбе со СПИД и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

В заключение следует отметить, что во многих ЛПУ региона диагностика, экспертиза и учет различных форм ВБИ страдают бессистемностью и неполнотой, а любые попытки наладить эту работу встречают определенную настороженность врачей, а иногда и менеджеров. В этих условиях для пользы дела необходимо объединение усилий эпидемиологов, клиницистов, администраторов на базе сотрудничества по снижению уровня ВБИ и, соответственно, снижению расходов ЛПУ на лечение последствий ВБИ. Уровень расходов на профилактику ВБИ несоизмеримо ниже.

В ближайшее время от ЛПУ потребуется сбор и отчет по многочисленным качественным индикаторам, результаты отчетов будут нуждаться в эпидемиологической интерпретации. Те, кто выбрал путь перехода к непрерывному управлению качеством, должны следовать стратегии добросовестной экспертизы и планирования работ по обеспечению КМП.

Несмотря на навыки в области эпидемиологии, для многих ЛПУ переход на качественную оценку будет сложен. Многие больничные эпидемиологи исходят из предшествовавшего изучения инфекционных заболеваний, уверенно чувствуют себя в контроле уровня и распространенности ВБИ. Тем не менее, больничные эпидемиологи должны познакомиться с новыми разработками в экспертизе качества,



включая методы и приемы непрерывного улучшения качества, оценить текущую программу экспертизы качества своей организации и составить конкретный план для реализации программы снижения уровня ВБИ.

## Глава 4. Основы оценок эффективности затрат при производстве медицинских услуг

*... Нереально надеяться и ждать, что по мере расширения исследовательских работ, увеличения ассигнований на нужды здравоохранения, увеличение числа врачей, медсестер, больниц и лекарств заболеваемость снизится, а плата за медицинскую помощь и расходы на нее со временем уменьшатся*

*Джон Фрай*

Современное положение в здравоохранении России характеризуется все возрастающей насущной необходимостью снижения затрат и работы над улучшением качества медицинской помощи. Такая ситуация требует оценки результатов лечения пациентов и проведения мероприятий, направленных на достижение этой цели. Главная задача отрасли здравоохранения — достижение хороших результатов профилактики, диагностики и лечения больных, которые измеряются такими факторами, как улучшение физиологического и функционального состояния, отсутствие физической и психологической боли. Информация, полученная при проведении оценки результатов лечения и мероприятий, связанных с определением степени удовлетворенности пациентов, а также затрат, соотносимых с результатами лечения, важна для всех, кого это затрагивает.

Сведения о качестве медицинских услуг и их рентабельности необходимы как пациентам, так и врачам в момент принятия решений, касающихся стратегии лечения. Эти сведения полезны покупателям услуг (страховщики, органы исполнительной власти, пациенты), которые в сегодняшней ситуации должны уметь распознать квалифицированных поставщиков качественных медицинских услуг. Участие в затратах, заставляющих пациента оплачивать определенную долю расходов на оплату медицинских услуг из своего кармана – это одна из возможных стратегий ограничения затрат на здравоохранение. Тому, кто разрабатывает территориальные программы государственных гарантий в здравоохранении, следует знать, каким образом соплатежи пациентов влияют на потребление медицинских услуг.

«Экономичная» система здравоохранения должна обеспечивать медицинскую помощь высокого качества при минимальных затратах. К сожалению, на сегодняшний день нередко реализуются модели оказания медицинской помощи, при которых затраты на оказание медицинской помощи оказываются гораздо больше расчетных, а объем и качество медицинской помощи оказываются ниже, чем могли бы быть при таких вложениях (Линденбратен А.И., 2003). В условиях рыночной экономики существенное значение приобретают индикаторы, отражающие экономическую эффективность оказываемой медицинской помощи (Кучеренко В. З. с соавт., 2002). Для ее оценки предложен анализ эффективности затрат (Celeste Gaspari K., 1983, Maisel M.N. et al, 1984; Barnes V.A., 1997). Показателями экономической эффективности лечебно-диагностического процесса и адекватности использования ресурсов являются стоимость лечения 1 пациента, количество исследований на 1 больного, среднее количество лекарственных препаратов на 1 больного и т.п. в сопоставлении с достигнутыми результатами (Быкова Ж. Е. с соавт., 2000).

Следует оговориться, что в отечественной экономике для учреждений, находящихся на государственном финансировании, снижение затрат на лечение не всегда

отражает оптимизацию использования ресурсов учреждения, а может быть следствием неоправданного сокращения финансирования отрасли, в результате чего сокращается стоимость лечения в пересчете на 1 больного (Кучеренко В. З. с соавт., 2002). Основными причинами, повышающими сверхнормативную стоимость лечения, являются: высокие средние сроки одного законченного случая лечения, полипрагмазия, высокий удельный индекс инструментальной и лабораторной диагностики. Фармакоэкономический анализ в ряде регионов России, а также в некоторых госпиталях США, показал, что расходы лечебно- профилактических учреждений на медикаменты составляют от 23 до 40% всех расходов ЛПУ (Бойков В. с соавт., 2000).

Говоря об участии пациентов в повышении экономической эффективности медицинской помощи, необходимо отметить, что они могут разумно отказаться от дорогого лечения или лечения, которое на истраченный рубль даст меньше пользы, но только в том случае, если они полностью или частично оплачивают помощь «из своего кармана». Если помощь оплачивается из коллективных средств (бюджетов, страховых накоплений и пр.), то пациенты склонны потреблять максимум возможного, т.е. максимизировать свою пользу независимо от цены (Власов В.В., 2001). Необходимо признать на законодательном уровне, что без соплатежа пациента при оказании медицинской помощи решить главных проблем отрасли здравоохранения последнего десятилетия и реального финансового обеспечения системы охраны здоровья граждан невозможно.

#### ***4.1. Предпосылки к экономическим оценкам эффективности затрат при оказании медицинской помощи населению***

Стратегия принятия решений в здравоохранении России должна подчиняться принципу: «Достижение максимальной эффективности от каждой единицы сил и средств, вложенных в сферу здравоохранения»- единственно реальный путь в условиях реформ. Следует отметить, что руководствоваться этим принципом выражают желание не многие из руководителей ЛПУ, привыкшие за долгие годы работы к тому, что вся интеллектуальная деятельность по анализу, планированию и принятию решений уходит в верхние эшелоны управления, а главному врачу отводится роль исполнению «указаний свыше». В этой связи эффективная деятельность отдельного ЛПУ и системы здравоохранения в целом в значительной мере наталкивается на «риффы» неспособности многих административных работников действовать в условиях экономической самостоятельности. Для решения проблемы требуется подготовка специалистов-управленцев новой формации, способных принимать решения в условиях рыночных отношений, динамичного изменения внешнего окружения системы здравоохранения.

В настоящее время, по оценкам различных экспертных групп, от 15 до 40% производственных мощностей ЛПУ занято доработкой «произведенной продукции» — медицинских услуг до требуемого уровня качества, т.е. долечиванием пациентов, которым на предыдущих этапах оказания медицинской помощи эти услуги были оказаны без должного уровня качества или в неполном объеме. Если в промышленности около 30% ресурсов тратится на восполнение потерь в связи с низким качеством выпускаемой продукции, то экономисты в здравоохранении затрат на устранение «брака» при производстве медицинских услуг стараются не замечать, мотивируя это сложностями учета затрат в медицинских учреждениях. Исследования зарубежных коллег показывают, что затраты на медицинскую помощь низкого качества всегда выше, чем затраты на высококачественную помощь, потому

что первая дает до 30-50% брака, на устранение которого требуются значительные дополнительные расходы.

Непрестанные попытки обеспечить всеобщую доступность качественной медицинской помощи за счет введения в действия специальных законодательных и подзаконных актов, предпринимаемые «демократами» в современной России, до сих пор ни к чему не приводили. И вот очередная волна преобразований в отечественном здравоохранении достигла своего апогея, а ее идеологи полны решимости полностью завершить осуществление запланированной реформы в обозримом будущем. В общих чертах описание предлагаемых мер можно найти в текстах многих выступлений Президента РФ в ходе избирательной кампании, членов кабинета Правительства РФ о «Национальных проектах в здравоохранении». Основные элементы реформы взяты из модели, которая сформирована еще в 1997 году и одобрена соответствующим Постановлением Правительства РФ. К сожалению, т.н. «Национальный проект» в части охраны здоровья населения, который будет соответственно поддержан финансовыми ресурсами федерального уровня, не носит системообразующего характера. Дело в том, что мероприятия этого проекта вырваны из общей концепции реформирования отрасли, и, самое главное, его реализация все равно не решит проблем всеобщей доступности россиянам качественной медицинской помощи и не «помирят» производителей и потребителей медицинских услуг.

Аналогичной по своей сути была попытка реформы здравоохранения США в период президентства Билла Клинтона, основная задача которой сводилась к достижению всеобщей доступности медицинского страхования через регулируемую конкуренцию в рамках глобального бюджета, что, по мнению ее авторов, потребовало бы коренной перестройки отрасли здравоохранения США на основе создания «кооперативов» покупателей медицинского страхования.

Изменения потребовались бы беспрецедентные, но реформаторы считали, что другого способа достичь всеобщей доступности медицинской помощи на фоне сокращения расходов на здравоохранение попросту не существует. К сожалению, американская внутренняя политика не преуспела в достижении подобного рода «волшебных» программ в ходе реформы системы здравоохранения. Более четверти века прошло с момента поступления первых предложений по поводу того, как достичь всеобщей доступности медицинской помощи, но и сегодня более тридцати шести миллионов американцев не имеют медицинской страховки; более того, небывалыми темпами растущие затраты «душат» и общественный, и частный сектор отрасли здравоохранения США. И даже несмотря на то, что и политические лидеры, и заинтересованные группы населения признали серьезность стоящих проблем, им не удается перекинуть мост через разделяющие их интересы пропасть. Им не удастся в будущем достичь компромисса между властями и широкими слоями населения.

Смогут ли политики достичь всеобъемлющего компромисса и перестроить систему здравоохранения так, чтобы охватить всё население медицинским страхованием и одновременно поставить под контроль затраты? Аналогичная не решаемая со времени начала «горбачевской перестройки» проблема стоит и перед политиками в России в начале XXI века.

В общих чертах план одного из возможных способов достижения такого всеобъемлющего компромисса: обязательное и добровольное медицинское

страхование, регулируемая конкуренция и многоканальное финансирование производителей медицинских услуг (бюджеты всех уровней, средства страхования и прочие источники). Такой подход – регулируемая конкуренция при фиксированном бюджете – может не устроить как адептов свободного рынка, так и сторонников централизованного финансирования, но в целом он не должен вызвать возражений. Консерваторы останутся довольны наличием свободы потребительского выбора и конкуренции между программами добровольного медицинского страхования. Либералам понравится идея всеобщей доступности медицинской помощи при фиксированных местных ставках, широком спектре медицинских услуг и особом упоре на защиту прав потребителя и его информированность. Что же касается общественности России, программа реформирования отрасли сулит выход из тупика, в который зашла реформа отечественного здравоохранения в начале XXI века.

- Все политические дебаты относительно отечественного здравоохранения были изначально «отравлены» ошибочным противопоставлением друг другу понятий «конкуренция» и «регулирование». Управляемая конкуренция не просто приводит к «высвобождению» рыночных сил; она призвана реконструировать рынок медицинских услуг.

По мере того, как реформа здравоохранения и элементы управляемой конкуренции проникают в существующую систему здравоохранения, производители медицинских услуг будут поставлены перед необходимостью реагировать на «требования времени», обязывающие их предоставлять адекватные, обширные, всесторонние, эффективные с точки зрения минимизации затрат медицинские услуги высокого качества. Изменения в финансовом риске, повышенная роль отчетности и возросшая необходимость ее предоставления вместе с оценкой результатов деятельности повысят ответственность производителей медицинских услуг за результаты их деятельности. Прилагая усилия для достижения поставленных целей и реагируя на вероятные изменения, производители медицинских услуг должны будут обращаться к системам интегрированных данных для выяснения существующих возможностей в сфере более эффективного управления и оценки эффекта обеспечения медицинской помощью пациентов, обращающихся в ЛПУ.

Реформа здравоохранения и управляемая конкуренция являются, безусловно, самыми часто употребляемыми терминами в здравоохранении экономически развитых стран мира 90-х годов. В то время как окончательный вариант реформы даже в США еще подлежит шлифовке, определенные ее элементы уже оставили свою «отметину» на рыночном механизме системы здравоохранения России. В результате этого процесса отрасль отечественного здравоохранения склоняют акцентировать внимание лишь на трех приоритетных направлениях:

- *Возложение большей части ответственности за финансовый риск на производителей медицинских услуг, а не на потребителей;*
- *Формирование условий, при которых эти производители будут в большей степени подотчетны за качество предлагаемых ими услуг;*
- *Усиление внимания к критериям эффективности услуг, при увеличении ответственности производителей за отражение в соответствующей документации результатов их деятельности.*

Следует отметить, что финансовый риск не является существенно новым понятием для производителей медицинских услуг не только в России, но и за рубежом. Вопрос

о перенесении бремени финансового риска на производителей медицинских услуг в США был впервые поставлен с появлением Акта о налогообложении и налоговой ответственности в 1983 году, когда правительство США ввело «Систему предварительных платежей для пользователей системы медицинского страхования». Данный законодательный акт положил начало коренным изменениям этой системы.

Во-первых, произошел переход от традиционной системы оплаты за услугу к системе фиксированной компенсации, основанной на группах. Во-вторых, была введена система контроля потребления, при котором производители медицинских услуг не получают вознаграждения, если предоставленные услуги не были необходимы или адекватны при данной тяжести заболевания или интенсивности критериев качества услуги. В то время как законодательство 1983 года относилось в основном к стационарной помощи, предоставляемой клиентам программы «Medicare», ее концепции были в скором времени применены и для других категорий плательщиков, причем как за стационарную, так и за амбулаторную помощь. Большая часть этих мероприятий стимулировалась изменениями в стратегии компенсации и протоколах применения, принятых в альтернативных медицинских организациях, таких, как Организация поддержания здоровья, Организации эксклюзивных производителей медицинских услуг, и т.п.

По мере того, как все больше и больше платежей переводилось на систему фиксированных вознаграждений или подушевого тарифа оплаты, по мнению реформаторов в США, производители медицинских услуг будут стремиться более эффективно лечить пациентов в соответствии со стандартами КСГ и нормативов потребления ресурсов. Заметим, что в каждом из этих случаев ЛПУ не получает дополнительной компенсации за вспомогательные ресурсы, задействованные во время лечения. Каждый производитель медицинских услуг должен определить свои собственные области высокого риска и разработать определенные стратегии для решения своих проблем.

Неуклонный рост расходов на оказание медицинской помощи практически во всех странах мира в последние десятилетия вызвал необходимость не только ее оценки с точки зрения качества и безопасности для пациента, но и анализа ее эффективности. В настоящее время в реальных условиях реформирования производства медицинских услуг населению России, формирования значительного числа негосударственных ЛПУ, финансовый риск, как и в любой другой отрасли народного хозяйства, где «поднимает голову» частный сектор, ложится в первую очередь на плечи потребителей медицинских услуг. Что же относительно производителей, то их риски сегодня минимальны, поскольку отечественное здравоохранение сохраняет высокий уровень монополизации. Тем не менее, рост расходов и первых и вторых требует комплексной оценки эффективности формирующихся затрат.

### **Оценка и анализ результатов медико-экономических исследований в медицине**

Идя в ногу с современной философией обеспечения должного уровня качества производства медицинских услуг, мы должны совершенствовать медицинские технологии, улучшать стандарты оказания медицинской помощи, а не искать виноватых в отклонениях от стандартов. В реальных условиях мы стремимся использовать такие показатели качества, которые служили бы серьезными

ориентирами для врачей, а не средством их наказания за плохие результаты (если, конечно, они не повторяются раз за разом, не влекут за собой серьезных последствий для здоровья пациентов и не выходят за всякие пределы допустимого). Уровень зарплаты врачей не следует напрямую ставить в зависимость от достижения неких плановых показателей качества.

Есть такая английская пословица: «Умному одного слова достаточно». Поскольку среди врачей ум не редкость, практика показала, что почти всегда достаточно уведомить человека о том, что по такому-то показателю у него недостаточный уровень результатов, — и положительные сдвиги не замедлят проявиться. Как правило, рост медицинской результативности сопровождается улучшением экономической эффективности деятельности ЛПУ в целом и отдельного врача в частности.

Безусловно, чтобы подтвердить или отвергнуть это утверждение, необходимо проведение медико-экономических исследований. Оценка результатов медико-экономических исследований основана на критериях улучшения состояния здоровья населения. Поэтому достоверность экономической оценки зависит, в первую очередь, от достоверности клинических данных об эффективности применяемых технологий производства медицинских услуг.

К сожалению, в РФ сегодня экономические исследования в отрасли здравоохранения в значительной степени затруднены отсутствием или малочисленностью достоверно доказанных клинических подтверждений эффективности той или иной технологии производства медицинских услуг (особенно сравнительной эффективности).

Для оценки эффективности в медицине в настоящее время используется ряд подходов:

1. Оценка прямых клинических данных.

*Например, восстановление функции прямохождения при устрани последствий дисплазии тазобедренного сустава у ребенка 1,5 лет, или ликвидация хромоты как результат успешного лечения врожденного вывиха бедра.*

2. Оценка отдаленных клинических эффектов - снижение риска развития определенных осложнений или заболеваний.

*Например, применение для профилактики атеросклероза статинов, что снижает риск формирования осложнений в виде инфарктов и инсультов*

3. Оценка изменения уровня нетрудоспособности.

4. Расчет полученных дополнительно в результате медицинского вмешательства лет жизни.

5. Расчет показателя качества приобретенных лет жизни.

При оценке уровня клинической эффективности в мировой практике применяются методы интегральной оценки качества того или иного вида медицинской помощи. Пришло время разработки интегральных показателей качества и эффективности,

которые позволяли бы со значительной долей достоверности производить оценку КМП того или иного ЛПУ.

При организации технологической цепочки (конвейера) оказания медицинских услуг формируется комплекс мероприятий по согласованию и утверждению всех вопросов, связанных с функционированием ЛПУ. Вопросы могут быть любые, позволяющие предотвратить как можно больше недоразумений в дальнейшем.

Процесс организации функционирования технологического конвейера производства медицинских услуг составляет неотъемлемую часть цикла управления. Он заключается в следующем:

- *согласование организационной схемы;*
- *согласование плана эффективности;*
- *поиск инвестора;*
- *подготовка и согласование нормативных документов;*
- *определение форм оповещения, взаимодействия, воздействия;*
- *подписание договоров;*
- *назначение менеджера по управлению работой конвейера;*
- *получение денежных средств и начало функционирования.*

Одним из видов организационной схемы является горизонтальная корпорация. Такая организация производственного процесса позволяет избежать таких негативных проявлений, как глубоко укоренившаяся бюрократия, которая тянула производство медицинских услуг в государственном секторе здравоохранения в прежние годы назад.

В поисках более высокой эффективности и производительности крупные ЛПУ начинают менять схему организационной иерархии, которая определяла недостаточно эффективную работу в предыдущий период времени. На протяжении нескольких последних лет предпринимались попытки подобных изменений: «управление всеобщим качеством», «реинжиниринг или редизайн бизнес-процессов» и т.п. Независимо от того, как это назвать, тенденция состоит в стремлении показать рост преимуществ организаций со «сквозной» структурой управления перед структурой управления «вверх и вниз» в вертикально ориентированной иерархии.

Качество услуг в здравоохранении на определенной стадии развития клиники требует значительных инвестиций как в подготовку специалистов, так и в решение вопросов материально-технического обеспечения. Растущая необходимость иметь более обобщающие данные о систематически получаемых результатах лечения потребует от ЛПУ сначала понять прогрессивные подходы к управлению качеством с использованием ресурсов и риском, а затем поддерживать информационные системы, интегрирующиеся с системами управляемого лечения. ЛПУ, которые могут продемонстрировать такие возможности, будут иметь преимущества в заключении контрактов со страховыми компаниями или крупными предприятиями и фирмами, особенно важно это в конкурентной среде.

Менеджеры ЛПУ государственного сектора в России периодически подвергаются критике за высокие административные накладные расходы, но даже в этих условиях они признают тенденцию роста расходов на формирование и содержание информационных систем. В результате оказываемого в последнее время целого



ряда случаев экономического давления на ЛПУ со стороны системы ОМС, растущей конкуренции с альтернативными (негосударственными) системами медицинского обслуживания, повышается зависимость ЛПУ от информационных систем, которые помогают избежать ошибок при принятии оперативных и стратегических решений. Но информационные системы дороги для приобретения, установления и управления. Как следствие, администрация ЛПУ постоянно оценивает, как примирить их потребность в информации с бюджетными ограничениями. В то же время в большинстве ЛПУ Дальнего Востока имеется значительное число ПВЭМ, не объединенных в информационные системы сетями, что резко ограничивает использование информационных потоков для эффективного управления качеством медицинских услуг.

Следует отметить, что расходы на информационные системы должны быть оправданы положительной чистой стоимостью прироста потоков денежных средств, в условиях их функционирования. По этому критерию информационные системы выгодны, поскольку они увеличивают доходы ЛПУ или в значительной степени уменьшают его затраты на информационное обеспечение управленческих решений, и самое главное в значительной мере снижают уровень финансовых рисков. Полезность уменьшений риска широко признана всеми отраслями народного хозяйства. Сегодня менеджерам ЛПУ важно понимать, что уменьшение риска при выборе альтернативных вариантов производства качественных медицинских услуг формирует определенный уровень экономической результативности.

Когда люди, определяющие политику в отечественной медицине, говорят о реформах, то они на самом деле подразумевают реформы финансирования оказания медицинской помощи, а не реформирование медицинской помощи как таковой. Значительная часть финансирования отрасли здравоохранения в России имеет дело с потоком денежных средств от российских налогоплательщиков в бюджеты всех уровней, в социальные внебюджетные фонды, чьей обязанностью является распределение этих средств между различными производителями. Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи обезличивает источники финансирования производства медицинских услуг. Аналогичные процессы происходят и в экономически развитых странах мира, в частности в США.

Как остроумно отметил один из американских экономистов Уве Рейнхардт: «Американские работодатели (страхователи) являются «насосными станциями» для потока денежных средств. «Какой бы вклад частные работодатели не внесли в американское здравоохранение, картина все равно смазана обманом, умышленным или нет, который сыграл свою роль, внушив миллионам американских рабочих твердую веру в бесплатный обед».

Миф о «бесплатном обеде», т.е. о том, что работодатели должны платить за услуги здравоохранения для своих рабочих – является основой для «непристойного па-де-де работодателей и их сотрудников, которые запросто могут быть одними из основных нагнетателей цен в американском здравоохранении». Средства, затрачиваемые американскими бизнесменами на здравоохранение, компенсируются в форме более высоких цен на продукцию, более низкой отдачи или снижения зарплат. Каковы бы ни были их недостатки, работодатели занимают твердое положение в системе американского здравоохранения. Уве Рейнхардт утверждает, что при таком положении дел их обязанности следует ограничить тем, что они хорошо могут делать: собирать высчитываемые с заработной платы страховые

взносы и передавать их в фонды страхования здоровья. Государственный план поддержки обеспечил бы всеобщее покрытие страховкой планируемой медицинской помощи.

Когда американцы говорят о реформе системы здравоохранения, они, как правило, не думают о пересмотре групп врачей и учреждений, которые оказывают помощь. Напротив, они думают о том, как финансируется отрасль здравоохранения в целом. Они обеспокоены отсутствием собственной медицинской страховки или, если у них таковая имеется, перспективой потерять ее вместе с потерей рабочего места. Они могут также быть рассержены тем, что их работодатель просит их выплачивать постоянно возрастающую часть страхового взноса, который до сей поры полностью выплачивался компанией. И, наконец, они могут быть расстроены постоянно повышающейся суммой доплаты, которую их могут попросить добавить из своего кармана, когда их застигнет болезнь, и они будут вынуждены получать медицинскую помощь.

С другой стороны, эксперты по реформе здравоохранения уверены, что система оказания помощи сама по себе испытывает определенную нужду в изменениях. Однако даже эксперты в основном думают о реформировании финансирования здравоохранения, когда говорят о реформе здравоохранения, надеясь, что финансовые потоки в здравоохранении могут быть перестроены таким образом, чтобы автоматически придать системе оказания помощи более желательную конфигурацию.

К сожалению, отношение к реформированию отечественного здравоохранения выглядит аналогично и со стороны политиков, и со стороны производителей услуг, и со стороны потенциальных потребителей медицинской помощи. Все подразумевают реформу финансирования, откладывая на поздние сроки проблемы лицензирования и аккредитации, стандартизации, управления качеством, экономическую эффективность ЛПУ, особенно в государственном секторе и т.п. В рыночных условиях в основе всех направлений реформирования здравоохранения России, так или иначе, должно просматриваться главное направление реформ – это эффективность. В реальных условиях эффективность – это достижение максимального результата при возможно минимальных затратах функционирования системы медицинской помощи населению на региональном и муниципальном уровнях, а так же отдельного ЛПУ, его подразделения или отдельного специалиста.

#### **4.2. Принципы реформы финансирования производства медицинских услуг в условиях рынка**

С конца в 80-х годов в нашей стране предпринимаются попытки реформирования отечественной системы здравоохранения. Главным объектом нововведений является система финансирования медицинского обслуживания. В 1988-1990 годах происходило внедрение в ряде регионов так называемого нового механизма хозяйствования, менявшего порядок финансирования государственных лечебно-профилактических учреждений и их хозяйственной деятельности. С 1991 года начался процесс введения новой системы финансирования здравоохранения – системы обязательного медицинского страхования, был дан старт развитию добровольного медицинского страхования и платным услугам населению.

Некоторые специалисты считают, что отрасль здравоохранения России оказалась единственной из отраслей социально-культурной сферы, где к 2005 году произошли

реальные масштабные преобразования, которые сильно изменили организацию медицинского обслуживания населения. Появились новые источники и каналы финансирования, новые субъекты – фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации, новые формы финансирования лечебно-профилактических учреждений и ... новые проблемы.

### ***В преддверии коренной реформы финансирования отрасли***

Изменения в системе финансирования происходили в условиях сокращения государственных расходов на здравоохранение, вызванного длительным экономическим кризисом, децентрализации государственного управления и снижения его дееспособности. В итоге система обязательного медицинского страхования была введена частично и лишь потеснила, но не заменила прежнюю систему финансирования. Ожидания медицинских работников, что реформа как-то улучшит положение дел в отрасли, сменились разочарованием и критикой деятельности страховщиков и фондов обязательного медицинского страхования.

Как медицинские работники, так и пациенты задают вопрос о том, какая польза от этих посредников из системы ОМС. Для больных вообще несущественно, кто именно перечисляет деньги ЛПУ, пациентов волнуют возможности доступности медицинских услуг, качество которых за последние годы, мягко говоря, не улучшилось. Пациенты вынуждены платить за то, что еще недавно они получали бесплатно, и с их точки зрения лучше тратить финансовые средства на оказание реальной медицинской помощи, чем на содержание чиновников, персонала фондов ОМС и страховых медицинских компаний.

Неуправляемые масштабы повсеместной платности медицинской помощи, связанные с этим экономические потери для населения и государства диктуют необходимость пересмотра системы государственных гарантий в здравоохранении. Необходимо искать более рациональные варианты привлечения средств населения в систему здравоохранения.

Все направления стратегии развития отечественного здравоохранения, взятые в отдельности, не решают проблемы финансового покрытия Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению РФ. Стратегия умеренной реструктуризации ЛПУ, несомненно, должна быть принята к реализации, что требует некоторой радикализации «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки» в сторону более четкого обоснования линии на вывод из системы финансово необеспеченных мощностей (ЛПУ) общественного здравоохранения. В то же время расчеты экономистов показывают, что реализация стратегий бюджетного финансирования в сочетании со средствами ОМС и ДМС может дать эффект только наряду с другими мерами, направленными на привлечение личных средств граждан. Иными словами, необходимы комплексные меры по упорядочению финансирования отрасли отечественного здравоохранения.

Государственное регулирование рынка и цен на платные услуги (прямое и косвенное) при всей его важности не решает проблемы обеспечения доступности медицинской помощи для наиболее нуждающейся части населения и поэтому может рассматриваться только как дополнительные меры стратегии финансирования, причем только на среднесрочную перспективу (3-5 лет). В более долгосрочном плане сегодня целесообразно взять курс на оказание прямых платных услуг преимущественно работающему населению в сети как негосударственных, так и

государственных ЛПУ, и 100% финансовое обеспечение программы государственных гарантий для детей, пенсионеров, инвалидов и т.п. Но даже при реализации этой стратегии сохраняется необходимость более четкого определения границы между бесплатной и платной медицинской помощью, как в целом для отрасли здравоохранения, так и отдельного ЛПУ.

### ***Экономическая природа т.н. «бесплатной» медицинской помощи***

Экономическая природа существовавшей до недавнего времени бесплатной и общедоступной медицинской помощи была следующей. Средства, выделяемые на здравоохранение из бюджета, были конечны и составляли немногим более 3% внутреннего валового продукта (ВВП). Эти средства обеспечивали содержание государственных медицинских учреждений и оплату труда работающего в них персонала. Это было возможно лишь

- при планировании объемов потребления — числа койкодней в стационарах и посещений в поликлиниках;
- при жестком нормировании численности и оплаты труда персонала;
- при жестком нормировании всех затрат — на медикаменты, питание, мягкий инвентарь и других.

Заставить пациентов «выполнять» запланированные койкодни и посещения можно было, лишив их каких-либо выбора и информации о качестве оказываемых услуг. Судьба и жизнь человека зачастую определялась его местом жительства, так как именно от этого зависело, в какое ЛПУ и к какому врачу он попадет. При этом врач решал, нуждается ли пациент в направлении в больницу, альтернативы которой, как правило, также не было. Качество оказываемых услуг зависело от оснащения данного медицинского учреждения и, если, например, выходил из строя какой-то аппарат, то пациент в большинстве случаев не получал услуг необходимого уровня качества. Таким образом, «крепостное право» прикрепления к тому или иному ЛПУ и врачу обеспечивало каждому человеку доступную и бесплатную медицинскую помощь, но ее адекватность и качество не соответствовали должествующему уровню.

Невысокий уровень качества медицинской помощи не мог устраивать властные структуры, богатые министерства и ведомства, и в середине XX века в СССР развилась дублирующая сеть спецбольниц для партактива, чиновников, работников различных ведомств и т.п. Система «спецполиклиник и спецбольниц» существует в тех или иных вариантах и поныне, между прочим, в рыночных условиях, зачастую на средства бюджетов всех уровней и ОМС, т.е. на средства налогоплательщиков. Эти учреждения оборудованы самой современной техникой, их медперсонал имеет определенные льготы и сравнительно высокие заработки, что, естественно, отражается и на качестве услуг.

Итак, с экономической точки зрения, в СССР действовала система, в которой ограниченные ресурсы здравоохранения, сформированные за счет всего населения (бюджет) предоставлялись практически неограниченно и бесплатно узкому контингенту населения, большинству же доставался остаток, причем не обеспеченный никакими гарантиями. При этом врачи получали мизерную зарплату по сравнению с работниками других отраслей и не были заинтересованы в высоком уровне здоровья пациента. К сожалению, в течение истекших 15 лет мало что изменилось в этом плане, медицинские работники в государственном секторе

продолжают получать мизерную заработную плату чаще всего за время, проведенное на рабочем месте, а не за количество и качество произведенных медицинских услуг.

Анализ деятельности экономических служб органов управления здравоохранением и ЛПУ в ДВФО в последние 15 лет показывает, что когда квалифицированные экономисты общего профиля берутся рассуждать или управлять финансовыми ресурсами в здравоохранении с общеэкономических позиций, не учитывая природы здоровья и здравоохранения, они впадают в опасные заблуждения. Например, большинство экономистов преувеличивают роль рыночных отношений в здравоохранении. Так, многие из них считают, что если начать платить врачам за оказанные услуги, то все проблемы здравоохранения будут решены, достаточно лишь разработать множество точнейших методик ценообразования.

В настоящее время, когда прошло более 12 лет после введения в РФ системы ОМС в уродливом и бессистемном виде стало ясно, что эта система не принесла ни врачам, ни пациентам ожидаемого «блаженства». У некоторых специалистов возникли предложения вернуться к прежней дореформенной системе экономических отношений, т.е. финансирования отрасли из одного «консолидированного» источника, будь то бюджет или средства страхования. В то же время, многие из производителей и потребителей медицинских услуг понимают, что этого возврата в прошлое не будет, какими розовыми красками оно не было бы окрашено.

### ***Здоровье, здравоохранение и рынок медицинских услуг***

Ни у кого не вызывает сомнения, что здоровье — одна из высших ценностей для человека. Плохое здоровье не дает человеку в полной мере наслаждаться жизнью.

Само по себе здоровье не продается и не покупается, покупаются товары и услуги, которые позволяют его сохранить или восстановить. При этом многие обычные товары и услуги вызывают у человека положительные эмоции — хорошее питание, отдых, занятия спортом. Но услуги здравоохранения специфичны — в большинстве случаев они являются «отрицательным» товаром, который заболевший человек, тем не менее, вынужден использовать, поскольку ему требуется восстановить или сохранить здоровье.

В классическом рынке пациент покупает медицинские услуги по рыночным ценам, выбирая любого устраивающего его производителя. Совершая эту покупку (например, услугу врача-косметолога), он руководствуется собственными соображениями о ценности для него этой покупки по сравнению, например, с посещением сауны или фитнес-центра. Его выбор будет определяться системой координат цена-качество. Чем ниже цена, тем больше услуг готов оплатить пациент, и только после этого он формирует свои требования к качеству.

В классической рыночной модели принято, что, в свою очередь, производители медицинских услуг могут неограниченно увеличить количество услуг (при появлении спроса на услуги косметолога растет число лиц, обучающихся производству этих услуг). Количество предлагаемых услуг будет тем больше, чем выше прибыль, получаемая от их реализации.

При увеличении спроса на какие-либо услуги производители увеличивают количество производимых услуг и одновременно взвинчивают цены. Но покупатели

отрицательно на это реагируют — они начинают думать, что «услуги врача-косметолога — это не всегда целесообразно и безопасно, лучше поплавать в бассейне». Спрос падает, производители начинают снижать цены, часть врачей срочно меняет специализацию, то есть уходят с уже освоенного сегмента рынка медицинских услуг.

Действительно, все желающие могут получить какие-либо медицинские услуги без всякой очереди и по тем ценам, за которые они могут купить эти услуги без дополнительных расходов государства. К сожалению, такая модель действует только на идеальных рынках, для которых должны соблюдаться следующие условия: определенность; отсутствие внешних эффектов; полные знания; свобода потребителей от советов врачей, имеющих собственные интересы и действие на рынке большого числа мелких производителей медицинских услуг.

Для того чтобы идеальный рынок функционировал, на нем должны появляться и исчезать мелкие производители под влиянием изменений спроса и цен. Но медицина всегда требовала глубоких специальных знаний, и удостоверять наличие этих знаний (лицензировать и сертифицировать) в России стали чиновники (лицензионно - аккредитационные комиссии и палаты), а не такие же профессионалы-врачи, как в экономически развитых странах, где процессы аккредитации контролируются профессиональными общественными организациями - врачебными палатами или ассоциациями врачей-профессионалов. Таким образом, в реальной ситуации чиновники от здравоохранения в России получили возможность ограничивать доступ на рынок медицинских услуг новых производителей, то есть исчезла свободная конкуренция. Кроме того, как правило, в большинстве субъектов РФ ДВФО врачи большинства специальностей работают пока еще в составе крупных муниципальных поликлиник, владельцами которых являются муниципалитеты, что еще больше ограничивает свободу мелких производителей медицинских услуг негосударственного сектора.

На рынках других товаров на Дальнем Востоке России тоже не выполняется ряд условий, характеризующих свободный (классический) рынок, но на рынке медицинских услуг эти ограничения особенно заметны. Поддерживаемая региональными чиновничьими элитами монополия на производство медицинских услуг и страхование здоровья в большинстве субъектов РФ региона резко тормозит внедрение современных медицинских технологий в ЛПУ. Монополия не способствует совершенствованию знаний медицинского персонала, внедрению оптимальных методов оплаты медицинских услуг, внедрению современных методов управления качеством и т.п., что в конечном итоге формирует общую отсталость отрасли здравоохранения Дальнего Востока по сравнению с регионами Сибири и Европейской части России. Вполне естественно, что торможение реализации рыночных механизмов в здравоохранении региона делает отрасль здравоохранения экономически несостоятельной, поскольку на фоне роста общих расходов на медицинскую помощь наблюдается снижение качественных атрибутов здоровья населения – физического развития, заболеваемости, инвалидности, смертности и пр.

### ***Риск и неопределенность рынка страхования здоровья населения***

Для определенного периода времени можно статистически достоверно установить количество лиц, которым потребуется медицинская помощь, и сумму, необходимую для оплаты услуг, то есть оценить риск. Тогда отдельные лица могут объединиться,

сложить вместе относительно небольшие суммы, и из этого страхового резерва оплачивать помощь тем, кому она потребуется. Таким образом, страхование здоровья — модель, соответствующая природе рынка медицинских услуг, связанной с риском и неопределенностью.

Эта модель предполагает, что все застрахованные имеют равный риск заболеть. Однако в реальной жизни чем старше человек, тем больше для него риск заболеть, кроме того, риск зависит от профессии, наличия хронических заболеваний или предрасположенности к ним.

Поэтому на частном рынке медицинского страхования (в России рынок ДМС) происходит отбор рисков. Это означает, что из группы застрахованных уходит подгруппа с меньшим риском и образует страховое сообщество, в котором застрахованные платят меньше. Оставшиеся же в первом сообществе вынуждены собирать теперь большую сумму с каждого, чтобы оплатить требуемую медицинскую помощь. Этот процесс продолжается и во втором сообществе — из него вновь выделяется группа застрахованных с меньшими рисками. В конечном итоге развитие частного рынка медицинского страхования приводит к тому, что из него выпадают две группы — очень богатые, которые могут купить любые медицинские услуги лично, и слишком бедные, которые не могут вложить требуемую сумму в страховое сообщество.

Примером является система частного медицинского страхования в США, где не охвачено страхованием более 10% населения. Правительство США вынуждено финансировать две страховые медицинские программы для бедных и пожилых лиц, чтобы обеспечить им медицинскую помощь.

Частные рынки вовлекают в процесс медицинского страхования множество мелких страховщиков, деятельность которых также требует затрат. В США эти затраты достигают 20% всех средств здравоохранения, то есть имеет место неэкономичность из-за малых масштабов страховых организаций.

На Дальнем Востоке России ситуация прямо противоположная. Рынок страховых услуг в сфере охраны здоровья очень жестко монополизирован, в большинстве субъектов РФ ДВФО работают 1-2 страховые компании по ОМС и от 5 до 7 по ДМС. Мелкие страховщики на рынок не допущены сегодня и конечно не будут допущены завтра. Сегменты рынка медицинского страхования региона фактически разделены властными структурами между «своими» страховыми медицинскими организациями. Выбора для работодателей и населения не существует, что делает систему как ОМС, так и ДМС на Дальнем Востоке регулируемой из кабинетов чиновников, действующих в своих интересах.

Во многих системах медицинского страхования существует проблема «перепотребления» медицинской помощи, известной как «моральные издержки». Моральные издержки бывают двух типов — моральные издержки пациента (потребителя) и моральные издержки врача (производителя).

***Моральные издержки потребителя связаны, в основном, с двумя факторами.***

Во-первых, человек, застраховавшись на случай заболевания, перестает его опасаться, меньше заботится о здоровом образе жизни и профилактике, в

результате чего у него могут развиваться хронические заболевания и потребление медицинских услуг возрастет.

Во-вторых, застраховавшись, пациент получает медицинские услуги бесплатно в момент потребления или с небольшими доплатами. Таким образом, исчезают ценовые сигналы, действующие между производителем и потребителем на рынке, и происходит перепотребление «бесплатных» медицинских услуг (то есть пациент обращается за медицинской помощью и тогда, когда мог бы без нее обойтись, затягивает лечение и т. д.).

Моральные издержки производителей возникают, прежде всего, там, где производители (государственные и муниципальные ЛПУ при производстве платных услуг и негосударственные ЛПУ) получают вознаграждение по гонорарному принципу, и у врачей возникают стимулы рекомендовать пациенту необязательные или даже ненужные обследования и процедуры. Таким образом, перепотребление медицинских услуг — неизбежная черта рынка в условиях реализации программ ДМС.

#### **Способы компенсации моральных издержек пациента (перепотребления медицинских услуг) следующие:**

- использование соплатежей в момент потребления медицинской помощи;
- ограничение выбора для пациента (создание стимулов использовать ограниченное число производителей медицинских услуг);
- неценовое ограничение процедур врачам;
- листы ожидания для некоторых видов лечения и обследования в ЛПУ;
- использование сострахования;
- неполная компенсация расходов (для схемы возмещения).

Следует отметить, что ценовые регуляторы (сострахование, соплатежи, неполное возмещение) широко применяются в системах частного и обязательного медицинского страхования за рубежом. Что же относительно ценовых регуляторов в системе медицинского страхования Дальнего Востока России, то чаще всего в системе ДМС применяются соплатежи населения.

Неценовые регуляторы (ограничение выбора, доступа, листы ожидания) чаще применяются в государственных (интегрированных) системах здравоохранения, в том числе во всех без исключения субъектах РФ ДВФО.

Способы компенсации моральных издержек производителей медицинских услуг (поведение врачей, при котором они стимулируют излишний спрос на медицинские услуги) в региональном здравоохранении используется достаточно часто. Например, выплата заработной платы врачам по жестким ставкам, жесткий контроль за деятельностью производителей медицинских услуг, ограничение перечня выписываемых (бесплатных) медикаментов. В то же время, положительно зарекомендовавшие себя в ряде экономически развитых стран способы оплаты медицинской помощи не используются в регионе. Это применение подушевого финансирования ПМСП, премирование производителей за достижение требуемых результатов, финансирования медицинских услуг методом глобального бюджета, применения методов оплаты по типу тарифа DRG (клинико-статистических групп), использования схем фондодержания, интегрирования схем управления ресурсами и т.п.



## ***Асимметрия информации и лицензирование***

Поскольку в отрасли здравоохранения России информация распределена асимметрично между врачами и пациентами, возникает вопрос, являются ли врачи идеальными посредниками, действующими исключительно в интересах пациентов. Ведь по своим возможностям оказывать влияние на спрос на медицинские услуги роль врачей уникальна. Это явление называется «спрос, стимулируемый производителями».

Теоретически лечащий врач (участковый врач, врач общей практики), как идеальный посредник, должен дать пациенту всю информацию, чтобы тот мог сам принять решение. Фактически врачи зачастую руководствуются собственными экономическими интересами, особенно при гонорарной системе оплаты, которая повсеместно доминирует в коммерческом секторе медицинской помощи населению региона. Поэтому в большинстве случаев медицинские услуги в интересах пациентов должны приобретать квалифицированные посредники – страховщики, но вот их – то как раз на Дальнем Востоке и мало, что продолжает формировать политику патернализма в отношениях врача и пациента.

Другая форма защиты пациентов — это лицензирование врачей, удостоверяющее, что их знания и умения соответствуют установленным стандартам.

## ***Основные способы финансирования систем здравоохранения***

Практически все системы здравоохранения имеют сложные смешанные системы финансирования и предоставления медицинской помощи. Поэтому их можно классифицировать по преобладающему виду финансирования и предоставления помощи, например: по способу финансирования — общественный/частный; по производителям медицинских услуг – частные / государственные или некоммерческие.

**Применение методов оплаты медицинских услуг возможно с точки зрения решения следующих задач:**

- ограничения излишнего спроса, стимулируемого врачами;
- повышения заинтересованности врачей в удовлетворении потребностей пациентов, повышении производительности и качества труда, а также квалификации.

Эти требования внешне противоречивы, однако в целом их можно определить как создание стимулов для врачей и медицинских учреждений в экономически эффективном (с позиции общества) поведении. Система оплаты медицинской помощи — один из важнейших механизмов обеспечения эффективности функционирования системы здравоохранения и ограничения роста затрат.

Ключевым элементом системы оплаты медицинской помощи являются методы оплаты амбулаторно-поликлинического звена. Как уже отмечалось, амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе и стоматологическая, является самым массовым видом помощи, к которой в течение года обращается подавляющая часть населения. Стоимость завершённого случая лечения при этом виде помощи относительно невелика, поэтому затраты на ее оплату (слабо зависящие от вида помощи) могут составить значительную долю общих расходов.

Звено ПМСП должно выполнять не только лечебную, но и профилактическую работу, а также обеспечивать организацию медицинской помощи прикрепившемуся населению на всех этапах. Если же звено не выполняет должным образом организационные задачи, то эти функции (организации медицинской помощи застрахованным) вынуждены брать на себя страховщики, что ведет к росту затрат и конфликтам с органами управления здравоохранением. Система финансирования этого звена должна предусматривать оплату организационной деятельности и, соответственно, ответственность звена за недостатки в этой работе. Очень опасно, если система финансирования этого звена построена таким образом, что чем больше пациентов болеет (и чем больше пролеченных больных), тем больше получают работники первичного звена. В этом случае система финансирования всей медицинской помощи приобретает затратный характер.

Таким образом, с точки зрения экономических интересов общества и страховщиков звено ПМСП должно быть экономически заинтересовано в том, чтобы его пациенты меньше болели, а средства на оплату медицинской помощи им использовались наилучшим образом. Если создать такую систему стимулов у врачей этого звена, лучше всех знающих состояние здоровья своих пациентов и организующих оказание им медицинской помощи, это будет способствовать эффективному расходованию средств во всей системе здравоохранения.

В то же время необходимо учитывать, что на выбор системы оплаты медицинских услуг влияет значительное число факторов, в том числе уровень конкуренции на рынке тех или иных услуг, степень экономической подготовленности персонала медицинских учреждений и страховых компаний и ряд других.

В последние годы на Дальнем Востоке России при условии значительного снижения ассигнований на профилактические программы большая часть врачей охотно выполняет услуги, связанные с лечением заболеваний и выполнением реставрационных работ. Для системы здравоохранения это экономически не выгодно, поскольку стимулируется рост числа заболеваний и, соответственно, формируется необоснованный рост затрат как в целом по отрасли, так и отдельного пациента. Особенно в сложном положении оказалось большинство субъектов РФ ДВФО, где весьма низкий уровень плотности населения и укомплектованности ЛПУ штатных должностей ограничивает доступность квалифицированной помощи жителям сельских и отдаленных северных районов. В этих районах в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению субъекта РФ возможно применение подушевого финансирования услуг врачей общей практики преимущественно профилактической направленности (коллективная и индивидуальная профилактика) и др.

Следует отметить, что за рубежом, в частности в США, все большая часть здравоохранения финансируется через подушевую оплату, при которой производитель медицинских услуг получает фиксированную оплату в обмен на обеспечение помощи «при необходимости». Примерами могут служить:

- *частные организации по поддержанию здоровья (ОПЗ) (Health Maintenance Organization, НМО);*
- *эксперименты Medicaid и Medicare по подушевой оплате.*

Однако, несмотря на важность этого вопроса, до сих пор проработанных до конца теоретических моделей подушевой оплаты нет. Существует много интересных

предположений относительно подушевой оплаты. Имеется ряд работ, которые представляют собой попытку разработки такой модели, где изучается оптимальный для потребителя выбор возмещения производителю затрат. При некоторых упрощающих предположениях формируется мнение о том, что существует логика смешанной оплаты, которая может быть успешно распространена на подушевую оплату. В территориях ДВФО подушевое финансирование в здравоохранении внедряется неоправданно медленно.

Исходя из общих принципов оплаты медицинских услуг, систему оплаты производителя в медицине следует строить так, чтобы она в целом отвечала вышеперечисленным задачам. Следует обеспечивать экономический интерес поликлиник в переносе части помощи, оказываемой в стационарных ЛПУ на свой уровень. Это, например, означает, что услуги поликлиник, замещающие аналогичные услуги стационаров, следует оплачивать за законченный случай лечения (а в ряде случаев — и по гонорарному методу).

В будущем, по-видимому, придется шире использовать элементы фондодержания средств врачами общей (семейной) практики, направляя эти средства в большей мере на профилактику, раннее выявление заболеваний у детей и социально необеспеченных групп населения, передавая им часть средств на оплату специализированной помощи и реабилитацию.

Для интегрированных производителей медицинских услуг, оказывающих и амбулаторную, и стационарную помощь, можно применять метод глобального бюджета с разделением подушевого норматива между структурными подразделениями пропорционально объему и стоимости планируемых к оказанию услуг. Вариантом этого способа является частичное финансирование подразделений по подушевому нормативу с формированием резервного объема средств в страховой компании или фонде ОМС, из которого страховщик оплачивает случаи, которые может лечить как поликлиника, так и стационар в рамках внутриотраслевой конкуренции.

### ***Затраты на оказание медицинской помощи и их калькуляция***

По-видимому, самой большой и тщательно скрываемой «тайной» российской модели реформирования здравоохранения является то, что на самом деле активно эксплуатируемая «проблема недофинансирования» не является главной причиной неисполнения Основ законодательства РФ по охране здоровья граждан.

Сегодня уже многие специалисты по управлению понимают, что те принципы отношений в здравоохранении, которые Правительство РФ активно внедряет в последние годы, мягко говоря, не стимулируют отрасль работать в интересах общества. Несоответствие формальных функций и реальных мотиваций участников процесса реформ (производители и потребители, посредники и собственники) будет и в будущем негативно влиять на систему нашего здравоохранения независимо от состояния экономической конъюнктуры и размеров бюджета как РФ в целом, так и субъектов РФ в частности. Многие специалисты по реформе отечественного здравоохранения связывают следующие шаги с модернизацией системы медицинского страхования, особенно с программами добровольного медицинского страхования.

Ахиллесовой пятой этих предложений с ориентацией на рынок является смещенный отбор. Предоставление людям возможности выбора между конкурирующими программами ДМС приводит к неравномерному распределению рисков между этими программами. Некоторые программы вовлекают непропорциональное число лиц со средним низким уровнем риска, а в других программах оказываются люди, у которых риск использования медицинской помощи выше среднего. Если не предпринять действий по коррекции, программы с благоприятным составом пациентов получают незаработанные прибыли, а программы, страдающие от неблагоприятного отбора, понесут незаслуженные убытки и, возможно, будут вынуждены покинуть рынок.

Растет общее согласие в отношении того, что смещенный отбор составляет большую проблему на рынке медицинских услуг и становится все более серьезным по мере возрастания конкуренции цен. Существует мнение, что проблемы смещенного отбора можно смягчить, если медицинские программы, получающие участников с непропорционально большим риском, будут получать также непропорционально большие доходы от взносов, а программы с участниками с малым риском получают, соответственно, малые взносы.

В США Управление Финансирования Здравоохранения (Health Care Financing Administration) уже с конца 80-х годов прошлого века корректирует свои взносы в систему Medicare в соответствии с возрастом, полом, общественным положением, благосостоянием и округом проживания. Наниматели, однако, не спешат с введением аналогичной коррекции взносов с учетом риска, частью – из-за отсутствия методики предсказания медицинских расходов по имеющимся обычным данным..

Не так давно, когда нам все чаще приходилось участвовать в дискуссиях о пределах затрат в здравоохранении региона, мы иногда приходим к заключению, что очень многие рассматривали подход к решению проблемы сдерживания роста стоимости медицинских услуг как совершенно новый и используемый впервые, по крайней мере, в России. А данный подход состоит прежде всего в диктуемом здравым смыслом рассуждении о том, что доля внутреннего валового продукта, которая используется на цели здравоохранения, должна быть не менее 7-8%. При этом имелось в виду, что принятый предел затрат будет ограничивать уровень используемой доли ВВП заранее определенным объемом средств.

Некоторые политики не соглашались с этой идеей, поскольку она предусматривала признание принципа регулирования, в то время как другие восхищались ею, так как она в значительной мере избегала именно детального регулирования. Должно быть, многие сегодня удивились тому, что самым сведущим людям в России до сих пор не приходила на ум столь «блестящая» и, самое главное, «оригинальная идея», которая относительно недавно пришла на ум правительственным чиновникам самого высокого уровня в России - ограничить расходы на здравоохранение уровнем 2,5% от ВВП. И не важно, что в результате этой «оригинальной» идеи более 30% населения родного отечества были лишены доступной и качественной медицинской помощи. На Дальнем Востоке России появились населенные пункты, где основным медицинским работником ПМСП стал фельдшер, а налогоплательщики последний раз видели «живого» врача лет 5-7 назад.

По мере того, как дискуссии о сдерживании расходов на здравоохранение продолжались, все больше и больше специалистов начинали понимать, что пределы затрат не сводятся исключительно к сдерживанию стоимости медицинских услуг, а

скорее представляют собой механизм отработки параметров, лежащих в основе политики сдерживания. Например, если политика сдерживания стоимости медицинских услуг заключается в нормировании тарифов на услуги, то лимитирование затрат влияет на уровень расходов.

Лимитирование расходов является одним из ключевых компонентов предложений по реформированию системы здравоохранения России, разработанных ещё в недрах Правительства РФ, возглавляемого премьер–министром М.М. Касьяновым. Использование принципа ограничения расходов на уровне национального и региональных бюджетов влечет за собой разработку целого ряда мер по ограничению роста расходов на финансирование программ государственных гарантий косвенным путем за счет снижения тарифов производителей медицинских услуг. Члены этого правительства представляли бюджет здравоохранения как фактор, ограничивающий рост стоимости медицинского обслуживания населения, что может быть достигнуто только при условии значительных ограничений финансирования производителей медицинских услуг.

В условиях жесткого лимитирования финансирования отрасли здравоохранения за счет средств бюджета и ОМС важное значение приобретает формализация составления финансового плана ЛПУ. Естественно, что формирующуюся нехватку средств на производство медицинских услуг высокого качества ЛПУ компенсировали за счет потребителя, «исследуя» содержимое его карманов при обращении за медицинской помощи. В некоторых учреждениях здравоохранения Дальнего Востока уже не один год бытует спорный с точки зрения потребителя лозунг «Хочешь жить – плати!». Следует отметить, что население платит, однако уровень качества медицинских услуг, к сожалению не поднимается.

#### ***4.3. Экономическая оценка эффективности производства медицинских услуг***

Анализ затрат отрасли здравоохранения и их соотношение с получаемыми атрибутами здоровья сопряжен с определенными сложностями и допущениями. Однако вопрос о результатах производства качественных медицинских услуг не менее сложен. И хотя обычно считается, что результаты различных медицинских воздействий известны, на деле это не совсем так. Часто выбор лечения основывается на мнениях авторитетов, традициях, существующей практике. По многим регулярно оказываемым видам помощи конкретные технологии лечения либо не протестированы на клиническую действенность в полном объеме, либо протестированы, но информация плохо распространена и понята врачами, которые непосредственно участвуют в лечении пациентов.

#### ***Оценка результативности***

В конечном итоге результаты оказанной медицинской помощи при одних и тех же заболеваниях для аналогичных групп пациентов различны. Различия наблюдаются не только по отношению к методам, применение которых лимитируется отсутствием высокотехнологического оборудования или дороговизной, но и к достаточно дешевым и доступным вмешательствам. Это наблюдается практически во всех странах мира.

Некоторый субъективизм в оценках результативности диагностики и лечения практическими врачами неизбежен, тем более что результаты, получаемые

различными методами, часто качественно идентичны, хотя существуют количественные различия. Однако результаты экономического анализа критично зависят от оценки результативности медицинских вмешательств, и необходимы достаточно точные и обоснованные данные, на основании которых пользователь сможет сделать квалифицированный вывод о применимости представленных результатов к своим конкретным условиям.

Оценка результативности медицинской помощи, то есть получение ответа на вопрос о том, действительно ли предлагаемое вмешательство приносит пациентам больше пользы, чем вреда, и оценка этой пользы разбивается (явно или неявно) на два этапа: выбор одного или нескольких критериев оценки (показателей, по которым будет оцениваться результат) и собственно оценка достижения поставленных целей через эти показатели. Корректный подход к решению обеих этих задач одинаково важен.

Результаты медицинских программ можно разбить на три основные группы. Первая группа связана с изменениями физического и эмоционального состояния пациента. Эти результаты можно оценить при помощи множества таких разнородных, но измеримых показателей, как число сохраненных жизней, увеличение продолжительности жизни, уменьшение числа осложнений, снижение числа эпизодов боли и так далее. Выбор показателей и критериев оценки в каждом случае зависит от целей, которые ставят перед собой конкретные программы. Так, если программа направлена на профилактику и лечение гипертонической болезни, в качестве показателей результата могут быть выбраны уровень распространенности инфарктом миокарда, инсультов и т.п.

При несложных хирургических вмешательствах, в зависимости от их цели, можно выбрать в качестве показателей результата число дней нетрудоспособности после операции, а при более сложных - число сохраненных жизней или число дополнительных лет жизни, приобретенных в результате операции. Эти показатели легко использовать в экономических оценках при сопоставлении программ оказания медицинской помощи, преследующих однотипные цели (анализ затраты-результативность). Надо только помнить, что измеряя и сопоставляя основные результаты лечения, не следует забывать о побочных эффектах — как положительных, так и отрицательных. Когда программа приводит к нескольким результатам, необходимо оценить каждый из них, а затем (при экономическом анализе) — либо выбрать наиболее важный показатель (описав хотя бы качественно остальные), либо оценить изменение всех показателей сразу, возможно приписав им некоторые весовые коэффициенты в соответствии с важностью результатов.

Перечисленные выше показатели описывают конечный результат лечения. Однако есть ряд программ, направленных на достижение промежуточных результатов, в частности, программы ранней диагностики злокачественных новообразований. Результаты этих программ оказывают лишь опосредованное влияние на конечную цель лечения, поэтому для них удобнее использовать такие показатели, как число верно поставленных диагнозов, процент выявленных на ранней стадии заболеваний и т.п.

Вторая группа результатов программ направлена на изменение деятельности медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом. Внедрение в практику одноразовых инструментов, шприцев и другого оборудования не только снижает вероятность заболевания гепатитом или ВИЧ инфекцией, но и существенно

облегчает труд медицинских работников. Для оценки этих результатов можно использовать такие показатели, как время выполнения процедуры или услуги, число пациентов, которым можно оказать услуги за определенное время, и так далее.

Наконец, третий тип результатов связан с изменением качества жизни пациентов. Качество жизни может определяться множеством показателей - отсутствием болевого синдрома, возможностью полноценной работы, способностью к самообслуживанию. Проблема оценки качества жизни достаточно сложна, однако разрешима.

Большинство научных разработок, посвященных изучению результатов тех или иных медицинских вмешательств, выполнены в близких к идеальным клинических условиях. Идеальной формой клинического испытания (например, проверки клинической действенности нового способа лечения гипертонической болезни) является контрольное испытание на случайных выборках. Такое испытание обладает следующими характерными чертами:

- *Пациенты отбираются в соответствии со строгими критериями включения в выборку, основанными на таких факторах, как пол, возраст и тяжесть заболевания, наличие сопутствующих заболеваний.*
- *Пациенты случайным образом разбиваются на группы, одна из которых получает лечение, а вторая является контрольной, для того чтобы смещения результатов (известные и неизвестные) распределялись по группам равномерно. Теоретически испытание на случайных выборках дает возможность сравнить результаты полученного лечения и его отсутствия при прочих равных условиях. На основании этого определяется эффективность лечения.*
- *Эксперты, оценивающие результаты, не знают, к какой группе принадлежал пациент, и поэтому их ожидания не влияют на оценки.*

Становится понятно, что условия таких испытаний достаточно жестки и трудновыполнимы. При практическом проведении испытания может возникнуть множество факторов, влияющих на «чистоту» результата, К некорректным выводам приводят, например, загрязнение результатов (когда по ошибке контрольная группа получает активное лечение), некорректный отбор (когда разбиение на группы в действительности не случайно) или некорректная оценка результатов (когда эксперты заинтересованы в конкретном результате).

Тем не менее, если в работе достаточно обоснованно описано контрольное испытание на случайных выборках в клинических условиях, его результаты могут служить довольно надежной основой для дальнейшего экономического анализа. Необходимо помнить только, что близкие к идеальным клинические условия дают наибольшую эффективность медицинского вмешательства. Поэтому было бы полезно оценить технологическую результативность исследуемого вмешательства в условиях реального ЛПУ с конкретной и, возможно, более низкой, чем в условиях клиники, квалификацией врачей, небрежностью среднего медицинского персонала, не слишком усердного выполнения пациентом предписаний врачей. Эта результативность может оказаться значительно ниже, поэтому, примеряя к своим условиям результаты, опубликованные в той или иной научной работе, аналитикам и менеджерам, принимающим решения, следует помнить о возможных различиях клинической действенности и результативности в реальных условиях.

Там, где контрольное испытание на случайных выборках невозможно, лучшим методом является контрольное испытание на неслучайных выборках. В этом случае распределение по группам не контролируется исследователем, и поэтому существует риск неявных смещений, хотя можно учесть очевидные смещения, такие как тяжесть заболевания. В то же время, результат может оказаться почти столь же достоверным, как и в испытаниях на случайных выборках, если исследуемые группы близки по половозрастному составу.

Иногда данные по результативности лечения можно получить из обычных документов медицинской статистической отчетности или из аналитических обзоров, выполняемых компаниями, осуществляющими медицинское страхование. Особенно это относится к новым дорогостоящим технологиям (использование и результативность которых тщательно контролируются). Однако использовать такие данные необходимо с осторожностью. Во-первых, в некоторых случаях для получения от страховщиков большей оплаты ЛПУ намеренно искажают статистику (например, выбирая из всех возможных диагнозов наиболее тяжелый) и завышают результативность лечения. Во-вторых, каждая страховая компания страхует определенный контингент населения (например, жителей определенной территории или работников определенного предприятия), и потому результативность может оказаться выше или ниже, например, в силу социальных условий или профессиональной заболеваемости.

Иногда ожидаемый медицинский результат от внедрения той или иной технологии можно оценить, даже не прибегая к контрольным испытаниям, на основе одних лишь статистических данных. Так, нетрудно понять, что повсеместное использование одноразовых инструментов вместо многоразовых полностью устраняет вероятность заражения из-за плохой стерилизации, и, зная статистику таких заражений, можно оценить ожидаемый результат.

Следующий по точности метод заключается в наблюдении за предварительно выбранными случаями (когда заранее отбираются пациенты, за лечением которых будет установлено наблюдение в течение определенного промежутка времени). Это исследование является более надежным, чем ретроспективное описание уже пролеченных случаев, при котором увеличивается вероятность преднамеренного отбора на основе результатов или иных факторов.

В действительности для оценки результатов того или иного метода лечения часто используются экспертные оценки опытных врачей. Однако этот метод менее надежен по следующим причинам:

- *опытные врачи помнят одни случаи лучше других, что может привести к ошибкам в их заключениях;*
- *опытные врачи могут быть лично заинтересованы в результатах лечения;*
- *в некоторых случаях врачам сложно определить, чем вызвано улучшение здоровья пациента — проведенным лечением или какими-то другими факторами;*
- *отношения врачей с пациентами могут влиять на результат лечения;*
- *размеры групп, с которыми имеют дело врачи, могут быть слишком малыми, чтобы делать заключения.*



Следует понимать, однако, что в ряде случаев экспертные заключения врачей — это единственный путь получения хотя бы какой-то оценки. Поэтому если иных источников информации нет, можно воспользоваться экспертными оценками нескольких специалистов, а затем выполнить анализ чувствительности.

Несколько западных научных организаций, к числу которых относится «Кокрановское сотрудничество», ведут работы по обобщению международного опыта исследований одностипных вмешательств, составлению систематических обзоров этих исследований, распространению этих обзоров при помощи бюллетеней или баз данных. Такой метод объединения данных различных исследований при помощи статистических и вычислительных методов называется мета-анализом. Однако к данным мета-анализа также надо относиться с достаточной осторожностью. Читающему результаты мета-анализа необходимо оценить, надежны ли исходные данные, обоснован ли метод их объединения (например, достаточно ли однородны данные, чтобы такое объединение было допустимо), являются ли данные результатами клинических испытаний на случайных выборках, существенны ли для практики малые различия между объединенными мета-анализом методами лечения. И если ответы на эти вопросы положительны, мета-анализ может служить ценным источником информации для экономических оценок.

Одним из методов обобщения данных по эффективности лечения является составление клинических руководств или протоколов лечения конкретных заболеваний, обобщающих опыт лучших лечебных учреждений и врачей. Одной из целей составления протоколов является улучшение координации работы врачей. Однако лишь немногие клинические рекомендации последних лет основываются на принципах доказательной медицины.

Решение вопроса о применимости результатов, полученных в одной стране, к условиям других стран, зависит от типа лечения и метода его осуществления на местном уровне. Необходимо также отметить, что большинство исследований на случайных выборках имеют строгие критерии отбора пациентов (по возрасту и полу, тяжести случая), что ограничивает приложимость результатов к пациентам других категорий.

В настоящее время в здравоохранении используется пять основных видов экономических оценок:

- анализ "стоимость болезни" (COI - cost of illness);
- анализ "минимизации затрат" (CMA - cost-minimization analysis);
- анализ "затраты - эффективность" (CEA - cost-effectiveness analysis);
- анализ "затраты - полезность (утилитарность)" (CUA - cost-utility analysis);
- анализ "затраты - выгода (польза)" (CBA - cost-benefit analysis).

Для упорядочения понимания методов, уровней и задач анализа эффективности следует привести вышеперечисленные методы анализа в виде таблицы, что позволит представить картину в целом (табл. 4.1).

В конечном итоге тот или иной вид анализа требует стоимостного выражения, что является, на наш взгляд, сильной стороной методического подхода и дает возможность описать связи между медицинскими мероприятиями и результатами. Как никакой другой из методов анализа, применяемых в здравоохранении, анализ

эффективности напрямую связан с КМП, только высокий уровень КМП обеспечит эффективное использование ресурсов в системе медицинской помощи населению.

**Таблица 4.1. Методы, уровни и задачи анализа эффективности**

Методы анализа эффективности	Задачи анализа	Оцениваемые эффекты зависимости уровня анализа	Показатели в соизмерения от вариантов	для
Анализ продуктивности затрат	Определение приоритетных мер по экономии затрат, повышению производительности труда	Полезные эффекты или услуги (случай госпитализации, амбулаторного обслуживания и т. п.)	Коэффициент продуктивности (себестоимость услуги), (затраты/услуги)	ед. затрат
Анализ эффективности затрат	Определение приоритетных методов оказания медицинской помощи	Изменение состояния здоровья результаты (снижение уровня заболеваемости и т. п.)	Коэффициент эффективности затрат (затраты/результаты)	
Анализ полезности затрат	Определение приоритетов системы медицинской помощи населению	Изменение здоровья стоимостном выражении (ущерб от заболеваемости, инвалидности и др.)	Коэффициент в полезности затрат (затраты/польза)	

Перечисленные выше методы анализа эффективности являются основными, но это не исключает наличия альтернативных вариантов этого анализа. Следует отметить, что альтернативные варианты анализа эффективности рассматривают в большей мере не баланс затрат и результатов, а количественные и/или качественные связи этого баланса, более углубленную зависимость затрат и результатов от нескольких или множества факторов.

К этим методам можно отнести метод линейного программирования и исследования операций, метод системного анализа и экономического моделирования. Эти методы позволяют уйти от одномерности и статичности анализа состояния здоровья населения, но требуют значительных затрат на обучение персонала, обеспечение высококачественной вычислительной техникой и программными продуктами, подготовки высокообразованных системных программистов и т.п.

#### 4.4. Практическая реализация анализа качества и эффективности в ЛПУ

В качестве примеров практической реализации некоторых подходов к анализу экономических аспектов производства медицинских услуг приводим данные, полученные в рамках выполнения плана НИР научно-исследовательской лаборатории общественного здоровья и организации здравоохранения ДВГМУ по проблеме «Качество и доступность медицинской помощи населению Дальнего Востока».

В условиях перехода железнодорожного транспорта к рыночным отношениям, реорганизации ведомственного здравоохранения и ликвидации бюджетного финансирования ЛПУ, перед службой медицинского обеспечения ДВЖД сформировалась задача обеспечения женщин дороги качественной акушерско-гинекологической помощью в условиях ограниченных ресурсов.

В соответствии с законами РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», «О защите прав потребителей», приказом № 363/77 от 24.10.96 «О совершенствовании контроля КМП населению РФ» от 23.04.01, Министерством путей сообщения России был издан отраслевой приказ № ЦУВС 6-18 МПС от 23.04.01г. «О ведомственном контроле обеспечения качества медицинской помощи в ЛПУ МПС РФ», согласно которому на уровне врачебно-санитарных служб МПС РФ (третий уровень контроля КМП) проводился постоянный мониторинг основных показателей деятельности ЛПУ дороги по вопросам КМП, с передачей информации в службу медицинского обеспечения ОАО «РЖД» - на четвертый уровень контроля КМП (рис.4.1).

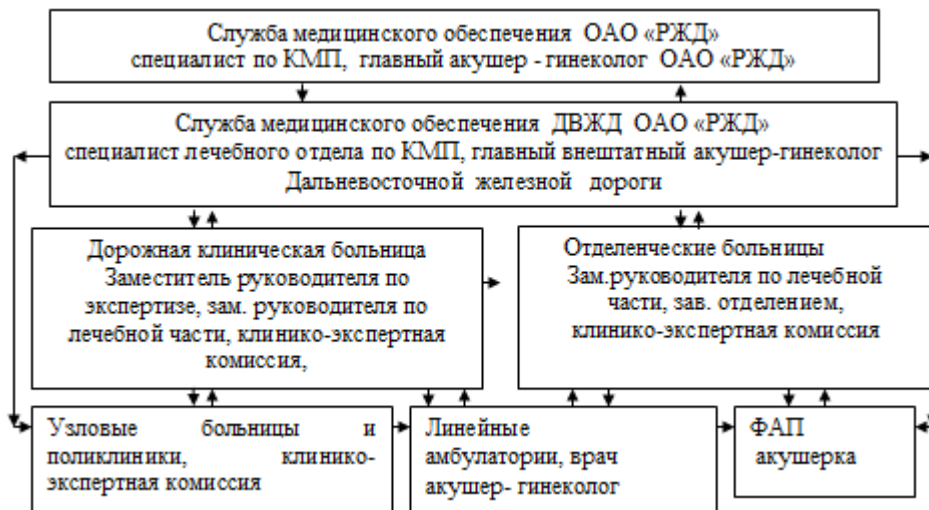


Рис. 4.1. Структура службы контроля качества оказания акушерско-гинекологической помощи в ЛПУ ДВЖД

Стандартизация методических и организационных подходов в оценке КМП акушерско-гинекологической службы дороги осуществлялась по принципу изучения: показателей результативности, характеризующих уровень достижения целей и показателей дефектов деятельности акушерско-гинекологической службы, когда не соблюдаются разработанные стандарты, отрицательно сказывающиеся на конечных результатах.

Контроль КМП позволяет эффективно использовать имеющиеся ресурсы при минимальных временных, трудовых и материальных затратах. С этой целью в ЛПУ дороги внедряются ресурсосберегающие технологии; приведен в соответствие коечный фонд и штаты медицинского персонала; исключены дублирующие с территориальными ЛПУ виды медицинской помощи.

Оптимальное использование ресурсов, введение современных медицинских технологий в лечении гинекологических больных, рост квалификации и профессионального мастерства врачей, средних медицинских работников позволили снизить риск осложнений для пациентов, повлиять на снижение прямых и косвенных затрат при оказании акушерско-гинекологической помощи прикрепленному контингенту женщин.

Мониторинг соотношения нормативных и фактических затрат проведен по расчетным средним затратам условно постоянных и условно переменных расходов законченного случая госпитализации в гинекологические стационары дороги. За нормативную длительность стационарного обслуживания женщин в ЛПУ ДВЖД была взята сложившаяся средняя длительность лечения (за последние пять лет) от 8 до 12 койкодней. Законченные случаи госпитализации свыше 14 дней в гинекологические стационары формируют фактические затраты выше нормативных и связаны с ошибками диагностики, осложнениями лечения и отклонениями от принятых стандартов оказания медицинской помощи женщинам в ЛПУ ДВЖД (рис.4.2).



**Рис. 4.2. Динамика сверхнормативных затрат в рублях по случаям госпитализации в гинекологические стационары ЛПУ ДВЖД**

Данные табл. 4.2 показывают: случаи госпитализации с длительностью свыше 30 дней связаны с комплексом причин - дефектами структуры в сочетании с дефектами организационных и медицинских технологий, которые формируют позднюю диагностику заболеваний у женщин на амбулаторно-поликлиническом этапе, утяжеление течения этой патологии и расширение объема терапевтических и оперативных вмешательств в специализированных стационарах.

Низкие качественные показатели работы формируют значительный уровень сверхнормативных затрат, хотя в 2003 году по сравнению с предыдущими годами число таких случаев было достоверно ниже ( $p < 0,01$ ).

**Таблица 4.2. Сравнительный анализ сверхнормативных затрат по законченным случаям госпитализации в гинекологические стационары ЛПУ ДВЖД.**

	2000г.	2001г.	2002г.	2003г.
Число законченных случаев госпитализации в гинекологические стационары	n=9867	n=9865	n=9841	n=10252
	M±m(%)	M±m(%)	M±m(%)	M±m(%)
Доля законченных случаев госпитализации длительностью более 14 дней.	2,6±0,4*	3,0±0,1*	2,0±0,3*	1,4±0,3*
Сверхнормативные затраты по законченным случаям госпитализации более 14 дней (руб.)	2032596	2412738	1536084	783558
Доля законченных случаев госпитализации длительностью более 30 дней	0,6±0,3*	0,5±0,5*	0,1±0,1	0
Сверхнормативные затраты по законченным случаям госпитализации более 30 дней (руб.)	62064	108612	44127	0
<b>Итого: сверхнормативные затраты по случаям госпитализации (руб.)</b>	<b>2094660</b>	<b>2521350</b>	<b>1598148</b>	<b>783 558</b>

\* p < 0,01

Показатель сверхнормативных затрат имел тенденцию к снижению с 2,521 млн. рублей в 2001 году до 0,783 млн. рублей в 2003 году. Резервами повышения КМП в ЛПУ ДВЖД, с точки зрения проведенного анализа, является создание новых экономических и моральных стимулов работы медицинского персонала, в частности лечащего врача первого и второго уровня обслуживания женщин.

Сегодня в службе медицинского обеспечения ОАО РЖД разрабатываются механизмы экономического и морального стимулирования качественного труда медицинских работников и ведется подготовка к внедрению современной технологии управления качеством продукции (медицинских услуг).

*Анализ формирования сверхнормативных затрат при оказании медицинской помощи в 301 ОКГ МО РФ*

Реформирование здравоохранения: децентрализация, расширение самостоятельности ЛПУ, становление систем обязательного и добровольного медицинского страхования, изменение социально-экономических условий усиливают актуальность проблемы управления качеством и эффективностью медицинской помощи в различных медицинских учреждениях. На сегодняшний день действующие административные методы управления в системе ЛПУ МО РФ приводят лишь к

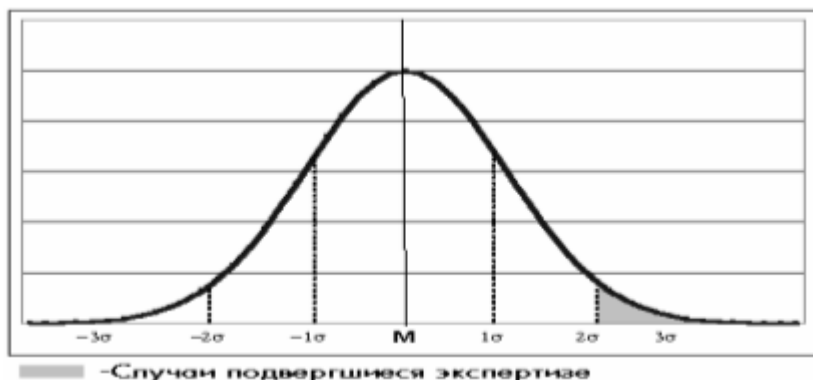
выявлению недостатков и наказанию «виновных». По нашему мнению, администрация медицинского учреждения, будучи заинтересована в повышении качества, должна создавать атмосферу, направленную на поиск истинных причин ненадлежащего качества и стремиться выявить причины экономических потерь и устранить их.

Оценка и анализ экономической эффективности законченных случаев лечения в 301 Окружном военном клиническом госпитале Министерства обороны РФ проводился с учетом соотношения фактических и нормативных расходов для каждого отделения и нозологических форм. Средние нормативные сроки лечения для каждого отделения рассчитывались исходя из средних показателей сложившихся к 2003 году.

Анализировались причины сверхнормативных затрат в случаях превышения сроков лечения (более чем средние нормативные сроки +  $2s$ ), повторных операций, длительных сроков лечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Для оценки экономической эффективности разработана «Карта оценки экономической эффективности законченного случая». В исследовании проведена оценка 1236 карт.

Для мониторинга клинической результативности и продуктивности лечебно-диагностического процесса использовались показатели (индикаторы), отражающие качество медицинской помощи. Оценка этих показателей в динамике проводилась ежеквартально. Для сбора информации и системного анализа использовались: «Книги учета хирургических операций» (Форма №16), «Книги учета больных, находящихся на стационарном лечении» (Форма №13), «Книга учета специальных диагностических исследований» (Форма №17), «Книга учета лабораторных исследований» (Форма №18); годовые, ежеквартальные, ежемесячные отчеты (Форма №14 - «Сведения о деятельности стационара», №30 - «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении»); журнал заключений КЭК (Форма № 035у); «Акты заключений КИЛИ»; «Журнал комиссии по профилактике ВБИ и СПИД» и пр.

В 10 отделениях (5 терапевтических и 5 хирургических) для анализа формирования сверхнормативных затрат были отобраны законченные случаи, превышающие средние сроки лечения, в среднем сложившиеся в этих отделениях. При этом сроки лечения, укладывающиеся в пределы «средние сроки  $\pm 2\sigma$ », мы рассматривали как вариант нормальных средних сроков лечения, рассчитанных для каждого отделения. Случаи со средними сроками лечения меньше  $M-2\sigma$ , связанные со случаями необоснованной и непрофильной госпитализации, со случаями летальности на раннем этапе госпитализации, мы не рассматривали. Анализу подверглись законченные случаи со сроками лечения, превышающими  $M+2\sigma$  (рис. 4.3).



**Рис. 4.3. Принцип отбора законченных случаев лечения для проведения анализа сверхнормативных затрат**

Из 1855 проанализированных законченных случаев в 101 имело место превышение средних сроков лечения свыше  $P+2\sigma$ . Распределение основных причин сверхнормативных затрат показано в табл. 4.3.

**Таблица 4.3. Причины сверхнормативных затрат в 301 ОВКГ МО РФ**

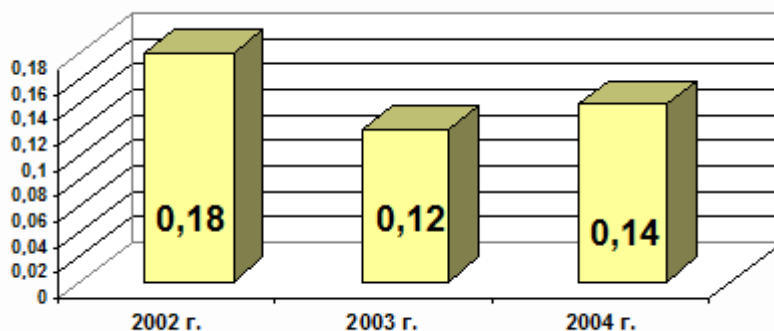
Отделение	Причины затрат (сверхнормативных от 100%)				
	Неполное обследование на предыдущем этапе	Тяжелое течение основного заболевания	Сопутствующая патология	Невнимательное и отклонение некалифицированные действия*	Другие причины (в т.ч. социальные)
Хирургические отделения (n=42)	26,2±5,9%	42,8±6,6%	11,9±4,1%	11,6±4,1%	2,4±1,9%
Терапевтические отделения (n=59)	13,6±4,3%	30,5±5,6%	27,1±5,2%	23,7±4,9%	6,8±3,1%
<b>ИТОГО (n=101)</b>	<b>18,8±3,4%</b>	<b>35,6±4,2%</b>	<b>19,8±3,6%</b>	<b>20,8±3,7%</b>	<b>5,0±2,2%</b>

Основными причинами увеличения сроков лечения явились тяжесть течения основного заболевания, неполное обследование на амбулаторном этапе и тяжелая сопутствующая патология. Однако обращает внимание, что в каждом пятом случае причиной является необоснованное увеличение сроков лечения за счет обследования больного сверх стандарта диагностики, установленной для данной нозологической формы.

В отделениях хирургического профиля в 26,2% случаев увеличение сроков лечения связано с неполным обследованием на амбулаторном этапе больных, поступающих на плановое оперативное лечение. Совершенствование преемственности в работе между поликлиническим и стационарным звеном является, на наш взгляд, резервом повышения экономичности медицинской помощи за счет совершенствования системы отбора пациентов для госпитализации, максимального амбулаторного обследования плановых пациентов, направляемых на госпитализацию, развития ресурсосберегающих технологий в амбулаторно-поликлинических ЛПУ.

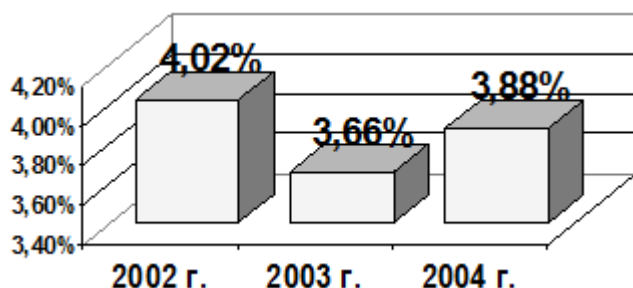
Основной причиной увеличения дооперационного пребывания в стационаре связано с недостаточным обследованием плановых больных на амбулаторном этапе и с тяжестью больных, поступающих на плановое оперативное лечение, требующих компенсации по сопутствующей патологии. Работа, проведенная нами с амбулаторно-поликлиническим звеном и другими госпиталями в зоне ответственности, позволили добиться снижения сроков дооперационного пребывания пациентов в госпитале.

Проведенный анализ позволил сформировать группу причин сверхнормативных затрат в виде незапланированных возвратов в операционные и отделения интенсивной терапии (рис. 4.4, 4.5). Прежде всего это связано с недооценкой риска послеоперационных осложнений и отклонениями от технологических стандартов оказания медицинской помощи послеоперационным больным.



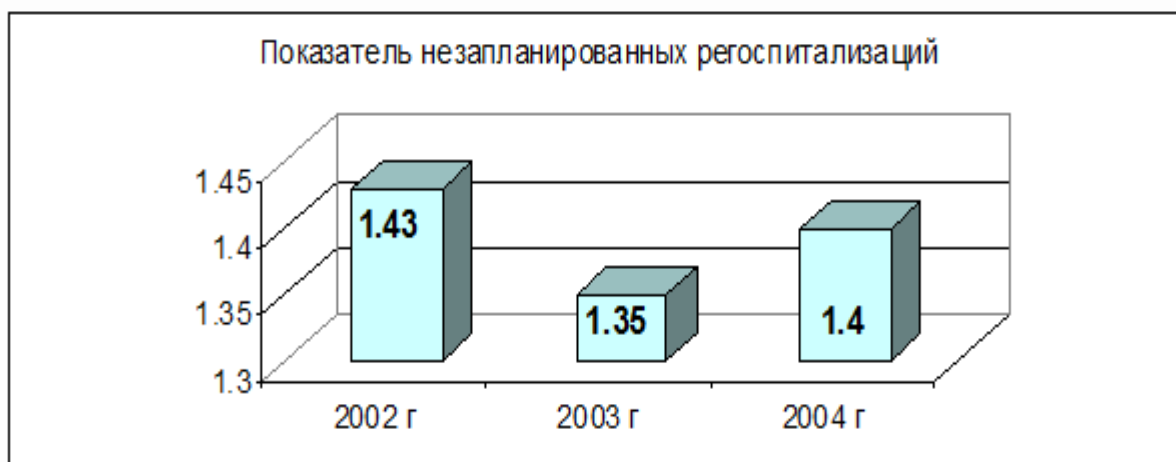
**Рис. 4.4. Незапланированные возвраты в операционные в 301 ОВКГ в 2002-2004 гг.**

В значительной мере увеличивал уровень сверхнормативных затрат показатель незапланированных регоспитализаций. Он в большей степени отражает не качество медицинской помощи в ЛПУ, а рецидивирующий характер течения заболевания и дефекты преемственности в работе стационарного и амбулаторно-поликлинического этапов медицинской помощи. По сути дела имеющиеся показатели повторных госпитализаций не полностью отражают ситуацию. Поскольку нам не удалось учесть случаи повторной госпитализации наших пациентов в региональные и муниципальные ЛПУ.



**Рис. 4.5. Незапланированные переводы в 301 ОВКГ в отделение интенсивной терапии в 2002-2004 гг.**

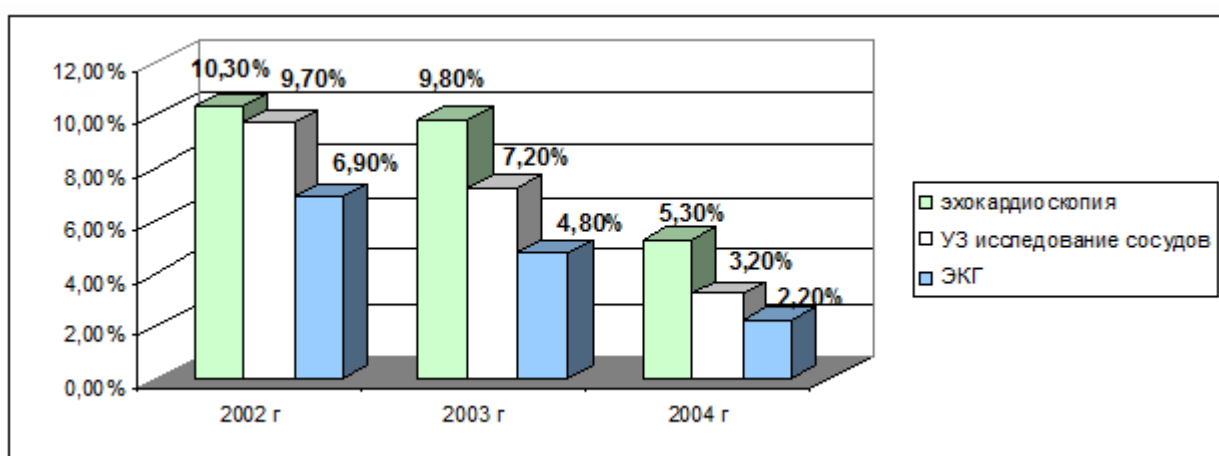
Динамика показателя незапланированных регоспитализаций показана на рис.4.6.





**Рис. 4.6. Динамика показателя незапланированных регоспитализаций в 301 ОВКГ в 2002-2004 гг.**

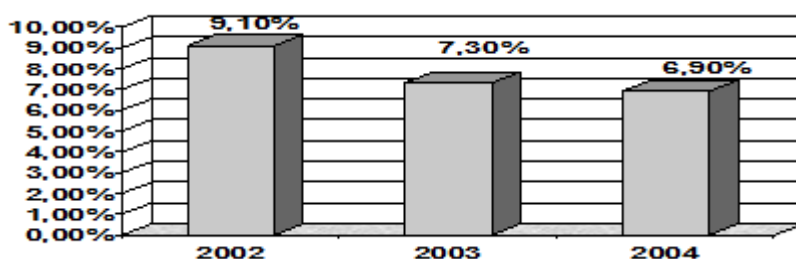
Начиная с 2003 года, по мере углубления анализа качественных показателей работы учреждения и его подразделений, администрацией 301 ОВКГ был предпринят ряд мер, направленных на снижение затрат, основными направлениями которых явились сокращение средних сроков лечения и снижение необоснованных направлений на диагностические инструментальные и лабораторные методы исследования. На первом этапе эта работа была направлена на анализ обоснованности направления пациентов на дорогостоящие методы исследования, т.е. нарушение технологических стандартов оказания медицинской помощи принятых в учреждении, и была проанализирована эффективность предпринятых мер. Одним из таких отделений было отделение функциональной диагностики, уровень инвестиций в перевооружение которого был достаточно велик (рис. 4.7).



**Рис. 4.7. Динамика необоснованных назначений исследований в отделении функциональной диагностики за 2002-2004 гг.**

На примере работы отделения функциональной диагностики видно, как анализ обоснованности направления на функциональные методы исследования и устранение причин таких необоснованных направлений привели к экономии финансовых средств на сумму 54046,4 руб. в 2003 году и на сумму 147198,3 руб. в 2004 году.

Аналогичный анализ проведен и по отделению радиоизотопной диагностики (рис. 4.8).



**Рис. 4.8. Динамика доли необоснованных направлений в отделение радиоизотопной диагностики в 2002-2004 гг. (%).**

Сокращение числа необоснованных направлений на радиоизотопные методы исследования из отделений 301 ОВКГ позволило не только сэкономить бюджетные средства, но и направить высвободившиеся материальные и кадровые ресурсы на развитие внебюджетной деятельности отделения радиоизотопной диагностики. На протяжении 2002-2004 гг. отделение радиоизотопной диагностики вносит наибольший вклад во внебюджетную деятельность 301 ОВКГ, что указывает на повышенный спрос на этот вид медицинских услуг на рынке.

**Таблица 4.3. Анализ экономической эффективности работы отделений 301 ОВКГ в системе ОМС в 2004 году.**

*\*Без учета стоимости нахождения в отделении реанимации и оперативного лечения.*

*\*\* Без учета стоимости нахождения в палате интенсивности*

Сокращение средних сроков лечения в госпитале по большинству отделений за счет оптимизации лечебно-диагностического процесса и более активного использования амбулаторного этапа лечения и других ресурсосберегающих технологий позволит снизить расходы.

На примере отделений функциональной и радиоизотопной диагностики видно, как активная работа по снижению необоснованных направлений на диагностические исследования привела к снижению финансовых затрат. Вместе с тем на протяжении 2002-2004 гг. при стабильном количестве пролеченных больных наблюдается тенденция к увеличению числа лабораторных и диагностических исследований (постоянный рост индексов инструментальной нагрузки и лабораторных исследований).

Тем не менее в силу ряда объективных причин, в частности — сметного финансирования учреждения, отсутствия мотивационных механизмов у сотрудников в повышении экономической эффективности своей работы в связи с оплатой труда, ориентированной на единую тарифную сетку, и т.п., перспективы внедрения идеологии рентабельности и ресурсосбережения медицинской помощи пациентам далеки от оптимистичных.

В 301 ОВКГ на протяжении последних лет сохраняется тенденция к завышению стоимости лечения за счет предельно удлинённых нормативов средних сроков лечения, отсутствия стратегии реформирования коечного фонда лечебных отделений по уровню интенсивности лечебно-диагностического процесса.

На наш взгляд, в реальных условиях данного многопрофильного стационара требуется разработка и планирование мер по следующим направлениям:

- *разработка механизмов ресурсосбережения;*
- *реализация мер по формированию моделей конечных результатов деятельности учреждения в целом и его отдельных подразделений;*

- *разработка механизмов, позволяющих пациенту в повышении экономической эффективности медицинской помощи;*
- *формирование позитивных мотиваций медицинского персонала к повышению экономической эффективности своей работы.*

В конечном итоге проблема повышения уровня качества производства медицинских услуг и эффективности деятельности ЛПУ в рыночных условиях должна решаться с помощью целевой подготовки и переподготовки руководителей ЛПУ по вопросам менеджмента, экономики, финансирования и управления персоналом, по вопросам эффективного использования ресурсов. Только с приходом руководителей нового типа возможно надеяться на то, что основные производственные фонды региональных, муниципальных и ведомственных ЛПУ будут полностью загружены «полезной» для населения работой и появятся предпосылки для снижения заболеваемости, инвалидности и смертности населения Дальнего Востока России.

## Глава 5. Стандартизация медицинской помощи населению

*Пациенты имеют право на получение качественной медицинской помощи, которая характеризуется стандартами высокого технического уровня и человеческими взаимоотношениями между пациентом и производителями медицинской помощи.*

*«Принципы защиты прав пациентов в Европе»*

В условиях реформирования здравоохранения России, формирования и интенсивного развития негосударственного сектора, внедрения рыночных механизмов и т.п., органы управления здравоохранением должны иметь возможности проведения постоянной оценки уровня и качества работы ЛПУ. В ходе повседневной работы администрация ЛПУ должна принимать во внимание изменения внешнего окружения системы, изменения правовых и экономических механизмов хозяйствования, что должно побуждать ее вносить в деятельность ЛПУ определенные изменения. Для координации изменений и эффективного управления как органы управления здравоохранением, так и администрации ЛПУ должны иметь достаточный объем стандартизированной информации и не считать ее сбор и анализ второстепенной проблемой.

Сегодня существует острая необходимость разработки и внедрения технических систем наблюдения за оказанием медицинских услуг, которые формируются на основе стандартизации. Разработка стандартных режимов лечения пациентов должно впитать в себя традиционные для отечественной медицины подходы к оказанию медицинской помощи. «Индивидуальность» такого лечения должна предусматривать возможные варианты, которые следует максимально обеспечить многофакторными стандартными формами, с помощью которых как при «распознавании образов», врач должен выбрать свой, но в рамках стандартов, «образ» пациента.

Пока еще нет адекватного соответствия нормативной (стандартизированной) и фактической стоимости оказанных медицинских услуг, нет адекватного их измерения. А поскольку эти измерения пока субъективны, то создаются условия для возникновения ситуаций вознаграждения врачей за некачественные услуги или отсутствие мер воздействия на ЛПУ, особенно негосударственного сектора за низкое качество оказываемых медицинских услуг. Наличие сертификата у врача, к сожалению, не гарантирует стандартного (приемлемого) уровня качества медицинской помощи потребителям. Необходима разработка системы мер воздействия на производителей услуг низкого качества в рамках государственного регулирования рынка.

Стандарт является способом выражения критерия оценки КМП. Он выражает ту цель, которая необходима, возможна и выдвинута для достижения поставленной цели; он может изменяться в зависимости от обстоятельств.

Стандарты могут устанавливаться в системе здравоохранения государства (например, стандарт профилактики, диагностики и лечения гипертонической болезни). В отдельном медицинском учреждении может быть также установлен тот или иной стандарт (например, стандарт моделирования и изготовления керамических реставраций, стандарт изготовления металлокерамических конструкций, снижение времени ожидания пациентов на 10 %, жалоб пациентов на 3

% и т.п.). При этом учитываются индивидуальные обстоятельства рассматриваемого экспертизой ЛПУ, хотя и не может исключаться определенная доля субъективности. В то же время стандарты могут устанавливаться и извне, например, согласно специальной литературе, оценкам профессиональных общественных организаций врачей, задачам отдельных служб ЛПУ и т.п. Стандарты имеют преимущество в том, что они уже прошли испытания, но не всегда достаточно приспособлены к индивидуальным условиям. Внешние стандарты часто отсутствуют в практике, но при их наличии должны приниматься во внимание специфические условия ЛПУ или его подразделения.

### ***5.1. История стандартизации в отечественной и зарубежной медицине***

В российском здравоохранении последних лет по неизвестной для большинства медицинских работников причине не существует единства качества и стандарта медицинской услуги. С одной стороны, ситуация по стандартизации в отрасли чрезмерно усложнена «ворохом» часто противоречащим друг другу распорядительных документов, с другой стороны, сами по себе работы по стандартизации неоправданно затянуты во времени. Создается впечатление, что в современном здравоохранении России отсутствует центр, где формируется идеология развития стандартизации в отрасли на среднесрочную, а самое главное, на долгосрочную перспективу.

#### ***Истоки стандартизации XX века***

Вся история развития отечества в течение XX века определила другой подход к взаимоотношениям стандартов и качества. Как известно, официальная история стандартизации в СССР началась в 1925 года, когда был создан Комитет стандартизации при Совете труда и обороны. Необходимость в государственном органе по стандартизации объяснялось разными причинами: развитием массового производства, необходимостью наведения порядка в конструкторской и технической документации, нуждами экспорта и др. Но одна из причин практически никогда не упоминается, хотя она была одной из важнейших и связана, как это на первый взгляд ни странно, с проблемой образования.

Войны и революции перемешали население России так, что от прежнего уклада, рабочего распорядка и трудовых навыков мало что осталось. С 1914 года — с начала первой мировой войны — и до конца гражданской миллионы людей, живших в России, ушли в небытие или попали в эмиграцию, поменяли место жительства и профессию в поисках лучшей жизни. Стране нужно было выходить из разрухи, строить новую экономику, проводить курс на индустриализацию. Для этого требовались люди, много людей. И они пошли на фабрики и заводы из российской глубинки — неграмотные, неподготовленные, не привыкшие к рабочей дисциплине. Нужно было очень быстро обучить всю эту массу, поставить к станкам, посадить за руль тракторов и автомобилей, научить пользоваться приборами и измерительным инструментом. Одним из средств промышленного всеобуча, передачи опыта, насаждения производственной дисциплины стали стандарты.

Дальновидные руководители тогдашней промышленности понимали, что только соблюдение установленных норм и правил, которые должны быть поняты, изучены, освоены, даст гарантию выпуска годной продукции. Поэтому так остро стоял вопрос

о пропаганде стандартизации, о пробуждении интереса к стандарту, о воспитании уважения к требованиям стандарта.

Для решения этой задачи и был создан журнал «Вестник стандартизации». И хотя в его названии не было слова «качество», проблема качества присутствовала на его страницах постоянно. Неудивительно, что такой подход к стандартизации инициировал разработку проблем, нашедших свое реальное воплощение значительно позже. Речь шла, например, о комплексной и опережающей стандартизации. «...Наши стандарты вынужденно учитывают, прежде всего, наше сегодняшнее устарелое производство, они являются стандартами-минимумами, на которых отнюдь нельзя успокоиться. Наряду с этим мы должны разработать план постепенного повышения качества продукции, его планомерного повышения, и тот минимум, который терпим для устарелого завода, совершенно недопустим для нового предприятия. ...Нам нужен не только стандарт-минимум, но и стандарт-максимум. Он должен служить основой для решения важных вопросов переоборудования старых или оборудования новых предприятий».

А вот рассуждения о комплексной стандартизации: «Взаимная зависимость одних стандартов от других явилась во многих странах одним из главных затруднений в работе, и практически это затруднение решалось компромиссным путем... Поэтому разработка всякого стандарта неизбежно связана с установлением определенной программы работ по стандартизации, предусматривающей некоторую группу стандартов, взаимно связанных и последовательно разрабатываемых». Время, когда это было написано, связано не только с индустриализацией, но и с духовным подъемом. Основная масса новой технической интеллигенции свято верила в идеалы социализма, стремилась найти наилучшие пути их достижения. Поэтому с неподдельным энтузиазмом вместе с социалистическим соревнованием начинает разворачиваться первая кампания борьбы за качество, оставившая о себе память во множестве публикаций, в том числе в «Вестнике стандартизации».

Буквально с первых шагов провозглашается: «Работа по стандартизации у нас является, прежде всего, стандартизацией качества продукции. В этой работе мы во многих отраслях выступаем пионерами, не имея возможности использовать опыт других стран».

На страницах журнала в названиях статей все чаще слова «стандарт» и «качество» стоят рядом. Комментируя итоги состоявшейся в Москве Первой всесоюзной конференции по качеству товаров широкого потребления, журнал в редакционной статье говорит о необходимости развернуть среди работников предприятий, выпускающих эту продукцию, массовое движение за качество. Это подтверждается примером из практики социалистического соревнования рабочих бригад на машиностроительных заводах. «Этот великолепный и вдохновляющий образец работы ведущей отрасли надо целиком перенести в обстановку и на предприятия легкой индустрии. Борьба с браком, борьба за качество должна создать «встречный стандарт» как массовое движение рабочих на производстве, чтобы превратить «встречный стандарт» в органическую часть встречного промфинплана».

На предприятиях создаются «ячейки стандартизаторов» — своеобразное общественное движение по типу движения рационализаторов и изобретателей. Если посмотреть на это явление глазами сегодняшнего специалиста по менеджменту качества, нетрудно прийти к выводу, что мы имеем дело с процессом непрерывных улучшений, т.е. прообразом стандарта ИСО 9000/2000. В научно-технической

периодике той поры, в том числе и в «Вестнике», рядом стоят слова «стандартизация» и «рационализация».

В выпускаемом параллельно журнале «Стандарт и качество продукции», рассчитанном на самую широкую аудиторию, регулярно печатались популярные статьи Н.А. Семашко и Г.М. Кржижановского. Велась пропаганда идей стандартизации, агитация за развертывание всенародной борьбы за качество, экономического подхода к стандартизации.

Дальнейшая судьба союза «стандартов» и «качества» не столь безоблачна. Происходит разрыв на долгие годы, хотя формально зависимость качества от стандартов закрепляется даже в постановлениях правительства. Первым из них было Постановление Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров Союза ССР об уголовной ответственности за выпуск недоброкачественной продукции и за несоблюдение стандартов от 23 ноября 1929 года. Позже был принят еще ряд аналогичных документов.

В СССР, с одной стороны, насаждалось уважение к стандартам, с другой — рождался страх перед стандартами. У многих возникало желание принизить требования стандартов, чтобы облегчить жизнь производителям товаров и услуг. Это не могло не поколебать сложившуюся систему связей стандартов и качества. О формировании опережающих (перспективных) стандартов вскоре уже не могло быть и речи. Применяемые в последующее время в СССР аналоги стандартов в виде ОСТов, а позже ГОСТов уже содержали такие требования, которые проще было выполнить в реальных условиях отстающего от мирового уровня производства товаров и услуг.

Это находило свои объяснения в желании руководителей страны занять в мире ведущие позиции по отдельным направлениям производства товаров и услуг. Свойственный экономике народного хозяйства тех лет экстенсивный путь развития вел к тому, что в оценках работы отраслей первое место занимали количественные показатели (производство чугуна и стали на душу населения, единиц станков, количество ЛПУ, коек в них и т.п.). А какой уровень качества произведенных товаров и услуг, особенно услуг в здравоохранении, становилось делом второстепенным.

Стандарт в царстве количества волей-неволей становится статичным, чуть ли не тормозом развития... С конца 30-х и до конца 50-х годов в СССР из лексикона специалистов по стандартизации исчезает понятие «опережающий стандарт», не говорится и о стандарте, как двигателе прогресса. Все это вернется позже...

А пока в целях усиления борьбы с выпуском недоброкачественной продукции и нарушением установленных стандартов Центральный Исполнительный Комитет и Совет Народных Комиссаров Союза ССР постановляют: «...На основании второй части статьи 3 Основных начал уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик предложить Центральным Исполнительным Комитетам союзных республик предусмотреть в уголовных кодексах»:

1. За массовый или систематический выпуск из промышленных и торговых предприятий недоброкачественных изделий — лишение свободы на срок до 5 лет или принудительные работы на срок до 1 года.

2. За несоблюдение обязательных стандартов — лишение свободы до 2 лет или принудительные работы на срок до 1 года.

**В эти годы в практической деятельности учреждений здравоохранения многих стран мира разрабатывались и широко применялись различные системы стандартизации и качества. Причем в основном это касалось экспертных систем (систем проверок), которые внедрялись ранее, внедряются и будут внедряться в великом множестве вариантов анализа КМП. Часть из них, не пройдя проверки временем и практикой, сузила свои масштабы, другая часть применяется достаточно широко и эффективно. В целом их можно свести к ограниченному количеству подходов:**

анализ отклонения от установленной «нормы»;

многофакторный анализ деятельности ЛПУ или отдельного врача;

анализ структуры ЛПУ или системы здравоохранения;

анализ технологий ЛПУ или системы здравоохранения;

анализ результатов деятельности ЛПУ или системы здравоохранения;

анализ стоимости медицинских услуг;

анализ опроса населения, врачей, медицинского персонала и пр.;

анализ деятельности ЛПУ на основании скрининговых программ соответствия заданным критериям качества;

анализ деятельности ЛПУ по программе, составленной из комбинации перечисленных выше методов.

В конечном итоге те или иные подходы к анализу КМП предусматривают наличие определенных критериев, эталонов структуры, процесса и результатов деятельности медицинского учреждения, т. е. наличие стандартов.

Концепции стандартов или эталонов качества медицинской помощи населению лежат в основе методов анализа КМП. Стандарты могут быть выражены по-разному и иметь достаточное число модификаций в зависимости от того, какие элементы (компоненты, аспекты, параметры и т. д.) системы измеряются, в какой очередности, каким образом, какова взаимосвязь между тем, что измеряется, и тем, что считается адекватным. Некоторые элементы процесса оказания медицинской помощи измеряются в номинальной форме, т. е. стандарт выражен в проценте случаев, в которых этот элемент присутствует или отсутствует. Такой стандарт носит название структурного (pattern standard). Этим показателем, например, выражается летальность по стационару.

Некоторые элементы стандартов измеряются при помощи более сложной числовой шкалы, например, длительность лечения. Для таких элементов возможна разработка скалярных стандартов с учетом взвешенной средней, дисперсии вариационного ряда, формирования границ допуска (верхней и нижней) и т. п. Элементы, которые



оцениваются по их интенсивности: чем больше/меньше, тем хуже/лучше, например, показатели рождаемости, материнской и перинатальной смертности.

Стандарты (нормативы, правила) могут быть разработаны как для структуры, так и для процесса и результатов деятельности ЛПУ. Нормативы могут отражать физиологические и психологические аспекты деятельности и результатов. Такого рода стандарты могут быть соотнесены с затратами ресурсов при определении эффективности деятельности, что существенным образом повышает значимость контроля качества.

В середине двадцатого века стандартизация из сферы производства стала широко проникать в производство медицинских услуг. Опыт использования стандартов в промышленности показал, что сколько бы требований и норм ни было включено в стандарт, никогда нельзя быть уверенным в том, что учтены все факторы, определяющие функционирование данного объекта стандартизации в самых разнообразных условиях и в соответствии с индивидуальными нуждами потребителя. Что касается отрасли здравоохранения, то надежность системы стандартов медицинской помощи зависит от стольких составляющих, что только их перечисление займет не один час. Выход из ситуации заключается во внедрении аппарата статистики с применением методов теории вероятности. С помощью математических методов можно решить некоторые проблемы технологической стандартизации медицинских манипуляций, операций, методов терапевтического воздействия, просчитать вероятность наступления осложнений, создать статистические модели прогноза исхода тех или иных видов стандартизованных медицинских технологий и пр.

С позиций стандартизации, видимо, не следует рассматривать вопросы удовлетворения индивидуальных запросов каждого потребителя медицинских услуг. Регламентация технологий с этих позиций сегодня просто невозможна. Стандарты, которые бы учитывали все индивидуальные запросы, следует отнести к категории «идеальных стандартов».

Среди стран, наиболее активно работающих над созданием стандартов различного типа, следует назвать в первую очередь США, а затем развитые страны Европы. В Азии в вопросах технической стандартизации лидирует Япония. Россия не осталась в стороне от процессов стандартизации медицинской помощи, набирающих темпы за рубежом. Со времени внедрения «нового хозяйственного механизма» в здравоохранении и введения Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» начала разрабатываться система расчетов с медицинскими учреждениями по критериям DRG, которые в России принято называть КСГ (клинико-статистические группы).

На основе национальных стандартов создается механизм международной стандартизации через Международную организацию стандартов. Большинство развитых стран принимают международные стандарты за основу, внося в них необходимые коррективы, зависящие от национальных особенностей.

Основной целью внедрения механизмов стандартизации явилось исключение немотивированных расходов назначений врачей и статистическую оценку результатов лечения. Признано, что наиболее важным свойством стандартов КСГ (DRG) как измерителей медицинского обслуживания потребителей становится наличие статистически устойчивой связи между потреблением ресурсов и

полезными промежуточными и конечными результатами деятельности медицинских учреждений.

### ***Стандартизация – основа повышения качества медицинской помощи***

Стандартизация, по определению Международной организации по стандартизации, есть деятельность, заключающаяся в нахождении решений для повторяющихся задач в сфере науки, техники, экономики и др. Стандартизация необходима:

- для реализации преемственности результатов диагностических и лечебных акций, которые выполнены в различных ЛПУ при оказании поэтапной медицинской помощи;
- для сравнения результатов аналогичных акций, выполненных в других аналогичных ЛПУ других категорий и в других территориях;
- для адекватности статистики, как инструмента регулирования стандартов по результатам его применения и т.д.

Сегодня на многих предприятиях страны используются принципы управления качеством продукции, соотносимые с моделью Тейлора в промышленном производстве. Ключевой элемент всех моделей управления качеством в здравоохранении - стандарт медицинской помощи. Медицинские услуги – это наиболее сложный объект стандартизации. Они имеют ряд особенностей по сравнению с другими услугами: индивидуальный характер, врачебную тайну, информированное согласие, своевременность и условия оказания услуги (гигиенические, психологические и другие).

Субъектом стандартизации медицинских услуг стал в первую очередь сам врач-клиницист. На первом этапе медицинский стандарт определяли как согласованный и утвержденный объем лабораторных и функциональных исследований, необходимый для диагностики заболеваний, объем медикаментозного и оперативного лечения в соответствии с современным уровнем развития медицинской науки.

В ЛПУ современной России используются 4 уровня стандартов: международные, федеральные, административно-территориальные, стандарты отдельных учреждений и медицинских ассоциаций.

Позже появилась необходимость оценки экономической эффективности медицинской помощи. В связи с этим были разработаны новые стандарты применительно к российскому здравоохранению и названы медико-экономическими стандартами. МЭС представляют собой унифицированные эталоны гарантированного объема диагностических, лечебных и профилактических процедур, а также требований к результатам лечения конкретных заболеваний с учетом категорий сложности (трудозатрат) и экономических нормативов.

В 1996 году Минздравмедпромом России были разработаны «временные отраслевые стандарты объема медицинской помощи». Однако уже через некоторое время был выявлен ряд недостатков, что затруднило их успешное внедрение в практическое здравоохранение. В 1998 году к разработке протоколов ведения больных (гастроэнтерологии, наркологии, пульмонологии) были привлечены ведущие специалисты в этих областях практического здравоохранения и медицинской науки. Протоколы ведения больных представляют собой нормативные документы, определяющие требования к технологии выполнения медицинской

помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом и при определенной клинической ситуации. Министерством здравоохранения при этом предписывалось организовать работу подведомственных лечебно-профилактических учреждений в соответствии с разработанными к данному моменту протоколами.

В 1998 г. МЗ России, Федеральным фондом ОМС и Госстандартом России была разработана и утверждена Программа работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении. В Программе определен перечень первоочередных нормативных документов по стандартизации в здравоохранении, которые должны быть разработаны в ближайшие годы, определены основные исполнители Программы и утверждена Дирекция программы. Разработка нормативных документов осуществляется по 16 основным группам.

Так, по группе «Общие положения» с целью упорядочения разрешительной деятельности разработано Типовое положение о территориальном лицензионно-аккредитационном органе. По группе «Требования к организационным технологиям в здравоохранении» Минздравом РФ издан и Минюстом зарегистрирован приказ, утверждающий новый перечень видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию. Совершенствуется подготовка требований по лицензированию каждого вида деятельности.

Реализация работ по группам «Общие положения» и «Требования к организационным технологиям» заключалась в разработке порядка рассмотрения и утверждения документов по стандартизации и в создании Экспертного совета при МЗ РФ по рассмотрению проектов нормативных документов. В состав Экспертного совета вошли не только представители министерства, Федерального фонда ОМС, Госстандарта России, но и ведущие ученые и практики в области медицины, представители профессиональных медицинских ассоциаций. Установлен единый порядок по разработке, рассмотрению и утверждению документов по стандартизации в отрасли.

При реализации программных работ «Требования к техническому оснащению медицинских учреждений» и «Требования к персоналу» разработано оснащение лабораторных служб; разрабатывается классификатор специальностей в здравоохранении и таблицы оснащения медицинских учреждений.

Реализация программных работ группы «Классификация и систематизация медицинских услуг и требования к оснащению медицинских услуг» включает в себя разработку следующих нормативных документов:

- «Классификатор специальностей в здравоохранении».
- «Специальность в здравоохранении. Общие требования».
- «Протоколы ведения больных с основными заболеваниями».
- «Формулярный справочник».
- «Технологии выполнения простых медицинских услуг».
- «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».
- «Табель оснащения медицинских учреждений».
- «Лицензирование, аккредитация и сертификация в здравоохранении».

Реализация программы работ группы «Требования к лекарственному обеспечению», кроме вопросов, непосредственно связанных с лекарственными препаратами, предусматривает:

- внедрение и оценку разработанных протоколов ведения больных;
- разработку критериев и методологии оценки качества МП в регионе и в отдельном медицинском учреждении;
- привлечение широкой общественности к разработке и внедрению нормативных документов.

По группе «Требования к персоналу» приказами Минздравсоцразвития РФ утверждены профессиональные требования и квалификационные характеристики по врачебным и сестринским специальностям. Разработана система допуска специалистов к медицинской деятельности, а также порядок сертификации медицинских и фармацевтических работников. Таким образом, определены принципы, требования и направления дальнейшей работы в области стандартизации в здравоохранении.

В последние годы в медицине активно внедряются стандарты, соответствующие международным (стандарты ИСО серии 9000/2000). Наиболее эффективно внедряются стандарты ИСО в стоматологии. На июль 2003 г. из 64 государственных стандартов в отечественной стоматологии 24 (37%) являются одновременно и стандартами ИСО.

В процессе обеспечения качества медицинской помощи важная роль отводится индикаторам качества медицинской помощи, объективно отражающим ее результат и позволяющие контролировать отклонения на основных этапах процесса диагностики и лечения. В России стали активно использоваться показатели (индикаторы) качества, используемые в практике развитых зарубежных стран, в частности показатели качества Мэрилендской ассоциации госпиталей, которая включает в себя более 1000 госпиталей. Показатели качества включают 15 показателей, постоянный мониторинг которых позволяет на практике оценивать качество медицинской помощи. С 1996 года эта система оценки показателей стала активно использоваться в Центральной клинической больнице при Управлении делами Президента.

В целом, характеризуя стандартизацию и обеспечение качества медицинской помощи, можно отметить, что она является, несомненно, более прогрессивной формой менеджмента качества по сравнению с профессиональной моделью и изолированным контролем показателей деятельности стационара, что выражается в уменьшении стоимости лечения при сохранении или даже некотором повышении его клинической результативности. Однако принцип массового инспекционного контроля, предусматривающий выявление и наказание виновных, приводит к развитию антагонистических отношений между администрацией и персоналом. По некоторым данным, не более 18% дефектов качества связаны с персоналом, остальная же часть обусловлена неправильной организацией управления качеством. Администрация ЛПУ же не всегда готова признать свои ошибки и приложить усилия на совершенствование организации лечебно-диагностического процесса.

Ощутимый прогресс в области нормотворчества стандартизации в здравоохранении контрастирует с крайне слабым практическим применением нормативных документов и разработок Минздрава РФ и профильных НИИ. Причины этого:

- нерешенность многих правовых вопросов, связанных с использованием (последствиями использования) протоколов ведения больных и других стандартов;
- недостаточное ресурсное обеспечение здравоохранения, не позволяющее выполнить протокол (в первую очередь лекарственное обеспечение);
- экономическое противоречие между различными субъектами здравоохранения.

Представляется целесообразным при создании системы менеджмента качества в медицине за основу взять систему качества, сертифицированную по стандартам ИСО серии 9000 и подобрать каждому элементу этой системы аналогичные в структуре медицинской деятельности.

Со времени реализации системы ОМС на Дальнем Востоке, т.е. с 1993 года, большинство ЛПУ территорий ДВФО функционировали в договорных отношениях с филиалами территориальных фондов ОМС, исполняющих роль страховых медицинских организаций или со страховыми медицинскими организациями в рамках разработанной системы стандартизации и тарифной политики. К сожалению, с 1993 года по настоящее время показатели качества, доступности и эффективности медицинской помощи дальневосточникам, застрахованным в системе ОМС, повсеместно ухудшились.

В этот временной отрезок деятельность большинства ЛПУ территорий ДВФО, работающих в системе ОМС, регламентировалась упрощенным вариантом стандартов КСГ, что стимулировало «повальную» госпитализацию пациентов амбулаторного профиля, поскольку практически не финансировалась профилактика. Система ОМС оплачивала преимущественно лечебные услуги ЛПУ, и последним было «выгодно» было иметь больше больных. Проверки, проводимые как органами управления здравоохранения, так и территориальными фондами ОМС и СМО, выявляли от 12 до 32% пациентов, отпущенных из стационаров с пятницы по понедельник, т. е. пациентов, не получающих стационарного лечения 2–3 дня в неделю и являющихся, по сути, пациентами амбулаторного профиля. В то же время мнение медицинских экспертов, базирующееся на многих тысячах проведенных экспертиз страховых случаев, указывает на то, что эта цифра по отдельным стационарам городов Дальнего Востока занижена. Поскольку экономической оценки этому явлению не дается, то администрация поликлиник легко перекладывают на стационары часть своей работы, а администрация стационаров «не замечает» того, что значительная часть коечного фонда функционирует впустую. Компенсаторным механизмом в этой ситуации является скорая медицинская помощь, валовые показатели услуг которой в регионе за последние годы имеют тенденцию к росту и превышают стандартные нормативы на 25-30%.

Еще одним серьезным недостатком внедрения оплаты «за пролеченного больного» является необходимость проведения экспертизы обоснованности госпитализации в достаточно широких масштабах, что привело к дополнительным расходам на экспертизу КМП как органов управления здравоохранения, так и СМО.

Медицинские услуги – наиболее сложный объект стандартизации. Необходимость стандартизации медицинских услуг была обусловлена потребностью здравоохранения и систем медицинского страхования. Субъектом стандартизации медицинских услуг стал в первую очередь сам врач-клиницист. На первом этапе медицинский стандарт определяли как согласованный и утвержденный объем лабораторных и функциональных исследований, необходимый для диагностики заболеваний, объем медикаментозного и оперативного лечения в соответствии с современным уровнем развития медицинской науки.

Многие специалисты, работающие по программам обеспечения повышения уровня КМП, отдают предпочтение специальным формам регистрации и оценки (протоколам и алгоритмам) деятельности и методам принятия клинических решений. Алгоритмы отражают логику последовательности процесса принятия решения на основе данных множества диагностических процедур, вероятности проявлений особенностей в течении заболевания и внесения корректив в лечебно-диагностический процесс. Принятие решений таким образом предполагает построение «дерева» целей и «дерева» решений.

Алгоритмы широко применяются в системе подготовки и переподготовки медицинского персонала и врачей. Внедрение системы протоколов (алгоритмов) и формализованных методов в медицинскую практику наталкивается на усиленное противодействие со стороны врачей. Тем не менее, в определенных областях оказания медицинской помощи населению система алгоритмов получила широкое распространение, это, прежде всего диагностика и терапия неотложных состояний, диабетология, кардиология, гематология и пр. Принципы алгоритмов можно использовать в виде математических уравнений в процессе принятия клинических решений. Степень вероятности с учетом чувствительности диагностических тестов может быть также выражена математическими формулами. Использование этого подхода в принятии решений относительно отдельных категорий пациентов отражено в работах по ретроспективной оценке качества с помощью метода картирования критериев («criteria mapping»).

Алгоритмическая логика, которой следовали врачи при оценке развития болезни, формализована в анализе лечебно-диагностических мероприятий. Одна из положительных сторон использования алгоритмики — возможность проведения индивидуальной оценки клинических данных; эта методика устраняет основные трудности, обусловленные применением критериев оптимальной медицинской помощи. Оценка по алгоритмам целесообразна также в отношении неспецифических симптомов, таких, как боль в груди, боль в пояснице, расстройство стула и пр. Вполне возможно, что дальнейшее накопление опыта подготовки клинических решений повысит достоверность и обоснованность методов оценки технического качества оказания медицинской помощи.

Многолетний личный опыт работы в качестве консультанта в Хабаровском краевом бюро судебно-медицинской экспертизы, затем в краевом фонде ОМС и департаменте здравоохранения администрации края позволяет сделать заключение, что вопросы технического качества в деятельности врача не всегда дают исчерпывающую характеристику качеству его работы, поскольку непосредственно связаны с профессиональными навыками. Профессиональная же готовность врача обеспечивать качественную работу определяется более широкими категориями, чем знания и навыки. В этом смысле имеет большое значение деонтологическое содержание его профессиональной деятельности, весь комплекс ответственности и

обязанностей врача по отношению к больному. Поэтому анализу данных «нетехнических» аспектов деятельности врача в проблеме оценки и обеспечения КМП отводится особая роль. В некоторых экспертных случаях бывает трудно определить приоритет нарушений, повлиявших на исход заболевания.

В целом деятельность врача в последние десятилетия наиболее часто оценивается по данным, полученным при анализе медицинской документации, а в некоторых случаях по данным специально созданных формализованных документов (карт экспертного контроля). Конечно, анализ истории болезни стационарного больного даст больше материалов для экспертного заключения, чем анализ амбулаторной карты, которая имеет, как правило, недостаточно сведений для анализа. Экспертиза деятельности врачей первичной медико-санитарной помощи и врачей узких специальностей, работающих преимущественно в амбулаторных ЛПУ, с этой точки зрения весьма затруднена.

И все-таки экспертная оценка, в основе которой лежит сравнение фактически оказанной медицинской помощи с помощью, которая могла бы быть оказана в «идеальных условиях», т.е. в условиях стандарта, имеет ряд преимуществ перед другими оценками КМП. В конечном счете экспертные оценки деятельности врача относятся к наиболее простым, доступным и наиболее приемлемым методам выявления недостатков оказания медицинской помощи населению, хотя и не могут быть использованы для определения точных параметров эффективности, анализа контура «затраты-результаты».

В России в течение многих лет при анализе КМП практически не рассматривался важный компонент уровня качества (а при многих болезнях основной): уход за больными, точнее, выхаживание больного. Практически отсутствует система стандартизации ухода за больным. В то же время, если чисто механическим способом отделить «уход» от лечения, то это приведет к обособлению стандартов. Формирование правил или нормативной основы лечения и ухода за больными предполагает выявление и оценку всех особенностей этой работы, причем не с профессиональной позиции, а с позиции пациента и принятых в обществе морально-этических норм.

Методологически оценка КМП по уходу в последние годы сводится к определению объемов и структуры работы по уходу за больными, ее результатов, т. е. оценивается качество деятельности, увязанное с затратами ресурсов и результатами или эффектами изменения состояния здоровья. К сожалению, в течение последних десятилетий в России система ухода за больными в силу низкой профессиональной подготовки медицинских сестер, снижения их числа по отношению к числу врачей, привлечение медицинских сестер к уборке помещений и т. п., практически отсутствует. Это оказывает существенное влияние на уровень КМП, в первую очередь, в ЛПУ стационарного профиля.

Содержание сестринского дела менялось с течением времени так же, как менялись запросы общества и условия жизни. На совещании представителей Международного совета сестер, проходившем в 1987 г. в Новой Зеландии, было принято следующее определение: «Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Такая помощь оказывается

медицинскими сестрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где есть в ней потребность».

До последнего времени уход за больными в значительной степени носил интуитивный, или эмпирический, характер. Путем проб и ошибок сестра находила средства, которые должны были помочь пациенту, и многие сестры становились профессионалами благодаря накапливающемуся опыту ухода за больными. Ранее сестринское дело получало научную основу либо из области лечебного дела, либо из физиологии, биологии. Сейчас во всех экономически развитых странах сестринское дело стремится создать собственную, уникальную структуру знаний.

Поэтому с 1996 г. по инициативе Межрегиональной ассоциации медсестер России, при поддержке МЗ РФ и участии World Vision International (WPI) United States Agency for International Development (USA ID) начато создание стандартизированных технологий (стандартов) практической деятельности медицинской сестры. Объектами стандартизации были технологии выполнения простых и сложных медицинских услуг. Выполнение стандартов множества простых сестринских технологий позволяет значительно сократить число внутрибольничных инфекций. Своевременное обучение пациентов позволяет предупредить многие серьезные осложнения (например, обучение пациентов, страдающих сахарным диабетом, уходу за катетерами, комплексу физических упражнений для стоп, выявлению признаков гипогликемии, гипергликемии и кетоацидоза, самопомощи).

Необходимость внедрения в практическое здравоохранение принятых Межрегиональной ассоциацией медсестер России стандартизированных технологий нашла свое отражение в проекте Государственной программы развития сестринского дела в РФ. Следует предвидеть, что это будет трудный процесс в сегодняшних социально-экономических и политических условиях. В отрасли формируется процесс реальной убыли численности сестринского персонала как в стационарных, так и в амбулаторно-поликлинических ЛПУ относительно численности врачей.

## ***5.2. Общие подходы к стандартизации в здравоохранении***

Концепции стандартов или эталонов качества медицинской помощи населению лежат в основе методов анализа КМП. Стандарты могут быть выражены по-разному, и иметь достаточное число модификаций в зависимости от того, какие элементы (компоненты, аспекты, параметры и т.д.) системы медицинской помощи измеряются, в какой очередности, каким образом, какова взаимосвязь между тем, что измеряется, и тем, что считается адекватным. Некоторые элементы процесса оказания медицинской помощи измеряются в номинальной форме, т.е. стандарт выражен в проценте случаев, в которых этот элемент присутствует или отсутствует.

Для эффективного управления качеством медицинской помощи во всех без исключения ЛПУ, независимо от их мощности и формы собственности, необходима реализация идеологии СКТП - статистического контроля технологических процессов.

С позиций стандартизации, видимо, не следует рассматривать вопросы удовлетворения индивидуальных запросов каждого потребителя медицинских услуг. Регламентация технологий с этих позиций сегодня просто невозможна. Стандарты, которые бы учитывали все индивидуальные запросы, следует отнести к категории «идеальных стандартов».



В последние годы создание стандартов из прерогативы медицинских работников постепенно трансформируется в коллективное творчество врачей, экономистов, математиков-системщиков, причем последние стали изучать здравоохранение как быстро растущего потребителя валового национального продукта, и с помощью стандартизации пытаются снизить расходы системы здравоохранения. На основе национальных стандартов создается механизм международной стандартизации через Международную организацию стандартов. Большинство развитых стран принимают международные стандарты за основу, вносят в них необходимые коррективы, зависящие от национальных особенностей.

В результате активной деятельности по стандартизации медицинской помощи как у нас в стране, так и за рубежом за последние десятилетия разработаны и внедрены сотни и тысячи различных стандартов. В силу того, что стандартизация в здравоохранении важна с точки зрения обеспечения анализа качества медицинской помощи, а число стандартов велико, следует общую характеристику стандартов представить в виде классификатора. По моему мнению, для практического применения наиболее целесообразно классифицировать стандарты по следующим направлениям:

***По обязательности выполнения требований различают:***

- рекомендательные стандарты (стандарты в виде методических рекомендаций, инструктивных писем и т. п., выполнение которых не требует жесткого следования одной раз и навсегда утвержденной методике, в их исполнении возможны варианты);
- законодательные стандарты (стандарты в виде законов, постановлений, приказов и т. п., обязательность выполнения которых приравнивается к силе закона).

***По уровню и общей иерархии системы применения различают:***

- локальные (стандарты, применяемые в одном или нескольких ЛПУ, или в пределах управления здравоохранения города, района);
- региональные (стандарты, применение которых ограничено регионом);
- национальные (стандарты, применяемые на уровне государства);
- международные (стандарты, применяемые на международном уровне).

***По видам различают следующие стандарты:***

- Стандарты на ресурсы здравоохранения (стандарты, в которых содержатся требования к основным фондам ЛПУ, кадрам, финансам, к используемым медикаментам, оборудованию и пр.). Стандарты на ресурсы здравоохранения разработаны достаточно глубоко и часто имеют силу закона, многие из них имеют национальный и даже международный уровень.
- Стандарты организации медицинских служб и учреждений (стандарты, в которых содержатся требования к системам организации эффективного использования ресурсов здравоохранения). Они касаются систем управления, организации лечебного процесса, информационного обеспечения, систем контроля качества и безопасности медицинской помощи.
- Технологические стандарты (стандарты, регламентирующие процесс оказания медицинской помощи). Они могут носить рекомендательный и

законодательный характер и использоваться как локальный, территориальный и национальный стандарт.

- Стандарты программ медицинской помощи (эти стандарты регламентируют проведение комплекса мер, осуществляемых для отдельных групп населения, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии, условиям труда и пр.). Как правило, эти программы являются законодательным стандартом.
- Медико-экономические стандарты (эти стандарты сочетают в себе стандарт диагностики лечения в сочетании со стоимостью медицинских услуг). Они чаще могут носить рекомендательный характер и используются как локальные.
- Комплексные стандарты (набор структурно-организационных, технологических стандартов и стандартов организационных программ, регламентирующих деятельность определенной медицинской специальности или службы). В качестве примера комплексного стандарта можно рассматривать работу регионального МНТК «Микрохирургия глаза» в г. Хабаровске.

Наиболее распространенным и востребованным стандартом для оценки медицинской и экономической эффективности сегодня в мире признана система диагностически родственных групп (Diagnosis Related Groups - DRG). Эта система появилась в США, когда возникла проблема оплаты медицинской помощи по программе для пожилых людей (MEDICARE) и программе для малоимущих (MEDICAID).

Группа исследователей из Йельского университета под руководством проф. Роберта Фиттера создала систему классификации пациентов по группам, одинаковым по характеру патологического процесса и уровню потребления больничных ресурсов, следовательно, и по стоимости лечения. Им удалось с помощью оригинальной программы группировки данных о госпитализации на ЭВМ (интерактивная система «autogrup») реализовать идею формирования однородности DRG. Если в начале работы реализовывалась идея оценки сроков лечения и определения стандартов в работе организаций профессионального контроля, то в последующем формирование групп производилось преимущественно медико-демографическим и, в меньшей степени, по клиническим признакам. Основным принцип группировки базировался на том, что сроки лечения рассматривались в качестве зависимой переменной от основного диагноза, наличия/отсутствия сопутствующих заболеваний или осложнений, возраста, пола, проведения хирургических операций.

Система создана на основе анализа нескольких миллионов медицинских документов больных, каждой DRG присвоен весовой коэффициент сложности лечения пациентов, что позволяет определить уровень использования ресурсов и стоимость лечения (Cost Weight).

Система DRG широко используется в США, некоторых странах Европы, Азии и Австралии для сравнительного анализа деятельности больниц на региональном, национальном и международном уровнях. В Европе несколько международных организаций (Совет Европы, Организация экономического сотрудничества и развития, Европейское бюро ВОЗ, Европейский союз, Европейский комитет по системам классификации больных и Европейский комитет по стандартизации) стимулируют исследования по внедрению DRG в практическую деятельность больниц, кроме того, начали работать два международных проекта по изучению внедрения системы DRG в Европе — проекты Case Mix and Severity и Case Mix and

Resource Management. Во Франции DRG получили наименование однородных групп пациентов (Groups Homogenes de malades). Министерство социального развития утвердило применение собственного классификатора объединенных нозологий для формализации эпикризов и перехода за счет этого к автоматизированной обработке медицинской информации. С помощью сопоставления потоков информации о госпитализации в сгруппированном виде и характеристик использования больничных ресурсов появилась реальная возможность эффективного использования последних. Эта система носит название PMSI (Le projet de medicalisation du systeme d'information).

Похожие проекты внедряются в Швейцарии, ФРГ, Бельгии и других странах. В Японии в основу классификатора положены не нозологические критерии, а лечебно-диагностические процедуры, измеренные в баллах (1 балл по стоимости примерно равен 10 иенам). В Англии подобного рода информационная система разрабатывается в рамках проекта CASPE (Clinical Assountability Science Planning and Evaluation Research) в Лондонском институте гигиены и тропической медицины с целью адаптации американских методик. Результаты подтвердили возможность перехода к использованию DRG в автоматизированной системе контроля качества и эффективности.

Сам принцип построения системы DRG является отражением национальной системы оказания медицинской помощи США, и механический перенос этой системы в другую страну невозможен. Однако основой для разработки национальных версий DRG служит классификация, разработанная и принятая в США в 1982 году. Принимая во внимание различную стоимость лечения пациентов хирургического и терапевтического профиля, большинство ОДК-основных диагностических категорий разделено на два класса — хирургический и терапевтический, где DRG хирургических больных определяется объемом оперативного вмешательства, DRG терапевтических — по основному диагнозу при поступлении в больницу. При производстве нескольких операций затраты определяются по стоимости наиболее сложной из них, а степень сложности определяется по специально созданному классификатору.

### ***Управление и стандартизация***

Трансформация государственной системы управления здравоохранением в России, системы ранее действующих жестких вертикальных отраслевых систем централизованного ресурсного обеспечения (финансового, лекарственного, материально-технического и др.) поставили ЛПУ лицом к лицу с рыночной системой предложения ресурсов. Это автоматически потребовало от ЛПУ интенсивного создания собственных систем маркетинга, мониторинга, статистического анализа, прогнозирования, оперативного принятия оптимальных ресурсосберегающих решений и т.п. Каждый из них на своем уровне должен сегодня выстраивать свою стратегию по нескольким направлениям. В том числе:

- В прогнозировании потребности населения в медицинской помощи по ее видам, объемам, географического положения и медико-демографической ситуации, структуры населения и т.п.;
- Определения своих возможностей в гарантированном удовлетворении имеющимися медицинскими технологиями прогнозируемого спроса на медицинскую помощь при условии соблюдения прав населения на ее доступность, своевременность и качество;

- В определении своих потребностей в соответствующих ресурсах при обеспечении принятых объемов медицинской помощи (кадрами, медицинским и вспомогательным оборудованием, лекарственными средствами, материалами и т.п.), с тем чтобы, в свою очередь, оценить соответствие сформированного спроса предложению (возможностям) рынка медицинских услуг для его удовлетворения;
- В оценке адекватности поступающих финансовых ресурсов для выстраивания своей политики как в привлечении альтернативных источников для выполнения своих программ, так и в ликвидации причин неэффективного их использования.

Все указанные аспекты стратегии несут в себе извлечение и обработку огромного количества соответствующей, заранее стандартизированной, достоверной как внутренней, так и внешней информации. Это также требует расчета и поиска удовлетворения потребностей в информационном обеспечении выбранных стратегий соответствующими кадровыми, программно-техническими и др. ресурсами. Таким образом, неотвратимо возникает спрос каждого субъекта управления здравоохранением на каждом уровне на эти виды стратегических ресурсов долговременного и многократного использования.

Отсутствие соответствующей подготовки и опыта руководителей медицинских учреждений в создании и ведении новых технологий управления, порождают множество дополнительных проблем.

При наличии скудных интеллектуальных и финансовых собственных ресурсов ЛПУ либо отказываются от реформ, либо прибегают к упрощенным «косметическим» методам решения таких наукоемких и затратных проблем, к каким относятся современные технологии управления качеством продукции. Иногда они интегрируются в корпорации субъектов (не только здравоохранения) одного уровня по горизонтали на соответствующей правовой основе и при координации соответствующими ассоциациями пользователей для более эффективного использования части своих ресурсов. Отдельные из них вынуждены переносить решение сложных проблем снова «наверх». В последнем случае следует понимать, что необходимым условием здесь становится делегирование управленцам здравоохранения стратегических фундаментальных технологических, технических, методических и правовых разработок в виде отраслевых систем долгосрочного планирования, стандартизации, информатизации и т.п.

Отсутствие выверенной стратегии в любой системе может, с равной вероятностью, переводить ее из одного экономического тупика в другой, поэтому задачи эффективного реформирования системы управления качеством медицинской помощи населению Хабаровского края, по нашему мнению, могут оказаться неподъемными для управляющих структур отрасли. Это связано с тем, что сбор и анализ информации для осуществления эффективного управления службой проводится в рамках давно устаревших критериев и «правил» без применения современных средств коммуникаций. Однако применение компьютерной техники и современных средств связи в современных условиях решают только часть требований к тактической управляющей информации.

Следует заметить, что процессы нахождения исходных первичных данных являются ключевыми при создании систем управления качеством производства продукции, ибо они обеспечивают главные показатели информации – оперативность ее

изначального формирования, достаточность, распознаваемость и непротиворечивость. Эффективность функционирования информационных систем напрямую зависит от стандартизации не только систем измерения и принятия решений, но и самих процессов управляемой системы и их показателей.

Стандартизация по определению ИСО есть деятельность, заключающаяся в нахождении решений для повторяющихся задач в сфере науки, техники, экономики и др., направленных на достижение оптимальной степени упорядоченности в определенной области.

Совокупность субъектов, представляющих медицинскую помощь населению, в частности система ОМС, а также другие структуры, прямо или косвенно связанные между собой, нуждаются в информации, во многом сходной по содержанию и структуре, но добываемой ими в настоящее время без должной координации. В этой связи вопросы стандартизации выходят по своей значимости на ведущее место в управлении системой медицинской помощи населению.

Таким образом, стандартизация необходима:

- для реализации преемственности результатов диагностических и лечебных технологий, выполненных в различных ЛПУ;
- для сравнения результатов диагностических и лечебных технологий, выполненных в других аналогичных ЛПУ и в других территориях;
- для адекватности статистики как инструмента регулирования стандартов по результатам его применения и т.д.

Необходимо точно определить, какие данные нужны и почему необходимо иметь подробные модели объектов, процессов, обеспечения и результатов, нужно знать не только об отклонениях качества результатов от заданных значений, а также указать технологические причины ошибок и дефектов для внесения необходимых корректив.

Однако высококачественной информации, например, о результатах экспертизы КМП и выработки управляющих решений недостаточно для существенного повышения качества и эффективности медицинской помощи. Необходимо обеспечить способность системы медицинской помощи (ее элементов) к регулированию и управляемости через реформирование (замену) неуправляемых элементов. Например, снижение качества работы системы прогнозируется в случаях, если субъект или его подразделение некомпетентны или не заинтересованы в достижении высоких результатов. Это имеет место в реальной ситуации, сложившейся в отрасли здравоохранения Хабаровского края в последние годы, когда эксперты территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций выполняют ежегодно многие десятки тысяч экспертиз, затрачивая значительные финансовые ресурсы на ее проведение, ни на шаг не продвинулись по пути улучшения качества медицинских услуг застрахованным.

Почему это происходит? Причина «топтания на месте» с одной стороны заключается в том, что сама по себе экспертная работа до сих пор не достаточно стандартизована, не опирается на согласованную систему стандартов качества, а с другой стороны ЛПУ не имеют «материального интереса» в бездефектной работе. Если система экспертной работы территориального фонда ОМС и СМО сегодня не имеет способности регулироваться или управляться, то ей остается тратить

большие усилия на оправдание своей деятельности, что и происходит в реальных условиях.

Разработка и распространение согласованных стандартов должно привести к контролируемости, регулируемости и управляемости качества функционирования системы медицинской помощи населению. Это создает предпосылки к переносу части финансовых расходов из системы страхования на самих пациентов с целью повышения их «чувствительности» к реальной стоимости своего лечения и повышению мотивации к здоровому образу жизни и профилактике заболеваний.

Существующая в отрасли здравоохранения тенденция периодического изменения терминологии и определений стандартизации, изменение или замена классификаций и классификаторов и т.п. создают неопределенность, неразбериху и смешивание понятий стандартизации. Для эффективного развития системы стандартизации в отрасли здравоохранения региона необходима, прежде всего, подготовка специалистов-профессионалов, а так же объединение усилий специалистов по стандартизации, вычислительному эксперименту, программированию и т.д. лечебно-профилактических учреждений, системы ОМС и структур Госстандарта России.

Структурные стандарты определяют для каждого конкретного процесса количественные и качественные показатели всех видов обеспечения этого процесса. Технологические стандарты определяют строгую последовательность выполнения процессов, включенных в технологию и регламентированных этими стандартами, а также маршруты направления результатов к нужным субъектам-потребителям этих результатов, в нужное место и в нужное время.

Для эффективности функционирования системы управления качеством медицинской помощи населению Дальнего Востока сегодня требуется выполнение следующих условий:

- наличие терминов и определений, технологических и структурных стандартов для всех уровней взаимодействия ЛПУ,
- наличие процессов измерения показателей результатов деятельности ЛПУ со всеми соответствующим видами обеспечения,
- наличие определенных причинно-следственных связей (корреляции) между степенью отклонения значений показателя результатов от заданных требований и степенью отклонения технологических показателей и показателей видов обеспечения процесса от стандартов,
- наличие процессов воздействий (положительных и отрицательных обратных связей) на результат или источник причин отклонений, которые должны создавать воздействия, прилагаемые в нужном месте управляемого процесса, в необходимом количестве и в нужное время.

На региональном уровне необходима подготовка и принятие нормативно-распорядительных документов, в которых следует определить и закрепить обязанность ЛПУ, как производителя медицинских услуг, составлять требуемые стандартные отчеты о результатах лечения и т.п. Эффективность этого трудно переоценить, так как решаются многие вопросы учета, прогнозирования, экспертизы, управления и регулирования как качества медицинской помощи, так и эффективности деятельности ЛПУ.

Эти потребности во многом возрастают в связи с организацией работ по стандартизации в здравоохранении, определенных совместным Приказом МЗ РФ и Федерального фонда ОМС от 19.01.98 г. № 12/2, направленного на реализацию Решения Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственного комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации и Совета исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования от 03.12.97г.

№ 14/43/6-11 «Об основных положениях стандартизации в здравоохранении».

### **5.3. Разработка и применение стандартов при производстве медицинских услуг**

Возрастающее значение медицинских стандартов обусловлено необходимостью обозначения ведущих ориентиров в процессе совершенствования медицинской помощи, самоконтроля в деятельности медицинского работника, обеспечения защиты населения от некачественного медицинского вмешательства, формирования адекватного ресурсного обеспечения.

Определение сущности процесса стандартизации в медицине является одним из важнейших вопросов концепции современной структуры управления здравоохранением. Однако вопрос об объектах стандартизации в отдельных секторах производства медицинских услуг до сих пор окончательно не решен. «Концепция стандартизации в сфере медицинских услуг населению», предложенная Министерством здравоохранения Российской Федерации, предлагает решение этого вопроса - систему комплексной стандартизации медицинских услуг в Российской Федерации.

Рассматривая систему комплексной стандартизации, следует уточнить определение стандарта. Стандарт – это образец, которому должно соответствовать, удовлетворять что-нибудь по своим признакам, свойствам, качествам, а также документ, содержащий в себе соответствующие сведения. В последние годы в реальных условиях отрасли здравоохранения ДВФО чаще всего при обсуждении проблемы стандартизации рассматриваются технологические стандарты, другие категории стандартов (структурные, экономические, социальные и пр.), как правило, исключаются из обсуждения.

В частности, все реже обсуждаются стандарты основных производственных фондов и ресурсов ЛПУ, т.е. СНИПы, ГОСТы и ОСТы, по которым можно определить соответствие зданий медицинских учреждений, а также их частей предъявляемым требованиям. В условиях дальневосточного региона значительная часть медицинских учреждений расположена в приспособленных зданиях и не обеспечена достаточным уровнем медицинской техники.

Вопрос оснащения того или иного ЛПУ лечебно-диагностической аппаратурой различных классов должен рассматриваться в разделе «Классификация и систематизация компонентов медицинских услуг, требования для оценки лечебно-диагностического потенциала учреждений здравоохранения». На наш взгляд, необходимо ввести класс стандартов оснащенности всех типов медицинских учреждений, в том числе и частных, в соответствии с классификатором Минздравсоцразвития РФ.

Что же относительно стандартизации технологического компонента обеспечения качества в здравоохранении, то здесь, прежде всего, следует уточнить общие положения о технологии производства товаров и услуг.

Понятие «ТЕХНОЛОГИЯ» трактуется в практике общения людей неоднозначно и имеет различное толкование. В переводе с греческого («технос») технология определяется как искусство, мастерство, умение, плюс логика, иначе – совокупность приемов и способов обработки и переработки различных сред. Дисциплина, изучающая эти явления, также получила название «Технология» и представляет собой совокупность приемов получения новых знаний о процессах обработки (переработки) различных сред. Общность подхода к предмету исследования в технологии предопределила и расширение видов обрабатываемых (перерабатываемых) сред, к которым стали относить не только материальные ресурсы (металл, химические вещества, растительную продукцию, в том числе дерево, пластмассы, стекло, минеральное сырье и т.п.), но и нематериальные ресурсы (информацию, проектные и научные разработки, искусство, законотворчество, управление, финансовые, страховые, медицинские услуги и т. п.).

Задачей технологии является выявление физических, химических, механических, коммерческих, социальных, медицинских и прочих закономерностей о природе превращения обрабатываемых сред из одного вида в другой с целью определения и использования в широкой практике наиболее эффективных производственных процессов. Отражение их временных тенденций позволяет осуществлять прогнозирование направлений и темпов развития технологий и производства. Это направление в науке получило название технодинамика.

Понятие технология обычно рассматривается в связи с конкретной отраслью производства. Различают:

- технологию строительства;
- технологию химическую;
- технологию получения конкретного продукта;
- технологию проектирования и конструирования;
- технологию медицинскую;
- технологию обработки информации;
- технологию банковского и страхового дела;
- технологию продвижения и власти...

В результате осуществления технологического процесса в медицине, состоящего из совокупности технологических операций, происходит качественное изменение обрабатываемых сред (например, в стоматологии - зубов, дёсен, слизистой полости рта и т.п.), их формы, строения и потребительских свойств. Примером таких стандартов, по нашему мнению, могут являться различные «Руководства пользователю». Исходя из такого представления технологии, каждую из их множества можно считать производственной, т. к. любая из них предназначена для производства нового качества исходного материала. Но в зависимости от специализации ЛПУ как организационной формы производственного процесса, складывается определенный приоритет в технологии, (главная – основная, обеспечивающая – вспомогательная), ее развитии и лицензировании.



Технологии непрерывно обновляются по мере развития медицинской науки и практики. Основные тенденции развития современных производственных технологий в медицине составляют три основных направления:

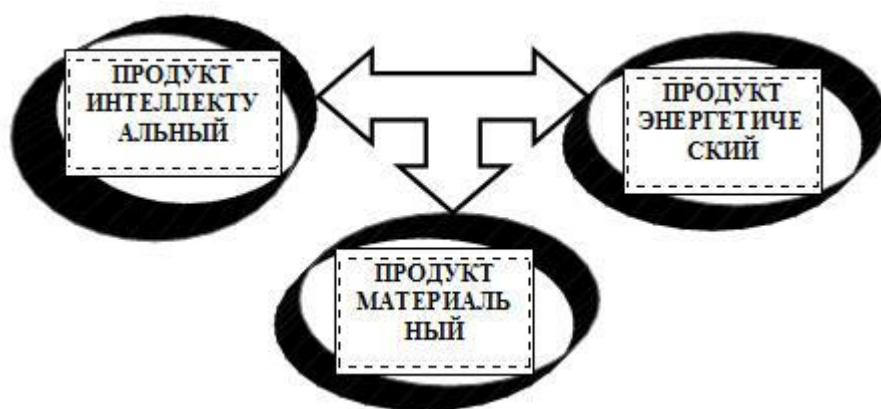
- переход от дискретных (циклических) технологий к непрерывным (поточным) производственным процессам как наиболее эффективным и экономичным;
- внедрение замкнутых (безотходных) технологических циклов в составе производства медицинских услуг как наиболее экологически нейтральных;
- повышение наукоемкости технологий «высоких» и «новейших» технологий в здравоохранении как наиболее приоритетных в бизнесе.

Результатом применения технологий в производственном процессе медицинских услуг является продукт (работа, услуга), как конечный результат производственной деятельности врача, обусловленный спросом на него.

В зависимости от этого, то есть от возможности использования продукта потребителем, различают три их вида:

- продукт материальный (ПМ);
- продукт энергетический (ПЭ);
- продукт интеллектуальный (ПИ).

Эти три вида продукта являются самостоятельными, непересекающимися множествами, которые взаимодействуют между собой по сложной схеме в различных соотношениях и комбинациях (рис. 5.1).



**Рис 5.1. Схема взаимодействия «технологических» продуктов (работ, услуг)**

Совершенствование технологий и практики их применения в общественном производстве – неперемное условие научно-технического процесса каждого отдельного предприятия (фирмы) и производительных сил государства.

Системный подход – основной научный метод изучения сложных систем, к которым относятся производственные технологии в стоматологии.

Характерными признаками сложных систем являются:

- сложность моделей процессов;
- большая размерность задач управления;
- иерархичность структуры;

- агрегирование частей;
- множественность связей элементов;
- неопределенность состояний;
- чувствительность к помехам (отклонениям).

Сущность системного подхода раскрывается в методике его организации, т. е. выделении объекта системного анализа (структуры, явления, процесса), границы раздела внешней и внутренней среды объекта, целевой функции и структуры объекта, описания и критериев оценки состояния объекта, классификации элементов и способов их агрегирования.

Под системным подходом в анализе производственных технологий в медицине, равно как и других объектов, понимают всестороннее, систематизированное, то есть построенное на основе определенного набора правил, изучение сложного объекта в целом, вместе со всей совокупностью его внешних и внутренних связей, проводимое для выяснения возможностей улучшения функционирования ЛПУ.

Основан системный анализ на правилах логики и здравого смысла с привлечением методов количественных оценок связей (явлений), попыток моделирования реакций объекта анализа различными средствами (имитация, математическое описание, статистика, программирование).

Объекты анализа в производственных технологиях в медицине имеют различную природу в зависимости от конкретной поставленной задачи и цели анализа. В качестве примеров укажем некоторые из них:

- *процесс реализации продукции медицинского учреждения;*
- *процесс труда одного человека, группы людей или большого коллектива;*
- *информационный процесс в технической или организационной системе;*
- *процесс производства услуги на уровне кабинета, отделения, ЛПУ, отрасли;*
- *процесс производства медицинских знаний.*

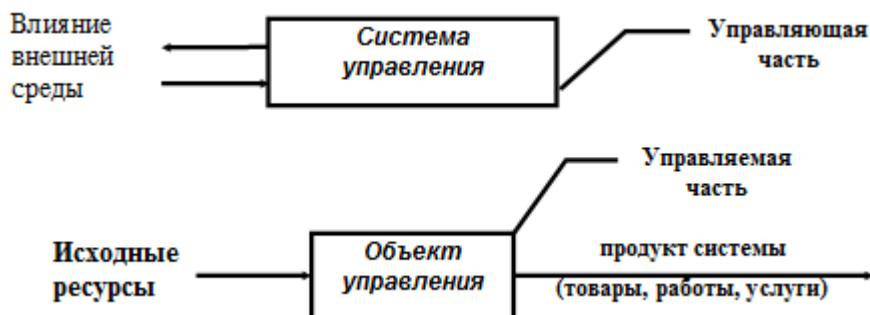
От правильного понимания и выбора объекта анализа зависят и его результаты, их адекватность процессам развития производственных отношений.

Выполнение системного анализа по экономическим показателям в конкретных организационно-технических условиях развития производственных технологий превращает его в основной инструмент создания и контроля систем управления в здравоохранении.

Управление производственными отношениями общества в рыночной экономике можно считать успешным в том случае, если оно обеспечивает конкурентоспособность конкретной производственной системы в целом, в частности в медицине, т. е. гармоничное развитие ее управляющей и управляемой частей (рис. 5.2).

Следует отметить, что практика показывает, что новые идеи не приносят успеха, если имеются упущения в организации производства медицинских услуг, а исполнительность сотрудников ЛПУ не может заменить наличие таланта и предпринимательской энергии их руководителей.

Все отношения в природе и обществе взаимосвязаны, взаимообусловлены, имеют свои пути и объективные информационно-материальные схемы их разумного преобразования в интересах общества. Можно сказать, что современное общество погружено в пространство технологий, которые оно осваивает и приумножает. Все множество технологий рассмотреть невозможно. Важно поэтому выработать приемы их оперативного анализа и применения.



**Рис. 5.2. Упрощенная структура системы производства медицинских услуг**

Классификация и стандартизация производственных технологий в медицине – первая из задач, которая определена наличием их множества. Для этого имеется ряд отличительных признаков, которые используются для этой цели (табл. 5.1).

**Таблица 5.1. Классификация производственных технологий**

Признак	Виды технологий
1. Уровень сложности	Простые, сложные
2. Область применения	Научные, образовательные, производственные
3. Динамика развития	Прогрессирующие, развивающиеся, устаревшие
4. Потребность в ресурсах	Наукоемкие, капиталоемкие, энергоемкие
5. Уровень описания	Аксиоматические, профессиональные, ноу-хау
6. Качество переработки сред	Низкого, среднего, высокого уровня
7. Назначение	Созидательное, разрушительное, двойного назначения
8. Приоритеты создания	Первичная, конверсионная

Каждая из технологий развивается не на «пустом» месте, а в условиях накопленного предшествующего опыта врачей различных специальностей, который оно аккумулирует в себе различными способами как жизненно важную для общества информацию. Стандартизованная технология, как правило, отражает наиболее эффективный вариант оказания медицинской помощи, вобравший в себя самые современные достижения науки и практики. Кроме того, медицинский технологический стандарт должен быть обоснован с точки зрения принципов медицины, основанной на доказательствах.

Этот освоенный опыт трансформируется в определенные формы своего воздействия на производственную деятельность в здравоохранении:

- законы организации медицинской помощи населению;
- стандарты, патенты на производство медицинских услуг;

- порядок рассмотрения и отбора стандартных технологий;
- порядок внедрения в практику стандартов технологий производства медицинских услуг.

Любое явление в обществе не может происходить локально, изолировано, в идеальных условиях. Организуя производственный процесс, человек создает условия для необходимых превращений информации и вещества природы из одного вида в другой, нужный человеку. При этом наслаиваются экономические, технические, организационные, экологические, социологические и др. проблемы, сопутствующие в данном процессе применения для нужд общества.

Важнейшие показатели, характеризующие эффективность технологий в здравоохранении, различны, но среди них с точки зрения врача - предпринимателя наиболее распространены следующие:

- *удельный расход энергии, расходных материалов, медикаментов и т.п. на единицу произведенной продукции (медицинскую услугу);*
- *качество и экологическая чистота готовой продукции (работ, услуг);*
- *уровень производительности труда из расчета на реальную загруженность персонала ЛПУ;*
- *интенсивность труда медицинского персонала;*
- *затраты на производство медицинских услуг;*
- *себестоимость продукции (работ, услуг).*

Рассмотрение стандартов технологий на профессиональном уровне связано с освоением специальной теоретической базы, глубина необходимого изучения которой является одним из спорных вопросов подготовки менеджеров в здравоохранении. Как правило, она зависит от целей их использования в конкретных случаях:

- на уровне пользователя, т. е. потребителя стандартных медицинских технологий;
- на уровне разработчика, т. е. создателя стандартов медицинских технологий.

В зависимости от выбора указанных целей осуществляется предметная специализация ЛПУ и обоснование приоритетов в технологиях его основного и вспомогательного производства, в системе управления и восприятия внешней по отношению к ЛПУ инфраструктуры бизнеса. Функционально все технологии вместе составляют элементы единой производственно-хозяйственной системы медицинской помощи населению региона (области, города, района).

Стандартизованная медицинская помощь, как система производственных технологий, включает в себя стандартные медицинские, организационные и др. технологии. Их создание и применение имеют в основе ряд принципов.

*Принцип дифференциации* предполагает разделение технологического процесса на отдельные технологические операции, переходы, приемы, движения. Анализ особенностей каждого элемента позволяет выбрать наилучшие условия для его осуществления, обеспечивающие минимизацию суммарных затрат всех видов ресурсов.

*Принцип специализации* основан на ограничении разнообразия элементов вида технологии. В частности, уровень специализации определяется количеством технологических операций, выполняемых на одном рабочем месте за определенный промежуток времени. Узкая специализация технологии создает предпосылки ее высокой эффективности.

*Принцип пропорциональности* предполагает относительно равную пропускную способность всех технологических участков производства медицинских услуг, выполняющих основные, вспомогательные и обслуживающие операции. Нарушение этого принципа приводит к возникновению «узких» мест в технологии, или, наоборот, к их неполной загрузке и снижению эффективности производственного процесса.

*Принцип прямооточности* заключается в обеспечении кратчайшего пути движения пациентов в технологии какого-либо вида. Не должно быть возвратных движений объектов технологий (пациентов) в кабинете, отделении, ЛПУ и системе медицинской помощи в целом.

*Принцип непрерывности* предполагает сокращение до возможного минимума перерывов в технологии производства медицинских услуг, в том числе технологических, связанных с нарушением синхронности операций (манипуляций) или по организационным причинам.

*Принцип ритмичности* заключается в выпуске равных или равномерно нарастающих объемов технологических операций в единицу времени.

*Принцип автоматичности* технологических процессов в здравоохранении обеспечивает интенсификацию технологии и эффективность производства медицинских услуг в целом.

*Принцип гибкости* обеспечивает мобильность стандартных медицинских технологий при их перенастройке в широком диапазоне.

*Принцип информатизации* позволяет повысить управление технологическими процессами в здравоохранении на основе применения вычислительной техники с развитым программным обеспечением.

Знакомство с зарубежным опытом применения технологических стандартов в лечении заболеваний показывает, что их внедрение повлечет за собой необходимость строгого ресурсного обеспечения ЛПУ, что будет накладывать определенные правовые обязательства на страховые медицинские организации и администрацию субъектов РФ ДВФО по выполнению своевременного финансового обеспечения этих учреждений.

К сожалению, в настоящее время недостаточно проработан вопрос стандартизации медицинской информации. В современном виде ведение медицинской документации, как текущей, так и отчетной, вызывает множество нареканий. Плохой почерк медицинских работников стал «притчей во языцех». Одним из путей решения этого вопроса может быть расширенное применение организационной техники, в том числе разработка и использование бланков, не допускающих отклонений от стандарта представления информации на каждом этапе лечебно-диагностического процесса.

Усиление ответственности за сохранение врачебной тайны, к сожалению, не отразилось на форме медицинской документации, за исключением правил оформления листов нетрудоспособности. Повсеместное введение компьютеров требует максимально быстрого внедрения стандартов на использование базовых компьютерных технологий, в противном случае большое количество сил и средств может быть потрачено на разработку программных продуктов, которые будут ограничены к применению локальными условиями учреждений или малых территорий. В большинстве субъектов РФ ДВФО уже имеются такие факты, когда в ЛПУ использовались программные средства, в дальнейшем не стыкующиеся в единое информационное пространство системы здравоохранения региона.

Стандарты программ медицинской помощи в нашей стране имеют форму приказов Министерства здравоохранения и других органов или методических рекомендаций, разработанных научными и учебными медицинскими институтами. Большая часть таких приказов и рекомендаций (стандартов программ) не подкреплена стандартным ресурсным обеспечением.

Медико-экономические стандарты в медицине стали предметом большого интереса страховщиков, вынужденных контролировать неумеренный рост цен на услуги. Во многих субъектах РФ ДВФО сложилась ситуация, когда разработанные медико-экономические стандарты включают излишне широкий набор диагностических и лечебных мероприятий. Слепое следование требованиям таких стандартов приводит к многократному увеличению объемов работ по диагностике и лечению. Что же относительно критериев достижения качества, то они, с нашей точки зрения, в большинстве случаев не конкретны и субъективны.

Мы поддерживаем справедливую критику в адрес медико-экономических (клинико-экономических) стандартов, разрабатываемых в России, где указаны объемы тех или иных лечебно-диагностических процедур, которые необходимо выполнить в процессе обследования и лечения пациентов, но экономическая составляющая весьма далека от реальной жизни. Сегодня все медицинские работники считают, что давно пора уйти от деклараций финансирования МЭСов к конкретным гарантиям медицинской помощи в рамках медицинских стандартов обеспеченных достаточным (стандартным) финансированием.

Полагаем, что основная задача проекта федерального закона «О государственных гарантиях медицинской помощи населению», который, надеемся, будет принят в ближайшее время — конкретизировать конституционные гарантии граждан на бесплатную медицинскую помощь по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания. За основу этого закона взят принцип преемственности сложившейся системы государственных гарантий по видам медицинской помощи. Перечень заболеваний, на которые распространяются государственные гарантии, практически не претерпевает изменений. Гарантируемые объемы медицинской помощи конкретизируются клинико-экономическими стандартами (КЭС) – аналог МЭС. Последние разрабатываются и утверждаются субъектами РФ на основе федеральных клинических протоколов, выполняющих функцию минимальных социальных стандартов.

КЭСы состоят из двух частей. Фиксированная часть — обязательный для всех пациентов с определенным заболеванием набор медицинских услуг и лекарственных средств. Объем услуг фиксированной части одинаков для всех пациентов с данным заболеванием. Переменная (вероятностная) часть — набор

медицинских услуг, необходимый для части пациентов с данным заболеванием в зависимости от особенностей его течения (например, на 100 пациентов требуется 60 ультразвуковых исследований).

Общее правило: гарантируется постоянная часть всем пациентам и переменная часть - по медицинским показаниям в зависимости от особенностей течения заболевания. Решение о переменной части принимается лечащим врачом в порядке, определяемом руководителем медицинской организации. Следует отметить, что эта норма закрепляет сложившуюся практику сегодняшнего дня.

В случае медицинских противопоказаний к использованию медицинских услуг и лекарственных средств, предусмотренных КЭСом, гарантируется оказание медицинской помощи, не предусмотренной этим стандартом. Решение в этом случае принимается клинико-экспертной комиссией медицинской организации. Такая структура КЭСа и порядок его применения позволит в будущем обеспечить, с одной стороны, конкретизацию набора и кратности медицинских услуг и лекарственных средств, получаемых пациентами, с другой — сохранить необходимую клиническую свободу врача при принятии решения в условиях многообразия проявлений одного и того же заболевания у различных пациентов.

КЭСы призваны способствовать массовому внедрению в практику наиболее эффективных медицинских технологий, выбранных на основе принципов доказательной медицины, критериев клинической и экономической эффективности. Устанавливая необходимый уровень и средние сроки оказания медицинской помощи, эти стандарты должны стать важным фактором вовлечения врачей в процесс формирования более рациональной структуры оказания медицинской помощи.

Сегодня жалобы по поводу правомерности взимания платы с больного редко решаются в его пользу, поскольку отсутствуют какие-либо основания для определения меры государственных гарантий. КЭСы должны стать таким основанием. У больного (или его представителя), а также должностных лиц и организаций, призванных защищать права пациента (равно как права медицинских работников), у суда, наконец, появится пусть не совсем совершенный, но все же инструмент оценки степени соблюдения прав граждан на гарантированную медицинскую помощь.

На этой основе можно строить систему защиты прав пациентов — через определенный порядок рассмотрения их жалоб в отношении соответствия объема бесплатной медицинской помощи требованиям стандартов.

Как показывает опыт экспертных оценок последних лет, стандартные объемы медицинских услуг в рамках принятых стандартов не выполняются, что зачастую становится причиной ненадлежащего качества оказанных услуг, и, в соответствии с существующим законодательством, может привести к финансовым санкциям со стороны страховых медицинских организаций.

Анализ проблем становления и развития стандартизации в отечественной системе здравоохранения, основных причин гражданских исков к ЛПУ, определяет необходимость внедрения профессиональных стандартов. Кроме того, данные результатов исследований по обеспечению КМП и литературных источников по стандартизации позволяют сформулировать подходы к формированию

технологических стандартов в здравоохранении и стандартов организации медицинской помощи. Эти стандарты должны обеспечить:

Реализацию законодательной основы охраны здоровья граждан РФ.

Повышение заинтересованности и ответственности физических и юридических лиц, включенных в систему охраны здоровья, в нормативном финансировании программы государственных гарантий.

Реальные степени защиты в случаях страхового и профессионального риска с учетом клинического течения заболевания и его осложнений.

К сожалению, Закон о медицинском страховании пока не предусматривает защиту профессиональных интересов медицинских работников, обусловливаемых различными степенями профессионального риска, связанного:

- с атипичными случаями течения заболевания;
- с неадекватной реакцией организма пациента на используемые медикаменты и расходные материалы;
- с трудностями в постановке прогнозов течения заболевания и/или его осложнений, чаще всего связанных с несвоевременным обращением пациента за помощью и отсутствием медицинской, социальной и экономической ориентации населения на профилактику заболеваний и сохранение собственного здоровья.

Профессиональную, научно обоснованную правовую базу для проведения аккредитации медицинских учреждений, где должны быть поставлены профессиональные требования:

- к аттестации кадров с учетом выполнения ими видов работ;
- к используемым технологиям;
- к уровню организации рабочих мест и деятельности медицинского учреждения, как в целом, так и на основании видов работ и технологий, на выполнение которых учреждение претендует при получении лицензии;
- к оказанию профессионального доверия медицинскому учреждению со стороны профессиональной ассоциации.

Профессиональную основу лицензирования. Реализация систем лицензирования будет в значительной степени более эффективной, если она будет проводиться по следующей схеме:

- первый элемент при лицензировании - аттестация (сертификация) кадров по стандартам;
- второй элемент - аккредитация ЛПУ со стороны профессиональной ассоциации и учреждения, занимающегося подготовкой кадров для отрасли здравоохранения, с учетом требований профессиональных стандартов;
- третий элемент - выдача государственным органом управления лицензии медицинскому учреждению на право заниматься определенными видами деятельности на территории, подведомственной данному органу.



Возможности обоснованного разрешения ситуаций, связанных с конфликтами, включая судебные иски, по поводу оказания медицинской помощи.

Создание правовой основы профилактической направленности формирования потребности населения и государственных органов власти (всех уровней) в охране здоровья и оказании медицинской помощи.

Другие элементы методологии формирования профессиональных стандартов в здравоохранении могут быть представлены в следующей последовательности:

1. Концепция формирования системы профессиональных стандартов.
2. Понятийный аппарат системы профессиональных стандартов и обоснование основных положений его разработки.
3. Применение системного подхода и системного анализа как основных общенаучных методов познания.
4. Разработка алгоритма развития причинно-следственных связей (включая этиологические) и определение их роли и места в формировании, как всей системы профессиональных стоматологических стандартов, так и отдельно взятого стандарта. Включение данного элемента позволит более адекватно распределить степень ответственности юридических и физических лиц в системе медицинской помощи.
5. Оценка количественных и качественных изменений:
  - в развитии заболевания, его осложнений;
  - в применяемых технологиях оказания помощи;
  - в развитии побочных явлений;
  - в их влиянии на гарантии качества оказания помощи.
6. Оценка степени профессионального риска медицинского персонала ЛПУ с учетом нозологии заболевания, сроков обращения за помощью, степени реализации прав и ответственности юридических и физических лиц, заинтересованных в системе медицинской помощи.
7. Использование метода прогнозирования в оценке вероятности развития процессов и в определении параметров оценки в системе профессиональных стандартов и, в первую очередь, гарантий качества оказания помощи.
8. Определение основных принципов формирования системы профессиональных стандартов.

Перечисленные выше элементы в значительной степени помогут более адекватно обосновать главную цель формирования профессиональных стандартов в здравоохранении - создание системы требований к оказанию медицинской помощи по каждому конкретному случаю заболевания.

Для решения некоторых клинических проблем возникает искушение предсказывать эффекты лечения на человеке без проведения формальных проверок. К сожалению, даже в отношении большинства хорошо изученных заболеваний профессиональные

знания еще далеко не полные. Полагаясь только на сегодняшнее понимание механизмов болезни без проведения клинических испытаний, мы можем получить неожиданные сюрпризы. В связи с этим решение методологических проблем формирования профессиональных стандартов в здравоохранении должно соответствовать нескольким формальным процедурам, в частности клиническим испытаниям методик диагностики и лечения заболеваний.

Для того, чтобы определить эффект клинического вмешательства, свойственный только ему, лучше всего распределять пациентов путем, так называемых, рандомизированных контролируемых испытаний, т. е. проводить такие клинические испытания, при которых пациенты распределяются по экспериментальным и контрольным группам произвольно, методом случайного подбора. Однако, произвольный выбор не является гарантией того, что испытываемые группы пациентов будут похожи. Хотя сам процесс произвольного распределения является объективным, результат не обязательно может быть таковым. Различия между группами, хотя и не часто, могут возникнуть по совершенно случайной причине. Этот риск различия между группами может быть особенно велик, если число отобранных произвольно пациентов незначительно. Поэтому формирование стандартных схем обследования и лечения должно строиться на клинических испытаниях достаточного числа наблюдений.

Кроме того, в методологическом плане большое значение должно быть придано положениям и требованиям, устанавливаемым Законом РФ «О стандартизации» и ГОСТу Р 1.5-92, а также включению в разработку методологии таких элементов, как согласие заинтересованных сторон, возможность контроля, обобщение результатов научных разработок, фундаментальных и прикладных исследований и практического опыта в здравоохранении.

В настоящее время ЛПУ в США, чтобы пройти аккредитацию, должны соответствовать 535 установленным стандартам, и число их продолжает расти. Сейчас мы вправе спросить не только о том, «умеют ли врачи и медицинский персонал ЛПУ провести успешный курс лечения больного с таким-то заболеванием?», но и задать следующий вопрос: «Действительно ли используемая лечебная практика содействует оздоровлению пациентов?» Другими словами, разработка нами стандартов с самого начала имела цель повысить качество лечения пациентов - от наличия достаточного по численности персонала до создания системы целесообразного применения медикаментозных средств.

«Сегодня медицинское сообщество стоит перед проблемой оценки соответствия проводимых лечебных мероприятий непрерывному повышению качества. Мы можем располагать необходимой численностью персонала и надежными системами безошибочного применения лекарственных средств, но также хотим знать, идет ли на пользу пациентам «раздутый штат», и действительно ли частота ошибочных медикаментозных назначений заметно снизилась. Эти вопросы прямо направлены на повышение качества медицинской помощи. С развитием аккредитации мы учимся задавать такие вопросы со все большей прямотой» - заметил американский специалист в этой области д-р Питер О'Колер.

Процесс развития системы стандартных требований включает проведение раз в три года (или чаще) инспекционных проверок лечебных учреждений группами экспертов, а также создание комплексной зачетной системы. Хотя аккредитация предполагает оказание помощи больницам в обучении персонала и повышении уровня

квалификации медицинских работников, требования, предъявляемые правилами аккредитации, кажутся иногда слишком жесткими. Так, подготовка необходимых документов, которые следовало предъявить инспекторам, и подготовительная работа персонала больницы иногда занимают несколько месяцев и требуют от персонала ЛПУ серьезных усилий.

Стандарты, принятые в США, оценивают все: от систем аварийного энергоснабжения до борьбы с инфекциями, от уровня квалификации медицинского персонала до предоперационной подготовки больного. Все это гарантирует пациенту возможность получить качественную медицинскую помощь.

Д-р Питер О'Колер полагает, что связь оценки качества медицинской помощи с системой стандартизации лучше других осуществил доктор Аведис Донабедян, известный специалист по проблемам общественного здравоохранения Университета штата Мичиган, разработавший теорию обеспечения качества, которая проста и понятна любому врачу.

Качество медицинской помощи определяется несколькими элементами. Первый элемент - затраты, научное и техническое обеспечение медицинской помощи. Сюда входят все составные практической медицины - от теоретических знаний, на которые опираются специалисты, принимая клинические решения, до медицинского оборудования и инструментов, которые помогают врачам реализовать намеченный план лечения. Практическое применение теоретических знаний, медицинского оборудования и инструментов или, иными словами, форма организации лечебного процесса является следующим элементом, определяющим качество. Кроме того, качество медицинской помощи определяется семью необходимыми «атрибутами». Используя их, можно легко анализировать любые показатели лечебного процесса или качества медицинской помощи. К ним он относил: действенность, эффективность, рентабельность, оптимальность, приемлемость, законность и беспристрастность.

В середине двадцатого века стандартизация из сферы производства стала широко проникать в производство медицинских услуг. Опыт использования стандартов в промышленности показал, что, сколько бы требований и норм ни было включено в стандарт, никогда нельзя быть уверенным в том, что учтены все факторы, определяющие функционирование данного объекта стандартизации в самых разнообразных условиях и в соответствии с индивидуальными нуждами потребителя. Что касается медицины, то надежность системы стандартов медицинской помощи зависит от стольких составляющих, что только их перечисление займет не один час. Как правило, разработкой стандартов на федеральном уровне занимаются коллективы нескольких научно-исследовательских, образовательных и ЛПУ с последующим утверждением результатов работы отраслевым министерством.

Выход из ситуации, связанной с недостаточной надежностью разрабатываемых стандартов, заключается во внедрении аппарата статистики с применением методов теории вероятностей. С помощью математических методов можно решить некоторые проблемы технологической стандартизации медицинских манипуляций, операций, методов терапевтического воздействия, просчитать вероятность наступления осложнений, создать статистические модели прогноза исхода тех или иных видов стандартизованных медицинских технологий и пр. Для эффективного управления КМП во всех без исключения медицинских учреждениях, независимо от

их мощности и формы собственности необходима реализация идеологии статистического контроля технологических процессов.

При реформировании отрасли здравоохранения, формирования и интенсивного развития негосударственного сектора ЛПУ, внедрения рыночных механизмов, органы управления здравоохранением должны иметь возможности проведения постоянной оценки уровня и качества работы ЛПУ. В ходе повседневной работы администрация ЛПУ должна принимать во внимание изменения внешнего окружения системы, изменения правовых и экономических механизмов хозяйствования, что должно побуждать ее вносить в деятельность своего учреждения определенные изменения. Для координации изменений и эффективного управления обе руководящие структуры, как органы здравоохранения, так и администрации ЛПУ, должны иметь достаточный уровень статистической информации и не считать ее второстепенной проблемой.

Сегодня имеется острая необходимость определения основных направлений стратегии развития статистических систем для ЛПУ и технических возможностей систематического наблюдения за оказанием медицинских услуг на основе стандартизации.

Для стандартизации статистических информационных потоков в системе медицинской помощи населению региона давно назрела необходимость создания в органах управления здравоохранением постоянно действующих групп специалистов, призванных определить, какой информацией следует обмениваться между разными уровнями управленческих структур и по какой технологии последняя должна передаваться и обрабатываться на различных уровнях управления. При этом, следуя основным требованиям статистических форм, необходимо определить, каким образом все участники будут использовать имеющиеся источники информации, чтобы определить порядок действий, который фактически имеет много общего как для регионального, так и для муниципального уровней управления.

Для реализации системы стандартизации в здравоохранении следует предпринять исчерпывающие меры по формированию информационных потоков из негосударственных ЛПУ, поскольку виды и объемы услуг и их качество сегодня полностью выпали из-под контроля управляющих структур в большинстве территорий ДВФО. Весь государственный контроль качества медицинской помощи негосударственных ЛПУ сосредоточился на формальном механизме выдачи лицензий..., что в реальной ситуации на обеспечение качества услуг не работает. Настало время осознать важность формирования стандартных статистических форм как источника оценки производителей медицинских услуг негосударственного сектора.

Интеграция статистических данных призвана помочь при принятии решений о размещении финансовых ресурсов, обеспечивающих программу государственных гарантий в ЛПУ территориального здравоохранения и ЛПУ ведомств, а также при выборе наиболее эффективных решений в области финансирования видов и объемов медицинских услуг, оказываемых в негосударственном секторе здравоохранения. Недостаточно измеряемое, нестандартное, неопределенное поле деятельности ведомственных и частных ЛПУ создает условия для злоупотреблений в формировании тарифов на медицинские услуги населению в сторону их завышения при формировании тенденций к снижению уровня качества производимых медицинских услуг.

Изменение социально-экономических отношений в российском обществе в течение последних 15 лет порождает предпосылки для формирования новой модели хозяйствования в рыночных условиях. Эти изменения требуют новых подходов как со стороны производителей, так и потребителей медицинских услуг, в основе которых должны лежать именно профессиональные стандарты, определяющие требования к каждому участнику в системе оказания и получения медицинской помощи. При этом первостепенное значение должно быть придано новым технологиям, являющимся результатами научно-технического прогресса, причем не только в России, но и за рубежом в экономически развитых странах. Эти стандарты устанавливают новые требования к организации работы ЛПУ, к формированию новых отношений в системе распределения труда и т.п.

Изменение структуры хозяйственного механизма управления большинством ЛПУ выдвигает на первый план стандартизации те элементы, которые ранее вообще не рассматривались, в частности элементы менеджмента (управления) качеством услуг, организационное обеспечение медицинских технологий, управление ресурсами (медицинскими, экономическими, кадровыми) и формирование блоков (стандартов) оценок.

Стандартизация этих элементов более динамична и поэтому возможности их учета и реализации в условиях рынка являются более адекватными содержанию деятельности врачей, руководителей и ЛПУ в целом в современных условиях. Это формирование организационной структуры ЛПУ и определение условий кооперации и специализации труда, и подготовка, и аттестация кадров. И именно в блоке организационных элементов профессиональные стандарты в медицине, составленные на предмет аккредитации ЛПУ, будут определять его организационную структуру, структуру управления и т.п.

В ЛПУ все больше используется технологического оборудования, расходных материалов, медикаментов и т.п., произведенных в экономически развитых странах в рамках реализации международных стандартов. В условиях рынка и в связи с модернизацией технологий производства медицинских услуг в значительной мере меняются функции персонала, меняется психология и поведение персонала с ориентацией последних на повышение ответственности за качество помощи конкретному больному конкретным работником. Изменение психологии и поведения ориентирует профессионально подготовленных врачей на выполнение действий в рамках международных стандартов, ограничивающих степень профессионального риска при производстве услуг.

Важную роль профессиональные стандарты выполняют в формировании экономического и правового мышления медицинского персонала в условиях рынка. Опираясь системой профессиональных стандартов, организаторы производства медицинских услуг смогут оказывать стимулирующее действие на руководителей органов государственной власти при формировании ими законодательной основы по организации здравоохранения, по проведению мероприятий при создании программ первичной профилактики распространенных заболеваний. Четкое установление профессиональных требований к поведению населения, с ориентацией его на соблюдение правил личной гигиены и своевременность обращения к врачу будут способствовать и изменению социально-психологических отношений в системе врач-больной, а также повышению престижа врача и росту уважения к нему со стороны пациентов.

Естественно, что проблема стандартизации – это не национальная и, тем более не региональная проблема, поскольку в настоящее время формируется международная интеграция по производству товаров и услуг, что требует значительных усилий по стандартизации. Эти проблемы решает Международная организация стандартизации, формируя серии международных стандартов качества в различных отраслях деятельности человека. В настоящее время многие современные стандарты ИСО в России переведены в соответствующие ГОСТы и используются достаточно широко в различных областях народного хозяйства, в том числе и в здравоохранении.

Радикальный подход к качеству в здравоохранении на основании повсеместной стандартизации оставляет место для множества сложных вопросов. Спецификации совершенствования технологических процессов в медицине – это то же самое, что стандартизация или нет? Не вступает ли мышление категориями стандартизации процессов производства медицинских услуг укоренившейся практике оценки работы по конечным результатам? Как изменить организационную структуру ЛПУ, чтобы в ней было место для непрерывного повышения качества? Нужно ли что-то менять в организациях, которые и так искренне стремятся к повышению качества?

Тут, с одной стороны, основные трудности ложатся на плечи врачей и руководителей отрасли, а с другой стороны открывается прекрасный шанс проявить себя. Самой трудной для реализации в обозримом будущем проблемой будет создание атмосферы взаимопонимания и партнерства между производителями медицинских услуг, плательщиками и пациентами. Врачи могут принести в медицину неопределимые знания в области новых методов стандартизации, поскольку они лучше, чем кто бы то ни было, знакомы с организацией труда в учреждениях здравоохранения.

## Глава 6. Состояние системы обеспечения качества медицинской помощи в отрасли здравоохранения

*Надо, чтобы условия, а не управляющие заставляли людей работать.*

*Рютаро Хасимото*

Одной из важнейших задач здравоохранения, сформулированной в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ и Программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, является оказание качественной и доступной медицинской помощи населению с учетом недостаточного финансирования отрасли и территориальных организационно-экономических особенностей Дальнего Востока.

Приняв триаду А. Донабедиана, медицинские работники должны были разрабатывать подходы к последовательной оценке трех составляющих КМП: ресурсов, лечебно-диагностических технологий и результатов. С 90-х годов в развитие принципов управления КМП, заложенных в Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», на Дальнем Востоке России началось создание системы оценки условий выполнения медицинских услуг в виде лицензионно-аккредитационных органов. Однако, как это нередко бывает в последние годы в родном отечестве, не была продумана концепция лицензирования и аккредитации и сформирована соответствующая нормативная база. Фактически, несмотря на предпринятые шаги по реформированию федерального министерства, до сих пор пока еще не существует эффективно функционирующей и четко выраженной государственной вертикали этой важнейшей составляющей отрасли, что тормозит формирование государственного контроля качества медицинской помощи.

Следует отметить, что в мировой практике корни истории управления производством качественной продукции уходят в начало XX века, когда Фредерик Уинслоу Тейлор провел свои первые исследования. В последующие годы было сделано достаточно много попыток продолжить эти изыскания, разработать оригинальные модели управления качеством. К сожалению, в особой области, в которой может успешно применяться контроль качества при помощи статистических методов, т.е. в отрасли здравоохранения, процессы управления качеством услуг значительно отстают от промышленных предприятий. Здесь меньше спецификаций, технических условий, но постоянно возникают определенные проблемы руководства, реже возникают технические неисправности, но случаются ошибки, в результате которых происходит потеря времени персонала, снижение уровня здоровья пациентов и т.п., приводящие к их недовольству. Чаще всего встречаются ошибки двух видов:

- в результате которых страдают пациенты;
- в результате которых нарушается режим работы «конвейера» по производству медицинских услуг (ЛПУ).

Анализируя процессы, происходящие в сфере нормирования «средств обеспечения качества» медицинских услуг на Дальнем Востоке России, можно прийти к неутешительным выводам, что они до последнего времени носили характер тесного взаимодействия лебедя, рака и щуки - всяк сам себе голова, создает то, что считает

нужным, и так, как считает нужным. К сожалению, пока еще не сформировано единого подхода к обеспечению КМП ни в России, ни на международном уровне. Следует отметить, что в европейской практике здравоохранения термин «средства обеспечения качества» используется во многих случаях в отношении какого-либо метода, используемого отдельными лицами, группой лиц, организацией или отраслью. В англоязычных текстах он чаще всего используется в узком смысле в отношении набора простых методов «непрерывного улучшения качества» (средства OQI - Organizationwide quality improvement или TQM - Total quality management).

В более широком смысле он включает многие другие методы, механизмы, программы или системы обеспечения безопасности и качества. Некоторые из них являются диагностическими методами, помогающими при принятии решений, некоторые предназначены только для практических действий и преобразований, а другие включают методы, как оценки уровня обеспечения технологий, так и результатов практических вмешательств.

Все сотрудники органов управления здравоохранением территорий Дальнего Востока должны иметь четкое представление о КМП и доступ к информации о методах управления качеством производства медицинских услуг не только в России, но и за рубежом, использовать достаточно простые методы калькуляции затрат при оценке целесообразности использования тех или иных медицинских технологий.

Развитие концепции управления качеством применительно к отрасли здравоохранения представляет собой поэтапный и длительный процесс, требующий основательного пересмотра сформировавшихся стереотипов качества производства медицинских услуг и подходов к реформированию системы оказания медицинской помощи населению. Самой сложной задачей является сведение воедино в форме общей стратегии на региональном и местном уровнях интересов ключевых сторон процесса производства медицинских услуг: медицинских работников, ЛПУ, пациентов и плательщиков. Следует учитывать и то, что каждая из этих групп имеет собственное представление о качестве и преследует связанные с ним ожидания.

### **6.1. Причинно-следственные связи обеспечения качества и эффективности медицинской помощи. Региональные особенности**

Возраст «Плохое» и «Хорошее» и

	«Кризисное»	«Удовлетворительное»
До 30 лет	57,1	19,0
31 – 39 лет	51,7	29,0
40 – 49 лет	50,3	34,3
50 – 59 лет	43,0	39,5
60 и старше	29,2	41,7

Врачам было предложено определить основные причины, обуславливающие настоящее положение дел в здравоохранении, в зависимости от их важности и степени влияния на ситуацию. Материалы исследования показали, что основными наиболее острыми проблемами здравоохранения врачи Хабаровского края считают:



низкое финансирование отрасли и плохую материально-техническую базу учреждений здравоохранения (50,7%), отношение исполнительной (44,0%) и законодательной властей (32,1%) к проблемам отрасли, способ и уровень оплаты труда медицинских работников (34,6%), слабую законодательную базу здравоохранения (26,0%), состояние экономики края (25,5%). Среди значительных проблем отрасли назывались: дефицит медицинских кадров и уровень их профессиональной подготовки, введение системы ОМС, низкое качество и доступность медицинской помощи, плохая организация труда и отсутствие заинтересованности медицинских работников в результатах своего труда и др.

Не случайно то обстоятельство, что вопросы финансирования были вынесены производителями на первое место среди наиболее важных, по их мнению, проблем, стоящих перед здравоохранением. Данные социологического опроса производителей медицинских услуг в Хабаровском крае показали, что у медицинских работников еще жива вера в резервы прежней государственной организации отрасли, которая при условии достаточного финансирования способна справиться с накопившимися проблемами. Наибольшее неудовольствие у производителей вызывает низкий уровень оплаты труда. По мере резкого усиления дифференциации доходов населения региона медицинские работники оказались в числе самых малообеспеченных. Большинство врачей оценивают свой уровень жизни как «ниже среднего» и «нищенский», а также указывают на возникновение проблем с собственным здоровьем.

Параллельно проведено аналогичное исследование среди врачей в Магаданской области, где респондентам было предложено определить основные причины, обуславливающие настоящее положение дел в здравоохранении, в зависимости от их важности и степени влияния. Большинство опрошенных специалистов оценивают нынешнее положение дел в отрасли как плохое или кризисное. Они полагают, что в ближайшие 5-10 лет ситуация не изменится к лучшему. К сожалению, такую позицию занимают в большей степени врачи молодого возраста, которым предстоит участвовать в процессе реформирования отрасли с целью ее совершенствования.

Основными наиболее острыми проблемами здравоохранения врачи Магаданской области считают:

- низкое финансирование отрасли (76,8%),
- плохую материально-техническую базу учреждений (73,2%),
- слабую законодательную базу здравоохранения и отношение исполнительной и законодательной властей к проблемам отрасли (61,6%),
- способ и уровень оплаты труда медицинских работников (53,7%),
- дефицит медицинских кадров и уровень их квалификации (36,8%),
- снижение престижа профессии врача и медицинской сестры и системы здравоохранения в целом (10,4%).

По мнению большинства респондентов, изменения, происходящие сегодня в здравоохранении региона, не ориентированы на достижение высокого уровня качества и эффективности медицинской помощи. Более половины из них считают, что реальная заработная плата должна зависеть от количества и качества произведенных медицинских услуг и быть в 2-3 раза выше, чем сегодня.

В ряде исследований (Хабаровский и Приморский края, Магаданская, Амурская и др. обл.) мы пытались определить степень и причины недовольства пациентов уровнем

медицинского обслуживания. Выяснилось, что по большей части пациенты не удовлетворены современным состоянием медицинской помощи в целом. Главные причины недовольства — высокие цены на лекарственные средства, плохие навыки и низкая квалификация врачей, «бесцеремонность» медицинского персонала и большие очереди в поликлиниках.

Исследования, проведенные нами по проблеме КМП и связанные с опросами пациентов в ЛПУ ведомств, указывают на некоторые отличия мнений. В частности, по данным социологических опросов пациенток акушерско-гинекологических подразделений ЛПУ ОАО «РЖД» 32,7% опрошенных высказывали те или иные претензии (табл. 6.2). В частности, в связи с тем, что опрашивались в основном работающие женщины, то и основные претензии они высказывали по поводу снижения доступности специализированной помощи во внерабочее время или по поводу отсутствия возможностей предварительной записи на прием, что так или иначе влияло на доступность и качество медицинской помощи.

**Таблица 6.2. Анализ мнения пациенток акушерско-гинекологических подразделений о качестве медицинских услуг в ЛПУ ДВЖД**

Направление дефектов ненадлежащего качества В медицинских услуг	амбулаторно-поликлинических ЛПУ
Жалобы и заявления пациенток на оказание услуг (в том числе в прокуратуру)	0,7%
Недовольство работой регистратур	9,1%
Отсутствие приемов врача - гинеколога в вечерние часы	6,5%
Отсутствие самозаписи на прием	6,5%
Грубость и непрофессионализм врачей акушеров-гинекологов	3%
Нежелание лечиться в ЛПУ ДВЖД	2%
Неудовлетворительная работа диагностических служб	5,4%
Всего	32,7%

Результаты социологического исследования являются индикатором социальных аспектов КМП, экспертные материалы использованы в качестве скрининга, с последующей углубленной экспертной оценкой. Поэтому параллельно выявлены нарушения стандартов структуры ЛПУ: несоответствие СНИПам основных фондов ЛПУ, стандартам ресурсного обеспечения: укомплектованности сертифицированными кадрами врачей, акушеров, медсестер, медицинским оборудованием по перечням и нормативному финансированию, расчетам смет ЛПУ и т.п. Но, тем не менее, более 90% опрошенных женщин отдали предпочтение ведомственным ЛПУ перед муниципальными.

Как ни странно, среди причин недовольства медицинским обслуживанием не упомянута необходимость давать взятки медицинским работникам. Вероятно, теневые формы оплаты в региональном здравоохранении настолько прочно укоренилось, что респонденты его воспринимают как нечто само собой разумеющееся.

Мы полагаем, что поддержка пациентами мнения о необходимости изменения принципов собственности ЛПУ (приватизация, открытие негосударственных ЛПУ и т.п.) во многом обусловлена проблемами снижения качества медицинских услуг, производимых государственными и муниципальными ЛПУ региона. Многие респонденты считают, что выгоднее один раз заплатить частному врачу, чем то и дело раздавать взятки и подарки в государственном или муниципальном медицинском учреждении, получая при этом помощь низкого уровня качества.

## **6.2. Показатели качества медицинской помощи в некоторых службах здравоохранения Дальневосточного региона**

На сегодняшний день модели управления качеством медицинской помощи, используемые в практическом здравоохранении, имеют в своей основе так называемую «профессиональную модель» (оценку УКЛ, соответствия случая лечения стандартам и протоколам ведения больных). Такой подход не позволяет выявить истинные причины недостаточного КМП и внедрить систему непрерывного повышения качества. Другие модели (индустриальные формы) наоборот достаточно сложны для практического применения в медицине ввиду того, что нет критериев готовности ЛПУ к внедрению этих моделей и не разработана последовательность внедрения индустриальных форм управления. Такие модели могут быть использованы в ограниченном числе хорошо финансируемых ЛПУ различных форм собственности, поставленных в особые условия с момента своей организации, таких, как МНТК хирургии глаза, некоторых частных клиниках, клиниках НИИ при обязательной поддержке владельцев основных производственных фондов и вышестоящего органа управления здравоохранения.

В большинстве же служб отрасли здравоохранения региона используются традиционные для отечественного здравоохранения оценочные критерии КМП. Будь то ЛПУ службы охраны здоровья матери и ребенка, ЛПУ стоматологической, кардиологической и др. служб, все они используют унифицированные подходы к обеспечению качества медицинской помощи в виде т.н. «профессиональной модели».

### ***Качество медицинской помощи в ЛПУ службы охраны здоровья матери и ребенка Хабаровского края***

В процессе управления службой охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР) Хабаровского края в последние годы вопросы обеспечения качества медицинской помощи женщинам, детям и подросткам вышли на одно из первых мест в ряду приоритетов управления. Специалистами службы все чаще признается факт, что в определенных ситуациях при относительной невозможности использования строгих математических методов при оценке качества оказания медицинской помощи следует полагаться на суждения специалистов-экспертов при условии, что суждения эти получены с помощью специально разработанных процедур. Применение экспертных методов помогает систематизировать процедуры сбора и анализа суждений специалистов, привести их к виду, наиболее пригодному для принятия обоснованных управленческих решений.

Нами проведено значительное число экспертиз качества оказания медицинской помощи женщинам и детям Хабаровского края специалистами различного профиля. Наибольшее число экспертиз проведено по специальности педиатрия (4434). Число внутриведомственных и вневедомственных экспертиз качества лечения в службе

ОЗМиР края ежегодно возрастает. Основными источниками экспертизы являлась медицинская (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.) и экономическая (реестры) документация.

В структуре видов экспертиз преобладали экспертные случаи соответствия оказанной медицинской помощи медицинским и экономическим стандартам. Значительно меньше случаев экспертиз проводилось для установления факта и степени причинения вреда здоровью пациента. Чаще всего этот вид экспертизы проводился по случаям летальных исходов, жалобам и заявлениям пациентов или родственников. Меньший удельный вес в структуре занимали комплексные экспертизы КМП, которые проводились чаще всего в связи с летальными исходами или массовыми внутрибольничными инфекциями. Комплексные экспертизы проводились на основании соответствующих приказов органов управления здравоохранения края или муниципальных образований в соответствии с жалобами или заявлениями пациентов и родственников, кроме того, комплексные экспертизы проводились по инициативе прокуратуры, бюро судебно-медицинской экспертизы, страховых медицинских организаций и пр.

Анализ экспертных заключений позволил разделить их на две большие группы.

- Первая группа включала в себя случаи, где не было выявлено отклонений от стандартов оказания медицинской помощи детям и в большинстве случаев планируемые результаты оказания медицинской помощи были достигнуты.
- Вторая группа включала в себя случаи, когда, как правило, было выявлено отклонение от стандартов оказания медицинской помощи и в большинстве случаев планируемые результаты не были достигнуты, т.е. результаты лечения были отнесены в область нежелательных исходов лечения.

Экспертные заключения, где были выявлены отклонения от стандартов лечения детей, распределены на три основные группы: летальные исходы, временные расстройства здоровья, стойкие расстройства здоровья. Анализ причин нежелательных результатов (табл. 6.3) показывает, что на уровень качества медицинской помощи детям оказывали влияние многие причины.

В частности, в этот комплекс входили причины, начиная от дефектов структуры службы, дефицита ресурсного обеспечения, кончая неизбежными исходами, которые зависят в большей мере от исходного уровня здоровья ребенка, тяжести и остроты течения основного заболевания, высокого уровня риска формирования нежелательных результатов лечения и т.п.

Основными структурными дефектами, оказавшими влияние на формирование нежелательных результатов, были несоответствие основных фондов ЛПУ службы ОЗМиР региона федеральным стандартам – СНИПам, что блокировало внедрение выполнения технологических стандартов оказания медицинской помощи детям (боксовые палаты стационарных детских отделений, функционирование «фильтров» в детских поликлиниках, наличие устройств для «подогревания» кислорода в родильных залах и т.п.). Структурными дефектами также являлись: отсутствие специалистов необходимой квалификации или их недостаточная подготовка по программам неотложной и реанимационной помощи, недостаток средств на обеспечение стандартного уровня оказания медицинской помощи детям, недостаток лекарственных средств, расходных материалов и медицинского

оборудования и т.п. Многие учреждения службы ОЗМиР края до сих пор не имеют эффективно работающих систем для обеспечения длительной кислородотерапии.

Основными дефектами организационных и медицинских технологий, оказавшими влияние на формирование нежелательных результатов, были отклонения от стандартов организации наблюдения за беременными женщинами в амбулаторных условиях, от стандартов в организации медицинской помощи в родильных домах, которые не требовали дополнительных финансовых затрат. В частности, это реализация организационных технологий АТП комплексов в амбулаторно-поликлинической помощи женщинам и детям, раннее прикладывание новорожденного к груди матери и их совместное пребывание в родильном доме и т.п. Отклонения от стандартов медицинских технологий чаще всего приходились на диагностику в амбулаторно-поликлинических учреждениях и учреждениях СМП, а также на неотложную и реанимационную помощь в детских стационарах. В частности, отклонением от стандартов и причиной нежелательных результатов лечения были поздняя диагностика тяжелых проявлений перинатальных нарушений ЦНС детей первых месяцев жизни, осложнений острых респираторных вирусных инфекций, внебольничных пневмоний, внутрибольничного инфицирования выздоравливающих пациентов и т.п.

**Таблица 6.3. Анализ причин нежелательных результатов лечения детей по данным экспертных заключений (абс.)**

Причины		Дефекты структуры ЛПУ службы ОЗМиР, отрицательно повлиявшие на КМП				Дефекты технологий оказания медицинской помощи детям		
		Основные фонды	Ресурсы			организационные	медицинские	комплексные
			кадровые	финансовые	мат.-технические			
I. Летальные исходы (n=186)	Стационар	2	23	13	73	12	68	16
	Амбул.	2	19	7	13	17	126	102
	СМП	0	6	4	26	9	38	33
II. Временное расстройство здоровья (n=899)	Стационар	18	78	26	37	82	283	216
	Амбул.	28	174	11	18	189	151	124
III. Стойкое расстройство здоровья (n=249)	Стационар	8	35	13	21	47	148	103
	Амбул.	14	51	7	9	93	86	53
	СМП	17	18	2	5	6	35	19

Врачебные ошибки, как причина нежелательных результатов оказания медицинской помощи детям, концентрировались на трех направлениях: диагностика, лечение, взаимоотношения медицинского работника (врача, фельдшера, медсестры) с членами семьи.

Довольно часто летальные исходы и стойкое расстройство здоровья формировалось в результате поздней диагностики распространенных заболеваний, что приводило к несвоевременно начатому лечению и поздней госпитализации, случаям досуточной летальности в стационарах или гибели больных на дому. Это касалось как распространенных заболеваний, так и травм и отравлений. Имеется достаточное число экспертных заключений, где основной причиной нежелательных результатов лечения называются ошибки, связанные с поздним направлением на банальное лабораторное и рентгеновское обследование, консультацию «узких»

специалистов, недооценку тяжести состояния и транспортировку больных в учреждения более высокого уровня в тех случаях, когда риск осложнений транспортировки был очень велик, и т.п.

Ошибки, допущенные при организации лечения детей, концентрировались большей частью на незнании или добровольном заблуждении специалистов, неумении прогнозировать риск возникновения или течения заболевания, выбора правильной тактики лечения. В некоторых случаях ошибки лечения формировались из-за неумения определить вероятность риска побочных эффектов применения лекарственных средств, что приводило к возникновению стойких побочных эффектов фармакотерапии, появлению нового патологического состояния и, как следствие, нежелательному результату лечения больного. Большинство экспертных заключений, посвященных ошибкам при назначении лечения детям, концентрируется на антибактериальной терапии. В этом разделе организации лечения детей допускаются наибольшее количество ошибок.

Ошибки взаимоотношения медицинского работника и членов семьи, чаще всего матери, возникали из-за отсутствия у медицинских работников сформированного стиля отношений, направленных на сотрудничество.

Параллельно проводились экспертные оценки оказания медицинской помощи беременным женщинам. Массив экспертиз формировался методом случайной выборки медицинской и экономической документации. В отдельных случаях проводились комиссионные экспертизы КМП по фактам материнской смертности, возникновения патологических расстройств, связанных с диагностикой или лечением, по жалобам и обращениям беременных женщин или членов семьи, по инициативе прокуратуры и пр.

Экспертные заключения были разделены на две группы.

- *Первая группа включала в себя случаи, где не было выявлено отклонений от стандартов оказания медицинской помощи беременным женщинам и в большинстве случаев планируемые результаты оказания медицинской помощи были достигнуты.*
- *Вторая группа включала в себя случаи, когда, как правило, было выявлено отклонение от стандартов оказания медицинской помощи и в большинстве случаев планируемые результаты не были достигнуты, т.е. результаты лечения были отнесены в область нежелательных исходов лечения.*

Экспертные заключения, где были выявлены отклонения от стандартов оказания медицинской помощи беременным женщинам (1874 случая), распределены на три основные группы: летальные исходы, временные расстройства здоровья, стойкие расстройства здоровья (табл. 6.4).

Структурные дефекты службы ОЗМиР, хотя и имели место в экспертных заключениях как причины нежелательных результатов медицинской помощи беременным женщинам, однако не являлись ведущими. Основные фонды учреждений родовспоможения и их содержание в своем большинстве соответствуют принятым на территории стандартам, хотя эти стандарты значительно занижены по сравнению с федеральными. В то же время следует отметить, что в некоторых экспертных заключениях по поводу стойкого расстройства здоровья в качестве одной из причин ненадлежащего оказания медицинской помощи указано

неудовлетворительное состояние основных фондов родильных домов. В последние годы в различных муниципальных образованиях региона все чаще отмечается отсутствие или недостаточная подготовка кадров специалистов при оказании экстренной медицинской помощи беременным женщинам.

Дефицит финансовых и материально-технических ресурсов в большей мере оказывал влияние на формирование нежелательных результатов оказания медицинской помощи, выражающихся временным и стойким расстройством здоровья. Чаще всего это выявлялось в контуре причинно-следственных связей обеспечения медицинской помощи беременным женщинам необходимыми лекарственными средствами, расходными материалами и медицинским оборудованием.

Дефекты технологий оказания медицинской помощи беременным женщинам преобладали среди причин, приводивших к нежелательным результатам оказания медицинской помощи, причем здесь достоверно преобладали дефекты медицинских технологий над организационными. Чаще всего дефекты технологий регистрировались в виде отступлений от стандартов (протоколов) оказания медицинской помощи беременным женщинам в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений (ФАПы, врачебные амбулатории, женские консультации, поликлиники). Эти дефекты концентрировались на поздней диагностике и лечении женщин с ОПГ-гестозами и экстрагенитальной патологией, что приводило в последующем к тяжелым осложнениям в родах. Предполагать рождение здорового ребенка в таких случаях было бы нереально.

Отступления от стандартов ведения родов из группы женщин высокого риска как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, формировало рост тяжелых осложнений в родах, таких как кровотечения, разрывы матки, сепсис, гибель плода и т.п. В отдельных случаях отступления от стандартов технологий приводили к гибели и матери, и ребенка.

**Таблица 6.4. Анализ причин нежелательных результатов оказания медицинской помощи беременным женщинам по данным экспертных заключений (абс.)**

Причины		Дефекты структуры ЛПУ службы ОЗМиР, отрицательно повлиявшие на КМП				Дефекты технологий оказания медицинской помощи беременным женщинам		
		Основ-ные фонды	Ресурсы			организационные	медицинские	комплексные
			кадровые	финансовые	мат.-технические			
I. Летальные исходы (n=47)	Стационар	0	2	0	1	19	27	13
	Амбул.	0	0	0	0	12	35	17
	СМП	0	0	0	0	4	17	14
II. Временное расстройство здоровья (n=1526)	Стационар	5	39	58	145	459	826	167
	Амбул.	3	54	42	106	711	712	218
	СМП	3	12	11	31	78	99	53
III. Стойкое расстройство здоровья (n=301)	Стационар	2	12	6	102	117	252	108
	Амбул.	1	16	9	34	45	279	147
	СМП	0	3	2	17	7	19	14

Материнская смертность, хотя и входит в перечень репродуктивных потерь, однако является отражением организации медицинской помощи беременным. Ее не следует рассматривать изолированно от социально-экономического развития общества, общей заболеваемости и смертности женского населения. Она является не только показателем доступности и качества медицинской помощи, но и критерием состоятельности региональных властных структур.

Беременность и роды в определенной степени представляют риск для здоровья как матери так и ребенка, а в критических ситуациях приводят к смерти. Анализ динамики показателей материнской смертности на 100 000 живорожденных по территориям Дальнего Востока показал, что ее уровень все годы превышает показатели по России в целом. В структуре причин материнской смертности аборт составили 24,1 %, кровотечения – 20,7 %, ОПГ - гестозы – 13,8 %, внематочная беременность – 10,3 %, сепсис 3,4 %, экстрагенитальная патология и другие осложнения беременности и родов – 34,5 %.

Врачебные ошибки при оказании медицинской помощи беременным женщинам имели место как при формировании причин летальных исходов, так и при формировании стойких расстройств здоровья женщин и новорожденных детей.

Наиболее часто дефекты оказания медицинской помощи в результате ошибок, приведших к летальным исходам, были связаны:

- с неправильной интубацией и проведением искусственной вентиляции легких;
- неправильным введением лекарственных препаратов;
- переливанием крови и кровезаменителей;
- дефектами оказания операционного пособия;
- осложнениями катетеризации вен;
- комплексом диагностических и лечебных ошибок, приведших к ухудшению состояния больных на фоне уже имеющейся патологии.

К стойкому расстройству здоровья в основном приводили дефекты оперативного пособия, в результате которого повреждались органы: матка, прямая кишка, мочеточники или инфицирование послеоперационной раны.

По мнению большинства экспертов акушеров-гинекологов, удельный вес медицинских причин в материнской смертности составляет всего 10-15%. Остальные 85-90% приходятся на такие факторы, как экология, питание, образование и т.п. Чем выше качество жизни в регионе, тем меньше доля в структуре материнской смертности таких причин, как кровотечение, ОПГ-гестоз и сепсис. В странах с высоким уровнем жизни и высокотехнологичным здравоохранением на первое место в причинах материнской смертности выходят труднопредсказуемые осложнения родового акта (тромбоэмболия легочной артерии



и эмболия околоплодными водами), экстрагенитальная патология и т.п. Следует отметить, что в большинстве случаев летальные исходы были предопределены невыполнением параметров или грубыми отклонениями от основных положений приказа Минздрава РФ и утвержденных на федеральном уровне инструкции по организации работы женской консультации и схем динамического наблюдения беременных и родильниц.

Анализируемые результаты комиссионных экспертиз, характеризующих группу из 47 женщин, погибших в период беременности и родов с верифицированным диагнозом и установленным исходом, случаи, где причиной смерти были отклонения от стандартов оказания акушерской помощи, составили более двух третей. В отечественной литературе при анализе случаев материнской смертности и установления причинно-следственных связей постоянно делаются попытки разделить причины, вызывающие неблагоприятный исход беременности и родов на две большие группы: управляемые и неуправляемые. По нашему мнению, такое разделение формирует некую довольно «странную» для сегодняшнего уровня развития отечественной службы ОЗМиР позицию выделения факторов, которые заранее признаются неуправляемыми с точки зрения их полного устранения или хотя бы снижения уровня влияния на показатель материнской смертности.

Системный анализ актов экспертиз 47 случаев материнской смертности позволил нам сделать попытку систематизировать ее причины, разделив последние на догоспитальный и госпитальный этапы, расположив причины в списке с позиций определения структурного, технологического и результирующего компонента и по мере убывания частоты.

### ***Догоспитальный этап***

#### ***Структурный компонент качества медицинских услуг.***

- Отсутствие специалистов ПМСП в поселении, где проживает беременная женщина.
- Недостаточный уровень квалификации участковых врачей, работающих в ЛПУ ПМСП.
- Недостаточный уровень квалификации акушеров-гинекологов амбулаторного звена службы ОЗМиР.

#### ***Технологический компонент качества медицинских услуг.***

- Исходно низкий уровень здоровья женщин, связанный с недостаточным уровнем организации профилактических мероприятий девочкам-подросткам.
- Высокий уровень заболеваемости беременных женщин в результате отсутствия достаточного уровня динамического наблюдения и выполнения соответствующего стандарта.
- Недостаточный уровень госпитализации беременных в специализированное отделение ЛПУ на ранних сроках беременности.
- Недостаточный уровень госпитализации беременных в отделения патологии беременности при больших сроках беременности.
- Незапланированная беременность на фоне декомпенсации экстрагенитальных заболеваний и острой фазы инфекционных заболеваний.

#### ***Результирующий компонент качества медицинских услуг***

- Высокий уровень акушерской и экстрагенитальной патологии с тенденцией к декомпенсации в результате невыполнения технологического стандарта.
- Асоциальный образ жизни беременной женщины (наркомания и хронический алкоголизм) в результате низкого уровня координации работников службы ОЗМиР, служб социального обеспечения, УВД и пр.

### ***Госпитальный этап***

#### ***Структурный компонент качества медицинских услуг***

- Структурные диспропорции коечного фонда в специализированных отделениях родильных домов.
- Отсутствие должности психолога и юриста в штатном расписании родильного дома для обеспечения соответствующей психологической и юридической поддержки при патологических родах.
- Недостаточный уровень медикаментозного обеспечения родильных стационаров современными антибиотиками и анальгетиками.
- Отсутствие комплектов разовой спецодежды для персонала.
- Отсутствие комплектов одноразового белья для каждой роженицы и новорожденного.
- Отсутствие необходимого уровня запасов современных кровезаменителей в родильных домах.
- Отсутствие возможностей для динамического наблюдения за коагулопатическими состояниями.

#### ***Технологический компонент качества медицинских услуг***

- Отсутствие плана ведения родов у каждой женщины, поступившей в родильный дом.
- Несогласованное ведение роженицы, имеющей осложнения, специалистами различного профиля.
- Отклонения от технологического стандарта ведения родов.
- Отклонения от организационного стандарта работы родильного дома.

#### ***Результирующий компонент качества медицинских услуг***

- Высокий уровень акушерских состояний, плохо поддающихся коррекции (ОПГ-гестозы, маточные кровотечения, некомпенсированная слабость родовой деятельности, гипотрофия и гипоксия плода, аномалии пуповины).
- Нарастание симптомов тяжелого ОПГ-гестоза, несмотря на проведение стандартной терапии.
- Реализация резус-конфликта у матери и плода.
- Развитие острой фазы ДВС-синдрома на фоне хронического ДВС-синдрома.
- Острая сосудистая патология (эмболия околоплодными водами, ТЭЛА, тромбоэмболия с неблагоприятным расположением тромба).
- Несвоевременное оказание помощи по вине пациента или медицинского работника, повлекшие за собой неотвратимые последствия.
- Несвоевременная госпитализация беременных женщин из группы риска.
- Высокий уровень экстренных госпитализаций и оперативных вмешательств, выполняемых в ночные часы, в выходные и праздничные дни, как результат.

Наши оценки по уровню качества медицинской помощи беременным женщинам региона подтверждаются и другими специалистами. В частности, они отмечают, что значительный удельный вес среди контингентов умерших составили социально дезадаптированные женщины: безработные, злоупотребляющие алкоголем, имеющие низкий уровень образования и т.п. Такие немедицинские факторы, как неблагоприятные условия проживания, семейное положение (неполная семья, одинокие и разведенные) преобладают среди умерших женщин. Более половины были госпитализированы в стационары в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. В 70% случаев были выявлены недостатки обследования, и более чем в 60% - отсутствие госпитализации во время беременности или запоздалое направление в стационар. В каждом третьем случае наблюдения имели место неполная или запоздалая диагностика осложнений беременности, в 30% анализируемых случаев материнской смертности у наблюдавшихся беременных назначаемая терапия была неадекватной тяжести состояния пациенток и развившихся осложнений.

### ***Анализ мнения потребителей медицинских услуг в службе ОЗМиР Хабаровского края***

Одной из основных целей реформы системы здравоохранения является формирование качественно новых социально-экономических отношений между учреждениями здравоохранения и потребителями медицинских услуг. Социологические исследования в лечебно-профилактических учреждениях службы ОЗМиР могут служить одним из индикаторов качества оказываемой медицинской помощи. Они могут проводиться с использованием единовременного или текущего сбора информации, сплошным или выборочным способом в зависимости от мощности учреждения и целей исследования. Материалы социологических исследований могут быть использованы в качестве скрининговых обследований с последующей более углубленной экспертной оценкой ситуации.

Нами проведено изучение мнения о качестве оказываемой медицинской помощи матерей пациентов Хабаровского края, получавших медицинскую помощь в краевых детских клинических больницах – Детском хирургическом центре (ДХЦ) и Краевом центре охраны здоровья матери и ребенка (Перинатальный центр).

Условиями содержания своего ребенка в стационаре были удовлетворены 51 % опрошенных матерей Перинатального центра и 70 % опрошенных матерей ДХЦ, условиями своего пребывания в ЛПУ было удовлетворено от 52 до 55 % опрошенных. Значительно большее количество матерей удовлетворено результатами оказания медицинской помощи и отношением лечащего врача к пациенту (74 % и 93 % соответственно).

Неожиданным открытием для администрации учреждений была низкая удовлетворенность опрошенных санитарно-гигиеническими условиями. Так, в ДХЦ более чем половину опрошенных матерей не устраивают санитарно-гигиенические условия (не удовлетворены - 24 %, удовлетворены не в полной мере - 31 %). В Перинатальном центре этот показатель еще выше (23 и 43 % соответственно).

Дефицитное финансирование отрасли здравоохранения сказалось и на уровне обеспечения лечебно-профилактических учреждений лекарственными препаратами и средствами медицинского назначения. Обеспечением лекарственными препаратами в ДХЦ удовлетворены 56 % респондентов, в Перинатальном центре – 42 %. В то же время медикаменты, приобретенные на личные средства во время

нахождения в стационаре, использовали 31 % опрошенных в ДХЦ и 32 % - в Перинатальном центре.

Перечень проблем оказания медицинской помощи, выявленных в результате социологических исследований в лечебно-профилактических учреждениях службы ОЗМиР, может служить хорошим ориентиром руководителям лечебно-профилактических учреждений для коррекции существующих и внедрения новых организационных и медицинских технологий, принятия управленческих решений по приоритетам финансирования. Успешное функционирование лечебно-профилактических учреждений невозможно без системы обратной связи между поставщиками и потребителями медицинских услуг.

В настоящее время система оказания медицинской помощи женщинам и детям Хабаровского края не может работать методом проб и ошибок. Уже сегодня для эффективного управления необходимо формировать стратегическую модель службы ОЗМиР края с учетом качественных показателей, в частности, планируемых нормативов структуры, видов и объемов медицинской помощи, процесса ее оказания и результатов деятельности как службы в целом, так и отдельных ЛПУ.

### **Анализ некоторых показателей качества в службе онкологической помощи населению Приморского края**

В отличие от России в экономически развитых странах мира наблюдаются стойкие тенденции замедления роста уровня онкологической заболеваемости и смертности за счет создания программ по улучшению качества медицинской помощи, программ ранней диагностики, организации эффективной профилактики и лечения. В связи со значительными региональными различиями отдельных субъектов РФ по природно-климатическим, социально-экономическим, экологическим критериям имеются региональные особенности распространенности и смертности населения от онкологических заболеваний. При рассмотрении критериев, отражающих качественные характеристики деятельности системы онкологической помощи населению региона, основным, по нашему мнению, является уровень ранней диагностики злокачественных новообразований. Следует отметить, что от ранней диагностики рака в значительной мере зависит уровень смертности, годичной летальности от онкологических заболеваний. Ранняя диагностика злокачественных новообразований напрямую зависит от реализуемых в регионе организационных и медицинских технологий.

К сожалению, на Дальнем Востоке показатели ранней диагностики злокачественных новообразований, как отражение уровня КМП, имеют тенденции к снижению. В регионе активно выявляются при профилактических осмотрах всего 5-8% больных онкологического профиля, что ставит проблему изучения причинно-следственных связей этого явления на одно из первых мест. Уровень запущенности онкологической патологии на Дальнем Востоке составляет более 30% от числа впервые выявленных больных. При этом особенно высока доля запущенных стадий у больных раком желудка (53,0%), шейки матки (48,0%), молочной железы (46,1%), ободочной кишки, яичников (по 42,8%), раке легкого (40,4%). Главным звеном в системе ранней диагностики рака являются смотровые кабинеты территориальных поликлиник. Самыми развитыми (передовыми) региональными системами здравоохранения на Дальнем Востоке России признаны системы здравоохранения Приморского и Хабаровского края.

В Приморском крае в 2004 году действовали 52 смотровых кабинета, из них всего 12 – в городе Владивостоке. В то же время согласно действующим нормативам (Приказ МЗ РФ № 270) в регионе смотровых кабинетов должно быть не менее 83 с двухсменным режимом работы. За период 2000 – 2005 гг. в крае были закрыты 10, из оставшихся и действующих смотровых кабинетов девяти не были выданы лицензии, поскольку их структурный компонент не отвечал лицензионным условиям (основные фонды, материально-технические и кадровые ресурсы). Аналогичная ситуация формируется и в Хабаровском крае.

Кадровый состав смотровых кабинетов региона отличается крайней штатной нестабильностью и высоким возрастным уровнем работающих. Системный анализ позволил прийти к заключению, что низкая заработная плата и слабая привлекательность работы являются главными причинами высокой нестабильности медицинских кадров смотровых кабинетов на территории Приморского края. Проведенный нами анализ результатов работы по ранней и доклинической диагностике опухолевых заболеваний показал на этапах смотровых кабинетов низкую эффективность выявления рака визуальных локализаций (новообразования кожи, полости рта, языка, нижней губы, рак молочной железы, щитовидной железы, шейки матки, прямой кишки). В динамике в течение года в смотровых кабинетах региона выявляют не более 5-7% от всех опухолей наружных (визуальных) локализаций, причем в течение 2004 г. не было ни одного случая выявления в смотровых кабинетах опухолей у мужчин.

Установлено, что 73% рака визуальных локализаций обнаружили у себя сами больные, и около 20-22% выявляли случайно врачи других специальностей при обращении к ним по другим неонкологическим причинам.

В сельской местности оказание первичной медико-санитарной помощи осуществляется персоналом фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, участковых больниц, врачами сельских участков, врачами терапевтами поликлиник ЦРБ. Именно в ЛПУ ПМСП осуществляется первичный контакт с онкологическим больным. За период с 1990 до 2005 гг. доступность жителям сел первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Приморском крае сократилась в 2,3 раза. За этот период количество ФАПов уменьшилось с 463 до 416, численность работающих на них фельдшеров сократилось с 468 до 413. В течение последних лет в крае возрастает количество врачебных амбулаторий, вообще не укомплектованных врачебными кадрами: в 2002 году – 7, 2003 году – 9, в 2004 году – 14 врачебных амбулаторий, в 2005 году – 16.

Снижение доступности первичной медико-санитарной помощи населению края зависит от динамики кадров участковой службы. Так, только в г. Владивостоке за период с 1998 по 2005 гг. число терапевтов городских участков уменьшилось на 43 человека, педиатров городских участков – на 112 человек, терапевтов приписных участков – на 4 человека. Институт врачей общей практики в крае еще не сформирован, их число незначительно – 24 врача в 2005 году, и они не могут компенсировать дефицит кадров врачей участковой службы. В Приморском крае за период 1993 – 2005 гг. около 89% цеховых участков, 80% врачебных и 75% фельдшерских здравпунктов выведены из состава территориальных поликлиник и перешли на финансирование предприятий либо ликвидированы. Реализация национального проекта в здравоохранении в 2006 году положило начало тенденции возвращения специалистов в ЛПУ ПМСП Приморского края, но это процесс

длительный, инерционный и не всегда поддающийся чиновничьей логике «экономического эксперимента» над региональным здравоохранением.

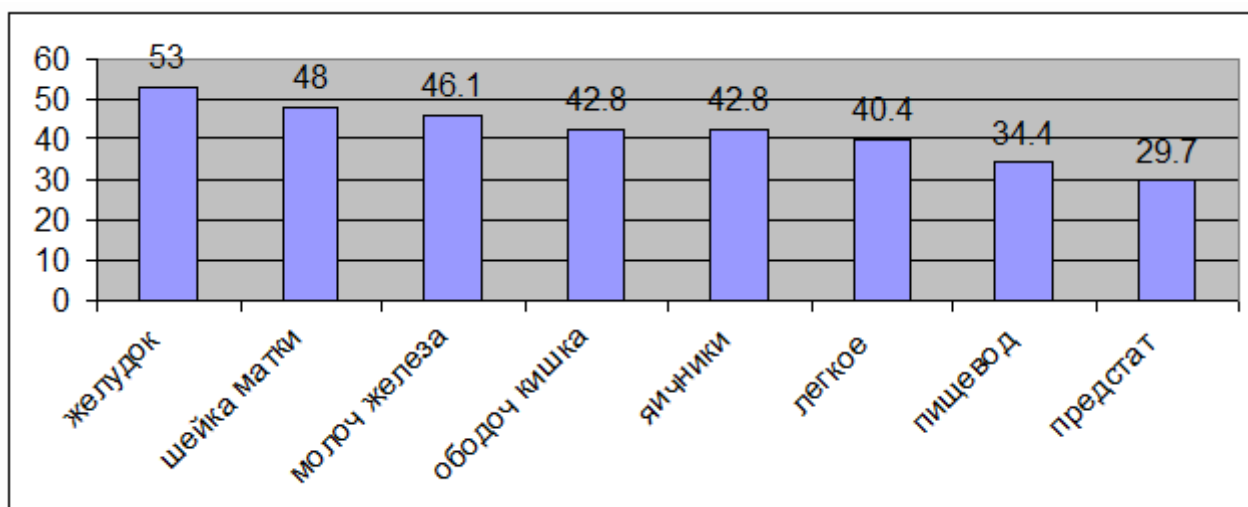
Указанные проблемы служат главными причинами высокой запущенности опухолевого процесса у впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями. Большая доля пациентов с онкологическим процессом, диагностированным в поздних стадиях, не позволяет проводить им радикальное хирургическое лечение, а, кроме того, пациентам, страдающим злокачественными образованиями в поздних стадиях требуется увеличение объемов полихимиотерапевтического и лучевого компонентов комплексной терапии. Все это в целом значительно увеличивает затраты на приобретение специфических противоопухолевых препаратов, но достоверно не увеличивает продолжительность и качество жизни онкологических больных.

Традиционно в системе онкологической помощи главным критерием качества диагностики считается удельный вес злокачественных новообразований, выявленных в IV стадии (% запущенности), а для визуальных локализаций – суммарно III и IV стадии. В табл. 6.5 представлены данные о динамике пациентов с IV клинической стадией рака в Приморском крае.

**Таблица 6.5. Доля больных с IV стадией злокачественного новообразования, все локализации (%)**

Год	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
%	39,1	33,7	34,0	30,6	31,8	30,9	29,3	28,9	30,1	30,3

Нами проведен анализ и изучены причины запущенности онкопатологии и врачебных ошибок, выявлены недостатки в организации медицинской помощи онкологическим больным. В Приморском крае в 2004 году было выявлено 1727 больных с IV клинической стадией на момент обращения, что соответствует 30,3% от всего количества вставших на учет больных. Доля больных с III клинической стадии составила 25,3%. Доля больных с запущенными стадиями по локализациям онкопатологии представлена на рис. 6.1.



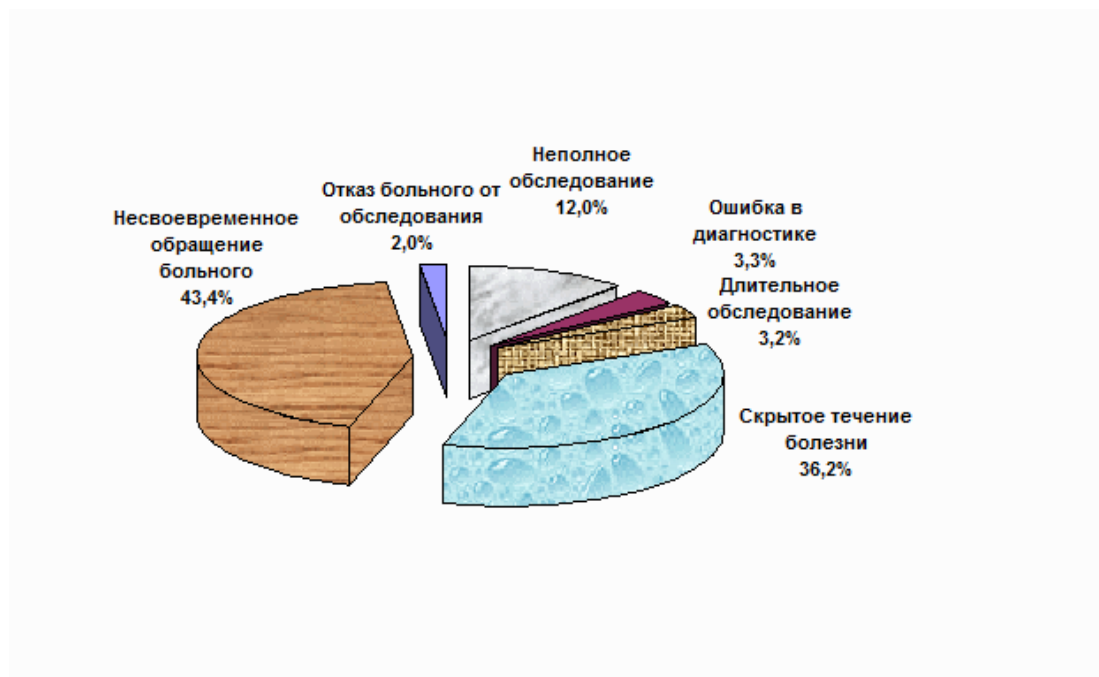
**Рис. 6.1. Доля больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований в Приморском крае в 2004 году (%)**

Запущенным стадиям соответствуют и высокие показатели одногодичной летальности больных злокачественными новообразованиями – по всем локализациям 33,0%, при раке лёгких 50,8%, раке желудка – 51,4%, ободочной кишки – 26,6%. Среди всех причин высокой запущенности опухолей (рис. 6.2) ведущими являются: поздняя обращаемость больных (43,4%), скрытое течение болезни (36,2%), неполное обследование – 12,0%.

Более 22% пациентов, прибывших на консультацию в поликлинику Приморского краевого онкодиспансера, составляют больные с уже установленным диагнозом злокачественного новообразования в IV стадии. Около двух третей пациентов с запущенными формами рака уже обращались с жалобами к врачам по месту жительства в течение первых 6 месяцев со времени появления первых признаков заболевания, причем 1/3 из них в течение первого месяца, однако мер для осуществления ранней диагностики, уточнения причин жалоб не принималось.

Запущенным стадиям соответствуют и высокие показатели одногодичной летальности больных злокачественными новообразованиями – по всем локализациям 33,0%, при раке лёгких 50,8%, раке желудка – 51,4%, ободочной кишки – 26,6%. Среди всех причин высокой запущенности опухолей (рис. 6.2) ведущими являются: поздняя обращаемость больных (43,4%), скрытое течение болезни (36,2%), неполное обследование – 12,0%.

Более 22% пациентов, прибывших на консультацию в поликлинику Приморского краевого онкодиспансера, составляют больные с уже установленным диагнозом злокачественного новообразования в IV стадии. Около двух третей пациентов с запущенными формами рака уже обращались с жалобами к врачам по месту жительства в течение первых 6 месяцев со времени появления первых признаков заболевания, причем 1/3 из них в течение первого месяца, однако мер для осуществления ранней диагностики, уточнения причин жалоб не принималось.



**Рис. 6.2. Структура причин поздней диагностики злокачественных новообразований в Приморском крае в 2004 г. (в %)**

## **Анализ информации о качестве оказания онкологической помощи, полученной с помощью опросов пациентов**

Социологическому опросу были подвергнуты 1320 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Приморском краевом онкологическом диспансере по поводу злокачественного новообразования, из них женщин – 979 (74,2%), мужчин – 341 (25,8%). Среди респондентов сельских жителей края было 32,5% и городских – 67,5%. Возраст опрошенных колебался от 23 до 84 лет, средний возраст составил 55,9 года. Около 2/3 больных – 824 (62,4± 1,3%), получающих лечение в стационаре, не имели инвалидности по онкологическому заболеванию.

Более 2/3 опрошенных онкологических больных 891 (67,5± 1,3%) были впервые на стационарном лечении, повторно 187 (14,2± 0,9%) и более 3-х раз 242 (18,3± 1,0%) больных получали лечение в стационаре диспансера. Среди них около 1/4 больных 319 (24,2± 1,7%) были с раком молочной железы, раком легкого – 220 (16,7± 1,0%), шейки матки – 175 (13,3± 0,9%), новообразования кожи были у 165 (12,5± 0,9%). Пациенты, у которых было выявлено или заподозрено онкологическое заболевание в ЛПУ (806 пациентов), побывали в последующем на приеме у врача-онколога в течение 10 дней – 416 (51,6± 1,8%) пациентов, от 10 до 30 дней – 167 (20,7± 1,4%) и более чем через 30 дней – 223 (27,7± 1,6%) пациента. Главными причинами длительной отсрочки консультации у онколога 202 (90,6± 1,9%) были бытовые и материальные проблемы, и только у 21 (9,4± 1,9%) - отсутствие врача-онколога в районе проживания или межрайонном онкологическом кабинете.

При обнаружении (1320 пациентов) онкологического заболевания 1144 (86,7± 0,9%) больных сразу получали лечение и 176 (13,3± 0,9%) - отмечали трудности с госпитализацией в связи с ожиданием очереди на стационарное лечение в диспансере. В период стационарного лечения 307 (23,3± 1,2%) больных получали лекарственные препараты полностью бесплатно и 1013 (76,7± 1,2%) - приобретали некоторые препараты самостоятельно. При этом мы пытались установить, какой фактор более всего определяет удовлетворенность пациентов от получаемой медицинской помощи в стационаре.

Полученные ответы распределились в порядке убывания: обеспеченность лекарственными препаратами и медицинскими материалами – 505 (38,3± 1,3%); квалификация медицинских работников – 418 (31,7± 1,3%); доброжелательное отношение медицинских работников – 198 (15,0± 0,9%); уровень цен на оказываемую помощь и медицинские товары – 132 (10,0± 0,8%); качество питания – 67 (5,0± 0,6%).

Материальные и финансовые возможности онкологических больных, как потребителей медицинских услуг, мы определяли по ответам, которые позволили сгруппировать потребительские возможности респондентов следующими уровнями:

- *приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания – 538 (40,8± 1,3%);*
- *денег хватает только на ежедневные расходы – 517 (39,2± 1,3%);*
- *денег хватает на все, но без излишеств – 264 (20,0± 1,1%) респондентов*

Измерение уровня качества медицинских услуг — давнишняя, но трудно осуществимая задача отечественной онкологии. В настоящее время измерение уровня КМП с помощью изучения мнений пациентов, т.е. потребителей медицинских услуг, становится жизненно важной частью усилий ЛПУ онкологического профиля.



Региональные правительства, работодатели и потребители, оплачивающие медицинскую помощь, заинтересованы в том, чтобы ЛПУ производили медицинские услуги высокого качества по минимально приемлемым ценам. Главным вопросом для успешного социального прогнозирования и управления качественной онкологической помощью на региональном уровне является знание конкретной потребности населения и необходимых для ее обеспечения ресурсов с учетом региональных особенностей (развития экономики и социальной сферы, плотности расселения, транспортных связей, наличной сети ЛПУ и т.п.). Формирование социальных норм и нормативов в региональной онкологии должны отвечать в первую очередь запросам населения. Использование методологии социального прогнозирования в региональной онкологии позволит с достаточной долей достоверности сформировать комплексные (материальные, кадровые, финансовые) нормативные критерии онкологической службы субъекта РФ ДВФО, исходя из конкретных социально-экономических условий территории.

### **Качество медицинской помощи в ЛПУ стоматологической службы Хабаровского края**

Сложная экономическая ситуация в Хабаровском крае в последнее десятилетие сопровождалась растущей неспособностью исполнительной власти региона обеспечить стандарт государственных гарантий оказания бесплатной стоматологической помощи населению. В то же время в соответствии с Конституцией, граждане России, в том числе и жители Хабаровского края, по-прежнему имели право на бесплатное получение качественной стоматологической помощи.

В эти же годы сформировалось нарушение доступности видов и объемов качественной стоматологической помощи населению отдаленных северных и сельских районов края, что в первую очередь следовало связывать со значительным оттоком квалифицированных кадров - врачей-стоматологов, зубных врачей и техников из муниципальной системы здравоохранения в коммерческий сектор и замещение первых зубными врачами. За период с 1993 по 2006 гг. уровень стоматологической заболеваемости, по данным обращаемости населения в стоматологические поликлиники, имеет тенденцию к росту практически среди всех возрастных групп населения и по большинству классов стоматологических заболеваний.

На III съезде Стоматологической ассоциации России (1996) был заслушан доклад главного стоматолога Минздрава РФ, президента Стоматологической ассоциации России проф. В.К. Леонтьева. По его мнению, должны быть пересмотрены основные положения организации и управления стоматологическими учреждениями на всех уровнях с учетом юридического и медицинского статуса, экономики, финансирования, механизма отношений стоматологов с собственниками стоматологических учреждений, пациентами и др.

Особое значение для стоматологии Дальнего Востока России в условиях переходной экономики имеют не только количественные показатели деятельности ЛПУ стоматологического профиля того или иного уровня, но и качественные характеристики произведенных услуг. Сегодня очевидно, что именно рынок с его гибкой системой оплаты труда и экономической заинтересованностью персонала стоматологических ЛПУ позволит перейти к системе нормирования и стимулирования труда по таким приоритетным направлениям и критериям, которые

обеспечивали бы гарантированный уровень удовлетворенности потребностей населения региона в различных видах и объемах качественных стоматологических услуг.

В связи с тем, что стоматологическая служба наиболее развита в южных территориях Дальнего Востока, а Хабаровский край является типичным субъектом РФ ДВФО, нами рассмотрены причинно-следственные связи обеспечения качества производства стоматологических услуг в ЛПУ этой территории.

Анализ структурного компонента обеспечения КМП в ЛПУ стоматологического профиля региона, проведенный в рамках планируемого исследования, показал, что на первом уровне в Хабаровском крае помощь оказывается в ЛПУ, где осуществляется смешанный прием (кабинеты, отделения и поликлиники). Объем услуг пациентам составляет от 30 до 50% от общего числа стоматологических услуг, по мере роста числа негосударственных ЛПУ стоматологического профиля объемы услуг на этом уровне имеют тенденцию к росту.

На втором уровне — специализированная стоматологическая помощь в крае, оказывается по трем основным специальностям - терапии, хирургии и ортопедии в стоматологических отделениях крупных поликлиник и муниципальных стоматологических поликлиниках. Основной поток пациентов составляют лица при первичном обращении, а также направленные из учреждений первого уровня. Ориентировочно в стоматологических ЛПУ этого уровня производятся услуги от 20 до 40 % всех стоматологических услуг.

На третьем уровне узкоспециализированная стоматологическая помощь оказывается в краевых и крупных муниципальных поликлиниках гг. Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре и в отделениях челюстно-лицевой хирургии. На этом уровне работают специалисты — стоматологи высокой квалификации и узкого профиля (амбулаторная и стационарная челюстно-лицевая хирургия, экстренная и неотложная помощь, реабилитация, имплантология, косметология и др.). Пациенты поступают из ЛПУ первого и второго уровней, а также обращаются самостоятельно. На базе ЛПУ третьего уровня организована подготовка врачей-стоматологов. В учреждениях третьего уровня производится от 5 до 10% всех стоматологических услуг.

Рыночные отношения в региональной стоматологии строятся на базе практически реформируемой государственной системы здравоохранения, которая весьма успешно действовала на протяжении многих десятков лет. Внедрение рыночных методов хозяйствования, как в частном, так и в государственном секторе производства стоматологических услуг показало, что государственная система стоматологического обслуживания населения имеет еще определенный потенциал реформирования.

Формирование рынка стоматологических услуг в Хабаровском крае, интенсивное его развитие с 2000 года, появление большого числа негосударственных стоматологических организаций, определенный потенциал дальнейшего реформирования муниципальных стоматологических поликлиник ставят решение проблемы формирования современных подходов к управлению качеством стоматологических услуг населению края в ряд весьма актуальных.

В муниципальных образованиях Хабаровского края, где имеется слабо развитая транспортная инфраструктура, низкие доходы населения. Значительная часть населения проживает в небольших городах (15-25 тыс.) рабочих поселках (3-5 тыс.) и селах (0,5-1,5 тыс.), отделенных друг от друга большими расстояниями. Именно в последних сегодня остро стоит вопрос об основной структурной единице (ЛПУ) стоматологической службы и специалистах, которые будут производить стоматологические услуги надлежащего качества. В малонаселенных территориях Хабаровского края следует с определенной долей осторожности применять общепринятые для России методики планирования и прогнозирования, а в конечном итоге, и нормирования производства качественных стоматологических услуг, особенно с точки зрения формирования структуры учреждений и ресурсного обеспечения современных технологий.

В стоматологической службе края продолжается дублирование стоматологической помощи за счет общественных источников финансирования на уровне т.н. узкоспециализированных ее видов в ведомственных ЛПУ (МО, МВД, ДВЖД и др.). Это в конечном итоге формирует затратные механизмы финансирования стоматологической помощи определенным контингентам населения региона. В частности, акционирование МПС и организация ОАО РЖД пока не приостановила процесса дублирования стоматологической помощи населению. В то же время процессы дублирования стоматологической помощи следует оценивать положительно с точки зрения формирования конкуренции производителей и рыночных механизмов производства стоматологических услуг.

Проведенный нами в рамках исследования вопросов управления КМП в стоматологии структурный анализ показал, что подавляющее большинство ЛПУ стоматологического профиля не соответствует стандартам «Строительных норм и правил» (СНиП) – 2.02.02.-89, утвержденных ГипроНИИЗдравом еще 19.12.89.

В частности, при планировании ЛПУ стоматологического профиля не всегда выполняются «Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации амбулаторно–поликлинических учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личной гигиены персонала», особенно это касается ЛПУ, где организуется отделение хирургической стоматологии или хирургический кабинет. Не всегда выполняется требование стандарта по числу помещений хирургического отделения/кабинета (5 и 3 соответственно), площадь предоперационной не менее 10 м<sup>2</sup>, операционная с одним стоматологическим креслом (операционным столом) площадью не менее 23 м<sup>2</sup>, при установке каждого последующего кресла (операционного стола) требуется дополнительно 7 м<sup>2</sup>, стерилизационная площадью 7 м<sup>2</sup>. В помещении для стерилизации не везде предусмотрены вытяжные шкафы и т.п.

Состав и площадь основных и вспомогательных помещений не всегда определяется заданием на проектирование, в соответствии с действующими СНиПами 2.08.02.89 «Общественные здания и сооружения» и пособием к нему по проектированию лечебно–профилактических учреждений. Редко при проектировании и реконструкции основных фондов в коммерческой стоматологии используются «Санитарные правила, устройство оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров 5179-90».

Стандарт оснащения отделений/кабинетов ЛПУ стоматологического профиля, как правило, соответствует табелю оборудования больниц и поликлиник с учетом

«Временных норм расхода по основным видам стоматологических материалов, медикаментов и инструментов на одну должность врача стоматологического профиля и зубного техника» (Приложение 1 к приказу Минздрава СССР № 670 от 12 июня 1984 г.). Что же относительно оснащения отделений/кабинетов стоматологическими креслами, бестеневыми лампами, столиками для инструментария, круглыми винтовыми табуретами со спинками и без них, электрическими бормашинами с наконечниками, бактерицидными и ультрафиолетовыми лампами, стоматологическим инструментарием и т.п., то в большинстве обследованных ЛПУ стоматологического профиля эти структурные стандарты соблюдаются.

Следует отметить, что с момента выхода этого приказа прошло более 20 лет, что естественно ставит под сомнение его нормы, на которые ориентируются органы лицензирования региона. Это способствует тому, что даже в краевом центре отдельные муниципальные стоматологические поликлиники (МУЗ «Стоматологическая поликлиника № 18» и ее филиалы; МУЗ «Стоматологическая поликлиника № 19») используют «древние» технологии, которые обеспечены устаревшим оборудованием и расходными материалами, что никогда не позволит добиться этим ЛПУ производства услуг приемлемого даже для Дальнего Востока уровня качества.

В негосударственных ЛПУ стоматологического профиля региона уровень оснащения медицинским оборудованием достаточно высок, что позволяет им повсеместно реализовывать современные технологии. Исключением из правил в стоматологических ЛПУ негосударственного сектора является уровень оснащения диагностическими рентгенологическими установками, физиотерапевтической аппаратурой и диагностическими приборами, которых пока явно не хватает для обеспечения производства услуг приемлемого уровня качества.

Ситуационный анализ обеспечения уровня КМП кадровыми ресурсами в службе стоматологической помощи населению Хабаровского края указывает на уменьшение числа врачей-стоматологов, особенно физических лиц в краевых и муниципальных ЛПУ. Причем эта динамика формируется на фоне ежегодного выпуска врачей-стоматологов стоматологическим факультетом Дальневосточного государственного университета. Наиболее квалифицированные и предприимчивые специалисты «перелились» в негосударственный сектор стоматологии края.

В регионе затянулось решение вопросов подготовки специалистов со средним стоматологическим образованием — гигиениста и зубного врача. Судьба последнего пока не решена. В отделенных северных и сельских муниципальных образованиях формируется тенденция спонтанного замещения должностей врачей-стоматологов на должности зубных врачей. Тенденцию следует рассматривать с точки зрения формирования увеличения доступности с параллельным снижением качества оказываемых стоматологических услуг.

Анализ укомплектованности должностей зубных техников в 2002 – 2004 гг. в ЛПУ стоматологического профиля Хабаровского края показывает, что на фоне снижения штатных должностей с 274,50 в 2002 г. до 253,00 в 2005 г. наблюдается значительное снижение физических лиц с 201 до 183 соответственно.

Кадровая ситуация в ЛПУ стоматологического профиля Хабаровского края указывает на то, что определенная часть врачей-стоматологов и зубных техников

перешла работать в коммерческий (негосударственный) сектор. Следует отметить, что в стоматологических ЛПУ коммерческого сектора, в отличие от государственных ЛПУ, разрыв между числом штатных должностей и физических лиц не существенен. Тем не менее, в ЛПУ коммерческого сектора в 2005 году по отношению к государственному сектору уже работало 17,55% врачей стоматологов, 2,31% зубных врачей и 12,72% зубных техников.

Это свидетельствует о том, что в коммерческом секторе стоматологии края наиболее востребованы врачи-стоматологи, в меньшей мере зубные техники и практически не востребованы зубные врачи.

Анализ мнений специалистов, перешедших в коммерческий сектор указывает на то, что основной причиной их перехода был низкий уровень и несовершенная система оплаты труда в ЛПУ государственного сектора, устаревший механизм реализации социальных льгот и полное отсутствие связи между качеством медицинской помощи и материальным и моральным вознаграждением.

Потребность у большей части населения Хабаровского края в стоматологических услугах традиционно высока, а стоматологическая помощь является одним из самых массовых видов медицинского обслуживания. Следовательно, стоматологическая услуга представляет собой товар, обладающий высокой потребительской ценностью. Такое понимание стоматологической услуги как товара позволяет рассматривать производство, куплю и продажу стоматологических услуг с точки зрения существующих рыночных механизмов и формирования соответствующих стандартов как структур, так технологий и результатов.

Анализ ситуации по соблюдению структурных стандартов в стоматологии Хабаровского края показал, что все реже обсуждаются стандарты основных производственных фондов и ресурсов ЛПУ стоматологического профиля, т.е. СНИПы, ГОСТы и ОСТы, по которым можно определить соответствие зданий медицинских учреждений, а также их частей предъявляемым требованиям. Вопрос оснащения того или иного ЛПУ лечебно-диагностической аппаратурой различных классов с точки зрения управления КМП должен рассматриваться в разделе «Классификация и систематизация компонентов стоматологических услуг, требования для оценки лечебно-диагностического потенциала стоматологических учреждений». На наш взгляд, необходимо ввести класс стандартов оснащения всех типов стоматологических учреждений региона, в том числе и частных, в соответствии с классификатором в документах Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Что же относительно стандартизации технологического компонента обеспечения качества в стоматологической практике, то здесь, прежде всего, следует уточнить общие положения о технологии производства товаров и услуг. По нашему мнению, исчерпывающую информацию по этой проблеме даст динамика видов и объемов стоматологической помощи.

В целом по краю снижалось количество посещений краевых и муниципальных стоматологических учреждений. Сформировалась тенденция оттока части пациентов в негосударственные стоматологические ЛПУ, т.е. на рынке стоматологических услуг в качестве производителей и продавцов в Хабаровском крае сегодня полноценно представлены как государственные, так и негосударственные стоматологические

учреждения. Следует отметить, что качественные характеристики произведенных услуг с точки зрения рыночных механизмов имеют ведущее значение.

Наряду с этим наблюдалось увеличение объемов оказываемой стоматологической помощи взрослому населению и особенно лицам пожилого возраста, что определялось демографическими процессами (снижением доли детей и подростков в структуре населения) и направлениями преимущественного финансирования видов и объемов стоматологической помощи за счет средств муниципальных бюджетов и системы ОМС. В 2001-2005 гг. объем ортопедической стоматологической помощи увеличивался, особенно в сельской местности.

Главным вопросом для успешного социального прогнозирования и управления качеством стоматологической помощи на региональном уровне является знание конкретной потребности населения и необходимых для ее обеспечения ресурсов с учетом региональных особенностей (развития экономики и социальной сферы, плотности расселения, транспортных связей, наличной сети стоматологических ЛПУ и т.п.). В этой связи весьма важными являются оценки видов и объемов коммерческого сектора стоматологии края.

Рост числа ЛПУ коммерческого сектора в стоматологии Хабаровского края в течение последних пяти лет ставит перед организаторами здравоохранения задачу по изучению видов и объемов стоматологической помощи специалистами этих ЛПУ. К стоматологам ЛПУ коммерческого сектора в течение 2005 года сделано более 66 тыс. посещений клиентов. Следует отметить, что число посещений, сделанных детьми и подростками в эти ЛПУ составило всего 6,39% от числа всех посещений, т.е. основными потребителями стоматологических услуг негосударственных ЛПУ являются взрослые. В структуре посещений основное место занимает лечение зубов, а число удаленных по отношению к излеченным зубам составляет всего 7,52%. Что же относительно объемов индивидуальной профилактики, то они незначительны. В частности, в коммерческом секторе всего профилактических стоматологических услуг за год производится чуть более 1000, из них детям и подросткам всего 27,4%. В ЛПУ коммерческого сектора за 2005 год изготовлено более 12 тыс. зубных протезов различной категории сложности. Что же относительно объемов ортодонтического лечения, то в негосударственных ЛПУ было обслужено за год менее 100 клиентов, из них всего 38 детей и подростков.

Имеются тенденции к значительному увеличению объемов услуг в негосударственном секторе здравоохранения, что только усиливает значимость изучения КМП в коммерческом секторе стоматологии региона.

### ***Анализ экспертной информации качественных показателей стоматологической помощи населению***

В последние годы в среде менеджеров-стоматологов наблюдается стремление к усилению информационного, так называемого сигнального, значения статистических данных и особенно итоговых величин и показателей объема, качества и эффективности работы, получаемых из отчетов ЛПУ стоматологического профиля. Им представляется большой ценностью рациональная детализация приводимых в них сведений, а не общее число различных данных и показателей. Мы полагаем, что на основе динамического сравнения системного характера и следует строить интегрированные оценки КМП в зоне обслуживания населения отдельными ЛПУ

стоматологического профиля в районе, городе и регионе, что важно для принятия конкретных организационных решений и медико-социальных программ.

В рамках плана исследования в 2005 году нами изучены возможности более эффективного использования отчетной медицинской документации деятельности учреждений стоматологической службы Хабаровского края с точки зрения обеспечения КМП. С этой целью было проанализировано более 30 таких документов, как «Отчет лечебно-профилактического учреждения» (форма № 30). Из всех сведений мы выбрали только те, которые относились к медицинскому обслуживанию взрослого населения, исключив, где это было возможно, данные об оказании медицинской помощи детям в возрасте до 14 лет включительно. Кроме того, нами учитывались также «Отчет о деятельности лечебно-профилактического учреждения, функционирующего в системе обязательного медицинского страхования» (форма № 52).

При анализе мы использовали характеристики, касающиеся показателей деятельности, обеспечивающей медико-технологический процесс (укомплектованность штатов врачей-стоматологов и всего персонала учреждения): индексы организации лечебно-диагностической работы (среднее число посещений из расчета на 1 стоматолога, число произведенных рентгенологических исследований из расчета на каждые 100 посещений к стоматологам, среднее число рентгенограмм, приходящихся на 1 рентгенологическое исследование; число лиц, получивших физиотерапевтическое лечение, на каждые 100 посещений и среднее число физиотерапевтических процедур, приходящихся на 1 пациента, получившего такой вид лечения и др.

Мы рассчитали перечисленные выше показатели по всем ЛПУ, выделяя обслуживание взрослого населения; затем вычислили средние уровни, среднее квадратическое отклонение и среднюю ошибку средней арифметической для избранных ЛПУ за 2004 год (табл.6.6).

**Таблица 6.6. Уровни основных показателей ЛПУ стоматологического профиля Хабаровского края в 2004 году**

№ п/п	Показатели	ЛПУ государственного сектора			ЛПУ негосударственного сектора		
		P%, M	± δ	± m	P%, M	± δ	± m
1	Укомплектованность штатов врачами-стоматологами (физ. лица)	77,63	10,07	2,11	94,7	12,31	2,84
2	Коэффициент совместительства врачей-стоматологов	1,52	0,33	0,12	1,12	0,24	0,08
3	Укомплектованность штатов средних медицинских работников (физ. лица)	90,02	8,12	1,78	98,01	7,16	1,06
4	Коэффициент совместительства средних медработников	1,46	0,17	0,09	1,09	0,14	0,11
5	Число посещений из расчета на 1 должность врача-стоматолога	1877,71	332,12	86,16	1994,17	216,6	74,2
6	Количество первичных посещений (%)	38,71	5,12	1,08	47,2	3,71	1,16
7	Число отпущенных физиотерапевтических процедур из расчета на 100 посещений	8,17	4,19	1,14	2,86	1,01	0,82
8	Число рентгеновских исследований на 100 посещений	17,44	7,03	2,12	3,92	1,17	0,61
9	Среднее число рентгенограммы при 1 одном исследовании	1,26	0,18	0,03	1,06	0,12	0,02
10	Число санированных в порядке плановой санации и при обращении на 1000 посещений	21,02	4,84	1,02	16,82	3,18	1,17
11	Число осмотренных в порядке плановой санации из расчета на 100 посещений	5,84	3,18	1,17	3,09	1,16	0,64
12	Количество санированных из выявленных при осмотрах (%)	88,56	13,84	2,92	93,24	11,25	2,83

Следует подчеркнуть, что обобщающие материалы, приводимые в этой таблице, следует рассматривать, как методические приемы обработки и использования сведений из отчетных документов в ЛПУ стоматологического профиля региона. Однако менеджеры ЛПУ стоматологического профиля до сих пор пытаются использовать эти показатели для оценки КМП в своих учреждениях.

Перечисленные показатели отражают основные функции системы стоматологического обслуживания населения края. Сигмальная оценка дает ряд возможностей, в числе которых выделение сходных групп стоматологических учреждений по уровню их деятельности, имеющих положительные и отрицательные уровни исследуемых показателей, выявить слабые стороны в работе, в системе стоматологических учреждений региона, обслуживающих взрослых.

Определение средних уровней в сочетании их с сигмальными оценками — это не что иное, как своеобразная статистическая экспертная оценка объема и качества медицинского обслуживания. Отклонение, превышающее  $\pm 0,5$  до  $\pm 1,0$  δ, является своеобразным сигналом к проведению соответствующих организационных



мероприятий (аудита), в том числе и по управлению качеством стоматологических услуг.

Таким образом, мы полагаем, что приведенные данные можно трактовать, как некий статистический стандарт обслуживания населения. Используя подобные стандарты, можно выявить те ЛПУ стоматологического профиля, в которых недостаточна «насыщенность» посещений (частота использования физиотерапевтических процедур, направлений на рентгенологическое исследование), проявляется действие таких факторов, как неукомплектованность штатов персонала, коэффициент совместительства стоматологов и т.п.

В то же время этих данных официальной статистики недостаточно для оценки качественных показателей ЛПУ стоматологического профиля и указанные показатели должны дополняться данными текущих экспертных оценок для принятия управленческих решений в условиях рынка.

Изучение особенностей стоматологической помощи населению региона показывает, что в большинстве ЛПУ реализуется традиционная система обеспечения качества медицинской помощи. В ее основе лежит стандартизация производства запланированных видов и объемов стоматологических услуг исходя из Временного положения о контроле качества медицинской помощи на территории Хабаровского края.

Основным объектом контроля в стоматологических учреждениях Хабаровского края является законченный случай лечения, а документом, который подвергается экспертной оценке, является карта амбулаторного пациента (Ф-112). При проведении внутриведомственной экспертизы, как правило, использовалась система оценки с определением уровня качества лечения (УКЛ). Колебания показателя УКЛ принимались в пределах от 0,0 до 1,0.

Анализ экспертной информации по качеству стоматологических услуг в государственных и негосударственных ЛПУ указывает на наличие достоверных различий (табл. 6.7). Показатель УКЛ, определенный экспертами в стоматологических ЛПУ государственного сектора, составлял от 0,90 до 0,98, что явно не отражает истинного уровня КМП, а свидетельствует о формальном подходе к оценке показателей уровня качества лечения. Тем не менее наша оценка УКЛ в стоматологических ЛПУ негосударственного сектора достоверно ниже ( $p < 0,01$ ).

**Таблица 6.7. Сравнительная характеристика показателя УКЛ в стоматологических ЛПУ государственного и негосударственного сектора по данным экспертных оценок**

Годы	УКЛ по данным независимой экспертизы в стоматологических ЛПУ государственного сектора		УКЛ по данным независимой экспертизы в стоматологических ЛПУ негосударственного сектора		
	n	M±m	n	M±m	
2002	334	0,976±0,023	41	0,786±0,014	p<0,01
2003	524	0,913±0,086	92	0,791±0,032	p<0,05
2004	1406	0,908±0,093	127	0,723±0,079	p<0,01
Всего	2264	0,932±0,067	260	0,777±0,042	p<0,01

Колебания показателя УКЛ коммерческого сектора в большинстве случаев составляли от 0,72 до 0,79. Следует отметить, что в большинстве случаев экспертиз в условиях соблюдения принципов случайности выборки, закономерности вектора оценки, как ЛПУ государственного, так и ЛПУ негосударственного сектора совпадали, разнясь только уровнем показателя УКЛ.

Убедившись, что система экспертных оценок КМП только при использовании критерия УКЛ имеет односторонний характер, часть законченных случаев производства стоматологических услуг в поликлиниках государственного сектора (317) и негосударственного сектора (125) были оценены по интегрированному критерию эффективности (Ки), основанному на единых для всех типов ЛПУ принципах в виде специального показателя - интегрального коэффициента эффективности (Ки), представляющего собой произведение коэффициентов медицинской эффективности (Км), социальной эффективности (Кс) и коэффициента соотношения затрат (Кз) ( $K_i = K_m \cdot K_s \cdot K_z$ ).

Для проведения экспертных оценок и для сбора необходимой информации нами были использованы «Карты экспертного контроля качества и эффективности стоматологической помощи», внутриучрежденческие стандарты тарифов, анкеты для изучения удовлетворенности пациента оказанными медицинскими услугами и др.

Величина интегрального коэффициента эффективности в ЛПУ государственного и негосударственного сектора (табл. 6.8) достоверно не имеет различий ( $0,51 \pm 0,35$  и  $0,50 \pm 0,31$  соответственно) и свидетельствует о формировании устойчивой тенденции к сближению уровня интегральных показателей работы обеих секторов на фоне изменений мотивации персонала при производстве платных стоматологических услуг и оплате произведенных услуг в рамках программ ДМС.

**Таблица 6.8. Интегральный коэффициент эффективности (Ки) по данным экспертных оценок законченных стоматологических услуг в ЛПУ Хабаровского края в 2004 году**

ЛПУ стоматологического профиля Хабаровского края	Уровень достигнутых медицинских результатов (Км)	Уровень удовлетворенности потребителя (Кс)	Уровень соотношения нормативных и фактических затрат (Кз)	Уровень интегрального коэффициента эффективности (Ки)
	М±м	М±м	М±м	М±м
Государственный сектор (n=317)	0,92±0,027	0,67±0,024	0,82±0,055	0,51±0,035
Негосударственный сектор (n=125)	0,62±0,016	0,87±0,025	0,93±0,068	0,50±0,031

В течение 2004 года нами проведена экспертная оценка оказания амбулаторной стоматологической помощи в виде случайной выборки медицинской и экономической документации или случайного отбора пациентов или их родственников для опросов. В некоторых случаях проводились комиссионные экспертизы КМП по случаям возникновения патологических расстройств, связанных с диагностикой или лечением, по случаям жалоб и обращений пациентов или членов семьи, по

инициативе прокуратуры и пр. Анализ экспертных заключений позволил разделить их на две большие группы.

**Первая группа** включала в себя случаи (722), где не было выявлено отклонений от стандартов оказания стоматологической помощи и в большинстве случаев планируемые результаты оказания медицинской помощи были достигнуты.

**Вторая группа** включала в себя случаи (811), когда, как правило, экспертами были выявлены отклонения от стандартов КСГ и в большинстве случаев планируемые результаты не были достигнуты, т.е. результаты лечения были отнесены в область нежелательных исходов лечения (табл. 6.9). Анализ причин нежелательных результатов показывает, что на качество оказания амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи оказывали влияние все составляющие, начиная от дефектов структуры ЛПУ, кончая неизбежными исходами, которые зависят в большей мере от исходного уровня здоровья пациента, тяжести и остроты течения основного заболевания, высокого уровня риска формирования нежелательных результатов лечения и т.п.

Основными структурными дефектами, оказавшими влияние на формирование нежелательных результатов, были несоответствие основных фондов ЛПУ стоматологического профиля территориальным стандартам оказания медицинской помощи.

**Таблица 6.9. Анализ причин нежелательных результатов лечения пациентов в стоматологических ЛПУ Хабаровского края по данным экспертных заключений (абс.)**

Годы	УКЛ по данным независимой экспертизы в стоматологических ЛПУ государственного сектора		УКЛ по данным независимой экспертизы в стоматологических ЛПУ негосударственного сектора		
	n	M±m	n	M±m	
2002	334	0,976±0,023	41	0,786±0,014	p<0,01
2003	524	0,913±0,086	92	0,791±0,032	p<0,05
2004	1406	0,908±0,093	127	0,723±0,079	p<0,01
Всего	2264	0,932±0,067	260	0,777±0,042	p<0,01

Основными дефектами организационных и медицинских технологий, оказавшими влияние на формирование нежелательных результатов, были отклонения от стандартов организации наблюдения за пациентами стоматологического профиля в амбулаторных условиях, поскольку большинство руководителей ЛПУ стоматологического профиля не имеют подготовки по управлению медицинскими учреждениями в новых экономических условиях, а руководители нескольких негосударственных ЛПУ вообще не имеют медицинского (стоматологического) образования.

Отклонения от стандартов медицинских технологий чаще всего приходились на комплексную диагностику в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также на применение стандартов известных (рутинных) технологий лечения. В частности, отклонением от стандартов и причиной нежелательных результатов лечения были поздняя диагностика инфекционных осложнений, последствий нарушения технологии пломбирования каналов и т.п., но чаще всего экспертам приходилось

иметь дело с отклонениями от стандартов зубопротезирования, что зачастую приводило к стойким отклонениям в состоянии здоровья пациентов.

### ***Анализ информации о качестве оказания медицинской помощи, полученной с помощью опросов пациентов и членов их семей***

Социологические исследования, касающиеся изучения мнения пациентов о качестве медицинской помощи, оказанной в ЛПУ стоматологического профиля, служат одним из индикаторов качества оказываемой медицинской помощи. В этом контексте контроль качества стоматологических услуг пациентам стоматологических учреждений, помимо контроля за соблюдением стандартов КСГ, включает в себя анализ мнения потребителей и их родственников об оказанных услугах.

Нами проведено изучение мнения о качестве оказываемых услуг пациентов, получавших медицинскую помощь в ЛПУ стоматологического профиля Хабаровского края. Обособление возрастных групп проводилось по социальным признакам. В процессе исследования анкеты распространялись персоналом стоматологических поликлиник и непосредственно исследователями. С целью устранения влияния медицинского персонала на ответы посетителей, анкетирование проводилось до врачебного приема или проведения манипуляций. В рамках программы исследования всего опрошено 872 пациента и членов семей (матери детей, обратившихся за стоматологической помощью).

Анкета включала вопросы, оценивающие отношение клиентов к данному ЛПУ стоматологического профиля, качеству оказания медицинской помощи и потребительские свойства стоматологических услуг. Анализировался возрастно-половой состав посетителей. Большинство респондентов составили женщины (83,7 %) и посетители в возрасте от 23 до 50 лет (87,3 %). Среди женщин доминировали пациенты в возрасте от 25 до 57 лет, среди мужчин – пациенты от 16 до 43 лет.

По результатам анкетирования всех респондентов можно разделить на две основные группы, - регулярно посещающие стоматологические поликлиники (37,8 %) и эпизодически (51,9 %). Среди регулярных посетителей преобладают пациенты в возрасте моложе 50 лет, среди эпизодически посещающих стоматологические учреждения пациенты в возрасте 15 – 23 лет и пациенты в возрасте старше 50 лет. Среди пациентов женского пола отмечается преобладание клиентов, регулярно посещающих стоматологическое учреждение – 49,5 %, среди мужчин – всего 27,9 %. Самый высокий уровень удовлетворенности оказываемыми стоматологическими услугами наблюдается среди мужчин – 67,1 %.

Высокие оценки качества стоматологических услуг доминировали в возрастных группах 15 - 20 лет (более 60 %). В группах пациентов старше 50 лет преобладали низкие оценки качества произведенных стоматологических услуг (более 75 %).

Ряд вопросов анкеты характеризует привязанность пациентов к изучаемому ЛПУ стоматологического профиля, что позволило выделить «мобильную» и «оседлую» категории посетителей. Наиболее мобильными являлись возрастные группы 25 - 30 лет (63,9 %), 31- 40 лет (49,7 %) и 51- 60 лет (43,2 %). Респонденты старше 60 лет (более 85 %) предпочитают одну постоянную стоматологическую поликлинику.

Анализ вопросов анкеты, характеризующих потребительские свойства услуг поликлиники, показал, что для мужчин моложе 50 лет приоритетным является

качество услуг, нежели привязанность к конкретной стоматологической поликлинике (81,3 %).

Большинство респондентов, получавших услуги в негосударственных ЛПУ, акцентировали свое внимание на соотношении показателей качеств и стоимости. Большая роль уделялась ими внешнему виду персонала и режиму работы поликлиники, но не как самостоятельные факторы, а в комплексе с качеством услуг. Подавляющее большинство клиентов негосударственных ЛПУ стоматологического профиля отрицательно относятся к очередям (92,7%). Время ожидания до 10 минут чаще устраивает женщин (59,1 %). Подростки и пожилые респонденты (старше 60 года) склонны ожидать до приема врача-стоматолога от 20 до 30 мин.

Данные опросов пациентов стоматологических учреждений позволяют говорить о том, что основная часть клиентов положительно оценивают работу ЛПУ стоматологического профиля. Однако наиболее платежеспособные клиенты не вполне удовлетворяют свои потребности в стоматологических услугах. Основными стимулами, побуждающими потребителей пользоваться услугами стоматологической поликлиники, являются качественные показатели услуг, соотношение качество/стоимость, время ожидания приема, режим работы поликлиники и внешний вид персонала и т.п.

### ***Проблемы ненадлежащего оказания стоматологических услуг***

Опыт разбирательств конфликтных ситуаций между пациентами и врачами-стоматологами показывает, что одного лишь добросовестного выполнения профессиональных процедур последними зачастую недостаточно для решения комплексной задачи оказания качественной медицинской помощи. Поэтому наряду с правильным выбором метода лечения, надлежащим выполнением всех необходимых профессиональных процедур следует включать в алгоритм обязательных врачебных действий организационные элементы, обеспечивающие решение основной задачи - оказание надлежащей качественной помощи пациенту с адекватным результатом. Такими элементами являются правила информирования пациента и ведения врачебной документации. Как показал анализ, именно их отсутствие отягощает процесс обязательного взаимодействия и взаимопонимания между врачом и пациентом, нередко становится самостоятельным источником конфликтов.

Федеральный закон «О защите прав потребителей» требует обязательного доведения до граждан специальных правил, обеспечивающих безопасное использование товара (ст. 7), возможность правильного выбора, информации о потребительских свойствах товаров и о противопоказаниях (ст. 10). Названные положения непосредственно касаются оказания медицинской помощи постольку, поскольку Гражданский кодекс РФ (ГК) признает эту помощь возмездной медицинской услугой (в случае стоматологического лечения в качестве товара выступает как медицинская услуга, так и ее составляющая — зубной протез).

По материалам реальных судебных исков к стоматологам нам сложно сделать полноценный анализ существующих в практике врачей-стоматологов правовых ошибок и их причин. Оценивая гражданские иски к стоматологам, следует отметить, что количество судебных исков к стоматологическим ЛПУ государственной и муниципальной собственности больше, чем к частным структурам.

Несмотря на то, что в регионе количество частных стоматологических структур превышает количество государственных и муниципальных стоматологических учреждений в несколько раз, последние, как правило, крупнее и обслуживают значительно большее количество пациентов, как следствие — риск возникновения конфликтных ситуаций у них существенно выше.

Кроме того, в муниципальных стоматологических поликлиниках работают разные категории сотрудников, отличающихся по возрасту, профессиональной и психологической подготовке, по отношению к своей специальности как к продаваемой услуге и т.д. Достичь снижения правовых ошибок в такой ситуации можно только при постоянной работе персонала ЛПУ с юристами и психологами, повышая значимость проблемы взаимоотношений между производителем и потребителем стоматологических услуг. Особенно важна такая работа с «возрастными» врачами-стоматологами муниципальных ЛПУ, которые нередко испытывают синдром «профессиональной усталости». Следует отметить, что претензии чаще всего возникают к стоматологам в возрасте старше 40 лет.

Немаловажной причиной относительно небольшого количества судебных исков к частным стоматологическим клиникам является стремление последних решить проблемы на досудебном этапе (до 2/3 всех потенциальных судебных исков). В то время как муниципальные учреждения зачастую продолжают находиться в состоянии «социалистических иллюзий» - когда доминировала идеология «патернализма». Всё что делал врач государственной системы здравоохранения, с трудом подвергалось критике, экспертным оценкам и т.п. Пациент в такой системе должен был слепо выполнять указания врача. Естественно, что о возмещении материального, а тем более морального ущерба в то время вопрос, как правило, и не ставился. Следует отметить, что в настоящее время сумма морального ущерба для пациента, как правило, является более значимой и принципиальной.

Особенностью существующих судебных исков к врачам-стоматологам является преобладание претензий к ортопедам по сравнению с другими стоматологическими специальностями, и это не случайно. Ортопедическая помощь обычно является конечным звеном в комплексной технологии стоматологической помощи, и врачи-ортопеды невольно становятся ответственными не только за свои огрехи, но и за ошибки своих коллег — стоматологов гигиенических, терапевтов и хирургов.

Избежать подобной ситуации можно при выполнении обязательного требования — наличия комплексного плана лечения и комплексного подхода к стоматологическим заболеваниям конкретного пациента в соответствии с утвержденными в законодательном порядке протоколами (стандартами). В настоящее время без стандартизации в любой отрасли народного хозяйства России невозможно добиться ощутимых успехов.

Проведенный нами анализ актов комиссионных экспертиз позволил выявить основные недостатки и ошибки в работе врачей-стоматологов, обуславливающие развитие осложнений и, как их следствие, конфликтных ситуаций. К ним можно отнести:

- Отсутствие полноценного обследования зубочелюстной системы.
- Необоснованное расширение показаний к изготовлению несъемных конструкций.

- Изготовление встречных несъемных мостовидных протезов (одновременное протезирование зубов-антагонистов).
- Изготовление консольных мостовидных протезов при отсутствии показаний.
- Отказ от использования временных капп и временных пластиночных протезов и др.

В более чем 40% гражданских судебных исков выявлено отсутствие правильного и полноценного обследования пациентов до начала лечения. Отмечено нами, например, отсутствие панорамных рентгенограмм и прицельных снимков опорных зубов, диагностических моделей, томографии ВНЧС даже при симптоматических жалобах пациентов. Наиболее типичным является отсутствие рентгенологического исследования опорных зубов и тканей пародонта перед началом и в процессе лечения (более 80% случаев ненадлежащего оказания стоматологических услуг). Отсутствие рентгенологического исследования до начала лечения повышает степень риска развития осложнений за счет использования в качестве опорных недолеченных или неправильно леченных зубов. При комиссионной экспертизе такие осложнения были обнаружены более чем в 25% случаев.

Как правило, на этапах лечения отсутствуют контрольные исследования, которые крайне желательны для обеспечения качества лечения и снижения риска возможных осложнений.

Расширение показаний к применению несъемных конструкций и несоблюдение противопоказаний к их использованию приводят к риску развития патологических процессов в пародонте опорных зубов вследствие их перегрузки и, как следствие, риску утраты зубов.

Профилактика правовых ошибок требует анализа не только количественной, но и содержательной стороны судебных исков. По нашим данным, более половины их связаны с объективными сложностями лечения. Здесь, помимо высокопрофессиональных знаний и умений, в профилактике правовых ошибок большое значение имеет комплект медицинской документации и соблюдение правил его оформления.

Анализ случаев ненадлежащего оказания стоматологической помощи в регионе позволяет нам сделать заключение о том, что основными причинами развития конфликтных ситуаций на почве неудовлетворенности пациентов являются:

Низкое качество оказанных стоматологических услуг в результате несоблюдения принципов обследования и диагностики зубочелюстной системы до начала лечения и недостаточность контрольных мероприятий на его этапах, несоблюдения известных правил проведения врачебных манипуляций.

Несоблюдение деонтологических принципов, отсутствие налаженных взаимоотношений с пациентом, направленных на достижение положительных результатов, несоблюдение принципа информирования пациента.

Недостатки в ведении врачебной документации, не позволяющей судить о полноте и структуре проведенных диагностических, лечебных, контрольных и реабилитационных мероприятий. В частности, судебно-медицинской экспертизе не удалось документально подтвердить возможную правильность действий врачей почти в случаях.

Однако далеко не всегда жалобы и претензии пациентов в различные инстанции и даже в судебные органы имеют под собой реальное основание, тем более связаны с ошибками врачей-стоматологов. Так, среди исков, разбиравшихся в судах региона, около трети составляют дела, связанные с необоснованными претензиями пациентов, чаще всего страдающих эмоциональными расстройствами. Такие дела очень трудно разрешимы, могут порой рассматриваться годами.

В то же время врачами-стоматологами не учитываются и не используются факторы, способные защитить их как в случаях обоснованных, так и необоснованных претензий. Врачи-стоматологи пока еще мало знакомы с правовыми основами оказания медицинской помощи, в частности нормами информирования пациентов и ведения врачебной документации и т.п.

Профессия врача-стоматолога многосложна. Даже сами пациенты, не говоря уже о врачах-стоматологах и большинстве юристов, в той или иной мере признают, что врачебные ошибки присущи медицине изначально, от них никто не застрахован. Главное, чтобы в действиях врача не было элементов халатности, небрежности, а также профессионального невежества. В своих знаменитых «Афоризмах» знаменитый врач, сэр Уильям Ослер справедливо писал: «Цель медицинского образования — дать человеку направление, указать путь и снабдить картой, весьма неполной с точки зрения затеваемого путешествия». Затем нужно постоянно и много работать над собой, совершенствовать свои профессиональные знания.

Особая сложность профессии врача-стоматолога заключается в первую очередь в ее высочайшей ответственности перед обществом. Врачебное искусство требует постоянной готовности выполнить врачебный долг независимо от наличия или отсутствия желания, вдохновения или усталости, поэтому столь важное значение должно придаваться созданию оптимальных условий для надлежащего выполнения врачебных обязанностей. Обязанность врача оказывать медицинскую помощь на современном уровне медицинских знаний должна в полной мере отвечать обязанности соответствующих государственных органов не только предоставлять возможность врачу систематически повышать квалификацию, но и поощрять стремление к повышению уровня профессиональной подготовки.

В целях дальнейшего повышения уровня стоматологической помощи, большей ее отдачи необходимо принимать меры к обеспечению морального спокойствия медицинских работников, существенного улучшения их социального и материального положения. Пора всем и на всех уровнях, в первую очередь в интересах самих пациентов, перестать вкладывать в термин «стоматологическое обслуживание» смысл некой разновидности бытового сервиса типа парикмахерского дела, ЖКХ и т.п.

Из всех богатств, которыми дано владеть человеку, самыми ценными являются жизнь и здоровье. Их охрана устанавливается Конституцией РФ, они надежно защищены гражданским и уголовным законодательством. Но в реальной жизни эти ценности часто находятся, в буквальном смысле слова, в руках конкретного врача, медицинской сестры и полностью зависят не только от уровня профессиональной подготовки, но и от их морального состояния, добросовестности и соблюдения правовых норм. Последним же во многом определяется уровнем правовой культуры, внутренней готовности соблюдать требования закона при оказании медицинской помощи пациенту, неукоснительно выполнять профессиональный долг. Именно



поэтому деловая квалификация врача предполагает твердое знание положений медицинского права.

С другой стороны, в решении проблем сохранения и улучшения качества жизни и здоровья очень много зависит от отдельного гражданина, отдельной семьи и ее членов. И хотя существует достаточно законодательных норм, которые позволяют всем уровням власти инвестировать в здоровье населения достаточное количество финансовых ресурсов, в реальной жизни этого не происходит. Еще в 2001 году в своем докладе Федеральному Собранию Президент РФ В.В. Путин признал, что медицинские учреждения недофинансируются на 30-40 %. В этой сложной экономической ситуации семья и ее члены должны сохранять стремление к здоровому образу жизни и формированию достаточного уровня правовой культуры, которая позволит в рамках самого первого контакта с медицинскими работниками отстаивать свои права на доступность и качество медицинской помощи.

Жизнь и здоровье – это ценности, которые принадлежат каждому человеку и он имеет неотъемлемое право по своему усмотрению (самостоятельно!) распоряжаться ими. Ни врач, ни медицинское учреждение, ни милиция не могут принуждать к обследованию или лечению, за исключением случаев, когда состояние здоровья граждан представляет собой угрозу для окружающих. Любой обман, запугивание, угроза выписки из стационара, отказ в выдаче листка нетрудоспособности, принуждение к определенному виду лечения, к лечению в стационаре и другие возможные виды принуждения к действиям, которых пациент не желает, являются нарушением закона и профессиональных медицинских правил.

Тем не менее, можно полностью полагаться на врачей и не знать ничего о состоянии своего здоровья. Но в реальной жизни все чаще и чаще пациент сталкивается с проблемой выбора ЛПУ, где он будет лечиться, врача, который будет его лечить или оперировать, метода лечения, который ему будет предложен и т.п. Среди пациентов появляется все больше людей, которые активно ищут пути к получению медицинской помощи высокого качества. Для этого пациенту необходимо иметь достаточную информацию о состоянии своего здоровья, правах на получение медицинской помощи и путях преодоления возможных преград своим устремлениям.

Завершить эту непростую главу считаю целесообразным привести фрагмент из высказывания Андре Моруа: «Завтра, как и сегодня, будут больные; врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, все возрастающую ответственность. Медицинская наука станет еще точней, ее оснащение приумножится, но рядом с ней, как и сегодня, будет стоять, сохранит свое место в медицине врач классического типа — тот, чьим призванием останется человеческое общение с пациентом. И как прежде, он будет утешать страдальцев и ободрять павших духом; завтра, как и сегодня, человек в медицинском халате будет спасать жизнь страждущему. И жизнь врача останется такой же, как сегодня, - трудной, тревожной, героической и возвышенной».

## Глава 7. Врачебные ошибки

*Никогда не ошибается тот, кто ничего не делает. Не бойтесь ошибаться – бойтесь повторять ошибок.*

*Теодор Рузвельт*

Каждый пациент, который обращается за помощью в медицинское учреждение, испытывает двойственное чувство. С одной стороны, - это чувство глубокой веры в силу современной медицины, высокий уровень ответственности и квалификацию лечащего врача. С другой стороны, - это навеянное личным опытом, опытом других чувство неуверенности в том, что в результате оказания медицинской помощи наступит полное избавление от недуга и выздоровление. Душу каждого пациента точит «червячок сомнения» в том: «Все ли предпринял лечащий врач для его спасения? Не ошибся ли он в диагнозе и выборе метода лечения?» «Может быть, уверенность в благоприятном исходе встречи с представителями отечественной медицины следует поддержать энной суммой в рублях, а еще лучше в у.е.». Сегодня многие больные и их родственники искренне уверены в том, что только оплатив из «своего кармана» медицинские услуги непосредственно их производителю (врачу, медицинской сестре, лаборанту и т.п.), они могут свести к минимуму вероятность ошибки медицинских работников.

Имея более чем тридцатилетний опыт лечебной и административной работы, могу судить о степени заблуждения и тех, кто верит в стопроцентные гарантии качества производителей медицинских услуг, и тех, кто разуверился в том, что есть на свете врачи, которые и в сегодняшних непростых условиях могут безошибочно поставить правильный диагноз и провести успешное лечение. Следует отметить, что заблуждается и тот, кто оплачивает медицинские услуги непосредственно врачу. Их качество от варианта оплаты не зависит, равно как и число врачебных ошибок, поскольку истоки последних, как правило, находятся за пределами товарно-денежных отношений. В то же время, производство медицинских услуг в определенной мере отличается от производства услуг в других отраслях социальной сферы.

Медицинская услуга — услуга особого свойства. Соответственно язык и принципы потребительского подхода к ней должны применяться с некоторыми оговорками. Потребители медицинских услуг, впрочем, так же, как и те, кто её производит, нередко весьма приблизительно представляют соответствующие ценности. Это касается, конечно, ценностей здоровья, но, в первую очередь, — ценностей приобретаемых вмешательств. В этом отношении наметились изменения лишь с восьмидесятых годов XX века, по мере формирования принципов «доказательной медицины», но пока в медицинской практике остаётся много вмешательств, относительная и абсолютная ценность которых до сих пор неизвестна, а иногда и просто сомнительна.

Сегодня для того, что бы уменьшить число ошибок при производстве медицинских услуг, следует внедрять инновации, разрабатывать современные стандарты диагностики и лечения заболеваний, основанные на принципах «доказательной медицины». Инновационные проекты требуют значительных капитальных вложений. Однако состояние экономики Дальневосточного региона далеко от оптимистических

оценок. Можем ли мы ждать, пока состояние региональной экономики позволит выделять на медицинскую помощь дальневосточникам достаточно средств? Весь предыдущий опыт говорит о том, что достаточно средств не может быть никогда. Сколько бы ни было средств, они должны расходоваться разумно, и чем меньше средств, тем больше оснований для критического анализа того, как они расходуются. Пациенты не могут ждать завершения очередных программ реформирования или стабилизации экономики региона. Они были готовы потреблять медицинские услуги вчера, потребляют их сегодня и будут потреблять их завтра, причем объем потребления растет, а требования потребителей к качеству услуг также повышаются.

В этой ситуации проблемы производителя отходят на второй план. В обществе все чаще звучит достаточно жесткое мнение: «На Вас белый халат, значит Вы должны ...», причем общество уже не интересуется, что на поддержание здоровья, в том числе и на производство медицинских услуг, требуется значительные инвестиции, которые могут дать положительные эффекты не сегодня и даже не завтра, а в обозримом будущем. За несколько последних десятилетий потребительское отношение российского общества к медицине на фоне недостаточного финансирования и низкого уровня оплаты труда медицинских работников сопровождается ростом неудовлетворенности пациентов качеством оказываемой помощи.

К сожалению, управляющие структуры Минсоцразвития (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития) все свои немалые силы бросили на «надзор и контроль», для удовлетворения потребностей и нужд населения в медицинской помощи и мер по их достижению. Ранее были предприняты меры по созданию системы контроля качества в здравоохранении. Были определены ее правовые основы – в Законе о медицинском страховании, приказах МЗ РФ и ФФОМС о ведомственном и вневедомственном контроле качества, Постановлении Правительства о Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, Приказе МЗ РФ «О введении в действие Протоколов ведения больных», Приказе МЗ РФ «О введении института уполномоченных по качеству».

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития предложила в 2005 году свою концепцию оценки качества медико-социальной помощи для обсуждения и полагает, что ее внедрение позволит действительно повысить качество и доступность медико-социальных услуг для граждан России. Проблема «врачебных ошибок» и «врачебных правонарушений», причинно-следственных связей их формирования в этой концепции отсутствует. Как будто в 2003 году в Москве не состоялся I Всероссийский съезд (Национальный конгресс по медицинскому праву) и авторам концепции неизвестно, что именно там обсуждались вопросы защиты прав пациентов, врачей и меры по предупреждению врачебных правонарушений, а в отечественных и зарубежных научных изданиях проблемы качества медицинской помощи довольно часто ассоциируются с проблемами формирования случаев неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи и «врачебных преступлений».

И все-таки параметром, определяющим рыночные механизмы производства медицинских услуг, является специфический способ их оплаты. Потребитель почти никогда не платит всей цены медицинского вмешательства. Конечно, потребитель оплачивает все затраты, но весьма оригинальным образом. Он лично из своего кармана, как правило, оплачивает лишь часть цены, а иногда и не платит ничего.

Остальное выплачивается из общественных фондов (бюджета, внебюджетных социальных фондов), что распределяет финансовое бремя на всех участников программы (граждан, налогоплательщиков). Естественно, в таких условиях у потребителя возникает тенденция к сверхпотреблению, а у производителя и продавца — к сверхпродажам. Следует заметить, что расходы на медицину, стоимость или объём медицинских вмешательств не имеют тесной корреляции с состоянием здоровья. В одних случаях (в одних странах) самые недорогие вмешательства способны привести к благоприятным сдвигам состояния здоровья основной части населения. В других — даже самые дорогостоящие процедуры приводят лишь к незначительным эффектам.

Наконец, отечественное здравоохранение в начале XXI века, как ни странно, не имеет единой и ясной цели. Одновременно система преследует несколько целей. В частности, - это сегодня реализация т.н. «национального проекта», и так и не доведенная до своего логического конца «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и многое другое. Многие производители и потребители медицинских услуг все чаще и чаще убеждаются в том, что отечественное здравоохранение само больно «хроническим заболеванием», последствия которого выражаются в одном из главных оценочных критериев – снижении уровня качества медицинской помощи.

И действительно, на практике нередки случаи оказания медицинской помощи неудовлетворительного качества, последствием которой может явиться безрезультатное лечение или причинение вреда жизни и здоровью пациента. В этом смысле некавалифицированное лечение, в т.ч. и вследствие врачебной ошибки, оказанное с отклонением от принятых стандартов качества, равнозначно причинению вреда, что может стать основанием для привлечения медицинских работников к ответственности. С точки зрения юридической оценки оказанной медицинской помощи (с целью установления оснований для привлечения к ответственности медицинских работников или учреждения) принято делить неблагоприятные последствия лечения на врачебные ошибки, несчастные случаи и наказуемые упущения (профессиональные правонарушения).

И все же, несмотря на важность глобальных целей нашей медицины, особое значение сегодня имеет решение проблем качества медицинской помощи населению, и как отдельное направление - снижение числа врачебных ошибок.

### ***7.1. У истоков проблемы формирования врачебных ошибок***

Пациенты обычно не могут быть такими же потребителями, как потребители услуг парикмахера, повара, бармена и т.п., поскольку медицинская помощь слишком сложна для полной оценки её конечного результата. Производитель любой услуги может ошибиться, поскольку ничто человеческое ему не чуждо. Но цена ошибки врача многократно выше, чем ошибка, скажем, парикмахера. Пациенты вынуждены доверять врачам, у них нет другого выхода. Они наивно считают, что врач не имеет права на ошибку, а «хороший» врач никогда не ошибается ... С другой стороны, влияние пациентов на рынок медицинских услуг является почти непредсказуемым. Потребители создают спрос, которому врачи вынуждены подчиняться с большей или меньшей готовностью. Условия производства медицинских услуг в большинстве ЛПУ отечественного здравоохранения, когда сохраняются структурные диспропорции отрасли, более чем семидесятипроцентный износ основных производственных фондов, дефицит кадров в ЛПУ первичной медико-санитарной помощи, уравниловка

при определении уровня заработной платы непосредственных производителей и пр., так или иначе повышает вероятность формирования высокого уровня ошибок производителей.

Спрос на рынке медицинских услуг является специфическим. Сама формулировка «спрос-рынок-услуги» вызывает у одних людей раздражение, и они используют её в искажённом виде («рынок здоровья»). У других эта формулировка пестует надежду на то, что, как и во всех остальных сферах человеческой деятельности, невидимая рука рынка и конкуренция поможет создать порядок, наладить соотношение спроса - предложения и предоставляет широкие возможности для выживания лучшим. Так, как это происходит, например, на рынке производства оздоровительных услуг фитнес-центров или косметических услуг в соответствующих салонах.

К сожалению, этого не получается с медицинской помощью. В условиях обычного рынка решения о том, где покупать товар, принимает покупатель. Покупатель знает достоинства товара и их цену; покупатель платит полную цену товара и получает товар целиком. Наконец, в результате этих особенностей процесса покупки возможны частные проблемы или наоборот — удовлетворение потребностей. И то, и другое, в общем, является частным делом продавца и покупателя. В отношении медицинских услуг всё не так просто.

В области медицинских услуг ЛПУ (врачи и медицинский персонал) занимают доминирующее положение, вплоть до того, что они диктуют «потребителю», какую помощь покупать. В первую очередь это объясняется тем, что для действий в области медицины нужны специальные знания, одних потребительских ценностей недостаточно. Во вторую — это объясняется тем обстоятельством, что решения потребителем принимаются нередко в состоянии крайней нужды, когда нет возможности подумать, собрать дополнительную информацию, подождать. Действовать необходимо быстро и тогда, когда воля и сознание «потребителя» сужены страданием. Потребителю в такой ситуации даже в голову прийти не может, что врач тоже человек, которому свойственно ошибаться. Таким образом, конечный результат медицинской помощи зачастую зависит от пресловутого «человеческого фактора».

Научно-технический прогресс, совокупность современных общественных отношений в отечественной медицине предъявляют все более высокие профессиональные, морально-этические и правовые требования к врачам. Даже в современной медицине, где уровень технологий достиг «заоблачных» высот, невозможно решить проблемы обеспечения качества продукции за счет модернизации производства, замены людей робототехникой для снижения влияния на качество пресловутого «человеческого фактора». Реальный уровень качества медицинских услуг в значительной степени зависит от профессиональных знаний, опыта, чуткости и душевной теплоты врача, медицинской сестры и другого персонала медицинских учреждений к каждому, кто нуждается в помощи. Никто не может отрицать, что медицина — это особая сфера человеческой деятельности, где не меньшую, чем профессиональное мастерство, роль играют этические, даже чисто человеческие отношения между врачом и пациентом. При этом больные нередко подчеркивают, что уже в самом отношении врача к конкретному пациенту заложен лечебный эффект. К сожалению, даже самые доверительные отношения между врачом и пациентом не исключают проявлений врачебных ошибок.

Сознательно и добровольно вверяя врачу самое дорогое, что дается природой, - свое здоровье и жизнь, пациент вправе рассчитывать на искреннее желание врача помочь избавиться от страданий, на его надежные профессиональные знания и высокие нравственные черты характера. Сознывая единство человеческого организма как весьма сложной биологической системы, врач-профессионал одновременно врачует функциональные и органические нарушения органов и систем. Взаимоотношения врача и пациента в современном российском обществе регламентируются не только принципами этики и деонтологии, но и правовыми актами на уровне государства в целом. В этой ситуации очень важно разграничить понятие «профессиональная ошибка» от понятия «профессиональное преступление» медицинских работников.

**Врачебная ошибка.** Как неоднократно подчеркивал проф. Ю.Д. Сергеев, с правовой точки зрения, несмотря на наличие огромного числа случаев врачебных ошибок в медицинской практике, термин «врачебная ошибка» в юридическом смысле не существует и не зафиксирован ни в одном юридическом документе. Он предлагает другое понятие - «ненадлежащее оказание медицинской помощи», указывая на то, что в медицинской литературе содержится не менее шестидесяти пяти промежуточных определений, понятий описывающих врачебную ошибку.

В судебно - медицинской практике решение проблемы определения понятия врачебной ошибки необходимо для отграничения правонарушений от так называемых «допустимых в медицинской деятельности профессиональных ошибок». Совершенно понятным является то, что большинство производителей медицинских услуг относят врачебные ошибки к чисто медицинским понятиям, в связи с чем говорят о невозможности привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за допущенные профессиональные ошибки. В то же время на протяжении многих лет в работах судебных медиков и юристов в понятие «врачебная ошибка» вкладывалось настолько противоречивое содержание, что не способствовало объективному изучению данного феномена. В действующих Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан имеется упоминание о профессиональной ошибке, но при этом ее содержание не раскрывается.

В медицинской литературе общепринятым является определение врачебной ошибки, разработанное И.В. Давыдовским, данное еще в 1928 году, понимаемое как добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний и опыта врача. Термин «заблуждение» употребляется для определения ошибки в знании и обозначает действие или процесс, выражающее неверное представление о свойствах и отношениях исследуемого объекта в окружающем мире. Но т.н. «заблуждения» могут возникать в результате недостаточного уровня знаний и умений конкретного специалиста, поэтому каждый медицинский работник обязан постоянно пополнять свои профессиональные знания, участвуя в конференциях, проводя консультации с другими, более профессионально подготовленными специалистами, читая специальную медицинскую и иную литературу. Причем обязанность врача постоянно повышать свои профессиональные знания является не только моральной, но и юридической обязанностью, что закреплено в статье 60 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Часть вопросов повышения профессиональных знаний широких слоев врачей в условиях региональных клинических центров Дальнего Востока до последнего времени решалась в том числе и за счет формирования т.н. «клинических баз» высших учебных заведений медицинского профиля. В рамках договорных обязательств между ЛПУ и его собственниками с одной стороны и медицинским вузом с другой, закладывались основы кооперации по обеспечению качества медицинской помощи обслуживаемым контингентам населения по нескольким направлениям. Основными из них являлись: повышение квалификации медицинского персонала, консультативная работа, совместное решение вопросов по формированию локальных технологических стандартов, снижению числа врачебных ошибок и т.п. Изменения в этом вопросе, произошедшие за последнее пятилетие, неоднозначны. Например, некоторые крупные клинические центры г. Хабаровска несколько лет назад проводили активную работу, направленную на разрыв отношений с клиническими кафедрами федерального медицинского вуза. В результате эти ЛПУ потеряли возможность сверять свои решения стратегического и тактического плана с альтернативной стороной клинического процесса, в роли которой ранее выступали сотрудники более 20 кафедр Дальневосточного государственного медицинского университета.

К чему это привело, можно судить по результатам экспертных заключений 2004-2006 гг. специалистов Хабаровского краевого фонда ОМС, страховых медицинских организаций и результатам социологических опросов населения Хабаровского края, проведенных в 2006 году о доступности и качестве медицинской помощи в этих ЛПУ. Число врачебных ошибок продолжает расти, поскольку имеется почва для их роста, которая, кстати, не всегда связана с недостаточным уровнем квалификации персонала.

Исходя из общепринятых характеристик врачебной ошибки при производстве медицинской услуги, следует выделять объективные и субъективные причины их формирования. Специалисты должны понимать, что объективные причины врачебных ошибок обусловлены значительной группой внешних факторов. Что же относительно субъективных причин последних, то они зависят от великого множества внутренних факторов. Конечно, при чрезвычайных ситуациях, землетрясениях, авариях, взрывах, при огромном количестве пострадавших вероятность врачебной ошибки выше, чем при спокойном, вдумчивом выборе метода лечения в уютном рабочем кабинете, имея перед собой результаты всех необходимых анализов и исследований.

**С точки зрения анализа внешних факторов, являющихся причинами врачебной ошибки, то это, прежде всего деятельность медицинского работника, совершаемая под влиянием ошибки. Эта деятельность выражается в отступлении от предусмотренных специальными актами и инструкциями правил производства работ (организационных и технологических стандартов), что может повлечь или становится причиной неблагоприятных последствий для пациента. Возможность допустить ошибку подстерегает врача на всех этапах оказания медицинской помощи.**

Довольно часто во врачебной практике бывают случаи, когда больной обращается к врачу, имея несколько заболеваний, однако врачом распознается лишь одно из них, а нераспознанное заболевание является причиной ошибочного лечения. Последствия таких ошибок иногда становятся причиной смерти. Примером типичной ошибки является следующий случай.

В приемное отделение одной из муниципальных больниц г. Хабаровска в тяжелом (бессознательном) состоянии доставлен гражданин Д. 45 лет. В связи с определенной симптоматикой пациент был переведен в специализированное отделение краевой больницы в сопровождении фельдшера СМП. Учитывая тяжелое бессознательное состояние, он сразу же был осмотрен дежурным неврологом, терапевтом, а позже реаниматологом. В результате активных действий было установлено, что тяжесть пациента обусловлена не хроническим алкоголизмом с жировым перерождением печени, которым страдал больной в течение последних 10 лет, а сахарным диабетом, протекавшим скрытно. К интенсивной терапии была присоединена инсулинотерапия. Однако было уже поздно: наступила диабетическая кома, на фоне которой пациент умер в течение 8 часов от начала госпитализации.

Естественно, что подобные ситуации создают объективные основания для жалоб и заявлений на ненадлежащее оказание медицинской помощи. Поэтому распространенное среди медиков мнение о пациентах как о жалобщиках, неблагодарных людях (в то время как сама профессия врача требует лишь благодарности и доверия) в корне неверно. Безусловно, с точки зрения потребителя медицинских услуг – пациента, врач не имеет права на ошибку, что тоже не соответствует реальной действительности. Но ведь в том то и парадокс ситуации, что по-своему правы как производители, так и потребители медицинских услуг.

И все же определение врачебной ошибки, данное И.В. Давыдовским и поддерживаемое многими специалистами до настоящего времени, вошедшее с определенными коррективами в монографии, учебники и медицинские энциклопедии, сегодня очень удобно для оправдания любого случая ненадлежащего оказания медицинской помощи. Например, больной погиб в ЛПУ отдаленного улуса республики Саха (Якутия) вследствие врачебной ошибки. Родственникам говорят, извините, врач не виноват, поскольку уровень развития медицинской помощи в населенных пункта Заполярья еще не такой, как в Якутске, а в России медицинская наука по сравнению с США развита недостаточно, поэтому в слаборазвитых регионах, таких как Дальний Восток врачи делают ошибок больше.

Что же относительно атипичного течения заболевания и случая казуистики, то это самый излюбленный аргумент отдельных производителей медицинских услуг для оправдания врачебного невежества. На Дальнем Востоке почти во всех случаях гибели пациентов вследствие преступной врачебной небрежности его родственникам поясняют, что он погиб от очень редкого заболевания, не известного врачам нашего региона. А в том случае, если заболевание известно даже провинциальным врачам, то родственникам разъясняется, что в местных условиях оно все равно не излечимо.

В то же время многолетний опыт экспертной работы показывает, что только личность врача, его нравственный облик и профессиональная подготовка в конечном счете определяют успех и каждого медицинского вмешательства в отдельности, и всей отрасли здравоохранения в масштабе России. Невежественный врач может совершать ошибки и в США и в ФРГ и в Японии, а хороший специалист творит чудеса и в самой отдаленной провинциальной больнице.

Известные врачи М.Я. Мудров, Н.Н. Пирогов, С.П. Боткин, Osler Sir William, Hegglin R., Selye H. и др. признавали, что они совершали ошибки. Но разница между великими и невеждами как раз и состоит в том, что первые признавали свои ошибки и на них учились, а вторые категорически их отрицали, какими бы очевидными они



ни были. По известным нам уголовным делам о врачебных преступлениях ни один осужденный врач не признал себя виновным в содеянном.

**Несчастный случай.** В медицинской практике встречаются и так называемые несчастные случаи, которые по своему происхождению существенно отличаются от врачебных ошибок, поскольку не зависят от каких либо действий или бездействий врача. Но разбираются они до установления сущности дефекта как врачебные ошибки. Большинство специалистов использует понятие «несчастный случай» в ситуациях, когда неблагоприятный исход заболевания связан со случайными обстоятельствами, «непреодолимой силой», т.е. этот исход врач не может заранее предвидеть и предотвратить.

К несчастным случаям относятся:

- *Непредвиденные осложнения или наступление смерти вследствие аллергических или токсических реакций при применении лекарственных веществ или профилактической вакцинации, которые выполнены в соответствии с инструкциями;*
- *Внезапная смерть перед или во время операции от психического или эмоционального шока;*
- *Послеоперационные осложнения (воздушная эмболия или кровотечение);*
- *Рефлекторная остановка сердца во время проведения манипуляции (ангиография, пиелография, ФГДС, катетеризация сердца и др.).*

Мы полагаем, что этот перечень может быть достаточно длинным, поскольку некоторые несчастные случаи в медицине до того, как они произошли, даже представить себе очень сложно. Каждый несчастный случай когда-либо происходит впервые, как отражение стечения случайных обстоятельств.

В качестве примера представляю следующий случай, произошедший более 25 лет назад. В детское отделение ЦРБ Совгаванского района Хабаровского края поступила девочка 6 лет в удовлетворительном состоянии с диагнозом: мелкоочаговая пневмония, острого течения, не осложненная, ДН-1. Дежурный врач назначил внутримышечные инъекции пенициллина в возрастной дозировке, при этом, выполняя соответствующую инструкцию (стандарт) того времени, собрал аллергологический анамнез у родственников и провел соответствующую пробу на пенициллин. Реакции на внутрикожное введение пенициллина не было. Через 2 часа ребенку сделана внутримышечная инъекция пенициллина в терапевтической дозировке. Внезапно у ребенка появились судороги, остановка дыхания и кровообращения. Несмотря на проведение реанимационных мероприятий наступила смерть в течение 40 мин. после инъекции. По данным патологоанатомического исследования, результатам служебного расследования и проведенной комиссионной экспертизы, причиной смерти явился анафилактический шок, развившийся в результате непереносимости пенициллина.

В этом случае оказание медицинской помощи осуществлялось должным образом, однако в ход этого нормального процесса вторгся случайный фактор, который находится в непосредственной причинной связи со смертью пациентки. С конкретным случаем оказания медицинской помощи этот фактор находится в причинно-случайной связи и поэтому не охватывается предвидением. Он наступает внезапно, и поэтому становится непредотвратимым для врача. Обстоятельством, исключаящим ответственность лечащего врача и ЛПУ за ущерб, возникший в

результате действия случайных факторов, которые расцениваются в качестве непреодолимой силы, является надлежащее, должное, правомерное врачевание.

В целом же «врачебная ошибка» и «несчастный случай», если выполнены все имеющиеся нормативы оказания медицинской помощи в рамках действующего стандарта, а в действиях медицинских работников нет признаков небрежности, неосторожности, халатности и профессионального невежества, не должны трактоваться как профессиональные преступления. Хотя следует отметить, что в ряде случаев это разграничение является трудностью не только для экспертов, но и для судей. Таких примеров, когда понятия «врачебная ошибка», «несчастный случай» и «преступление», при расследовании случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи весьма трудны для судебно-медицинских экспертов, юристов и правоведов. Много лет назад известный на западе врач Сэр Роберт Хатчисон, имея в виду некоторые варианты результатов лечения, сказал: «...И от лечения, которое мучительней болезни, нас, Господи, избави...».

В качестве примера такого сложного для трактовки случая ненадлежащего оказания медицинской помощи может служить тема гибели в Детской краевой клинической больнице г. Хабаровска в 2001 году за достаточно короткий временной промежуток одиннадцати детей, страдавших онкогематологическими заболеваниями. В результате многочисленных комиссионных экспертиз с участием специалистов самого высокого уровня, включая и главного детского гематолога МЗ РФ академика РАМН А.Г. Румянцева, ни медицинская общественность, ни представители прессы, ни население так и не получили ответа на вопросы, которые должны были быть поставлены перед экспертной группой: «В результате каких действий /бездействий медицинского персонала за короткий промежуток времени в медицинском учреждении, имеющем лицензию на право оказания медицинских услуг по специальности детская онкогематология, погибло более десяти пациентов?». «Гибель пациентов явилась следствием неосторожности, небрежности, профессионального невежества лечащего врача, заведующего отделением, руководства данного ЛПУ или летальный исход был предопределен тяжестью течения заболевания у всех одиннадцати детей?». Анализ мировой литературы, проведенный нами в 2001-2002 гг., касающийся проблемы результатов лечения детей с онкогематологическими заболеваниями, позволил сделать вывод о том, что в обозримом промежутке времени описания случаев массовой гибели пациентов в ЛПУ аналогичного профиля не было.

Несомненно, что в данном примере мы имеем дело со случаем ненадлежащего оказания медицинской помощи, но что явилось причиной массовой гибели пациентов - «врачебная ошибка», «несчастный случай» или «преступление» до сегодняшнего остается неясным.

***Преступление в сфере медицинского обслуживания.*** В отличие от врачебной ошибки и несчастного случая в некоторых вариантах оказания медицинской помощи ненадлежащего качества в действиях медицинских работников могут присутствовать признаки легкомыслия, недобросовестности и профессиональной небрежности, вот эти-то случаи и должны рассматриваться с точки зрения наличия признаков возможного преступления.

По нашему мнению, достаточно полную характеристику преступлению в сфере медицинского обслуживания дал еще в 1990 году В.А. Глушков: «Под преступлением в сфере медицинского обслуживания следует понимать умышленное или

неосторожное, противоправное, общественно опасное деяние, которое совершается медицинским работником в нарушение служебных или профессиональных обязанностей, причинивших или могущих причинить существенный вред интересам социалистического государства в сфере охраны здоровья населения, здоровью отдельных граждан».

Мотивируя тем, что со времени публикации своего определения доктором юридических наук, проф. В.А. Глушковым прошло более 10 лет, а в государствах, образованных на территории бывшего СССР, многие медицинские работники почувствовали себя независимыми от законов и норм морали, доктор медицины и доктор права, доцент академии МВД республики Молдова В.Н. Флоря уточняет определение врачебного преступления: «Это общественно опасное, противоправное, виновное и наказуемое деяние, посягающее на жизнь, здоровье, свободу, честь и достоинство пациентов, их имущество, которое совершается медицинским работником в нарушение закона, моральных, профессиональных или служебных обязанностей, причинившее или могущее причинить существенный вред интересам правового государства в сфере охраны здоровья населения, общественным отношениям в области медицинского обслуживания населения, повлекшие гибель или тяжелые увечья пациента, существенный материальный и моральный ущерб».

В отечественной медицинской литературе (Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев, 2001) профессиональным преступлением в медицинской деятельности считается: «Умышленное или по неосторожности совершенное лицом медицинского персонала в нарушение своих профессиональных обязанностей такое общественно опасное деяние, которое причинило (или реально могло причинить) существенный вред здоровью отдельных граждан или вызвало опасность для их жизни».

Следует отметить, что в течение последнего десятилетия произошла достаточно глубокая научная и методическая проработка учеными-юристами, судебными медиками регламентации уголовной ответственности за врачебные преступления, что нашло свое отражение в законодательной практике по вопросам защиты жизни и здоровья пациентов. В.А. Глушков предлагает делить врачебные преступления на две большие группы:

- *преступления в сфере оказания медицинской помощи;*
- *преступления, связанные с извлечением медицинскими работниками нетрудовых доходов, их незаконным обогащением.*

Он полагает, что «Такое разделение преступлений в сфере медицинского обслуживания позволяет более глубоко изучить составы преступлений, четче выделить проблемы, связанные с одной стороны, с необходимостью улучшения качества медицинского обслуживания населения, а с другой, — с усилением борьбы с извлечением медицинскими работниками нетрудовых доходов».

Не являясь специалистом в области медицинского права и не настаивая на своем мнении, я все-таки позволю себе ремарку по поводу такого подхода к т.н. «врачебным преступлениям». Тем более что этот подход становится все более популярным в среде чиновников и «независимых» журналистов, которые призывают в первую очередь бороться с коррупцией в среде врачей и учителей.

По моему мнению, включать в понятие «преступление в сфере медицинского обслуживания» еще и преступления, связанные с извлечением нетрудовых доходов и незаконным обогащением медицинских работников, размывает само понятие «преступление в сфере медицинского обслуживания», делает его нечетким и расплывчатым. Ведь если принять такой подход, то в законодательные нормативы следует по аналогии внести преступления, связанные с извлечением нетрудовых доходов и незаконным обогащением инженеров, парикмахеров, бизнесменов, милиционеров, сотрудников ГИБДД, прокуроров, судей и т.д. Абсурдность подхода заключается в том, что общие нормы уголовного права должны распространяться на все профессиональные группы населения без исключения. Поэтому нетрудовые доходы и незаконное обогащение во врачебной среде по уровню наносимого вреда и общественной опасности ничем не отличаются от нетрудовых доходов в среде муниципальных и государственных служащих (чиновников), судей, милиционеров, депутатов всех уровней и т.п. Сегодня нет причин выделения медицинских работников в особую группу населения с особыми подходами к трактовке их стремлений и действий на пути по получению нетрудовых доходов и незаконному обогащению.

Многие могут возразить по вопросу значимости проблемы причинения вреда здоровью пациентам действиями медицинских работников, ведь большинство пациентов, несмотря ни на что, излечиваются полностью или чувствуют улучшение своего состояния после лечения. Так стоит ли обсуждать проблемы врачебных ошибок, лучше обсуждать проблемы достижений отечественной медицины. Я бы согласился с возражениями, но ежегодно в России только в процессе оказания стационарной помощи более 150 000 пациентов получают вред здоровью или жизни от медицинских вмешательств ненадлежащего качества. Общемировая статистика свидетельствует, что причиной примерно одной четверти серьезных медицинских ошибок является профессиональная небрежность.

Итак, все-таки проблема причинения вреда здоровью пациентов существует, что требует соответствующей правовой оценки. Иногда для определения случаев виновного (небрежного) причинения вреда используют понятие «халатность медработника». Это некорректно с правовой точки зрения, поскольку в отечественном праве субъектом халатного отношения к своим обязанностям может быть лишь должностное лицо. Статья 293 УК РФ определила халатность как «...неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства». Поэтому, когда речь идет о правонарушениях, совершаемых рядовыми медработниками, правильным является применение терминов «недобросовестность» и (или) «профессиональная небрежность».

Они характеризуют субъективное отношение человека к тому, что он делает (форма вины). Выяснение этого отношения в каждом конкретном случае правонарушения или преступления необходимо, ибо вина является подлежащим доказыванию обстоятельством и обязательным элементом состава правонарушения. Кто будет нести ответственность в случае причинения вреда здоровью пациента (медработник или медицинское учреждение), как раз и определяется тем, имел или нет место факт небрежности или недобросовестности конкретного физического лица.

Понятие «недобросовестность» законодательно не определено и в современной юриспруденции, и в судебной практике почти не используется. Это позволяет отнести его, в большей степени, к моральным, нежели к правовым категориям. Напротив, дефиниция «небрежность» четко определена в Уголовном кодексе РФ и является разновидностью неосторожной формы вины. Необходимо отметить, что действующий уголовный закон устанавливает ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей только при наступлении опасных для жизни и здоровья пациента последствий: в случаях причинения смерти; тяжкого или средней тяжести причинения вреда здоровью, заражения ВИЧ-инфекцией, когда медицинское вмешательство было выполнено *по lege artis* (ч. 2 ст. 109, ч. 2 и ч. 4 ст. 118, ч. 4 ст. 122 УК РФ).

Опыт многих стран и России показывает, что не привлечение к ответственности виновных лиц неизбежно приводит к сохранению достаточно высокого уровня правонарушений в сфере здравоохранения. Результаты этих правонарушений известны - это рост числа инвалидов и смерть десятков тысяч людей. Очевидным является и то, что инициатива привлечения к ответственности виновных никогда не исходила и, судя по всему, не будет исходить от чиновников, располагающих реальными сведениями о фактах профессиональной небрежности своих подчиненных. Закрывая глаза на эти факты, потребители медицинских услуг и общество будут способствовать еще большей жизнеспособности некомпетентности и небрежности определенной части медицинского персонала.

Именно по этой причине потребители медицинских услуг должны быть информированы о том, в каких случаях кроме гражданско-правовой ответственности ЛПУ наступает личная ответственность конкретного врача.

Профессиональная небрежность при оказании медицинской помощи имеет вполне конкретные признаки. Если обстоятельства дела свидетельствуют о том, что причинения вреда здоровью (жизни) могло и не произойти в случае, если бы врач проявил необходимую внимательность или предусмотрительность, речь идет о его наказуемой профессиональной небрежности.

С точки зрения действующего уголовного законодательства России, ошибки в профессиональной медицинской деятельности, обусловленные внешними, объективными факторами, не влекут уголовной ответственности, а если такие ошибки по источнику происхождения обусловлены внутренними, субъективными факторами, то медицинские работники будут привлекаться к уголовной ответственности за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей.

Неудачное, но без указанных в уголовном законе последствий лечение больных для действующего Уголовного кодекса Российской Федерации является деянием безразличным. Рассматривая врачебную ошибку с разных сторон, нельзя не остановиться на одной из них, очень существенной для настоящего времени. Это обращение родственников в суд, страховые компании с жалобами на те или иные действия врача, не всегда имеющие прямое отношение к его профессиональной ошибке. Нередко они обусловлены нарушениями деонтологических принципов. Судебные иски, штрафные санкции за нанесенный пациенту или его семье моральный или материальный ущерб становятся нередкими в нашей жизни.

Жизнь и здоровье человека являются естественными и неотъемлемыми правами, самыми ценными, чем обладает человек. Поэтому посягательства на них должны

признаваться преступными не только при фактическом наступлении неблагоприятных последствий, но и тогда, когда создана конкретная опасность причинения вреда названным правовым благам.

В врачебной практике каждый день можно встретиться с клиническим случаем, который является трудным для диагностики. Однако причины врачебных ошибок могут быть связаны и с личностными особенностями врача – недостаточно конструктивным мышлением, предвзятостью мнения, с самолюбием и тщеславием, склонностью к излишнему оптимизму или пессимизму, нерешительностью характера, низким для врача уровнем культуры.

Российские законодатели обоснованно предъявляют высокие требования к специалистам, которые избрали своей профессией врачевание, в плане надлежащего документального подтверждения полученных в процессе обучения специфических знаний и умений. Эти документы четко определяют правовой порядок их допуска к сложной и ответственной работе.

В РФ право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью (в соответствии со ст. 54 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан») имеют лица, имеющие диплом и сертификат специалиста. Сертификат специалиста выдается врачам только после сдачи соответствующего экзамена на основании послевузовского профессионального образования (интернатура, клиническая ординатура, аспирантура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация). При этом следует особо подчеркнуть, что сертификат должен выдаваться только при наличии надлежащих знаний «по теории и практике избранной специальности и вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан» (ч. 1 ст. 54 «Основ»). В начале XXI века в России настало время, когда правовое обучение является обязательной составной частью общей подготовки врача, когда без знаний правовых норм, регулирующих профессиональную медицинскую деятельность, врач не может на должном уровне выполнять свои служебные обязанности, заниматься производством медицинских услуг надлежащего качества. Этот правовой аспект профессионального медицинского образования следует подчеркнуть особо.

Анализ различных вариантов реальных ситуаций производства медицинских услуг, которые приводят к формированию врачебных ошибок, позволяют нам говорить о том, что наличие документов, удостоверяющих получение образования в самых престижных вузах, сертификата специалиста и других документов, к сожалению, не формируют атмосферы минимизации уровня врачебных ошибок в ЛПУ региона. Хотелось бы отметить, что с каждым годом на Дальнем Востоке России наблюдается рост числа деяний, причиняющих ущерб жизни и здоровью пациентов в результате неквалифицированного выполнения медицинским персоналом ЛПУ отрасли здравоохранения своих профессиональных обязанностей. При этом значительное число совершаемых врачебных ошибок остаются незамеченными как со стороны администрации ЛПУ, страховых медицинских организаций, органов управления здравоохранения самого разного уровня, так и со стороны компетентных должностных лиц правоохранительных органов.

«Незнание закона не освобождает от ответственности» - гласит один из основных и наиболее известных всем постулатов права. Но все ли сегодня делается, чтобы законы знали не только все руководители ЛПУ, но и их коллеги и подчиненные — врачи, средний медицинский персонал? Как показывает изучение уголовных дел по

обвинению медицинских работников в совершении профессиональных правонарушений - ненадлежащем оказании помощи больному, - многие процессы закончились обвинительным приговором. И в подавляющем большинстве случаев одним из важнейших обстоятельств, способствовавших совершению деяния, являлось элементарное незнание обвиняемым основных правовых норм, регулирующих профессиональную медицинскую деятельность, в том числе статей уголовного законодательства РФ, прямо адресованных медицинскому персоналу.

В некоторых случаях лечение даже у весьма квалифицированного врача не всегда приводит к ожидаемому положительному результату. Нередко уровень развития медицинской науки и клинической практики не дает возможности ранней диагностики определенных нозологических форм, а успешная диагностика в поздних стадиях развития заболевания не гарантирует успеха лечения. Однако нельзя сбрасывать со счетов и того, что неблагоприятный исход заболевания может быть обусловлен ошибками или неправильными действиями врача, другого медицинского персонала.

Учитывая особенности практической деятельности врача, следует представлять всю сложность его положения при определении правильного диагноза и назначении адекватного лечения определенной группы пациентов. Особенно это касается ситуаций, когда врач имеет дело со случаями казуистики, атипичным течением заболевания, не располагает достаточным временем для диагностики и т. п. В связи с этим в практической деятельности врача, даже при самом его добросовестном отношении к работе, высоком уровне квалификации, возможны ошибки в диагностике и лечении. Причем ошибки врача и медицинской сестры могут повлечь за собой весьма тяжелые и непоправимые последствия для пациента.

В реальной жизни большинство моих коллег – производителей медицинских услуг, серьезно заинтересованы в повышении качества лечения своих пациентов. Они устали от традиционных разговоров и указаний многочисленного начальства по обеспечению качества. Бюрократический довесок, призванный следить за эффективностью и качеством медицинской помощи в виде отделов стандартизации и качества в органах управления здравоохранением, заместителей главных врачей ЛПУ по клинико-экспертной работе и отделов качества, отделов и штатных экспертов территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций и т.п. на деле – бездонная бочка, поглощающая дефицитные средства отрасли здравоохранения. Такое обеспечение качества, с точки зрения практикующих врачей, «... формирует лишь нервотрепку при проводимых проверках и пустую трату средств налогоплательщиков, поскольку реально от него нет прока ни пациентам, ни кому-либо еще».

Абсолютное большинство потребителей медицинских услуг, т.е. наше «демократическое общество», спит и думает о том, как снизить темпы роста расходов на медицинскую помощь, но при этом повысить качество лечения. Врачи же чувствуют тупик ситуации, поскольку недофинансирование ЛПУ не позволяет повысить качество и эффективность имеющимися методами, а на инновации необходимы соответствующие расходы. Традиционное обеспечение качества позволяет в экономически развитых странах отсортировать «гнилые яблоки» из корзины здравоохранения, то есть лишить лицензий поставщиков, работающих неадекватно. В региональном здравоохранении такое событие даже представить себе невозможно, поскольку лицензирующие органы пока не готовы к решительным шагам на пути к совершенствованию качества и защите потребителей от недобросовестных поставщиков медицинских услуг.

Врачебные ошибки могут быть допущены на всех этапах взаимоотношений с пациентом, т. е. это ошибки в процессе оказания медицинской помощи, которая состоит из процесса диагностики, лечения и других составляющих всего спектра взаимоотношений врача и пациента.

## **7.2. Ошибки процесса диагностики**

Выражение «процесс диагностики», по мнению многих моих коллег, обедняет всю ту гамму проблем, с которой сталкивается лечащий врач в самом начале пути взаимоотношений с пациентом. Прежде всего, постановка диагноза процесс творческий, как правило, не укладывающийся в стандартные схемы. Как нет двух одинаковых врачей, так и нет двух одинаковых пациентов, поэтому и спектр диагностических приемов для распознавания «образа больного», страдающего определенной нозологической формой заболевания, весьма широк у опытного, квалифицированного, профессионально подготовленного специалиста. У молодого врача этот спектр беднее, он более схематичен.

Несмотря на то, что врачевание – это не столько ремесло, сколько искусство, действия врача можно уложить в логическую схему «диагностической технологии» и рассматривать процесс диагностики как работу некоего конвейера по производству диагностических услуг, в начале которого будет некий образ «человека-невидимки», а в конце – этот образ наполнится содержанием, красками, объемом и содержанием. Технологический подход позволит представить лечащему врачу архитектуру пораженных органов и систем организма пациента, причинно – следственные связи возникновения заболевания, нарушенные функции сложной биологической системы, которой является пациент.

Сам по себе процесс диагностики заболеваний состоит из нескольких этапов:

- оценка жалоб и симптомов;
- постановка предварительного диагноза;
- дифференциальная диагностика;
- постановка клинического диагноза.

Первый этап диагностики — это оценка жалоб и симптомов, он начинается с первых минут взаимоотношений врача с пациентом. Врач должен быть готов ко всему, поскольку возможны любые болезни, любые проблемы, любые неожиданности. В этой ситуации врач, как правило, концентрирует свое внимание на основной (ведущей) жалобе пациента, которая в последующем служит стержнем всего диагностического процесса, а оценка симптомов является фундаментом для предварительного диагноза. На первом этапе причинами врачебных ошибок чаще всего являются:

- неспособность врача распознать ведущей жалобы и истинной цели обращения пациента за медицинской помощью;
- неумение ясно определить природу выявленных симптомов и жалоб;
- неумение критически оценить достоверность полученных сведений, выявить основные и отбросить побочные;
- недооценка невербальной информации;
- нежелание переоценки значимости ведущей жалобы и замены ее на другую в процессе оценок.



Реальная практика медицинской экспертизы показывает, что на первом этапе диагностики совершается достаточно большое число ошибок. В качестве примера привожу давний случай из собственной практики, который заставил задуматься о том, что «типичное» течение заболевания и сопровождающая его симптоматика – явление частое, но не исключающее варианты и индивидуальные особенности конкретного пациента.

Больная Р., возраст 2,5 года, до момента заболевания росла и развивалась нормально, регулярно посещала детскую поликлинику по месту жительства в г. Хабаровске, регулярно наблюдалась участковым врачом, получила все положенные по возрасту прививки.

Заболела остро, отмечался подъем температуры до 39 градусов, кашель, насморк. Со второго дня на фоне амбулаторного лечения ампициллином внутрь температура тела нормализовалась, но сохранялся кашель, одышка до 42–58 в 1 минуту в покое, потливость, отсутствие аппетита. На 5-е сутки от начала заболевания, на фоне нормальной температуры тела ребенок стал беспокойным, мать отмечала появление у него «стонущего» дыхания ночью и болей при дыхании в правом боку. Врачом бригады скорой помощи в 7 часов утра ребенок доставлен в Детскую краевую клиническую больницу, где я - дежурный врач, ознакомившись с амбулаторной картой ребенка, выслушав мать, осмотрев ребенка, выявил ослабленное дыхание в нижних отделах правого легкого. Расценив эти симптомы на фоне нормальной температуры как проявления банальной, т.е. типичной внебольничной пневмонии, направил ребенка на рентгеновское обследование в плановом порядке в этом же корпусе клиники на соседнем этаже.

Через 1,5 часа (задержка обуславливалась очередью) в рентгеновском кабинете при производстве рентгенограммы состояние ребенка резко ухудшилось, появились признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, поднялась температура тела до 38,9 градусов. Повторный осмотр выявил следующее: состояние тяжелое, налицо признаки катастрофы в правом легком - в проекции которого дыхание не прослушивалось. Ребенку проведены реанимационные мероприятия на месте, а затем он был доставлен в реанимационное отделение клиники с диагнозом: напряженный пиопневмоторакс справа на фоне правосторонней деструктивной пневмонии. В реанимационном отделении произведена плевральная пункция с последующим дренированием плевральной полости «по Бюлау», легкое расправилось, дальнейшее течение пневмонии протекало без осложнений. Ребенок выписан домой на 25-й день госпитализации.

Анализ этого случая показал, что мне не удалось правильная оценка жалоб и симптомов, в частности, неправильно оценены наличие «стонущего» дыхания, одышки и наличие ослабления дыхания справа, поскольку в большинстве случаев боли в грудной клетке при дыхании обусловлены вовлечением в процесс плевры. Таким образом, боли в сочетании со «стонущим» дыханием, одышкой и ослаблением дыхательных шумов в проекции легкого чаще всего встречаются при осложненных формах пневмонии в виде тех или иных вариантов поражения плевры, которые требуют неотложной рентгеновской диагностики и срочной госпитализации. Тактическая ошибка была усугублена еще и тем, что ребенок был направлен на рентген без сопровождения медицинской сестры приемного отделения.

Кроме того, моя ошибка была спровоцирована еще одним обстоятельством, которое, как правило, не обсуждается в официальных кабинетах. Дело в том, что в

тот день я работал, как и многие мои коллеги, уже более 22 часов, а предстоящий рабочий день планировался в объеме как минимум еще 10-12 часов. Вполне естественно, что мое внимание и внимание коллег в конце суток непрерывной работы не такое, как в начале рабочего дня, что резко увеличивает вероятность принятия ошибочных решений.

Вторым этапом диагностики является постановка предварительного диагноза. Как правило, идет сопоставление симптомов у конкретного пациента с симптомами типичного варианта нозологической формы. Этот процесс сопоставления также называют эвристическим приемом типизации. К сожалению, не все врачи достаточно четко представляют симптоматику типичного течения даже наиболее распространенных заболеваний, однако для большинства опытных врачей это не является проблемой, и ошибки совершаются в связи с рядом трудностей, прежде всего это:

- неполная и нетипичная клиническая картина;
- встреча со случаем казуистики;
- нежелание пациента рассказывать о наличии у него той или иной симптоматики.

Предварительный диагноз имеет большое значение в практической деятельности врача, поскольку являясь рабочей гипотезой, он предопределяет достаточно быстрый выход на правильный окончательный диагноз, своевременно начатую патогенетическую терапию и благоприятный исход заболевания во многих случаях. К сожалению, в течение последних лет все реже и реже встречается типичное течение даже самых распространенных заболеваний, что ставит практикующего врача в сложное положение при постановке предварительного диагноза.

Примером врачебной ошибки на этапе постановки предварительного диагноза служат материалы комиссионной экспертизы десятков медицинских документов, очного осмотра пациентки, бесед с врачами, которые оказывали медицинскую помощь и т.п.

Марина К., 12 лет, проживавшая в одном из сел Ленинского района Еврейской автономной области, заболела остро через две недели после перенесенной ангины, когда на фоне удовлетворительного состояния появились боли в животе, преимущественно в области пупка и правой подвздошной области. Девочка была осмотрена достаточно опытным хирургом районной больницы (высшая квалификационная категория по хирургии), который заподозрил острый аппендицит. При осмотре пациентки отмечались увеличенные до 2 степени миндалины, мелкоточечная необильная, единичная, розового цвета сыпь на разгибательных поверхностях плеч, предплечий и голеней, вокруг коленных суставов. При осмотре живота выявлена значительная болезненность в области пупка, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. В сердце и легких патологии не выявлено.

Был определен предварительный диагноз: острый аппендицит, в сделанном анализе крови отмечался умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В анализе мочи патологии выявлено не было. Через три часа после поступления в хирургическое отделение ЦРБ девочка была прооперирована, проведена аппендэктомия, однако в ходе операции на брюшине была отмечена мелкоточечная геморрагическая сыпь и небольшое количество мутного выпота в

брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело, на фоне лихорадки, нарастания кожно-геморрагического синдрома и последующего развития клиники типичного гломерулонефрита с нефритическим компонентом.

Через 10 дней от начала заболевания девочка была переведена в Детскую краевую клиническую больницу г. Хабаровска, где ей был установлен диагноз: геморрагический васкулит, осложненный острым гломерулонефритом с нефритическим синдромом и нарушением функции почек. Следует отметить, что морфологическое исследование червеобразного отростка, удаленного во время операции, не подтвердило предварительного диагноза острого аппендицита.

Девочка в последующем (в течение двух лет) периодически получала лечение в гематологическом и нефрологическом отделениях детской клиники г. Хабаровска и длительное время находилась на диспансерном наблюдении как по месту жительства, так и в консультативной поликлинике. Поскольку мне в данной ситуации несколько раз приходилось выступать в роли консультанта лечащих врачей данного ребенка, то могу констатировать, что исход заболевания у девочки был относительно благоприятным.

Проведенная комиссионная экспертиза данного случая выявила ошибку врача, допущенную при постановке предварительного диагноза, который не придавал значения наличию кожных высыпаний после перенесенной ангины и ошибочно расценил болевой абдоминальный синдром. Последний был вызван не воспалением червеобразного отростка, а поражением сосудов и геморрагическими высыпаниями на брюшине и слизистой кишечника. В последующем в условиях гематологического отделения, при полном развертывании клинической картины, проведении исследования свертывающей системы крови постановка диагноза геморрагического васкулита не представляла значительных трудностей.

Третьим этапом диагностики является дифференциальный диагноз, т. е. анализ альтернативных версий, придание каждой из них определенного веса вероятности, отбрасывание маловероятных и выделение нескольких наиболее вероятных диагнозов для детального рассмотрения. Проводя дифференциальную диагностику, врачи пользуются эвристическим приемом мобилизации памяти, т. е. врач при обдумывании диагноза использует определенную систему в виде анализа механизмов патогенеза, свойственным определенным заболеваниям или группам заболеваний. Практика системного поиска нужного заболевания или группы заболеваний помогает врачу в короткие промежутки времени проанализировать значительное число вероятных диагнозов.

Врачебные ошибки на стадии дифференциальной диагностики могут возникнуть по следующим причинам:

- наличие симптомов или синдромов, симулирующих другие заболевания;
- наличие атипичных симптомов часто встречающихся заболеваний;
- наличие симптоматики заболевания, встречающегося как казуистика;
- наличие проявлений нескольких заболеваний у одного пациента.

Опытные врачи при проведении дифференциальной диагностики способны составить весьма длинный список возможных диагнозов, причем их намного больше, чем они в состоянии проверить. Следовательно, самое трудное в дифференциальной диагностике это решить, какие именно версии необходимо

подвергнуть проверке, т. е. на каких главных направлениях сосредоточить лабораторную, инструментальную и прочую диагностику.

Примером врачебной ошибки в результате неудачно проведенной дифференциальной диагностики опытным врачом-невропатологом краевой неврологической клиники служит следующий случай.

Больная Н., 46 лет, врач по специальности, находилась на даче в пригородной зоне г. Хабаровска, где ее 19 мая укусил клещ в левую подлопаточную область. После удаления клеща на месте укуса сформировалась эритема до 20 см в диаметре. Первого июня появилась лихорадка, вялость, слабость, астенический синдром. Противоклещевой иммуноглобулин не вводился из-за наличия аллергической предрасположенности у пациентки. Медицинскими работниками больная не наблюдалась.

Через 18 дней после укуса клеща появилась лихорадка до 38,5 градуса, головная боль, тяжесть в затылке. 1 июня госпитализирована в неврологическую клинику краевого центра с подозрением на клещевой энцефалит. В процессе обследования пациентка отказалась от производства анализа ликвора, а в анализах мочи была выявлена лейкоцитурия до 46 клеток в поле зрения, что расценено как проявление обострения хронического пиелонефрита. Пациентка осматривалась заведующей отделением и доцентом кафедры неврологии ДВГМУ. В конце недели от начала госпитализации лихорадка, головная боль, тяжесть в затылке исчезли, сохранялся только астеновегетативный синдром. Больная выписана из неврологической клиники через две недели с диагнозом: Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Диагноз клещевого энцефалита был отвергнут. Клещевая эритема сохранялась до конца августа.

В сентябре этого же года у пациентки появились боли в коленном суставе справа, затем боли мигрировали в голеностопные и лучезапястные суставы, боли характеризовались непостоянством, летучестью и асимметрией. Утренней скованности не наблюдалось. Проведенное обследование крови, мочи, ЭКГ, патологии не выявило. Вневедомственная экспертиза данного страхового случая, проведенная по инициативе страховщиков, показала ошибочность трактовки симптомов у пациентки в начале заболевания и недостатки при проведении дифференциальной диагностики в неврологической клинике. Привлеченный к экспертизе врач-инфекционист указал, что начало заболевания и последующее его развитие укладывается в симптоматику, характерную для диагноза «Боррелиоз – болезнь Лайма», который достаточно часто встречается на Дальнем Востоке. Проведенное исследование сыворотки крови подтвердило наличие высокого титра антител к *Borrelia burgdoferi*.

Приведенный выше пример показывает недостаточный уровень подготовки врачей неврологической клиники по диагностике достаточно распространенной краевой патологии, которая в последние годы встречается все чаще. Она требует проведения скрупулезной дифференциальной диагностики с другими инфекционными заболеваниями, переносчиками которых являются иксодовые клещи. Эта ошибка является типичной для врачей «узких» специальностей.

Четвертым этапом диагностики является постановка клинического диагноза. Клинический диагноз формируется после постановки предварительного диагноза и анализа списка альтернативных ему версий. Анализируя альтернативные версии,

врач опирается на эвристический прием, который называется приемом проверки гипотез. Гипотетический диагноз или принимается или отбрасывается, а в качестве диагностического теста зачастую используется т. н. «золотой стандарт» или эталонный тест, который позволяет исключить или установить диагноз. Таких эталонных тестов сегодня известно достаточно много, в частности это варианты рентгенологической диагностики. Однако использование эталонных тестов в качестве первичного бывает весьма дорого, непрактично и опасно для жизни пациента.

В России в связи с перепроизводством специалистов с высшим медицинским образованием, не все из которых, кстати, имеют соответствующую рабочему месту квалификацию или работают не по специальности, формируется дефицит «думающих» врачей. Многие т.н. узкие специалисты относятся к постановке клинического диагноза как некоей обязательной, но весьма простой процедуре. В ее основе лежит назначение широчайшего спектра исследований для подтверждения или отрицания диагноза. В связи с возникшими в последние годы методологическими вопросами формирования клинического диагноза появилась проблема обоснованного назначения тех или иных видов обследования, т. е. проблема «избыточного обследования». До сих пор некоторые врачи используют термин «полное обследование», оправдывающее проведение множества тестов, осмысленность которых не является очевидной. Выражения типа «для прокурора...», «заподозрил — проверь...», «пока пациент в больнице...» и подобные им не служат правильной диагностике и адекватно назначенному лечению, а соответствующие действия в значительной мере тяжелым бременем ложатся на бюджет ЛПУ. Другой причиной избыточного назначения диагностических процедур и тестов является соблазнительный мотив «для спокойствия пациента», когда врач назначает заведомо ненужное обследование, которое может стать причиной возникновения нового патологического синдрома или состояния.

В большинстве случаев при постановке клинического диагноза лечащий врач стоит перед решением проблемы: заканчивать или продолжать обследование?. Зачастую ответ на этот вопрос весьма труден. С одной стороны, если речь идет об онкологической патологии, то клинический диагноз без морфологического исследования обычно не ставится, поскольку только после получения результатов биопсийного материала приступают к полихимиотерапии. С другой стороны, лечение многих заболеваний можно начинать, не дожидаясь результатов морфологического исследования, а основываясь на предварительном диагнозе и ориентируясь затем на реакцию больного на лечение. Таким образом, существует некая грань, за которой имеется уверенность в предварительном диагнозе, позволяющем начать лечение. Для каждого заболевания это своя грань, она зависит от трудности диагностики и вероятности отрицательного результата начатого лечения.

Значительные трудности при постановке клинического диагноза представляет проблема «норма и патология». Интерпретируя результаты физикального исследования, врач должен учитывать, что нередко встречаются варианты нормы, которые легко путают с патологией, особенно часто этим грешат «узкие» специалисты. Примерами трудностей интерпретации результатов физикального исследования могут служить следующие. Так, до 5% здоровых людей имеют зрачки неодинакового размера, причем разница диаметров может достигать 2 мм. Реакция зрачков на свет при этом нормальная. Если не распознать изменчивость нормы, то можно совершить ошибку в диагностике. Вариант нормы, характеризующийся отсутствием углубления диска зрительного нерва и даже слабой

нечеткостью контуров диска, можно ошибочно принять за признаки повышенного внутричерепного давления. Однако выявление при этом венозной пульсации позволит отличить нормальное состояние от отека диска зрительного нерва и т.п.

Кроме того, существующие сегодня подходы в определении нормы и патологии у некоторых врачей-неонатологов и детских неврологов позволяют отнести до 90 % детей, родившихся в Хабаровском крае, в третью группу здоровья. Только чтение клинического диагноза такого специалиста занимает значительное время, а ведь за таким сложным диагнозом стоит не менее сложное лечение, которое, как правило, родители не выполняют. В последующем с течением времени этот сложный диагноз интерпретируется в форме «слава Богу, не подтвердилось...», «благодаря проводимому лечению...», «лучше пере, чем недо...» и т. п., но ведь истрачены средства на диагностику и лечение, нанесена моральная травма родителям. Проблема гипердиагностики и трактовки диагноза «перинатальная энцефалопатия» стоит рядом с той проблемой, что этими же специалистами своевременно не ставятся клинические диагнозы весьма распространенных и ясно клинически очерченных заболеваний сразу после рождения или в раннем возрасте. Поздняя же их диагностика не позволяет добиться успешных результатов лечения и формирует случаи детской инвалидности.

Ошибок в процессе постановки клинического диагноза совершается великое множество, но большинство из них анализу не подвергается в силу незаинтересованности руководителей ЛПУ «выносить сор из избы», несовершенства системы внутриведомственной экспертизы КМП, а вневедомственная экспертиза анализирует лишь отдельные, наиболее тяжелые случаи, сопровождающиеся судебными исками. Что же относительно негосударственных медицинских учреждений, то до настоящего времени это «terra incognita» для тех, кто управляет медицинской помощью в большинстве субъектов РФ Дальнего Востока.

В качестве примера врачебной ошибки при постановке клинического диагноза приводим данные внешней комиссионной экспертизы, проведенной в 1995 году. Этот страховой случай закончился судебным иском пациентки к ЛПУ. В результате судебного разбирательства ответственность ЛПУ за ненадлежащее оказание медицинской помощи была доказана, и с ЛПУ взыскано более 50 млн рублей в пользу больной, пострадавшей от врачебной ошибки, что для того времени было исключением из правил.

Пациентка М., 32 лет, обратилась в поликлинику г. Хабаровска 18.11.94 в связи с необходимостью прохождения медицинского осмотра, жалоб не предъявляла, чувствовала себя здоровой. В процессе прохождения профилактического осмотра у пациентки в анализе крови было выявлено снижение уровня гемоглобина до 108 г/л при уровне эритроцитов 4,09 млн/л. 23.11.94 осмотрена терапевтом и направлена на повторный анализ, где уровень гемоглобина оставался прежним. Для выяснения причины снижения гемоглобина врач-терапевт для «полного комплексного обследования» назначает фиброгастродуоденографию, УЗИ печени, селезенки, поджелудочной железы, почек, ректороманоскопию, ирригоскопию и осмотр гематолога.

05.12.94 в хирургическом кабинете ЛПУ производится ректороманоскопия. Заключение: патологии не обнаружено. Непосредственно во время процедуры пациентка почувствовала боль в животе, на что обратила внимание врача-хирурга, производившего ректороманоскопию, но тот не придал этому значения, объяснив

неприятные ощущения пациентки сложностью процедуры. В последующие дни у 32-летней женщины, чувствовавшей себя до обращения в ЛПУ совершенно здоровой, развился перитонит. 07.12.94 она была госпитализирована в хирургическое отделение по экстренным показаниям, клинический диагноз: Ятрогенная перфорация сигмовидной кишки. Нижнеэтажный каловый перитонит. Хроническая анемия. Проведена операция лапаротомия, экстериоризация участка сигмовидной кишки с повреждением, дренирование брюшной полости. Эндотрахеальный наркоз. В послеоперационном периоде у больной развился острый тромбофлебит глубоких вен левой нижней конечности.

После выписки из хирургического стационара пациентка длительное время находилась под наблюдением у хирурга в поликлинике в связи с контролем за функционированием колостомы и посттромбофлебитическим синдромом левой нижней конечности. Осенью 1995 года проведено плановое оперативное вмешательство с целью восстановления проходимости толстого кишечника, операция завершена успешно, проходимость кишечника восстановлена, железодефицитная анемия после лечения железосодержащими препаратами купирована.

Источником технической ошибки хирурга при производстве ректороманоскопии экспертами было признано грубое манипулирование тубусом ректоскопа во время производства процедуры. Однако первоисточником ошибок следует признать стремление врача-терапевта к «полному комплексному обследованию» для постановки клинического диагноза. Для уточнения характера анемии достаточно было определить уровень сывороточного железа, общую железосвязывающую способность сыворотки, коэффициент насыщения трансферрина и расспросить пациентку об уровне кровопотери при «menses», которые и наблюдались у нее во время прохождения медицинского осмотра.

В какую сумму обошлось оказание медицинской помощи застрахованной гражданке в связи с развитием нового патологического состояния в результате врачебной ошибки, к сожалению, не подсчитывалось, в какую сумму вылились выплаты в связи с временной утратой трудоспособности — также неизвестно, поскольку это не входило в задачи экспертизы. Следует отметить, что даже ориентировочный уровень этих расходов весьма велик. Судом же оценивался только материальный и моральный ущерб, нанесенный пациентке М.

Еще одним примером врачебной ошибки при постановке клинического диагноза служит вневедомственная экспертиза, проведенная по случаю летального исхода лечения 15-летней больной в одной из муниципальных многопрофильных больниц г. Хабаровска.

Больная К., 15 лет, обратилась в поликлинику 07.10.94 к врачу-терапевту с жалобами на сильные боли в правой половине грудной клетки, лихорадку до 38,4°C. На коже правой половины грудной клетки наблюдалась гиперемия, пузырьки, был заподозрен простой герпес. Пациентка была направлена к врачу-дерматовенерологу, который назначил местное лечение. В этот же день больная осмотрена врачом-травматологом, который поставил диагноз: ушиб грудной клетки. Таким образом, после осмотра двух специалистов пациентка оставлена дома под наблюдением участкового терапевта. В последующие дни состояние больной не улучшалось, лихорадка до 38 градусов, сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и движении. 10.10.94 ребенок

осматривается заведующим пульмонологическим отделением ЛПУ, который заподозрил флегмону мягких тканей и направил его к хирургу приемного отделения, который отверг этот диагноз.

Состояние девочки ухудшалось. 10.10.94 она была осмотрена дома другим врачом-терапевтом, который в области правой половины грудной клетки обнаружил припухлость размером с «детскую головку», очень болезненную при пальпации. В этот же день больная направлена на консультацию в инфекционное отделение, где отвергнут диагноз простого герпеса, поскольку герпетических изменений нет, а имеется массивная зона гиперемии в области правой половины грудной клетки с синюшно-багровыми пятнами. В этот же день девочка госпитализирована в терапевтическое отделение клиники, где при обследовании выявлено: в анализе крови — токсическая зернистость нейтрофилов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево при лейкоцитозе 14,2 тыс., на рентгенограмме органов грудной клетки очаговая инфильтрация в средней доле правого легкого. Произведена пункция инфильтрата мягких тканей в области правой половины грудной клетки, получен гной. 11.10.94 при явлениях нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности наступил летальный исход. За несколько часов до смерти пациентки был собран консилиум, который установил клинический диагноз: сепсис, септикопиемическая форма, острое течение. Флегмона мягких тканей правой половины грудной клетки. Правосторонняя очаговая пневмония. Полиорганная недостаточность.

Эта комиссионная экспертиза выявила типичную для последних лет тенденцию, когда фактически лечащего врача у больной не было. За анализом многих документов, объяснений, протоколов разборов, приказов и т. п. потерялась личность — лечащий врач, который должен ставить клинический диагноз, назначать лечение, привлекать специалистов-консультантов, собирать или настаивать на проведении консилиума. В конечном итоге при анализе причинно-следственных связей заболевания девочки ретроспективно было установлено, что ребенок занимался спортом, после травмы правой половины грудной клетки образовалась межмышечная гематома, которая, нагнаившись, и вызвала все описанные ранее клинические проявления, в том числе и сепсис.

Ранняя диагностика флегмоны и сепсиса в описанном случае (07-08.10.94) создавала перспективу для своевременного лечения и благоприятного исхода заболевания. Отсутствие лечащего врача, осмотра ребенка многими узкими и, вероятно, квалифицированными специалистами давали им возможность высказывать свои суждения о диагнозе, но собрать воедино все мнения, провести системный анализ, установить причинно-следственные связи и выйти на постановку клинического диагноза в данном случае было просто некому.

В качестве примера врачебной ошибки при постановке клинического диагноза и ее последствий приводим данные внешней комиссионной экспертизы (эксперты: зав. кафедрой стоматологии и врач-стоматолог высшей квалификационной категории), проведенной в 2002 году по случаю оказания стоматологической помощи в довольно престижной стоматологической поликлинике г. Хабаровска.

На экспертизу представлены документы:

- Жалоба пациентки в фонд ОМС от 06.09.2002.
- Медицинская карта стоматологического больного № 05608.



- Ответ на жалобу администрации стоматологической поликлиники.
- Данные обследования пациентки экспертами.

При проведении анализа представленных медицинских документов и данных очного осмотра установлено следующее.

1. В стоматологической поликлинике с 04.03.2002 по 03.08.02 проведено лечение пациентке «N» - 24, 47, 46, 35, 36, 37, 27 зубов, которое закончено постановкой постоянных пломб: по среднему хроническому кариесу - 47, 37 и 27, по кариесу депульпированного зуба - 24 (два раза), 36, 35, по пульпиту - 47,46.

2. В этой же поликлинике с 05.08.02 проведено повторное лечение этих же зубов: 47,46,35, 36, 37,27 другими лечащими врачами: по обострению хронического периодонтита -35,36, 47,46, по обострению хронического фиброзного пульпита - 37, 27.

3. При очном осмотре экспертов, анализе рентгенологических снимков и ортопантограммы выявлены ошибки в нумерации зубов. Зуб № 26 описывается как зуб — 27, в то время как 27 - интактный (не лечен). Зуб 36, 37 и 38 указаны под номерами 35, 36 и 37 соответственно.

4. Диагноз хронический средний кариес (37, 47, 27) установлен ошибочно! Занижение тяжести поражения этих зубов привело к неадекватному лечению и развитию острого пульпита (37) через 1,5 месяца; к хроническому фиброзу пульпита (47) через 1 месяц и к обострению хронического фиброзного пульпита (27) через 5 месяцев.

5. Лечение 47 и 46 зубов комбинированным методом (девитальная экстирпация в хорошо проходимом дистальном канале и девитальная ампутация в узких и трудно проходимых медиальных каналах) по поводу пульпита обосновано и возможно: анатомически дистальный канал 47 и медиальные каналы 46 относятся к непроходимым каналам, т.к. угол кривизны этих каналов у пациентки составляет более 50 градусов. Качественное лечение этих зубов возможно только при условии применения новых технологий обработки каналов: работать необходимо дополнительными (тонкими) инструментами номеров 6, 8, 10, которые должны быть достаточно гибкими и ранее не использованными более 3 раз.

6. Несоответствие номера инструмента диаметру канала и анатомические особенности 46 привели к «отлому» инструмента в канале зуба. Тактика лечения 46 до «перелечивания» с применением методики депофореза была правильной.

7. Лечение 46 корневых каналов удовлетворительное, но значительная утрата твердых тканей коронки этого зуба требует восстановление его анатомической формы штифтовой конструкцией. Необходимо восстановление анатомической формы и рядом стоящего 45, т.к. пищевым комком травмируется пародонт между 45 и 46 зубами.

8. Лечение 47 удовлетворительное, необходимо динамическое наблюдение. Учитывая анатомическую сложность каналов 47 зуба, желательно применение метода депофореза.

9. Очный осмотр качества лечения выявил грубые нарушения восстановления анатомической формы 24 зуба (не сформирован контактный пункт).

10. Лечение 36 зуба закончилось его удалением, хотя по данным в медицинской карте в ходе лечения и просматривалась положительная динамика: перкуссия стала слабо болезненная, температура в норме, при описании рентгеновских снимков указано, что патологических изменений в периапикальных тканях нет (29.08.02), но 02.09.02 повышается температура до 37,2, перкуссия резко болезненная, сильные ноющие боли в зубе, при этом, со слов пациентки, она принимала «Бисептол» в рекомендуемых дозировках — свидетельствуют об отсутствии эффекта от консервативного лечения.

11. Тактика лечения 35 не правильная. При диагнозе обострение хронического периодонтита 35 требовалось «распломбирование» корневого канала в первое, либо второе посещение. Это привело к удлинению сроков лечения.

12. Лечение 35 и 37 корневых каналов удовлетворительное, но у 35 зуба функция не восстановлена т.к. отсутствует контакт с зубами антагонистами, а у 37 имеется смыкание только по оральным буграм. Требуется восстановление целостности зубного ряда на этой стороне «мостовидными» конструкциями.

13. Обращает внимание, что лечение зубов у пациентки N затянуто по срокам. Так 37 с диагнозом «Острый пульпит» по стандарту заканчивается пломбой за 3 дня, здесь — 13 дней и 5 посещений; 35 с диагнозом «Обострение периодонтита» составило 17 дней с кратностью посещений - 7 раз, по стандарту должно быть 5 дней.

*Заключение:* Лечащими врачами стоматологической поликлиники применялись диагнозы, не соответствующие МКБ-10. Ошибки диагностики привели к неадекватному лечению и прогрессированию процесса в 27,37,46,47, (кариес—пульпит—периодонтит). Лечение всех зубов затянуто по срокам, т.к. при планировании лечения не учитывалось анатомическое строение зубов и возможные осложнения. Лечение всех рассмотренных зубов проведено без учета восстановления жевательной эффективности и целостности зубного ряда, указаний на необходимость применения ортопедических конструкций нет.

Стоимость устранения «брака» в работе врачей-стоматологов не установлена, т.к. экономическими аспектами ненадлежащего оказания медицинской помощи в системе ОМС Хабаровского края до сих пор заниматься не принято. Сегодня управляющие структуры здравоохранения региона заняты другими, по их мнению более важными делами. И это несмотря на то, что Президент РФ открыто признал в своем послании Федеральному Собранию РФ, что отечественная система здравоохранения неэффективна, качество и доступность медицинской помощи постоянно снижаются, затраты растут, а гарантированная бесплатная помощь населению давно уже носит «декларативный характер».

### **7.3. Ошибки процесса лечения**

При попытке экскурса в новейшую историю медицины мы упираемся в невероятно привлекательные результаты эффективно работавшей несколько десятилетий схемы этиологического подхода лечения многих болезней: конкретный микроб – таблетка от этого микроба – выздоровление. Самое главное – это точно определить причину заболевания, а потом ... применяй стандартное лечение, описанное в

толстых руководствах, и успех обеспечен. Эта иллюзия, формируемая современными чиновниками от медицины, которые пытаются уподобить стратегию и тактику лечения пациента выполнению рецепта из поваренной книги.

На самом деле очень важно, чтобы все, как производители, так и потребители медицинских услуг, понимали, что конечный результат диагностики и лечения формируется в условиях сложного взаимодействия разнообразных компонентов отрасли здравоохранения. Понимание сложности организационных систем приводит нас к выводу, полностью подтвердившемуся в промышленном производстве, что большинство дефектов качества происходит не потому, что виноват или ошибся конкретный исполнитель, а потому, что система не предусматривает защиты от такой ошибки. Признание этого факта — ключевой момент, поскольку оно лежит в основе осознания тщетности попыток улучшить качество лечения за счет выявления «стрелочников», которые все портят своими ошибками.

Многие врачи-профессионалы считают, что если врач прекрасный диагност, то это уже 50 % успеха лечения. Диагноз сформулирован правильно, найдено определение состоянию пациента, решена основная задача, а последующее лечение это не больше, чем соблюдение общепринятых алгоритмов или готовых рекомендаций по лечению (стандартов).

Эта ошибочная и вредная, по своей сути, точка зрения бытует у широких слоев медицинской общественности и наносит ущерб престижу профессии врача, а иногда отражается на здоровье пациентов, поскольку проведение лечебных мероприятий, выбор тактики лечения — процесс весьма сложный и динамичный. Следует констатировать факт, что в учебных программах процессу лечения даже весьма распространенных заболеваний традиционно отводится мало времени, особенно это находит свое отражение в программах подготовки врачей-интернов, ординаторов, аспирантов, а также в программах переподготовки специалистов всех профилей.

Допущенные в процессе лечения ошибки встречаются достаточно часто, но это отражение не только, а иногда и не столько слабой подготовки врачей. Следует отметить, что процесс лечения настолько многогранен, что его освоение требует многих лет практической работы, учебы, опять практической работы и опять учебы и так до бесконечности. М. R. Lipp в связи с этим некоторое время назад сказал: «Если Вы никогда не совершали ошибок, повлекших за собой тяжелые осложнения или смерть больного, значит, Вы занимаетесь медициной недавно». Я бы не хотел, чтобы приведенные слова известного за рубежом специалиста принимались как истина в последней инстанции, но отечественный и зарубежный опыт практической медицины подтверждает его слова.

Число россиян, ежегодно гибнущих в больницах от неправильного применения лекарств, неизвестно, Минздравсоцразвития РФ такой статистики не ведет, не ведет такой статистики и недавно созданная чиновничья структура - Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. А там, где ведется этот учет, получены результаты, которые дают пищу для размышлений. Так, ежегодно более 25 тысяч граждан ФРГ умирают от так называемых непрогнозируемых побочных реакций на лекарственные препараты и «почти всегда виноватыми оказываются ... врачи, которые неправильно поставили диагноз, не учли индивидуальных особенностей пациента или просто не удосужились внимательно прочитать инструкцию, в которой изготовитель препарата перечисляет побочные действия и возможные негативные реакции на данное лекарство».

Опасность для здоровья и жизни пациентов кроется чаще всего в неправильной комбинации принимаемых препаратов и в неспособности лечащего врача предвидеть последствия приема одновременно нескольких лекарств.

Подобные ошибки весьма часто допускаются германскими медиками при назначении средств для лечения сердечно-сосудистой системы, а также цитостатиков.

Между тем, хотя звучит это парадоксально, практически все смертоносные сочетания назначаемых лекарств известны: реакции, возникающие при их взаимодействии, хорошо изучены и задокументированы. Эта информация хранится в специальных компьютерных медицинских базах данных, доступных практически любому немецкому врачу. Но беда в том, что практикующие врачи крайне редко пользуются подобными справочными услугами, зачастую просто не догадываются об их существовании. Кроме того, в германских аптеках имеется немало препаратов, продаваемых без рецепта и способных при неграмотном применении вызвать смерть пациента.

К сожалению, ошибки чаще совершают молодые врачи, и это связано, в первую очередь, с отсутствием у них системного подхода к процессу лечения, логического перехода от одного этапа организации и осуществления лечения к другому. Эти этапы можно перечислить в хронологической последовательности:

- клиническое прогнозирование;
- анализ и оценка эффективности и рентабельности альтернативных методов лечения;
- оценка риска возможных побочных эффектов и осложнений лечения;
- выбор тактического варианта лечения;
- проведение лечебных мероприятий;
- анализ промежуточных и конечных эффектов лечения.

Клиническое прогнозирование — весьма важный этап организации лечения, ставящий своей основной целью точную оценку вероятного прогноза состояния здоровья пациента без вмешательства врача. Такой подход даст возможность установить причинно-следственные связи возникновения того или иного заболевания, определить вероятность его возникновения и предсказать будущее развитие патологии и вероятный исход. Составляя индивидуальный прогноз, врач должен сопоставить его с известными данными наблюдения за группами подобных больных. Когда осуществлена оценка риска болезни у данного пациента или, если пациент уже болен, сформулирован индивидуальный прогноз, необходимо решить вопрос: «Какой метод лечения необходимо выбрать, чтобы за наименьшее время с минимальными затратами помочь больному?».

Ответ на этот вопрос можно получить, проведя анализ вероятной эффективности и рентабельности выбранного метода лечения или сравнение альтернативных вариантов. Как оценить эффективность того или иного метода лечения? Вопрос весьма непростой. Обычно мы полагаемся на рекомендации коллег, данные клинических испытаний метода в своей и других клиниках, а также на личный опыт. В еще недалекие времена существовали методы лечения, которые производили прорыв в прежних представлениях об излечиваемости тех или иных заболеваний, например, применение антибиотиков в 40-50 годах при лечении пневмонии.

В своей повседневной работе в последние годы многим врачам все чаще и чаще приходится оценивать не только эффективность лечения, но и его рентабельность (экономическую эффективность), особенно если речь идет о новых методах лечения. До внедрения в практику экономической самостоятельности медицинских учреждений, введения в действие Закона «О медицинском страховании граждан в РФ», формирования системы «частных» ЛПУ финансовая сторона лечения ни в какой мере не касалась врачей-клиницистов, это было уделом администрации клиник и экономистов. Сегодня все чаще и чаще практикующий врач стоит перед проблемой оценки рентабельности лечения пациента с помощью того или иного метода.

Следующий этап организации и осуществления лечения — это этап безопасности. С этой позиции нельзя не согласиться с утверждением E. C. Lambert о том, что «есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких больных, которым нельзя навредить». В последние годы все чаще и чаще в качестве причины госпитализации указываются «ятрогенные» заболевания. Риск лечения чаще всего характеризуется двумя основными факторами:

- вероятностью наступления побочных эффектов,
- тяжестью проявлений побочных эффектов.

Вероятность наступления побочных эффектов лечения врач может оценивать и прогнозировать в случае, когда он сам достаточно хорошо знает выбранный лекарственный препарат, его фармакокинетику, фармакодинамику и лечебный эффект. Одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов может изменить их действие, причем потенциал взаимодействия лекарственных препаратов неисчерпаем. Поэтому число назначаемых препаратов должно быть сведено к минимуму. Это одна из гарантий безопасности лечения.

Выраженность побочных эффектов в значительной мере зависит от того, насколько трудно их обнаружить и устранить, ведь иногда выраженность побочных эффектов лекарственных препаратов трудно связать с их применением, настолько выражена тяжесть ятрогенного синдрома. Недооценка опасности самого лечения — это ошибка, которая нередко служит причиной плохих конечных результатов. Этой ошибки можно не совершать, если своевременно оценить риск возникновения и тяжести проявления ятрогенных заболеваний.

Наблюдая в течение многих лет детей с тяжелыми ятрогенными заболеваниями в реанимационно-анестезиологическом отделении Детской краевой клинической больницы г. Хабаровска, мне довольно часто приходилось решать вопрос, насколько связан тот или иной патологический синдром с применением лекарственного препарата. Следует отметить, что во многих случаях ответа просто не находилось, т. к. большинство пациентов до поступления в реанимационное отделение уже получало 8-12 наименований лекарственных средств. Кроме того, в некоторых случаях один и тот же патологический синдром развивался от применения разных лекарственных препаратов.

Примером ятрогении может служить синдром Лайелла (эпидермальный некролиз), более 10 случаев которого мне с коллегами приходилось наблюдать у детей различного возраста. Почти у всех детей с синдромом Лайелла были установлены прямые причинно-следственные связи его развития с назначением и применением лекарственных средств, как правило, в обычной терапевтической дозировке. Только

в 2 из 12 собственных наблюдений этиологическим моментом явилось в одном случае употребление ребенком 10 лет овсяного печенья и в другом — у ребенка 3 мес., находившемся на грудном вскармливании, — употребление матерью в пищу мяса крабов.

В реанимационном отделении Детской краевой клинической больницы г. Хабаровска находились на лечении 12 детей (9 девочек, 3 мальчика) в возрасте от 3 мес. до 10,5 лет с синдромом Лайелла. У 2 детей синдром развился на фоне полного здоровья, у 1 — на фоне термических ожогов 30 % поверхности кожи II—III степени, у остальных детей — на фоне ОРВИ при лечении сульфаниламидами и антибиотиками. Из двенадцати пациентов погибли двое: мальчик 1 года 3 мес. со 100 % поражением кожи и девочка 1 года 6 мес. при явлениях острой сердечной недостаточности.

Все дети поступали в тяжелом состоянии с поражением кожи в буллезной или десквамационной стадии, температура тела до 41°C, артериальное давление снижено до 20—60 мм рт. ст., центральное венозное давление — до 10—30 мм вод. ст., тахикардия до 180—220 в минуту, показатель гематокрита 45—50 %, гипопроотеинемия, лейкопения (от  $3,7 \cdot 10^9$  до  $2,2 \cdot 10^9$ /л), сдвиги лейкоцитарной формулы влево. Продолжительность как общих, так и местных проявлений зависела от объема поражения и присоединения вторичной инфекции, У половины детей из пузырей, а также из зева и носа выделен золотистый стафилококк.

На фоне проводимого лечения у 10 больных после десквамационной стадии наступила репарация, интенсивно восстанавливалась целостность кожи и слизистых, а также нормализовались гемодинамические и метаболические показатели. На месте инфицированных эрозий возникали нестойкие рубцовые изменения и пигментация, у 5 больных нарушался рост волос на голове.

Лечение больных с синдромом Лайелла представляет собой трудную задачу. Важное значение имеет ранняя госпитализация, вместе с тем все 12 больных поступили в отделение с обширными поражениями кожи только на 4—8-е сутки от начала заболевания. Детей помещали в теплую палату, использовали стерильное белье, все манипуляции проводили с соблюдением правил асептики. Лечение начиналось с отмены препарата, вызвавшего заболевание, назначения стероидных гормонов внутривенно от 1 до 5 мг на 1 кг массы тела с последующим снижением. Инфузионная терапия строилась на соответствии вводимой жидкости и потерь с сецернированием через кожу, слизистые, была эффективной и продолжалась от 2 до 7 суток. У 3 больных, находившихся в крайне тяжелом состоянии, использовались методы эфферентной терапии. Непосредственный эффект после ее применения отмечен у всех больных — восстановилось сознание, уменьшились микроциркуляторные расстройства, одышка, тахикардия. Симптоматическая терапия (наркотики, бронхолитики и др.) проводилась по строгим показаниям, антибактериальная терапия — при присоединении вторичной флоры с учетом чувствительности к выбранному препарату. Мазевые и увлажняющие повязки не применялись, кожа обрабатывалась дубящими и антисептическими препаратами.

Выработка тактики лечебных мероприятий — процесс, основанный на анализе выбранной методики и оценке вероятных последствий ее применения. Безусловно, практически невозможно просчитать все варианты, но выбрать несколько соответствующих конкретному заболеванию у конкретного пациента с учетом его индивидуальных особенностей — задача реально выполнимая. Масса тактических ошибок совершается в ситуациях, которые при ретроспективном анализе не

выглядят безвыходными. Как правило, не учитывается исходное состояние здоровья пациента, возрастные особенности, технические возможности врача или категория ЛПУ.

В реальной ситуации рекомендации врача должны быть основаны на оценочной вероятности того или иного исхода и реальных последствиях предполагаемого лечения. Врач должен показывать свое рациональное отношение к риску и не подвергаться эмоциям, т. е. он должен в количественном отношении оценить разные методы лечения, вычислить вероятность их эффекта у конкретного пациента и выбрать максимально эффективный. В некоторых случаях и врач, и пациент нерационально относятся к риску. Так, врач-терапевт настороженно относится к оперативным методам лечения, а пациент, ознакомленный с минимальной вероятностью смерти на операционном столе в результате изучения анестезиологического пособия, выберет консервативные методы лечения. Выбор обусловлен психологическими причинами, врач-терапевт и пациент в такой ситуации предпочтут медикаментозную терапию, поскольку она легче поддается контролю и не грозит, пусть редкими, но очень серьезными последствиями. Такой подход может стать источником тактических ошибок.

Существуют и другие ситуации, когда при быстром ухудшении состояния пациента проводимое лечение не приносит ожидаемого результата, а врач приобретает склонность к принятию рискованных решений, часто под давлением пациента и родственников. Профессиональные нормы, мнения коллег, традиции ЛПУ способны, в определенной мере, ослабить частоту принятия тактически необоснованных решений, но иногда они становятся источником ошибок.

В качестве примера ошибок, допущенных в таких ситуациях, следует вспомнить период середины 80-х годов, когда в одной из биологических лабораторий Грузии был изготовлен «противоопухолевый» препарат «катрекс» из печени черноморской акулы катран. Многие врачи, специализировавшиеся на лечении злокачественных новообразований, в том числе и на Дальнем Востоке, под прессом публикаций в газетах и требований родителей начали применение этого так называемого противоопухолевого препарата. Для всех без исключения пациентов это был печальный поворот в их судьбе. К сожалению, в тот момент ни профессиональные нормы, ни мнения коллег, ни традиции ЛПУ не смогли помешать этому рискованному шагу некоторых врачей. Сегодня про «катрекс» забыли все, даже тот шарлатан, который, вероятно, заработал на продаже т.н. лекарства состояние, и уж тем более журналисты, создавшие «катрексу» шумную рекламу. Но я считаю, что эти ошибки следует помнить, поскольку периодически появляются сообщения о тех или иных «запатентованных и лицензированных» новейших методах лечения, лекарственных препаратах, дающих «стоцентную гарантию успеха».

Итак, если врачом тактика лечебных мероприятий выбрана, согласована с пациентом или его доверенным лицом, результат просчитан, то каковы все же шансы на успех? Вероятность успеха тем выше, чем выше профессиональный уровень выполнения выбранной тактики лечебных мероприятий.

Таким образом, следует рассмотреть следующий этап организации и осуществления лечения — этап лечебных мероприятий, который зависит от нескольких составляющих:

- скрупулезного выполнения пациентом назначений врача;

- изменения образа жизни и привычек пациента;
- выполнения медицинским персоналом стандартов оказания медицинской помощи при данной патологии;
- соблюдения медицинским персоналом мер безопасности при проведении лечебных мероприятий.

Во многих ситуациях правильно выбранная тактика лечения, скрупулезно проводимые персоналом лечебные мероприятия не дают успеха, а в некоторых случаях состояние пациента даже ухудшается в ходе лечения. Что же происходит?

Врачи слишком часто полагаются на здравый смысл, когда думают, что могут предсказать, кто будет аккуратно выполнять их рекомендации, а кто — нет. Многие пациенты практически никогда не следуют рекомендациям лечащего врача. Хуже того, довольно часто в современных аптеках приходится сталкиваться с тем, что продавцы лекарств (фармацевты) дают советы по лечению, дозированию лекарств, замене препаратов одного на другой и т.п., совершенно не имея представления о пациенте, его заболевании, механизме действия препарата и многом другом, что может знать только лечащий врач. К чему приводят такие советы, к каким конечным результатам можно только догадываться, поскольку всерьез этой проблемой сегодня никто не занимается. Рынок лекарственных средств с его более чем 10% уровнем контрафактной продукции (подделок) к объему продаж с практически не контролируемым безрецептурным отпуском лекарств и сам по себе лекарственный бизнес с его уровнем прибыли победили здравый смысл, корпоративную этику, различные варианты «клятвы Гиппократа», а также лозунг врачей всех времен: «Не навреди ...».

В нашей стране, когда на медицинских работников многие годы возлагалась не свойственная медицине ответственность за здоровье населения, многие пациенты считают, что состояние их здоровья это забота в первую очередь медицинских работников. Пример игнорирования пациентами рекомендаций врачей — курение более половины больных пульмонологических отделений, больных, страдающих облитерирующим эндартериитом и т.п.

Практически не многие больные гипертонической болезнью, стенокардией меняют свой образ жизни, хотя, наверное, все они мечтают сделать это. Дозированные физические нагрузки, оздоровительная гимнастика, отказ от алкоголя, переизбытка — это не очень тяжело для пациента, но мало кто из них выполняет эти рекомендации.

Что касается выполнения медицинским персоналом стандартов оказания медицинской помощи при определенной патологии, то это прерогатива медицинских работников. Как раз здесь и совершается значительное число врачебных и других ошибок. Анализ большинства из них указывает на то, что, как правило, вероятность совершения ошибки многократно повышается при том или ином отклонении от стандарта технологии. Примером такой ошибки могут служить материалы следующей вневедомственной экспертизы КМП.

Анна К., 14 лет, поступила в родильный дом г. Комсомольска-на-Амуре 19.09.95 с диагнозом: первые нормальные срочные роды у юной первородящей. Через 4 часа пациентка родила живого доношенного здорового ребенка. В послеродовом периоде у нее развилось позднее послеродовое кровотечение, произведено ручное обследование полости матки, которое пациентка перенесла удовлетворительно. Учитывая наличие постгеморрагической анемии, дежурный врач решил перелить



300 мл эритромаcсы. Состояние больной перед переливанием оценено как среднетяжелое. В этот же день в 16 час. 45 мин. перелито 330 мл эритромаcсы В (III), Rh положительной, а в 19 час. 30 мин. появились признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Поставлен диагноз: гемотрансфузионный шок, проведено повторное определение группы крови пациентки врачом-анестезиологом: А (II) Rh положительная.

Больная переведена в реанимационное отделение многопрофильной больницы, но на следующий день на фоне нарастающей сердечно-сосудистой и почечной недостаточности наступил летальный исход.

Проведенная вневедомственная экспертиза КМП установила, что врач-акушер-гинеколог при поступлении пациентки ошибся! ... в определении группы крови и зафиксировал это в журнале В (III) Rh положит., дежурный врач в нарушение стандартной инструкции не определила группу крови перед гемотрансфузией и не провела пробы на индивидуальную совместимость. Результатом врачебных ошибок, т.е. нарушения стандарта переливания крови, утвержденного Приказом МЗ СССР, стала гибель молодой матери. Уголовное преследование врачей за ошибку? ... не осуществлялось.

Кроме ошибок врачей при проведении лечения в достаточной мере опасными для жизни пациентов могут быть ошибки, совершаемые медицинскими сестрами при проведении манипуляций по уходу. Особенно тяжелы последствия ошибок среднего медицинского персонала в детских ЛПУ и родильных домах. Приводим данные служебного расследования подобных случаев.

Марина С., 2, 5 лет, была госпитализирована в хирургическое отделение детской краевой больницы г. Хабаровска с диагнозом: хроническое неспецифическое заболевание легких, бронхообструктивный синдром. Проводилось бронхологическое обследование, антибактериальная и антиспастическая терапия. По показаниям пациентке проведена катетеризация подключичной вены справа по Сельдингеру. В течение недели в катетер дважды в день вводились лекарственные препараты, проводились капельные вливания растворов, уход за катетером осуществляла медицинская сестра реанимационно-анестезиологического отделения ЛПУ.

При очередной процедуре ухода за катетером появилась необходимость смены пластыря, которым катетер фиксировался к коже подключичной области пациентки. Подрезая ножницами пластырь, медсестра пересекла катетер и оставшаяся его часть мигрировала по ходу сосудов в правое предсердие. Таким образом, в результате ошибки медицинской сестры у пациентки возникло новое патологическое состояние: инородное тело (остаток полиэтиленового катетера) в полости правого предсердия. Через 9 месяцев в кардиохирургическом центре проведена операция по удалению инородного тела, исход операции успешный. По этому случаю было возбуждено уголовное дело.

Следующий случай ошибок в процессе лечения касается оказания медицинской помощи новорожденному ребенку в детской палате родильного дома.

Мария П. родилась от вторых нормальных, срочных родов с массой 3400. При осмотре в детской палате родильного дома врачом-неонатологом были выявлены изменения, которые потребовали ежедневных инфузий 10 % раствора глюкозы, что и производилось процедурной медицинской сестрой. На 7 сутки пребывания в

родильном доме после начала капельного введения 10 % глюкозы ребенок стал беспокоиться, на что процедурная медсестра обратила внимание врача-неонатолога. После его осмотра введение лекарства было продолжено. Через 30 минут от начала процедуры развился тяжелейший геморрагический синдром и ребенок погиб. Предполагалось, что такую клиническую картину могло вызвать внутривенное введение 10 % хлорида кальция, имевшегося в родильном доме в аналогичных упаковках. Предположение о том, что во флаконе вместо 10 % глюкозы находился 10 % раствор хлористого кальция при расследовании этого случая документально подтверждено не было, злополучный флакон загадочным образом исчез ... Расследование данного случая не уточнило причины смерти ребенка. Уголовное дело не возбуждалось.

Чтобы добиться максимального успеха, врач должен систематически контролировать, корректировать и даже менять лечение с учетом динамики патологического процесса. Если же результаты оказываются ниже запланированных, то, вероятнее всего, были допущены нарушения технологии оказания медицинской помощи. Отступлениями от стандартов медицинских технологий «грешат» не многие врачи, но результаты этих нарушений бывают весьма опасными для пациента и сопровождаются повторными оперативными вмешательствами, длительными сроками лечения и весьма значительными затратами, направленными на устранение «брака» в работе.

Что касается выполнения врачами стандартов оказания медицинской помощи при определенной патологии, то это прерогатива профессионально подготовленных медицинских работников. Как раз здесь и совершается значительное число технологических и технических ошибок. Анализ большинства из них указывает на то, что, как правило, вероятность совершения ошибки многократно повышается при том или ином отклонении от стандарта технологии оказания медицинской помощи. Примером такой ошибки могут служить материалы следующей комиссионной экспертизы случая ненадлежащего качества медицинской помощи.

Больная Д. поступила в гинекологическое отделение клинической больницы г. Хабаровска 11.10.94 по направлению участкового акушера-гинеколога с диагнозом: множественная миома матки. 12.10.94 в плановом порядке была произведена операция экстирпация матки. 21.10.94 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Морфологическое исследование подтвердило диагноз множественной миомы матки с дегенеративными изменениями в лимфоузлах.

Однако через 3 дня у больной появились рези при мочеиспускании, боли в животе. Она была повторно госпитализирована в гинекологическое отделение 01.11.94 в связи с подтеканием мочи из влагалища при отсутствии произвольного мочеиспускания, т. е. образовался пузырно-влагалищный свищ, по поводу которого пациентка длительно лечилась и в стационарных, и в амбулаторных условиях, и только 24.03.95 произведена операция — экстраперитонеальная фистулография, ушивание раны левого мочеточника. Послеоперационный период протекал относительно гладко и 20.04.95 больная была выписана домой.

Экспертиза проводилась сотрудниками Хабаровского государственного медицинского института — урологом и акушером-гинекологом, которые нашли достаточно много отклонений от принятых технологий лечения, однако главной причиной возникновения ошибки при проведении оперативного вмешательства стало несоответствие квалификации врачей — членов операционной бригады

сложности и объему оперативного вмешательства. Результатом этого стал высокий риск осложнений в ходе оперативного вмешательства, что и было подтверждено мнением экспертов о том, что во время операции 12.10.94 «Не осуществлялся контроль взаимоотношений удаляемой матки и мочевого пузыря», а «После операции был зарегистрирован абсолютный симптом интраоперационной травмы мочевого пузыря, окрашивание мочи кровью», попыток выяснения степени и уровня травмы бригада хирургов не предпринимала. В заключение эксперт отмечает, что интраоперационное осложнение и его последствия обусловлены недопустимо низким уровнем проведения операции и послеоперационного периода.

Данные экспертизы указывают на то, что в процессе оказания медицинских услуг были допущены отклонения от принятых технологических стандартов, что повлияло на качество результатов.

Приведенные материалы еще раз показывают, что «врачебная ошибка» это досадный брак в работе, однако за всеми рассуждениями о праве врача на ошибку кроется несостоятельная с точки зрения логики позиция. Если профессиональная деятельность врача заведомо ориентируется на ошибки, то она утрачивает свою гуманистическую природу, а, следовательно, отношение к профессиональным ошибкам должно быть непримиримым. Следует рассматривать профессиональную ошибку врача не как его личное несчастье, а как горе для пациента и его родственников.

Образцом отношения врача к своим профессиональным ошибкам следует считать Н. И. Пирогова, который писал: «Я считал ... своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих».

За истекшее десятилетие число проводимых разноплановых экспертиз, исследующих качество лечения, увеличилось на порядок, значительно возросли расходы на их проведение. Изменилась структура ЛПУ, кроме государственных и муниципальных медицинских учреждений, как грибы после дождя, стали расти негосударственные (частные) ЛПУ. Казалось бы, что в условиях реальной конкуренции между лечебными учреждениями, повышением числа контролирующих организаций, объемов контроля качества должно уменьшиться число врачебных ошибок при оказании медицинской помощи. В реальной жизни это не так. Число ошибок при производстве лечебных мероприятий растет.

Много надежд было связано с работой по стандартизации медицинских услуг, с 1998 года приказами министра здравоохранения было утверждено несколько сотен технологических и организационных стандартов оказания медицинской помощи (протоколов), однако значительная часть из даже введенных на федеральном уровне стандартов не выполняется. Причины банальны.

С одной стороны, многие врачи, особенно в первичном звене здравоохранения, до сих пор даже не подозревают об их существовании. А при подготовке специалистов в интернатуре, ординатуре и аспирантуре проблемы стандартизации медицинской помощи даже не обсуждаются. В рамках сертификационного экзамена терапевтов, хирургов, педиатров, акушеров-гинекологов и пр. контроль знаний и умений

осуществляется за пределами стандартов — протоколов оказания медицинской помощи.

С другой стороны, вечная беда отечественного здравоохранения в период рыночных реформ — дефицит финансовых ресурсов, причем чем дальше от столицы, тем дефицит больше. В связи с этим достаточно часто встречаются случаи необоснованного упрощения стандартных технологий лечения при дефиците финансовых средств. А при оказании платных услуг пациентам нередко без достаточных медицинских оснований предлагаются более сложные, трудоемкие, а, следовательно, дорогостоящие методы лечения. При этом часто речь идет о необоснованном расширении показаний к ним.

Исход заболевания довольно часто зависит от возраста пациента, стадии патологического процесса, его тяжести, с чем довольно часто врачу справиться достаточно трудно. Однако при травмах, когда вышеуказанные моменты уже не имеют решающего значения, все-таки совершаются ошибки в процессе оказания медицинской помощи, в том числе и ошибки процесса лечения. В качестве примера значения врачебных ошибок процесса лечения в формировании исхода травмы приводим случай комиссионной судебно-медицинской экспертизы.

В марте 2003 года на основании постановления, вынесенного следователем прокуратуры, произведена комиссионная судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовного дела по факту смерти больного Т., 1963 года рождения, наступившей в хирургическом отделении одной из ЦРБ Сахалинской области.

11.06. 2002 года г-н Т. получил телесные повреждения. 13.06.02 обратился за медицинской помощью и был госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ, где скончался 16.06.02.

В медицинской карте амбулаторного больного указано, что он обратился за медицинской помощью 13 июня 2002 года с жалобами на боли в нижней челюсти, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, недомогание. Открывание рта затруднено, рот открыт за счет перелома и смещения костных фрагментов. Открытые переломы на уровне 34-35, 48. Зубы на нижней челюсти отсутствуют справа, слева 39, 35. Виден разрыв слизистой десны, альвеолярного края. Прикус нарушен. На рентгенограмме двухсторонний открытый перелом со смещением нижней челюсти. Под местной анестезией проведена репозиция костных фрагментов на 34, 35. Наложена шина Васильева, межчелюстное вытяжение. Прикус совмещен. Больной направлен на госпитализацию в хирургическое отделение ЦРБ.

По данным медицинской карты № 3461/177 13.04.02 госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ с диагнозом: двухсторонний перелом нижней челюсти. Объективно состояние больного удовлетворительное. Асимметрия лицевой области за счет отека мягких тканей справа, слева. Костные фрагменты нижней челюсти баллотированы на уровне 48 и 34,35, болезненны. На снимке линия перелома нижней челюсти на уровне 48, 45, 34, 35.

15.06.02 в 08 час. Состояние пациента резко ухудшилось, переведен в РАО в тяжелом состоянии. Из рта выделяются сгустки алой крови в большом количестве. Кожа бледная, холодная на ощупь, холодный липкий пот. Слизистая бледно-розовая. Пульс по периферии нитевидный, 110 в минуту. АД 80/0 мм рт. ст. Тоны

сердца глухие, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Проводится посиндромная реанимационная терапия.

15.06.02 в 15 час. Повторно осмотрен стоматологом. Состояние средней тяжести, шины на верхней и нижней челюсти сохранены, резиновая тяга слабая. В полости рта сгустки крови, раны чистые, не кровоточат. Продолжается гемостатическая терапия. Периодически вновь возобновляется кровотечение. В этот же день с целью остановки кровотечения, под инфильтративной анестезией 2 % р-ром 4,0 мл новокаина проведено ушивание кетгутом лунки 8 справа нижней челюсти, нижнечелюстной артерии (3 шва), тампонада лунки 8 нижней челюсти справа. Наложена пращевидная гипсовая повязка.

16.06.02 10 час. За время наблюдения состояние больного остается тяжелым, без динамики. Проведен туалет ротовой полости, удалены сгустки, полость рта промыта. Объективно: коллатеральный отек мягких тканей лицевой области справа, распространяется на шейную, глазничную область. Инфильтрация мягкая, болезненная, глотание не затруднено. Со стороны полости рта: швы кетгутовые на лунке и альвеолярном гребне сохранены. Из лунки 8 справа на нижней челюсти сгусток кровяной 1,5x1,5 см, кровоточит. Лечение: под мандибулярной анестезией 2% р-ра новокаина 4,0 мл на лунку 8 справа на нижней челюсти дополнительно наложено еще 2 шва, давящая повязка, холод на 40 минут.

16.06.02 в 20 час. состояние больного резко ухудшилось. Одномоментно из полости рта выделилось около 500 гр. алой крови. Кожа резко бледная. АД 70/40 мм рт.ст. Пульс 128 в минуту, слабого наполнения и напряжения. По внутренним органам без динамики. В экстренном порядке больной доставлен в операционный блок, где проведена операция: перевязка наружной сонной артерии на протяжении.

17.06.02 на фоне проводимой заместительной и гемостатической терапии состояние больного продолжает ухудшаться, наступила мозговая кома. Проводится искусственная вентиляция легких, сердечно-легочная реанимация и 18.06.02 в 02 час. 20 мин. пациент умер.

По заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы непосредственной причиной смерти г-на Т. явилось острое малокровие организма в целом, развившееся в результате длительного рецидивирующего кровотечения из поврежденной нижнечелюстной артерии в области перелома нижней челюсти справа на фоне общемозговой гипоксии вследствие перевязки общей сонной артерии справа.

Экспертами сделан вывод о том, что между полученными г-ном Т. телесными повреждениями и наступившей смертью усматривается прямая причинно-следственная связь. Кроме того, экспертами отмечено, что неадекватно оказанная потерпевшему медицинская помощь на этапе стационарного лечения - невыполнение операции жесткой иммобилизации, ошибочная перевязка общей сонной артерии, вместо перевязки наружной сонной артерии, повлекшая за собой прекращение кровотока не только в бассейне наружной сонной артерии, но и нарушение кровотока и в бассейне внутренней сонной артерии. Все это способствовало наступлению неблагоприятного исхода.

Довольно часто в работе экспертов региональной стоматологической службы встречаются проблемы формирования ошибок врачей-стоматологов на разных

этапах оказания услуг. В частности, врачи первичной стоматологической помощи, совершая ошибки лечения пациентов, передают результаты своей работы («брак при производстве услуг») на этап стационарной стоматологической помощи. В качестве примера такой ошибки лечения и иска пациента к ЛПУ и врачам приводим следующую судебно-медицинскую комиссионную экспертизу.

В апреле 2000 года по определению судебного заседания Индустриального суда г. Хабаровска по иску больной З., 1949 года рождения, к стоматологической поликлинике № 18 и МУЗ ГБ № 2 им. проф. Матвеева о возмещении морального вреда проводилась комиссионная судебно-медицинская экспертиза.

Экспертами проведен анализ оказания медицинской помощи пациентке на основании экспертизы первичной документации больной З. (амбулаторной карты № 475 и историй болезни №№ 104, 216 и 625) и осмотра пациентки экспертами-стоматологами.

В январе 1997 года в стоматологическом кабинете ХСЗ пациентке З. проводилось лечение зубов (14,15,16) по поводу осложненного кариеса. В последующем после проведения профилактических манипуляций появились боли в обл. зубов, подвергавшихся лечению. Больная З. была направлена на контрольную рентгенографию в стоматологическую поликлинику № 18 г. Хабаровска, где было выявлено следующее.

- *Корневые каналы 16 зуба запломбированы контрастным пломбировочным материалом, имеется разрежение костной ткани в области верхушки зубного корня по типу гранулезного периодонтита.*
- *В 15 зубе корневой канал заполнен контрастным пломбировочным материалом, с выведением материала в диаметре 0,5 см за пределы верхушки зуба.*
- *В 14 зубе пломбировочный материал выведен за пределы корневого канала в альвеолярный отросток в большом количестве через перфорированное отверстие в верхней трети.*

Хирургом стоматологической поликлиники № 18 13.02.97 была проведена операция по удалению 14 зуба, что сопровождалось выделением гноя и пломбировочного материала. После удаления 14 зуба проводилась противовоспалительная терапия. В последующее время состояние пациентки не менялось, хотя имели место жалобы на рецидивирующие боли в области леченных зубов, дискомфорт в полости рта.

Более чем через 1 год (23.02.98) больная З. направлена на консультацию и лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии МУЗ ГБ № 2 им. проф. Матвеева, где диагностирован хронический остеомиелит альвеолярного отростка верхней челюсти, хронический маргинальный периодонтит 15, инородное тело верхнечелюстной пазухи справа. В процессе стационарного лечения удалены 15 и 16 зубы, а также пломбировочный материал из альвеолярного отростка верхней челюсти справа. Параллельно проводилась противовоспалительная терапия и физиолечение. В течение всего 1998 года у больной З. сохранялся дискомфорт, головная боль, к концу года появилось гнойное отделяемое из правого носового хода.

24.06.99 госпитализирована в оториноларингологическое отделение МУЗ ГБ № 2 им. проф. Матвеева. Диагностирован хронический правосторонний верхнечелюстной синусит справа, в стадии обострения. Хронический генерализованный периодонтит.

Проведена гайморотомия с удалением пломбировочного материала, повторные пункции гайморовой пазухи, противовоспалительная терапия и т.п. Состояние пациентки улучшилось, но она считает, что в результате действий врачей нарушено ее нематериальное благо «здоровье» и причинен «моральный ущерб».

В приведенном примере причиной ненадлежащего исхода оказания медицинской помощи пациентке З. стало сочетание диагностических и лечебных ошибок на этапе амбулаторной помощи в виде отсутствия своевременного рентгенологического контроля и отклонения от стандартов технологии лечения осложненного кариеса зубов.

Сегодня с помощью средств массовой информации в рамках навязчивой рекламы, выступлений специалистов различного профиля пациенту внушается необходимость получения т.н. поддерживающей и, как правило, дорогостоящей лекарственной терапии. В то же время практически отсутствуют сведения о ятрогении, о сомнительных (с точки зрения «доказательной медицины») методах лечения, «дающих 100% гарантию излечения» и т.п. В чем причины такого информационного перекоса?

Почему жители Дальнего Востока России достаточно полно информированы о методах лекарственной терапии, о современных лекарственных препаратах, производимых на предприятиях международных фармацевтических концернов, и практически не информированы о традиционных системах оздоровления Ци-гун (нэйян-гун, цян-чжуан-гун, баоцзянь-гун), Тай-цзи-чжуань и др., выдержавших тысячелетнюю проверку временем в соседнем Китае.

Однозначного ответа на эти непростые вопросы сегодня просто нет. Однако, чем больше чиновники из органов управления здравоохранением различного уровня говорят о том, что необходимо вкладывать ресурсы в профилактику заболеваний, тем больше сдерживается именно это направление финансирования деятельности медицинских учреждений. Напрашивается еще один вопрос, а кому выгодно, чтобы формировалась политика перепотребления лекарственных средств, сопровождающаяся полипрагмазией и ятрогенией?

Один из ответов, как нам кажется, можно получить в работе известного французского ученого, доктора медицинских наук Луи Броуэра, который на основе неоспоримых с его точки зрения фактов доказывает, что современной медициной руководит небольшая, но всемогущая группа из олигархов, стоящая во главе крупных химико-фармацевтических компаний, которой удается, благодаря колоссальным финансовым средствам формировать определенную стратегию.

Автор приходит к ошеломляющему выводу, что воротилы химической, фармакологической промышленности и агропромышленного сектора подготовили что-то похожее на заговор, который можно сравнить с настоящим геноцидом: чем больше больных людей, тем больше процветают олигархи, руководящие медициной западного мира. И не одно из правительств, к какой бы партии оно ни принадлежало, никогда не рискнет поставить на карту экономическое и политическое равновесие своего государства ради сохранения здоровья сограждан.

Л. Броуэр отмечает, что он написал книгу не с целью борьбы с аллопатической медициной и ее критики. Он старался оставаться объективным и у него не было

желания высмеивать многочисленный медицинский корпус, увязший в совершенных ошибках.

Довольно интересно и замечание о том, что министерство здравоохранения на самом деле является ни чем иным, как министерством болезни. Министерство и врачи-аллопаты считают, что это не их дело заниматься профилактической работой. Аллопатическая медицина полностью утратила свое предназначение и вместо того, чтобы заниматься профилактической деятельностью, она посвящает себя исключительно корыстной цели – усугублению заболеваний. Никто и никогда не встречал врача – аллопата, желающего всем хорошего здоровья считает Луи Броуэр.

Сегодня нам остается надеяться на то, что негативные процессы в современной отечественной медицине не носят необратимого характера, а понимание истоков врачебных ошибок и особенно ошибок процесса лечения, поможет практикующим врачам понять недопустимость и опасности для жизни и здоровья пациентов слепой веры в стопроцентные гарантии успеха от применения навязываемых рекламой лекарств и некоторых модных оперативных вмешательств.

#### **7.4. Ошибки взаимоотношений врача и пациента**

Изменения, происходящие в России, огромный поток информации из-за рубежа о взаимоотношениях врача и пациента, принятие новых законов «О медицинском страховании...», «О защите прав потребителей», «Основы законодательства об охране здоровья граждан в РФ» постепенно позволяют уйти от принципов патернализма во взаимоотношениях врача и пациента. Сегодня уже возможен переход от патернализма к использованию принципов сотрудничества и взаимного доверия.

**Эти принципы можно свести к четырем главным компонентам:**

- поддержка;
- понимание;
- уважение;
- сочувствие.

***Патернализм или равноправие.*** Традиционно в отношениях врача и пациента заложены противоречия, с одной стороны, они строятся на патерналистских началах - врач «знает», что надо делать и сделает всё к лучшему, даже против воли пациента, с другой стороны, их отношения признают свободный выбор пациента - пациент распоряжается своим телом. Следует отметить, что противоречивые мотивы не являются уникальными для медицины, а свойственны всем областям общественной жизни.

В сопоставимом анализе международного и русского исторического опыта патернализм связан, хотя и не жестко, с представлениями о преобладающей важности общественных интересов. Тем не менее, патернализм в чем-то сродни рабству, когда в силу обстоятельств пациент вынужденно зависит от врача.

В этом контексте нельзя не учитывать эволюцию сознания самого пациента, произошедшую в последнее десятилетие. Непокосимость компетенции и специфические знания врачей стали постепенно подвергаться сомнению. Врачей



стали все чаще обвинять в недостаточной компетенции и даже привлекать к судебной ответственности. Изменились в худшую сторону и ушли далеко за пределы корпоративных интересов профессиональные отношения между самими врачами.

Сегодня значительно усилилась взаимная конкуренция, способствующая, как неожиданно выяснилось, снижению профессионального уровня медиков, ухудшению эффективного сотрудничества между ними. На Дальнем Востоке России сегодня не существует реально функционирующей общественной организации, которая бы представляла широкие слои медицинской общественности региона. Современный отечественный медицинский мир наводит на общество страх в связи с большим прогрессом в области клонирования биологических организмов и трансплантации органов и тканей, поскольку в условиях «дикого рынка», по Гайдару, ни для кого не стали удивительными отрывочные сведения и предположения о существовании рынка живых органов. «Спрос рождает предложение» и вот уже продвинутые журналисты, да иногда и медицинские работники вполне серьезно обсуждают рыночную цену почки (печени, сердца и др.). Причем делается это на таком уровне цинизма, что еще 10-15 лет назад такого человека в России подвергли бы остракизму и презрению.

Таким образом, определенная часть медицинских работников имеет два противоположных лица, наводящих страх на общество: консерватизм, опирающийся на профессиональные ошибки, и прогресс, основывающийся на презрении к человеку, который не в состоянии оплатить медицинские услуги по рыночным ценам.

Но если даже у пациента имеются средства для оплаты медицинской помощи по рыночным ценам, то его могут вынудить принять неправильное решение. Ведь зачастую лечащий врач, расхваливая некоторые из лекарств как наиболее эффективные, находится в прямой зависимости от той или иной фармацевтической фирмы, которая оказывает врачу «спонсорскую» помощь, оплачивая последнему расходы на вояжи по заграничным клиникам, фармацевтическим производствам якобы с целью участия в конференциях, программах обучения и повышения квалификации. Именно эти лекарства могут стать причиной преждевременной смерти или такой болезни, которая по сравнению с первичным заболеванием бывает еще тяжелее и ведет к еще большему уровню нетрудоспособности.

Но все-таки для большинства производителей и потребителей медицинских услуг в России, т.е. между врачом и пациентом, были и остаются принципы доверительных отношений, но доминирует практика патернализма. Врач «исключительно в интересах пациента» принимает решения, а пациент пассивно наблюдает за изменениями, которые происходят с ним самим в процессе лечения. Больной всецело доверяется врачу, врач заботится о нем, а их взаимоотношения основываются на «слепой вере».

Попытки многих врачей остаться с пациентами на уровне прежних взаимоотношений не всегда сопровождается успехом. Многие пациенты изменили свое мнение об отечественной медицине, врачах и медицинском персонале. К сожалению, сами медицинские работники своим поведением, отношением к профессиональным обязанностям зачастую поддерживают негативное мнение о себе.

Следует отметить, что меняются и пациенты. Из данных социологических опросов и общения со многими пациентами в последние годы нам пришлось открыть неожиданные для себя вещи. Как ни странно, но большинство пациентов не могли

назвать фамилию, имя и отчество лечащего врача. На вопрос: «Кто же Вас лечил?» звучал стандартный ответ: «Приходило на обход несколько врачей, за три недели лечения сменилось трое, последнего помню хорошо, такой в белом халате суровый, было видно, что он сильно торопился». Пациенты, которых оперировали в ходе лечения, лучше помнили врача, который вел их после операции, но почти ничего не могли сказать о том, кто их оперировал.

Что касается лечащих врачей, то картина здесь совершенно другая. Врачи, как правило, помнили большинство из своих пациентов, могли рассказать о составе семьи, месте работы, а иногда об особенностях характера больного, о ходе оперативного вмешательства, почему был применен тот или иной вариант оперативного пособия и т.п. Мы бы не хотели драматизировать ситуацию, но, на наш взгляд, в последние годы произошло дальнейшее разделение интересов производителей медицинских услуг и их потребителей, что не улучшило, а ухудшило проблему взаимоотношений врача и пациента.

Введение платных услуг в здравоохранении, наличие «теневых рынков» медицинской помощи, резкое снижение бюджетного финансирования — все это отрицательно отразилось на взаимоотношениях врача и пациента, снизило уровень доверительных отношений. Сегодня пациент не всегда уверен, что врач отстаивает его (пациента) интересы, особенно в случаях экспертизы временной и длительной потери трудоспособности. Не чувствуя поддержки со стороны лечащего врача в этих вопросах, пациент стоит перед выбором: или будучи больным, не получить освобождение от работы, или усилить описание тяжести некоторых жалоб, симптомов и проявлений заболеваний и получить освобождение от работы.

Поддержка означает то, что врач всегда найдет время для помощи больному в активизации его роли в лечебном процессе, как много лет назад справедливо заметил известный врач R. Seltzer: «Хирург лишь инструмент, который больной берет в руки, чтобы исцелить себя». Ошибки, совершаемые врачами в плане ограничения участия пациента в лечебном процессе, приводят к пассивному отношению последнего к лечению и затрудняют достижение хорошего результата. Можно привести массу примеров, когда пассивное поведение пациента, его минимальное участие в лечении, приводит к развитию осложнений, длительной потере трудоспособности, моральным и материальным издержкам.

С течением времени сроки непосредственного контакта участкового врача (врача общей практики) и пациента уменьшились на порядок. Пациенту зачастую приходится больше общаться с «узкими специалистами», «функционалистами» и в меньшей мере с участковым - лечащим врачом, который, выполняя роль диспетчера по обследованию и лечению, уже не находит времени для доверительной беседы с пациентом, на выражение понимания, уважения, сочувствия. Это наиболее распространенная ошибка взаимоотношений врача и пациента, потому что их налаженные взаимоотношения уже сами по себе являются целительным фактором, они усиливают и облегчают воздействие других лечебных вмешательств.

Правильно налаженные отношения между врачом и пациентом — не такая уж сложная задача, поскольку в большинстве случаев пациент сам стремится к плодотворному сотрудничеству. Однако в рамках сотрудничества врач должен понимать, что медицинская деятельность это наука о неопределенности и искусство вероятности, так как вероятность правоты подразумевает и вероятность ошибки. Во многих случаях врач может только с определенной долей вероятности предсказать

успех выбранного метода лечения. Стопроцентные гарантии в медицинской практике это путь к ошибкам во взаимоотношениях с пациентами.

*Причины конфликтов.* Пациенты должны быть уверены в том, что они вместе с врачом приняли решение сделать операцию или принять препарат с возможным побочным эффектом, и воспримут неблагоприятный результат лечения как следствие связанного с ним риска, а не халатности лечащего врача. Ошибки взаимоотношений не такая уж редкость в практической медицине, уменьшить их число могут ровные, доверительные отношения, опирающиеся на достижения современной медицинской науки, соблюдение технологий, высокий уровень квалификации персонала.

Причинами развития конфликтных ситуаций на почве неудовлетворенности пациентов проведенным лечением являются:

- *низкое качество оказанных медицинских услуг в результате несоблюдения принципов обследования и диагностики патологии органов и системы до начала лечения и недостаточность контрольных мероприятий на его этапах, несоблюдения известных правил проведения врачебных манипуляций;*
- *несоблюдение деонтологических принципов, отсутствие налаженных взаимоотношений с пациентом, направленных на достижение положительных результатов, несоблюдение принципа информирования пациента;*
- *недостатки в ведении медицинской документации, не позволяющей судить о полноте и структуре проведенных диагностических, лечебных, контрольных и реабилитационных мероприятий.*

Однако не всегда жалобы и претензии пациентов имеют под собой реальное основание, тем более, если они связаны с допущенными ошибками взаимоотношений врача и пациента. Так, среди исков, разбиравшихся в судах региона, более четверти составляют дела, связанные с необоснованными претензиями пациентов, чаще всего страдающих психоэмоциональными расстройствами, а большая часть судебных дел обусловлена объективной сложностью лечения патологий, которыми страдают пациенты. Наша оценка претензий к лечащим врачам в целом соответствует и зарубежному опыту.

В то же время медицинскими работниками не учитываются и не используются факторы, способные защитить их как в случаях обоснованных, так и необоснованных претензий. Врачи всех без исключения специальностей, даже судебные медики, мало знакомы с правовыми основами оказания медицинской помощи, в частности нормами информирования пациентов и ведения врачебной документации, которые должны создавать необходимую доказательную базу во время судебно-медицинской экспертизы.

Опыт разбирательств конфликтных ситуаций показывает, что одного лишь добросовестного выполнения профессиональных процедур недостаточно для решения комплексной задачи оказания медицинской помощи. Поэтому наряду с правильным выбором метода лечения, надлежащим выполнением всех необходимых профессиональных процедур следует включать в алгоритм обязательных врачебных действий организационные элементы, обеспечивающие решение основной задачи - оказание надлежащей качественной помощи пациенту с

адекватным результатом. Такими элементами являются правила информирования пациента и ведения медицинской документации. Как показал наш анализ, именно их отсутствие отягощает процесс обязательного взаимодействия и взаимопонимания между лечащим врачом и пациентом, нередко становится самостоятельным источником конфликтов.

**Информирование пациентов.** Вопрос информирования пациентов при оказании медицинской помощи является одним из наиболее разработанных в нашем законодательстве об охране здоровья граждан. Права граждан на информацию по вопросам здоровья и медицинской помощи сформулированы достаточно четко, в первую очередь это касается общих принципов информирования. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» предусматривают право граждан на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ст. 32), на отказ от медицинского вмешательства (обязательно с документальным подтверждением, т.е. за подписью пациента (ст. 33), на информацию о состоянии своего здоровья (ст. 31), на сохранение информации частного характера в тайне (ст. 30, п. 6), на получение информации о своих правах, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии здоровья пациента (ст. 30, ч. 9).

Кроме того, «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» определяют право на регулярное получение достоверной и актуальной информации о факторах, влияющих на здоровье, в том числе экологических, об услугах, о товарах, о продуктах и пр. О недопустимости ограничивать доступ к информации, необходимой для безопасности граждан, говорит закон «Об информации, информатизации и защите информации» (ст. 10, п. 3). Упомянутые законодательные положения непосредственно касаются клинической практики. В частности, иногда возникают вопросы об информировании пациента о новых научных данных, касающихся тех или иных свойств расходных материалов, медицинской техники, применяемых при лечении.

Федеральный закон «О защите прав потребителей» требует обязательного доведения до граждан специальных правил, обеспечивающих безопасное использование товара (ст. 7), возможность правильного выбора, информации о потребительских свойствах товаров и о противопоказаниях (ст. 10).

Упомянутые положения достаточно четко определяют требования к информированию пациентов, чего по материалам проводимых экспертиз, анализу жалоб и заявлений пациентов не проводится в должном объеме. В то же время, очевидно, что добровольное согласие пациента на предложенный план лечения после получения им объективной, достоверной и полной информации о различных аспектах и перспективах, после обсуждения плана лечения означает включение пациента в процесс принятия решений, следовательно, совместную ответственность врача и пациента за результат. Это формирует отношения между ними как между потребителем медицинской услуги и ее исполнителем, объединяет лечащего врача и пациента в стремлении добиться поставленной цели, что, как правило, создает условия для необходимого взаимопонимания и взаимодействия.

Анализ экспертной информации показывает, что врачами не всегда соблюдаются следующие принципы и цели ведения медицинской документации:

- документирование проведенных исследований и их результатов - подтверждение полноценной диагностики;
- в документирование всех манипуляций, назначений, этапов лечения, промежуточных осмотров и пр. - подтверждение выполнения всех этапов лечения и необходимых процедур;
- в документирование информирования пациента - подтверждение проведения необходимых разъяснений и обсуждения лечения от этапа планирования до рекомендаций по профилактике осложнений.

Непрерывно должны документироваться в истории болезни пациента и дополнениях к ней данные обследования (рентгеновские снимки, результаты анализов, заключения специалистов и т.п.), объективный статус, план лечения, дневники ведения пациента и т.п.

Помимо обычных видов медицинской документации, целесообразно использовать дополнительные виды документов для информирования пациентов, которые априори снимают ряд вопросов, предупреждают претензии и снижают вероятность конфликтов. К ним можно отнести:

- обязательства врача и персонала по хранению врачебной тайны;
- информационное письмо для нового пациента (режим работы отделения);
- протокол разъяснительной беседы с пациентом по ценам;
- информированное согласие пациента на дополнительные исследования и т.п.

Факты, накопленные в течение последних лет в регионе по проблеме заключений комиссионных экспертиз неблагоприятных исходов в клинической практике, подвергаются быстрому старению ввиду динамических изменений социально-экономической обстановки в здравоохранении Дальнего Востока, что существенно отразилось и на взаимоотношениях врача и пациента.

Из четырех элементов системы обеспечения прав граждан на надлежащую медицинскую помощь наибольшие изменения претерпела нормативная база. Значительно расширились права пациентов, конкретизирована ответственность медицинских работников за результаты профессиональной деятельности и т.п. В здравоохранении Дальнего Востока появилась и развивается наряду с государственной и муниципальной частная система здравоохранения, в основном частная стоматология, а также дополнительные источники финансирования ЛПУ.

Реализация правовой реформы в РФ ведет к потенциальному росту правовой информированности населения. По данным Российского фонда правовых реформ, более половины граждан готовы обратиться в суд для защиты нарушенных прав, хотя и не обладают полным представлением о них. Этому в немалой степени способствуют средства массовой информации, деятельность общественных организаций, страховых компаний, Государственного комитета по антимонопольной политике и т.п. По данным Госкомитета по антимонопольной политике, нарушения Закона о защите прав потребителей медицинскими учреждениями за последние годы увеличились более чем в 2,5 раза.

Положительные тенденции в борьбе за права потребителей (консьюмеризм) нередко достигают уже своей противоположности - потребительского экстремизма, когда они используются в недобросовестных целях для извлечения дополнительной

выгоды. Многие случаи неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи становятся темами публикаций в средствах массовой информации, получают значительный общественный резонанс, чего не было в предыдущие периоды существования отечественной медицины.

**На пути к «гражданскому обществу».** Все чаще и чаще среднестатистический дальневосточник сталкивается с проблемами получения исчерпывающей и достоверной информации о состоянии своего здоровья, о гарантиях в получении бесплатной медицинской помощи, о качестве медицинских услуг, об уровне загрязнения среды обитания промышленными и бытовыми отходами, о риске распространения тех или иных опасных инфекционных заболеваний и многом другом. А параллельно в местных «независимых» СМИ подаются информационные блоки о «невероятных» достижениях чиновников различного ранга по вопросам охраны окружающей среды, высоком уровне медицинской помощи населению и т.п. Формирующееся так называемое «гражданское общество», получая «причесанную» информацию, продолжает спокойно дремать под сенью демократических свобод.

Плохо, если пациент зависит от лечащего врача, но намного хуже, когда пациент зависит от чиновника, который определяет, какую информацию о здравоохранении предоставлять, какие виды медицинской помощи должны быть бесплатными, какие платными и сам устанавливает «правила игры». Для некоторых чиновников стали крылатыми выражения: «Мы оказали помощь больнице», «Мы поможем жителям края (города) сохранить свое здоровье» и т.п. Позвольте, но ведь чиновники содержатся на средства налогоплательщиков, следовательно, речь должна идти не о «помощи», а о выполнении своих предвыборных обязательств по отношению к населению и отчитываться чиновники должны перед налогоплательщиками.

К сожалению, российские налогоплательщики пока не требуют отчета от чиновников, до сих пор находясь в путях психологии социализма, когда реализовывалась рабская психология взаимоотношений между партийными бонзами и простыми гражданами. Такие взаимоотношения между властью и простыми гражданами характерны не только для сегодняшней России. Известный японский писатель начала XX века Акутагава Рюноске, рассуждая о вероятных перспективах борьбы с рабской психологией в тогдашней Японии, писал: «Уничтожить рабство – значит, уничтожить рабское сознание. Но нашему обществу без рабского сознания не просуществовать и дня ...».

Патернализм является классическим образцом управленческой практики в тоталитарном государстве. С ним связаны важные для представлений о «хорошем чиновнике от медицины»: его способности сопереживать пациенту; делать ему во благо и только во благо всё, что возможно, и даже против его воли; право на сокрытие некоторой информации и т.п. Эти представления остаются весьма распространенными в родном отечестве до сегодняшнего дня.

Российскому обществу в течение длительного времени внушалась и продолжается внушаться мысль о бесплатности и некоей ущербности отечественного здравоохранения. Чего только стоят броские заголовки некоторых статей: «Секретная ампутация, или зачем больному знать законы об охране здоровья», «Хабаровские дети – жертвы немецкого протокола», «Врачи-маугли – это клиника» и т.п. Негативное влияние таких публикаций на взаимоотношения пациентов и медицинских работников, формирование атмосферы недоверия между врачом и пациентом сегодня, несомненно, подогревается безграмотными и недалекими

людьми. Сегодня, как никогда, крайне необходимо, чтобы взаимоотношения врача и пациента строились с позиций правды, какой горькой она ни была.

За спиной лечащих врачей находятся чиновники, администрации медицинских учреждений и вышестоящие страховые организации и фонды, производители лекарств и т.п. Администраторы здравоохранения частично подчинили себе финансовые потоки медицинского страхования, а производители медицинского оборудования, товаров медицинского назначения, лекарств «приватизировали» влияние на административные решения. Интересы этих последних, связанных между собою групп, как правило, совпадают с интересами пациентов, если последние являются представителями той небольшой прослойки российского общества обеспеченных граждан, депутатами или чиновниками. Вот уж кто с упоением пользуется государственными гарантиями бесплатной медицинской помощи в специальных клиниках, на содержание которых отвлекаются значительные ресурсы от тех жалких крох, выделяемых на все остальное население.

В этой ситуации граждане России являются естественной и главной силой, которая может подвинуть отечественное здравоохранение к реформам, а общественные институты — к установлению публичного контроля за охраной здоровья населения, окружающей среды, санэпидблагополучия территории, за расходованием средств и, особенно, за качеством медицинской помощи.

Как бы нам ни хотелось сохранить романтические представления о профессии врача как о профессии некоего «сообщества альтруистов», следует признать реалии сегодняшнего дня. А они достаточно прозаичны. Товарно-денежные отношения и суровая действительность сегодняшнего дня показывает, что медицинская услуга, несмотря на всю ее специфичность, все же является особым «товаром» с присущими ему экономическими характеристиками (ценой, качеством и т.п.) в системе рыночных координат новой экономической модели развития российского общества.

Следует отметить, что чиновники, как федерального, так регионального и муниципального уровня, в незабвенных традициях советского времени лишь продолжают заверять население о соблюдении неких гарантий бесплатной медицинской помощи и невероятных усилиях дальнейшего ее улучшения, не увеличивая при этом ассигнований на медицинскую науку и отечественное здравоохранение. Отражение этой, мягко говоря, неправды тяжелым грузом ложится на плечи лечащих врачей, которым ежедневно приходится говорить пациентам о нехватке денег в больнице и просить их приобрести «за свои кровные» медикаменты, перчатки, бинты, рентгеновскую пленку и т.п.

Дальневосточники в плане воздействия на их здоровье т.н. «реформ здравоохранения» и неблагоприятных факторов окружающей среды находятся в самой гуще событий. С 1998 года, как по некоему «велению свыше» с завидным постоянством каждое лето горят леса и 1, 5 млн жителей Хабаровского края – моих земляков многие дни и месяцы дышат дымом пожарищ, что сопровождается ростом заболеваемости беременных женщин и новорожденных, ростом болезней бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем у взрослых. Число единиц автотранспорта в г. Хабаровске за последние годы увеличилось в пять раз, что еще более усугубило неблагоприятную ситуацию загрязнения воздушного бассейна в черте города. Ежегодно регистрируются тысячи людей, укушенных иксодовыми клещами - переносчиками возбудителей целого ряда опасных для жизни

заболеваний, таких, как клещевой энцефалит, клещевой сыпной тиф, боррелиоз и т.п. В реку Амур только в черте г. Хабаровска низвергается несколько десятков зловонных, неочищенных канализационных и промышленных стоков, по городу путешествуют огромные полчища крыс. Совсем недавно двое детей в доме ребенка, расположенном в центре краевой столицы, были укусаны крысами во время сна, после чего их госпитализировали.

Население региона, обыватели и журналисты постоянно задают достаточно простые вопросы чиновникам о том, почему в столице Хабаровского края многие годы реконструировалась детская инфекционная больница, а затем за несколько месяцев до окончания реконструкции мэрией было принято решение о перепрофилировании больницы в поликлинику. Это сопровождается изменением планов реконструкции здания и под меняющиеся стандарты (СНИПы) строители опять ломали недавно реконструированные «мельцеровские» боксы, рушили перегородки и т.п. А временное, в течение уже почти восьми лет пребывание детской инфекционной больницы в приспособленном здании заводского профилактория, по-видимому, будет продолжаться еще долгие годы. Как это отразится на здоровье детей Хабаровска, сколько десятков или сотен миллионов рублей налогоплательщиков «закопано в землю» чиновниками не комментируется.

Где, наконец, правдивая информация населению региона о реализации так называемого национального проекта в здравоохранении, когда в поликлиниках наконец появятся участковые врачи, какова реальная санитарно-эпидемиологическая ситуация территории, чем «болен» Амур? Почему все реже и неэффективнее проводятся мероприятия по первичной профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний?

По нашему глубокому убеждению, налогоплательщики вправе иметь достоверную информацию по этим вопросам на основании действующего законодательства РФ. Но чиновничьи структуры выдают строго дозированную информацию как населению, так и представителям СМИ, что приводит к появлению различных сообщений в новостных программах регионального радио и телевидения не всегда достоверных сведений о тех или иных заболеваниях.

**Гуманность, бескорыстие, альтруизм и рынок.** Сегодня сообщество дальневосточников интересуют ответы на два вопроса:

- *«Каким образом в условиях рынка может сочетаться гуманность, бескорыстие, альтруизм медицинских работников с понятиями спрос, предложение, ценообразование, прибыль?»;*
- *«Изменилось ли отношение медицинских работников и населения (общества) за годы политических, социальных и экономических реформ последних лет».*

В среде интеллигентных людей, а большинство медицинских работников именно интеллигентные люди, до последнего времени не принято было говорить о деньгах. Мы избегали публичных разговоров на эту тему многие годы. В начале 90-х годов поменялись наши привычки, пристрастия, вкусы, стиль одежды, а параллельно росли цены, скудел ассортимент в магазинах. Прежде привычный (относительно небольшой, но стабильный) оклад сменился «судорожными», периодическими выплатами заработной платы, которую с натяжкой можно было назвать адекватным вознаграждением за самоотверженный труд. По отношению к медицинским



работникам уже не употреблялись выражения «обеспеченный человек», «престижный автомобиль», они сменились выражениями «концы с концами», «материальная и гуманитарная помощь», «задержка зарплаты», «нищие» и т.п.

Более 10 лет назад бывшие лидеры бывшего государства разного ранга в мановение ока превратились в предпринимателей и чиновников, проповедующих вместо вчерашних идей всеобщего равенства принципы рынка, приватизации государственной собственности, формирования прибыли и т.п. В своем большинстве медики не вписывались в общую концепцию рыночных реформ, поэтому у чиновников в обиходе появились выражения «социальная сфера», «бюджетники», куда и была отнесена огромная армия медицинских работников. Эти чиновники подразумевали, что врачи, фельдшера, медицинские сестры и пр. не приносят ощутимой пользы для государства, а только потребляют скудные финансовые ресурсы, да еще делают свою работу некачественно.

Казалось бы, что в этой ситуации чиновникам необходимо было сделать непростой, но решительный шаг, увязать количество и качество производимых медицинских услуг, конечный результат деятельности медицинских работников и оплату труда в единое целое и «процесс пошел», как любил говорить один из «реформаторов – рыночников».

Но многие годы даже этот, достаточно скромный, шаг по реформе здравоохранения почему-то не делается. Повышение заработной платы медикам «понемножку и всем одинаково» в рамках единой тарифной сетки выглядит в виде неких безадресных социальных выплат и не решает проблему эффективности функционирования отрасли здравоохранения в целом и оценки труда отдельного медицинского работника в частности, и в итоге никогда не повлияет ни на количество, ни на качество медицинской помощи населению. Следует отметить, что оценка труда медицинского работника достаточно неоднозначная процедура в силу того, что этот труд является сочетанием как прагматических, так и этических принципов.

В этой связи, с одной стороны, труд медицинских работников – это служба обществу, измеряемая объемом и качеством услуг, масштабами рабочего времени, уровнем заработной платы и т.п., а с другой стороны это труд избранных, благородных людей, освященных общечеловеческими нормами нравственности, сочувственным отношением к боли, страданию, несчастью, болезни другого человека.

Между тем экономический кризис августа 1998 года может органично перелиться в аналогичный кризис 2008 – 2015 г., одной из причин которого станет резкое ухудшение качества трудовых ресурсов в России в целом и на Дальнем Востоке в частности. Кстати, в наш регион уже активно использует трудовой потенциал Китая и Северной Кореи, ввозя оттуда наемных рабочих. Современная экономика предъявляет новые, иногда повышенные требования к здоровью трудоспособного населения, оно должно иметь хорошие параметры физического развития, психического и социального здоровья, а также обладать высоким уровнем интеллекта, образования и профессиональной подготовки. Только при соблюдении этих условий возможна эффективная деятельность трудовых ресурсов в сфере высоких технологий, повышения интенсификации труда и лавинообразного роста информационной нагрузки. Чтобы выдерживать такое профессиональное напряжение, необходим высокий запас прочности здоровья каждого работающего, в частности, для работы в условиях хронического стресса.

Вот почему в экономически развитых странах все больше и больше инвестиций формируется в области сохранения и повышения здоровья сегодняшних и потенциальных трудовых ресурсов, а в России эти вопросы рассматриваются только с точки зрения снижения бюджетных расходов на здравоохранение. Это вызывает обоснованное беспокойство медицинской общественности и в особенности той ее части, которая проповедует экономические подходы к организации медицинской помощи и обоснованный в рыночных условиях - прагматизм. И, тем не менее, мы убеждены, что гуманность, бескорыстие, альтруизм и есть те качества, которыми обладают большинство из наших коллег – медиков.

Опросы медицинских работников г. Хабаровска, проводимые нами в течение последних лет, указывают на то, что большинство опрошенных считают что в профессии медицинского работника определяющей является идея гуманизма, изложенная в этическом кодексе Гиппократов: «В какой дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного... Я направляю режим больных к их выгоде... воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости...». Они полагают, что альтруистически – гуманистический аспект обязательно должен присутствовать в работе медиков, но в то же время, как и любой общественно полезный труд, труд врачей, фельдшеров, медицинских сестер и т.п. должен справедливо оцениваться и адекватно вознаграждаться.

С другой стороны, в среде медицинских работников высказывается мнение о том, что их взаимоотношения с обществом, населением и отдельными пациентами за последние годы изменились, причем в худшую сторону. Во взаимоотношения врач - пациент стали постепенно внедряться и доминировать понятия «доступность медицинской помощи», «стоимость услуг», «легальный и теневой рынок медицинских услуг» и т.п., что отодвинуло на второе место этические принципы. Если рассматривать те случаи, когда у медицинского работника в силу каких-либо причин возникает чувство неприязни, антипатии к пациенту или его родственникам, то они могут быть подлинным моральным испытанием, т.е. насколько одинаково гуманно он может относиться к каждому пациенту, независимо от его платежеспособности. Отражением этого является решение проблемы «равенства» доступности тех или иных медицинских услуг. Внеочередной прием кого-либо из пациентов в обход принципов «равенства» является неизбежным злом рынка в здравоохранении – таково их мнение.

И все-таки, чтобы уменьшить число ошибок во взаимоотношениях между врачом и пациентом, следует придерживаться принципа известного американского писателя Лоуренса Питера: «Чтобы избежать ошибок, надо набираться опыта: чтобы набираться опыта, надо делать ошибки».

## **Глава 8. Предпосылки внедрения перспективной модели управления качеством и эффективностью медицинской помощи в условиях рынка**

*Каждая страна должна рассчитывать, прежде всего, на свой собственный природный, трудовой и интеллектуальный потенциал*

*Р. Нигматуллин*

Всем, кто не остался равнодушным к падению престижа и деградации отечественной медицины, следует задуматься. Ведь за относительно короткий промежуток времени с 1986 по 2000 год уровень состояния здоровья населения России опустился с 26 места до 130 (между Перу и Гондурасом), на что есть объективные причины. Место России в рейтинге ВОЗ основано на объективных критериях, которые являются конечными результатами работы отрасли, чего бы там ни говорили представители высших эшелонов отечественного менеджмента о наших достижениях и национальных приоритетах в охране здоровья населения. Объективный анализ ситуации в здравоохранении позволяет сделать заключение о том, что повсеместно снижается качество и доступность медицинской помощи.

Несколько лет назад директор Национального института здравоохранения академик РАМН, проф. О.П. Щепин, анализируя итоги научных исследований по проблеме общественного здоровья, отметил, что большинство НИОКР последних лет грешат превалированием анализа над научным обоснованием выработки управленческих решений разного уровня. Материалов о том, что нерешенных проблем сколько угодно, а что дальше? Констатация проблем здравоохранения на федеральном и региональном уровнях без программы выхода из замкнутого круга и практической реализации инноваций, таких, например, как внедрение системы управления качеством в медицинских учреждениях России согласно стандарта ИСО 9000/2000, уже вчера напоминала бег на месте.

Сегодняшних руководителей отрасли здравоохранения России многие представители СМИ называют прагматиками. Но в том то и дело, что прагматизм в здравоохранении России следует рассматривать как ребенка, родившегося от слабой матери, потерявшей последние силы от потрясений революционных преобразований перестройки и постперестроечного периода, и поэтому имеющего массу проблем со здоровьем. Не значит ли это, что прагматизм – это универсальный механизм решения настоящих и будущих проблем отечественного здравоохранения? И вообще – единственный путь, который позволит обеспечить выполнение в полном объеме программы госгарантий во всех без исключения субъектах РФ, повысит качество, помирит врача и пациента, защитит низкодоходные категории населения от прямой оплаты медицинской помощи как в легальном, так и в теневом секторе рынка медицинских услуг.

Конечно, не стоит торопиться впадать в восторг относительно значимости прагматизма для здравоохранения, например реализации национального проекта. Прежде всего, смущает вынужденность прагматизма нынешних руководителей отрасли чрезвычайными обстоятельствами и восстановительно-экстренными

механизмами реализации. Ведь многим специалистам по управлению отечественным здравоохранением еще в 2000 - 2003 гг. было понятно, что если срочно не сделать каких-то реальных шагов по изменению финансирования подразделений и персонала ЛПУ первичной медико-санитарной помощи, то основа отрасли, ее фундамент будет разрушен окончательно. Тогда на восстановление разрушенной системы медицинской помощи населению России потребуются не годы, а десятилетия.

Тем более, все действия управляющих отраслью структур сегодня только кажутся самостоятельными, на самом деле они продиктованы извне обстоятельствами экономического, политического и иного плана. Такой прагматизм управляющих отраслью структур формирует идеологию выживания, т.е. неких экстренных действий, направленных на «затыкание дыр» в корпусе тонущего корабля, которым является система охраны здоровья населения России.

Сегодня более половины населения, в том числе и медицинские работники, заняты привычным для последних лет процессом – выживанием во что бы то ни стало, а поведение индивидуума, который живет – одно, а который выживает – другое. У выживающих формируются свои, маленькие ценности, разительно отличающиеся от ценностей тех, которые живут. Все, что не решает проблемы сегодняшнего дня, кажется лишним и отбрасывается. Здесь некогда думать о завтрашнем дне, вся энергия направлена на решение своих маленьких, сиюминутных проблем. Вот эти выживающие медицинские работники находятся в постоянной депрессии и заражают депрессией всю систему медицинской помощи населению.

В этих реальных условиях формируются основные принципы выживания:

- *минимум потребностей,*
- *минимум затрат,*
- *мелкие рациональные движения,*
- *полное отсутствие амбиций и требований.*

Поставленная задача «ВЫЖИТЬ!» в определенной мере решается, но ведь каждому здравомыслящему человеку становится понятно, что это путь к полной и безоговорочной деградации отечественной медицины.

Ростки спасения в таких условиях могли бы прорасти из амбициозных задач, глобальных стратегических проектов, решений, но амбиции «запрещены» самой логикой прагматизма, несмотря на то, что это весьма эффективный инструмент. К сожалению, в этой ситуации приходят в голову слова героя известного фильма «За державу обидно...», поскольку складывается впечатление о том, что отечественные идеологи реформ здравоохранения тоже заражены вирусом депрессии и, похоже, постепенно утрачивают вкус к высоким целям и большим победам.

Быстрая, как в калейдоскопе, сменяемость руководителей органов управления здравоохранением на федеральном и территориальном уровнях сопровождается отсутствием оптимальной системы отбора лидеров. Кроме того, отечественный минздрав уже многие годы находится в состоянии хронической реорганизации, причем создается впечатление о том, что о первопричине реформ уже давно забыли. К руководству отраслью, во всяком случае, на региональном уровне в последние годы приходят зачастую случайные люди. Как правило, они не имеют подготовки по стратегическому и тактическому планированию, управлению

сложными системами по результатам деятельности и т.п. Новички не отвечают современным требованиям, предъявляемым к лидерам, которые были бы способны работать в условиях значительных финансовых ограничений, неудовлетворительного состояния материально-технической базы ЛПУ и устаревшей нормативно-правовой регламентации. Главное их преимущество при назначении на должность – это личная преданность региональному лидеру, но этого, как показало время, недостаточно для эффективного руководства отраслью.

В реальных условиях необходим поиск амбиционных руководителей, которые бы не боялись, а наоборот искали инновационные проекты, решительно внедряли бы современные методы управления ЛПУ для достижения отраслью высот по существенному улучшению доступности и качества медицинской помощи населению. В связи с недостатком времени на разработку собственных отечественных моделей управления в условиях переходной экономики, в качестве инноваций можно было бы использовать наработки научного менеджмента экономически развитых стран, таких, как Япония, США, Германия, Канада, Великобритания и др.

В последние годы западная концепция менеджмента продолжает трансформироваться, захватывая различные системы государственного управления, в том числе и государственных учреждений социального плана. Среди основных направлений трансформации управления эксперты выделяют три основные группы: устранение малопродуктивных структурных звеньев с целью повышения эффективности управления, а также совершенствование структуры для облегчения функции контроля; создание стратегически эффективной структуры при внедрении инновационных стратегий; внедрение новаторских организационных концепций в рамках распространения нового понимания организаций.

Управление качеством в отечественном здравоохранении – это как раз та инновационная стратегия, в которой нуждается не только высший менеджмент отрасли здравоохранения на федеральном уровне, но и значительные группы линейных менеджеров, работающих в самых разных медицинских учреждениях. Поскольку разработка и реализация инновационных проектов проходят долгий путь от идеи до готового решения, их принято рассматривать в виде инновационного цикла, охватывающего три фазы:

- прединновационную,
- инновационную,
- производственную.

Для принятия решения ключевой является прединновационная фаза. Только при глубоких комплексных и разнонаправленных исследованиях на этой стадии, обеспечивающих высокий уровень обоснованности, инновационная идея может воплотиться в детально проработанный проект с последующей реализацией во второй и третьей фазах цикла. Естественно, что в рамках первой фазы реализации инновационного проекта следует рассмотреть риски и непредвиденные расходы. Как те, так и другие, учитывались всегда, однако в современных условиях их круг существенно расширился. Для административного управления он может быть сведен к следующим трем взаимосвязанным группам:

- *политические риски — изменение политики государственного регулирования охраны здоровья населения, возникновение политической нестабильности или форс-мажорных обстоятельств;*
- *экономические риски — недостаточная степень точности оценки ресурсов или затрат, уровня инфляции и др.;*
- *технические риски — недостаточная степень точности анализа надежности используемых в проекте управления качеством медицинской помощи технологий.*

В экономически развитых странах сформировалась система консультационных фирм или так называемых учреждений инфраструктуры, которые предоставляют различные услуги в области принятия инновационных решений, анализа и обоснования предпроектных и проектных исследований, помогая прояснить перспективы реализации проекта, снизить степень неопределенности и риска для разработчиков. Вместе с тем стоимость таких услуг — исследование и определение благоприятных экономических условий, предварительный технико-экономический анализ проектной идеи, технико-экономические исследования вариантов проектных решений до принятия инновационного решения, даже по небольшим и средним проектам составляет значительную величину от 1,5—5,5% стоимости проекта.

В этой главе делается попытка рассмотреть возможности применения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения региона приоритетного направления развития, который даст толчок дальнейшему движению по пути стратегии реализации современных методов менеджмента. Мне представляется, что метод непрерывного управления качеством медицинской помощи как инновационный проект, основанный, в первую очередь, на партнерстве администрации медицинских учреждений и медицинского персонала сегодня наиболее актуален, как для производителей, так и для потребителей медицинских услуг. Чтобы это партнерство врачей, менеджеров и пациентов было эффективным, необходимо, чтобы врачи и медицинские сестры понимали и участвовали в решениях по управлению, администрация ЛПУ понимала и содействовала реализации задач по производству качественных медицинских услуг, а пациенты через систему попечительских структур (попечительские советы ЛПУ), также принимали участие в управлении производством качественных медицинских услуг.

Выбор приоритетных направлений исследований и разработок по управлению качеством продукции играет важную роль в государственной политике по охране здоровья населения. Следует отметить, что в странах с рыночной экономикой системы управления качеством делают акцент на предотвращение ошибок именно на стадии научных и конструкторских проработок, чтобы предотвратить возникновение дефекта или устранить его, не доводя до окончательной стадии производства изделия или услуги

Опыт соседней Японии подтверждает, что только благодаря целенаправленной работе по воспитанию чувства ответственности у персонала за уровень качества работ удалось достичь лидирующего положения по качеству товаров и услуг. Для России одним из факторов повышения уровня качества производимой продукции является международное сотрудничество в области управления качеством, в частности, закупка за рубежом лицензий, внедрение в практику международных стандартов и т.п.

## **8.1. Рынок — источник инноваций по управлению качеством производства медицинских услуг**

Внедрение инноваций в ЛПУ по реализации современных методов управления качеством формирует постановку и решение новых задач. Как врачам, так и администраторам потребуются новые знания, которые будут включать в себя: способность работать в междисциплинарных группах. Управление отраслью здравоохранения придется рассматривать как постоянно меняющийся и модернизируемый процесс, решающий проблемы сбора и интерпретации данных о потребностях, степени удовлетворенности пациента производимыми медицинскими услугами, о результатах его лечения, а также содействие обмену информацией медицинского персонала и пациентов.

Более десяти лет назад в европейских странах начали внедряться инновационные проекты по адаптации технологий управления качеством продукции из промышленного производства в производство медицинских услуг. «Если методу TQM (Total Quality Management) будет обеспечен успех в здравоохранении (а мы считаем, что это возможно), то врачи должны занять в нем центральное место»,— говорил Д. Бервик. Это конечно в большей степени относится к достаточно экономной национальной системе здравоохранения Великобритании, чем к разобщенной и работающей по принципу оплаты за оказанные услуги медицине США. Врачи национальной системы здравоохранения Великобритании, специалисты, а также врачи общей практики являются главными действующими лицами этой системы, успех работы которой зависит от желания британских врачей изучить, принять и освоить новые условия работы в единой системе здравоохранения. Они считают, что метод TQM предлагает комплекс общих принципов, на основе которых британские медики могут создать аналогичную систему управления качеством будущего, которая будет гордостью нации - мощной, поддерживаемой всеми своими участниками и действительно работающей не хуже, чем она работала в прошлом.

В прежние годы, еще в бывшем СССР, существовало предвзятое мнение о высоком качестве медицинской помощи, основанное, главным образом, на доверии пациентов к врачам и отечественному здравоохранению. Теперь, по мере роста понимания различий в уровне предоставляемых услуг, методов лечения и клинических результатов, население из официальных сообщений, от рекламных и страховых компаний, других заинтересованных сторон стремится получить информацию о том, насколько эти различия в действительности отражают разницу в качестве. Происходящие изменения в структуре здравоохранения способствуют смещению акцента в пользу качества. Возможность более широкого выбора медицинских услуг привела к росту потребности пациентов в надежной информации для проведения оценки и сопоставления стоимости медицинских услуг и их качества.

Непрерывное улучшение качества медицинских услуг требует заинтересованности всего персонала ЛПУ. Несмотря на то, что обеспечение качества является важной частью этой заинтересованности, внимание медицинского учреждения к проблемам качества должно проявляться преобразованиями в стратегическом планировании, финансировании, расстановке сил, системе вознаграждения, оценке эффективности деятельности ЛПУ и его подразделений. Для проведения этих преобразований в любой системе здравоохранения и каждом ЛПУ необходимо, чтобы врачи были

готовы понять и принять суть новых требований к обучению новой технологии управления качеством медицинских услуг и ее практической реализации.

### ***Рынок медицинских услуг – основа мотиваций по качеству***

В системе медицинской помощи населению региона пока еще превалирует производство т.н. «бесплатных» медицинских услуг, т.е. услуг, производство которых оплачивается из средств бюджетов всех уровней и системы социальных внебюджетных фондов в рамках исполнения региональной программы государственных гарантий. Это специфический социально-ориентированный рынок, где потребителю гарантируется определенный объем и качество медицинских услуг. Кстати, на социальном рынке медицинских услуг «покупатель» (распорядители бюджетов всех уровней и средств ОМС) не является их потребителем, а осуществляет сделки в пользу выгодоприобретателя — населения. В этих условиях качественные характеристики «продаваемого товара» - медицинских услуг отходят на второе место, оставляя первые позиции количественным (валовым) характеристикам. Следовательно реформа отечественного здравоохранения повторяет определенные шаги, сделанные системами здравоохранения экономически развитых стран несколько десятилетий назад.

Содержанием реформ здравоохранения, проводившихся в западных странах с конца 80-х годов, было внедрение элементов рыночных отношений (рыночных институтов) во взаимодействие между производителями и плательщиками. Идеология реформ была идеологией создания рынка внутри системы общественного здравоохранения. Но не полноценного рынка, а «квазирынка» - «регулируемого рынка». Отличия этой модели финансирования здравоохранения, которая внедрялась в западных странах, от нерегулируемого рынка заключались в следующем:

- *потребители сами непосредственно не платят за услуги, а их предпочтения опосредуются другими лицами;*
- *друг с другом взаимодействуют по преимуществу некоммерческие организации;*
- *отсутствуют рынки труда и капитала;*
- *финансовый контроль остается в руках государства;*
- *система в целом регулируется государством.*

Смысл установления квазирыночных связей в системе социального обслуживания состоял в стремлении найти децентрализованные процедуры управления производителями социальных услуг, которые побуждают их к ответственности не административным, а экономическим путем – посредством рыночных механизмов. Суть нововведений состояла в следующем.

Разделение покупателей и производителей медицинских услуг: обеспечивается организационно-правовое разграничение производителей и плательщиков; отношения между ними строятся на контрактной основе. Плательщики превращаются в покупателей медицинских услуг, которые не несут ответственности за управление текущей деятельностью производителей и лишены права осуществлять такое управление административными методами.

Создание условий для конкуренции производителей: покупателям предоставляется право выбора производителей, с которыми они заключают контракты; гражданам предоставляется право выбора врача общей практики, к которому они



прикрепляются для получения амбулаторной медицинской помощи, и выбора медицинской организации и врача для получения специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Производители ставят в условия конкуренции друг с другом за привлечение пациентов и/или увеличение прикрепившегося населения и конкуренции за заключение контрактов с покупателями.

Ни для кого не секрет, что смена экономических формаций приводит, кроме всего прочего, к изменению отношений между различными субъектами рынка. И это явление имеет место не только на макроэкономическом уровне, но и также на микроуровне. Под действием внешних сил происходят существенные изменения отношений между медицинскими учреждениями и государством, медицинскими учреждениями и конкурентами, медицинскими учреждениями и потребителями. Кроме этого меняются отношения и внутри организации.

Большинство этих преобразований можно отнести и определить в рамках функционирования системы: производитель (ЛПУ различных форм собственности) – рынок (рынок медицинских услуг).

В течение десяти с лишним лет в здравоохранения России наблюдается переход от одних форм хозяйствования к другим. Это выражается не только в изменении официального курса национальной экономики, но и в виде изменений отношений ЛПУ с рынком медицинских услуг. В доступной литературе достаточно подробно описано, в чем состоит различие между командно-административной, или плановой, и рыночной экономикой. Но если на макроуровне все относительно понятно, то вот что делать медицинским учреждениям - не совсем ясно.

Призывы в виде: «Даешь конкуренцию среди производителей медицинских услуг!» или «Да здравствует свободный рынок медицинских услуг!» конкретному делу повышения качества не помогут. Необходимо коренным образом менять мировоззрение руководителей ЛПУ, направленное на понимание философии бизнеса, как идеологии деятельности в рыночных условиях.

### ***Маркетинговые стратегии, направленные на повышение качества***

Цель наших последующих высказываний заключается как раз в определении подлежащих изменению функциональных элементов управления ЛПУ в условиях рынка, а также качества рассматриваемого процесса.

Учитывая то, что за отношения между ЛПУ и рынком медицинской помощи отвечает такая область принятия решений как маркетинг, следует рассмотреть динамику изменений, происходящих в этой области, как у нас в стране, так и за рубежом. Специалисты - маркетологи могут сегодня сказать, что нельзя брать в расчет отечественные ЛПУ, так как маркетинга в службе медицинской помощи населению не было раньше, да и сегодня он для многих руководителей этой службой остается «пустым звуком».

В реальном функционировании отрасли здравоохранения рынок существовал всегда, только на уровне социалистического государства большинство функций маркетинга выполнялось им самим. А вот на уровне ЛПУ осуществлялись лишь отдельно взятые функции и процессы. В последние годы в отрасли здравоохранения

достаточно отчетливо сформированы два принципа (подхода) к функционированию ЛПУ на рынке медицинских услуг населению.

Принципом построения первого подхода является доминирование лечебных подразделений над прочими службами ЛПУ. Мнения лечебников имеют больший вес, а все другие службы работают на них. На рынке предлагаются те услуги, которые выгодно производить с технологической точки зрения, и в производстве которых уже имеется достаточный опыт. А те, которые пользуются наибольшим спросом с точки зрения цены и качества, не всегда «выгодны» лечебникам. При этом трудности в реализации произведенных услуг полностью ложатся на плечи подразделения по маркетингу и сбыту (если таковые имеются), которых в случае неудач обвиняют в отсутствии достаточной компетенции. Из инструментов маркетинга работают, как правило, только сбыт, реклама и изредка «послепродажное обслуживание», т.е. долечивание после неполного выздоровления и доводка некачественно произведенных работ (реоперации, повторное лечение, перепротезирование и т.п.).

Такая система организации маркетинга получила название производственно ориентационной. Характерными, хотя и не обязательными признаками такой системы, являются:

- высшее управленческое звено ЛПУ состоит из бывших или действующих лечебников; в коллегиальных органах управления и на общественных мероприятиях «решающее слово» принадлежит заместителю главного врача по лечебной работе, лечебники имеют возможность «оказывать давление» на главного врача с целью лоббирования своих интересов;
- на коммуникации с рынком (реклама, исследования, развитие системы сбыта медицинских услуг) средства или не выделяются совсем, или выделяются в недостаточных объемах; отдел маркетинга, как правило, не существует либо занимается поиском клиентов и продажами медицинских услуг;
- руководство отделом маркетинга (в случае его существования) осуществляется заместителем главного врача по ресурсному обеспечению или другим должностным лицом, весьма приблизительно представляющим себе суть маркетинга;
- установление отпускных цен на медицинские услуги происходит в плановом отделе или бухгалтерии. Отдел маркетинга (сбыта) практически не влияет на принятие решений по управлению качеством;
- практически полностью отсутствует механизм гибкого ценообразования, тарифы «жестко» фиксированы вышестоящей организацией или ссылками на ее решения;
- сотрудники отдела маркетинга и сбыта не могут принимать решения о предоставлении скидок.

В противовес этому положению существует другой принцип, основанный на маркетинговой ориентации медицинского учреждения, который базируется не на производственных показателях, а на информации о рынке, на основании последней определяются краткосрочные цели ЛПУ, прогнозируются финансовые показатели и определяются объемы производства медицинских услуг. Цена и качество производимых услуг в данном случае определяется на основании рыночных цен, маркетинговой стратегии ЛПУ и прогнозируемых объемах сбыта. На основе этих показателей определяется эффективный и оптимальный объемы производства

медицинских услуг, и принимаются решения по различным службам ЛПУ. При этом подходе информационные потоки прямо противоположны направлению потоков при использовании первой системы организации маркетинга. Так, сначала происходит сбор информации о рынке, ее обработка и анализ в службе маркетинга, а затем передача необходимых показателей в другие подразделения ЛПУ. Индикаторами такой системы являются:

- установление (необязательно утверждение) цен на продукцию силами службы маркетинга медицинского учреждения;
- разработка рекомендаций по объемам производства медицинских услуг на основании прогноза по сбыту;
- постоянное совершенствование качества производимых услуг, обновление и расширение их ассортимента;
- инвестиции в маркетинговые исследования рынка медицинских услуг;
- разработка мероприятий как по привлечению потенциальных клиентов, так и удержанию существующих;
- работа над имиджем ЛПУ;
- подчинение маркетинговой службы непосредственно главному врачу ЛПУ.

Реальный сектор производства медицинских услуг, которые формируют рынок, в региональном здравоохранении функционирует в большей мере в стоматологии, чем в других службах отрасли. Действия регулирующих механизмов на рынке медицинских услуг, важнейшими из которых являются тарифы на медицинские услуги, требования к качеству и условия предоставления услуг ограничены. Причем тарифы ежегодно утверждаются территориальными согласительными комиссиями (комитетами) по тарифам, но сам уровень тарифов ни в коей мере не удовлетворяет производителей, поскольку последние в значительной мере занижены.

### ***Программа государственных гарантий и рынок медицинских услуг***

Между ЛПУ в настоящее время вообще ценовая конкуренция минимальна в силу того, что оплата оказанных услуг осуществляется или по твердо установленным тарифам/нормативам, или при предоставлении платных услуг населению существует «ценовой сговор» производителей. Что же относительно условий предоставления медицинской помощи, то они также определены рамками территориальной программы государственных гарантий. Если к тому же принять во внимание, что часто тарифы (нормативы) за оказанные медицинские услуги в рамках ПГГ резко занижены и не покрывают даже части реальных затрат муниципальных ЛПУ, то и каждый пролеченный пациент в рамках ПГГ приносит убытки производителю.

Сегодня становится очевидным, что, например, в Хабаровском крае конкурентной борьбы за пациента на рынке медицинских услуг по ценовым и качественным характеристикам, где финансирование осуществляется по ПГГ, практически отсутствует. Зато все атрибуты свободного рынка в региональной медицине присутствуют при производстве и продаже медицинских услуг непосредственно потребителям/пациентам или страховым компаниям в рамках программ добровольного медицинского страхования. Причем уровень конкуренции между ЛПУ в регионе имеет четко ориентированный вектор к росту, несмотря на параллельный ежегодный прирост числа производителей медицинских услуг и объемы валовых показателей производства в ЛПУ негосударственного сектора.

Сущностью эффективности любого производства при прочих равных, как известно, являются экономические характеристики. Экономическая целесообразность коммерческого маркетинга медицинских услуг может характеризоваться уровнем максимального дохода (прибыли). В этом смысле частные медицинские учреждения однозначно ориентированы на потребителя, т.е., как правило, на обслуживание экономически прибыльных сегментов рынка медицинских услуг. В отношении бюджетно-страхового сектора здравоохранения региона экономические характеристики достаточно сильно нагружены требованиями социальной и гуманитарной миссии ЛПУ отрасли, которые плохо соотносятся с рыночными, финансово-кредитными отношениями.

Присущий другим товарным рынкам принцип — что выгодно для предпринимателя, выгодно и для общества в целом, практически не может быть формально перенесен на медицину. Узкие критерии экономической эффективности далеко не всегда соответствуют критериям социальным.

Совместить экономические и социальные интересы в здравоохранении достаточно сложно. Например, негосударственные медицинские учреждения имеют обязанности перед владельцами, они должны обеспечить норму прибыли, сравнимую с аналогичным показателем в других отраслях, привлечь дополнительный капитал, рассчитываться за кредиты и проценты по ним и т.д., поэтому акционеры и руководители частных ЛПУ не могут себе позволить содержать неприбыльные подразделения. К тому же, глобальные масштабы охраны здоровья населения заставляют выбирать исполнительную власть необходимые социальные приоритеты (например, развитие профилактики инфекционных заболеваний, ВИЧ-СПИД или мероприятия по охране здоровья детей и т.д.) Однако в региональной системе здравоохранения, несмотря на влияние рыночной экономики, превалирует влияние социальных факторов, а затем уже идут экономические интересы, особенно если речь идет о неотложной медицинской помощи.

В самом широком смысле эффективность маркетинга медицинских услуг связана с удовлетворением спроса. Эффективность в первую очередь ориентирована на количество произведенных услуг и соответствующий спрос различных процедур. Требуемый объем и уровень качества медицинских услуг является своеобразным мериллом, точкой отсчета для описания характеристик, определяющих эффективность отдельных составляющих либо системы здравоохранения в целом.

В этом смысле эффективность деятельности по предоставлению медицинских услуг характеризуется их конкурентоспособностью на рынке, которая может оцениваться по следующим критериям:

- *условно оптимальные показатели здоровья населения;*
- *адекватность производственной базы медицинских услуг соответствующему объему спроса процедур;*
- *соответствие структуры медицинских кадров составу медицинских услуг;*
- *экономическая устойчивость функционирования системы медицинской помощи;*
- *соответствие стандартам, применяемым в системе медицинской помощи населению региона;*
- *результаты оценки ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи;*
- *результаты медико-социологического мониторинга.*

В оценках эффективности использования базы ЛПУ с определенным успехом могут быть применены традиционные методы. В частности, адекватность мощности отделений хирургии в системе ОМС оценивается функцией койки, для стоматологических поликлиник — количеством посещений пациентов (клиентов) в единицу времени, использования медицинского оборудования, адекватность объемов финансирования потребностям в медицинских услугах, уровень выполнения программы ОМС, целевое использование финансовых средств и т. п.

В дополнение следует отметить, что маркетинг медицинских услуг в настоящее время из-за значительного роста их доли в валовом региональном продукте становится крайне необходимым элементом социального управления в отрасли здравоохранения. В то же время бурное развитие коммерческого подхода к оказанию медицинских услуг не только не приводит к повышению их качества, а зачастую напрямую связано со снижением его уровня, что питает и активно формирует теневую экономику отрасли здравоохранения региона.

### ***Теневой рынок медицинских услуг и качество***

Слабое финансовое обеспечение ЛПУ отрасли здравоохранения Дальнего Востока приводит к развитию негативных тенденций в медицинском обслуживании населения, порождает стремительное развитие теневой экономики. Во многих ЛПУ регионального здравоохранения в последние годы получили определенное развитие псевдорыночные, полутеневые, теневые и полукриминальные экономические отношения. С введением бюджетно-страхового финансирования производства медицинских услуг появились новые возможности, в частности перепродажа бесплатной медицинской помощи, когда одну и ту же услугу оплачивает и страховая компания в рамках программы ОМС, и пациент ... непосредственно врачу. Нередки случаи организации врачами «частного бизнеса» на своем рабочем месте в государственном или муниципальном ЛПУ. Следует отметить, что эти явления из разряда «редких» постепенно переходят в разряд «привычных», сопровождающих нашу повседневную жизнь.

Нерегистрируемая (серая) экономика здравоохранения включает в себя все виды как законной, так и незаконной деятельности. Медицинские работники изыскивают любые возможности для получения личных дополнительных доходов. В частности, - это внеочередная госпитализация, неучтенный прием пациентов за плату, в ходе которого используются оборудование ЛПУ, лекарства и расходные материалы, рабочее время персонала, технологические площади и т.п.

Между тем социологические опросы руководителей ЛПУ Дальнего Востока показывают, что, по их мнению, выражение «благодарности» врачам со стороны пациентов в материальной форме не имеет широкого распространения. Менее 25 % из них уверены, что такие случаи бывают, но не часто, а более 50 % администраторов ЛПУ заявили: «Я не знаком с такими случаями». И только единицы все-таки подтверждают мысль о существовании «нелегальных» доходов за оказанные медицинские услуги. Тем не менее, и они убеждены в том, что мнение о сложившемся рынке нелегальных платных медицинских услуг в регионе не имеет под собой достаточных оснований.

В этой связи следует отметить отношение населения к неформальной оплате медицинской помощи. Многие пациенты считают, что для того, чтобы врач стремился оказать медицинскую помощь высокого качества, его необходимо

«отблагодарить». Вероятно, здесь сказывается выработанная за многие годы психология раболепия человека перед любой форменной одеждой – милицейской, военной, железнодорожной, белым халатом и пр.

По данным опросов населения, проведенных в Хабаровском крае в апреле 2006 года, более 2/3 пациентов в краевых и муниципальных ЛПУ так или иначе оплачивало медицинские услуги из своего кармана. В то же время, не зависимо от социального статуса и доходов, большинство респондентов хотели бы получать медицинские услуги бесплатно. При выборе медицинского учреждения 47,3 % населения руководствуется качеством предоставляемых услуг. Уровень оказания медицинской помощи оценен как высокий – 15,7 % респондентов, как низкий – 11,3 % респондентов.

Интересен вопрос о степени развитости нелегального рынка медицинских услуг в учреждениях, работающих в системе ОМС. Большинство опрошенных считают, что т.н. бесплатная медицинская помощь не гарантирует достаточного уровня качества. Они полагают, что в ЛПУ региона сложилась достаточно стройная система доплат (поборов) за гарантии качества. Более трех четвертей опрошенных ежегодно готовы тратить более 500 рублей из собственного кармана на оплату медицинских услуг, причем 87,6 % жителей Хабаровского края искренне убеждены в том, что источником оплаты медицинских услуг являются их личные средства. Тем не менее, всего 17,1 % респондентов оплачивают услуги непосредственно врачу и только 1,5 % - медицинской сестре. На вопрос о том, «каким образом можно повлиять на качество медицинского обслуживания», 35,9 % ответили, что при современном отношении медицинских работников к пациентам таких возможностей просто нет, в то же время 54,4 % считают, что для повышения качества медицинской помощи необходимо увеличить государственное финансирование ЛПУ системы здравоохранения региона.

По мнению специалистов, которые занимаются изучением теневого рынка в отечественном здравоохранении, определение объемов теневой экономики целесообразно начинать с выявления факторов, способствующих ее развитию. Директор Российского независимого института социальной политики доктор экономических наук С. В. Шишкин считает, что при определенных условиях «можно добиться, чтобы стандарт медицинской помощи был обеспечен всем бесплатно». В то же время у людей, у которых есть деньги, всегда будет возникать желание получить дополнительные дорогостоящие услуги, заплатив легально или нелегально. «Как отблагодарить врача, который хорошо выполнил свою работу? Думаю, не следует пытаться такие неформальные платежи устранить». Можно согласиться с мнением С. В. Шишкина, но тогда такое же право надо предоставлять всем государственным служащим и назвать эти платежи не стыдливым определением «благодарность за хорошо выполненную работу», а определением сути этого явления, разъедающего, как едкая кислота наше общество, т.е. «незаконными поборами». Кстати сказать, определенная часть чиновников право на получение «благодарности за хорошо выполненную работу» уже давно «приватизировала», не дожидаясь окончания исследования и выводов ученых из института социальной политики.

Вообще мнение директора Российского независимого института социальной политики о легализации «теневых платежей» в медицине, что и так существует в огромных масштабах в родном отечестве, следует поставить в ряд достаточно «свежих» заявлений федеральных чиновников о том, что к наиболее

коррупцированными отраслям следует отнести отечественное здравоохранение и образование. По их «лукавому» мнению, именно с врачей и учителей надо начинать борьбу с коррупцией в родном отечестве, а все остальные подождут ...

Есть юристы, которые считают, что столь терпимое отношение С. В. Шишкина и других к коррупции в медицинских учреждениях объясняется тем, что из УК России 1996 г. исключена ранее существовавшая в главе об экономических преступлениях УК РСФСР 1960 г. статья 156, предусматривавшая уголовную ответственность за получение незаконного вознаграждения от граждан за выполнение работ, связанных с обслуживанием населения. Наверное, эта статья исключена из УК потому, что за 15 лет ее существования (1981-1996) так никто из перечисленных в ней субъектов, в том числе и врачей, не был привлечен к уголовной ответственности. А незаконные платежи в широких масштабах в указанных сферах экономики как существовали, так и продолжают существовать. И все-таки для пациентов хорошо, что не все медицинские работники разделяют мнение С. В. Шишкина.

Директор Российского онкологического научного центра имени Николая Блохина академик РАМН М.И. Давыдов на вопрос корреспондента газеты «Московские новости» о теневой оплате медицинской помощи: «А за операцию надо платить?», ответил: «Однозначно: они (операции) бесплатны. Разумеется, в каждом большом коллективе (и в медицинском тоже) могут завестись «паршивые овцы».

И все-таки, если подходить с позиций действующего в России законодательства, то нарушения в области предоставления населению медицинской помощи на бесплатной для потребителя основе являются первоосновой порождения теневой экономики. Любому гражданину РФ гарантируется Конституцией бесплатное медицинское обслуживание при оказании экстренной помощи и в рамках программы государственных гарантий. Однако отсутствие при себе у гражданина страхового полиса ОМС на момент ее получения является зацепкой и зачастую ведет к требованию со стороны медицинских работников оплатить оказанные услуги.

Наибольшие нарушения прав населения в части получения бесплатных видов медицинских услуг встречаются при обеспечении стационарных видов медицинского обслуживания лекарствами, питанием, мягким инвентарем, при проведении диагностических исследований. Также имеет место вымогательство у пациентов медицинскими работниками дополнительных гонораров как за оказанные услуги, так и за содействие в обеспечении адекватного курса лечения по программам бесплатного медицинского обслуживания.

В настоящее время превалирует, к сожалению, практика, когда пациенту по программам бесплатного медицинского обслуживания приходится полностью за свой счет обеспечивать при стационарном лечении почти всю медикаментозную помощь. При этом применяются следующие схемы:

Медицинский персонал за соответствующее вознаграждение предоставляет пациенту лекарства, чаще всего имеющиеся в наличии в стационаре, которые еще раз будут покрыты или уже профинансированы из средств ОМС или бюджета.

Лечащий врач за вознаграждение неофициально выступает дилером аптечного учреждения в продвижении дорогостоящих лекарственных средств для своих пациентов, причем зачастую пациенту можно обойтись и без этих препаратов. Гонорар врача в этом случае складывается из разницы между розничной ценой и

ценой продажи пациенту или определенного процента с объема реализации данного препарата от администрации аптечного заведения. Пациенту никто не возмещает расходы на лекарства,

В некоторых ЛПУ Дальнего Востока для проведения диагностических исследований как в амбулаторно-поликлинических учреждениях, так и в стационарах, пациенты должны принести с собой рентгеновскую пленку, одноразовые шприцы, контрастные препараты и т. п. Анализ данных опросов медицинских работников позволил выявить разные механизмы оплаты пациентами медикаментов при лечении в муниципальных ЛПУ.

В одних случаях сами лечащие врачи предлагают пациентам свои услуги в приобретении лекарств. В других случаях пациенты или их близкие приобретают необходимые лекарства или медицинские изделия в аптечной сети. Покупка производится в легальной форме. Но, по сути, пациенты оплачивают то, что общество должно было бы предоставить им бесплатно. Наконец, возможна ситуация, когда пациенты платят посреднику, который берет на себя обязательство обеспечить их нужными препаратами. В роли такого посредника может, например, выступать страховая медицинская организация. Пациент легально платит организации-посреднику, но сам факт оплаты медикаментов для лечения вступает в противоречие с государственными гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

Рекомендуя больным приобрести лекарственные препараты, имеющиеся в свободной продаже, врачи зачастую делают это небескорыстно. Можно выделить несколько механизмов оплаты пациентами лекарств и медицинских изделий, которые обеспечивают заинтересованность врачей в такой оплате:

- Врачи имеют договоренности с фирмами – производителями или дистрибьюторами лекарственных средств и изделий медицинского назначения о комиссионных за продажу соответствующих товаров.
- Врач выписывает пациенту рецепт на дорогостоящее лекарство, поскольку получает за это вознаграждение от фармацевтической фирмы. При этом для полноценного лечения пациента во многих случаях можно было бы обойтись более дешевыми препаратами. А иногда дешевый препарат является и более эффективным.

Врачи просят больного приобрести рекомендованные лекарства в конкретной аптеке, обычно при больнице или поликлинике. Такая аптека, как правило, принадлежит руководству ЛПУ или их родственникам, и в этом случае практически всех пациентов направляют в эту аптеку.

Врач предлагает больному приобрести лекарство лично у него, объясняя это тем, что он имеет возможность купить его по оптовой цене. Врач в этом случае сам выступает в роли розничного дистрибьютора лекарственных средств. Бывает так, что и больной при этом выигрывает - цена у врача меньше, чем в аптеке, и врач имеет свою прибыль. Но чаще всего цена, заплаченная врачу, приближается к розничным ценам.

Пациенту предлагают заключить договор со страховой медицинской организацией на добровольное медицинское страхование лекарственного обеспечения во время его лечения в данной больнице.



Комиссионные врачам могут быть теневыми, а могут быть выплачены вполне легально. Но в любом случае их конечным источником являются средства пациентов этих врачей.

Оценка объема медицинских услуг, оказанных населению работниками ЛПУ, получившими наличные платежи от пациентов, производится по анонимным социологическим опросам. Объектом наблюдения выступают домохозяйства, однако, по мнению специалистов, респонденты должны показывать только индивидуальные наличные (незаконные) платежи за оказание медицинских услуг.

Социологи регулярно исследуют те или иные аспекты теневой рынка медицинских услуг и приходят к выводу о том, что контролируемые государством легальные платежи граждан составляют лишь незначительную часть общего объема индивидуального финансирования. Основная масса платежей населения имеет теневой характер и по своему объему вполне сопоставима с направляемыми на эти государственными финансовыми ресурсами.

Граница между теневой и официально регистрируемой экономикой в производстве медицинских услуг, видимо, должна проходить на уровне законодательно принятых правил обеспечения населения медицинской помощью в организациях разной формы собственности. В этой связи следует с учетом реальных возможностей государства уточнить существующие гарантии бесплатной медицинской помощи, более четко определить правила ее предоставления, создать подробные перечни бесплатных медицинских услуг, гарантируемых всем гражданам. За счет точного формулирования гарантий государства, которые сейчас слишком размыты, и балансировки этих гарантий с ресурсами нужно добиться, чтобы достаточно жесткий стандарт объема и качества медицинской помощи был бы обеспечен финансовыми ресурсами.

Мы полагаем, что замалчивать проблему теневого рынка в отечественной медицине было бы стратегически неверно, поскольку только реальные маркетинговые оценки позволят найти пути к решению возникающих проблем. Проведенные в последние годы исследования показывают, что картина участия населения в оплате медицинской помощи многогранна. Не пытаться решать назревшие проблемы неверно и даже опасно. Улучшить ситуацию, сделать качественную медицинскую помощь более доступной для населения и рационализировать формы его участия в ее оплате не просто, но возможно.

### ***Конкуренция в условиях экономики переходного периода***

В условиях рынка медицинских услуг, который регулируется двумя основными механизмами – спросом и предложением, реализуется продукция ЛПУ. Произведенная продукция в медицине может быть товаром (зубной протез, оптическая линза, искусственный хрусталик и пр.) и услугой. Как товар, так и услуга в здравоохранении обладает двумя характеристиками, которые играют ведущее значение при реализации товара на рынке. Это цена и качество. Для того, чтобы рыночные механизмы наконец заработали, необходима здоровая конкуренция между производителями медицинских услуг.

В настоящее время конкуренция между производителями, может быть, не работает из-за ограничений, накладываемых государством на взаимоотношения некоторых участников. Экономический анализ любой сферы услуг включает обсуждение как

положительных сторон, так и нормативных аспектов, хотя конечная цель, связанная с вопросами конкуренции, является нормативной. При позитивном анализе основной характеристикой «типичной» сферы услуг является то, что медицинские учреждения стремятся получить максимальную прибыль или что-то аналогичное прибыли. Нормативный вопрос обычно рассматривается, исходя из экономичности или оптимальности по Парето. Эта стратегия обычно стоит в ответе на вопрос, возможна ли конкуренция и если «да», то имело бы действенный эффект равновесие в условиях свободной конкуренции.

Если можно было бы достичь экономичности производства медицинских услуг в условиях монополии, тогда были бы не нужны государственное вмешательство или регулирование рынка медицинских услуг носящие форму гарантии того, что предварительные конкурентные условия уже имеются. Если равновесие в условиях свободной конкуренции недостижимо или если при производстве медицинских услуг, предлагаемое множество производителей был бы экономически нецелесообразным, предполагаемое государственное регулирование обычно описывается моделью общественной полезности, согласно которой правительство вводит ограничения, препятствующие выходу производителей на рынок и формирует правила установления цен на медицинские услуги.

Основной причиной отклонения от модели конкурентного равновесия является возможное существование неиспользованной экономии, обусловленной ростом масштаба производства (эффект масштаба), или естественной монополии. В медицинском обслуживании эффект масштаба, как правило, не имеет особого значения. На некоторых продовольственных рынках естественная монополия может все же иметь место, а в ЛПУ, вероятно, все чаще наблюдается стремление увеличить масштабы деятельности по сравнению с малыми размерами. На городских и пригородных территориях, где проживает основная масса населения, эффект масштаба в амбулаторном или стационарном лечении, возможно, не имеет значения, за исключением необычных специализированных мероприятий. Таким же образом на этих территориях велико число учреждений и поставщиков медицинских услуг, опять же за исключением редких специализированных услуг. Тогда на основании вышесказанного следует ожидать возникновения рынка конкурирующих поставщиков, как только будут сняты государственные или картельные ограничения.

И все-таки мы убеждены, что уж если какого-то условия и нет в отечественном здравоохранении как сфере услуг, так это, конечно, не отсутствия большого числа поставщиков и покупателей медицинских услуг на большинстве рынков или в большинстве видов медицинской помощи. Скорее, если уж чего-то и не хватает, так это качественной и достоверной информации для потребителей. То, что потребители (пациенты) предполагают покупать сами, или для них покупают страховые медицинские организации у производителей медицинских услуг, изначально базируется на информации, которую представляют в первую очередь сами производители. Следовательно, в здравоохранении мы имеем многопрофильную отрасль, в которой информация о составе, качестве и количестве выпускаемой продукции влияет на спрос.

Неосведомленность потребителей оказывает двойное воздействие на экономичность производства медицинских услуг.

Во-первых, она может помешать установлению конкурентного равновесия, поскольку ЛПУ может продолжать предлагать услуги, даже если их цена выше или качество

ниже по сравнению с услугами, предлагаемыми другими ЛПУ. Кривые спроса на производимые услуги не обладают достаточным уровнем гибкости.

Во-вторых, в отсутствие информации, необходимой для определения качества услуг, потребители могут купить медицинские услуги более низкого качества по сравнению с уровнем максимизации полезности.

Конкретная оценка экономики ЛПУ, как в государственном, так и в коммерческом секторе, в условиях рынка усложняется ввиду необходимости измерения прибыли, рентабельности и эффективности используемых финансовых и других ресурсов. Однако экономические методы решения подобных задач для отечественной медицины разработаны пока слабо. На практике задачи управления качеством производимой продукции в сочетании с минимизацией затрат, максимизации прибыли и оптимизации использования ресурсов пока решаются с трудом.

Для такого большой и своеобразного региона, как Дальний Восток, необходима разработка и планирование единой многоуровневой системы медицинской помощи населению, где во главу угла должны быть заложены принципы регулируемого рынка, поскольку реальной конкуренции учреждений здравоохранения в особых условиях региона в обозримом будущем ожидать нереально. Персонал ЛПУ не должен мириться или соглашаться с низким уровнем качества производимых услуг, т.к. в последующем ответственность за это может стать причиной моральной неудовлетворенности и повышения затрат. Особенно важно осознание руководителей медицинских учреждений того, что их основной задачей является забота о качестве производимых услуг.

В этой связи следует отметить, что в современной медицине пациент уже давно не рассматривается как пассивный реципиент врачебных действий. У пациентов свои заботы, первоочередная из которых — чувство тревоги, которое всегда сопутствует болезни. Врачи должны научиться своими действиями первым делом избавлять пациентов от чувства тревоги, связанной в большинстве случаев с болью. Но и пациенты могут внести весьма позитивный вклад в свое лечение. Они могут стать партнерами по решению проблем сохранения здоровья, а для этого научиться во многих случаях самостоятельно заботиться о себе, ответственно отнестись к вредным привычкам, сказывающимся на их здоровье, и более продуманно и обоснованно принимать решения относительно того, когда следует обратиться к врачу.

В условиях рынка специалистам по управлению отраслью здравоохранения следует разработать стратегию по превращению пациента в партнера по лечению, эта стратегия сделает работу врача продуктивной, а пациента — здоровым и удовлетворенным качеством оказанных услуг. Значительным плюсом этой стратегии явится демонстрация снижения общих расходов системы здравоохранения, связанная с обучением пациентов здоровому образу жизни и формированию навыков профилактики (предупреждения) заболеваний.

## ***8.2. Исторические аспекты идеологии непрерывного управления качеством в производстве услуг***

Термин «качество» является гораздо более многозначным, чем, пожалуй, любой другой применяющийся в науке и технике, - утверждали авторы фундаментального труда «Что такое качество», считая качество функцией времени и динамической

категорией. Одна из трудностей определения качества в медицине заключается в том, что разные субъекты рыночных взаимоотношений (врачи, пациенты, страховые компании и др.) отдают предпочтение различным элементам или составляющим качества. Историческое формирование этих предпочтений зависело от различных факторов, таких как уровень научно-технического прогресса, политическая система и реформа в области здравоохранения, доходы и уровень образованности населения и т.д.

В здравоохранении России и других стран мира долгое время не было необходимых инструментов и методов для управления качеством медицинской помощи. Хотя уже с 1903 года можно проследить этапы становления различных методов управления качеством продукции (рис. 8.1). Эмпирический подход к управлению качеством, известный еще в XIX веке, не мог гарантировать стабильное развитие отрасли в эпоху революционных открытий в медицине XX-XXI веков, когда становились доступными более прогрессивные методы диагностики и лечения заболеваний, возникали новые специальности врачей, изменялись запросы общества к качеству оказания медицинской помощи. Все эти перемены требовали новых подходов в управлении качеством в здравоохранении.

В число простых методов, которые достаточно часто упоминаются в связи с идеологией непрерывного улучшения качества, входят метод «мозговой атаки», графики причинной зависимости, метод номинальной группы, метод Дельфи, схемы процессов, гистограммы, графики контроля, диаграммы Парето, диаграммы разброса, перечни контрольных вопросов и т.п. Реже сообщается об использовании более сложных средств: статистический контроль процессов, технология развертывания функции качества и планирование экспериментов.

Этапы становления управления качеством в XX веке

1903. Научные основы управления (Ф.У. Тейлор)

1915. Пространственно-временное распределение

1916. Теория администрирования (Г. Файоль)

1922. Идеальный тип чиновничества (М. Вебер)

1931. Первое применение матем. моделей (В. Шьюхарт)

1940. Применение простых статист. методов (Э. Деминг)

1950. Статистический контроль процесса (И. Джуран)

1956. Система управления качеством (А. Фегельбаум)

1960. Японское качество (К. Ишикава, Г. Тагучи)

1965 «Ноль дефектов» (Ф. Кросби)

1970. Циклы качества (К. Ишикава)

1980. Движение к тотальному качеству

1987. Системы менеджмента качества

1988. «Реинжиниринг» бизнес-процесса (М. Хаммер)

1989. Стратегия TQM (И. Окланд)

2000. Концепция организации совершенства

**Рис. 8.1. Этапы становления различных методов управления качеством продукции**

Убедительные доказательства в отношении того, какие из систем обеспечения качества или контроля качества являются наиболее эффективными, отсутствуют, однако имеются фактические данные о том, что для получения результатов необходимо систематически и постоянно использовать какую-либо из этих систем.

Имеются данные об эффективности методов статистического контроля процессов и калькуляции затрат на обеспечение качества, однако затраты времени и уровень квалификации, необходимые для их надлежащего использования, выше, чем при использовании многих других средств.

К другим средствам, предусматривающим использование нескольких методов, относятся сопоставительный анализ, реинжиниринг и «путь пациента». Имеются данные о положительных результатах использования всех этих методов, хотя в отношении метода реинжиниринга полученные результаты носят неоднородный характер, он требует больших затрат и проблематичен с точки зрения методологии.

Имеются некоторые данные о положительных результатах применения метода организационной оценки EFQM (Европейский фонд по управлению качеством), некоторых видов клинического аудита и ряда методов структурированной экспертной оценки.

В формировании и развитии современных систем непрерывного повышения качества, зародившихся в середине XX века и впоследствии распространенных на различные сферы деятельности человека, такие как промышленное производство, медицина и пр., можно выделить несколько периодов.

### ***Предпосылки развития непрерывного улучшения качества***

Родоначальником системы научного менеджмента предприятия, названной тейлоризмом, был президент Американского общества инженеров-механиков (ASME) Фредерик Уинслоу Тейлор, который в 1900—1903 гг. разработал принципы научного управления предприятием. В работе «Shop Management» он предложил использовать научный системный подход для целей управления предприятиями. С 1903 года он занимался пропагандой своих идей и внедрением систем научного менеджмента на предприятиях США. В 1915 году в США было создано тейлоровское общество, которое было призвано развивать и совершенствовать идеи Ф.У. Тейлора. С этих позиций и следует рассматривать систему менеджмента Тейлора, основные принципы которой изложены им в работах *The Principles of Scientific Management* и *Shop Management*.

Исходя из этих работ, основной задачей управления предприятием является обеспечение максимальной прибыли для предпринимателя с учетом максимального благосостояния каждого занятого на предприятии работника. Следует отметить, что критики Ф. Тейлора всегда обвиняли его в черствости, и эта негативная печать лежала на разработанной им системе менеджмента. Даже в США ему пришлось давать показания в специальной комиссии Конгресса в связи с забастовкой рабочих и беспорядками в Уотертауне, вызванными попытками администрации армейских складов насильно внедрить систему Тейлора. В учебных программах вузов бывшего СССР изучались буржуазные теории «тейлоризма» или «менеджеризма», где главным отрицательным моментом системы управления Тейлора определялась чрезмерная эксплуатация наемных рабочих.

Какие же принципы лежат в основе системы управления Ф.У. Тейлора? Их несколько, причем большинство из них адресованы администрации предприятия. Например, широко известное правило 80/20, характеризующее степень ответственности руководителей.

- *Администрация берет на себя функцию внедрения системы управления.*
- *Администрация проводит на основе научно установленных признаков тщательный отбор рабочих, а затем тренирует, обучает и развивает каждого отдельного рабочего.*
- *Администрация осуществляет сердечное сотрудничество с рабочими для достижения соответствия принятым нормам.*
- *Устанавливается разделение ответственности между рабочими и администрацией: менеджмент берет на себя задачу планирования и нормирования, а рабочие — функцию выполнения.*
- *Каждый рабочий получает задание (урок), которое обосновывается предварительным хронометрированием всех операций.*

- *Заработная плата рабочего зависит от выполнения задания. Это предполагает не только планирование и нормирование заданий для каждого рабочего, но и выплату ему зарплаты и соответствующих премий за выполнение задания в полном объеме и в срок.*

Важно подчеркнуть, что по Тейлору, каждый рабочий для выполнения задания должен заранее получить письменную инструкцию, регулирующую во всех деталях порядок его работы и применения требуемых технических средств. Так что идея документирования системы управления насчитывает без малого уже сто лет. Исходно вся его система базируется на необходимости управления, основанного на фактах. Неоднократно в своих работах он отмечал важность научного обоснования каждого действия администрации. Например, он так характеризует предшествующие ему менеджерские подходы: «существенный дефект ..., присущий всем обычным системам управления, состоит в том, что их исходный пункт, их основание базируется на неведении и лжи...».

Сам Тейлор рекомендовал все нормативы рассчитывать на основе многочисленного хронометрирования. Он отмечает, что эти данные необходимы для ежедневной работы по организации управления предприятиями. Для обработки данных, которые Ф. Тейлор собирал в течение 15 лет, он предложил несколько усовершенствований логарифмической линейки и других приспособлений для сбора, хранения и обработки информации. Анализируя производственные операции и осуществляя их хронометрирование, Тейлор сформулировал общие правила повышения производительности:

- *изучение задачи и анализ движений, необходимых для ее выполнения;*
- *описание каждого движения, анализ составляющих усилий и измерение времени выполнения каждого движения;*
- *устранение всех лишних и неправильных движений;*
- *соединение всех оставшихся необходимых движений в новую логическую последовательность.*

Как отмечено Питером Друкером, эти правила являются общими и весьма эффективными. Он же сказал: «На протяжении последних ста лет каждый новый метод... основывался на принципах Тейлора, как бы рьяно авторы этих методов ни превозносили отличия собственных систем от тейлоровской». Можно согласиться с такой оценкой Друкера универсальности тейлоровских правил, если сравнить их, например, с самой «продвинутой» методикой реинжиниринга процессов.

Ключевая идея тейлоровских правил заключается именно в исключении лишних движений (операций, служб, подразделений и т.п.), снижающих эффективность производства, и она применима к любым сферам хозяйствования. Таким образом, формально можно было бы провозгласить принципы Тейлора предтечей теории процессного подхода. Но на самом деле Тейлор и был его разработчиком: анализировал конкретные рабочие процессы, разбивал их на операции, оценивал их эффективность. Таким образом, принцип непрерывного улучшения реализуется по Тейлору. Фактически, именно предложенная им методика повышения производительности представляет собой цикл «PDCA», который затем был формализован и визуализирован Э. Демпингом.

Очень важным, если не самым важным, аспектом тейлоризма является сотрудничество администрации и рабочих (вовлечение персонала) при внедрении

системы управления. На этом аспекте Ф. Тейлор настаивал. Кроме того, он говорил, что рабочие готовы участвовать в прибылях, но совершенно не способны участвовать в убытках. Последний тезис относится к ситуациям, когда убытки обусловлены причинами, находящимися абсолютно вне сферы их влияния и контроля; значительное повышение ставки премий может оказывать демотивирующее воздействие, так как персонал привыкает к этой премии и в дальнейшем настаивает на ней. Зарплата персонала ставится в зависимость не только от количества выработки, но и от ее качества, что предполагает внедрение методов контроля качества. Это положение подтверждено в современных исследованиях Ю.П. Адлера при анализе мотивирующих функций премий.

Говоря о системном подходе, присущем тейлоризму, необходимо подчеркнуть два аспекта: целостность системы управления предприятием и научный подход. Как отмечал Тейлор, его система управления предприятием представляет собой комбинацию элементов управления. Некоторые из них были предложены ранее, но их комбинация в виде набора принципов и механизмов была предложена им впервые. Он полагал, что применение научных принципов вместо навыков позволит повысить производительность труда, обеспечит большую гармонию между нанимателями и рабочими.

Сегодня практически все промышленные предприятия мира используют систему управления Тейлора в разных вариациях. Важен вывод, который можно сделать о том, что любая эффективная система управления предприятием, разбитая на элементы в угоду тем или иным интересам, может оказаться неэффективной именно из-за нарушения системности подхода. Например, пренебрежение принципом сотрудничества между персоналом ЛПУ и администрацией в рамках системы Тейлора обязательно приводит к конфликту интересов. Отказ от принципа сотрудничества между администрацией и персоналом приводит к антагонизму и войне между топ-менеджерами и персоналом предприятия, о чем также предупреждал Тейлор.

### ***Возникновение и становление новой концепции управления качеством в здравоохранении***

К 1917 году в России была развитая на уровне, сравнимом с западными странами, система здравоохранения, включавшая в себя разветвленную сеть земских больниц и амбулаторий, частнопрактикующих, преимущественно городских, врачей, медицинское (высшее и среднее) образование. Записанное в Конституции СССР право на пожизненную медицинскую помощь носило не только социальный, но и политический характер, и долгое время служило орудием пропаганды. Несмотря на положительные отзывы, в том числе и со стороны экспертов из капиталистических стран, относительно общедоступности медицинской помощи СССР, ориентация здравоохранения была направлена преимущественно на больное, а не на здоровое население.

Несколько иначе смотрели на эту проблему за рубежом. В отличие от СССР в экономически развитых странах пациент имел возможность выбрать клинику, в которой ему предстояло получить лечение. В погоне за богатыми пациентами, в условиях жесткой конкуренции со стороны коллег, больницы фальсифицировали свои результаты, зачастую скрывая негативные последствия лечения. Такую конкуренцию вряд ли можно было назвать здоровой, а, следовательно, гарантировать высокое качество было сложно.



В этой ситуации появились специалисты, которые ставили качество во главу угла, считающие, что, повышая КМП, можно выигрывать борьбу за пациента в условиях самой жесткой конкуренции. К ярким представителям этой группы специалистов относился Е. Amory Codman, выдающийся бостонский хирург и основоположник управления КМП в США.

Основным вкладом в повышение качества в медицинской деятельности Годмана стало создание базы данных врачебных ошибок, в которой он впервые пытался отследить не только непосредственные, но и отдаленные результаты операций.

Руководство и многие коллеги резко осудили его, в результате чего в 1910 году он ушел в отставку. В августе 1911 г. Годман открыл частную больницу, названную им «Госпиталь конечного результата» (End Result Hospital). С 1911 по 1916 г. из этой больницы были выписаны 337 пациентов, у которых Е. Codman провел анализ 123 ошибок, сгруппировав их по типам и проследив отдаленные результаты. На собственные средства он публиковал ежегодные отчеты, чтобы сделать их доступными для врачей и пациентов и призывал руководителей других больниц США составлять подобные документы.

К сожалению, вклад Е. Codman в управление качеством не был оценен медицинской общественностью при жизни, а ведь он первый указал на необходимость изменения структуры и самого процесса оказания медицинской помощи для повышения его качества.

Несколько иначе подходил к этой проблеме в промышленности Walter Andrew Shewhart (1891-1967), который явился родоначальником статистического контроля качества и заложил основы непрерывного его совершенствования в индустрии. Докторант Калифорнийского университета по физике, большую часть своей профессиональной карьеры он посвятил работе в крупных компаниях, таких как Western Electric и Bell Telephone Laboratories. Кроме того, все эти годы он читал лекции по контролю качества и применению статистики в Лондонском университете. В 1931 г. вышла в свет его монументальная монография «Экономический контроль качества готовой продукции», расцененная как первое в мире полное описание основных принципов статистического контроля. В 1933 г. его методы были приняты Американским обществом по испытанию материалов (American Society for Testing Materials) и внедрены в стандарты американской армии.

Уолтер Шьюхарт предложил также новый подход к управлению, создав цикл управленческих функций «план - проба - изучение – действие», позволяющий обеспечить непрерывное усовершенствование и повышение качества. Впоследствии за свои работы он был назван «отцом статистического контроля качества». В дальнейшем многие специалисты в области управления качеством процессами производства подхватили его идеи и модернизировали его разработки, применив их на практике.

Этот период для медицины в целом охарактеризуется формированием приоритета контрольных мер в оценке качества медицинской помощи. На основании экспертиз, как главного средства контроля, применялись санкции к «виновным» в снижении качества в том или ином ЛПУ. «Страх», порождающий сокрытие многих фактов, связанных с работой врачей и руководителей ЛПУ, никак не мог способствовать непрерывному повышению качества медицинской помощи.

Данный этап в промышленности, который условно можно охарактеризовать как период зарождения науки об управлении качеством, тесно связан с именем другого крупного американского ученого - William Edwards Deming (1900-1993). Еще в 1927 г. Уильям Деминг познакомился и стал сотрудничать с Уолтером Шьюхартом, модернизировав впоследствии его методы статистического контроля качества и внедрив их в других сферах производственных процессов.

В дальнейшем Деминг скажет слова благодарности «за необычайную честь работать в качестве ученика великих людей...», поставив на первое место Уолтера Шьюхарта. Деминг разработал свой вариант теории управления качеством, в которой статистические методы являются лишь инструментом, а главным была философия нравственности, основанная на уважении к работнику как личности, вовлеченность в процесс решения текущих проблем всех сотрудников компании.

Волею судьбы Деминг принес гораздо больший успех и процветание для японской, а не для американской экономики. После второй мировой войны генерал Дуглас Макартур пригласил Деминга, занимавшегося преподаванием по проблемам качества в рамках программы производства военного времени, в Японию для обучения принципам улучшения качества. Развив идеи д-ра Шьюхарта, Деминг предложил всеобъемлющую теорию управления, основанную на цикле постоянного улучшения и на стремлении Шьюхарта применить теорию вариаций в качестве образца для принятия разумных и экономически оправданных административных действий. В настоящее время системная реализация этих идей происходит во всем мире. В число научных достижений Деминга входят его 14 принципов управления.

- 1) *Разработайте и доведите до сведения всех сотрудников декларацию целей и задач компании или иной организации. Руководство должно постоянно демонстрировать свою приверженность этой декларации.*
- 2) *Новую философию должны освоить и высшее руководство, и все сотрудники.*
- 3) *Необходимо понять, что целью контроля являются усовершенствование технологии и сокращение затрат.*
- 4) *Необходимо покончить с практикой заключения контрактов на основе одного лишь ценника.*
- 5) *Необходимо постоянно совершенствовать систему производства и обслуживания.*
- 6) *Необходимо ввести систему обучения.*
- 7) *Необходимо обучать и выдвигать руководящие кадры.*
- 8) *Изгоните страх. Создайте атмосферу доверия. Создайте необходимый климат для новаторства.*
- 9) *Оптимизируйте усилия бригад, групп и подразделений в соответствии с целями и задачами компании..*
- 10) *Необходимо устранить назидательность в отношениях с работниками.*

11а) Устраните количественные нормы на производстве. Вместо этого изучите и внедрите методы улучшения качества.

11б) Необходимо устранить управление объектами. Вместо этого научите-возможности технологических процессов и способов их усовершенствования.

12) Устраните барьеры, лишаящие работников гордости за свое мастерство.

13) Поощряйте стремление каждого к получению образования и самосовершенствованию.

14) Действуйте, чтобы осуществить преобразования.

Прямые и несложные для последовательного применения, эти принципы формируют характеристику рабочего, его рабочего места, технологии производства продукции и существенно не отличаются от наших нынешних представлений об эффективном управлении. Адекватной реакцией на эти принципы может быть только их развитие, приближение к требованиям сегодняшнего дня, сосредоточение на всем, что продвинет организацию вперед.

Вскоре после начала преподавательской деятельности Деминга в Японии туда был приглашен на преподавательскую работу и Джозеф Джуран. Он сосредоточился на средствах и способах применения этих новых идей при управлении и руководстве различными организациями. Несколько лет спустя Арман Фейгенбаум, сотрудник «Дженерал Электрик», а затем «Дженерал Системз Компани», был также приглашен в Японию на преподавательскую работу.

Учеником, а затем и многолетним коллегой этих ученых из США был Каору Ишикава, который до его кончины был старейшиной современных японских первопроходцев в области управления качеством продукции. Он объединил в единое целое 7 «инструментов» контроля качества и основал систему общеорганизационного контроля качества. Ишикава, так же как и многие его соотечественники, в свое время прослушал цикл лекций Деминга. В 1962 году он организовал первый «кружок качества» в японской компании Nippon Telegraph and Telephone Public Corporation. Журнал «Контроль качества для мастеров», основанный в 1960 г. под редакцией К. Ishikawa, позволил всем кружкам контроля качества в Японии учиться друг у друга. В короткие сроки популярность таких кружков выросла, а Ишикава получил мировую известность. Его коллега и последователь Г. Taguchi разрабатывал методы эффективности процессов проектирования и производства новых рыночных продуктов. Он упростил статистические методы, сделав их понятными каждому. Всего за несколько послевоенных лет страна, бывшая врагом США, перенесшая страшную трагедию ядерной атаки, вышла из разряда отсталых, выдвинув на мировой рынок высококачественную продукцию. Японцы успешно реализовали модель непрерывного управления качеством продукции, хотя последняя и была разработана в США, и обогнали своих учителей.

Незадолго до смерти Деминг в ответ на вопрос корреспондента о том, каким бы он хотел остаться в памяти своих сограждан, сказал, что хотел бы, чтобы его запомнили как человека, который старался предотвратить «самоубийство американской промышленности».

По мнению академика РАМН А.И. Вялкова «Обеспечение качества - это деятельность, направленная на создание условий медицинской помощи населению, позволяющих выполнить заявленные государством (медицинским учреждением) гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в полученной медицинской помощи». В настоящее время известны три модели управления качеством в здравоохранении: профессиональная, бюрократическая и индустриальная (Гройсман В.А., 2004, Назаренко Г.И. с соавт., 2003, Caroselli M., Edison L., 1997).

Профессиональная модель одно время была основой управления качеством в медицине и широко использовалась в СССР. При этом качество медицинской помощи всецело зависело от квалификации врача-профессионала, в то время как администрация больницы не несла ответственности за последствия лечения и была призвана лишь создавать необходимые условия для работы (Назаренко Г.И. с соавт. 2003, Graham N.O., 1995).

В основе современной бюрократической модели управления качеством лежит стандартизация объема и характера медицинских услуг с последующей экспертизой конечного результата (Вардосанидзе С.Л., 2003, Гончаренко В.Л, 1998, Сабанов В.И. с соавт., 1997 и др.).

Индустриальная модель управления качеством медицинской помощи представляет собой адаптированную к здравоохранению модель непрерывного повышения качества, разработанную W. E. Deming (1986), который в своей книге «Выход из кризиса» сформулировал основополагающие принципы управления. Ее теоретические положения заложены в классической работе А. Donabedian («The Seven Pillars of Quality»), который видел в основе управления качеством органическую взаимосвязь структуры, процесса и результата, принимая во внимание, что управлять результатом можно только совершенствуя основные технологические (лечебно-диагностические) процессы в ЛПУ. Сегодня это признано многими зарубежными учеными и в гораздо меньшей степени учеными и практиками в отрасли здравоохранения России.

Ключевым элементом индустриальной модели управления качеством медицинской помощи является процессный анализ, который предусматривает идентификацию, проектирование процессов с последующим их непрерывным совершенствованием. При этом в основе управления результатом лежит цикл действий, направленный на максимальное снижение частоты отклонений в ключевых процессах и гарантирующий достижение лучшего из максимально возможных научно обоснованных результатов.

Основными принципами всеобщего управления качеством в медицине являются следующие (Andrews S. L., 1991):

- 1. Качество — это основная цель любой деятельности в организации.*
- 2. Потребители и их нужды формируют организацию, ее работу, но не наоборот.*
- 3. Для улучшения качества необходимо совершенствовать, прежде всего, систему, процессы и методы работы, а не наказывать самих людей.*

4. *Вместо фиксированных стандартов — непрерывное совершенствование процессов.*

5. *Основные направления по улучшению качества основаны не на интуиции, а на анализе процессов.*

6. *Руководители учреждения и его подразделений должны иметь точку зрения пациента, владеть статистическим и системным анализом, знать и уважать точку зрения персонала, отказаться от традиционной оценки индивидуального выполнения работ.*

Индустриальная модель управления качеством медицинской помощи, ориентированная на непрерывное повышение качества, взятая из опыта зарубежных стран, не находит широкого применения в отечественном здравоохранении. Перенос зарубежных систем обеспечения качества без учета специфики каждого региона и отдельно взятого во внимание ЛПУ не достигает цели. Остаточный принцип финансирования отечественного здравоохранения, дефицит кадров, отсутствие подготовки по вопросам управления качеством медицинской помощи у руководителей ЛПУ, существующий антагонизм между администрацией ЛПУ и медицинским персоналом - только часть тех проблем, без устранения которых невозможен переход на инновационные технологии управления КМП.

В большинстве же ЛПУ сохраняется формальный подход к проведению внутриведомственной экспертизы, чаще всего с использованием профессиональной модели. Все понимают, что «повышать качество медицинской помощи необходимо», но как это сделать и какими силами неясно. А самое главное, в отрасли здравоохранения не сформированы общепринятые подходы к решению главных вопросов: как реально заинтересовать медперсонал в повышении качества медицинской помощи, как повысить объективность ведомственной экспертизы и преодолеть чувство антагонизма между административным аппаратом и врачами и медперсоналом.

В связи с этим имеется острая необходимость адаптации современной модели управления качеством медицинской помощи к реальным условиям ЛПУ отрасли здравоохранения, которая была бы экономичной, доступной для понимания всего медицинского персонала. В последующем при успешном внедрении такой модели управления КМП, повышении общего уровня знаний медицинского персонала по вопросам менеджмента, появятся возможности для её совершенствования с учетом особенностей того или иного лечебно-профилактического учреждения.

### **8.3. Современное состояние управления качеством медицинской помощи населению Дальнего Востока**

Реформирование здравоохранения Дальнего Востока России: децентрализация управления, расширение самостоятельности ЛПУ, становление систем обязательного и добровольного медицинского страхования, изменение социально-экономических условий усиливают актуальность проблемы управления качеством и эффективностью медицинской помощи. Концептуальной основой, стратегическими ориентирами такой политики могут стать базовые положения программы ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году», к реализации которой на Дальнем Востоке России не подошли сегодня и, навряд ли, есть реальные перспективы на ближайшие 5-10 лет. В ее основе лежит равноправие всех граждан в отношении доступности и

качества медицинской помощи, содействие оздоровлению посредством широких социально-экономических мероприятий и межведомственного сотрудничества. Кроме того – это профилактика заболеваний и обязательное страхование на случай болезни, иерархическая система лечебной помощи и развитие первичных звеньев здравоохранения, активное участие широких общественных кругов, местных организаций и сообществ в реализации оздоровительных программ и дальнейшем совершенствовании здравоохранения региона.

Сегодня здоровье становится важнейшим конкурентным элементом на нарождающемся рынке рабочей силы, но, к сожалению, и сейчас в его сохранении и приумножении не заинтересован никто — ни медицинские работники, ни сам человек, ни предприятие, где он работает. Продолжает доминировать так называемый остаточный принцип формирования ресурсов и финансирования отрасли здравоохранения, что, по сути, является «экономией» непосредственно на человеке. Никакой реальной экономии здесь, конечно, нет.

Кризисное состояние здоровья населения Дальнего Востока угнетающе действует на всю его экономику, на развитие материально-вещественных и человеческих факторов производства, выхолащивает социальную и духовную жизнь людей, а в конечном итоге оборачивается для нашего общества колоссальными материальными и культурными потерями.

В системе медицинского обслуживания населения Дальнего Востока до сих пор превалирует т.н. бюрократическая модель управления качеством медицинской помощи. В начале 90-х годов эта модель казалась нам неким откровением, поскольку она представлялась шагом вперед, по сравнению с тем периодом развития здравоохранения региона, когда были утеряны достижения отечественного здравоохранения периода т.н. развитого социализма, особенно в решении вопросов первичной медико-санитарной помощи, организации медицинского обслуживания сельского населения и т.п. Тогда нам открылись возможности экспертных оценок, что, как казалось в то время, позволит решить проблему снижения качества медицинских услуг за счет ужесточения требований к организационным и технологическим стандартам, самое главное к их неукоснительному выполнению.

Но уже к 1998 году в большинстве территорий Дальнего Востока среди специалистов, которые занимались управлением качеством, появились врачи и организаторы здравоохранения, высказывающие сомнения в правильности выбранного пути. Большое значение в формировании числа «сомневающихся» имели предоставленные Федеральным фондом ОМС стажировки для медицинских экспертов в страховых медицинских организациях и ЛПУ экономически развитых стран Европы. В них эксперты воочию убеждались в том, что бюрократическая модель управления качеством работает только в системе жестко централизованной вертикали управления, которая не допускает сомнения в правоте «контролеров» и их выводов. В командировках они знакомились с эффективно работающей системой управления качеством в условиях децентрализации управления, в условиях, где мнение каждого участника процесса по производству медицинских услуг, независимо от занимаемого им положения, имело значение и учитывалось при разработке стратегии управления качеством. Большое значение в движении вперед по пути перемен в обеспечении качества имели доступные публикации наработок отечественных и зарубежных ученых в рамках программы «Здравреформ» и научные партнерства между университетами России и США в рамках реализации программы Агентства по международному развитию США.

В 1996- 1998 гг. нами проведено исследование информации о действующих моделях систем управления качеством медицинской помощи на территориях Дальневосточного региона, которое позволило выделить некоторые их особенности:

- наличие и разнообразие сложившихся устойчивых традиций в сфере оказания медицинской помощи в различных ЛПУ, отделениях и даже группах специалистов (профессиональных медицинских школ),
- значительно ослабленные внутриведомственные структуры контроля и управления КМП,
- низкий уровень стандартизации действующих медицинских и организационных технологий и ограниченность применения медицинских, технологических, экономических и других стандартов,
- размытость границ компетенции и слабая взаимная преемственность результатов деятельности внутриведомственных и вневедомственных служб контроля и управления КМП,
- отсутствие системного подхода к организации экспертизы (неразвитость многих необходимых подсистем и связей между ними),
- отсутствие специалистов по организации, планированию и системному анализу,
- неэффективное применение вычислительной техники, отсутствие интегрированного автоматизированного информационного обеспечения,
- слабая эффективность обратных связей, регулирующих и управляющих КМП по результатам деятельности экспертизы.

На основе системного анализа служб экспертизы КМП отрасли здравоохранения территорий ДВФО можно выделить основные цели территориальной системы экспертизы КМП.

- обеспечение правовой и социальной защищенности пациентов,
- контроль над соблюдением доступности, объемов, сроков, качества и безопасности медицинской помощи,
- обеспечение эффективного и рационального использования кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов.

Обозначенные цели обуславливают совокупность большого числа факторов структурного, функционального, организационно-экономического характера, влияющих на систему оказания и качество медицинской помощи населению региона.

На основе исходных данных была построена базовая (концептуальная) модель (рис. 8.2) системы управления КМП, отражающей типичную идеологию действующих в Дальневосточном регионе систем обеспечения КМП. Анализ этой модели позволяет определить подходы и выделить требования для дальнейшего исследования и построения типовой оптимальной модели, разработки детального, ограниченного, первоочередного перечня задач управления, комплекса моделей планирования и управления.

Модель системы управления качеством медицинской помощи отрасли здравоохранения как совокупность элементов, находящихся между собой в определенной взаимосвязи (функциональной, информационной, материальной и др.), направленных на достижение вышеуказанных целей, входит в качестве подсистемы в систему более высокого порядка - систему охраны здоровья

населения, и включает в себя подсистемы более низкого порядка, прямо или косвенно влияющие на КМП.

В модели выделены шесть основных блоков:

- среда (блок 1),
- входящий пациент (блок 2),
- медицинские технологии (блок 3),
- выходящий пациент (блок 5),
- вневедомственная экспертиза ТФОМС (блок 7),
- независимая экспертиза" (блок 6).

Кроме того, выделены четыре вспомогательных и управляющих блока:

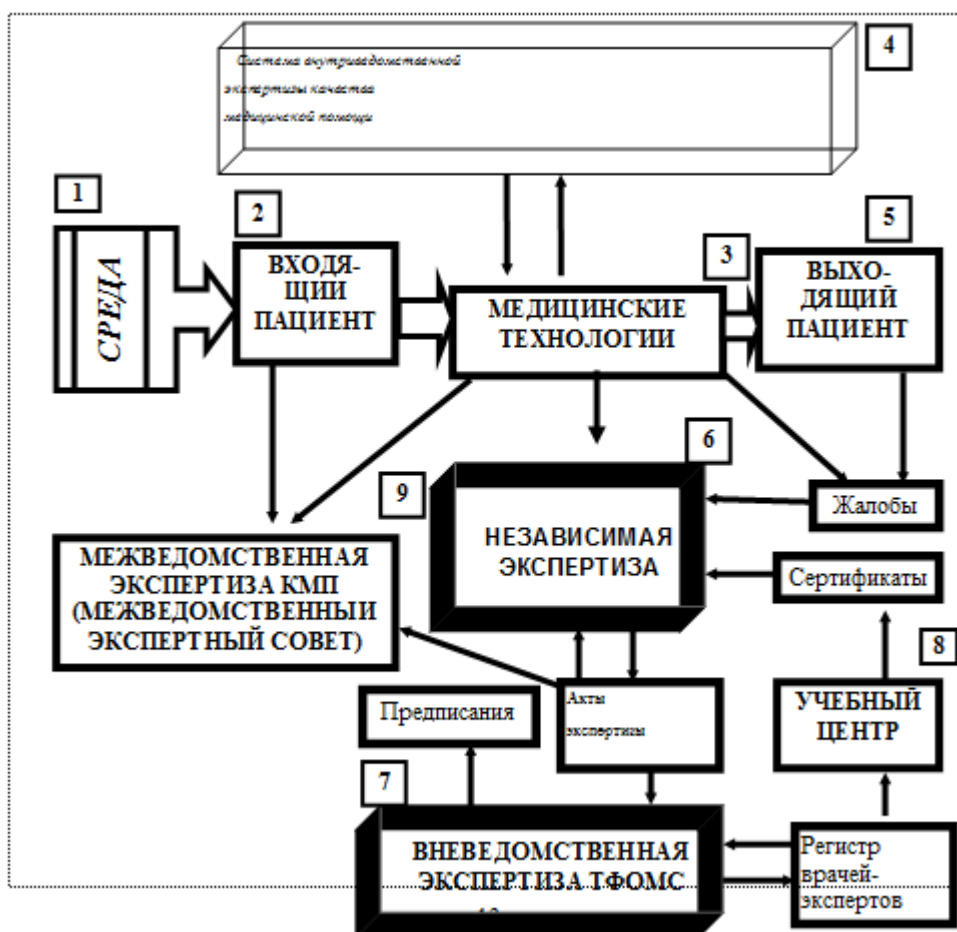
- система внутриведомственной экспертизы КМП (блок 4),
- межведомственные экспертные организации (блок 9),
- учебные центры (блок 8).

Каждая из указанных подсистем имеет цели (подцели) своего уровня, которые в то же время выступают средством обеспечения цели вышестоящего уровня (дерево целей). Критерии (стандарты для сравнения, правила или средство оценки, меры степени близости к цели, признак, на основании которого производится оценка и т.п.), определение и методы их достижения являются специфическими для каждого конкретного уровня системы.

Для определения дерева целей в системотехнике и моделировании применяется метод декомпозиции - операции разделения целого на части с сохранением признака их целевой подчиненности и принадлежности. При этих операциях необходимо четко представлять предметные области подсистем - пространства описания структуры и ситуаций, характерных для подсистемы и очерченных условной границей подсистемы.

**Рис. 8.2. Базовая модель системы управления качеством медицинской помощи в ЛПУ Дальнего Востока России**





### **Предметная область «Среда»**

Для предметной области "Среда" (блок 1) подцелью и главными критериями (в контексте системы экспертизы КМП в ЛПУ отрасли) являются обеспечение потребности населения в медицинской помощи и стабилизация количества потенциальных «входящих пациентов» для подсистемы (блок 2), а также гарантии прав жителей Хабаровского края в пределах данной предметной области.

На основании проведенных исследований можно выделить ряд факторов, прямо или косвенно влияющих на указанные критерии:

- а) положительные факторы: здоровый образ жизни, планирование семьи, иммунопрофилактика, мотивация населения к сохранению здоровья и др.
- б) отрицательные факторы: низкий уровень гигиены и санитарии окружающей среды, жилища, высокий уровень социально значимых заболеваний – наркомания, токсикомания, алкоголизм, болезни, передающиеся половым путем, рост криминогенных ситуаций в быту, в местах отдыха, на транспорте, проституция и др., рост наследственной патологии, нарушений психики и др.

### **Предметная область «Входящий пациент»**

В этой предметной области (блок 2) подцелью и главными критериями являются оптимальность условий удовлетворения этих потребностей (выходом этой предметной области является решение пациента или его родителей о месте

получения, ожидаемой доступности, качестве и объеме предполагаемой медицинской помощи), а также гарантии прав пациента в пределах данного раздела.

Данные проведенных нами исследований позволили определить следующие действующие направления регулирования и управления критериями предметной области «Входящий пациент». По полученным в результате анализа сведениям в ЛПУ территорий Дальневосточного региона в целом и Хабаровского края в частности практически не проводятся общественные мероприятия по повышению информированности пациентов в области их прав, обязанностей и ответственности за соблюдение правил получения качественной и безопасной медицинской и лекарственной помощи, а также условий деятельности ЛПУ, мероприятий по повышению медицинской грамотности и информированности населения в вопросах выбора оптимальных маршрутов получения амбулаторно-поликлинической, специализированной и стационарной медицинской помощи.

### ***Предметная область «Медицинские технологии»***

Для предметной области "Медицинские технологии" (блок 3) подцелями являются: предоставление населению доступной медицинской помощи в объемах, гарантированных территориальной программой бесплатной медицинской помощи, в сроки и по тарифам, качеству и безопасности предусмотренными договорами об оказании медицинской помощи в ЛПУ отрасли в соответствии с установленными на территории края организационным и медицинским стандартам. Главными критериями оценки результатов деятельности этой предметной области являются соответствие КМП требованиям стандартов, эффективность использования финансовых средств и ресурсов при соблюдении гарантий прав пациентов.

Эта предметная область в наибольшей мере подвержена контролю в настоящее время как с точки зрения внутриведомственной, так и вневедомственной экспертизы, однако в большей мере рассматриваются медицинские технологии и в меньшей мере организационные, что зачастую приводит к формированию комиссионных экспертиз.

### ***Предметная область «Выходящий пациент»***

Выходом (результатом) деятельности медицинских технологий блока 3 являются новые характеристики контингента пациентов (блок 5), получивших медицинскую помощь, а также различная медицинская и отчетная (реестры) документация, отображающая эти характеристики и различные аспекты выполненной медицинской помощи. Пациенты блока 5 находятся в правовом поле, аналогичном "Входящим пациентам" - блок 2.

Главными критериями оценки предметной области "Выходящий пациент", по данным наших исследований, можно назвать: снижение уровня повторных обращений за медицинскими услугами и количества хронических заболеваний, снижение числа жалоб и обращений пациентов в связи с некачественным оказанием медицинской помощи.

Маршруты выходящих пациентов различны и определяются исходами оказанной им медицинской помощи. Часть из них возвращается в среду (блок 1), некоторые из них, в случаях незавершенного по разным причинам лечения, могут снова вернуться в качестве пациентов (блок 2) с хроническими и повторными заболеваниями или

рецидивами, что является последствиями некачественной медицинской помощи, полученной в блоке 3.

Выходом предметной области "Выходящий пациент", по данным исследований, являются в основном жалобы и заявления пациентов и их родственников. При учете жалоб и оценок КМП со стороны выходящего пациента следует учитывать характеристики, аналогичные отмеченным в предметной области "Медицинские технологии" при учете жалоб пациентов в процессе оказания им медицинской помощи.

### ***Предметная область «Вневедомственная экспертиза ТФОМС»***

Выходами блока 7, так же как и блока 4, являются выходы (медицинские и иные документы и информация, реестры, акты экспертизы, жалобы, претензии, сертификаты врачей-экспертов, заключения межведомственных экспертных организаций о качестве деятельности экспертов и т.п.), создаваемые в предметной области блоков 3,5 и 6.

Критериями оценки качества деятельности (блок 7) является эффективность внедрения мероприятий по повышению КМП, эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов. Правовое поле деятельности специалистов блока 7 создается, по данным исследования служб управления качеством в системах здравоохранения территорий Дальнего Востока, постановлениями и инструкциями, выпускаемыми на уровне глав администраций субъектов РФ региона.

Выходом предметной области блока 7 являются документы в следующем виде:

- комплексные статистические количественные, качественные и экономические сведения о состоянии КМП в ЛПУ и рекомендации по ее совершенствованию,
- предписания независимым экспертам на проведение плановых и выборочных экспертиз,
- сформированные регистры врачей-экспертов,
- нормативы на проведение экспертизы в ЛПУ (формализованные вопросники для экспертов и нормативы расчетов штрафных санкций ЛПУ, графики оптимального движения экспертов в ЛПУ),
- методы направленного отбора и выборочного метода на основании анализа реестров, статистических данных по КМП, по уровню осложнений, по летальности, по повторным обращениям, по увеличению сроков лечения и претензий к КМП,
- по выполнению технологии лечебно-диагностического процесса, диспансеризации, профилактических осмотров и др.

### ***Предметная область «Независимая экспертиза»***

Для данной предметной области (блок 6) подцелью является конкретизация отклонений КМП по каждому исследуемому случаю оказания медицинской помощи с одновременной оценкой комплексного показателя КМП. Главными критериями оценки деятельности предметной области "Независимая экспертиза" являются профессионализм, полнота, качество и непротиворечивость экспертных оценок КМП.

Входами предметной области по блоку 6 является следующая информация:

- положение о враче-эксперте,
- медицинская документация ЛПУ, необходимая для комплексной экспертизы КМП,
- предписания на проведение плановых и выборочных экспертиз,
- нормативы на проведение экспертизы в ЛПУ (формализованные вопросники для экспертов и нормативы расчетов штрафных санкций ЛПУ),
- графики оптимального движения экспертов в ЛПУ),
- методы экспертных оценок и их документирования,
- медико-экономические стандарты ЛПУ и др.

### ***Предметная область «Учебные центры подготовки экспертов»***

Для данной предметной области (блок 8), по имеющимся оценкам, целью и главным критерием деятельности являются доведение до обучающегося соответствующей программы, оценка соответствия уровня знаний установленным в этой предметной области требованиям и отсутствие претензий со стороны территориальных органов управления здравоохранения и фондов ОМС.

В соответствии с некоторыми негативными факторами предметной области "Независимая экспертиза" можно условно выделить некоторые отрицательные тенденции в формировании предметной области "Учебный центр подготовки экспертов":

- территориальная удаленность от мест работы экспертов,
- отсутствие у потребителей информации о внешней экспертизе качества и целевого уровня обучающих программ, преподавательского состава,
- несоответствие качества экспертов, обученных в разных учебных центрах, при наличии равнозначных сертификатов и др.

### ***Предметная область «Межведомственная экспертиза КМП»***

Наличие некачественных и несовершенных или отсутствие внедренных отработанных медицинских стандартов, возможные проведения некачественных независимых экспертиз, отклонения в качестве подготовки врачей-экспертов, риски неадекватного распределения предписаний на экспертизы среди экспертов и другие отклонения в технологии экспертизы КМП обуславливают появление претензий ЛПУ к некачественным экспертизам. Это приводит к необоснованным предъявлениям санкций, и, как следствие, вызывает риски дополнительных экспертиз на более высоком уровне с участием Межведомственной экспертной организации (блок 9).

Типовые функции организаций типа «Межведомственные экспертные организации» в территориях ДВФО выполняют, в основном, функции арбитров, выпускают методические рекомендации и осуществляют надзор (контроль) за соблюдением технологий экспертной работы и оценивают работу экспертов, вырабатывают экспертные заключения по конфликтам между ЛПУ и независимыми экспертами, работающими по контрактам в системе ОМС и участвуют в решении вопросов досудебных разбирательств по КМП.

Риски появления различных отклонений в качестве результатов функционирования подсистем в блоках 6,7 и 9 требуют повышения эффективности деятельности этих

блоков с помощью дополнительной системы регулирования и управления качеством вневедомственной экспертизы.

### ***Предметная область «Система управления вневедомственной экспертизой КМП»***

Управление является целенаправленным процессом, организующим деятельность определенной предметной области деятельности с учетом и для достижения долговременных целей и критериев совершенствования системы, а также конкретных возможностей их осуществления.

Интенсификация управления системой экспертизы КМП, повышение эффективности и качества ее деятельности, как составного элемента цельной системы управления КМП службы медицинской помощи, определяется постановкой новых сложных социально-экономических задач и потребностью в совершенствовании отрасли здравоохранения с помощью использования методов системного подхода, системного анализа и математического прогнозирования. Он предполагает рассмотрение больших систем как интегрированное целое и достижение максимальной эффективности всей системы при гармоничном сочетании противоречивых целей ее составных частей (Солодовников В.В., 1982). При огромном разнообразии задач, решаемых с помощью системного анализа, пока не существует оптимальной методологии, не выработан единый, пригодный для всех случаев инструментарий (Л.И.Мельникова, В.В.Шведова, 1991).

Сформированная на основе системного анализа экспертных моделей служб здравоохранения Дальневосточного региона России, стран дальнего и ближнего зарубежья, базовая модель системы управления КМП отрасли здравоохранения могла бы быть реализована в полном объеме с 2000 до 2006 года, однако до настоящего времени используются только ее отдельные аспекты. В большинстве ЛПУ региона до сих пор используется бюрократическая модель управления качеством медицинской помощи, что ведет к увеличению числа экспертных заключений и росту затрат на экспертную работу. Но уровень качества медицинских услуг остается прежним или даже снижается.

К сожалению, в отрасли здравоохранения региона так и не было начато реформирование, разработанное в конце 90-х годов в рамках функционирования общественной организации медицинских работников «Ассоциация здравоохранения Дальнего Востока» которое предусматривало три основных направления:

- **модернизацию научной базы медицинской помощи населению региона;**
- **разработку стратегии развития системы лечебно-профилактических учреждений каждой территории ДВФО в отдельности и всего региона в целом;**
- **ориентирование медицинской помощи на потребности пациентов.**

В отдельности каждое из них являлось необходимым, но не достаточным условием для достижения максимально возможного улучшения в минимальный срок и при самом экономически эффективном использовании ресурсов. И самое главное, имелись достоверные доказательства действенности всех трех составляющих.

По нашему мнению, новая система хозяйствования медицинских учреждений региона в условиях рынка, их работа в условиях резкого ограничения ресурсов плохо согласуется с традиционными представлениями о роли управления качеством медицинской помощи в деятельности ЛПУ и органов управления здравоохранения.

#### ***8.4. Нерешенные проблемы обеспечения качества медицинской помощи населению Дальнего Востока России***

На «плечах» врачей и медицинских сестер лежит тяжелый груз ответственности за качество оказываемых медицинских услуг. Российское общество до сих пор воспринимает медицинских работников как некую категорию людей, облаченных в белые одежды и давших клятву Гиппократу, которые должны работать на благо того самого общества, отказывая себе в самом необходимом. Например, в получении достойной заработной платы хотя бы на уровне прожиточного минимума региона, рождении и воспитании детей, охране труда, страховании профессиональной ответственности и т.п. Общество почему-то не замечает того, что почти 40% работающих, т.е. членов этого самого общества, платят единый социальный налог, только с той зарплаты, которую получают официально по расчетной ведомости. Причем эти же члены общества львиную долю вознаграждения за «доблестный труд на благо капитализма» получают в «конверте» и, что естественно для них, не платят единого социального налога из этих самых конвертов. Российское общество не замечает плачевного состояния здравоохранения в провинции, особенно в таких отдаленных от центра территориях, как Дальний Восток, но оно весьма остро реагирует на случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи своим членам.

Потребительское отношение большей части российского общества к отечественной медицине, обязанности по обеспечению населения медицинскими услугами приемлемого уровня качества и невероятный груз ответственности за здоровье и жизнь пациентов ставит часть врачей-профессионалов перед нелегким выбором. С одной стороны, можно продолжать профессиональную деятельность пополам с альтруизмом в государственных и муниципальных ЛПУ, с другой стороны имеется возможность перейти в частные медицинские организации и там продолжать профессиональную деятельность, но за приемлемое вознаграждение. И, наконец, есть третий путь, которому последовали некоторые мои коллеги. Это путь ухода из профессии и реализация своих способностей на нелегкой ниве предпринимательства. Так или иначе, отрасль здравоохранения региона потеряла и продолжает терять классных специалистов, которые до последних лет обеспечивали приемлемый уровень качества медицинских услуг в ЛПУ региона. Это одна из многочисленных проблем обеспечения качества медицинской помощи населению Дальнего Востока.

#### ***Отсутствие универсальных подходов к обеспечению КМП в медицине Дальневосточного региона***

В широких кругах медицинских работников отрасли здравоохранения Дальнего Востока существует мнение, что любой профессионально подготовленный специалист может выполнять функции эксперта. В принципе это возможно, но отсутствие знаний по методике экспертизы, по анализу экспертной информации, по процедурной реализации медицинской экспертизы, по статистическому анализу и т.п. делает результаты многих экспертиз завышенными по сравнению с реальным положением дел по уровню КМП и не приемлемыми для принятия управленческих решений.

Теоретически система обеспечения качества и эффективности медицинской помощи региона должна включать в себя набор универсальных показателей, имеющих количественное выражение, что позволит в дальнейшем подвергнуть их сравнению, подсчету, математической обработке и пр. Набор универсальных показателей позволяет применять их на уровне отдельного ЛПУ, его подразделения, персонально для отдельного врача и медицинской сестры.

В этой связи следует отметить, что понятие «качество медицинской помощи» в ЛПУ отрасли здравоохранения Дальнего Востока до сих пор трактуется очень широко. Помимо тривиального и общепринятого «контроля над соблюдением медицинских стандартов», хотя само понятие «стандарт» носит весьма размытый характер, оно включает отрывочные сведения о запросах и вкусах потребителей. В то же время все прекрасно понимают, что обеспечение высокого уровня качества медицинской помощи не должно сводиться только к контролю над соблюдением стандартов, а должно стать приоритетной задачей практически всех уровней управления. К сожалению, для специалистов по управлению здравоохранением региона все работы по обеспечению КМП сводятся к т.н. экспертизе качества и формированию последующих репрессивных мер к производителям, в то время как во многих странах мира и перспективных регионах России формируется подход к обеспечению КМП, выражающийся в создании системы непрерывного поддержания высокого качества медицинской помощи. Он является наиболее перспективной моделью управления качеством (TQM Total quality management – тотальное управление качеством или OQI Organizationwide quality improvement — сквозное (постоянное) улучшение качества).

В процессе управления ЛПУ различного уровня часто встречаются такие ситуации, когда необходимая для управления информация может быть получена только путем сбора суждений, оценок, мнений специалистов-стоматологов. В связи с этим сейчас резко возрос интерес к изучению и применению экспертных методов.

Сбор экспертных данных мы понимаем как ранний этап процесса принятия решений. Экспертное суждение — это не решение, а лишь полезная информация, помогающая грамотному принятию решений. В этой связи следует обратить внимание на нередко возникающую путаницу между получением экспертных суждений и принятием коллективных решений. Принимать решения может как один человек, так и коллектив. В последнем случае решение должно быть согласовано между членами коллектива и удовлетворять каждого из них.

Врачи-эксперты используются для получения различных типов информации, определяемых и характером решения, и природой оцениваемых объектов. Чаще всего при проведении исследования мы использовали такие типы информации, как количественная оценка производимых услуг или каких-то их свойств, упорядочение, классификация услуг и т.п. В зависимости от области применения объектами экспертных оценок были медицинские услуги, образцы изделий зуботехнических лабораторий и т.п. Информация об услугах использовалась нами, например, для принятия решений о том, для какого изделия наладить массовое производство, какой проект принять к реализации, авторов каких медицинских услуг определенным образом поощрить и т. п.

Комплексная система управления эффективностью и качеством деятельности медицинских учреждений по нашему мнению предполагает четкую работу всех звеньев управления и совпадения их интересов по обеспечению КМП на всех

уровнях. На основе стандартизации медицинских технологий и операций администрации ЛПУ следует обеспечить четкую организацию медицинского обслуживания, регламентации труда исполнителей, структуры, объема помощи на всех этапах реализации технологического процесса, оптимального размещения всех видов ресурсов и контроля над их использованием. Пока же универсальных подходов к обеспечению КМП населению ДВФО не создано.

### ***Несовершенная система стандартизации и рационализации в медицине региона***

На основании анализа деятельности ЛПУ государственного и негосударственного сектора мы пришли к выводу, что для решения проблемы повышения качества услуг необходимо расширение комплекса стандартов не только на планирование и учет деятельности ЛПУ, но и на всю систему хозрасчетных взаимоотношений, включая основные положения:

- организация внутриучрежденческого хозрасчета;
- планирование медико-экономических показателей деятельности основных, вспомогательных и хозяйственных служб;
- определение результатов производственно-хозяйственной деятельности структурных подразделений ЛПУ;
- планирование системы фондообразования.

Таким образом, комплексную систему управления КМП в медицине следует рассматривать как организационную форму управления не просто в виде набора стандартов, а как систему рационального использования ограниченных ресурсов на обеспечение медицинской помощи должного уровня на территории региона.

Системный анализ здравоохранения региона показал, что практическая медицина не располагает пока простыми, экономичными и информативными показателями, комплексно оценивающими уровень и качество деятельности ЛПУ. Во многом это связано с отсутствием новых статистических форм для сбора данных о медико-экономической деятельности медицинских учреждений, а также классификацией расходов по «направлениям их использования и источникам финансирования».

Поэтому предметом особого внимания экономики ЛПУ, по нашему мнению, является разработка эффективных механизмов сбора текущих финансово-статистических данных и данных нефинансового характера (экономическая отдача технического и технологического оборудования, их мощность, вводимые ресурсы и др.) Традиционно используемая финансово-статистическая информация носит разрозненный, неполный и несистематизированный характер.

### ***Отсутствие разработанных моделей результатов деятельности ЛПУ и их подразделений***

Медицина должна располагать критериальной шкалой оценок эффективности использования отдельных видов ресурсов с точки зрения объема и динамики затрат труда персонала, материалов и фондов на единицу услуг (работ, результатов). Кроме того, мы полагаем, что для управления ЛПУ следовало бы шире применять показатели трудо-, материало- и фондоемкости. Для оценки эффективности практическое значение имеет также анализ фондоотдачи, т.е. отношения достигнутого эффекта к величине основных производственных фондов.



В рыночных условиях большую актуальность для ЛПУ приобретают расчеты производительности труда, оценка получаемого эффекта (натурального и стоимостного, прямого и косвенного, частного и общего) на уровне отдельного работника, подразделения и учреждения в целом. Затраты труда (трудоемкость) выражаются через время, расходуемое на единицу произведенных услуг (оперативное пособие, лечение терапевтических больных, шинирование переломов, диагностические процедуры и т.д.). Среди натуральных форм выражения этих показателей приоритет отдается тем из них, которые учитывают не только количественно-качественные стороны лечебно-диагностического процесса, но и сам факт оказания помощи. Это и число посещений, и число принятых первичных больных, и число оперативных вмешательств, проведенных курсов лечения и профилактических мероприятий, осмотренных в порядке плановой санации и др. Причем в отдельных службах, в частности в стоматологии эти показатели намного точнее, информативнее и определеннее, чем в общеклинической практике.

Однако появление новых и совершенствование существующих методов диагностики, лечения и профилактики не всегда подкрепляется обоснованными нормативами трудовых операций. Например, различные аномалии прикуса встречаются практически у каждого второго взрослого, но до сих пор не определены нормы нагрузки и нормативы потребности населения в кадрах стоматологов ортодонтического профиля. Не установлена стоимость лечения этого контингента лиц с учетом его трудоемкости, квалификации специалиста и стоимости соответствующих ортодонтических аппаратов и материалов. Аналогичные примеры можно привести по кардио- и нейрохирургии, трансплантологии и пр.

### ***Стоит ли ограничиваться контролем качества производства медицинских услуг?***

Даже имея те ресурсы, которые выделяются для функционирования ЛПУ отрасли здравоохранения региона в соответствии с заниженной в общественном самосознании ценностью здоровья, несравнимо меньшие, чем в экономически развитых странах мира, персонал ЛПУ может и обязан обеспечивать должное качество услуг. Ограниченность ресурсов - лишь условия, а не барьер для развития и усовершенствования методологии управления качеством - чем меньше ресурсов, тем эффективнее должна работать система медицинской помощи для удовлетворения потребностей населения региона.

Вопросы качества медицинской помощи в регионе традиционно решаются только внутриведомственно. Врачи осознают свои реальные возможности и поэтому до сих пор считают себя единственными возможными судьями по вопросам качества медицинской помощи. При этом рассматривается только один аспект управления - внутренний контроль и наказание за дефекты, но при условии защиты корпоративных интересов перед всеми остальными. Контролирующие функции и управляющие решения выполняются в рамках строгой и довольно инертной системы должностных инструкции, методических рекомендаций, приказов Минздравсоцразвития РФ и т.п.

До сих пор к критериям качества не относится такой показатель как удовлетворенность пациента, нет никаких первичных документов, где каким-либо способом она бы оценивалась.

По нашему мнению, работа внутри ЛПУ по улучшению качества медицинских услуг должна проводиться по методике непрерывного улучшения качества. Но в отличие от медицины экономически развитых стран в ней, по-видимому, будет меньше демонстрационных элементов и формализма, вызывающих у людей современного российского общества идиосинкразию и неприятие. По той же причине вряд ли в регионе возможно создание регионального регистра врачей с их досье нарушений КМП, как, например, в США.

Многие элементы современного подхода по управлению КМП за рубежом легко воспринимаются в ЛПУ России, как уже знакомые (коллективные методы решения поставленной задачи, взаимный контроль, моральное стимулирование за хорошие результаты, гласность). Некоторые элементы заставляют отказаться и забыть привычные представления: конкретное приложение усилий четко в соответствии с выбранными приоритетами, а не решение глобальных проблем вообще; четкое планирование с малыми временными интервалами, а не на пятилетку; конкретность и четкость выполнения запланированного с соответствующим контролем и оперативной коррекцией, а не по итогам года; стремление к достижению ощутимых и видимых результатов, а не неопределенная работа на перспективу и т.п.

В договора (контракты) с сотрудниками ЛПУ естественно включить пункты о зависимости вознаграждения от показателей качества результатов. Таким образом, у каждого врача (медсестры) появится стимул и заинтересованность в улучшении конечного результата, а технология управления КМП и организационная структура - это те инструменты, которые позволят в текущей работе применять эффективные методы достижения лучших результатов.

Реформа здравоохранения в области управления качеством должна позволить проводить оценку медицинской помощи на основе ее промежуточных и конечных результатов и оплачивать медицинскую помощь за ее качество в соответствии с этой оценкой. Если результат станет главным критерием оценки качества, то для всей системы и для каждого врача главной целью всей деятельности становится не объем услуг, не строгое выполнение стандарта процесса, не недопущение дефектов (при отказе, например, от сложных случаев), а положительные изменения состояния здоровья пациентов. Соблюдение технологии и нарушения в структуре должны разбираться только при недопустимом отклонении показателей результата от установленного стандарта. Этот подход является принципиальным.

Пока же получается, что скорее оплачиваются объемы медицинской помощи, чем качество, применяется подход «оплата за пролеченного больного». В результате медицинские учреждения, и это хорошо видно из отчетных данных, стали наращивать количество пациентов за счет «легких» случаев, избегая лечение «тяжелых» пациентов, причем, иногда и в ущерб конечному результату.

Методологию управления КМП возможно использовать и на территориальном уровне управления - создать соответствующие комитеты управления качеством по службам. При этом должны решаться проблемы повышения качества медицинской помощи территориального уровня и использоваться показатели качества - показатели изменения состояния здоровья в результате обслуживания всего прикрепленного населения.

Основной путь улучшения качества - органическое включение идеи непрерывного улучшения качества в структуру и базисные принципы функционирования всей

системы медицинской помощи населению региона. Идея улучшения качества должна присутствовать в повседневной работе, как всех сотрудников ЛПУ и его руководства, так и в деятельности управляющих органов, финансирующих и обеспечивающих субъектов.

Защита прав пациентов и защита прав врачей — очень актуальная проблема для здравоохранения региона, которую надо срочно решать. Если при защите прав пациентов можно как-то использовать Закон о защите прав потребителей, то для защиты прав врачей практически нет никакой законодательной базы. Тем более что лечащим врачам всех специальностей приходится защищаться от попыток со стороны фондов ОМС, страховых компаний и пациентов взвалить на них ответственность за проблемы, обусловленные недостатками финансирования, комплектации ЛПУ технологическим оборудованием, ограниченные возможности для персонала получать новые знания и навыки.

Следует подчеркнуть, что страховые медицинские организации в регионе ведут недальновидную политику в отношении качества: выставляют штрафные санкции за дефекты, ошибки вместо поощрения за обеспечение качества. Доказано, что положительная мотивация значительно сильнее при достижении цели, чем страх перед наказанием за неудачу.

Мы должны извлечь урок из представленного в различных публикациях опыта преодоления сопротивления врачей внедрению в практику стандартных технологий. Проблемы разработки стандартов для технологии медицинской помощи и ее результатов тесно связаны. Представляется необходимым разработать региональные формализованные руководства по технологии медицинской помощи кафедрами региональных медицинских вузов на основе метода доказательства клинической практикой результативности и эффективности предлагаемых технологий — «медицины, основанной на доказательствах» - «Evidence-Based Medicine».

Частью стандарта медицинских технологий должны быть стандарты на результаты, промежуточные и конечные. Стандарт технологии должен начинаться с определения цели оказания медицинской помощи при данном заболевании и заканчиваться сравнением достигнутых результатов в изменении состояния здоровья пациента с поставленной целью. Также стандарт может включать вероятностную оценку достижимости поставленной цели.

Оценка, обеспечение и контроль качества на всех уровнях управления (федеральном, территориальном, районном, учреждения, отделения) и всеми субъектами (ЛПУ, ТФОМС, СМО, департаментами здравоохранения) должны осуществляться по единому принципу главенства критериев качества результатов (промежуточных и конечных). Врач, отделение, ЛПУ могут отклоняться от технологических стандартов, если результаты помощи соответствуют стандартным, но если результат отрицательный, необходимо доказать экспертам и пациентам обоснованность отклонения от стандарта технологий. И если первые эти доказательства хотя бы выслушают, то реакция вторых вполне предсказуема.

***На пути к построению элементов управления качеством и эффективностью медицинской помощи в регионе***

Комплексную систему управления качеством в здравоохранении региона следует рассматривать не только как организационную форму управления, не просто как набор стандартов, но и как систему рационального использования ограниченных ресурсов на обеспечение медицинской должного уровня помощи.

В международной практике известны три основных вида контроля, что, например, учитывалось при создании системы управления качеством медицинской помощи в Хабаровском крае: государственный, профессиональный и общественный (Аскалонов А.А., 1988; Горобчук В.Г. с соавт., 1990; Вялков А.И., 1994; Лебедева И.В., 1994; Дьяченко В.Г., 1996; Pipinger C.E., 1981; Thompson A.W., Wilder B., 1985; Makens P.K. McEachern J.E., 1990).

Исходно они имели разный уровень своего потенциального развития, что и определило усилия по разработке отдельных аспектов экспертизы качества медицинской помощи в регионе. С одной стороны, достаточно полно разработан внутриведомственный контроль качества в ЛПУ, с другой стороны вневедомственная экспертиза качества, общественный контроль, контроль потребителей медицинских услуг, потребовали детальной разработки всей системы от начала и до практической реализации. Причем ряд вопросов решался эволюционно, по мере включения в систему всех субъектов медицинского страхования. В конечном итоге, все разногласия перенесены на рассмотрение созданного в 1993 году Межведомственного экспертного совета, где коллегиально принимались решения по всем спорным вопросам организации экспертизы, отбора экспертов и результатов экспертной работы. Таким образом, проблема управления КМП в Хабаровском крае продолжает оставаться весьма острой, поскольку система здравоохранения края существует в рамках значительного ограничения ресурсов, а также недостаточно координированной системы экспертной работы. С этих позиций следует выделить три основных направления, взаимодействие которых необходимо для обеспечения высокого уровня качества медицинской помощи населению:

- Новые формы организации и управления отраслью, внедрение технологии «управление по результатам деятельности».
- Новые методы контроля качества, особенно работ профилактической направленности.
- Совершенствование материально-технической базы ЛПУ в условиях ограничения ресурсов на основе анализа эффективности функционирования отрасли.

Анализ сложившейся ситуации по обеспечению населения региона медицинской помощью должного качества показал, что в значительной мере сдерживающим моментом в решении проблемы качества медицинской помощи является недостаточная проработанность комплекса взаимосвязанных стандартов медицинской помощи на каждом этапе ее оказания, каждого организационного звена. Причем эффективность использования стандартов могла быть достигнута только за счет четкой работы всех звеньев управления, обеспечивая совпадение интересов отдельного коллектива, отдельного его члена и всей системы здравоохранения в целом.

Соответственно система контроля за качеством и безопасностью медицинской помощи в крае в представляется в следующем виде:

- Государственный контроль, который проводится за соблюдением стандартов медицинской помощи и сертификационной деятельностью. В соответствии с законодательством Российской Федерации он осуществляется лицензионно-аккредитационными органами федерального подчинения.
- Профессиональный контроль, который осуществляется экспертами органов управления здравоохранением, филиалов фонда ОМС, страховых медицинских организаций за соблюдением технологических стандартов и стандартов достигнутых результатов.
- Независимый контроль, который осуществляется экспертами независимых аудиторских организаций, создаваемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В результате деятельности лицензионно-аккредитационной комиссии в 1994 году все лечебно-профилактические учреждения региона, исходя из соответствия стандартам, были классифицированы по пяти уровням. Это позволило дифференцировать тарифы за оказанную медицинскую помощь по уровням лечебно-профилактических учреждений и утвердить их решением краевого комитета по тарификации медицинских услуг, а также дифференцированно подходить к планированию результатов деятельности.

Профессиональный контроль, как ведомственный (органы управления здравоохранением), так и вневедомственный (страховые медицинские организации и филиалы фонда ОМС) проводится на основании пакета нормативно-правовых документов «Клинико-экспертная работа в учреждениях здравоохранения Хабаровского края» и Распоряжения губернатора Хабаровского края от 23.01.06 № 9-р «О создании межведомственной комиссии по взаимодействию и координации деятельности минздрава Хабаровского края, территориальных и федеральных органов исполнительной власти по вопросам организации качественной, доступной и безопасной медицинской помощи на территории Хабаровского края», которые регламентируют систему экспертизы, деятельность экспертов и пр.

Независимый контроль качества медицинской помощи до настоящего времени проводился в виде единичных экспертиз аудиторской медицинской организацией, зарегистрированной в установленном порядке в администрации края и имеющей временную лицензию на право заниматься экспертной деятельностью в медицинских учреждениях. Следует отметить в этой связи, что нормативная база для деятельности таких независимых аудиторских организаций недостаточна, что в значительной мере затрудняет их работу.

Развитие системы контроля КМП обозначило и некоторые нерешенные в настоящее время методические проблемы. Если экспертиза качества медицинской помощи в стационарных отделениях ЛПУ в достаточной мере проработана с методических позиций, то этого нельзя сказать об экспертизе качества амбулаторно-поликлинической службы. Экспертиза качества в лабораторной службе, рентгенологии, радиологии, функциональной диагностике методологически тоже пока не решена в достаточной мере.

Более значимой, на наш взгляд, является проблема отсутствия учета мнения пациента при оценке и контроле качества медицинской помощи. Сегодня качество медицинской помощи является синонимом медицинского "ноу-хау" и полностью зависит от тех, кто оказывает медицинскую помощь.

Чтобы снизить риск врачебного доминирования, необходимо учитывать и ожидания и представления пациентов о качестве медицинской помощи. Такой подход заимствуется из мира бизнеса, где потребитель - ключевая фигура. Этот подход в контексте современной медико-санитарной помощи порождает такую проблему, как учет мнений многих потребителей, имеющих неодинаковые, зачастую противоположные потребности и ожидания. Потребителями являются пациенты и их родственники, а их такое множество, что учесть все их мнения практически невозможно.

При анализе экономических потерь важное значение имеют оценки распространения внутрибольничных инфекций. Наши исследования последних лет по изучению внутрибольничных инфекций в ЛПУ региона показали, что затраты на медицинскую помощь низкого качества (т.е. производство медицинских услуг, осложненных внутрибольничным инфицированием) всегда выше, чем затраты на высококачественную помощь. Причем устранение «брака» в работе врачей предполагает формирование значительных дополнительных расходов.

К сожалению, современного подхода к пониманию и анализу служб отрасли как целостной системы у многих специалистов не сформировано. Понимание всего многообразия организационных вопросов позволяет сделать вывод, который подтверждается многочисленными примерами промышленного производства, что отклонения в работе от стандартных технологий, т. е. качественные дефекты, возникают не по вине конкретного исполнителя, а в связи с тем, что в ЛПУ не работает система защиты от отклонений или не создана эффективная система контроля над отклонениями. Создавать надежно функционирующие системы оказания медицинской (стоматологической) помощи, а не заниматься «поисками виновных» - вот что сегодня необходимо для обеспечения КМП в различных службах отрасли здравоохранения.

Знание проблем психологии отдельного сотрудника, групп сотрудников и коллектива в целом имеют важное значение для осуществления процесса постоянного улучшения качества работы. Д. М. Бервик в своей известной специалистам работе «Непрерывное повышение качества как цель в здравоохранении», опубликованной в 1989 году, утверждал: «Работники, совершавшие и совершающие ошибки, постараются их обязательно скрыть, если они будут находиться под постоянной угрозой наказания за них». Не следует при этом забывать, что современные методы повышения качества основываются на сотрудниках, вносящих свой вклад в работу любого уровня, любой сложности.

Внедряемые программы непрерывного повышения качества в некоторых ЛПУ не принесли ожидаемых результатов там, где коллективы сотрудников восприняли их как очередную хорошо подготовленную компанию. Во многих медицинских учреждениях, к сожалению, сложились условия недоверия между рядовыми работниками и администраторами. Большинство действующих администраторов здравоохранения региона выросли в старой системе управления, когда управление определяло единоначалие, замешанное на диктатуре мнения высшего начальника.

Следовательно, для восстановления доверия между администраторами и рядовыми работниками необходим иной тип руководителя, хорошо знающего психологию отдельного работника, групп и коллективов. Специалисты различных служб здравоохранения, как и специалисты многих других областей, склонны переоценивать мнение «авторитетов», никогда не ставя под сомнение их научную

обоснованность. Довольно часто высказывания того или иного авторитетного ученого не подкрепляются ссылками на высказывания других по обсуждаемой проблеме с применением рандомизированных исследований. Таким образом, будущее идеологии постоянного улучшения качества медицинской помощи в отрасли должно основываться на новой теории знаний, клинической эпидемиологии, доказательной медицине и критическом анализе получаемой информации во всех сферах здравоохранения.

Критический анализ старой системы ценностей, когда анализировалась в основном работа с отклонениями в отрицательную сторону, когда оценка качества медицинской помощи производилась с позиций рассмотрения случаев с неблагоприятным исходом с целью выяснения, не было ли это следствием халатности со стороны того или иного недобросовестного врача, привел к необходимости разработки новых подходов оценок влияния на состояние здоровья населения тех врачей, которые работают без дефектов и обеспечивают до 95% достижения стандартных результатов и их вклада в формирование уровня состояния здоровья населения.

В новых условиях потребовалась реализация концепции «измерения результатов», однако измерение окончательных результатов в виде уровня смертности, инвалидности и пр., не давало возможности определить степень зависимости данного результата лечения от применяемой методики и индивидуальных особенностей больных (Брассар М., 1993; Тиллингаст С., 1996) .

Вероятно, в ближайшее время нам придется отказаться от малоэффективных методов лечения и диагностики в отрасли здравоохранения Дальнего Востока, дающих результаты сомнительного уровня качества и перейти на перспективные технологии, внедрение которых потребует достаточного количества ресурсов, что в условиях их дефицита весьма затруднено. В этой ситуации потребуются использование управленческого потенциала отрасли на реализацию задачи – достижение максимальных результатов при минимальных затратах.

### ***Обратная связь как основа для улучшения качества медицинской помощи***

К сожалению, при росте числа проводимых экспертиз случаев оказания медицинской помощи в Дальневосточном регионе до сих пор не отработана система доведения результатов экспертиз до потребителей информации, в частности до врачей и руководителей ЛПУ, а иногда и до сведения представителей общественных организаций. В большинстве случаев первым шагом по улучшению качества медицинской помощи является простое сообщение результатов экспертных оценок врачам. Это можно сделать несколькими способами.

В форме сравнительной обратной связи. При этом способе можно сообщить отдельным лечащим врачам данные по результатам их деятельности в сравнении с данными других врачей. Групповая или агрегированная обратная связь, напротив, дает отдельным людям информацию о деятельности группы, частью которой они являются, но не индивидуальную информацию. Индивидуальная обратная связь состоит из обеспечения отдельных клиницистов или ЛПУ информацией об их собственной деятельности без сравнительной информации. Этот последний тип обратной связи имеет смысл лишь в том случае, если существует явная норма деятельности.

Отвлекаясь от различных форм, можно сказать, что обратная связь несет различные функции. Она может стать кнутом или пряником: сообщение о деятельности может служить образованию реципиента. Она может также служить напоминанием практикам о необходимости выполнения ряда задач или процессов. Она может выступать как положительный стимул, направляя деятельность, продвигая то, что должно быть улучшено, может также быть отрицательным стимулом и восприниматься как взыскание за неудовлетворительную деятельность. Каждая из этих функций сама по себе изменяет деятельность лечащих врачей. Кроме того, обратная связь в отношении деятельности может работать в комбинации с другими методами, включающими особые обучающие действия, напоминания, подсказки, предупреждения и взыскания.

Современное положение в региональном здравоохранении характеризуется все возрастающей насущной необходимостью снижения затрат и работы над улучшением качества медицинской помощи. Такая ситуация требует оценки результатов лечения пациентов и проведения мероприятий, направленных на достижение этой цели. Главная задача отрасли здравоохранения Дальневосточного региона — достижение высоких результатов лечения больных, которые измеряются такими факторами, как улучшение физиологического и функционального состояния, отсутствие физической и психологической боли. Информация, полученная при проведении оценки результатов лечения и мероприятий, связанных с определением степени удовлетворенности пациентов, а также затрат, соотносимых с результатами лечения, важна для всех, кого это затрагивает. Данная информация также важна для учреждений здравоохранения и врачей, дабы укрепить их в стремлении улучшить качество производимых услуг. Она необходима больным и их врачам в момент принятия ими решений, касающихся стратегии лечения и его проведения. Она полезна покупателям услуг, которые в сегодняшней ситуации должны уметь распознать ЛПУ и врачей, производящих медицинские услуги приемлемого качества.

В течение многих лет, даже нескольких десятилетий мы определяли качество как доступ к новым технологиям и забывали об изменении использования существующих технологий, ошибках принятия управленческих решений, недостатке знаний врачей и другого медицинского персонала. В этом контексте рост уровня нашего понимания существования проблем качества в отрасли следует считать положительным эффектом. Определение проблем качества и последующая работа с выявленными проблемами дает возможность разработки моделей конечных результатов деятельности ЛПУ, отдельных его подразделений и врачей, сообщения результатов экспертиз (обратной связи) врачам и потребителям, а также формирование подходов к современным методам управления качеством производства медицинских услуг.



## Глава 9. На пути к решению проблем внедрения идеологии TQM в медицине Дальнего Востока России

*Врачи и руководители ряда организаций здравоохранения начинают понимать, что беспокойство по поводу неприменимости метода TQM — всеобщего управления качеством в медицине больше основывается на мифах, чем на фактах*

*M. Walton*

Отсутствие на государственном уровне стратегического видения российских регионов, их будущего, состояния их экономики, социальной сферы и здравоохранения было и остается серьезной проблемой, осложняющей гармоничное развитие Российского государства. Наша страна по-прежнему отличается высоким уровнем территориальных контрастов, что может привести к негативным последствиям для ее единства и целостности. Поэтому стратегия регионального развития сегодня чрезвычайно важна. Она не может быть принята без серьезного обсуждения региональных проблем соязательным участием не только представителей исполнительной, законодательной власти и бизнеса, но и представителей социальной сферы, где сегодня формируются социальные гарантии населению. Ведь именно регионам достанутся сладкие или же горькие плоды отреализации той или иной принятой «наверху» программы.

Действующая в настоящее время система государственной поддержки территорий Дальнего Востока, предусматривающая финансирование основных ее форм из федерального бюджета, пришла в противоречие с реальными экономическими условиями и федеративными отношениями. Уровень бюджетных назначений, обусловленный возможностями федерального бюджета, не соответствует реальным потребностям и в последние годы сокращается. Дальнейшее отсутствие ясности и определенности в государственной региональной политике может привести к неконтролируемой ситуации в обеспечении жизнедеятельности населения отдаленных северных и восточных регионов, обострению социально-экономических проблем, что представляет реальную угрозу целостности России.

Привычка действовать без учета специфики своей собственной страны не раз нас подводила, и нынешнее правительство «кабинетных аппаратчиков» снова наступает на грабли, по которым уже прошлось правительство «академических экономистов». Тогда тоже на уровне концепции все было изящно: «антикризисное управление», «вычленение профильных активов». Обернулось это крахом социальной сферы, отечественной медицины, грабительской приватизацией и тем, что по показателям здоровья населения и развития здравоохранения Россия откатилась с 26 на 132 место.

По нашему мнению, региональная стратегия не может приниматься в формате очередной реформы «сверху», навязываемой провинции «мудрым руководством». Особенно чувствительным и зачастую болевым вопросом для многих отдаленных территорий России, таких как Дальний Восток, является вопрос доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению, рассматривать который без опоры на стратегию социально-экономического развития региона, хотя бы на среднесрочную перспективу было бы нецелесообразно.

В Концепции Министерства регионального развития РФ «Стратегия социально-экономического развития регионов РФ» предлагается ясно и однозначно зафиксировать «ad hoc» несколько опорных регионов (разного уровня — от международного до окружного), которые, как полюса роста, получают приоритет в государственных инвестициях. К сожалению, на Дальнем Востоке России таких регионов просто нет. Оставшиеся регионы, в том числе и территории ДВФО, подразделяются на две группы — отсталые и депрессивные. Отсталые регионы будут получателями социальных трансфертов, а в отношении же депрессивных регионов предполагается селективная бюджетная (грантовая) поддержка инициатив, ориентированных на экономический рост и увеличение налоговой базы.

По мнению отдельных дальневосточных экономистов, предлагаемая концепция содержит ряд противоречий и спорных моментов. Во-первых, непонятно, почему сделан вывод, что федеральная политика в отношении регионов, которая строилась на платформе выравнивания социально-экономического развития регионов, «себя фактически исчерпала». Формально из текста концепции следует, что результатом этой политики стало накопление диспропорций в регионах и усиление дифференциации по основным социальным и экономическим параметрам, но предложение о переходе к политике поляризованного развития предполагает еще большую дифференциацию регионов. Такая тенденция может привести к состоянию для отдельных регионов (регионов-аутсайдеров), которое именуется «ловушкой бедности». Разве может бедный и отсталый, как в экономическом, так и в социальном плане регион обеспечить свое население медицинской помощью высокого уровня качества? Вопрос этот следует отнести к разряду риторических, поскольку на обеспечение населения качественной и безопасной медицинской помощью требуются значительные финансовые ресурсы. А уж на обеспечение качественной медицинской помощью населения Дальнего Востока России с учетом особых условий региона: климатогеографических, экономических, развития транспортной инфраструктуры, расселения по зонам региона, плотности населения и т.п., потребуется несравнимо больше финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов.

Проблема финансового обеспечения охраны здоровья населения Дальнего Востока России является сегодня, наверное, наиболее обсуждаемой и наиболее актуальной с многих точек зрения. Одной из наиболее важных точек зрения является экономическая эффективность медицинских вмешательств и, в более широком смысле — достижение максимального эффекта от вмешательств в рамках ограничения финансовых ресурсов, т.е. достижение высоких качественных результатов при производстве медицинских услуг, которые сопровождались бы минимальными затратами, т.е. рационализация расходов.

Важно еще и то, что никто, и, прежде всего — жители Дальнего Востока России, не могут ждать, пока состояние экономики региона позволит выделять на доступную, качественную и безопасную медицинскую помощь достаточно средств. Сколько бы ни было средств, они должны расходоваться разумно, и чем меньше средств, тем больше оснований для критического анализа того, как они расходуются. Дело, конечно, не только в финансировании, а в принципах организации помощи и рациональном использовании, как правило, ограниченных ресурсов. Рационализация связана, прежде всего, с внедрением более жестких принципов и ограничений при оплате помощи. Это усугубляет еще одну важную проблему рынка медицинских услуг на Дальнем Востоке России. Дело в том, что те, кто предоставляет медицинскую помощь, т.е. врачи работают по приблизительно

одинаковым правилам (профессиональным стандартам). С другой стороны, пациенты имеют нужду, которая после получения медицинской помощи может исчезать или изменяться. Поэтому пациент обычно не может «возвратить услугу» или просто получить компенсацию за ущерб и обратиться к другому специалисту. Чем строже правила оплаты медицинских услуг, тем меньше у пациента возможностей удовлетворить свою потребность так, как он это понимает.

В рамках централизованной медицинской помощи, какой является отечественная медицина со времен бывшего СССР, возможности выбора врача (ЛПУ), предоставляющего помощь, резко ограничены. Например, хотя по закону пациент имеет право выбора и врача и ЛПУ, по программе государственных гарантий, имея полис медицинского страхования, он может получить медицинскую помощь только в своей районной поликлинике. Частные (коммерческие) ЛПУ не получают от территориальных фондов ОМС средств за лечение граждан, и поэтому вынуждены лечить только за наличные. Таким образом, администраторы здравоохранения защищают «свои» лечебные учреждения и стимулируют ограничение конкуренции. Пациент же оказывается в ситуации, когда он вынужден лечиться там, где лечение ему будет оплачено за счет средств бюджета или фонда ОМС, что ограничивает его выбор в получении качественной и безопасной медицинской помощи.

Некоторые аспекты медицинской деятельности пока просто не поддаются экономической оценке. Например, исходя из экономической оценки эффективности программ профилактики, реализуемых через систему ЛПУ первичной медико-санитарной помощи, большинство территорий Дальнего Востока должны были бы направить все финансовые ресурсы на поддержание и развитие ПМСП муниципальных образований и начать свертывание своих дорогостоящих диагностических и медицинских центров краевого и областного уровня. Очевидно, что такое решение неприемлемо, поскольку такие дорогостоящие центры играют роль «зачатков» передовой медицинской науки в экономически депрессивном регионе. Без них региональная медицина перестала бы быть самовоспроизводящейся, а самое главное, население лишилось бы даже надежды на получение медицинской помощи современного уровня качества. И все-таки не имея достаточно средств на обеспечение производства услуг высокого уровня качества, медицина региона должна сделать выбор между стратегией «топтания на месте», что сейчас и происходит в реальной ситуации, или, исходя из международного опыта развития здравоохранения, формировать иную стратегию развития.

Альтернативная стратегия должна быть направлена на достижение высокого уровня качества и безопасности медицинской помощи населению Дальнего Востока даже в условиях жесточайшего дефицита кадров управленцев высокого уровня знакомых с современными моделями управления качеством производства товаров и услуг. Проблема разработки и внедрения новых систем управления, гарантирующая максимальную эффективность деятельности ЛПУ при минимальных затратах и высоком качестве услуг, является крайне актуальной и, как показала практика, очень не простой. Опыт развитых стран показывает, что создание системы всеобщего управления качеством в виде Total Quality Management – TQM, задача совсем не простая. И еще более усложняет задачу дефицит кадров управленцев высшего и среднего звена, подготовленных и самое главное способных работать в рамках стандартов ИСО серии 9000.

## **9.1. Индустриальная модель управления качеством медицинских услуг – реальность или утопия?**

Индустриальная модель управления КМП, ориентированная на всеобщее и непрерывное повышение качества, взятая из опыта экономически развитых стран, пока не находит широкого применения в отечественной медицине. Все понимают, что «повышать качество медицинской помощи необходимо», но как это сделать и какими силами пока неизвестно. Связано это прежде всего с недостаточной подготовкой по этим вопросам менеджеров высшего звена и руководителей медицинских учреждений как государственного, так и негосударственного сектора. Поэтому большинство из них с завидным упорством утверждают, что медицина – это, прежде всего, искусство, а в сфере искусства измерение качественных параметров неприемлемо, а уж тем более управление качеством процессов оказания медицинской помощи.

### **Индустриальные методы управления качеством в медицине**

Индустриальные методы менеджмента качеством медицинской помощи представляют собой адаптированную к здравоохранению модель непрерывного повышения качества, разработанную W. E. Deming, который в своей книге «Выход из кризиса» сформулировал основополагающие принципы управления. Модель непрерывного повышения качества в медицине получила название индустриальной (Назаренко Г.И. с соавт., 2003, Sommer C. et al, 1995). Ее теоретические положения заложены в классической работе A. Donabedian («The Seven Pillars of Quality»), который видел в основе управления качеством органическую взаимосвязь структуры, процесса и результата, принимая во внимание, что управлять результатом можно только совершенствуя основные технологические (лечебно-диагностические) процессы в учреждении. Сегодня это признано большинством зарубежных ученых (Banks N.J. et al, 1995, Licciardone J.C., 1997, McGivney W.T. et al, 1998, Meng Y.Y. et al, 1997, Nash I.S. et al, 1997) и в гораздо меньшей степени у нас в стране (Линденбратен А.Л. с соавт., 1997; Тогунов И.А., 2000; Кучеренко В.З. с соавт., 2002; Вялков А.И. с соавт., 2003).

Стенли Тиллингаст считал, что сегодня можно выделить четыре основные характеристики индустриальной модели управления качеством:

- *ориентация на непрерывное повышение качества;*
- *в основе управления качеством лежит управление процессами;*
- *тотальный менеджмент качеством реализуется на основе принципов корпоративной культуры;*
- *отказ от внешнего контроля в пользу самоконтроля исполнителей процессов.*

Непрерывное повышение качества исключает ориентацию на жесткие стандарты и фиксированные показатели качества, которые являются временным ориентиром, при достижении которого сразу же готовится вопрос о его возможном смещении в лучшую сторону. Следует отметить, что стандартизация медицинских услуг в отечественном здравоохранении развивается весьма активно, а система стандартизации открыта для всех.

Сегодня работа по принципу «ноль дефектов» лежит в основе непрерывного совершенствования и принята на вооружение всеми ведущими промышленными организациями и рассматривается как одно из приоритетных направлений в организации медицинской помощи (Назаренко Г.И., с соавт. 2003). В известной работе J. Juran («Juran of Planning for Quality», 1988) сказано, что «нет никакого смысла ориентироваться на стандарты, если они не обеспечивают лидерства в области качества». Стандарт должен разрабатываться профессионалами под руководством администрации учреждения и быть основанным не на интуиции, а на строго научных, доказанных в мультицентровых рандомизированных исследованиях.

Вторым ключевым элементом индустриальной модели управления качеством медицинской помощи является процессный анализ, который предусматривает идентификацию, проектирование процессов с последующим их непрерывным совершенствованием (Meng Y.Y. et al, 1997). При этом в основе управления результатом лежит цикл действий, направленный на максимальное снижение частоты отклонений в ключевых процессах, гарантирующий достижение лучшего из максимально возможных научно обоснованных результатов (Ellenberg D. B., 1996, Ellrodt A. G. et al, 1997, Gladki I., 1995).

В медицинском учреждении можно выделить несколько групп процессов: процессы лечения, диагностики, обеспечения и др. При этом процессы диагностики и лечения являются ведущими, вокруг которых концентрируются все остальные. Идентификацию процессов должны проводить специалисты каждого из подразделений ЛПУ. Мониторинг процессов с учетом разработанных моделей требует наличия объективных, чувствительных специфических и клинически обоснованных индикаторов качества, позволяющих на ранних этапах выявить возможные отклонения от технологии (Licciardone J.C., 1997, Mayer-Oakes S.A. et al, 1997, McGivney W.T. et al, 1998). С этой целью предложено использовать следующие из них: повторные госпитализации в течение первого месяца после выписки, реоперации в течение первого срока госпитализации, тяжелые осложнения, эффективность лечения (Malcangi U. et al., 1996, Humzah M.D. et al., 1997).

Проектирование процессов предусматривает их моделирование для достижения конкретно обозначенного результата. Конечно, в идеальном варианте разработки идеологии управления качеством в медицине следовало бы заниматься моделированием процессов оказания медицинской помощи в условиях реального конвейера по производству медицинских услуг. Однако расширение использования в клинике сложных физических и химических технологий, требующих наличия у персонала высоких профессиональных навыков, ограничивает эти процессы и стимулирует применение методов имитационного моделирования.

### ***Применение имитационного моделирования***

Когда мы пытаемся заниматься процессным анализом в ЛПУ с последующим выходом на планирование эксперимента и принятие управленческих решений, то всегда наталкиваемся на одну и ту же проблему разработки и апробации модели управления процессом обеспечения КМП в условиях реального функционирования ЛПУ. Одна из важных особенностей управления качеством производства медицинских услуг — принципиальная невозможность проведения реальных работ по управлению КМП до завершения эксперимента. Возможным выходом является использование имитационных моделей. Сущность метода имитационного моделирования состоит в построении так называемой имитационной модели

исследуемого ЛПУ или его подразделения и целенаправленном экспериментировании с разрабатываемой моделью управления для получения ответов на те или иные вопросы. Говоря о методе имитационного моделирования, как правило, имеют в виду метод, ориентированный на применение вычислительной техники, хотя в принципе могут использоваться любые средства, включая лист бумаги и карандаш.

Другой важный аспект - использование имитационных моделей в процессе эксплуатации информационных технологий управления для принятия управленческих решений по качеству. Такие модели создаются в процессе проектирования, чтобы их можно было непрерывно модернизировать и корректировать в соответствии с изменяющимися условиями работы пользователей. Эти же модели могут быть использованы для обучения персонала ЛПУ перед вводом в действие разработанных технологий в эксплуатацию или для проведения деловых игр.

Принципиальные возможности метода имитационного моделирования весьма велики, он позволяет при необходимости исследовать системы любой сложности и назначения с любой степенью детализации. Ограничениями являются лишь мощность используемой ПЭВМ и трудоемкость подготовки сложного комплекса программ. Методы имитационного моделирования развиваются в основном в направлении исследования степени подобия имитационных моделей реальным системам и разработки типовых методов и приемов создания имитационных моделей.

Имитационное моделирование в медицине используется в основном по следующим направлениям:

- *при исследовании сложных внутренних и внешних взаимодействий ЛПУ с целью оптимизации их функционирования. Для этого на модели ЛПУ изучают закономерности взаимосвязи переменных, вносят в модель ЛПУ изменения и наблюдают их влияние на поведение системы производства медицинских услуг;*
- *для прогнозирования поведения ЛПУ в будущем на основе моделирования развития самого ЛПУ и его внешней среды;*
- *в целях обучения персонала ЛПУ, которое может быть двух типов:*
  - *первый тип - индивидуальное обучение оператора, управляющего неким технологическим процессом или медицинской аппаратурой;*
  - *второй тип - обучение группы персонала, осуществляющей коллективное управление сложным объектом по производству медицинских услуг.*

В первом случае модель ориентирована на тренировку психофизиологических характеристик врача или медицинской сестры, поэтому модели называются тренажерами. Модели второго типа гораздо сложнее. Они описывают некоторые аспекты функционирования ЛПУ или учреждения и ориентированы на выдачу технико-экономических и других характеристик при воздействии на входные параметры управляющей системы (чаще всего не отдельного человека, а группы людей, выполняющих различные функции управления).

**В качестве примера** применения в здравоохранении региона имитационного моделирования следует привести результаты законченной темы НИОКР, где

рассматривались вопросы обеспечения качества и доступности ортопедическими стоматологическими услугами населения Хабаровского края. В этом проекте авторами отмечается, что в регионе наблюдается неуклонный рост уровня числа пациентов с патологией пародонта и запущенных форм кариеса, что приводит к потере зубов и формирует контингенты пациентов остро нуждающихся в протезировании зубов. В связи с вышеуказанным, имеется острая необходимость наличия объективной оценки модели перехода на новые организационные и медицинские технологии с целью гарантированного улучшения качества и степени удовлетворенности населения края ортопедическими стоматологическими услугами.

В связи с этим в рамках исполнения проекта «Разработка новых подходов к прогнозированию и диагностике воспалительных заболеваний пародонта и их внедрение в клиническую стоматологию» реализовано несколько задач, связанных с реабилитацией пациентов в терминальной стадии пародонтита, когда требуется восстановление функции потерянных в ходе течения заболевания зубов. К ним отнесены:

- *оценка обеспеченности пожилого населения Хабаровского края стоматологической помощью;*
- *обоснование организации новой высокопроизводительной линии по производству съемных зубных протезов, проведение расчетов по производству зубных протезов на основе новых технологий и сравнительного анализа с существующим производством;*
- *оценка потребностей Хабаровского края в новых технологических линиях для протезирования пожилых людей;*
- *разработка предложений по развитию новых технологий протезирования в Хабаровском крае на перспективу.*

Внедрение разработанных в рамках проекта предложений позволит перевести одну из отраслей региональной стоматологии на современные технологии производства услуг, что обеспечит с одной стороны — рост производительности труда в ЛПУ стоматологического профиля, а с другой — потребителей услуг высококачественными зубными протезами.

Основной идеей рассматриваемого проекта является замена существующей технологии индивидуального, трудоемкого и дорогого изготовления протезов (съемных и несъемных) на технологии конвейерного типа, использующие машины точного литья, новые материалы, увеличивающие производительность труда в несколько раз.

Расчеты технико-экономических показателей линии по производству протезов проведены на основе использования модельного комплекса «Project Expert – 6», который учитывает требования ЮНИДО (Организация промышленного развития ООН) при формировании структуры затрат, доходов, налогов, показателей эффективности проекта. Продолжительность проекта 9 лет (108 мес.). Расчеты по программе «Project Expert» проводятся в автоматическом режиме с ежемесячными расчетами и соответствующим ежемесячным дисконтированием, начислением процентов, налогов, формированием потока наличности, поэтому они более точно отражают движение средств и показателей по сравнению с большинством методов обычного ручного счета.

**Стратегия проекта.** При анализе инвестиционного проекта базовой стратегией выбрана так называемая «стратегия ниши», которая основывается на том, что концентрация усилий на строго определенном участке гораздо эффективнее, чем действия на широком конкурентном поле. Изготавливаемая продукция (съёмные и несъёмные зубные протезы) на основе поточного производства по предлагаемому проекту на данное время не имеет конкурентов не только на рынке Дальнего Востока, но и в центральной части России. В то же время на рынке стоматологических услуг предлагает свою продукцию множество субъектов, которые в любой момент могут повысить уровень конкуренции. Так, например, в Хабаровском крае в начале 2007 года функционировало более 120 лицензированных стоматологических учреждений, среди которых менее половины представлены государственными и муниципальными учреждениями, а остальные — частными организациями и предпринимателями.

Несмотря на то, что в последнее десятилетие в мировой практике в технологиях изготовления различных конструкций зубных протезов достигнут значительный прогресс, на Дальнем Востоке России до 90% протезов изготавливается по отсталым технологиям (отдельные конструкционные элементы металлических частей зубных протезов изготавливают по технологиям штамповки с последующим соединением их между собой методом пайки с помощью специальных припоев), что не может гарантировать приемлемого даже для отечественных потребителей уровня качества.

В мировой практике много десятилетий назад на смену паяным пришли цельнолитые конструкции зубных протезов. При этом стоматологическое литье занимает ведущее место и составляет «львиную долю» в объеме технологий изготовления бюгельных и мостовидных протезов, микропротезов, пластиночных протезов с металлическими базисами, челюстно-лицевых и ортодонтических аппаратов, а также других металлических приспособлений к зубным протезам.

Внедрение литейного производства в стоматологию позволяет ручной трудоемкий без гарантий качества процесс «вылепывания» металлических коронок заменить высокой механизацией. Естественно, это приведет к изменению всего технологического цикла. Вместе с тем это позволяет получить значительный экономический эффект, а, главное, обеспечить высокое качество изготовления зубных протезов и тем самым значительно улучшить оказание стоматологической помощи населению.

Продукция предлагаемого проекта рассчитана на потребителей Хабаровского края. Данная стратегия делает акцент на ограниченной группе потребителей – населении пожилого возраста, имеющего право на льготное зубное протезирование.

Стратегия развития проекта предусматривает модель совершенствования качества продукции и рост привлечения потенциальных потребителей. Несмотря на то, что по проекту численность потребителей определяется Региональным реестром граждан, имеющих право на льготное зубопротезирование, продукция новых линий по производству зубных протезов может заинтересовать ряд потенциальных потребителей в силу новых качественных характеристик (биосовместимости, увеличения срока службы и т.д.).

По мнению авторов проекта, имитационное моделирование организации двух линий производства протезов (съёмные и несъёмные) с высокой степенью достоверности



позволяет ожидать значительный уровень рентабельности инвестиций в данный проект. Если рассматривать в качестве инвестора Правительство Хабаровского края, то получаемая прибыль от производства трансформируется в экономию бюджетных средств. Если инвестором будет выступать частный капитал, то период покрытия начальных инвестиций за счет чистого денежного потока будет незначительным. Но самое главное, в обозримом будущем можно ожидать значительное повышение качества зубных протезов для населения региона.

Макетирование проектируемой технологии производства медицинских услуг и соответствующей части управляемого объекта осуществляется с целью проверки предполагаемых проектных решений по обеспечению качества. Оно позволяет в наиболее наглядной и понятной форме продемонстрировать работу будущей технологии управления качеством производства ортопедических стоматологических услуг, что способствует выработке консенсуса проектных решений.

Реализация идеологии индустриальной модели управления КМП формируется на основе единого для разработчиков модели, исполнителей и потребителей медицинских услуг определения качества медицинской помощи. При этом под качеством медицинской помощи понимают степень соответствия ее результата наилучшему из научно прогнозируемых. Индустриальные методы сегодня в большинстве стран являются эталоном управления качеством в медицине. Индустриальная модель управления качеством медицинской помощи является частным случаем модели непрерывного повышения качества и по аналогии с промышленным производством предусматривает управление результатом путем совершенствования технологии лечебно - диагностического процесса.

Ее основу составляют: процессный анализ, ориентация на непрерывное совершенствование обозначенных процессов, вовлечение в управление всего персонала, постепенный отказ от массового инспекционного контроля в пользу контроля технологии работ со стороны исполнителей и стратегическое планирование с учетом будущих потребностей населения в характере и объеме медицинской помощи. Эффективность индустриальной модели управления связана с минимизацией стоимости медицинских услуг, прогрессивным увеличением клинической результативности лечения и доступности медицинской помощи для населения.

Являясь наиболее сложной для социального восприятия и требующая соответствующей организационно - методической базы, индустриальная модель управления качеством медицинской помощи может быть внедрена только при наличии определенных условий, в частности, готовности персонала и администрации к внедрению новых методов управления качеством производства медицинских услуг, готовности организации лечебно - диагностического процесса в целом и состояния материально - технической базы ЛПУ в частности.

### ***От истории к современным моделям управления качеством***

Сегодня важно отметить, что идеи и взгляды ведущих ученых прошлых лет в области управлением качества продукции в настоящее время изучаются и применяются в отечественном здравоохранении. Можно проследить связь между их трудами и такими историческими и современными именами, более известными в кругах, занимающихся повышением качества обслуживания в здравоохранении, как, например, Ф. Найтингейл, Н.И. Пирогов, Е. Кодмэн и А. Донабедиан.

К примеру, наряду с личным примером качественного руководства госпиталем во время Крымской войны, продемонстрированным Флоренс Найтингейл, применение ею графических наглядных пособий для обучения и мобилизации средств для улучшения медицинского обслуживания раненых, позволяет оценить роль лидеров в сквозном улучшении качества в современных больницах и других учреждениях здравоохранения. Параллельно оригинальные для своего времени принципы управления технологиями оказания медицинской помощи раненым были разработаны знаменитым отечественным хирургом Н.И. Пироговым во время ведения боевых действий в Крымской 1854-1855 гг., франко-прусской и русско-турецкой войнах 1877-1878 гг. Этим он заложил основу в разработку и реализацию современной модели управления качеством. Николай Иванович Пирогов впервые обосновал важность деятельности врачей-администраторов. Модель управления качеством, предложенная еще в XIX веке нашим знаменитым соотечественником, включала «сортировку» и «этапность» оказания медицинской помощи, профилактики инфицирования ран и многое другое.

Сосредоточение Е. Кодмэном в последующие годы внимания на системе организационной отчетности по качеству и необходимости принятия высшим руководством и управленческими отделами на себя соответствующих обязанностей по оценке и улучшению качества подтверждает тот факт, что ответственность за улучшение качества не может быть перепоручена какой-то специальной комиссии в ЛПУ. Е. Кодмэн призывает нас также сосредоточиться на причинах неадекватных исходов лечения, коренящихся в прошлом; он приглашает нас исследовать весь процесс лечения и сбои в этом процессе, приводящие к отрицательному результату. Далее, он указывает, что контроль затрат и эффективность являются важнейшими элементами всеобщей (в рамках ЛПУ) заботы об увеличении ценности и улучшении качества обслуживания.

Идеологи современной системы качественных оценок в здравоохранении считают, что существует исчерпывающая схема для изучения оказания медицинских услуг. Качественная оценка требует ясного понимания этой схемы до того, как будут предприняты попытки усовершенствовать повседневную работу ЛПУ. При переходе к новой модели непрерывного улучшения качества три понятия, применявшиеся для улучшения качества в сфере здравоохранения в прошлом, обретают новые значения и некоторые новые дополнительные оттенки: клиент (потребитель), технологический процесс и результат.

**Термин «потребитель»** применяется для обозначения роли, которую играет физическое или юридическое лицо при получении услуги или произведенного товара. Потребитель определяет, чего он ожидает от услуги или товара, и оценивает пользу или ценность (когда учитывается стоимость) услуги или товара. К сожалению, оттенки понятий, связанные с коммерцией, и включенные в новое толкование этого слова, представляют собой барьер на пути понимания для некоторых медицинских работников. Потребители часто представляют собой внешнюю по отношению к ЛПУ сторону, и поэтому о них говорят как о внешних потребителях. В учреждениях здравоохранения есть также и внутренние потребители. Например, лечебные отделения территориальной поликлиники являются клиентами (внутренними потребителями услуг) аптеки, диагностических служб, АХЧ и т.п. Таким образом, термин «потребитель» применяется в здравоохранении весьма специфическим образом.

**Термин «технологический процесс»** относится к видам деятельности или действиям, регулярно повторяющимся с целью превращения исходных материалов, предоставляемых поставщиками, в готовую продукцию, получаемую потребителями (клиентами). Например, пациент может «поставить» сломанную нижнюю челюсть в отделение неотложной помощи ЛПУ. Пациент является также и потребителем всего того, что делается для фиксации, и обезболивания нижней челюсти. Все, что происходит между «доставкой» сломанной челюсти пациентом-поставщиком и получением зафиксированной шиной нижней челюсти пациентом-потребителем, может быть определено как технологический процесс оказания медицинской помощи. Следует отметить, что употребление термина «технологический процесс» шире, чем ряд современных понятий этого термина, и содержит также ряд структурных элементов.

**Термин «результаты»** в здравоохранении включает в себя как технически конечную продукцию (медицинскую услугу), так и суждение о пользе, полученной потребителем, получившим эту конечную продукцию. Термин «исход» хотя и применяется широко, не имеет точной взаимосвязи с терминами «результат», «конечная продукция технологического процесса» или «выгода, извлеченная из технологического процесса», как они определены пациентом (или другим потребителем в данном процессе) в отношении производимой медицинской услуги или товара.

В условиях формирования системы управления качеством медицинских услуг полезно попытаться осмыслить основные элементы непрерывного улучшения качества с помощью формирования ответов на четыре достаточно тривиальных вопроса:

- *Какова основная предпосылка применения системы непрерывного управления качеством в ЛПУ?*
- *Какие основные понятия должны быть определены в ходе реализации системы непрерывного управления качеством производства медицинских услуг?*
- *Каковы основные средства определения этих понятий?*
- *Каковы ожидаемые результаты?*

## **9.2. TQM базируется на идеологии честных отношений производителей с потребителями**

Основная предпосылка применения непрерывного управления качеством медицинских услуг состоит в том, что руководители ЛПУ стремятся связать руководимые ими учреждения с основными социальными обязанностями этих учреждений. Будучи на определенном уровне обезоруживающе простым делом, определение социальных обязанностей данного ЛПУ основывается на понимании того, какой сегмент общества намерено обслуживать это учреждение.

Например, для большинства учреждений здравоохранения в США в настоящее время социальная обязанность означает обеспечение услуг населению при наилучшей себестоимости. Для отечественных ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь региональным чиновникам, социальная обязанность будет заключаться в обеспечении их клиентов всеми видами бесплатной медицинской помощи наивысшего качества при полном пренебрежении показателями нормативных затрат. Для обычных муниципальных ЛПУ социальная обязанность будет означать

обеспечение услуг населению по принципу - «при минимальных затратах достичь максимальных результатов».

**Значение знания потребителя.** Основные искомые понятия в современном методе непрерывного улучшения качества в отечественной медицине - это знание потребителя и знание работы, выполняемой в ходе реализации технологического процесса. Что касается знания потребителя, полезно напомнить о биографии Барбары Макклиток. Эта обладательница Нобелевской премии по ботанике не могла выполнить сколько-нибудь значащую работу по кукурузе до тех пор, пока не смогла научиться «думать как кукуруза». Ее биограф E.F. Keller назовет это «ощущением организма».

Часто врачи и руководители ЛПУ не знают своих как внешних, так и внутренних потребителей, не представляют их мотиваций при производстве и потреблении услуг. А ведь знание и понимание потребителей медицинских услуг должны приобретаться в ходе значительно более активного и чуткого диалога с ними, причем эта информация должна проникать на все уровни ЛПУ, которые стремятся наилучшим образом удовлетворить нужды потребителей. Что касается знания повседневной работы персонала как процесса, то руководители отечественных ЛПУ обычно выполняют свои должностные обязанности имея весьма ограниченное представление о работе конвейера по производству медицинских услуг и изменениях, которые сопровождают каждый технологический процесс, будь то диагностика, лечение или реабилитация. Для того чтобы улучшить конечные результаты деятельности ЛПУ, исполнители должны отдавать себе отчет в том, что формирует результаты высокого уровня качества, а что мешает производству качественных медицинских услуг. Таким образом, углубленное знание и понимание технологического процесса оказания медицинской помощи позволяет врачам и медицинским сестрам улучшать этот процесс, именно это является единственным предсказуемым способом улучшения конечных результатов деятельности ЛПУ.

Основными средствами улучшения технологических процессов оказания медицинской помощи является углубленное изучение и применение научного и статистического мышления. Э. Деминг называл это «углубленным знанием». Применение статистического мышления в ходе реализации технологических процессов предусматривает преимущественное использование аналитической статистики по сравнению с цифровой статистикой. Это статистическое мышление фокусируется на будущих характеристиках происходящих в настоящее время технологических процессов и систем оказания медицинской помощи населению, а не на описании или сравнении фиксированных совокупностей прошлых данных.

Иными словами, каким образом можно понять происходящий процесс оказания медицинской помощи, чтобы быть в состоянии предсказать его характеристики и усовершенствовать в будущем? Эта концепция вводит новый набор таких средств индикации и анализа данных, как сетевые графики, контрольные карты и многое другое. Фактически применение этих знаний с использованием научного метода и есть то, для чего предназначен цикл Каору Ишикавы «Планировать - Делать - Проверять - Действовать». И, наконец, ожидаемые результаты формируются по основным направлениям производства медицинских услуг.

Главные врачи имеют дело с процессами, которые ежедневно происходят в их ЛПУ, не всегда осознают свою ответственность одновременно за руководство совершенствованием этих процессов и за отслеживанием выполнения модели

конечных результатов. Из-за отсутствия внимания к результатам деятельности учреждения в целом и его подразделений, технологические процессы и методы работы в ЛПУ довольно часто приводят к значительному перерасходу финансовых ресурсов за счет переделки сделанного или ненужной технологической сложности производства медицинских услуг.

Снижение числа этих отрицательных явлений может быть достигнуто путем применения идеологии непрерывного улучшения качества, если уроки, усвоенные в любой другой отрасли промышленности, будут применяться к отрасли здравоохранения. Следует отметить, что в последние годы в ряде зарубежных клиник и в некоторых крупных многопрофильных лечебно - профилактических учреждениях РФ, в частности в Ставропольской краевой клинической больнице, разработана и внедрена в повседневную работу адаптированная к условиям отечественного здравоохранения модель непрерывного управления качеством медицинской помощи. Она была основана на применении индустриальных методов всеобщего управления качеством и неслучайно впоследствии названа индустриальной моделью менеджмента качеством в медицине. Однако эта модель требует коренного пересмотра состава потребителей, как внутренних, так и внешних по отношению к данному учреждению, и всего того, что происходит здесь ежедневно. При этом достигается большее соответствие между нуждами потребителей и работой учреждения.

В то же время, прежде чем делать попытки реализовать индустриальную модель управления качеством в медицине, следует рассмотреть один вопрос. Отличается ли медицинское обслуживание от других товаров и услуг в том смысле, что в случае оценки медицинской помощи используется другой вид анализа или другие типы моделей спроса и предложения? Многие специалисты утверждают, что производство медицинских услуг на самом деле отличается от производства других товаров и услуг.

**Группировка медицинских услуг.** Попытка охарактеризовать практически одинаковым образом все услуги, которые объединяются под общим названием «медицинское обслуживание», по нашему мнению, является серьезной ошибкой. Следует различать несколько групп медицинских услуг. Возможно, что их следует классифицировать по такому признаку, как частота обращения потребителя к тем или иным услугам.

**Группа А** — услуги, приобретаемые сравнительно часто большинством людей.

**Группа В** — услуги, предлагаемые довольно часто типичным производителем услуг, которые, однако, используются обычным потребителем сравнительно редко, возможно один раз в жизни.

**Группа С** — услуги, которые типичный производитель предлагает сравнительно редко и типичный потребитель использует столь же нечасто.

В группу А относятся услуги участкового врача, акушерская помощь при нормальных родах, рутинное лечение и профилактика кариеса зубов у врача-стоматолога, выписывание рецептов на лекарства при острых и хронических заболеваниях, большинство медикаментов, отпускаемых без рецепта и стандартное лечение хронических больных. В группу В по этому классификатору следует включить такие манипуляции, как операции по поводу аппендицита, госпитализация в связи с

острым нарушением функций желудочно-кишечного тракта или пневмонией, а также многими другими случаями заболеваний, вызывающих необходимость в госпитализации больного. К группе С следовало бы отнести экспериментальные и необычные манипуляции, в том числе мероприятия, проводимые в серьезных экстренных случаях, требующих немедленного медицинского вмешательства. Четких границ, разделяющих эти группы, нет. Скорее это разные оттенки и нюансы градаций. Однако должно быть ясное общее представление о существующих различиях между группами.

Вполне естественно, что каждая из вышеуказанных групп в значительной мере по-разному стандартизована, но объединяет их то, что при их производстве решающую роль имеет т.н. «человеческий фактор». Таким образом, при производстве медицинских услуг имеет ограниченное применение конвейерное производство, применение робототехники, настройка технологического конвейера по времени и качеству на максимальные результаты (скорость исполнения) и т.п. Особенно сложно применять индустриальные подходы к управлению производством медицинских услуг в условиях первичной медико-санитарной помощи. Ведь сложно представить измерение параметров качества услуг, которые производит участковый врач (врач общей практики) и патронажная медицинская сестра в условиях сельского врачебного участка, а ведь именно четкая работа этого уровня медицинской помощи зачастую определяет исход заболевания у более чем половины пациентов.

**От экспертизы к управлению качеством.** Мы полагаем, что на нынешнем этапе проведения реформы отечественного здравоохранения имеется реальная возможность избежать тех стратегических ошибок, которые ввергли систему здравоохранения России пятнадцать лет назад в дорогостоящий процесс всеобщей подозрительности, тотальной экспертизы качества, надзора со стороны множества контролирующих структур и, как ни странно, ввергли систему в состояние застоя. Мы считаем, что акцент на экспертные оценки и рациональное потребление ресурсов, несмотря на существенный сдвиг в сторону повышения качества и эффективности, не дает полного эффекта, поскольку в дополнение к нему необходима энергичная программа усиления возможностей по обеспечению КМП в различных структурах здравоохранения для улучшения результатов работы ЛПУ. Врачи должны играть главную роль в расширении этих возможностей.

Предлагаемый сегодня индустриальный метод управления в основном заимствован из опыта промышленного производства, не связанного со здравоохранением, которое столкнулось с необходимостью срочного повышения качества. Например, в Японии повышение эффективности производства было связано с общей задачей послевоенной реконструкции и проводилось на основе принципов управления, получивших с тех пор название «непрерывного улучшения качества» или «всеобъемлющего управления качеством» (TQM). Подготовленные в значительной степени экспертами США, направленными на помощь Японии в 50-х годах, японские производители усовершенствовали технологию производства товаров и оказания услуг для более полного удовлетворения запросов клиентов. Этот результат вошел в мировую историю экономики. Во многих областях производства японские фирмы достигли господствующего положения за несколько последних десятилетий. В ответ на это их конкуренты – экономически развитые западные страны вынуждены были пересмотреть собственные подходы к управлению качеством продукции. За последние годы многие американские и европейские фирмы освоили метод TQM и начали получать те же результаты, что и японцы. Существовавшее ранее

беспокойство о том, что «управление качеством» было по своей сути связано с культурной средой Японии, теперь снято, поскольку многие предприятия экономически развитых стран удачно использовали эти методы при помощи собственной рабочей силы.

Принципы TQM не составляют никакой тайны, но они и не очевидны для тех, кто обучался классическим приемам общего управления. Глубинное теоретическое обоснование метод TQM получает в нескольких дисциплинах: промышленном проектировании, социальной психологии, статистике и теории систем и др., опираясь, по сути, на четыре общих тезиса:

*во-первых*, организационный успех зависит главным образом от соответствия продукции потребностям тех, кого обслуживают (т.е. потребителей);

*во-вторых*, качество (понимаемое как способность отвечать запросам потребителей) - представляет собой результат, возникающий в процессе производства, в котором причинные связи являются сложными, но при желании понятными для анализа;

*в-третьих*, большинство работающих внутренне настроены на интенсивную и качественную работу;

*в-четвертых*, простые статистические методы в сочетании с тщательно полученными и проанализированными данными о процессе работы могут оказать сильное влияние на причинные связи систем внутри тех процессов, на базе которых они могут быть улучшены.

Мировая практика управления качеством с помощью TQM руководствуется этими четырьмя основными понятиями, принадлежность которых к этому методу отрицается многими авторитетными мнениями о наилучших путях руководства организациями. Так как предполагается, что большинство работников старательно трудятся большую часть времени, метод TQM с доверием относится к их побудительным мотивам и служит для поддержки этих людей. «Они уже стараются», - говорит специалист по TQM, «и сколько можно выгадать, убеждая их работать еще лучше?». Вместо этого метод TQM акцентирует внимание не на персонале, а на процессе производства медицинских услуг, в который вовлечен этот персонал. Большинство брака происходит из-за этих процессов, а не по вине персонала, и долг управляющих и руководителей обеспечить разработку и совершенствование таких процессов, которые бы дали возможность «желающим работать» делать то, что они уже хотят и будут стараться делать всегда.

Метод TQM ищет способы усовершенствования процессов не только путем простой оценки результатов и получения обратной связи. Если процессы работы являются источниками повышения качества или брака, то путь к усовершенствованию лежит через углубление знаний о случайных связях внутри этих процессов. В медицине процесс лечения пациента, как это можно было бы определить в контексте метода TQM, включает организационные процедуры, посредством которых осуществляется обслуживание пациента, а также сами по себе диагностические и лечебные процедуры. То, что нарушение организационных процедур может нанести серьезный урон результатам лечения, хорошо известно большинству врачей, но до настоящего времени полностью игнорируется в региональных программах обеспечения качества.

В качестве примера можно привести работу всех без исключения детских поликлиник г. Хабаровска в 2002-2007 гг. Организационная модель детской поликлиники в стандартном варианте предполагает в самом начале «производственного конвейера» оказания медицинской помощи детям наличие специального подразделения - фильтра, где все пациенты детской поликлиники делятся на два потока.

Первый поток – это здоровые дети или реконвалесценты, которые нуждаются в проведении чаще всего профилактических или реабилитационных услуг, которые, кстати, составляют до 80% всего объема помощи детской поликлиники. Их состояние не может представлять опасности для здоровья других пациентов.

Второй поток – это дети с лихорадочными состояниями, наличием проявлений острых респираторных, кишечных и других инфекций, различными вариантами кожных сыпей и т.п. Они могут представлять угрозу для здоровья других пациентов детской поликлиники, хотя бы с точки зрения внутрибольничного инфицирования здоровых или реконвалесцентов.

Так вот сегодня в детских поликлиниках города, где обслуживается более 200 тыс. детей фильтры не работают и это при том условии, что детские поликлиники стали обслуживать возрастные контингенты до 17 лет включительно. Нарушение стандартов организационных технологий в педиатрии накладывает свой отпечаток на настоящее и будущее ребенка. Об уровне внутрибольничного инфицирования пациентов, а также уровне социальных и экономических потерь, связанных с этим, можно лишь делать предположения, поскольку ВБИ не изучаются десятилетиями ни руководителями регионального (муниципального) здравоохранения, ни руководителями ЛПУ. Сегодня нет ответа на вопросы: «Сколько детей первого года жизни, привитых в детских поликлиниках города против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита, были инфицированы возбудителями острых респираторных инфекций из-за контактов с детьми, страдающими ОРВИ? Каков уровень специфического иммунитета сформирован у привитых детей, перенесших ОРВИ в раннем поствакцинальном периоде?»

Сегодня частота ВБИ в ЛПУ экономически развитых стран колеблется на уровне 5-10%, однако в течение последних 10 лет отмечается значительный рост ВБИ по разным причинам. В первую очередь это связано с внедрением интенсивных методов лечения, смешением потоков пациентов в ЛПУ, микробиологической устойчивости к антибиотикам, а также отсутствием единых международных санитарно-противоэпидемиологических стандартов. В реальной ситуации в системе здравоохранения Дальневосточного региона уровень ВБИ в т.н. «официальных отчетах» фиксируется от 0,5 до 0,8%, что не соответствует действительности, поскольку повсеместно в ЛПУ идет сокрытие случаев ВБИ по разным причинам. С одной стороны, руководству ЛПУ необходимо получить отчеты о «высоком уровне» результатов функционирования учреждения и «отчитаться перед начальством», с другой стороны, в большинстве случаев управление качеством начинается и заканчивается на уровне проведения т.н. медицинской экспертизы. Причем ее результаты все равно будут указывать на высокий уровень качества или будут скрыты от потребителей по корпоративным мотивам, если паче чаяния последние будут указывать на низкий уровень качества производимых услуг.

Сегодня требуется пересмотр подходов к обеспечению качества от констатации факта низкого уровня качества производимых услуг к управлению качеством. В этой



ситуации руководитель программы TQM в медицинском учреждении становится фактически «врачевателем» процесса производства медицинских услуг. Как врач выслушивает жалобы пациента и проводит диагностические процедуры, чтобы понять, что стоит за выявленными симптомами, так и руководитель программы TQM «выслушивает» процессы, выявляет признаки успеха и неудач. А затем путем использования научно обоснованного цикла сбора данных, их анализа, формирования и проверки гипотез постепенно вносит изменения в процессы производства услуг с целью получения устойчивого и необратимого улучшения конечных показателей, т.е. «качества», соответствующего запросам потребителя.

**Инвестиции в совершенствование процессов.** Сегодня TQM продвигается дальше, когда показывает, что научный подход к совершенствованию процессов не должен быть только уделом управляющих и исполнителей. Как показало время, в производственных фирмах даже рабочих с самым низким уровнем образования и навыков можно научить пользоваться простыми статистическими методами оценок своего отдельно взятого процесса работы. Эта «демократизация науки», как назвал ее профессор Г. Вох, может дать организации огромный импульс к совершенствованию производства. Организации с развитой системой управления качеством, имеющие несколько тысяч служащих, могут иметь одновременно сотни бригад по усовершенствованию процессов, вовлекая большинство служащих в активное поэтапное повышение качества их собственной работы.

Это широко распространенное движение требует инвестиций для организации, непрерывного обучения всех служащих, которые проводят несколько недель в году на обучении и совершенствовании своих навыков статистического анализа, перекрестно-функционального сотрудничества и знаний о реальных потребностях внешних и внутренних потребителей. Кроме того, руководители программы должны уделять особое внимание устранению возможных отрицательных аспектов обстановки в организации, которые могут препятствовать обучению и участию в получении информации. «Вытесните страх» — говорил W. Deming, один из вождей современной революции качества, имея ввиду один из своих известных тезисов из четырнадцати пунктов памятки для главных руководителей. Если сотрудники одной организации боятся друг друга, если информация может быть использована во вред кому-либо из них или если руководители обвиняют сотрудников в ошибках, заложенных в процессе работы, то реальное повышение качества может легко «сойти на нет». Информация утаивается, зоны действия замыкаются в своих стенах, а люди вместо учебы ищут безопасности. Ослабление страха и опасений в программе TQM - дело руководителей.

Самым важным является то, что метод TQM вызывает постоянный поиск возможностей совершенствования, даже если системы все время функционируют на достаточно высоком уровне. В организации, где используется метод TQM, люди не спрашивают «Прошел ли я проверку?», а задают вопрос: «Как я мог бы сделать это лучше?». Метод TQM отвергает проверку как основу для повышения качества, а также отвергает приуменьшающие стандарты выполнения типа «прошло или забраковано». Проверка конечных результатов и отбрасывание неправильных приемов - дорогостоящий путь преодоления трудностей в процессе производства; кроме того, это дает мало информации о лежащих в основе трудностей причинах, приведших к таким результатам.

**Может ли внедрение системы TQM решить проблемы здравоохранения?** Однозначного ответа на этот вопрос сегодня нет. С одной

стороны, имеет место стремление большинства руководителей ЛПУ повысить качество производимых услуг, с другой стороны, внедрение системы TQM потребует значительных усилий со стороны администрации ЛПУ и всего персонала. Кроме того, при разработке системы управления качеством медицинских услуг на уровне органов управления здравоохранением региона, муниципальных образований и отдельных ЛПУ следует пользоваться международными требованиями к менеджменту качества (ИСО 9001:2000), а так же российским аналогом (ГОСТ Р ИСО 9001 - 2001).

Руководители многих ЛПУ в США в 90-х годах пережили полосу неверия в возможности применения TQM в медицине. Сегодня спустя десяток лет аналогичный процесс начался в России. Перед главными врачами ЛПУ стоит проблема ответа на исторический вопрос: «Как может медицина поддерживать непрерывное совершенствование в тот период, когда ее ресурсы должны быть строго ограничены?». Ведь качество «стоит» денег, и в отечественной медицине начала XXI века средств будет не больше, а меньше в процентном соотношении к потребностям.

В 90-х годах в США врачи и руководители ряда организаций здравоохранения, таких, как Henry Ford Health Systems (Детройт), SSM Health System (Сент Луис), Park Nicollet Medical Center (Миннеаполис) и West Paces Ferry Hospital (Атланта) начинали понимать, что беспокойство по поводу неприменимости метода TQM в медицине больше основывается на мифах, чем на фактах. Они считали, что «соответствие запросам потребителя» - неплохое определение качества медицинского обслуживания, поэтому организации, стремящиеся остаться эффективными и авторитетными в период уменьшения ресурсов, должны как можно более точно определить свои потребности, включая оценку того, до какой степени врачебное вмешательство восстанавливает или сохраняет здоровье.

По мнению администраций этих организаций, пациенты ожидают от здравоохранения здорового, понимающего, разумного отношения. Указанные выше организации понимали, что на производство брака затрачивается много лишних усилий, удваивается трудоемкость, что в целом ведет к нарушению взаимоотношений между потребителями и производителями медицинских услуг. При производстве медицинских услуг затраты, обусловленные низким качеством (переделывание работы, возврат на лечение, дублирование услуг, перевод из больницы в больницу и т.д.), традиционно составляли 25-40% затрат на лечение до внедрения метода TQM. Причем эксперты по промышленному качеству, которые отважились пойти в медицинские учреждения для оказания помощи, давали еще более высокие оценки затрат, обусловленных низким качеством медицинской помощи.

Чем лучше ЛПУ, проводящие реорганизацию, поймут причины низкого качества, тем полнее будут их представления о том, где и почему возникает брак. Конечно, некоторые дефекты обслуживания должны анализироваться врачом и только врачом; но оказывается, что причины большинства недостатков лечения нельзя объяснить ссылками на миф «врач - вот причина». В здравоохранении, как и в других сложных системах производства, качество часто оказывается недостаточным, несмотря на огромные усилия людей, занятых в процессе работы. Как сказал G. Labovitz, в здравоохранении, как и везде, уровень качества невысок не потому, что врачи делают правильные вещи неправильно, а скорее потому, что они делают неправильные вещи правильно.

Концепция иерархической структуры была сформулирована немецким социологом Максом Вебером, разработавшим нормативную модель рациональной бюрократии. Она содержала следующие принципиальные положения: четкое разделение труда, следствием которого является необходимость использования квалифицированных специалистов по каждой должности; иерархичность управления, при которой нижестоящий уровень подчиняется и контролируется вышестоящим; наличие формальных правил и норм, обеспечивающих однородность выполнения менеджерами своих задач и обязанностей; дух формальной обезличенности, с которым официальные лица выполняют свои обязанности; осуществление найма на работу в соответствии с квалификационными требованиями к данной должности. Объективный характер управленческих решений выступал в качестве гаранта рациональности такой структуры.

Иерархический тип структуры имеет много разновидностей, но самой распространенной является линейно-функциональная организация управления, до сих пор широко используемая во всем мире. Основу линейно-функциональных структур составляет так называемый "шахтный" принцип построения и специализация управленческого процесса по функциональным подсистемам корпорации (маркетинг, производство, исследования и разработки, финансы, персонал и пр.). По каждой из них формируется иерархия служб — «шахта», пронизывающая всю корпорацию сверху донизу.

Результаты работы каждой службы аппарата управления корпорацией оцениваются показателями, характеризующими выполнение ими своих целей и задач. Например, работа служб, управляющих производством, характеризуется показателями выполнения графика выпуска продукции, затрат ресурсов, производительности труда, использования оборудования и площадей; работу служб по ремонту оборудования оценивают показателями времени простоев и затрат на проведение ремонтных работ и т. д. Соответственно строится и система материального поощрения, ориентированная прежде всего на достижение высоких показателей каждой службы. При этом конечный результат в целом становится как бы второстепенным, так как считается, что все службы в той или иной мере работают на его получение.

### **9.3. Реализация системы непрерывного управления качеством медицинских услуг**

Сложность технологических, организационных и экономических взаимосвязей между элементами систем и подсистем ЛПУ предопределяет необходимость учитывать в процессе исследования закономерностей и особенностей деятельности этих ЛПУ специфические особенности методологических принципов системных исследований. При проведении исследования по управлению качеством мы принимали во внимание свойства исследуемых систем ЛПУ.

Во-первых, свойства системы медицинского учреждения – это не простая сумма свойств ее элементов, а наличие других свойств, возникающих именно из-за наличия взаимосвязей между ее элементами (закон эмерджентности).

Во-вторых, сложность любого ЛПУ как реально существующего объекта исследования требует представления в виде ряда упрощенных (по сравнению с действительностью) моделей. Каждая из них должна быть ориентирована на

решение конкретного круга задач и являться лишь некоторым более или менее значительным упрощением реально существующего объекта.

В-третьих, ЛПУ как система не может функционировать вне взаимосвязей с внешней средой, оказывающей на условия и результаты деятельности ЛПУ существенное влияние, и поэтому является открытой системой, находящейся в непрерывном взаимодействии с другими, иными словами, сама является подсистемой более общей экономической системы высшего уровня.

Для осуществления реализации идеологии TQM в ЛПУ необходимо приступить к первому этапу цикла «Планировать – Делать – Проверять – Действовать», а осуществить этот этап невозможно без проведения предварительного анализа ситуации в ЛПУ, причем анализ должен включать изучение как внешней, так и внутренней среды производства. В конкретных условиях производства стоматологических услуг надлежащего качества нами разработана методология аудита медицинского учреждения.

По нашему мнению медицинский аудит — это системный процесс получения и оценки объективных данных об экономических действиях и событиях в ЛПУ, устанавливающий уровень их соответствия определенному качественному критерию производства услуг и представляющий результаты заинтересованным пользователям. Данное определение содержит следующие ключевые моменты:

- *оценка должна быть объективной, т.е. независимой от влияния субъективных факторов — администрации, собственников, работников ЛПУ;*
- *аудитор определяет степень соответствия данных, представленных в отчетности, реальным данным, т.е. выражает свое мнение по поводу верности и обоснованности информации, содержащейся в отчетах, а не подтверждает абсолютную точность представленных данных;*
- *проверка совершается в интересах определенных лиц, поэтому аудитор точно определяет, в какой мере проверенные факты соответствуют критериям и стандартам.*

Сторона, в отношении которой проводится аудиторская проверка, представляет собой экономический субъект, обязанный составлять статистическую и финансовую отчетность в соответствии с законодательством РФ.

Разработанная нами методика проведения аудита ЛПУ базируется на системном подходе, на Постановлении Правительства РФ от 04 июля 2002 года № 499 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» и в соответствии со статьями 15,54, 56, 62 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», положениями Гражданского кодекса РФ, Закона РФ «О защите прав потребителей (в редакции Закона РФ от 09.01.96 г. № 2-ФЗ, Закона РФ от 17.12.99 г. № 212-ФЗ « О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»», Закона РФ. «Об аудиторской деятельности», Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утверждено Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. № 27), Приказом министра здравоохранения Хабаровского края «О совершенствовании экспертной деятельности министерства здравоохранения Хабаровского края» от 15 августа 2003 года № 234 и другими законодательными и распорядительными документами.

В рамках нашего понимания медицинского аудита ЛПУ — это аналитический комплекс взаимосвязанных систем подразделений и ресурсов, обеспечивающих технологический конвейер производства медицинских услуг. Мы рассматриваем ЛПУ как субъект рыночных отношений в рамках маркетинговой концепции, означающей управление медицинским учреждением исходя из внешних критериев рынка, так называемых факторов макро- и микросреды, рыночной конъюнктуры. Среда ЛПУ определяется факторами экономического, технического, социального, правового, политического и другого характера, однако с точки зрения качества медицинских услуг для менеджеров - врачей важное значение имеют характеристики среды в виде поведения потребителей, действий конкурентов, политики поставщиков и посредников. Складывающееся на данный момент соотношение между предложением и спросом, конкретные условия хозяйственной деятельности ЛПУ формируют конъюнктуру рынка стоматологических услуг.

Управление производства медицинских услуг высокого уровня качества исходя из «внешних» критериев предполагает создание в ЛПУ следующих подсистем:

- *подсистемы восприятия внешней (рыночной) информации;*
- *подсистемы обработки полученной информации, формирование конкретных выводов, необходимых для стратегического планирования развития;*
- *подсистемы ответного реагирования, включающей мероприятия на рынке, направленные на формирование положительного отношения к самому ЛПУ и его конечным продуктам, услугам, а также мероприятия, регулирующие конкуренцию, т.е. создающие конкурентное преимущество.*

Постоянное поддержание такой системы ЛПУ, ориентированной на внешние условия, создает возможность «нормального» выживания субъекта предпринимательской деятельности в рынке. Разумеется, что все вышесказанное будет верным только для ЛПУ с серьезным внутренним потенциалом (рис. 9.1).

Введение аудиторской проверки как части регулярно осуществляемой систематической медицинской деятельности было в свое время подсказано решением правительства Великобритании, которое было принято в январе 1989 года и объявлено в документе «Работая для пациентов» — White Paper. Таким образом, в саму концепцию качества вкладывается более широкий контекст, охватывающий социальные перспективы, так как его выражают пользователи, финансирующие стороны, а не только производители медицинских услуг, как это было до сих пор.



**Рис. 9.1. Роль методов медицинского аудита в совершенствовании управления КМП**

Самая употребляемая модель аудита медицинской помощи, оказываемой пациентам, основана на примерах, которые связаны с промышленностью. В нашей разработке аудиторская проверка медицинской помощи фокусирует свое внимание на разнице между желаемым и обоснованным результатом и тем, что фактически получилось. Это предполагает существование стандартов медицинской помощи, так как стандарты, но не цифровые нормы являются измерителями качества.

По нашему мнению в аудит входит следующее:

- *оценка соответствия видов и объемов оказываемой медицинской помощи установленным стандартам;*
- *процесс установки стандартов и измерения полученных результатов деятельности ЛПУ;*
- *влияния изменений в технологические циклы оказания медицинской помощи, которые способствовали бы получению лучших результатов в клинической практике.*

Аудит является одним из инструментов по предоставлению такой информации, обеспечивая внедрение результатов исследований в клиническую практику, а также самых высоких стандартов для их применения в ежедневной медицинской практике.

В нашем исследовании равное внимание уделяется мнению врачей, т.е. производителей и мнению пациентов, т.е. потребителей. Такое полезное разделение, включая и точки зрения всех участвующих сторон в определении качества, учитывалось также и при определении целей при подготовке методики аудита ЛПУ (рис. 9.2).



**Рис. 9.2. Различные подходы к оценке результата оказания медицинских услуг**

Причины сегодняшнего неприятия идеологии внутреннего и внешнего аудита медицинских учреждений связаны с серьезным недофинансированием отрасли здравоохранения, пренебрежением владельцев к модернизации основных производственных фондов ЛПУ и т.п. Но возможно это также связано с нереальными разработанными стандартами структуры, процесса и результата, которые должны быть внедрены. Проведение медицинского аудита с использованием множества регулирующих механизмов может способствовать повышению качества и эффективности деятельности ЛПУ.

После формирования планов по реализации идеологии TQM на основании системного анализа (аудита) деятельности ЛПУ необходимо создание механизмов совершенствования технологий достижения более высокого уровня качества производимой продукции – медицинских услуг. В этой связи нами разработаны и адаптированы к местным условиям подходы алгоритмизации этих процессов на основании изучения причинно-следственных связей отклонений от должноствующего уровня качества производства медицинских услуг в ЛПУ региона.

В процессе работы группы аудиторов формируется несколько положений:

- Ответственным исполнителем процесса производства медицинской услуги является врач.
- Анализу может подвергаться реальный процесс производства медицинских услуг.

Сформирована последовательность действий по решению проблемы недостаточного уровня качества по тому или иному направлению деятельности ЛПУ (рис. 9.3).



**Рис. 9.3. Алгоритм действий по решению проблемы недостаточного уровня качества производства медицинских услуг**

Для полного представления хода производства медицинских услуг была составлена схема технологического процесса по аналогии с циклом управления К. Ишикавы (рис. 9.4.) в конкретном ЛПУ. Схема составлялась на основании анализа медицинской документации и результатов подробного опроса врачей, медицинских сестер, заведующих отделениями и службами, пациентов и т.п. В результате была составлена «Карта клинического процесса», на которой был зафиксирован реальный процесс производства медицинских услуг.

Экономические стимулы и конкурентная борьба на рынке медицинских услуг заставляют медицинские учреждения искать пути повышения качества медицинской помощи, добиваясь в то же время снижения затрат на них. Принципы непрерывного повышения качества и управления качеством уже успешно используются в других отраслях хозяйства России. В настоящее время при аттестации медицинских учреждений следует требовать разработку программы повышения качества производства медицинских услуг.





**Рис. 9.4. Схема управления качеством технологических процессов в ЛПУ**

Причем следует признать применение лекарств одним из основных компонентов оказания медицинских услуг, и в силу этого включить в требования по аттестации ЛПУ оценку эффективности применения лекарств как часть программы по управлению качеством. Следует отметить, что большинство ЛПУ в экономически развитых странах, в частности в США, прошли этот этап еще в 80-90 годах прошлого века.

В условиях здравоохранения отдаленных от европейской части России провинций, таких как Дальний Восток, внедрение современных методов управления качеством наталкивается на отсталость технологических процессов по производству медицинских услуг во многих ЛПУ региона, неспособность руководителей систем здравоохранения и отдельных ЛПУ к пониманию и руководству внедрением инноваций. Большинство специалистов управляющих структур отрасли здравоохранения, являясь фактически врачами-лечебниками, весьма смутно представляют себе цели и задачи современного менеджмента качества, практически не имеют подготовки по вопросам стратегического планирования и экономики здравоохранения. И тем весомее становятся достижения энтузиастов по внедрению технологий TQM в практическую деятельность лечебно-профилактических учреждений региона.

### ***Опыт внедрения системы TQM в многопрофильном стационаре***

Клинической базой проведения НИОКР являлся 301 Окружной военный клинический госпиталь ДВО (г. Хабаровск). 301 ОВКГ развернут на 1000 коек, в нем функционируют 34 лечебных отделения, диагностические и параклинические отделения. В 2001-2004 годах в 301 ОВКГ были подвергнуты системному анализу основные показатели, отражающие результативность медицинской помощи (медицинские, социальные, экономические), на которые необходимо ориентироваться в динамике при оценке качества медицинской помощи.

Ежеквартальный мониторинг социальной результативности (удовлетворенности пациентов медицинской помощью) в 301 ОВКГ выявил достаточно высокий уровень ( $87,4 \pm 0,74\%$ ), что отражает не только давние традиции военной медицины в организации лечебной работы и ухода за больными, но и доступность бесплатной высокоспециализированной помощи. На основании системного анализа (аудита) качества медицинской помощи и экономической эффективности лечебно-диагностического процесса в 301 ОВКГ была разработана структура новой модели управления.

В структуре системы управления качеством и эффективностью медицинской помощи были выделены три уровня:

**I уровень** – начальник госпиталя и его заместители, начальники служб. Основными функциями этого уровня является системный анализ и стратегическое планирование вопросов в области управления качеством и принятие решений, отражающих управление структурной составляющей обеспечения КМП: кадры, финансы, оборудование медикаменты и т.д.

**II уровень** – ведущие специалисты госпиталя - задачей этого уровня в области обеспечения КМП является анализ КМП и организация управления процессной (технологической) составляющей обеспечения КМП: разработка технологий (стандартов) медицинской помощи, социальный опрос (анкетирование) удовлетворенности пациентами КМП в госпитале, планирование тактического характера и внесение предложений по совершенствованию лечебно-диагностического процесса на первый уровень.

**III уровень** – составляют начальники отделений и кабинетов, различные комиссии, организованные в госпитале, в функции которых входит оценка результативности медицинской помощи и внесение предложений на второй уровень, анализ работы подразделений и формирование технологии самоконтроля на рабочих местах.

Руководящую роль в системе управления качеством осуществляет руководитель ЛПУ (начальник госпиталя), опираясь на заместителей руководителя учреждения.

Заместители начальника госпиталя осуществляют функционирование системы управления качеством в 301 ОВКГ через ведущих специалистов госпиталя, различные комиссии, созданные в госпитале и на основании текущего контроля лечебно-диагностического процесса каждого подразделения госпиталя. Полученная информация в совокупности с информацией об основных показателях работы подразделений и госпиталя в целом за определенный период времени, получаемая из отделения сбора и обработки информации (ОСОИ), выносится на заседания комиссии управления качеством медицинской помощи, возглавляемой начальником госпиталя не реже 1 раза в квартал. Основными функциями системы управления КМП являются:

**1. Планирование:** стратегическое и тактическое планирование: кадровое, финансовое, технического и медицинского обеспечения госпиталя, планирование контрольных показателей, отражающих КМП для каждого подразделения и госпиталя в целом на определенный период времени, планирование мероприятий по устранению основных причин случаев ненадлежащего качества лечения, мероприятий по повышению эффективности и экономичности медицинской помощи. Эта функция осуществляется первым уровнем структуры предлагаемой модели

(начальником госпиталя и его заместителями) и служат основой для принятия решений, влияющих на структурную составляющую обеспечения КМП.

**2. Методическая:** разработка и совершенствование стандартов и протоколов ведения больных в госпитале, разработка методических рекомендаций по вопросам КМП, обучение медицинского персонала вопросам, отражающим КМП. Эта функция осуществляется в основном на втором уровне предлагаемой модели (ведущие специалисты) и отражает процессную (технологическую) составляющую обеспечения КМП.

**3. Аналитическая:** сбор и анализ текущих и периодических показателей, отражающих КМП в госпитале. Эта функция осуществляется на всех уровнях и отражает результативную составляющую, включая медицинскую, экономическую и социальную результативность.

Порядок формирования и принятия администрацией 301 ОВКГ того или иного решения структурного характера представлен на рис. 9.5.

Порядок принятия администрацией госпиталя решений в области обеспечения КМП связан с прохождением нескольких этапов: 1) выявление основных проблем и определение основных направлений в области КМП, разработка 2 уровнем (ведущими специалистами) на основании предложений, поступивших с 3 уровня (начальники отделений и кабинетов, комиссий); 2) анализа нескольких альтернативных вариантов решения той или иной проблемы, вынесение на обсуждение; 3) рассмотрение и предложение начальнику госпиталя наиболее оптимального решения заместителями начальника госпиталя (Госпитальной комиссией по контролю КМП); 4) принятие решения структурного характера начальником госпиталя.

В 2002 - 2004 году были определены основные направления в области качества, связанные со снижением средних сроков лечения в 301 ОВКГ (повышения экономической эффективности работы) без снижения уровней медицинской и социальной результативности.



**Рис. 9.5. Порядок формирования и принятия решения начальником 301 ОВКГ по управлению КМП**

Ведущими специалистами выделены основные причины высоких средних сроков лечения и определены корректирующие мероприятия (табл. 9.1).

Начальник аптеки по результатам работы за месяц выявлял перерасход медикаментов по конкретным группам препаратов и лечебным отделениям. Совместно с ведущими специалистами (терапевтом, хирургом, неврологом) анализирует и выявляет причины такого перерасхода и вносит в случае, если необходимо принять решение структурного характера, предложения на госпитальную комиссию по контролю КМП, которая и выносит после рассмотрения предложения начальнику госпиталя.

Такой комплексный подход в 301 ОВКГ позволил снизить средние сроки лечения пациентов из числа гражданского контингента в 2004 году по сравнению с 2003 годом с 18,47 койкодней до 15,24 койкодней, что привело по расчетам к экономии средств Федерального бюджета в размере 7.658,8 тыс. руб. (3 329 пациентов из числа гражданского контингента в 2004 г. при средней стоимости 1 койкодня 766,88 руб.).

В организации и функционировании системы управления качеством в многопрофильном стационаре особое значение приобретает подготовка кадров и разработка мотивационных механизмов заинтересованности медицинского персонала в повышении качества выполненной работы. Кадры, в отличие от других составляющих структурного обеспечения системы качества, требуют длительной по времени подготовки. Поэтому кадровой политике организации необходимо особое внимание со стороны администрации. Кадровая политика предполагает привлечение (приток) кадров, их обучение, повышение квалификации, систему мотивационных механизмов для кадров.

**Таблица 9.1. Рейтинг управленческих решений по коррекции мероприятий, направленных на сокращение сроков лечения**

Отделения хирургического профиля	Отделения терапевтического профиля
Сокращение предоперационного периода на 10% в год	Повышение профильной госпитализации на 10 % в год
Стандартизация предоперационного обследования, в том числе для амбулаторного для плановых больных	Разработка и внедрение методических рекомендаций по показаниям для госпитализации
Сокращение послеоперационного периода на 10% в год	Мониторинг руководителей диагностических отделений необоснованных диагностических исследований и доведение его результатов до руководителей клинических отделений
Организация курса лекций по рациональной антибактериальной терапии и профилактике ВБИ	Организация курса лекций для врачебного персонала по рациональной медикаментозной терапии

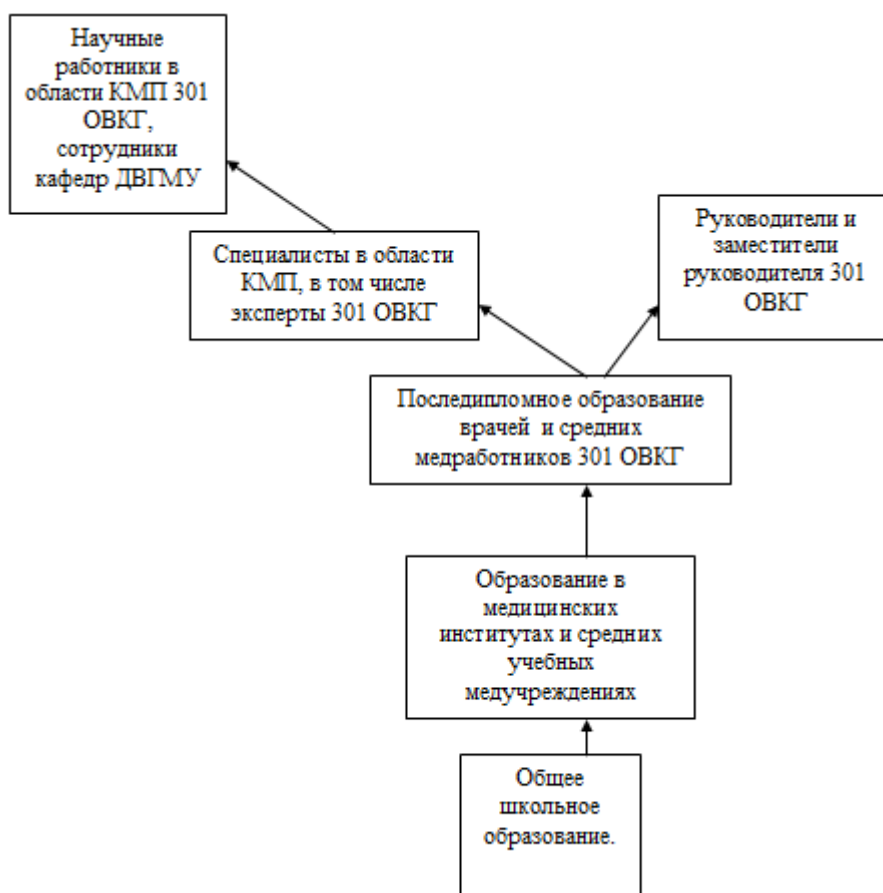
В основу гибкой системы материального стимулирования сотрудников были положены результаты достижения МКР, которые реализовывались за счет средств экономии фонда оплаты труда, системы регулирования перераспределения системы выплаты ежемесячного премиального вознаграждения, существующего в 301 ОВКГ.

Особое значение в обеспечении КМП приобретает всеобщее участие персонала в повышении качества, что требует разработки специальной программы непрерывного

образования медицинского персонала. Была предложена схема такого образования для медицинского персонала 301 ОВКГ (рис. 9.6).

В период дошкольного и школьного образования ребенку прививается идеология, что все необходимо делать красиво и качественно, развиваются навыки аккуратности, опрятности, любви к красоте; в классах даются основные понятия стандартизации, сертификации, лицензирования и т.д.

В медицинском вузе и колледже в системе общих дисциплин даются общие понятия КМП, стандартизации, сертификации, лицензирования медицинской помощи.



**Рис. 9.6. Схема этапной непрерывной подготовки специалистов в области качества медицинской помощи в 301 ОВКГ**

В систему последипломного образования медицинского персонала 301 ОВКГ, с учетом активного взаимодействия с расположенными на базе госпиталя кафедрами ДВГМУ и медицинского колледжа, включены вопросы КМП в образовательные программы организаторов здравоохранения, врачей практического профиля. Проводится знакомство с основами организации системы обеспечения КМП и порядком проведения экспертизы КМП.

На следующих этапах проводится подготовка специалистов-экспертов в области качества медицинской помощи, обучение руководителей и заместителей руководителя 301 ОВКГ вопросам КМП. В дальнейшем персонал, совершенствуя свою профессиональную подготовку, занимается научной деятельностью в области КМП с защитой диссертации на степень кандидата и доктора медицинских наук.

Таким образом, предлагаемая структура управления качеством и эффективностью медицинской помощи в совокупности с технологиями, применяемыми для оценки КМП и являются фундаментом непрерывного повышения качества лечебно-диагностического процесса.

### ***Механизмы оценки качества медицинской помощи, разработанные и применяемые в 301 Окружном военном клиническом госпитале***

Для оценки КМП в 301 ОВКГ были разработаны основные механизмы, включающие метод экспертных оценок, применяемых для анализа каждого законченного случая лечения. Для оценки КМП лечебно-диагностического процесса в целом и его подразделений в отдельности применялись показатели (индикаторы) качества лечебно-диагностического процесса. Общий алгоритм функционирования процесса контроля качества в подразделениях 301 ОВКГ, разработанный нами на основании результатов системного анализа и внедренный в работу, представлен на рис. 9.7.

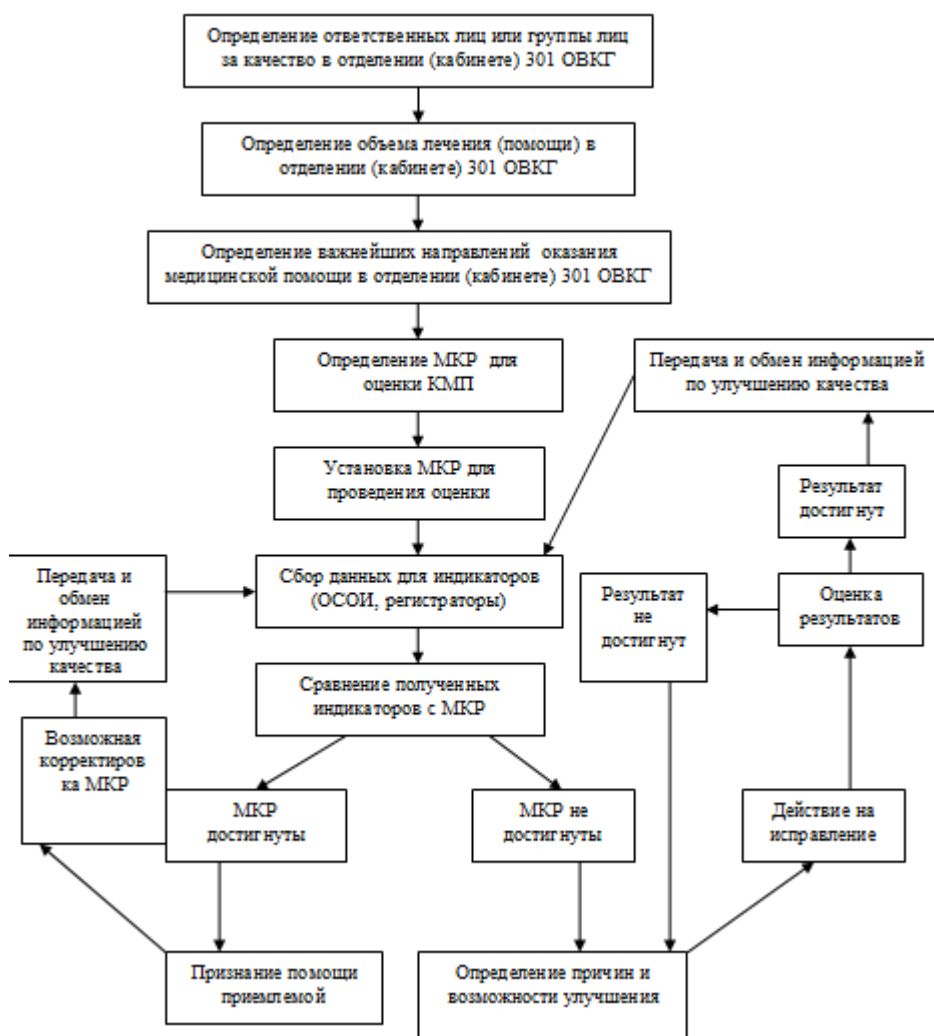
#### ***Алгоритм представлен 10 этапами (ступенями):***

На **первом этапе** определяются ответственные за обеспечение КМП в каждом подразделении. Общее руководство и ответственность лежит на руководителе подразделения, который вправе перераспределить ответственность среди других сотрудников подразделения за определенные разделы обеспечения КМП (например, определение индикаторов, порядок сбора данных и т.д.)

На **втором этапе** определяются, уточняются объемы выполняемой в отделении лечебно-диагностической работы: характеристика обслуживаемых пациентов, основные нозологические формы заболеваний, схемы лечения, количество персонала, имеющееся в распоряжении оборудование и лекарственные средства и сроки, в которые проводится лечение.

На **третьем этапе** определяются наиболее важные для данного подразделения аспекты в работе (например, для пульмонологического отделения 301 ОВКГ это может быть лечение внегоспитальной пневмонии у лиц с дефицитом массы тела и своевременная диагностика и лечение осложнений у пациентов этой группы, для отделения гнойной хирургии – гнойно-септические заболевания кожи и подкожной клетчатки).

На **четвертом этапе** определяются индикаторы (показатели), которые должны отражать структуру, процесс и результаты лечения. Индикаторы структуры помогают определить возможности подразделения оказать высококачественную медицинскую помощь. Индикаторы процесса являются, как правило, стандартами лечения. Индикаторы результата отражают конечную результативность медицинской помощи. Причем, последнюю группу индикаторов можно разделить на показатели, отражающие медицинскую, экономическую и социальную результативность. Кроме того, можно выделить: индикаторы качества работы многопрофильного стационара, индикаторы качества для подразделения многопрофильного стационара, индикаторы качества работы диагностического подразделения.



**Рис. 9.7. Схема функционирования процесса контроля качества в 301 ОВКГ**

На **пятом этапе** определяются критические пороги МКР (показателей), достижение которых требует глубокого анализа причин и принятия мер по их устранению. Эти показатели МКР должны определяться для каждого конкретного подразделения или ЛПУ в целом и учитывать специфику обслуживаемого контингента и т.д.

Некоторые показатели и контрольные пороги (пределы) для 301 ОВКГ, отражающие работу ЛПУ в целом, приведены в табл. 9.2.

**Таблица 9.2. Контрольные пределы МКР качества лечебно-диагностического процесса 301 ОВКГ и его отделений**

Индикатор качества	Контрольные пределы
МЕДИЦИНСКАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ	

Госпитальная летальность %	0,4-0,6
Послеоперационная летальность %	0,6-0,8
Хирургическая активность %.	60-70
Общая частота внутрибольничной инфекции %.	1-2
Частота внутрибольничной инфекции после операции %	0,5-1
Положительный исход лечения %	96-98
Расхождение до и послеоперационных диагнозов %	3-4
Расхождение клинического и паталогоанатомического диагнозов %	5-7
<b>ЭКОНОМИЧЕСКАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ</b>	
Средний койкодень (сут.)	14-16
Оборот койки	21-22
Средний койкодень до операции (сут.)	2-2,5
Средний койкодень после операции (сут.)	10-12
Частота незапланированных возвратов в операционную %	0,3-0,5
Частота незапланированных возвратов в ОИТ %	3,5-4,5
Частота незапланированных регоспитализаций %	2-2,5
Частота незапланированных переводов в другие ЛПУ %	0,2-0,3
Частота длительных госпитализаций (свыше 30 сут.) %	3-5
Инструментальная нагрузка на 1 больного (иссл.)	9,0-9,5
Лабораторная нагрузка на 1 больного (иссл.)	33,0-35,0
<b>СОЦИАЛЬНАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ</b>	
Удовлетворенность пациента лечением %	85-90
Желание повторно лечиться в стационаре %	80-85

На основании проведенного анализа было установлено, что некоторые из этих МКР одновременно отражают как медицинскую, так и экономическую результативность лечебно-диагностического процесса (хирургическая активность, частота регоспитализаций и т.д.).

Администрация 301 ОВКГ устанавливает пороговые величины МКР (показателей) на определенный период времени (квартал, полугодие, год) как для ЛПУ в целом, так и для его подразделений в отдельности. МКР отражают медицинскую, экономическую и социальную результативность.

При формировании контрольных пределов МКР на определенный период за основу берутся не среднестатистические (общероссийские) показатели, а показатели, сложившиеся в рамках анализа динамических рядов и прогнозных моделей показателей для данного учреждения.

Для анализа работы отделений и кабинетов дополнительно к МКР, отражающим лечебно-диагностический процесс многопрофильного стационара в целом, могут использоваться следующие МКР (табл. 9.3).

**Таблица 9.3. Дополнительные МКР качества для отделений и кабинетов 301 ОВКГ.**

ИНДИКАТОР	КОНТРОЛЬНЫЕ	ПРЕДЕЛЫ
-----------	-------------	---------



## ИНДИКАТОРОВ

Частота перевода в другие подразделения внутри госпиталя, в том числе по причине осложнений %	0-2%
Средняя стоимость лечения (руб.)	В зависимости от профиля отделения
Частота местных осложнений %	0-15%
Частота общих осложнений %	0-15%

В таблице 9.4. представлены МКР, которые, на наш взгляд, могут применяться для оценки работы диагностических отделений.

**Таблица 9.4. МКР качества работы диагностического подразделения**

ИНДИКАТОР	КОНТРОЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРОВ	ПРЕДЕЛЫ
Доступность исследования % (вероятность удовлетворения общего количества заявок)	90-100%	
Надежность исследования %	0-1%	
Частота осложнений диагностического исследования %	0-2%	
Удельная стоимость исследования (руб.)	В зависимости от профиля отделения	
Частота ложноположительных и ложноотрицательных результатов исследования %	и 1-2%	
Безопасность исследования %	0-1%	
Удовлетворенность врачей клинических отделений работой диагностического отделения %	85-90%	

Для клинических отделений госпиталя ежеквартально проводился сравнительный анализ показателей, отражающих медицинскую, экономическую и социальную результативность с составлением общего рейтинга для всех клинических отделений, с выявлением отделений, улучшивших свое рейтинговое место по сравнению с предыдущим кварталом и включением системы материальной стимуляции этих отделений.

На **шестом этапе** определяется порядок сбора данных для расчета индикаторов и их систематизация: определяются лица, осуществляющие сбор данных, источники данных, метод сбора данных, частота сбора, порядок сравнения сводных данных с пороговыми для оценки. В табл. 9.5 показан общий порядок проведения оценок различных индикаторов (показателей) в 301 ОВКГ.

На **седьмом этапе** проводится оценка диагностики и лечения с помощью сравнения полученных данных с пороговыми показателями МКР. Если пороговые показатели МКР достигнуты, уровень оказания медицинской помощи признается приемлемым (удовлетворительным).

**Таблица 9.5. Сводная таблица порядка проведения сбора информации для оценки КМП в 301 ОБКГ.**

Группа показателей	Кто оценивает	Механизм измерения	Частота измерения	Анализ и планирование
КМП законченного случая оказания медицинской помощи.	Лечащий врач, руководитель подразделения, врачи-эксперты	Индикаторы качества законченного случая	Постоянно выборочно (оценка на 100 законченных случаев)	Ежемесячно руководитель подразделения
КМП лечебно-диагностического процесса подразделения	Руководитель подразделения, заместители лечебной клиничко-экспертной работе	Индикаторы качества подразделения и многопрофильного стационара	Ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, ежегодно	Ежеквартально комиссия по управлению КМП и руководители подразделения
КМП диагностического процесса подразделения	Руководитель подразделения, заместители лечебной клиничко-экспертной работе	Индикаторы качества подразделения	Ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, ежегодно	Ежеквартально комиссия по управлению КМП и руководители подразделения
КМП лечебно-диагностического процесса много-профильном стационаре в целом	Заместитель по лечебной клиничко-экспертной работе.	Индикаторы качества многопрофильного стационара в целом	Ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, в ежегодно	Ежеквартально комиссия по управлению КМП и руководители подразделения

Если на протяжении достаточно длительного периода времени пороговые показатели достигаются (сохраняется удовлетворительный уровень оказания медицинской помощи), соответствующая комиссия по качеству может принять одно из следующих решений: проводить регистрацию этих индикаторов реже по частоте, изменить сами пороги этих МКР в сторону улучшения, провести анализ объективности сбора и расчета этих показателей. Если заданные пороги МКР не достигнуты, необходимо определить основные причины этого и возможности для улучшения.

Мониторинг этих показателей в течение месяца, квартала, полугодия позволяет своевременно выявлять причины ухудшения этих показателей, разрабатывать мероприятия, направленные на устранение таких причин.

На **восьмом этапе** разрабатываются действия (мероприятия), направленные на улучшение и устранение недостатков лечения.

Далее на **девятом этапе** проводится оценка достижения улучшения через определение тех же пороговых показателей МКР за определенный период времени. Если улучшение зафиксировано, уровень оказания медицинской помощи признается

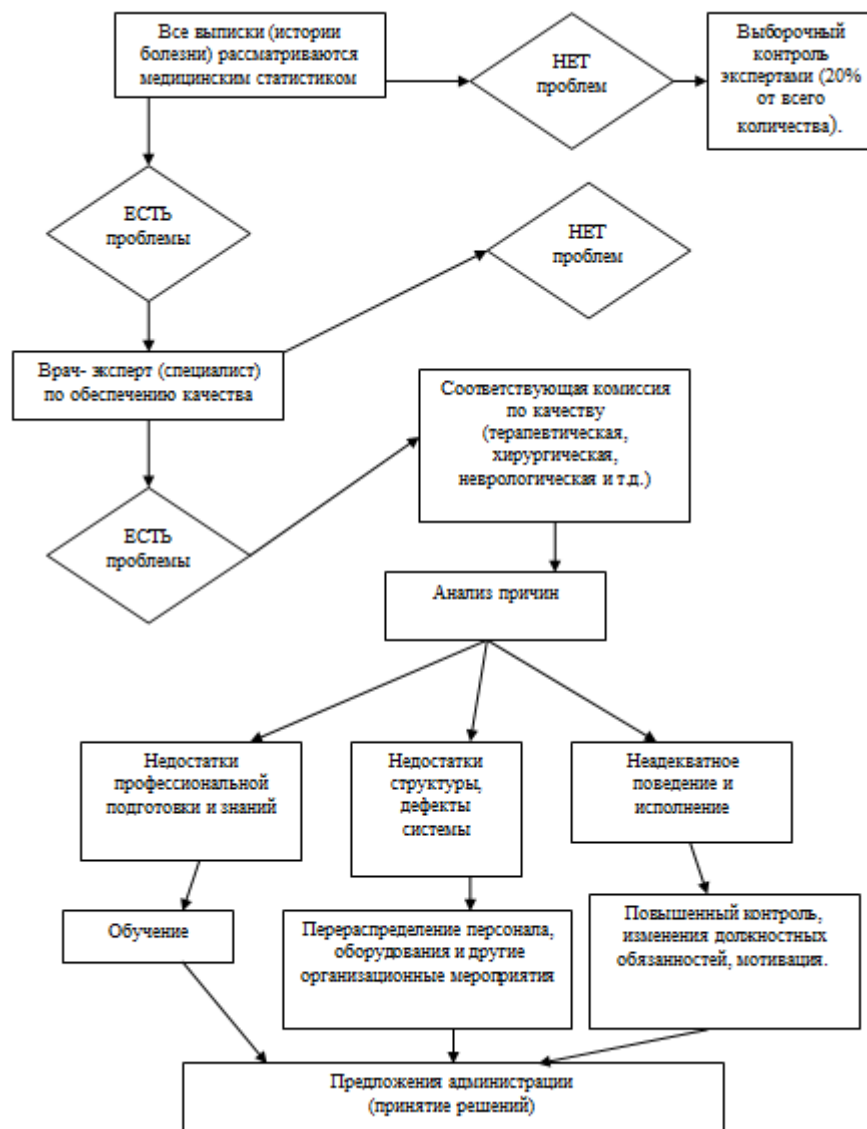
приемлемым. Если не удастся вновь достичь улучшения, соответствующая комиссия по обеспечению качества в расширенном составе проводит углубленный анализ причин (оценка структуры, процесса и результата) с принятием мероприятий по улучшению и дальнейшей оценкой до тех пор, пока не будет зафиксировано улучшение.

На **десятом этапе** вся получаемая информация о качества (как достигнутых порогах МКР, так и не достигнутых, разработанных мероприятиях и направленных на устранение основных причин) доводится до соответствующих лиц, ответственных за обеспечение качества во всем ЛПУ в целом. Кроме того, такой информацией между собой с целью обмена опытом обмениваются и руководители отделений и кабинетов.

Другим направлением анализа КМП в 301 ОВКГ является оценка законченных случаев лечения. На рис. 9.8 представлена схема процесса системы контроля качества в 301 ОВКГ по законченным случаям (историям болезни), которая может также проводиться как для всего ЛПУ в целом, так и для анализа и оценки качества работы его подразделений и отдельных врачей в отдельности.

Все законченные случаи (выписки из историй болезни и истории болезни) поступают для анализа в отделение сбора и обработки информации (ОСОИ), оцениваются медицинским статистиком на соответствие определенным критериям. При выявлении в историях болезни отклонений (превышение средних сроков лечения на определенную величину, несоответствие диагноза классификации, длительный предоперационный период, наличие осложнений и т.д.), эти истории болезни направляются для анализа врачу-эксперту (специалисту по обеспечению качества: терапевту, хирургу, неврологу и т.д. в зависимости от профиля). Для экспертизы законченного случая лечения используется «Карта оценки качества медицинской помощи», заполняемая врачом-экспертом и включающая следующие разделы: обоснованность госпитализации, полнота и своевременность постановки диагноза, полнота и своевременность обследования и лечения (в соответствии со стандартом) и причины отклонения от стандарта, качество оформления документов.

Анализируются причины возникших осложнений, соответствие средним для данной нозологической формы срокам лечения и причины возможных отклонений от этих сроков, достижение положительного результата лечения, для хирургических пациентов дополнительно средние сроки до операции и после операции, характер анестезиологического пособия и реанимационных мероприятий. В последующем по таким картам может проводиться анализ работы каждого врача, отделения.

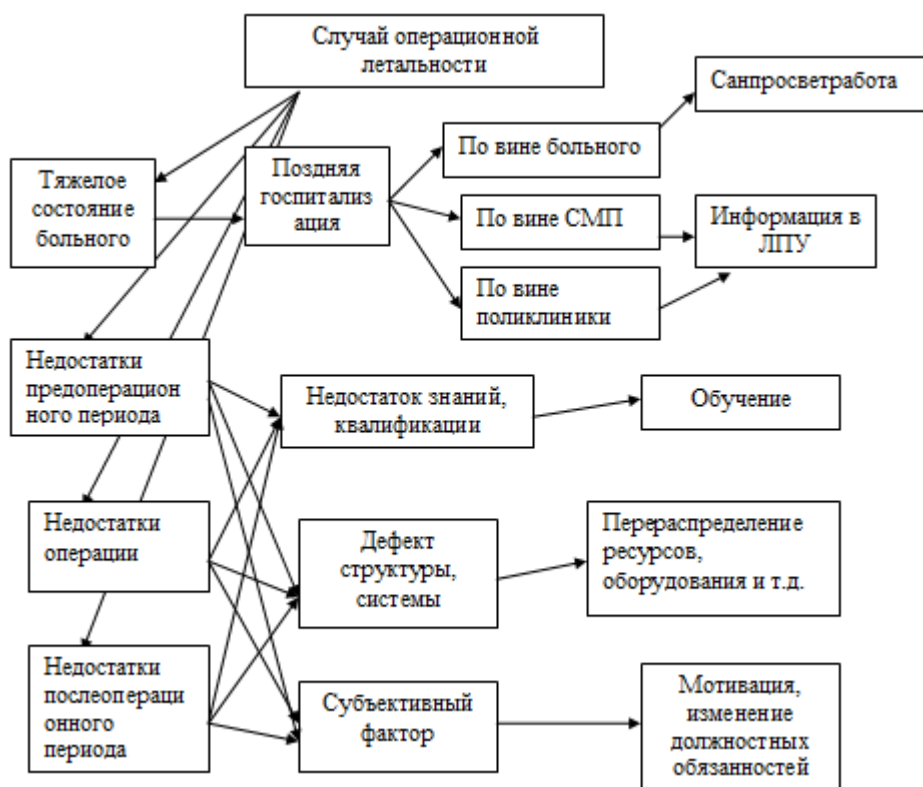


**Рис. 9.8. Процесс (функционирование) системы контроля законченных случаев лечения**

После анализа при выявлении недостатков и проблем данные случаи рассматриваются соответствующими комиссиями по качеству (терапевтической, хирургической, неврологической и т.д.). Комиссией выявляются основные причины недостатков, которые условно можно разделить на три основные группы: недостатки профессиональной подготовки и знаний медицинского персонала; недостатки структуры и дефекты системы; неадекватное исполнение и поведение; субъективные причины (невнимательное отношение и т.д.)

Недостатки знаний можно компенсировать дополнительными занятиями, обучением, повышением квалификации, перестройкой существующего образовательного процесса. Дефекты системы устраняются перераспределением кадров, более эффективным использованием оборудования и медикаментов, изменением

политики в ЛПУ и другими мероприятиями. В системе обеспечения качества медицинской помощи необходима разработка стандартных алгоритмов управления КМП по основным направлениям выявленных дефектов. Примеры таких алгоритмов приведены на рис. 9.9 и 9.10.



**Рис. 9.10. Алгоритм контроля случая внутрибольничной инфекции**

Для 301 ОВКГ наиболее типичными направлениями разработки алгоритмов являются:

- *Внутрибольничные инфекции.*
- *Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.*
- *Случаи досуточной летальности.*
- *Случаи послеоперационной летальности и осложнений.*
- *Дефекты оформления документации.*

Если причиной послеоперационной летальности является поздняя госпитализация пациента по вине службы скорой медицинской помощи или поликлинического звена, соответствующая информация направляется администрации этих ЛПУ. Если причиной послеоперационной летальности явились дефекты предоперационного, операционного, послеоперационного периодов, анализируются основные причины и направляются предложения администрации и комиссии по обеспечению качества в ЛПУ.

В системе управление качеством особую роль приобретает качественная работа отделения и сбора информации с созданием локальной сети в госпитале и разработкой программного обеспечения. Для получения достоверной информации из тех источников, которые содержат данные нечисловой природы, необходимо:

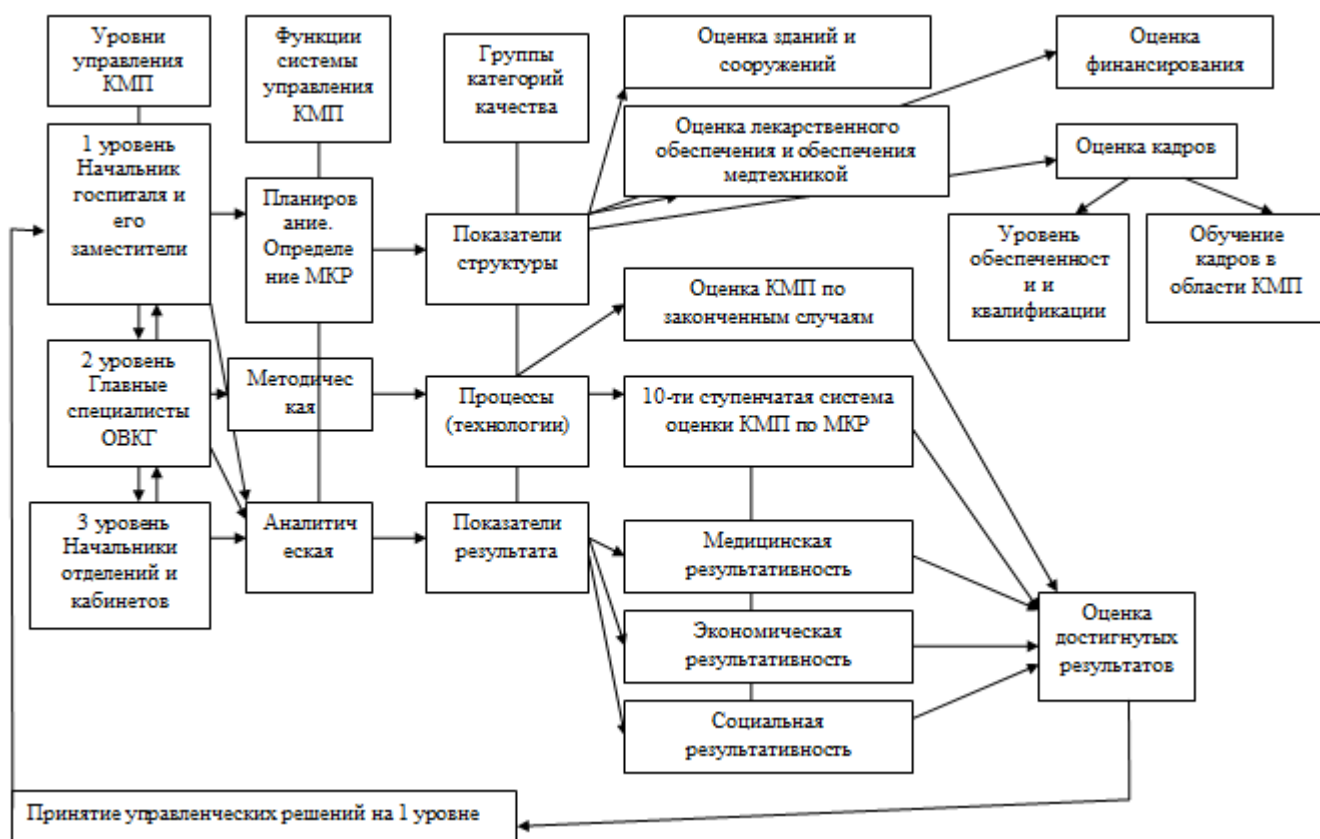
*? При анкетировании пациента об удовлетворенности качеством медицинской помощи составление вопросов в анкете, доступных для понимания пациентам с различным уровнем интеллектуального развития с целью объективизации анкетирования.*

*? При анализе качества медицинской помощи каждого законченного случая, проводимом при внутриведомственной экспертизе экспертами из числа врачей госпиталя, необходимо разработка механизмов, повышающих объективность ведомственной экспертизы.*

Применение системного анализа, новых подходов и технологий оценки и контроля КМП позволили повысить экономическую эффективность лечебно-диагностического процесса в 301 ОВКГ, что выразилось в снижении средних сроков лечения только в 2004 году с 18,47 до 15,24 койкодней без снижения показателей, отражающих медицинскую и социальную результативность.

Новая модель системы управления качеством и эффективностью медицинской помощи, осуществляющая планирование, сбор, анализ результатов (МКР), отражающих качество лечебно-диагностического процесса позволяет 301 ОВКГ с наибольшей оптимальностью функционировать в новых экономических условиях. Предлагаемая модель включает: структуру управления качеством; технологии, используемые для оценки качества медицинской помощи; оценку результативности медицинской помощи. Общая структура предлагаемой модели управления качеством и эффективностью медицинской помощью в 301 ОВКГ представлена на рис. 9.11.

Система управления КМП представлена 3 уровнями с конкретными функциями для каждого уровня и принципами обратной связи между этими уровнями. Для процесса управления нами предлагаются к использованию технологии в виде экспертных оценок законченных случаев лечения врачами-экспертами с использованием «Карты экспертизы качества законченного случая» и 10-этапная система оценок достижения пороговых показателей.



**Рис. 9.11. Модель системы управления качеством и эффективностью МП в 301 ОВКГ**

Предлагаемая структура системы управления КМП позволяет администрации 301 ОВКГ формировать принятие управленческих решений на основании наличия проблемы и предложений по ее решению, поступающих от руководителей отделений и кабинетов.

В дальнейшем мониторинг показателей, отражающих КМП в каждом отделении, позволяет провести определение рейтинга отделений в достижении улучшения КМП за определенный период. С учетом рейтингового показателя каждого отделения (врача и т.д.) реализуется система мотивационных механизмов, в первую очередь материального стимулирования, за конечные результаты работы в каждом отделении.

Для всесторонней оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре необходимо в равной степени оценка всех основных групп показателей, отражающих медицинскую, экономическую и социальную результативность и стремление в достижении высокого КМП как оптимального сочетания совокупности различных показателей, отражающих различные характеристики КМП. Особое место в этой системе должна занять структура, занимающаяся сбором и обработкой информации об основных показателях для всего стационара в целом, и его подразделениях в частности. Следовательно, необходима достаточная

оснащенность вычислительной техникой и программным обеспечением ЛПУ, создание локальной сети ЛПУ.

### ***Примеры алгоритмов функционирования рабочих групп по управлению КМП в подразделениях многопрофильного ЛПУ***

Что же относительно разработки алгоритмов, то нами адаптирован к региональным условиям управленческий процесс, подробно описанный в руководствах «Guide to quality assurance», «Implementing hospitalwide quality assurance», «A guide to establishing programs for assessing outcomes in clinical settings joint commission» и др., что позволило рассматривать его как эффективное руководство к действию. Процесс управления КМП возможно рассматривать как последовательное прохождение многих ступеней с обязательной статистической обработкой получаемых результатов. В этой связи следует констатировать, что методы математической статистики, основанной на теории вероятностей и больших чисел, подходы медицины, основанной на доказательствах, пока еще являются почвой для дискуссий в ЛПУ ДВФО, а не основой управления КМП для внедрения в практику через региональные структуры отрасли здравоохранения. С этой точки зрения зарубежные руководства по «Клинической эпидемиологии» или, к примеру, «Как избежать врачебных ошибок» Р. Ригельмана не всегда понятны специалистам ЛПУ ДВФО.

Наши контакты с известным в Австрии специалистом по управлению качеством медицинской помощи и бывшим доцентом Экономического института им. Больцмана Эугеном Хауке, ответственными сотрудниками Венской объединенной больничной кассы д-ром Фердинандом Феликсом, последующие исследования проблем внедрения современных моделей управления качеством позволили нам разработать более трех десятков адаптированных к нашим условиям алгоритмов действий рабочих групп по управлению качеством производства медицинских услуг.

#### ***Качество оформления истории болезни***

***Область:*** Ведение истории болезни.

***Проблема:*** Истории болезней в гинекологическом отделении ведутся неудовлетворительно. Записи производятся несвоевременно, неполноценно и недостаточно проверяются.

***Описание проблемы:*** Ведение историй болезни и их проверка осуществляются заведующим отделением и лечащими врачами недостаточно тщательно.

***Анализ проблемы:*** Анализ и проверке выполнения стандарта ведения историй болезни не придается достаточное значение со стороны руководителя отделения и заместителя главного врача по лечебной работе ЛПУ.

***Постановка цели:*** Обеспечение надлежащего ведения истории болезни.

***Критерии:*** целенаправленно; полноценно; проверенно.

***Стандарты:*** все необходимое, по порядку, назначения, статистический талон. Подпись главного врача ЛПУ/зам. главного врача по лечебной работе.



**Участники группы по обеспечению качества:** врачи данного специализированного отделения ЛПУ.

**Методический процесс:** критический анализ всех историй болезни за последние 3 мес. и систематизация недостатков.

**Разработка предложений:** Обработка конкретных руководств и приказов по ведению историй болезни и специальное обучение врачей по ведению медицинской документации на рабочих местах. Согласование с врачебным персоналом ежемесячной динамики по улучшению качества ведения историй болезни; ежемесячное вывешивание результатов на доске объявлений отделения.

**Мероприятия:** введение согласованно выработанных стандартов.

**Проверка:**

**Кто:** главный врач.

**Когда:** при выписке пациента.

**Как:** анализ достижения намеченного уровня выполнения стандартов; оценка достижений врачебным персоналом; обнародование результатов.

**Результат:** значительное улучшение ведения историй болезни.

**Затраты/Прибыли:** однократные затраты: примерно 50 часов для консультаций и обучения врачей;

**текущие затраты:** 3 часа для выработки критериев.

**Польза:** адекватный анализ существующих врачебных действий, их документирование и улучшение наблюдения за соответствием врачебных назначений качеству обслуживания пациентов. Соответствие стандартам.

**Ресурсы:** 60 часов.

**Диагностика**

**Область:** предоперационная диагностика.

**Проблема:** В текущей работе все пациенты ЛПУ направляются на рентген грудной клетки (флюорографию), даже тогда, когда пациент предоставляет результат недавно проведенного рентгена грудной клетки от рентгенолога вместе со снимком.

**Описание проблемы:** При повторном проведении рентгенологического исследования пациент подвергается дополнительному риску облучения и для одной и той же диагностической постановки вопроса требуются двойные затраты.

**Анализ проблемы:** Предыдущий образ действий и утверждение о том, что рентгенолог, сделавший рентгенограмму и предоставивший результат исследования больного, не обладает достаточным опытом, побуждают лечащего врача к

"двойному исследованию". Возникают дополнительные затраты, которые должны быть предотвращены с помощью соответствующего анализа.

**Постановка цели:** снизить до минимума облучение пациентов и возможные затраты, при этом не снижая качество диагностики.

**Критерий** – определение показаний для рентгенографии грудной клетки.

**Стандарт:** принципиальное признание имеющихся рентгенограмм и результатов исследования; проведение повторных рентгенограмм только по особым показаниям.

**Участники группы по обеспечению качества:** специалисты хирургического и терапевтического отделений, рентгенологи.

**Методическое обеспечение процесса:** анализ того, какие проблемы могут возникнуть при отказе от повторного рентгенологического исследования; дифференциация групп пациентов, у которых можно отказаться от повторного исследования; стандартизация результатов исследования согласно требованиям врачей ЛПУ.

**Разработка предложений:** отказ от рентгена грудной клетки в больнице, если предоставленный снимок и результат обследования были сделаны не более 8 дней назад, если речь идет не о пациентах группы риска и позволяет вид врачебного вмешательства. В сомнительных случаях врачи больницы имеют право на проведение рентгенологического исследования грудной клетки.

**Мероприятия:** подготовка приказа/руководства по проведению рентгенологического исследования грудной клетки пациентам в данном ЛПУ

**Проверка: Кто:** зав. терапевтическим отделением или зам. главного врача ЛПУ по лечебной работе.

**Когда:** через месяц, при необходимости дополнительный выборочный контроль

**Как:** с помощью списка пациентов, которым несмотря на согласование позиций, было проведено дополнительное исследование.

**Результат:** уменьшение облучения пациентов, ускорение процесса предоперационной фазы, снижение затрат в больнице и уменьшение затрат в рентгенологии.

**Ресурсы:** 100 часов.

**Особые примечания:** эта тактика может быть перенесена на другие предоперационные мероприятия.

## **Терапия**

**Область:** Результаты лечения в хирургическом отделении.

**Описание проблемы:** относительно высокая частота рецидивов после операций по поводу удаления паховой грыжи.

**Анализ проблемы:** Были учтены следующие причины:

применение неадекватных операционных методов;

проведение операции без четких показаний.

**Постановка цели:** снижение частоты рецидивов до уровня принятого стандарта – модели конечных результатов.

**Критерий:** процентное отношение случаев рецидива к общим случаям.

**Стандарт:** 3 %.

**Участники группы по обеспечению качества:** все врачи хирургического отделения.

**Методика проведения процесса изучения проблемы:** Критический анализ протоколов операций по следующим критериям: техника оперативного вмешательства, выполнение стандарта последовательности проведения оперативного вмешательства, анализ историй болезни с целью выявления особенностей послеоперационного периода, принимая во внимание наличие: гематом, сером, повышенной температуры, абсцесса, бронхита, вредных привычек у пациента (курение), преклонный возраст и др.

**Разработка предложений:** консенсуальное соглашение всех врачей по поводу: определенной техники и метода оперативного вмешательства, ускорения темпов повышения квалификации врачей.

**Мероприятия:** В специальной литературе в качестве приемлемой рассматривается только 3 % частоты рецидивов. Члены группы по обеспечению качества пришли к соглашению о том, что возможно снижение имеющейся частоты рецидивов, составляющей приблизительно 10 %, путем достижения стандарта модели конечных результатов до 3 % от числа оперированных.

**Проверка:**

**Кто:** врач высшей квалификации.

**Когда:** один раз в квартал.

**Как:** анализ документации всех случаев рецидивов и проведение дискуссии.

**Результат:** Согласованный стандарт (3 % частоты рецидивов) не был достигнут.

**Ресурсы:** первоначальный расход времени примерно 80 часов; текущие расходы незначительны.

**Польза:** снижение частоты повторных хирургических вмешательств (нагрузка на пациента, уменьшение затрат).

**Жалобы пациентов и членов их семей.**

**Область:** Стационар.

**Описание проблемы:** Жалобы пациентов и членов их семей на то, что обслуживающий персонал подходит к больному только после многократных вызовов (время ожидания составляет около 15 минут).

**Анализ проблемы:** Когда не отрегулированы правила реагирования на вызов пациента, то сотрудники обслуживающего персонала переключаются друг на друга эту обязанность, что приводит часто к задержкам при выполнении данной работы.

**Постановка цели: Критерий:** время ожидания в мин.

**Стандарт:** время ожидания меньше 1 мин.

**Участники группы качества:** весь обслуживающий персонал стационара.

**Методический процесс:** обсуждение компетенции обслуживающего персонала в отношении каждой палаты.

**Разработка предложений:** разъяснение надлежащих правил реагирования с целью быстрого посещения пациентов.

**Мероприятия:** Введение новой системы надлежащих правил поведения.

**Проверка: Кто:** Старшая медсестра одного из отделений ЛПУ.

**Когда:** ежемесячно.

**Как:** опрос пациентов, анализ анкет.

**Результат:** Сокращенное время ожидания после вызова персонала.

**Ресурсы:**

**Затраты:** около 50 часов.

**Польза:** высокая степень удовлетворенности пациентов, повышение безопасности при экстренных ситуациях через урегулирование ответственности.

Применение системного анализа, разработка новой модели управления качеством и эффективностью медицинской помощи с применением комплексной оценки медицинской, социальной и экономической результативности, позволяют повысить экономическую эффективность медицинской помощи без снижения уровней медицинской и социальной результативности.

#### **9.4. Почему система TQM не «приживается» в ЛПУ региона?**

Ответ на этот вопрос кроется в принципах подготовки руководителей для отрасли здравоохранения региона, которые исповедуются многие десятилетия и уходят корнями в систему подготовки чиновников разного уровня для отрасли здравоохранения бывшего СССР. Для административно-командного управления они

были адекватны и позволяли добиваться впечатляющих успехов еще двадцать лет назад. С приходом в деятельность отрасли рыночных механизмов, даже с высоким уровнем государственного регулирования, новых подходов в распределении полномочий и предметов ведения между уровнями власти, значительной децентрализации управления потребовалась новая идеология менеджмента и специалисты, проповедующие эту идеологию.

Поскольку в течение последнего десятилетия уровень качества и безопасности медицинских услуг в регионе значительно снизился, то и уровень значимости модернизации управления качеством в отрасли соответственно повысился. Сегодня речь не идет об автоматическом переносе идеологии TQM из сферы промышленного производства в сферу производства медицинских услуг. Речь идет об адаптации некоторых принципов из сферы товарного производства в сферу производства медицинских услуг, где многие годы обсуждается вопрос о том, чего больше в медицине искусства отдельного специалиста или работы системы в целом.

В конечном итоге TQM и в промышленном производстве и в медицине подтверждает и координирует процессы планирования, обеспечения информацией, контроля за выполнением моделей конечных результатов. Отсутствие в региональной медицине эффективной системы управления инновационными процессами, а систему TQM следует отнести именно к последним, является одной из основных причин отсталости отрасли здравоохранения. Кроме того, довольно часто процесс нововведений в ЛПУ, который, как правило, сопровождается значительным объемом инвестиций, увеличивает уровень рисков (технических, временных и финансовых).

**Технические риски**, означающие вероятность того, что в процессе реализации внедрения TQM не будет достигнут заданный уровень характеристик моделей конечных результатов по обеспечению должного уровня качества и безопасности медицинских услуг.

**Временные риски**, обусловленные несвоевременной реализацией TQM, что сопровождается потерей конкурентоспособности производимых медицинских услуг или их ненужность для современных условий и требований, а самое главное для потребителей.

**Финансовые риски**, возникающие в результате превышения фактических затрат над плановыми, когда определенную часть услуг приходится переделывать из-за недостаточного уровня их качественных характеристик.

При реализации TQM как инновационного проекта в ЛПУ следует использовать одну из отработанных организационных форм управления. В тех случаях, когда вопрос о внедрении инноваций касается небольшого ЛПУ — главный врач самостоятельно выполняет все функции генерального менеджера. В их число входит и функции интеграции отдельных программ, этапов и фаз проекта по внедрению системы управления качеством. В более крупных ЛПУ (многопрофильные больницы, большие поликлиники, реабилитационные центры и пр.) следует создавать специальные отделы, отвечающие за реализацию инновационных проектов (нововведений). В этой ситуации выделяется специальный помощник главного врача - управляющий проектом, которому подчиняется одна или несколько групп по внедрению идеологии TQM, где сосредотачиваются материальные, кадровые и финансовые ресурсы. По сути дела создается относительно автономная линейно-функциональная организация, специалисты которой совместно с персоналом ЛПУ

решают конкретные задачи по реализации TQM. В частности, проектирование и разработку моделей конечных результатов при производстве медицинских услуг в подразделениях ЛПУ; организация и производство услуг надлежащего качества; управление персоналом и регулирование отношений с поставщиками и потребителями; координация подразделений ЛПУ и т.п.

Особая задача проекта реализации TQM заключается в надзоре за ходом реализации, в контроле и информационной поддержке эффективного управления проектом.

### ***Фазы и темпы внедрения проекта всеобщего управления качеством***

В преддверии принятия решения. Процесс внедрения начинается с принятия решения и разработки системы всеобщего управления качеством в ЛПУ. Чаще всего основными причинами такого решения являются:

- *Ухудшение основных показателей эффективности деятельности ЛПУ по росту непроизводительных затрат, снижение рентабельности производства медицинских услуг и т.п.*
- *Устаревшие методы планирования производства медицинских услуг, анализа затрат на обеспечение качества, не удовлетворение современным требованиям, предъявляемым к менеджменту ЛПУ.*
- *Существующие в ЛПУ методики учета и анализа, не позволяющие дать удовлетворительные ответы на вопросы руководства (например, нет ясности относительно реальной эффективности производства по отдельным услугам или их группам, либо нет реальной картины о положении дел с эффективностью работы отдельных подразделений ЛПУ и т.д.).*
- *Наличие в ЛПУ «трения» между отдельными подразделениями относительно выполняемых функций и отсутствия согласованных целей.*
- *Появление новых или изменение существующих целевых установок деятельности ЛПУ в изменяющихся социально-экономических условиях.*

Анализ отечественной и зарубежной литературы, практики внедрения идеологии TQM показывает, что не следует принимать решения о разработке и внедрении инновационных проектов в условиях резкого ухудшения основных показателей эффективности работы ЛПУ. Прежде чем принимать решения по таким учреждениям, собственники (владельцы) основных производственных фондов должны внимательно проанализировать кадровые проблемы, поскольку ухудшение основных показателей деятельности организации говорит, прежде всего, о неэффективном руководящем составе ЛПУ, что, естественно, требует его замены. Только новое руководство, владеющее современными методами управления, способно вывести ЛПУ из системного кризиса.

В качестве примера отбора организаций для возможной реализации инновационных проектов (внедрение системы TQM), в ЛПУ Хабаровского края нами проведен выборочный анализ деятельности двух краевых учреждений службы охраны матери и ребенка по данным их сводных аналитических отчетов. Одно из них развивается как перинатальный центр, другое как центр детской хирургии. Коечный фонд обеих больниц примерно одинаковый - около 300 коек.

Так, по данным нашего предварительного анализа, в перинатальном центре в течение последних трех лет имеются признаки системного кризиса. К ним мы отнесли значительный рост управленческих структур ЛПУ, диспропорции в планировании и управлении - перегрузку одних подразделений и недогрузку других, снижение качественных показателей, снижение показателей инвестиционной эффективности и полное отсутствие признаков знакомства руководителей данного учреждения с методическими подходами к оценке эффективности деятельности ЛПУ как хозяйствующего субъекта и т.п. Вполне очевидно, что любой инновационный проект в данном ЛПУ «обречен на неуспех».

С другой стороны, в детском хирургическом центре (ГУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ ХК) имеются благоприятные предпосылки для внедрения инновационных проектов, прежде всего в виде системы TQM, поскольку имеет место четко отработанная стратегия развития учреждения. В ЛПУ сформирована модель конечных результатов деятельности, как учреждения в целом, так и отдельных подразделений, контроль МКР проводится на нескольких уровнях в рамках системы обратной связи с помощью информационных технологий. В то же время имеет место появление слабых сигналов (индикаторов) о возможных рисках для перспективного ускорения функционирования больницы. В сложившейся ситуации, когда внешние и внутренние тенденции начинают формироваться в виде тенденции стагнации, хотя пока и мало заметной, но уловимой, следует пересмотреть стратегию развития учреждения. Она весьма перспективна для реализации инновационных проектов. Следует отметить, что психологический климат в этом коллективе весьма благоприятен для начала процесса разработки и внедрения системы TQM.

Что же относительно фаз реализации проекта, то первая фаза начинается после принятия решения о разработке инновационного проекта и определении исполнителей, а также разработке инструментов TQM с обязательной их адаптацией к условиям конкретного ЛПУ. В первую очередь, речь идет о разработке следующих инструментов:

- *Системы планирования моделей конечных результатов по учреждению в целом и подразделениям в частности;*
- *Методов расчетов затрат по видам, местам возникновения и услугам;*
- *Системы отчетности, ориентированной на конкретных пользователей внутри ЛПУ;*
- *Методики расчета эффективности инвестиций и текущей деятельности ЛПУ по обеспечению качества услуг;*
- *Методики анализа отклонений плановых и фактических показателей и т.п.*

Вторая фаза — это «вживание» TQM в текущую деятельность ЛПУ. Она характеризуется оценкой действенности разработанных инструментов и убеждения медицинского персонала в необходимости их применения в практической деятельности подразделений ЛПУ. Признаки «вживания» следующие:

- *Четкий и ясный язык представления МКР деятельности анализируемых подразделений ЛПУ;*
- *Убедительная для заведующих отделениями и службами интерпретация результатов деятельности их подразделений;*
- *Появление у специалистов, ответственных за реализацию TQM, определенной независимости и элементов настойчивости в аргументации;*

- *Готовность к сотрудничеству и коммуникациям.*

Как правило, вторая фаза продолжается достаточно долго (1,5-2 года), поскольку система TQM и формируемая ею объективная информация об эффективности работы того или иного подразделения может вызвать у части руководителей ЛПУ и служб раздражение. Это может привести к замедлению процесса адаптации системы, а в отдельных случаях и к фактическому отстранению специалистов, ответственных за реализацию системы управления качеством, от участия в управлении ЛПУ.

Третья фаза — это занятие прочных позиций. Наступление этой фазы следует оценивать по нескольким признакам:

- *Удовлетворение руководителей отделений и подразделений ЛПУ результатами внедрения системы TQM растет.*
- *Появляется взаимное доверие, возрастает объем совместных работ и связей между специалистами ответственными за внедрение системы TQM, и заведующими отделениями ЛПУ.*
- *Специалисты, ответственные за внедрение системы управления качеством становятся признанными партнерами руководителей отделений ЛПУ.*
- *Повсюду в ЛПУ говорят о хорошей и полезной работе специалистов, ответственных за внедрение системы TQM.*

Четвертая фаза — фаза роста значимости и объема функций управления качеством. Анализ практики внедрения системы TQM позволяет выделить несколько признаков наступления фазы роста:

- *Специалист по внедрению системы управления качеством выступает в качестве лидера и модератора при формировании МКР деятельности ЛПУ на плановый период.*
- *Система TQM распространяется на новые сферы деятельности ЛПУ, например, на деятельность функциональных и вспомогательных подразделений.*
- *Система управления качеством налаживает тесное сотрудничество с высшими руководителями при разработке долгосрочных целей учреждения.*

Основной причиной неэффективной деятельности ЛПУ системы здравоохранения является отсутствие действующих организационных технологий по внедрению современных инструментов управления. В реальных социально-экономических условиях, в которых сегодня находится отрасль, в качестве главного фактора эффективности усилий должен стать инновационный процесс, который явится главной движущей силой поступательного развития здравоохранения региона.

### ***Перспективы применения в управлении качеством производства медицинских услуг стандартов ИСО 9000/2000***

Одной из главных отличий стратегии сегодняшнего развития системы здравоохранения от стратегии развития в предыдущие годы, является поиск качественно новых моделей инфраструктуры и схем управления, основывающихся на применении инновационных технологий и применяемых в соответствии с основными стратегическими целями и задачами ЛПУ отрасли. В этом контексте



наиболее актуальной проблемой становится построение системы управления медицинской организации на основе производства качественных медицинских услуг. По мнению некоторых специалистов, решение этой задачи возможно посредством реализации в ЛПУ системы менеджмента качества, построенной в соответствии со стандартами серии ИСО/ISO (The International Organization for Standardization) 9000:2000.

Стандарты ИСО отвечают на вопрос, что необходимо сделать для создания в организации основы для постоянного улучшения деятельности. Практика их внедрения должна дать ответ на вопрос, как этого добиться. В многочисленных публикациях, посвященных применению стандартов в России, наибольшее внимание уделяется методологическим аспектам этой проблемы и в меньшей степени ее практической стороне. Между тем, именно практические аспекты внедрения стандартов ИСО новой версии заслуживают особого внимания. Следует отметить, что примеров практического внедрения стандартов ИСО серии 9000 в здравоохранении пока мало, да и то большинство публикаций касается, мягко говоря, «продвинутых» ЛПУ, находящихся в особых обстоятельствах, в которых сформированы современные технологические линии по производству диагностических или лечебных услуг. Следует отметить, что работ, посвященных комплексному изучению методики внедрения системы менеджмента качества в соответствии с требованиями стандарта ИСО серии 9000 и сертификации ЛПУ в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2001, тоже пока немного.

Как правило, внедрение системы менеджмента качества в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2001 проводится в несколько этапов.

На первом этапе осуществляется предварительный анализ существующей системы качества в ЛПУ на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2001 и разрабатывается план адаптации системы менеджмента качества к условиям конкретного ЛПУ.

На втором этапе реализуется переход к процессному управлению. Идентифицируются основные процессы, их иерархическая структура, последовательность и взаимодействие, разрабатываются критерии и методы определения результативности и эффективности.

На третьем этапе проводится реорганизация основных процессов, приведение всех элементов системы менеджмента качества в соответствие требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2001, подготовка к сертификации, а также проведение аудита сторонней организацией.

На четвертом этапе проводится оценка эффективности внедрения системы управления качеством медицинской помощи, отражающая реализацию стратегии внедрения в ЛПУ.

Следующий (пятый) этап заключается в поддержании в рабочем состоянии и реализации стратегии непрерывного совершенствования системы менеджмента качества в медицинском учреждении, что должно стать подтверждением устойчивости достигнутого уровня показателей качества производимых услуг и их максимального соответствия требованиям пациентов. При внедрении системы менеджмента качества перед ЛПУ открываются дополнительные возможности для

улучшения деятельности как учреждения в целом, так и для управляющих структур, медицинского персонала, а также для пациентов.

В то же время достаточное число опытных руководителей ЛПУ не торопится внедрять стандарты ИСО серии 9000 и проходить сертификацию на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2001. Они мотивируют свой скептицизм неопределенностью и непредсказуемостью результатов реализации идеологии стандартов ИСО 9000 в условиях медицинских учреждений, где в основе технологических процессов лежит умственный и физический труд медицинского персонала в первую очередь, а уж во вторую и третью очередь — работа технологического оборудования и т.п. В этой связи следует отметить, что и в мировой литературе в частности внедрения стандартов ИСО серии 9000 нет единства взглядов. Поэтому тем, кто собирается внедрять эти стандарты, следует знать и альтернативные точки зрения.

В 2001 году в журнале European Quality («Европейское качество»), издаваемом Европейской организацией по качеству (ЕОК), было опубликовано достаточно подробное изложение книги Дж. Седдона «В поисках качества. Дело против ИСО 9000». Он считает, что существуют более надежные способы повышения эффективности предприятий, удовлетворения потребителей, обеспечения реального качества и увеличения прибылей, чем работа в соответствии с предписаниями стандартов ИСО серии 9000, даже в версии 2000 года.

Сегодня существует значительное число учреждений, промышленных предприятий и организаций, внедривших стандарты ИСО серии 9000, но получивших в результате увеличение собственных расходов, недовольство потребителей и разочарование своего персонала.

Если сегодня внимательно рассматривать стандарты этой серии, то вполне естественно можно найти достаточно оснований для критики.

Во-первых, по нашему мнению эти стандарты перегружены бюрократическими процедурами, что становится препятствием для оптимальных взаимоотношений между производителями и потребителями. Аналитические отчеты становятся способом управления, поскольку стандарты концентрируются на реализации тотального контроля и проверок. Вызывает сомнение необходимость повышения требований к документации (отчетам), поскольку не само качество, а качество отчетов становится главным средством контроля, а сама идеология контроля приводит к росту стоимости продукции и услуг. Всякий раз, когда медицинский персонал сталкивается с избыточной документацией, он вынужден делать двойную работу: вначале сделать дело, а потом подробно описать процедуры. При этом создаются документы только ради того, чтобы контролер (эксперт) мог успешно выполнять свою работу. Такой подход мешает персоналу заниматься производством качественных медицинских услуг, заставляя их верить в то, что ценность их вклада в конечный результат — уровень здоровья пациента, определяется процедурой контроля.

Во-вторых, применяемые подходы к внедрению стандартов ИСО серии 9000 в конечном итоге сводятся к регламентации деятельности ЛПУ, а внедрение системы начинают не с анализа показателей деятельности учреждения, а с ее сопоставления с набором требований стандартов. При этом предполагается, что правильное применение этих требований положительно скажется на эффективности работы

учреждения в целом. Стандарт излишне доверяет тому, как проверяющие (эксперты, аудиторы) интерпретируют понятие качества. В этой связи анализ программы подготовки аудиторов способен породить сомнения, поскольку существуют опытные аудиторы, обладающие глубокими знаниями, но столь же часто встречаются аудиторы, только прошедшие подготовку и мало знающие, но способные сильно повлиять на работу проверяемого учреждения. Аудиторам, проверяющим внедрение стандартов ИСО 9000, как правило, показывают только определенные службы учреждения, те, что могут пройти проверку. А затем учреждению выдают сертификат о прохождении им проверки на соответствие стандартам ИСО 9000 в качестве рекомендации потребителям пользоваться его услугами.

В третьих, стандарты ИСО 9000 не способствуют изучению главными врачами ЛПУ системного подхода и дисперсионного анализа. Напротив, стандарты прививают управленцам веру в то, что следование установленным методикам способствует уменьшению дисперсии результатов работы. На самом деле, строгое следование этим методикам может привести к увеличению дисперсии. В связи с этим Дж. Седдон говорил: «Я не хочу сказать, что люди не должны работать по правилам. Очевидно, что в некоторых случаях применение стандартных методов работы дает свои преимущества. Но в иных случаях может возникать вопрос не о том, правильно ли мы работаем, а занимаемся ли мы тем, чем следует. И для ответа на него наилучшим образом подходит анализ организации как системы и соответствующее управление ею, основанное на анализе дисперсии. Нам известно, например, что в промышленности уменьшение вариабельности параметров продукции означает повышение ее качества.

В организациях, производящих и продающих услуги, любые отклонения от пожелания клиента ведут к росту затрат и потери клиентуры. Для того, чтобы учиться на основе анализа отклонений, требуются измерения, а правильно выбранные и грамотные измерения влекут за собой получение новой информации и совершенствование работы организации. Кажется логичной и соответствующей общепринятым представлениям мысль о том, что люди будут работать лучше, если они четко знают, что они должны делать и действовать по правилам. Но всегда ли это справедливо? Стандарты ИСО 9000 не дают ответа на этот вопрос, поскольку они предполагают, что такой подход является единственно правильным. Они исходят из презумпции преимуществ работы по правилам с использованием документированных методик, которые указывают, как нужно работать, и выполнение которых контролируется»

И, наконец, в четвертых, стандарты ИСО 9000 не способствуют установлению оптимальных отношений между производителями и потребителями, а также культивированию в среде специалистов по управлению разнообразия точек зрения и подходов к управлению. Некоторые менеджеры и, несомненно, большинство проверяющих (экспертов, аудиторов) убеждены в том, что организация сделала все необходимое для качества, доказав последнее принятием идеологии стандартов ИСО 9000 и зарегистрировав свое соответствие. Но нет ничего более далекого от истины, чем подобное предположение.

По мнению оппонентов, стандарты ИСО развивают идею о том, что любая работа подразделяется на функции руководителей и исполнителей. Они считают, что эта идея стала фундаментальной ошибкой XX века в области управления, и стандарты ИСО 9000 продолжают старую традицию, выражаемую формулой «руководитель решает - рабочий исполняет». Реализация ошибочного подхода к управлению

служит источником нерационального расходования средств. Хуже того, такой подход губителен для инноваций. Для того чтобы внедрять инновации, необходимо уметь взглянуть на организацию глазами потребителей ее продукции и услуг, необходимо управлять всеми процессами с начала и до конца. Требуются такие показатели, которые отвечают целям персонала, непосредственно занятого производством. Создание необходимых условий для инноваций является составной частью системного подхода к управлению организацией, представляет сердцевину современных взглядов на качество. Он диаметрально противоположен тому подходу, который продвигает стандарты ИСО серии 9000.

### ***Что является источником неудач при попытке внедрения современных технологий управления КМП?***

**Большинство исследований, касающихся повышения качества в здравоохранении, направлены на выявление источников успеха и почти не рассматриваются ЛПУ, которые не достигли ожидаемого успеха. По нашему мнению, для объективизации ситуации следует анализировать работу не только тех, кто достиг поставленной цели по повышению качеств, но и проблемы «неудачников» на этом сложном пути.**

Несмотря на общесистемный кризис отечественного здравоохранения, в России существует ряд медицинских учреждений, получивших опыт разработки и внедрения системы TQM. На наш взгляд, «спрос» на НИОКР специалистов по управлению качеством производства медицинских услуг в ближайшей перспективе будет неуклонно расти. Поэтому целесообразно обобщить хоть и небольшой, но, тем не менее полезный для практиков опыт разработки системы управления качеством.

В недалеком прошлом нами были сделаны не только удачные, но и неудачные попытки внедрения программ непрерывного управления качеством медицинских услуг в ЛПУ региона. К сожалению, в отдельных случаях разработка и инициация проекта не принесла ожидаемых результатов. Реализация новых подходов в управлении качеством продукции без достаточной подготовки всей структуры ЛПУ к инновационному процессу, как правило, обречена на неуспех.

Когда процесс повышения качества рассматривается как попытка компенсации неудач, ставших результатом неграмотной стратегии руководителей ЛПУ по реинжинирингу, сотрудники, естественно, с недоверием относятся к мотивам, которыми пользуется при этом высшее руководство учреждения. В итоге формирование таких ключевых составляющих успеха, как инициатива и обязательства сотрудников, становится проблематичным.

В качестве примера рассмотрим опыт разработки и внедрения системы всеобщего управления качеством медицинских услуг в «ЛПУ №» региона.

#### ***Шаг первый***

Вначале в учреждении было проведено обследование по таким направлениям, как организация, медицинские услуги, персонал, оборудование, система информационного обеспечения и отчетность. Получены результаты обследования по отдельным направлениям.

#### ***Организация:***

- плохое представление об организационной структуре своего предприятия абсолютного большинства врачей и медицинских сестер, в том числе и руководящих;
- сложная, многоступенчатая и противоречивая система подчинения, особенно в подразделениях лабораторной диагностики, бухгалтерского учета, управления персоналом, сбыта медицинских услуг;
- отсутствие четко определенных областей и уровней компетенции и ответственности подразделений;
- перегруженность работой отдельных подразделений;
- организация под определенного человека некоторых служб, т.е. первична не функция, а человек с его способностями и возможностями.

#### **Продукция (медицинские услуги):**

- длительное время используются устаревшие стандарты технологий оказания медицинской помощи;
- медицинские услуги не соответствуют требованиям пациентов по качеству исполнения и безопасности;
- плохие перспективы дальнейшего расширения производства медицинских услуг с точки зрения требований рынка.
- низкое качество расходных материалов и медикаментов, отсутствует входной контроль;
- необоснованно большие запасы лекарств и средств медицинского назначения на складе.

#### **Персонал:**

- страх перед будущим многих врачей и медицинских сестер, имеющих низкую квалификацию и достигших возрастного предела для ее повышения;
- восприятие работы как трудовой повинности, дающей возможность иметь какой-то источник существования. Тезис «успех учреждения - мой личный успех» не привился в сознании врачей.

#### **Оборудование:**

- достаточно старый парк медицинского оборудования и транспортных средств;
- сервисные службы относятся к второстепенным, отсутствует система планово-предупредительных ремонтов;
- медицинское оборудование работает до выхода из строя, затем осуществляется его ремонт.

#### **Система информационного обеспечения и отчетности:**

- отчеты содержат только цифры, без каких-либо пояснений;
- медицинские документы большей частью заполняются вручную, что затрудняет их прочтение;
- лица, принимающие решения, «многочисленны», получают недостаточный объем нужной информации, хотя поставляемые им данные обширны;

- поступающая информация часто недостоверна, речь идет как о сознательном, так и о непровольном ее искажении;
- отсутствует компьютерная поддержка информационного обеспечения;
- отсутствует система расчета и учета затрат по видам, местам возникновения и носителям издержек.

Предметом отдельного анализа являлось состояние организации производства медицинских услуг – диагностика, лечение и реабилитация. Нередко нет четких правил и порядка приема и выписки пациентов. На вопрос, кто отвечает за плановый прием больных, нельзя было получить однозначного ответа. Зачастую пациент вынужден по несколько раз обращаться в ЛПУ, пока будет госпитализирован, несмотря на наличие свободных мест в отделениях. В учреждении, как правило, отсутствовала единая система заполнения медицинской документации и упорядоченный документооборот.

Проведенный анализ показал, что разработке и внедрению системы всеобщего управления качеством производства медицинских услуг должен предшествовать целый ряд взаимосвязанных последовательных действий по реорганизации системы управления больницы. Если этого не было сделано, то весьма проблематично ожидать положительных результатов внедрения инновационных проектов.

**Шаг второй.** После того как главный врач «ЛПУ №» объявил процесс повышения качества приоритетным, его заместители были назначены ответственными за реализацию принятого решения и инициирование соответствующих действий. Они могли организовывать деятельность по повышению качества в лечебно-диагностических отделениях по своему усмотрению, но были предупреждены, что степень их успеха на этом направлении будет определять оценку дельности заместителей главного врача в целом.

**Анализ.** «ЛПУ №» этими действиями начало реализацию как минимум трех моментов, которые прямо препятствовали успешной реализации процесса улучшения КМП. Первый — передача ответственности вниз. Второй элемент — соперничество: заместителей противопоставили другу. Третий элемент — формирование изоляции между отделениями ЛПУ №.

**Шаг третий.** Одно из отделений «ЛПУ №» — терапевтическое отделение — сразу же пригласило консультанта для оценки позиции сотрудников, а также их восприятия состояния дел в отделении и имеющихся проблем.

**Анализ.** Существует два подхода к повышению качества: первый — ориентирован на улучшение работы отдельных исполнителей, второй — на систему (системный подход). Поскольку первый подход основывается на анализе и обзорах, то при его применении пытаются выяснить, что чувствуют сотрудники и что они понимают под проблемой. Информацию, полученную от сотрудников, объединяют, изучают и в обобщенном виде включают в соответствующий обзор. В конце концов, определяются ключевые проблемы и формируются задачи, направленные на их решение. Системный подход, напротив, основывается на организационных началах и групповом подходе. Он предполагает, что когда механизмы коммуникации, доступа к информации, решения проблем, выработки решений, проектирования и создания рабочих мест, подготовки кадров, а также система оценки и поощрения персонала будут функционировать эффективно, большинство проблем, связанных с персоналом, исчезнут.

В первом случае результаты анализа часто режиссируются и контролируются руководством ЛПУ. Во втором случае право управления получают сами сотрудники, и это право не формальное, а истинное.

**Шаг четвертый.** Результаты обзора были доложены заведующему отделением. После тщательного анализа было решено составить список выявленных проблем и озадачить персонал их решением. При этом до сведения исполнителей был доведен не весь список, а только его тщательно отредактированная версия. Сотрудники увидели, что многое из того, о чем они заявляли, было исключено из списка, а то, что было представлено, часто искажало суть.

**Анализ.** Как все-таки немного надо, чтобы подорвать доверие и свести на нет попытку привлечь сотрудников к деятельности по улучшению качества. Вряд ли они теперь возьмут на себя какие-нибудь обязательства. Очевидно, в этом случае у руководства будет лишь его собственный план. А сотрудники по своей инициативе будут делать и говорить лишь минимум, внося свой вклад лишь в те действия, о которых они говорили сами.

**Шаг пятый.** В терапевтическом отделении была сформирована группа, которой поставили задачу сократить число проблем, выявленных во время опроса сотрудников, до трех. В итоге были определены три проблемы (управление процессами диагностики, сроки лечения и переподготовка персонала), о чем доложили совету по непрерывному улучшению качества, в состав которого входили представители всех уровней «ЛПУ №». В обязанности совета входило рассмотрение причинно-следственных связей выявленных проблем и выдача заведующим отделениями рекомендаций по улучшению.

Совет по качеству сформировал три группы, каждая из которых была ответственной за выработку рекомендаций по одной из указанных проблем. Однако уже через некоторое время заместители заявили, что не считают проект по обеспечению переподготовки персонала приоритетным. Кроме того, они требовали от групп как можно быстрее выработать необходимые рекомендации, но при этом не хотели, чтобы сотрудники из их подразделений отдавали работе групп значительное время.

**Анализ.** Опрос показал, что сотрудники были готовы откровенно указать на многие проблемы, которые представлялись им важными. Однако их намерения фактически свело на нет решение заведующего отделением об ограничении числа проблем и отказ считать проблему развития персонала приоритетной.

Конечно, при разработке и внедрении изменений для улучшения качества важно, чтобы сотрудники были ответственны за выбор проектов и согласованность в действиях. Им необходимо дать и право самим принимать решения. Прикладывая собственные усилия, они понимают цель происходящих изменений лучше, чем кто-либо со стороны.

**Шаг шестой.** Всех сотрудников обязали принять участие в мероприятиях по повышению квалификации. При этом объявили, что данные о посещаемости занятий будут использованы для оценки деятельности персонала.

В одном подразделении на восемьдесят сотрудников, работающих в разные смены, расположенных в нескольких отдельных зданиях, был только один преподаватель. В этих условиях планирование обучения и участие в нем стало большой проблемой.

Кроме того, занятия проводились в дополнение к обычному рабочему времени, что вызвало недовольство сотрудников.

**Анализ.** Обучение персонала — важная часть любого проекта по улучшению. Но то, как это проходит во многих организациях, является потерей времени сотрудников и финансовых ресурсов ЛПУ. В процессах улучшения качества применяются два типа подготовки персонала, и оба могут стать более эффективными, если к ним применить системный подход.

Первый нацелен на освоение методов групповой работы, выявление и решение проблем, разрешение конфликтных ситуаций — иначе говоря, является социально ориентированным.

Второй тип подготовки связан с изучением технических вопросов, нацелен на повышение профессионального уровня и мастерства. В него входят, например, вопросы улучшения обслуживания клиентов, эффективное применение компьютеров, применение приспособлений и т.д.

Объем учебных часов в области повышения профессиональной квалификации определило руководство «ЛПУ №»;». При системном подходе к повышению качества потребности в повышении профессионального уровня должны определять сами сотрудники. На сотрудников возлагается ответственность за определение учебной программы и, где это возможно, проведение занятий.

**Шаг седьмой.** Планирование в «ЛПУ №» включало в себя установление администрацией целей, а также сбор пожеланий заведующих отделений и служб. При этом сотрудникам напоминали, что результатом планирования будет их будущая деятельность и тот, кто инициирует какой-либо проект, вероятнее всего, и будет отвечать за его реализацию.

**Анализ.** Эффективное всестороннее планирование — необходимое условие для успеха любого процесса по улучшению качества. Всестороннее планирование не может быть выполнено независимо от процесса улучшения качества. Применяемый в «ЛПУ №» подход к планированию, основанный на сборе пожеланий и предложений «с мест», не помог сотрудникам понять долгосрочные цели учреждения. Подобный подход не позволяет сотрудникам разных подразделений понять специфику работы коллег и выявить точки их совместных усилий. Применяемый в «ЛПУ №» подход развивает конкуренцию, а не сотрудничество, которое необходимо для успеха процесса по улучшению качества.

**Шаг восьмой.** В качестве одного из этапов процесса по улучшению, сотрудников ЛПУ попросили оценить деятельность коллег. Для этого были использованы специальные вопросники, где нужно было указать сильные и слабые стороны сослуживцев.

**Анализ.** Трудно объективно оценить деятельность коллеги, если не знаешь объема его прав, обязанностей и ответственности, а также тех проблем, с которыми ему приходится работать. В реальной жизни сотрудник может определенно сказать лишь о том, с чем он столкнулся, взаимодействуя непосредственно с тем или иным коллегой в ходе совместной работы. Поэтому часто оценка сотрудниками друг друга порождает неточности, подозрения и гнев.



Применяя такую оценку, руководство «ЛПУ №» нацеливает сотрудников на дискретную индивидуализированную форму работы, тогда как успех дела требует создания атмосферы коллективизма и групповой работы.

**Шаг девятый.** Главный врач и его заместители собирали предложения от сотрудников ЛПУ по улучшению, однако заведующие отделениями и службами часто не давали им хода.

**Анализ.** В «ЛПУ №» в атмосфере соперничества между руководителями служб и отсутствия должной культуры во взаимоотношениях руководителей отделений и персонала, у руководителей служб и подразделений постоянно возникали вопросы: «Почему до этого первым додумался мой работник, а не я?». Заместители главного врача опасались, что будут выглядеть плохо в глазах подчиненных, если те раньше их будут выявлять проблемы. Поэтому во многих случаях руководители разного уровня чувствуют себя безопаснее и спокойнее, когда просто «помещают в корзину» предложения своих сотрудников.

**Итоги внедрения инновации.** Неудивительно, что процесс улучшения качества в «ЛПУ №» «умер, так и не родившись», а вина за это была возложена на рядовых сотрудников. Руководство ЛПУ объяснило это тем, что сотрудники на низших уровнях не поняли той пользы, которую дало бы внедрение современной идеологии управления качеством им самим и ЛПУ в целом. Главный врач ЛПУ одной из причин поражения видел в том, что персонал не согласился с усилиями администрации, направленными исключительно на производственные проблемы. Представители персонала полагали, что приоритеты должны быть отданы решению проблем самих сотрудников, которые в рамках реализации проекта были отодвинуты на второй план. Как считало руководство, рядовые сотрудники не понимали того, что производственные проблемы гораздо важнее для улучшения качества, чем вопросы поддержания нормальной рабочей атмосферы.

**Анализ.** Высшее руководство ЛПУ выбрало своеобразный метод устранения ошибок и несоответствий, переложив ответственность за результаты работы целиком на сотрудников. Вместе с тем тот факт, что сотрудников в первую очередь волновал проблемы создания нормальных условий работы в лечебно-диагностических отделениях, совершенствование технологий оказания медицинской помощи, внедрение современных стандартов и т.п. указывает на то, что именно решение этих проблем влияет на результаты их деятельности.

К сожалению, описанное выше имеет место в самых разных службах отрасли здравоохранения региона. Руководство многих ЛПУ стремится улучшить качество и получить о дополнительную прибыль. Оно стремится создать команды, поднять значение подготовки персонала, самостоятельности сотрудников, использовать другие приемы для реализации процесса улучшения качества. Но в то же время отказывается изменить способы, которыми оно собирается это делать.

У рядовых врачей и медицинских сестер нет необходимых полномочий по управлению КМП, если ответственность за результат процесса инноваций спущена сверху. Полномочий не хватает еще и тогда, когда администрация ЛПУ принуждает персонал принять участие в работах по улучшению КМП или противопоставляют отдельные службы друг другу. В этих условиях единственное, на что может надеяться руководство «ЛПУ №», - это сделать из своей неудачи правильные

выводы и при повторении попытки свести число ошибок по управлению внедрением инноваций к минимуму.

Осторожное применение стимулов, способствующих улучшению качества и эффективности, что уже пытались сделать системы здравоохранения при государственном финансировании и управлении, дало некоторые обнадеживающие результаты в Великобритании, Швеции, Новой Зеландии, Нидерландах. Стремление к обеспечению высокого качества услуг можно ожидать только в условиях, когда методы стимулирования производства медицинских услуг высокого уровня качества будут сосуществовать с оптимальными механизмами регулирования тарифов и прогрессивной системой оплаты труда персонала. Независимо от объектов оценки качества (анализ технологий и/или результатов деятельности ЛПУ), важно соблюдать основные требования исследований, заключающихся в тщательном выборе приемлемых научно-обоснованных критериев, причем критерии результативности должны обладать свойством сопоставимости.

**Разработка адекватных систем оценки и обеспечения КМП в здравоохранении региона позволит подойти к решению такой актуальной проблемы, как оценка эффективности или стоимости затрат на достижение определенного (запланированного) уровня здоровья дальневосточников, сопоставить цели системы медицинской помощи населению региона с возможностями их достижения. В этом смысле стоит подумать о задачах достижения высокого КМП в региональной медицине и проанализировать, в какой мере оно оправдано в отношении фактических затрат и результатов.**

## Заключение

*А кто же присмотрит за самими стражниками?*

*Плиний*

Подводя итоги написанному, следует отметить, что проблема управления качеством в отечественной медицине сегодня занимает приоритетное место в большом количестве проблем российского здравоохранения. Реформа системы здравоохранения и в первую очередь преодоление острых структурных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных источников экономии средств и ресурсов ни в коем случае не должна затронуть качество и доступность медицинской помощи для широких слоев населения. С этой позиции не следует переоценивать значение национального проекта «ЗДОРОВЬЕ», поскольку, несмотря на все его преимущества, он носит фрагментарный характер.

Существовавшая в течение многих лет и продолжающая, несмотря на «реформы» последних десятилетий отечественная система организации медицинской помощи населению сохраняет ряд положительных сторон: профилактическую направленность, широкую сеть ЛПУ, обеспеченность пациентов услугами диспансеризации, реабилитации и многое другое. К сожалению надежды на медицинское страхование, переход к которому начат в России в 1991 году, не оправдались. Вместе с тем, переход к медицинскому страхованию и реформа взаимоотношений между производителями и потребителями медицинских услуг породили ряд проблем, без решения которых первоначальная цель реформ в виде обеспечения гарантированного объема и высокого качества медицинской помощи для всех граждан РФ, независимо от их доходов и социального положения не была достигнута. Хуже того, появились тенденции прямо противоположного свойства, поскольку преобразования последних лет прямо или косвенно стали причинами снижения доступности и качества медицинской помощи значительной части населения России, что стало обоснованием разработки системы возмещения вреда пострадавшим.

При ножницах цен на продовольственные и непродовольственные товары народного потребления (первая, вторая и третья волна последствий экономических реформ 90-х годов), при отчетливой тенденции к резкому подорожанию коммунальных, транспортных и других услуг, к росту налогообложения физических лиц сформировались тенденции к появлению дополнительной нагрузки на семейные бюджеты большинства граждан России. При кризисном положении экономики страны в конце XX века технологические линии ЛПУ не обеспечивались самым необходимым.

Среди проблем затянувшегося на более чем 15 лет т.н. переходного периода реформ и введения медицинского страхования следует отметить проблему запаздывания формирования правовой и нормативной базы защиты прав пациентов как потребителей медицинских услуг.

Законодательной основой для постановки вопроса о защите прав пациентов при получении медицинской помощи становятся нормы Законов РФ «О медицинском страховании граждан РФ» и «О защите прав потребителей». В первом из них гражданин (пациент) объявляется равноправным субъектом медицинского

страхования, обладающим правовым паритетом с другими субъектами медицинского страхования: медицинскими учреждениями, страхователями и страховщиками. Во втором гражданин (пациент) рассматривается, как потребитель медицинских услуг и на него распространяются нормы Закона как на потребителя одного из многих видов услуг. Общие задачи защиты прав пациентов состоят в преодолении следующих недостатков существующего положения.

” Во всем мире спрос на защиту здоровья не удовлетворяется полностью. По своей природе этот спрос безграничен, хотя в экономически развитых странах продолжительность жизни растет, но параллельно растет загрязнение внешней среды и интенсивность труда. По этим причинам, а также из-за стабильного постарения населения, заболеваемость не снижается.

” В нашей стране эта ситуация обостряется, поскольку при реальном состоянии экономики, нестабильном жизненном уровне основной части граждан снижается индекс здоровья населения в целом. При этом инвестиции государства в охрану здоровья в России значительно ниже (около 2,5% от ВВП), чем в большинстве экономически развитых стран мира (от 7 до 14% от ВВП).

” Эффективность инвестиций в охрану здоровья граждан России низка, несмотря на реализацию национального проекта «ЗДОРОВЬЕ», так как очень часто имеет место недостаток уровня компетентности управленческих решений, принимаемых лицами, определяющими финансирование производства услуг по поддержанию здоровья населения.

” Спрос на услуги по поддержанию здоровья во многом формируется традициями, пропагандой ложных ценностей, модой, субъективными желаниями и недобросовестной рекламой. Отечественный потребитель часто даже не испытывает надобности знать свои истинные потребности («Я и так знаю, как мне питаться, как отдыхать и в каких условиях жить, а о моем здоровье должно заботиться государство, предоставляя мне бесплатно необходимую медицинскую помощь»).

” В реальной ситуации врачи лишь морально, в силу своего профессионального долга заинтересованы в конечном результате оказываемых ими услуг. Материально они заинтересованы в том, чтобы больных было больше, а не меньше, чтобы оперативных вмешательств, медицинских услуг, процедур, пациентов со сложной патологией было больше.

” Со времени одобрения Постановлением Правительства РФ концепции реформирования отечественного здравоохранения прошло более 10 лет, а реформа фактически и не начиналась, утонув в словах и обещаниях чиновников и политиков. Разработка и утверждение на федеральном уровне стандартов (протоколов) оказания медицинской помощи идет медленно. Отраслевые системы сертификации и лицензирования несовершенны.

Перед тем, как определять стратегию будущей системы обеспечения качества и безопасности медицинской помощи, мы должны уточнить понимание некоторых вопросов, чтобы стратегические планы не стали декларациями или протоколами о намерениях, как это уже было не единожды.

**Первый вопрос.** Состояние полного здоровья населения – это мираж, который исчезает в ходе приближения к нему во всеоружии современных достижений медицинской науки и практики. По мере углубления наших знаний об организме человека, росте уровня диагностических возможностей, людей в состоянии полного здоровья будет все меньше и меньше.

**Второй вопрос.** Профилактика заболеваний определяется не реализацией сложных ресурсоемких технологий высокого уровня, требующих огромных затрат налогоплательщиков, а широким внедрением достаточно простых, ресурсомалоемких и массовых мероприятий. Сегодня необходимо сосредоточиться на планировании и осуществлении мер по улучшению среды обитания, санитарно-эпидемиологического состояния территории, формированию стремления человека к здоровому образу жизни, росту благосостояния каждой семьи и т.п., дающих при минимальных затратах максимальные результаты.

**Третий вопрос.** Сокращение расходов на оказание медицинской помощи населению России - это политические иллюзии сегодняшнего дня. Поскольку в этом не заинтересованы как управляющие, так и управляемые субъекты отрасли, ибо и те и другие понимают всю пагубность дальнейшего сокращения финансирования производства медицинских услуг, но продолжают сокращать реальные расходы на охрану здоровья населения.

Ситуация по минимизации расходов в отрасли здравоохранения Дальнего Востока в течение последних лет сложилось следующим образом. Как только чиновникам удастся сократить расходы государственных (муниципальных) ЛПУ за счет внутриучрежденческой экономии и успехов в борьбе с распространенными болезнями, этот «вакуум» расходов заполняется пациентами с другими состояниями, требующими значительно более высоких затрат – инвалидами, больными с запущенными формами относительно редких заболеваний, последствиями травм и профессиональных болезней. Кроме того, формируются требования населения по реализации дополнительных расходов на поддержание функционирования хронических, зачастую, неизлечимых больных. Это ресурсоемкие технологии в кардиохирургии, трансплантологии, сложном протезировании, микрохирургии, хронгемодиализе и т.п.

Попытки широко внедрять эти технологии на уровне региона не сокращают, а увеличивают расходы налогоплательщиков на здравоохранение, причем внедрение высоких технологий спасает десятки жизней, а отказ от финансирования массовых мероприятий профилактической направленности уносит десятки и сотни тысяч жизней. К сожалению, управляющим структурам Дальнего Востока России не удается сохранить баланса финансовой поддержки развития ресурсоемких технологий и массовых мероприятий профилактики.

Кроме того, в ситуации, когда российское общество теряет нравственные ориентиры, защищать права пациентов в рамках 41 статьи Конституции РФ задача весьма сложная и мало перспективная. Следует отметить, что на международном уровне защите прав пациентов придается очень большое значение. Так, в 1994 г. по совместной инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Министерства здравоохранения Голландии была принята Амстердамская «Декларация ВОЗ о принципах обеспечения прав пациентов в Европе». Финляндия стала первой европейской страной, в законодательном порядке обязавшей все

лечебные учреждения ввести у себя (в каждом таком учреждении) должность уполномоченного по правам пациентов.

Президент США Джордж Буш занялся весьма актуальным для Америки так называемым «Биллем о правах пациентов». Сейчас страховые компании наводят страх на врачей, запрещая им рекомендовать пациентам дорогие варианты лечения их болезней. Предлагается дать пациентам право искать правду в суде. Кроме того, в экономически развитых странах, как и в России, очень болезненно стоит проблема стоимости лекарств. Президент Дж. Буш предложил выделить 12 миллиардов долларов США для субсидий на лекарства для малоимущих и некоторые другие меры, объединенные в так называемый «Срочный план — рука помощи».

В Финляндии компенсации за телесные повреждения, нанесенные больным в ходе медицинского лечения, выплачиваются независимо от вины или упущения медицинского персонала, что означает, что никто не ищет виновных. С 1987 по 2001 гг. «Центр страхования больных» получил 80663 иска по поводу компенсации за полученные повреждения и принял решение по 75525 искам. Число удовлетворенных исков составило 26614 (35,2 %), а отклоненных 46980 (62,2 %). Пациенту компенсируются расходы на лечение, потеря дохода или поддержки, боль и страдания, постоянные функциональные увечья и, в случае смерти, пенсия уцелевшего лица и расходы на похороны. Общая сумма компенсации, выплаченная в 2001 году, составила 17 миллионов евро.

Участники I Всероссийского съезда (Национального Конгресса) по медицинскому праву рекомендовали Государственной Думе РФ активизировать работу по рассмотрению и принятию и федеральных законов прямого действия: «О здравоохранении в Российской Федерации», «О правах пациента», «О социально-правовой защищенности медицинских работников и обязательном страховании их профессиональной ответственности», «О частной системе здравоохранения в Российской Федерации». Принятие этих законодательных актов повысило бы ответственность медицинских работников за качество медицинской помощи.

Но, как всегда, предвыборные обещания в России так и остаются обещаниями. В то же время в странах Евросоюза медицинская деятельность, равно, как и ответственность медицинских работников перед пациентом, строго регламентируется различными нормативными актами. В этих странах жизнь и здоровье пациентов надежно защищены от врачебных преступлений и других правонарушений, а медицинские работники, виновные в их совершении, привлекаются к строгой ответственности.

На Дальнем Востоке России формируется тенденция значительного роста обращений граждан в органы исполнительной власти, фонды ОМС и их структурные подразделения, судебные органы, прокуратуру и т.п., причиной которых стали последствия медицинской помощи низкого уровня качества. В этой связи следует отметить, что рыночные преобразования в здравоохранении региона не следует расценивать однозначно. Внедрение рынка в социальную сферу, каковой является здравоохранение, весьма опасно с точки зрения формирования свободной конкуренции между производителями услуг. Это, как правило, приводит к полной хозяйственной обособленности каждого производителя, его полной зависимости от конъюнктуры рынка, противодействия другим товаропроизводителям в борьбе за покупательский спрос.

В условиях рыночных преобразований следует очень внимательно отнестись к тому, что уровень оказания медицинской помощи населению региона сегодня весьма далек от оптимального, достаточно часто встречаются серьезные дефекты оказания ее во многих ЛПУ. Общеизвестно, что серьезные дефекты оказания медицинской помощи во многом обусловлены не недостатком квалификации персонала, а является отражением неудовлетворительной организации работы системы управления ЛПУ в целом, начиная от руководства учреждения и заканчивая исполнительской дисциплиной самого, казалось бы, незаметного работника.

Безусловно, даже в достаточно большой по объему книге невозможно охватить все проблемы, относящиеся к управлению качеством в современной медицине, реализации инновационных проектов, таких, как реализация идеологии всеобщего управления качеством в рамках стандартов ИСО 9000. А также осветить все возможные варианты оценки КМП, тем более, дать готовые рецепты на все случаи жизни. Учреждение здравоохранения имеет вполне конкретные обязанности перед обратившимся в него пациентами. В первую очередь по предоставлению медицинских услуг должного качества.

Тем не менее, в последние годы в некоторых ЛПУ региона пациентов пытаются приучить к тому, что, переступив порог больницы, он теряет все свои права. «Оставь надежду всяк сюда входящий» на то, что тебе не предъявят дополнительного счета за оказанные услуги сомнительного качества, заставят стоять в бесконечной очереди к врачу и т.п. Если пациент эти обязанности представляет и знает свои права, помыкать им как несмышленным ребенком сегодня уже не получается.

Каждое конкретное медицинское учреждение — это своеобразная система производства медицинских услуг со своими, присущими только ему проблемами, причинно-следственными связями и уровнем менеджмента. Экспертиза КМП, медицинский аудит это всякий раз отдельное и весьма сложное исследование врачебной деятельности. К управлению качеством нельзя подходить шаблонно, с раз и навсегда определенными критериями. Управление — процесс творческий, требующий от руководителей глубоких профессиональных знаний, навыков системного анализа, мониторингования моделей конечных результатов и многого другого. Управление КМП должно опираться на научнообоснованные критерии и стандарты, строго специфичные для различных типов и уровней больниц, поликлиник, станций скорой медицинской помощи и пр.

**Выражаю надежду на то, что работа над книгой не была напрасной, и изложенный материал поможет руководителям медицинских учреждений, комиссиям по управлению качества производства медицинских услуг в решении поставленных перед ними задач.**

**Критические замечания и пожелания будут приняты с благодарностью.**

## Библиография

1. Адлер Ю.П. Новое направление в статистическом контроле качества – методы Тагути. – Знание, 1988. – С. 3-25.
2. Адлер Ю.П. Мотивация в системах качества//Стандарты и качество. – 1999. - № 5.-С.34-37.
3. Адлер Ю.П. Восемь принципов, которые меняют мир // Стандарты и качество. — 2001. — № 5-6.-С. 49-61.
4. Азаров А.В. Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях ОМС // Экономика здравоохранения, №7, 2000.-С. 34-56.
5. Александров В. Л., Исаков Г. Н. К вопросу об оценке деятельности хирургического стационара национального центра медицины.// Экономика здравоохранения. – 2000. - № 4. – С. 12-13.
6. Анализ нечисловой информации в социологических исследованиях. М.: Наука, 1985. - 221 с.
7. Антилла Ю. Внедрение стандартов ИСО 9000 в компании «SONERA CORPORATION»// Стандарты и качество. 2001.-№ 12.-С. 62-67.
8. Антипенко А. Э., Антипенко Э. С. О проекте концепции развития системы стоматологических услуг населению Российской Федерации (организационно-экономические аспекты). — М., 1997.-22 с.
9. Артамонова Г. В. Социально-гигиенические аспекты научного обоснования региональной системы организации и управления качеством медицинских услуг//Стратегия реформирования регионального здравоохранения: материалы Всерос. конф. – М., 2000. – С. 337-340.
10. Баранов И., Скляр Т. Оценка деятельности страховых медицинских организаций: позиции населения // Научные доклады Центра исследования проблем государственного и муниципального управления СПбГУ, выпуск 24.-2003.
11. Баранов И., Скляр Т. Поведение населения на рынке медицинских услуг и перспективы развития страховой медицины в Санкт-Петербурге // Вестник СПбГУ. Серия «Менеджмент», № 4.-2003.
12. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г. Экспертные оценки. - М.: Наука, 1973. - 79 с.
13. Бибанов, С. А. Пути оптимизации медицинской помощи населению. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. - № 3. – С. 30-32.
14. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинские услуги и лекарства//Здравоохранение, 2000.- № 2.- С. 32-46.
15. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинские услуги (по результатам социологического мониторинга)// Экономика здравоохранения, №7, 2000.-С. 45-50.
16. Бурков В.Н. Большие системы: моделирование организационных механизмов. - М.: Наука, 1989. - 354 с.
17. Вардосанидзе С. Л. Методологические основы антикризисного управления больницей (безопасность, измерения, качество). Дисс. на соиск. учен. степени доктора мед. наук. – М., 2003. – 47 с.
18. Величковский, Б. Т. Реформы и здоровье населения//Экономика здравоохранения. – 2001. - № 7-8. – С. 25-29.
19. Версан, В. Сильные и слабые стороны стандартов ИСО серии 9000//Стандарты и качество. - 2002. - № 1. – С. 56-61.
20. Вишняков Н.И., Малышев М.П. Роль страховых медицинских организаций в повышении качества стационарной медицинской помощи.- СПб., 2000.- 236 с.
21. Воловец С. А. Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования//Качество мед. помощи. - 2001. - № 3. – С. 75-80.
22. Воробьев П. А. Роль и место протоколов ведения больных в системе управления качеством в здравоохранении//Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. - № 1. - С. 3-7.
23. Воробьев, П. А., Аксюк А.С. Стандартизация и качество медицинской помощи//Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. - № 1. – С. 64-65.
24. Вялков А. И. О задачах по реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в 2001-2005 годах и на период до 2010 года//Экономика здравоохранения. – 2001. - № 4-5. – С. 5-9.
25. Вялков А. И. с соавт. Система стандартизации в здравоохранении: прошлое, настоящее, будущее//Вестн. ОМС. – 2001. - № 1. – С. 7-12.
26. Вялков А.И. Научные основы региональной политики в здравоохранении//Стратегия реформирования регионального здравоохранения. Материалы ежегодной научно-практической конференции 25-26 мая 2000 г. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2000. – С. 5-8.
27. Вялков А.И. О деятельности органов и учреждений здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям. Методические рекомендации. – 1993. – 56 с.
28. Вялков А.И. Реформа здравоохранения и внедрение обязательного медицинского страхования в Дальневосточном регионе // Роль и место медицинского страхования в реформировании здравоохранения: Материалы международной конференции 20-22 сентября 1995, Федеральный фонд ОМС, НИИСГЭУЗ. – М., 1996. – С. 89-94.
29. Вялков А.И. Задачи и перспективы развития стандартизации здравоохранения России // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. - № 1. – С. 3-14.
30. Вялков А.И., Гройсман В.А. Информационные технологии в управлении лечебно-профилактическими учреждениями в условиях ОМС // Вестник ОМС. – 2001. - № 1. – С. 4-8.



31. Вялков А.И., Таранов А.М., Воробьев П.А., Новолодский В.М. Система стандартизации в здравоохранении: прошлое, настоящее, будущее // Вестник ОМС. – 2001. - № 1. – С. 7-12.
32. Вялков А. И. Управление качеством в здравоохранении//Научно-практическая конференция «Проблемы стандартизации в здравоохранении» 24-26.03.03. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2003.- №3.-С.3-1.
33. Гаврилов В.А. Комплексная оценка эффективности труда медицинского персонала больничных учреждений//Советское здравоохранение. – 1991. - № 3. – С.10-13.
34. Гайдаров Г.М. Контроль качества и эффективности медицинской помощи в клинике медицинского вуза//Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. - № 3. – С.16-19.
35. Гельцер Б.И. с соавт. Фармакоэкономические исследования в здравоохранении/Под ред. Б.И. Гельцера. – Владивосток: Дальнаука, 2002. – 272 с.
36. Голубева А.П., Боброва И.П. Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса//Здравоохранение. - 2004. - № 7. - С. 38-42.
37. Гройсман В. А. Управление качеством медицинской помощи //Стандарты и качество. - 2004. - № 4. - С.100-103.
38. Гуляев, В. А. Управление качеством медицинской помощи//Современные аспекты совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном военном госпитале: материалы конф. - М., 2004. - С. 9-11.
39. Дьяченко В.Г. Экспертиза качества медицинской помощи (Вопросы теории и практики)/Abt. Associates Inc. Bethesda, Maryland. USA. Agency for international Development ENI/HR/HP. Washington. 1996.- 203 с.
40. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А., Потылицина Л.К. Система контроля качества медицинской помощи//Медицинское страхование. – 1996. - № 1-2 (12-13). – С. 47-51.
41. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. Принципы моделирования и организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению в условиях субъекта Федерации с низкой плотностью населения: проблемы и перспективы//Власть и управление на Дальнем Востоке России. 2002. – № 2. – С. 25-31.
42. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. О некоторых проблемах эффективности управления здравоохранением Дальнего Востока на современном этапе развития//Власть и управление на Дальнем Востоке России. 2002. – № 3. – С. 42-53.
43. Дьяченко В.Г. с соавт. Менеджмент в здравоохранении. Учебно-методическое пособие/Под ред. проф. В.Г. Дьяченко.- Изд. центр Дальневосточного государственного медицинского университета.- Хабаровск, 2002. 544 с.
44. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. Некоторые методические подходы разработки процедуры экспертной оценки функционирования отрасли здравоохранения//Проблемы управления здравоохранением, 2002. - № 6. – С. 9-11.
45. Дьяченко В.Г., Горлач О.А. Управление качеством медицинской помощи в системе службы охраны здоровья матери и ребенка на муниципальном уровне//Дальневосточный медицинский журнал., 2003. - № 4.- С.63-66.
46. Дьяченко В.Г. Архимедова точка опоры//Главврач. - М., 2004. - № 4. – С. 66-69.
47. Дьяченко В.Г., Пушкарь В.А. Системный анализ качества медицинских услуг, оказанных женщинам в ЛПУ Дальневосточной железной дороги//Дальневосточный медицинский журнал. 2004., № 3. - С.17-20.
48. Дьяченко В.Г. с соавт. Экономика здравоохранения/Сестринское дело. Том. 1. - Москва. Изд.: ГУПЗ «ПЕРСПЕКТИВА», 2004. - С. 493-591.
49. Дьяченко В.Г. с соавт. Управление качеством в современной стоматологии//Здравоохранение Дальнего Востока. № 1 (15), 2005. - С. 96-101.
50. Дьяченко В.Г., Галеса С.А., С.Г. Курбетьев. Управление качеством услуг в современной стоматологии.- Хабаровск. Амуриздат, 2005. - 586 с.
51. Дьяченко В.Г., Галеса С.А. С.Г. Курбетьев. Проблемы правовых ошибок в повседневной работе врача-стоматолога//Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы, 2005. - Хабаровск. Вып. 7. - С. 69-76.
52. Евтеева Л. А. Анализ развития некоторых профильных стандартов (протоколов) диагностики и лечения//Качество мед. помощи. - 2001. - № 2. - С. 31-33.
53. Жигулина Л. Ю. Качество жизни и качество медицинской помощи. Вопросы терминологии//Исследования качества жизни в медицине: материалы Всерос. конф.- СПб., 2000. – С. 52-54.
54. Замятина О.Б. Стандарты ИСО в области стоматологии работают в России//Стандарты и качество. - 2004. - № 4. - С. 86-88.
55. Зарубина Е.Н. , Николаев А.П., Перов Ю.Л., Тарасов В.В. и др. Использование показателей качества Мэрилендской ассоциации госпиталей в крупной многопрофильной российской больнице/Отчет по гранту. Проект реформирования системы здравоохранения: Реформа управления и финансирования здравоохранения в странах СНГ. Департамент здравоохранения и окружающей среды Агентства по международному развитию США.- Москва. 1996. - 53 с.
56. Индейкин Е. Н. Ведомственный контроль качества медицинской помощи в глазном стационаре больницы Дж. Голкинса (США)//Качество мед. помощи. - 2001. - № 3. - С. 66-69.
57. Кадыров Ф. Н. Проблемы повышения практической значимости процесса стандартизации в здравоохранении//Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2003. - № 1. – С. 63.
58. Калита Т. Самооценка для совершенствования//Стандарты и качество. – 2002. - № 1. – С. 80-82.
59. Капилевич Л. Менеджмент качества медицинских услуг//Стандарты и качество.- 2001.- № 2. - С. 76-78.
60. Колкутин В. В. Фетисов В. А. Дефекты в оказании медицинской помощи в военных лечебно-профилактических учреждениях (По результатам судебно-медицинских экспертиз)//Воен.-мед. журн.- 2003. - № 12. - С. 7-12.

61. Конгстверд, П. Р. Управление медицинской помощью: практ. руководство. – В 2 т. - Пер. с англ. / П. Р. Конгстверд; под ред. О. П. Щепина. – М.: Медицина, 2000.- С. 23-43.
62. Кувакин В. И. с соавт. Работа подразделений многопрофильного медицинского лечебного учреждения, стохастическая имитационная модель//Проблемы управления здравоохранения. - 2001. - № 1. - С. 58-63.
63. Кучеренко В. З. Проблемы управления рисками в здравоохранении//Проблемы управления здравоохранения. – 2002. - № 1. – С. 39-43.
64. Кемени Дж., Снелл Дж. Кибернетическое моделирование: Некоторые приложения. - М.: Советское радио, 1972. - 192 с.
65. Китаев Н.Н. Групповые экспертные оценки. - М.: Знание, 1975. - 64 с.
66. Киселев Н.И. Алгоритмическое и программное обеспечение прикладного статистического анализа. - М.: Наука, 1980. - С.111-123.
67. Котлер Ф. Маркетинг в третьем тысячелетии; Как создать, завоевать и удержать рынок/Пер.с англ. В.А. Гольдича и А.И. Оганесовой. - М.,2000.- 272 с.
68. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации Российской Федерации//Российская газета.– 1997.- 19 ноября. – С. 5-6.
69. Кузьмин В.Б., Орлов А.И./Статистические методы анализа экспертных оценок. - М.: Наука, 1977. - С.220-227.
70. Лапидус В.А. Всеобщее качество (TQM) в российских компаниях. – М.: ОАО «Типография «НОВОСТИ», 2000.
71. Линденбратен А.Л. с соавт. Экономические методы управления деятельностью ЛПУ: планирование ресурсов и мотивация персонала//Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. - № 2. – С. 21-22.
72. Линденбратен А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении/Под ред. О.П. Щепина. – М.: Медицина, 2005.- 84 с.
73. Ларичев О.И. Объективные модели и субъективные решения. - М.: Наука, 1987. - 143 с.
74. Ластовецкий, А. Г. Развитие стандартизации в отрасли здравоохранения на современном этапе/А. Г. Ластовецкий, Л. А. Евтеева//Экономика здравоохранения. - 2001. - № 2. - С. 9-12.
75. Литвак Б.Г. Экспертная информация. Методы получения и анализа. - М.: Радио и связь, 1982. -184 с.
76. Матвеева С. И. с соавт. О совместной системе организации работы по ведомственному и вневедомственному контролю качества медицинской помощи//Качество мед. помощи. - 2001. - № 3. - С. 7-74.
77. Минздрав РФ. Положение о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Утверждено приказом Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 № 363/77 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 4.-М.: Федеральный фонд ОМС, 1997, с. 242-252.
78. Минздрав РФ. О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации / Приказ Минздрава РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.10.1996 г. №363/77//Вестник стоматологии. — №6, июнь. — 1997. — Москва: А/О "Стоматология", 1997. — 12 с.
79. Михайлов С. М. с соавт. Логика и методология экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в отдельном случае оказании помощи.- СПб., 2003. - 51 с.
80. Михайлов С.М. с соавт. Экспертиза качества медицинской помощи в совокупности случаев//Здравоохранение - 2003.- Ns 7,- С. 167-177.
81. Михайлов С.М. Научно-практическое обоснование процесса непрерывного улучшения качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. Автореф. дисс. докт. мед. наук.СПб., - 2004. 48 с.
82. Моисеев Н.Н. Неформальные процедуры и автоматизация проектирования. - М.: Знание, 1979. - 64 с.
83. Моисеев Н.Н. Неформальные процедуры и автоматизация проектирования. - М.: Знание, 1979. - 64 с.
84. Моисеев Н.Н. Математические задачи системного анализа. - М.: Наука, 1981. - 487 с.
85. Мыльникова И. С. Управление качеством медицинской помощи –это интересно. // Качество мед. помощи. - 2001. - № 2. - С. 25-26.
86. Накатис Я. А. Управление качеством выполнения диагностической и лечебной помощи в многопрофильном медицинском учреждении//Экономика здравоохранения. – 2001. - № 6. – С. 33-36.
87. Назаренко Г. И. Полубенцева Н.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2003. – С.28-38.
88. Новолодский В. М. с соавт. Стандартизация как основа управления. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2001. - №1. – С. 23-25.
89. Орлов А.И. Допустимые средние в некоторых задачах экспертных оценок и агрегирования показателей качества. - В сб."Многомерный статистический анализ в социально-экономических исследованиях"- М.: Наука, 1974. - С. 388-393.
90. Орлов А.И. Экспертные оценки//Вопросы кибернетики. - Вып. 58. - М.: Научный совет АН СССР по комплексной проблеме "Кибернетика", 1979.- С. 17-33.
91. Орлов А.И. Экспертные оценки в системных исследованиях//Сборник трудов. - Вып. 4. - М.: ВНИИСИ, 1979. - С.37-46.
92. Орлов А.И. Экспертные оценки в задачах управления//Сборник трудов. - М.: Институт проблем управления, 1982. - С. 58-66.
93. Орлов А.И. Анализ нечисловой информации в социологических исследованиях. - М.: Наука, 1985.- С. 58-92.
94. Орлов А.И. Социология: методология, методы, математические модели. 1991. № 2. С. 28-50.
95. Орлов А.И. Устойчивость в социально-экономических моделях. - М.: Наука, 1979. - 296 с.

96. Орлов А.И. Задачи оптимизации и нечеткие переменные. - М.: Знание, 1980. - 64 с.
97. Орлов А.И. Объекты нечисловой природы (Обзор). /Заводская лаборатория. 1995. Т. 65.- №3.
98. Орлов А.И. Вероятностные модели конкретных видов объектов нечисловой природы (Обзор)//Заводская лаборатория. 1995. Т.65. №3.
99. Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги» ОК ПМУ 91500.09.0001-1998 (Приказ МЗ РФ от 22.12.98г. № 734 «О введении классификатора « Простые медицинские услуги»).
- 100.Отраслевой стандарт « Протоколы ведения больных. Общие требования» ОСТ ПВБ № 915500.09.001.- 1999» (Приказ МЗ РФ от 03.08.99 №303 «О введении в действие отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования»).
- 101.Панкова Л.А., Петровский А.М., Шнейдерман М.В. Организация экспертиз и анализ экспертной информации. - М.:Наука, 1984. - 120 с.
- 102.Панкова Л. А. с соавт. Организация экспертизы и анализ экспертной информации//Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2002. - №2. – С. 25-28.
- 103.Подиновский В.В., Ногин В.Д. Парето-оптимальные решения многокритериальных задач. - М.: Наука, 1982. - 254 с.
- 104.Пригорнев В.Б., Дьяченко В.Г., Сулейманов С.Ш. О перспективах построения формулярной системы в лечебно-профилактических учреждениях сельской местности//Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2000. - № 1. - С. 106.
- 105.Пригорнев В.Б., Потилицина Л.К., Дьяченко В.Г. Стратегическое планирование развития отрасли здравоохранения Хабаровского края в условиях социально-экономических реформ//Дальневосточный медицинский журнал. - 2001. - № 1. - С. 88-91.
- 106.Пригорнев В.Б., Щепин В.О., Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А. Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы. Хабаровск.: Изд. центр ДВГМУ, 2003.-368 с.
- 107.Райхман Э.П., Азгальдов Г.Г. Экспертные методы в оценке качества товаров. - М.: Экономика, 1974. - 151 с.
- 108.Раушенбах Г.В., Филиппов О.В. Экспертные оценки в медицине. Научный обзор. - М.: ВНИИММТИ Минздрава СССР, 1983. - 80 с.
- 109.Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. - М.,1998. 687 с.
- 110.Решетников А.В. Социология медицины. - М., 2002. - 975 с.
- 111.Сидельников Ю.В. Теория и организация экспертного прогнозирования. - М.: ИМЭМО АН СССР, 1990. - 196 с.
- 112.Солохина Л.В., Киселев С.Н., Рубин А.В. Методические подходы к оценке качества медицинской помощи//Дальневосточный медицинский журнал. – 1998. - № 1. – С. 44-45.
- 113.Сомин М. П. Тотальный менеджмент качества и инженеринг качества на уровне стационарного медицинского учреждения. - М.: Медицина, 1997. – С. 22-29.
- 114.Стародубов В.И., Воробьев П.А., Якимов О.С., Семенов В.Ю. Основные положительные концепции стандартизации медицинских услуг. // Экономика здравоохранения. – 1997. - № 10/22.
- 115.Стародубов В.И., Семенов В.Ю., Воробьев П.А., Новолодский В.М., Якимов О.С. Основные положения концепции стандартизации медицинских услуг. //Экономика здравоохранения, 1998. С.5-10.
- 116.Стародубов В.И. Реформы российского здравоохранения: настоящее и будущее // Здравоохранение. – 1999. - № 4. – С. 7-12.
- 117.Стародубов В.И., Михайлова Ю.В. Социально-экономические, правовые предпосылки развития регионального здравоохранения России // Стратегия реформирования регионального здравоохранения. Материалы ежегодной научно-практической конференции 25-26 мая 2000 г. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2000. – С. 3-9.
- 118.Статистические методы анализа экспертных оценок. - М.: Наука, 1977. - 384 с.
- 119.Тогунов И. А. От оценки к планированию качества медицинской помощи. // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1999. - № 1. - С. 28-29.
- 120.Трегубов В. Н. Методические подходы к оценке качества медицинской помощи//Современные аспекты совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном военном госпитале: тез. науч.-практ. конф. – Красногорск, 2004. - С. 58-63.
- 121.Трегубов В. Н. Сердюк Б.В. Стимулирование как фактор повышения качества работы медицинского персонала//Современные аспекты совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном военном госпитале: тез. науч.-практ. конф. - Красногорск, 2004. - С. 64-74.
- 122.Тюков Ю. А. с соавт. К оценке эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. - № 1. – С. 21-25.
- 123.Управление процессами создания медицинских услуг/Под ред. В. В. Шляпникова, Р. И. Пташинского, А. Г. Листовецкого [и др.]. – М.: 2001. – С. 18-32.
- 124.Фейгенбаум А. Контроль качества продукции. – Пер. с англ. - М.: Наука, 1986. – С. 34-38.
- 125.Фейнгстер Ф. Роль врачей в оптимизации процесса повышения качества медицинской помощи//Проблемы повышения качества медицинской помощи в условиях медицинского страхования : материалы регион. науч.-практ. конф. - Хабаровск, 1995. - С. 58.
- 126.Царик Г. Н., Артамонова Г.А. Управление качеством медицинской помощи//Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. - № 3. - С. 13-30.
- 127.Чухраев А. М. Актуальные проблемы управления многопрофильной больницей в рыночных условиях (опыт системного подхода)//Экономика здравоохранения. – 2001. - № 4-5. – С. 32-34.
- 128.Щепин О. П. Оценка качества и эффективности медицинской помощи. (Методические материалы). - М., 1992.- С. 91.
- 129.Щепин О. П. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений. (Методические материалы). - М., 1996.- С. 68.

- 130.Щепин О.П., Линденбрaten А.Л., Голодненко В.П., Зволинская Р.М. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению//Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. - № 3. – С. 24-29.
- 131.Экспертные оценки/Вопросы кибернетики. - Вып.58. - М.: Научный совет АН СССР по комплексной проблеме "Кибернетика", 1979. - 200 с.
- 132.Экспертные оценки в системных исследованиях/Сборник трудов. - Вып.4. - М.: ВНИИСИ, 1979. - 120 с.
- 133.Экспертные оценки в задачах управления /Сборник трудов. - М.: Институт проблем управления, 1982. - 106 с.
- 134.Баталден Пол Б., Юджин К., Нельсон, Джеймс, Роберте С. Сочетание измерения конечных результатов и непрерывного повышения качества: Система "V" – новый способ осмысления проблемы качества медицинской помощи. Программа "ЗДРАВРЕФОРМ". 1997.
- 135.Бервик Д., Энтховен А., Банкер Д. Управление качеством в системе здравоохранения в Великобритании: роль врача. Программа "ЗДРАВРЕФОРМ", 1997.
- 136.Брассар Майкл. Методы непрерывного повышения качества. Пер. с англ. – СПб., 1995. – 85 с.
- 137.Джоббер Д. Принципы и практика маркетинга. Уч. пособие/Пер.с англ.: - М., 2000.- 688 с.
- 138.Ейрет Л. Дженифер. Разработка и оценка экономических мер деятельности лечебного учреждения для проведения анализа экономической политики. (Пер. с англ.) Медицинское обслуживание, 1994. Том 32, № 6, с. 568–587.
- 139.Кондо Е. Хосин-канри – один из подходов японского менеджмента качества//Методы менеджмента качества. – 2001. - №5. – С. 4-10.
- 140.Ле-Гран Д. Конкуренция и регулирование в системе здравоохранения. - Управление в системе медицинского страхования в России - Региональные аспекты. Материалы международной конференции. Ярославль, 7-8 декабря 1999 г. М.: Тасис, Проект «Управление развитием системы социальной защиты», 2000.- С. 57-70.
- 141.Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента / Пер. с англ. Акад. нар. хоз-ва при Правительстве Рос. Федерации. - М.: Дело, 1993. - 701 с.
- 142.Нойхаузер Д., Мак-Ичерн Дж.Э., Хедрик Л. Вопросы непрерывного повышения качества клинической работы. Книга для чтения. Пер. с англ. Программа «ЗДРАВРЕФОРМ», 1997.
- 143.Тиллингаст С. Повышение качества в российском здравоохранении: новые задачи, новые средства//Пробл. соц. гигиены и история медицины. 1996.- № 3.- С. 36 - 41.
- 144.Самуэльсон П. Экономика. Т.1,2. - М.: НПО "АЛГОН"- ВНИИСИ, 1992. - 335 с.
- 145.Хитоси Кумэ, Иосинори Иизуки, Текенори Такахари и др. Статистические методы повышения качества. – М.: Финансы и статистика, 1990. – 301 с.
- 146.Affeldt, J. E. The new quality assurance standard of the joint commission on accreditation of hospitals [Текст] / J. E. Affeldt // West J. Med. - 1980. - Vol. 132. - P. 166-170.
- 147.Allen, G. Josephson A. Meeting infection control standards in the OR // AORN J.- 1995. - Vol. 62.- P. 595-596, 599-601.
- 148.Andreano, R. Economic issues in disease control and eradication. // Soc. Sci. Med. - 1983. - Vol. 17. - P. 2027-2032.
- 149.Anderson, E. A. et al. Strategic service quality management for health care //Am. J. Med. Qual. – 1996. – Vol. 11. – P. 3-10.
- 150.Andrews, S. L. QA vs QI: The Changing Role of Quality in Health Care. // J. Quality Assurance. - 1991. - Vol. 38. - P. 14-15.
- 151.Banks, N. J. Variability in clinical systems: applying modern Quality control methods to health care. [Текст] / N. J. Banks, R. H. Palmer, D. M. Berwick [et al.] // Jt. Comm. J. Qual. Improv. - 1995. - Vol. 21. - P. 407-419.
- 152.Batalden P., Buchanan E. Industrial models of quality improvement. In: Goldfield N., Nash D., eds. Providing quality care: the challenge to clinicians // Philadelphia: American College of Physicians. 1989. P. 133-155.
- 153.Batalden P.B., Nelson E.C., Roberts J.S. Linking Outcomes Measurement to Continual Improvement: The serial "V" Way of Thinking about improving Clinical Care // Journal on quality improvement, 1994, - vol.20, 4. - p.167-180.
- 154.Berry L. Internal Customers and Internal Suppliers//Journal of Marketing Research. - August 1996. - 268-280 p.
- 155.Berwick D. M. Commentary: peer review and quality management: are they compatible? // Quality Review Bulletin. 1990. V. 16. P. 246-251
- 156.Berwick D. M. Controlling variation in health care: a consultation from Walter Shewhan // Med Care. 1991. V. 29. P. 1212-1225
- 157.Berwick D. M. The double edge of knowledge. JAMA 1991; 266: 841-842.
- 158.Berwick D. M. Practice guideline: promise or threat? // HMO Practice. 1991. V. 5. P. 174-177
- 159.Berwick D., Enthoven A., Bunker J. Quality management in the NHS: the doctor's role – I. British Medical Journal. 1992. V. 25 January. P. 235-239.
- 160.Berwick D., Wald D. Hospital leaders' opinions of the HCFA mortality data // JAMA. 1990. V. 263. P. 247-249
- 161.Bratthall D., Hansel-Peterson G., Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe // Eur. J. Oral Sci., — 1996, vol.104, Part 11. — P416— 422.
- 162.Camp R. Benchmarking. Milwaukee, WI: American Society of Quality Control Press; 1989.
- 163.Deming W. Edwards. Quality. Productivity, and Competitive Position. Cambridge. MA: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study, 1982.
- 164.Deming WE. Out of the Crisis. Cambridge, MA: Center for Advanced Engineering Study. Massachusetts Institute of Technology; 1986.
- 165.Donabedian A. «The Quality of Care: How Can It Be Assessed?» JAMA260 (1988): 1743–48.
- 166.Donabedian A. Quality and cost: Choices and responsibilities. J. Occup. Med. 1990; 32: 1167-1172.

167. Ellenberg D. B. Outcomes research: the history, debate and implications for the field of occupational therapy. // *Am. J. Occup. Ther.* - 1996. - Vol. 50. - P. 435-441
168. Enthoven A.C. Why managed care has failed to contain health costs. "Health affairs", 1993, 12 (3), 27-43
169. Enthoven A.C., Singer S.J., Managed competition and California's health care economy. "Health affairs", 1996, 15(1), 39-57
170. Eddy D.M. Clinical policies and the quality of clinical practice. *N Engl. J Med.* 1982; 307:343-347.
171. Ensor T., Thompson R. Health insurance as a catalyst to change in former communist countries? // *Health policy*, 1998, Vol. 43, pp. 203-218.
172. Epstein A. M. Changing physician behavior. Increasing challenges for the 1990s. *Arch Intern Med* 1991; 151: 2147-2149.
173. Feigenbaum A. Total quality control // New York: McGraw-Hill. 1961
174. Flynn R., Williams G. Contracting for health. Oxford University Press. 1997.
175. Figueiras A. One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. // *Med. Care.* - 2001. - Vol. 39. - P. 158-167.
176. Fletcher R. H., Fletcher S. W., Wagner E. H. *Clinical Epidemiology: The Essentials*. Ed. Baltimore, 1995. - P. 345-349.
177. Freudenheim M. Health Care Costs Edging Up and a Bigger Surge is Feared. *New York Times*, 21 January 1997.
178. Fukuda Y. Novellas de la normalization internationale. *ISO bulletin*. 2001. № 2. p.76-82.
179. Harding A., Preker A. Ed. *Innovations in health care delivery: organizational reforms within the public sector*. Washington D.C.: World Bank. 2000.
180. Hammer M. *Beyond Reengineering*. Harper business division of Harper Collins Publishers. N.-Y.: Mosby, 1996. - P. 136-142.
181. Harsin P. A Fundamental technique for process improvement // N.-Y. : Mosby, 1998. - P. 341-349.
182. Hauke Eugen. *Leitfaden zur qualitatssicherung im Krankenhaus*. Wien. 1994. 96 p.
183. Hauser J.R., Clausing D. The house of quality. *Harvard Business Rev.* 1988; May-June: 63-73.
184. Holmer C.J., Kleinman L.C., Goldman D.A. Improvement Quality of Health Care for Children in Public Health Systems // 1997, 30 p.
185. Hendriks A. A. et al. Improving the assessment of (in) patients' satisfaction with hospital care. // *Med. Care.* - 2001. - Vol. 39, № 3. - P. 270-283.
186. Henry Ford Medical Group Clinical Practice Improvement Process // [http: hfhs- cce.org](http://hfhs-cce.org). -1998.
187. Humzah M. D. et al. Performance indicators in surgery. // *J. R. Coll. Surg. Edind.* - 1997. - Vol. 42. - P. 165-167.
188. Hunter D. L. et al. Team Works: a model for continuous quality improvement in the health care industry.// *Am. J. Med. Qual.* - 1995. - Vol. 10. - P. 199-205.
189. Huttin C. The use of clinical guidelines to improve medical practice: main issues in the United States. // *Int. J. Qual. Health Care.* - 1997. - Vol. 9. - P. 207-214.
190. Hynes D. M. Data base and informatics support for QVERL.// *Med. Care.* - 2000. - Vol. 38, № 6. - P. 114-128.
191. Juran J.M. Frank M. Gryna. Jr.. and R.S. Bingham. Jr.. *Quality Control Handbook*. Third Edition. New York: McGraw Hill Book Company. 1974.
- 192.
193. Juran J., Gryna F., Bingham R. eds. *The quality control handbook* // New York: McGraw-Hill. 1979.
194. Juran J. *Juran of Planning for Quality*.// N.-Y.: Mosby, 1998. - P. 221-232.
195. Gladkij I. Quality assurance in health care and its economic aspects. // *Cas. Lek. Cesk.* - 1995. - Vol. 4. - P. 131-141.
196. Goldmann D. Strategies for preventing neonatal group B streptococcal disease. // *Infect. Control.* - 1986. - Vol. 7, № 2. - P. 137-139.
197. Garnick D.W., Hendicks A.M., Comstock C.B. Measuring Quality of Care: Fundamental Information from Administrative Data sets // *International Journal for Quality in Health Care.* - 1994.-vol.6, 2. - p.163-177.
198. Garvin D.A. *Managing Quality: The Strategyc and Competitive Edge*. New York: Free Press; 1988.
199. Garrison J. Purchasers and payers: who's driving the market? // *J. Dent. Educ.* 1996. Vol. 60. N 4. P. 356 - 359.
200. Gelmon S.B., Reagan J.T. Assessment a quality improvement framework. A source book for Health administration education /US.D.H.H.S.PHS. Health resources and services Administration.- W., 1993. - 163p.
201. Gronroos Ch. A Service Quality Model and Its Marketing Implications// *European Journal of Marketing.* - 1984, №4, P.36-44.
202. Goldman L. Changing physicians' behavior: The pot and the kettle. *N Engl. J Med* 1990; 322: 1524-1525.
203. Guide to quality assurance. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 1988.875 North Michigan Avenue, Chicago, Illinois 60611-1845.
204. Iclehart J.K. The American Health Care System. *The New Engl. J. Med.*, 1992, April 2, 962-967.
205. Kume H. *Statistical Methods for Quality Improvement*. Tokyo, Japan: The Association for Overseas Technical Scholarship; 1985.
206. Lemrom N., Adams D., Coffey R. The 50 most Frequent Diagnosis-Related Groups/DRG'S, Diagnoses, and Procedures: Statistics by Hospital Size and Location. Hospital Studies Program research, Note 13. U.S. DHHS. Publication (PHS) 90-3465. AHCPR. Division of Provider Studies. - W., 1990. - 109 c.
207. Levit K.R., Lazenby H.C. and others. National Health Expenditures, 1994. *Health Care Financing Review*, 17(3), 1996, 205-242.
208. Lomas J., Enkin M., Anderson G. M., Hannah W. J., Vayda E., Singer J. Opinion leaders vs. audit and feedback to implement practice guidelines: delivery after previous cesarean section. *JAMA* 1991; 265: 2202-2207.
209. Lagoe R. T. Benchmarking and clinical pathway imp. lementation on a multihospital basis. // *Nurs. Econ.* - 1997. - Vol. 15. - P. 131-137.

210. Lambert M. J. et al. The effects of providing the rapists with feedback on patient progress during psychotherapy: are outcomes enhanced?// *Psychotherapy Research*. – 2001. – Vol. 11. – P. 49-68.
211. Licciadone J. C. The evolving role of outcomes measurement and management in healthcare. *J. Am. Osteopath. Assoc.* – 1997. - Vol. 97. - P. 54-61.
212. Little A. B. et al. Clinical pathway implementation in the acute hospital.// *J. Nurs. Care Qual.* - 1996. - Vol.11. - P. 54-61.
213. Lumsdon K. Mapping Care. // *Hospitals and Health Network.* - 1993. - Vol. 67, № 20. - P. 34-40.
214. Makens P.K. Mc Eachern J.E. Applications of industrial quality improvement in health care. *J Occup Med.*1990;32:1177-1183.
215. Markota M., Svab I., Klemencic K.S., Albreht T. Slovenian experience on health care reform. // *Croatian Medical Journal*, 2000. N. 40(2) pp. 190-194.
216. Maisey M. N. Investigating the adenocarcinoma of unknown origin (ACUP): a costbenefit analysis.// *Rev. Epidem. Et Sante Publ.* - 1984. - Vol. 32. - P. 57-61.
217. Mann K. J. The home as a framework for health care.// *Disabil. Rehabil.* - 1997. - Vol. 19. - P. 128-129.
218. Marrelli T. M. et al. Home Care and Clinical Paths. Et. Lionis: Mosby, 1996. – P. 137-141.
219. Mayer-Oakes S. A. et al. Developing indicators for the Medicare Quality Indicator System (MQIS): challenges and lessons learned.// *Jt. Comm. J. Qual. Improv.* – 1997. – Vol. 23. – P. 381-390.
220. McGowan J. E. et al. Success, failures and costs of implementing standards in the USA – lessons for infection control.// *J. Hosp. Infect.* – 1995. – Vol. 30. – Suppl. – P. 76-87.
221. McGivney W. T. et al. Technology assessment in medicine. The role of the American Medical Association. // *Arch. Pathol. Lab. Med.* – 1998. – Vol. 112. – P. 1181-1185.
222. McGreevey C. et al. The Joint Commissoin on Accreditation of Healthcare Organizations' Indicator Measurement System. Health Care outcomes database.// *Comput. Nur.* – 1997. – Vol. 15. – P. 87-94.
223. Meng, Y. Y. et al. Satisfaction with access to and quality of health care among Medicare enrollees in a health maintenance organization. // *West J. Med.* – 1997. – Vol. 199. – P. 242-247.
224. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey; 1992, NCHS, March 1997.
225. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1995, NCHS, April 1997
226. National Hospital Discharge Survey: 1994. NCHS, May 1997
227. Nelson E.C., Berwick D.M. The measurement of health status in clinical practice. *Med Care.* 1989;27:577-590.
228. New N.A. and New J.R. Quality Assurance That Works. *Nursing Management. Jurn* 1989. pp. 21-24.
229. Nolan T. W. «Quality as an Organizational Strategy» Paper presented at Philadelphia Annual Quality Conference: Philadelphia Area Council for Excellence, May 1990.
230. O'Sullivan D. D., Grujic S. D. Implementing hospitalwide quality assurance. *Quality Progress. American Society for Quality Control.* February, 1991. P. 28-32611 E. Wisconsin Avenue, Milwaukee, WI 53201-3005
231. Orlov A.I./Interval Computations. 1992. No.1 (3), P.44-52.
232. Orlov A.I./Journal Of Soviet Mathematics, 1991, V.56, No.3, P.2434-2438.
233. Parasuraman A., Zerthaml V.A., Berry L.L. A conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research//*Journal of Marketing.* - 1985, P.41-50.
234. Parsons PE, Lichtenstein R, Berki SE et al. Costs of illness (United States, 1980). *National Medical Care Utilization. Expenditure Survey, Series C, Analytical Report No.5.* Washington, DC: US Dept of Health and Human Services publication 86--20403.
235. Petita A., Kaatz S., Estrada C., Effendi A., Anandan J. V. The transition to medication system performance indicators Topics in Hospital Pharmacy Management. Aspen Publishrs, Inc.. 1995. January. V. 14. No. 4. P. 20-26200 Orchard Ridge Drive, Gaithersburg, MD 20878
236. Philip B. Crosby. *Quality Without Tears.* New York: McGraw Hill Book Company. 1994.
237. Rindler M.E. *Managing a Hospital Turnaround.* Chicago; Pluribus Press. 1987.
238. Ronald D. Moen and Thomas W. Nolan, "Process Improvement," *Quality Progress*, September 1987, pp. 62-68.
239. Sheiman I. From Beverage to Bismarck: Health Financing the Russian Federation, Hroc. WB conference, March 10-11, 1997, 65-78
240. Schoenbaum S. C., Murrey K. O. Impact of profiles on medical practice – Background paper for conference on profiling. Conference on Profiling, paper 4. Physician Payment Review Commission. 1991. 15 January. P. 72-124.10 Brookline Place West Brookline, MA 02146
241. Schwab D. P. Marketing dental implants: a stepbystep approach // *J. Am. Dent. Assoc.* 1995. Vol. 126. no 3. P. 313 - 317, 347 - 348.
242. Schultz R. *How to Get Doctors Involved in Governance.* 27. Francis G. Rodgers, the IBM Way. New York: Harper and Rowe, 1986.
243. Standards for Accreditation of Managed care Organizations // NCQA, W., 1997, 116 p.
244. Susan W. Balter. Risk Management and Quality Assurance for the Pathologist, Legal Aspects. Proceedings of the Institute of Medicine, Chicago, 1988, Vol. 41, pp. 24-27.
245. Taguchi G, Causing D. Robust quality. *Harvard Business Rev.* 1990; January-February: 65-75.
246. Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The medical outcomes study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA.* 1989;262:925-930.
247. Taylor F.W. *Shop Management.* Harper& Row. NU. 1903.
248. Taylor F.W. *The principles of Scientific Management.* Harper& Row. NU. 1911.
249. Thomas W. Nolan, Lloyd P. Provost. "Understanding Variation," *Quality Progress*, May 1990, pp. 70-78.
250. Volland L., Shub J. Dentistry in the changing benefits market // *N.Y. State Dent. J.* 1995. Vol. 61. N 4. P. 40 - 43.
251. Using Clinical Practice Guidelines to Evaluate Quality of Care. Issues // *AHCPR Pub.No. 95-0045, W., 1995, 42 p.*

252. Walsh K., Deakin N. et al. Contracting for Change. Contracts in Health, Social Care, and Other Local Government Services. Oxford University Press. 1997.
253. Walt G., Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 1994, v9, N 4, p. 363-370.
254. Walter A. Shewhart. *Statistical Methods from the Viewpoint of Quality Control*, reprint. New York, NY Dover Publication, 1986.
255. Wanman A., Agerberg J. Mandibular dysfunction in adolescent. // *Acta odont. Scand.* - 1986. - v 44. - N - p. 47-54.
256. Weiner J.P., Dobson A. and other. Risk-Adjusted Capitation Rates Using Ambulatory and Inpatient Diagnoses. *Health Care Financing Review*, 1996, 17(3),77-100
257. Wennberg J., Gittelsohn A. Variations in medical care among small areas // *Sci AM.* 1982. P. 120-134
258. Weber H. Dentistry in the 21st century - A German view /In: *Dentistry in the 21st century. A Global perspective // Proceedings of the International Symposium on dentistry in the 21st century, Berlin, September 10, 1989.* — Chicago, London, Berlin, etc.— 1991. — P.191—198.
259. White R.P. Dentistry A profession in transition / In: *Dentistry in the 21st century. A Global perspective // Proceedings of the International Symposium on dentistry in the 21st century, Berlin, September 10, 1989.* — Chicago, London, Berlin, etc.— 1991.—P.173—190.
260. WHO. *World Health Organization Book on European health care reforms.* World Health Organization, 1998.
261. WHO. *The world health report 2000. Health systems: improving performance.* Geneva: World Health Organization.
262. World Bank. *World Development Report 1993. Investing in health.* New York: Oxford University Press.
263. World Bank. *World development report 1999/2000. Entering the 21<sup>st</sup> Century.* Washington D.C.: Oxford University Press. 2000.
264. Zerfowski M, Koch MJ, Nickusch U, Staehle HJ. Caries prevalence and treatment needs of 7- to 10-year-old schoolchildren in southwestern Germany. - *Community Dent Oral Epidemiol* 1997 Oct;25(5):348—51.