

УДК 616-082.4:005.336.3

КРИТЕРИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КАК МЕТОД ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ

**¹ А.А.Линкевич, ¹ О.А. Румянцева, ¹ В.В.Сущевич,
² Т.И.Терехович, ³ Т.В.Калинина**

¹ Минская областная клиническая больница,
агрогородок Лесной 1, 223041, Минский район, Минская область, Республика Беларусь

² Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

³ Белорусская медицинская академия последипломного образования,
ул. П.Бровки, 3, корп. 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

В статье рассматриваются вопросы управления качеством медицинской помощи в рамках оценки критерии результируемости. Цель исследования – обобщение материала по организационно-методическому обеспечению качества медицинской помощи в стационаре. Подробно описана система управления качеством, базирующаяся на ISO серии 9001, направленная, в том числе, на удовлетворение потребностей пациента. Рассмотрены ряд критерии результируемости и их использование в стационаре для комплексной оценки деятельности, обеспечения непрерывного совершенствования и улучшения качества оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: качество медицинской помощи; управление качеством медицинской помощи; эффективность использования ресурсов здравоохранения.

Сегодня государственная статистика и статистика ведомств формируются в условиях значительных социально-экономических перемен, административных реформ и с учетом сложившейся эпидемиологической обстановки, что определяет первостепенность задачи поиска и реализации новых подходов к формированию системы информационно-статистического обеспечения. Современные требования к статистическим исследованиям обусловлены качественными и количественными изменениями единиц статистического наблюдения. Новые требования, предъявляемые к статистической информации, поставили задачи по повышению качества и расширению информационного ресурса при формировании баз данных. С учетом сложившейся ситуации и веяний времени, на первый план выдвигаются характеристики эффективного использования ресурсов, включая человеческий потенциал, что требует новых подходов и трансформации показателей мониторинга эффективности медицинской помощи. Решение проблем эффективного использования ресурсов здравоохранения – одна из главных задач медицинского менеджмента [1].

Актуальным остается поиск оптимальной и информативной методики анализа деятельности организаций здравоохранения, в особенности работы стационара как наиболее ресурсоемкого и дорогостоящего сектора в системе практического здравоохранения. Такой анализ должен носить многофакторный характер и не ограничиваться только оценкой традиционных показателей использования коечного фонда и кадровой структуры [2].

Современные тенденции развития здравоохранения выдвигают на первое место комплексный анализ показателей, характеризующих качество, эффективность, экономику деятельности стационара.

В определении оценки качества медицинской помощи (КМП) и его уровня мы видим приоритет ресурсов и современных научных технологий – их практического применения в конкретной организации здравоохранения (ОЗ) с учетом ее кадрового обеспечения и материально-технической базы [3]. Это расширяет видение качества медицинской помощи, основывается на международной практике, законодательстве Республики Беларусь и утвержденных документах системы стан-

дартизации медицинских технологий – клинических протоколах [1, 4–12].

Качество медицинской помощи является приоритетом мониторинга Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [13]. В европейской программе «Здоровье-2020» указывается, что все государства должны иметь соответствующие структуры и механизмы для непрерывного обеспечения качества медицинской помощи и совершенствования использования современных технологий в здравоохранении. Сегодня разговор о качестве медицинской помощи – это не просто дань моде, это вение времени. Без высокого качества невозможно оказать эффективную помощь пациенту на должном уровне и в соответствии со стандартами.

В последние годы в мировой практике все большее значение приобретает идеология Total Quality Management (TQM) – всеобщего управления качеством [4–6]. В рамках идеологии TQM под качеством медицинских услуг и товаров медицинского назначения (лекарственных средств, медицинских изделий и др.) понимают не столько достижение или превышение уровня каких-либо их частных или общих характеристик, сколько соответствие этих услуг и товаров нуждам и ожиданиям потребителей.

В основе системы всеобщего управления качеством в здравоохранении лежат следующие принципы [5–8]:

нужды пациентов формируют систему здравоохранения и ее работу;

обеспечение качества является приоритетной целью деятельности системы здравоохранения;

высокое качество медицинской помощи является следствием качественных систем организации помощи, технологических процессов и ресурсов;

достижение высокого качества невозможно без принципиального изменения системы организации и руководства в здравоохранении.

Качество медицинской помощи, при этом, рассматривается с позиций:

заданного качества материально-технической базы ОЗ и медицинского персонала;

наличия медицинских технологий, эффективность которых доказана;

наличия утвержденных технологий выполнения медицинских услуг;

наличия оптимизированных организационных технологий;

наличия показателей оценки здоровья пациента и их оценки в процессе лечения;

анализа соответствия полученных клинических результатов произведенным затратам.

Система менеджмента качества подразумевает наличие систематически планируемых и осуществляемых действий, направленных на наибольшее воспроизведение потребительских свойств при выполнении каждого элемента работ или услуг. Эта система циклична, в начале каждого цикла проводится оценка возможностей удовлетворения ожиданий потребителя, разрабатываются технологии, выполняются работы и осуществляется оценка эффективности. На основе оценки результатов вновь планируются изменения в ресурсах и в технологиях.

В рамках системы менеджмента качества появляются: учет мнения потребителя, выявление отклонений от стандарта, анализ причин этих отклонений, поощрение отличившихся в лучшую сторону (создание положительной мотивации взамен отрицательной, использующейся в системе контроля качества, где выявление отклонений от заданных параметров качества наказывается административно или экономически). Важнейшим элементом системы непрерывного повышения (обеспечения) качества является повсеместное, на каждом рабочем месте, проведение мероприятий с целью повышения эффективности и результативности деятельности.

Таким образом, в соответствии с эволюцией самого понятия качества, модели управления качеством прошли стадии от контроля качества через обеспечение качества до непрерывного повышения качества и менеджмента качества.

Обеспечение качества продукции всегда считалось одной из задач управления, однако, за годы существования управления как науки произошли существенные изменения в толковании понятия «качество» и взглядах на принципы его достижения. Если в начале качество определялось как соответствие определенному стандарту (техническим требованиям) без учета мнения потребителя, то в современном представлении под качеством продукции (услуги) понимают ее соответствие не только стандарту и явным (субъективным) ожиданиям потребителя, но и его скрытым (объективным) потребностям.

С учетом специфики здравоохранения существуют три модели управления качеством:

профессиональная модель, где критерием качества является индивидуальный профессиональный уровень, оценка результатов проводится самими лечащими врачами, но, при этом, экономическая составляющая не учитывается;

бюрократическая модель (используется в настоящее время во многих организациях здравоохранения) – основана на стандартизации объемов

работы и результатов медицинской помощи, управлением качеством медицинской помощи занимаются администрация и руководители лечебно-диагностических подразделений (анализ и оценка результата медицинской помощи, измерение отклонений в процессе оказания медицинской помощи, их оптимизация и корректировка). При такой модели не формируется интерес к размежеванию затрат за оказанную медицинскую помощь, выпадает важнейшая характеристика качества – доступность;

модель W.E.Deming, позволяющая решить проблемы, существующие при реализации обеих указанных выше моделей, и основанная на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса (индустриальная модель).

Взяв за основу модель W.E.Deming, можно коренным образом изменить существующую систему обеспечения КМП, что позволит управлять достижением результатов, не завышать стоимость медицинской помощи, повышать степень удовлетворенности медперсонала своей работой и пациентов полученной медицинской помощью.

Применение идеологии всеобщего (тотального) управления качеством в здравоохранении должно обязательно сопровождаться соблюдением следующих принципов:

направленность всей управленческой деятельности в здравоохранении на качество медицинских услуг и товаров медицинского назначения;

участие персонала всех подразделений ОЗ на всех уровнях их организационных структур в управлении качеством медицинской помощи населению;

нацеленность на долговременный успех, понимание его обусловленности признанием потребителями высокого качества результатов деятельности как самих ОЗ, так и их отдельных работников;

создание системы материального и морально-го стимулирования членов трудовых коллективов ОЗ, заинтересованности их в обеспечении высокого качества выпускаемой ими продукции.

В научной литературе существуют и иные мнения по поводу управления качеством медицинской помощи. В частности, О.Л.Нестеров подчеркивает, что управление качеством медицинской помощи – совокупность мер организационного, экономического, правового, научного и медицинского характера, направленных на обеспечение правильного выполнения медицинских

технологий, снижение риска ухудшения состояния пациентов и неблагоприятного социального прогноза вследствие медицинской помощи, оптимизацию расходования ресурсов медицинских учреждений [9].

По мнению белорусских ученых, систему управлением качеством можно рассматривать как деятельность, направленную на создание условий оказания медицинской помощи населению, позволяющую выполнять заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в полученной медицинской помощи. «Итоговое качество» создается при использовании качественных процессов, материалов и инструментов. Для достижения наилучших результатов необходимо управление процессами оказания медицинской помощи, а не только проверка индивидуального выполнения и контроль, но и, в первую очередь, выявление отклонений и анализ их причин [10, с.9].

По мнению О.В.Медведевой с соавт. [11], в современных условиях система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью. Эта система основывается на следующих принципах:

использование достижений доказательной медицины;

проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);

единство подходов в проведении ведомственной и внедомственной экспертизы качества медицинской помощи;

использование административных, экономических и правовых методов для управления качеством медицинской помощи;

анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;

проведение социологического мониторинга качества медицинской помощи.

При этом, управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных видов деятельности [11]:

1. Дизайн качества. Дизайн качества – это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн качества включает: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение результата, отвечающего запросам потребителей; разра-

ботку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

2. Обеспечение качества. Обеспечение качества – это виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы: разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

3. Контроль качества. Контроль качества – это система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, определения соответствия ее принятым стандартам служит экспертиза.

4. Непрерывное повышение качества. В целях непрерывного повышения качества руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников. При этом, в процессе повышения качества медицинской помощи четко просматриваются две взаимосвязанные и взаимообусловливающие составляющие:

постоянное повышение самого уровня стандартов (протоколов) ведения больных;

непрерывный процесс достижения этих стандартов.

В то же время, система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов [11]:

участники контроля;

средства контроля;

механизмы контроля.

Следуя современным тенденциям и нормативным документам, отделение медицинской статистики УЗ «Минская областная клиническая больница» (УЗ МОКБ) перешло на новое программ-

ное обеспечение медицинской деятельности АИС «Медик». АИС «Медик» обладает принципиально новыми возможностями и требованиями к персоналу по компьютерной грамотности и знаниям медико-статистического анализа, что является базой для разработки и перехода УЗ МОКБ на новую ступень (третий уровень) «Модели конечных результатов деятельности» (далее – МКР) – «индустриальную МКР» по предлагаемой в научной литературе классификации МКР [5–8], основополагающий принцип которой – всеобщее (тотальное) управление качеством. Следует отметить, что действующая в стране в настоящее время модель конечных результатов по структуре и мониторингу показателей деятельности относится к «административной модели управления качеством» (второй уровень), а первым уровнем является «профессиональная МКР».

На протяжении последних десятилетий Международная организация по стандартизации (ISO) выпустила несколько стандартов по обеспечению качества: ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003. В настоящее время введен в действие стандарт ISO 9001:2015 «Требования к системам менеджмента качества», являющийся третьей редакцией приведенных выше стандартов и заменяющий собой все ранее созданные стандарты в этой области. Имеется более развернутый стандарт ISO 9004:2015 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности», в котором содержатся рекомендации тем организациям, которые стремятся выйти за пределы базовых общих требований ISO 9001:2015.

Основными принципами менеджмента качества, согласно ISO 9001:2015 и ISO 9004:2015, являются [14]:

ориентация на потребителя – потребности пациента определяют вектор развития системы менеджмента качества; работу организации должны формировать потребности потребителей;

лидерство руководства – никакая система менеджмента качества не способна реализовать свой потенциал без активного участия и управления со стороны высшего руководства организацией, что накладывает на него особую ответственность;

вовлечение работников – участие всех работающих в процессе руководства и обеспечения качества: квалификация и компетентность персонала является важнейшим элементом управления качеством, необходима командная работа как средство формирования и достижения единых целей;

процессный подход – все достижимые результаты появляются в процессе, движущей силой которого, с точки зрения менеджмента качества,

являются потребности и ожидания пациента. Любая работа представляет собой процесс, то есть систему действий, преобразующих ресурсы на входе процесса в определенный результат на выходе; любой продукт, услуга является результатом процесса или последовательности взаимосвязанных процессов, которые могут быть идентифицированы и поддаются планированию, управлению и совершенствованию;

системный подход – желаемые результаты достигаются с помощью оптимального использования ресурсов, что возможно лишь в условиях системы, состоящей из взаимосвязанных организационно-технических и технологических компонентов: отдельные мероприятия по улучшению качества не способны существенно влиять на результат;

постоянное улучшение – менеджмент качества подразумевает постоянную оценку качества, планирование и воздействие на все элементы процесса достижения результата;

принятие решений, основанное на фактах, – стремление к научному обоснованию решений и рекомендаций по созданию продукции, основанному на сборе и анализе объективных данных (в здравоохранении последних десятилетий получило название «медицины, основанной на доказательствах»);

взаимовыгодные отношения с поставщиками – рациональное использование имеющихся ресурсов.

В стандартах ISO 9001:2015 главное внимание уделено переходу с качества продукции (услуг) на качество труда, основные средства предприятия, технологии и принципы управления. Стандарт устанавливает требования к системе менеджмента качества в тех случаях, когда организация:

а) нуждается в демонстрации своей способности всегда поставлять продукцию, отвечающую требованиям потребителей и соответствующим обязательным требованиям;

б) ставит своей целью повышение удовлетворенности потребителей посредством эффективного применения системы менеджмента качества, включая процессы постоянного ее улучшения и обеспечения соответствия требованиям потребителей и соответствующим обязательным требованиям.

Один из путей улучшения качества – внедрение международного стандарта ISO 9001:2015 в виде государственного стандарта Республики Беларусь СТБ ISO 9001:2015 в медицинскую практику [14]. Во всех странах мира

аккредитации систем качества ОЗ уделяется особое внимание, что принципиально влияет, в том числе, и на внебюджетную деятельность, так как иностранные страховые кампании при заключении договоров по оплате медицинских услуг часто требуют сертификаты аккредитации (сертификации) различного уровня. Данное направление не имело до сих пор широкого распространения у нас в стране, однако, именно международная аккредитация позволяет достичь успеха в плане экспорта медицинских услуг, что повышает финансовую устойчивость ОЗ [15].

Сегодня самым объективным и престижным методом оценки качества и организации медицинского обслуживания на международном уровне, в том числе, и в сфере медицинского туризма, считается аккредитация JCI (Joint Commission International). Система оценивания JCI включает 197 основных стандартов, 368 общих стандартов и 1032 дополнительных показателя. Именно наличие международных сертификатов придает уверенность на рынке медицинского туризма.

Ступенями приближения к международным стандартам управления качеством и безопасностью медицинской деятельности явились вступление в силу обновленного Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» [16] и, одновременно с этим, подзаконных актов – постановления Совета Министров Республики Беларусь от 13.05.2021 №269 «О медицинской аккредитации государственных организаций здравоохранения» [17], постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.05.2021 №55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» [18] (далее – постановление 55) и постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.2021 №57 «Об установлении критериев медицинской аккредитации» [19].

В соответствии с постановлением 55 [18], оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – оценка качества) осуществляется:

в соответствии с планами проведения оценки качества медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – планы) в случаях отрицательной динамики показателей статистических данных, отражающих здоровье населения;

по решению Министерства здравоохранения, главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитета по здравоохранению Минского городского исполнитель-

ного комитета (далее – главные управления по здравоохранению, Комитет по здравоохранению) в случаях получения информации о нарушениях и (или) недостатках в оказании медицинской помощи и ее организации, проведении медицинских экспертиз и (или) снижении их качества.

Планы составляются на ближайшее полугодие и утверждаются:

Министерством здравоохранения для осуществления оценки качества в организациях здравоохранения, подчиненных (входящих в систему) Министерству здравоохранения;

главными управлениями по здравоохранению, Комитетом по здравоохранению для осуществления оценки качества в организациях здравоохранения, подчиненных (входящих в систему) главным управлением по здравоохранению, Комитету по здравоохранению;

руководителями организаций здравоохранения.

Министерство здравоохранения и главные управления по здравоохранению, Комитет по здравоохранению для проведения оценки качества привлекают специалистов организаций здравоохранения.

Оценка качества проводится отделами оценки качества медицинской помощи медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК) согласно планам, утвержденным главными управлениями по здравоохранению, Комитетом по здравоохранению.

Оценку качества в организациях здравоохранения проводят:

врачебно-консультационные комиссии (ВКК);

заместители руководителей организаций здравоохранения;

руководители структурных подразделений организаций здравоохранения.

Оценка качества ВКК проводится согласно планам, утвержденным руководителями организаций здравоохранения.

Данный подход позволяет выявить аспекты, требующие доработки, риски, негативно влияющие на принятие управленческих решений и качество медицинской помощи.

К основным критериям качества медицинской помощи относят следующие ее характеристики [20]:

1. *Доступность медицинской помощи* – это реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания. Несмотря на за-

крепленное в конституциях многих стран право на доступную и качественную медицинскую помощь, механизмы реализации этого права в разных государствах различаются, что, во многом, зависит от типа действующей системы здравоохранения. В большинстве стран основными механизмами, обеспечивающими доступность и надлежащее качество медицинской помощи, являются нормативно-правовая база отрасли, регламентирующая оказание, управление и контроль медицинской помощи, и система экспертизы.

2. *Адекватность медицинской помощи* – показатель соответствия технологии медицинского обслуживания потребностям и ожиданиям населения в рамках приемлемого для пациента качества жизни.

3. *Преемственность и непрерывность медицинской помощи* – это координация деятельности в процессе оказания пациенту медицинской помощи различными специалистами и учреждениями здравоохранения. Преемственность в значительной степени обеспечивается стандартными требованиями к медицинской документации, техническому оснащению, процессу и персоналу, что гарантирует последовательность процесса лечения и его результата.

4. *Эффективность медицинской помощи* – соответствие объема фактически оказанной медицинской помощи оптимальному для конкретных условий результату. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, то есть, соответствовать стандартам качества и нормам этики. По определению ВОЗ, *оптимальная медицинская помощь* – это соответствие стандартам медицинских мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения. Оптимальная медицинская помощь имеет широкую вариабельность в разных государствах и зависит от системы здравоохранения и объема финансирования.

5. *Ориентированность на пациента* означает, в том числе, участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами. Этот критерий отражает право пациента не только на качественную медицинскую помощь, но и на внимательное отношение медперсонала, в рамках медицинской этики, и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдения прав пациента.

6. *Безопасность процесса лечения* – критерий гарантированной безопасности для жизни и здоровья пациента и отсутствия вредных воздействий на больного и врача. Обеспечение безопасности пациентов является серьезной проблемой для здравоохранения. В последние годы значительно возросло осознание значимости безопасности лечебного процесса. В 2002 г. государства-члены ВОЗ приняли резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения по безопасности пациентов (лечебного процесса).

Согласно многочисленным публикациям, здоровью каждого десятого пациента в развитых странах причиняется вред в процессе лечения. Это обусловлено целым рядом ошибок медицинского персонала и побочных эффектов лекарств.

Безопасность и эффективность лечения конкретного пациента в значительной мере зависят от полноты информации, которой располагает лечащий врач. Поэтому безопасность процесса лечения, как и другие критерии, зависит от стандартизации процесса лечения, подготовки врача и его профессиональной эрудиции. Например, в США в программу обучения врачей и медицинских сестер включены тренинги по предотвращению медицинских ошибок, ориентации на оказание качественной медицинской помощи, а также тестирование специалистов на уровень их профессионализма.

По данным зарубежных исследователей, частота ошибок при оказании медицинской помощи в США достигает 5,0%, Дании – 9,0%, Великобритании – 11,0%, Австралии – до 16,0%. К наиболее существенным причинам дефектов работы относят недостаточную квалификацию медицинских работников – 24,7%, неполноценное обследование пациентов – 14,7%, невнимательное отношение к больному – 14,1%, недостатки в организации лечебного процесса – 13,8%, недооценку тяжести состояния больного – 2,6%. Доля лекарственных осложнений вследствие медицинских ошибок составляет 27,4%. В 4,2% случаев медицинские ошибки привели к смерти больного. Максимальное число ошибок (73,6%) было допущено врачами при назначении комбинированной терапии [21]. В 20,0% случаев пациенты получали одновременно 12 лекарственных препаратов, в 40,9% – по 8. В странах-членах Евросоюза и в США законодательно закреплена необходимость сообщения о медицинских ошибках в органы фармаконадзора. FDA ежегодно получает свыше 9000 сообщений о медицинских ошибках. В России, по мнению экспертов, каждый третий первичный диагноз устанавливается неверно.

7. *Отсутствие (минимизация) и предотвращение повторения врачебных ошибок*, затрудняющих выздоровление или увеличивающих риск прогрессирования хронической патологии, а также повышающих риск возникновения нового заболевания. Эта составляющая качества медицинской помощи напрямую зависит от уровня профессиональной подготовки врача, использования современных диагностических и высокотехнологичных лечебных технологий, а также установления критериев квалификации на конкретном рабочем месте в форме инструкций, аккредитаций. Немаловажным является рассмотрение врачебных ошибок на заседаниях медицинских советов учреждения здравоохранения и лечебно-контрольных советах с целью недопущения их повторения.

8. *Соевременность медицинской помощи*: оказание медицинской помощи по медицинским показаниям, быстро и с минимальной очередностью. Она конкретизирует и дополняет критерий доступности и в значительной степени обеспечивается высокоеффективными диагностическими процедурами, профессиализмом врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и автоматизацией заполнения медицинской документации.

9. *Научно-технический уровень* – важнейший компонент качества медицинской помощи, обусловленный высокотехнологичными лечебно-диагностическими методами лечения, эрудицией врача в области медицинских знаний и технологий, следованием руководителя современной теории управления персоналом и социальному менеджменту.

10. *Стандартизация отрасли*. Анализ зарубежного опыта и принципы доказательной медицины свидетельствуют об эффективности использования медицинских стандартов в сфере медицинских услуг как нормативного обеспечения гарантий качества и основного ресурсосберегающего инструмента, а также защиты прав пациента.

11. *Экспертиза и контроль качества медицинской помощи* являются обязательным условием и основным механизмом обеспечения качества медицинской помощи. Экспертиза направлена на выявление врачебной ошибки и дефектов оказания медицинской помощи и имеет своей целью исключение или минимизацию дефектов врачебной деятельности.

Управление качеством – это не просто оценка конечного результата, а создание специального технологического процесса, обеспечивающего

соблюдение определенных требований и норм. Отклонение от технологических условий является дефектом оказания медицинской помощи и зависит не только от медицинского персонала, но и от сформировавшихся принципов организации системы здравоохранения.

Система показателей разрабатывается в каждой организации и отражает ее специфику и приоритеты. Особое место занимает оценка ресурсного обеспечения, поэтому важным моментом в сфере улучшения качества и минимизации затрат является оценка так называемой *функции потерь* – затраты и потери, возникающие в результате любого отклонения от планового показателя качества. Принципы доказательной медицины выражают коэффициент потерь как квадратичную зависимость отклонения полученных значений качества от необходимых показателей. Например, потери по времени обслуживания пациента в 2 раза приводят к 4-кратному росту затрат на медицинскую помощь за счет возможных осложнений или последующих проблем в технологии медицинской помощи [20].

Принято считать, что повышение качества медицинской помощи неизбежно требует дополнительных затрат времени, усилий и ресурсов. Однако, привлечение дополнительных ресурсов вовсе не гарантирует повышение качества медицинской помощи. В то же время, внедрение стандартов медицинской помощи может привести к «выравниванию» качества и минимизации расходов. Повышение качества медицинской помощи (на первом этапе – правильная диагностика) способствует росту эффективности, сокращению сроков

лечения, снижению частоты повторных госпитализаций и осложнений, что существенно уменьшает расходы на здравоохранение [8].

С развитием доказательной медицины становится очевидным, что многие клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи требуют пересмотра законодательных и регулирующих механизмов, в том числе, в нашей стране. В первую очередь, многоуровневая система управления, оценки и мониторинга качества и экспертизы медицинской помощи должна согласовываться с системой мониторинга ресурсов, затрачиваемых на ее оказание.

Групповые характеристики критериев медицинской помощи в стационаре, характеризующих качество, эффективность деятельности, экономическую деятельность (эффективность), приведены в таблице.

Экспертная оценка качества медицинской помощи должна дополняться изучением (анонимное анкетирование) мнения пациентов по данному вопросу. Качество медицинской помощи с позиций пациентов определяется двумя главными параметрами: качеством лечения и качеством обслуживания.

Таким образом, суть концепции управления качеством медицинской помощи заключается в принятии управленческих решений на основе анализа целевых показателей – критериев результативности, которые имеют многоступенчатую структуру и выражаются в количественных показателях, характеризующих потребности пациентов и эффективность деятельности стационара.

Таблица

Групповая характеристика критериев медицинской помощи в стационаре (по отделениям)

№	Групповая характеристика критериев медицинской помощи в стационаре	Критерии (показатели)*
1.	Критерии, характеризующие качество:	уровень качества медицинской помощи; послеоперационная летальность; больничная летальность; объем выполненных лабораторных анализов; дефекты в заполнении медицинских документов (включая электронные формы), дефекты санэпидрежима
2.	Критерии, характеризующие эффективность:	степень использования коечного фонда, хирургическая активность; средняя длительность лечения пациента; внедрение современных медицинских технологий, формирование имиджа клиники (публикации в научных изданиях)
3.	Критерии, характеризующие экономическую деятельность (эффективность) стационара:	оборот койки; выполнение плана занятости койки; длительность предоперационного периода при плановых операциях; объем платных услуг; объем экспорта услуг

* Ряд критериев имеют двойственное назначение. Отнесение критерия в ту или иную группу определялось основным его предназначением.

Литература

1. Качество медицинской помощи: дефиниции, международный опыт, национальные особенности [Электронный ресурс] // Здравоохранение. – 2020. – №5. – Режим доступа: <http://www.zdrav.by/kruglyj-stol/kachestvo-medyczskoj-pomoshchi-definiczii-mezhdunarodnyj-opyt-naczhonalnye-osobennosti/>. – Дата доступа: 22.02.2021.
2. Семёнов, А.В. Оценка эффективности использования коечного фонда больничных организаций / А.В.Семёнов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2020. – №4. – С.84–94.
3. На равных условиях: как развивается медицинская помощь в сельской местности? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://1prof.by/news/v-strane/na-ravnyh-usloviyah-kak-razvivaetsya-me/>. – Дата доступа: 05.04.2021.
4. Шиленко, Ю.В. Стратегия обеспечения качества медицинской помощи населению / Ю.В.Шиленко, А.С.Акопян, Р.С.Бочкаев // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – №1. – С.54–59.
5. Вялков, А.И. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи / А.И.Вялков // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №2. – С.3–10.
6. Стандартизация медицинских технологий – ключевое звено в системе управления качеством медицинской помощи / Н.Е.Хейфец, Т.Н.Москевичева, И.В.Малахова, Т.И.Кот, С.Н.Николаева, С.А.Ванагель // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Приложение (Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ), Минск, 19 октября 2012 г.). – С.85–88.
7. Ярославский, К.В. Модель конечных результатов как метод комплексной оценки повышения качества медицинской помощи в родовспоможении / К.В.Ярославский, В.О.Атласов, В.М.Болотских // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Том LXV, №6. – С.109–115.
8. Качество медицинской помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medstatistic.ru/presents/kachestvo.pdf>. – Дата доступа: 05.04.2021.
9. Несторов, О.Л. Уровни контроля качества медицинской помощи [Электронный ресурс] / О.Л.Несторов // Управление здравоохранением. – Режим доступа: http://xn--7sbahcmgafaski8a2afibqaixke4dxd.xn--p1ai/publ/kachestvo_medicinskoy_pomoshi/urovni_kontrolja_kachestva_medicinskoy_pomoshhi/20-1-0-397. – Дата доступа: 11.02.2021.
10. Глушанко, В.С. Система контроля качества медицинской помощи в организациях здравоохранения [Электронный ресурс] / В.С.Глушанко, А.П.Тимофеева, Д.В.Мороз // Электронный архив библиотеки Витебского государственного медицинского университета. – 2006. – Режим доступа: https://elib.vsmu.by/bitstream/123/4232/1/Glushanko- VS_Sistema%20kontrolia%20kachestva%20meditsinskoj%20pomoshchi%20v%20organizatsiiakh%20zdravookhraneniia_2006.pdf. – Дата доступа: 11.02.2021.
11. Медведева, О.В. Управление качеством медицинской помощи. Учебно-методическое пособие для ординаторов / О.В.Медведева, Г.Б.Артемьевая, Н.А.Афонина. – Рязань: Рязанская госуд. мед. ун-т им И.П.Павлова, 2015. – 103 с.
12. Оценка и контроль качества медицинской помощи: основные направления деятельности организаций здравоохранения Республики Беларусь / Н.Е.Хейфец, И.В.Малахова, Е.Н.Хейфец, М.М.Солтан, А.В.Маймур // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н., проф. В.С.Лучковича. – Ч.2. – СПб., 2021. – С.317–330.
13. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества. Практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). – 2018. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278964/9789244565568-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. – Дата доступа: 11.02.2021.
14. Государственный стандарт Республики Беларусь СТБ ISO 9001:2015 «Система менеджмента качества. Требования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729771.pdf>. – Дата доступа: 11.02.2021.
15. Организационно-правовое обеспечение создания и функционирования системы медицинской аккредитации в Республике Беларусь / Н.Е.Хейфец, Д.Ю.Рузанов, Е.Н.Хейфец, М.М.Солтан, А.В.Маймур // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н., проф. В.С.Лучковича. – Ч.2. – СПб., 2021. – С.330–342.
16. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХII // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
17. О медицинской аккредитации государственных организаций здравоохранения [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 13 мая 2021 г., №269 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
18. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 21 мая 2021 г., №55 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр право-

- вой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
19. Об установлении критериев медицинской аккредитации [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 мая 2021 г., №57 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информации. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
20. Шарабчиев, Ю.Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю.Т.Шарабчиев, Т.В.Дудина // Медицинские новости. – 2009. – №12. – С.6–12.
21. Медицинские ошибки при применении лекарственных препаратов в практическом здравоохранении / А.В.Кузьмина [и др.] // Практическая пульмонология. – 2016. – №3. – С.76–83.

**PERFORMANCE CRITERIA AS A METHOD
OF ORGANIZATIONAL AND
METHODOLOGICAL ASSURANCE OF
MEDICAL CARE QUALITY MANAGEMENT IN
HOSPITAL**

¹ А.А.Linkevich, ¹ О.А.Rumyantseva,
¹ В.В.Sushchevich, ² Т.І.Tserakhovich
³ Т.V.Kalinina

¹ Minsk Regional Clinical Hospital, 223041, Lesnoy agrotown 1, Minsk District, Minsk Region, Republic of Belarus

² Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

³ Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

The article deals with medical care quality management within the framework of performance criteria assessment. The study objective is the synthesis of submissions on organizational and methodological assurance of medical care quality in

hospital. A quality management system aimed at addressing the patients' needs and based on ISO 9001 series' requirements is described in detail. A number of performance criteria and their use in hospital for comprehensive assessment of activities, ensuring continuous development and improvement of medical care quality are considered.

Keywords: medical care quality; medical care quality management; healthcare resources use effectiveness.

Сведения об авторах:

Линкевич Александр Александрович; УЗ «Минская областная клиническая больница», главный врач; тел.: (+37544) 7088773; e-mail: omo@minsk-okb.by.

Румянцева Оксана Анатольевна; УЗ «Минская областная клиническая больница», зам. главного врача по организационно-методической работе; тел. (+37529) 6852418; e-mail: oksana_gomel19@yahoo.com.

Сущевич Виктор Викторович, канд. мед. наук, доцент; УЗ «Минская областная клиническая больница», врач-статистик (заведующий) отделением медицинской статистики; тел.: (+37529) 6852418; e-mail: victor-vvs@mail.ru.

Терехович Татьяна Ивановна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией организационных технологий первичной медицинской помощи, тел.: (+37517) 2923191; e-mail: tt_gem@mail.ru.

Калинина Татьяна Владленовна, канд. мед. наук, доцент; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», проректор по учебной работе; тел.: (+37517) 2921556; e-mail: obr@belmapo.by.

Поступила 27.07.2021 г.