

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИЯХ  
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ - РЕАНИМАЦИИ ЧЕРЕЗ АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ**

**Мотин А.В., Покушко М.В.**

**Научный руководитель канд. психол. наук Багдасарьян И.С., канд. экон. наук  
Мисинева И.А.**

*Сибирский федеральный университет*

Качество медицинской помощи является фактором, влияющим на состояние личного и общественного здоровья. На практике оценка качества медицинской помощи пациенту является одним из ключевых проблемных вопросов, возникающих перед организаторами здравоохранения, различными экспертами и управленцами. В последние годы увеличилось количество жалоб больных и их родственников в медицинские страховые организации, Территориальный фонд ОМС на некачественное оказание медицинской помощи. Это связано, в том числе, и с ростом информирования граждан о своих правах в области здравоохранения. Причины некачественной медицинской помощи могут быть обусловлены не только персональными характеристиками конкретного медицинского работника, но и проблемами организации и управления деятельностью медицинских учреждений[8].

Вопросы контроля за оказанием медицинской помощи регламентируются многочисленными нормативными актами: от основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в Российской Федерации до ведомственных и межведомственных нормативных документов. Однако, в нормативно-правовых документах, определяющих контроль за качеством медицинской помощи много разночтений, неоднозначных толкований. В этой связи нередко случается, что оценка качества оказания медицинской помощи является чрезвычайно сложной, подчас трудно разрешимой[9].

Несмотря на уже имеющийся значительный интерес к вопросам качества медицинской помощи (далее сокращенно КМП), этот аспект совершенствования системы здравоохранения 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[4].

Вопросы качества занимают важное место в Европейской политике здоровья Всемирной организации здравоохранения. Среди стран, имеющих наибольшие достижения в этой области, следует назвать США, Нидерланды, Великобританию, Испанию, Канаду, Японию и др.

Сегодня существует достаточно много различных определений КМП. Еще в 1966 году на симпозиуме Европейского регионального бюро ВОЗ (Копенгаген), посвященном эффективности медицинской помощи, Г.А. Попов подчеркивал, что вопросы состояния медицинской помощи следует рассматривать одновременно в четырех взаимосвязанных и взаимообусловленных аспектах: качества, адекватности, производительности и эффективности[2]. 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[4].

По мнению Аветиса Донабедьяна, существуют следующие показатели КМП:

- Эффективность — это соотношение реально полученного результата с результатом, который мог бы быть получен в идеальных условиях.
- Экономичность — отношение реальных затрат к нормативной стоимости.
- Адекватность — это соотношение между оказанной медицинской помощью и потребной медицинской помощью.

В практической деятельности служб здравоохранения многих стран мира внедрялось ранее, внедряется и будет внедряться великое множество вариантов анализа:

- анализ отклонения от установленной «нормы» [4];
- 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.

Разработка адекватных систем оценки и обеспечения КМП позволит подойти к решению такой актуальной проблемы, как оценка эффективности или стоимости затрат на достижение определенного (запланированного) уровня здоровья, сопоставить цели системы здравоохранения с возможностями их достижения. В этом смысле стоит подумать о задачах достижения высокого КМП и проанализировать, в какой мере оно оправдано в отношении фактических затрат и результатов[7].

В данной статье мы рассмотрим основные критерии оценки качества и их эффективность, применяемые в отделении анестезиологии - реанимации (далее сокращенно ОАР). Кроме этого на основании анализа методологического материала и полученных в результате исследования данных, нами будет предложен на наш взгляд оптимальный вариант расчета эффективности оказания медицинских услуг в ОАР.

В настоящее время для контроля за качеством оказываемых услуг в отделении анестезиологии - реанимации медицинских услуг используется ряд показателей, отражающих как медицинскую, так и экономическую составляющую работы ОАР[1].

Так при оценке лечебно-диагностической деятельности ОАР анализируется эффективность использования коечного фонда. Для этого используются не только стандартные статистические индикаторы качества лечебно-диагностического процесса

(такие, как средняя длительность пребывания в стационаре, летальность, частота нозокомиальной инфекции), но и результаты внутри вневедомственного контроля качества медицинской помощи, результаты социологических опросов пациентов и медперсонала, показатели эффективности внедрения новых методов диагностики и лечения.

В качестве интегральных показателей в клиниках рассчитываются следующие коэффициенты [3, 10].

- коэффициент объема медицинской помощи ( $K_{об}$ ) – отношение количества пролеченных больных к количеству запланированных, при этом количество запланированных больных определяется исходя из числа развернутых коек в отделениях хирургического профиля (хирургическом, офтальмологическом, отоларингологическом, челюстно-лицевой хирургии), структуры оперативных вмешательств и плановой хирургической активности отделений;

- коэффициент экономичности ( $K_{эк}$ ) – отношение плановых расходов к фактически произведенным;

- коэффициент эффективности деятельности ( $K_{эф.д}$ ) – произведение двух коэффициентов:  $K_{об}$  и  $K_{эк}$ .

Оценка эффективности производится следующим образом: при  $K_{эф.д} > 1,0$  деятельность оценивается как эффективная; при  $K_{эф.д} < 1,0$  – как неэффективная.

Кроме того, используются следующие показатели:

- коэффициент результативности ( $K_{р}$ ) – отношение количества больных, при лечении которых, достигнут запланированный результат, к общему количеству пролеченных больных;

- коэффициент уровня качества лечения ( $K_{укл}$ ) – отношение выявленных дефектов в работе врача (I, II, III уровни экспертизы) к количеству пролеченных больных;

- коэффициент соотношения затрат ( $K_{з}$ ) – отношение средней стоимости койко-дня, включенной в тариф на лечение, к фактической стоимости;

- интегральный коэффициент медицинской помощи ( $K_{и}$ ) – производное от коэффициента результативности ( $K_{р}$ ), социальной удовлетворенности ( $K_{су}$ ) и коэффициента соотношения затрат ( $K_{з}$ ).

Важное значение для оценки деятельности ОАР имеет мнение пациентов о качестве оказываемой медицинской помощи, в том числе их оценка организации работы отделения и санитарно-бытовых условий.

Интегральная оценка мнений пациентов по результатам анкетирования учитывается с помощью коэффициента социальной удовлетворенности ( $K_{су}$ ), вычисляемого как отношение положительных суждений ко всем ответам опрошенных пациентов.

Для разработки плана мероприятий по устранению недостатков предварительно проводится оценка значимости каждого мероприятия с помощью коэффициента относительной важности ( $K_{ов}$ ).

Кроме того, при анализе лечебно-диагностической деятельности ОАР представляет определенный интерес мнение самих врачей отделения о факторах, снижающих эффективность работы. Для успешной организации научно-практической деятельности, являющейся третьим аспектом оценки работы ОАР, необходимо выделение финансовых средств, как на непосредственную разработку и внедрение в практику новых технологий лечения, так и на материальное стимулирование авторов методик, медперсонала, внедряющего их в практику.

Эффективность предлагаемых технологий оценивается как с точки зрения медицинских результатов, так и экономики. Медицинские результаты предполагают[5, 10]:

- сокращение средней длительности пребывания пациента в ОАР;
- уменьшение числа осложнений;
- ускоренное восстановление показателей функциональной активности;
- повышение качества жизни.

Экономическая эффективность включает в себя, в основном, снижение расходов за счет применения более эффективных препаратов и меньшей стоимости лечения осложнений наркоза. Она рассчитывается поэтапно, с применением следующей методики расчета[3, 10].

1) Определение размера единовременных затрат ( $Z$ ) на разработку и внедрение нового метода лечения:

$$Z = Z_p + Z_v,$$

Где  $Z_p$  – затраты на разработку;

$Z_v$  – затраты на внедрение нового метода.

2) Определение годового экономического эффекта ( $\text{Эгод}$ ):

$$\text{Эгод} = (\text{Эо} \text{Эн} \times Z_{уд}) \times C2$$

Где  $\text{Эо}$  – затраты на внедрение одного метода;

$\text{Эн}$  – нормативный показатель эффективности ( $\text{Эн} = 0,15$ );

$Z_{уд}$  – удельные затраты (затраты, поделенные на число больных, лечившихся предложенным методом);

$C2$  – объем внедрения (планируемое число больных на год).

3) Определение коэффициента экономической эффективности ( $Kэ$ ):

$$Kэ = \text{Эгод} / Z.$$

На наш взгляд отраженные выше параметры при всей многогранности не являются достаточно объективными. В связи с тем, что многие параметры, положенные в их расчет легко корректируются в зависимости от необходимости. Кроме того данные показатели сложны в расчетах и порой субъективны.

С целью сделать контроль за качеством медицинских услуг в ОАР более объективным, мы предлагаем ввести более жесткую логическую взаимосвязь между экономическими показателями работы ОАР, а именно, объемом средств затраченных отделением с медицинскими результатами отделения.

Результаты деятельности отделения реанимации вытекают из показаний госпитализации в них пациентов. Основными показаниями госпитализации пациентов в ОАР являются: спасение жизни пациентов тяжелом состоянии, либо мониторинг состояния пациента в жизни угрожающие периоды, такие как послеоперационный период. Некоторыми авторами к функциональным обязанностям врача отделения реанимации относят повышение качества жизни пациента, что на наш взгляд затруднительно. Поскольку определение качества жизни является расплывчатым и субъективным, а значит трудным в учете. Кроме этого повышение качества жизни задача не реанимационного этапа, а последующих за ним этапов оказания медицинской помощи.

Исходя из функций отделения, реанимации легко определить основной критерий качества работы отделения. На наш взгляд, единственный критерий в работе ОАР – это количество летальных случаев от общего числа пациентов, пролеченных в ОАР.

В основу предложенного нами метода оценки, положен принцип, по которому тяжесть состояния пациента прямо пропорциональна времени проведенному в ОАР и средствам, затраченным на лечение. Причем сумма средств, потраченных на лечение пациента в отделении, не учитывает средства, затраченные на пациента до поступления

в реанимационное отделение. Исходя из этой логики, реанимационные отделения с низким койка днем требуют меньше финансирования и должны иметь показатели летальности в разы меньше, поскольку исходная тяжесть пациентов значительно ниже. Несоблюдение данной пропорции в любом из звеньев должно вызывать подозрение, как с точки зрения целевого использования средств, показаний к госпитализации в ОАР либо качества оказываемой помощи.

Исходя из данных предположений, можно вывести формулу, демонстрирующую медицинскую эффективность в зависимости от объема финансирования:

Эффективность = объем финансирования отделения/койка дни умерших пациентов

Где объем финансирования прямо пропорционален общему койка дню в отделении.

Представим реальную работу формулы на примере двух виртуальных отделений, в каждом из которых пять коек.

	Отделение А	Отделение Б
Средний койка день	2	5
Пролечено (пациентов)	912	292
Общий объем финансирования в рублях	365000	730000
Летальность (процент)	1	10
Тариф койка дня (рублей).	1000	2000
Сумма койка дней пациентов с летальным исходом	18	145

Казалось бы явное преимущество на стороне отделения А, но применив предложенную выше формулу, получаем: результат отделения А 20277 рублей на летальный случай, отделение Б 5034 рублей на летальный случай.

Пропорция уже явно не в пользу отделения А. Причины этому либо специфика профиля отделения, либо ошибки в показаниях госпитализации в отделение, либо завышения тарифа койка дня.

При анализе с такой взаимосвязью становится бессмысленным манипулирование статистикой, занижение или завышение койка дня, намеренное наращивание количества пациентов. Кроме того бессмысленным становится намеренное завышение или занижение затрат, так как без взаимосвязи с реальными результатами отделения эти затраты будут либо чрезмерны, либо необоснованны. При таком контроле балансировка затрат будет в прямой зависимости с медицинскими показателями отделения. Невозможно будет допустить недофинансирования, так как это неминуемо приведет к повышению летальности. А перефинансирование, при простейшем анализе, будет купировано административными методами.

### Библиографический список

1. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения: Под редакцией О. П. Щепина, В. А. Медика — Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.- 384 с.
2. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование "Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020". Краткая версия: Г. Э. Улумбекова — Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.- 96 с.
3. Концептуальные подходы к организации деятельности отделения интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации в современных условиях. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Кузьмина В.В. Журнал "Заместитель Главного Врача - 3 (2008)(1)"
4. Социальная политика. Медицинское обозрение № 8, 2008 г., с.4-5.
5. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: Под редакцией В. З. Кучеренко — Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2008 г.- 560 с.
6. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения: В. А. Медик, М. С. Токмачев — Санкт-Петербург, Медицина, 2010 г.- 528 с.
7. Интенсивная терапия. Современные аспекты: Д. И. Сью, Дж. Винч — Москва, МЕДпресс-информ, 2008 г.- 336 с.
8. Интенсивная терапия: Под редакцией В. Д. Малышева и С. В. Свиридова — Москва, Медицинское информационное агентство, 2009 г.- 712 с.
9. Медсестра отделения интенсивной терапии: Под редакцией В. Л. Кассиля, Х. Х. Хапия — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.- 352 с.
10. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. И. В. Поляков, Т. М. Зеленская, П. Г. Ромашов, Н. А. Пивоварова. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 2008.
11. Экономика и управление в здравоохранении Л. А. Зенина, И. В. Шешунов, О. Б. Чертухина. 3\_е издание, переработанное и дополненное. Москва, 2011.