

ОБЕСПЕЧЕНИЕ И КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Т.И.Терехович, В.Н.Ростовцев, А.А.Кухарчук, С.В.Гончаров, И.П.Щербинская

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

В статье рассмотрены уровни обеспечения и подходы к обеспечению качества медицинской помощи, а также основные и дополнительные критерии для контроля качества медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская помощь; качество; контроль; критерии.

Введение. По определению Европейского регионального бюро ВОЗ (1992), качественной должна считаться медицинская помощь, соответствующая стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений, возникших в результате лечения, и достижении удовлетворенности пациента.

В этом определении акцент сделан на качество медицинских технологий. Это принципиально правильно, но системно недостаточно. Качество медицинской помощи (КМП) определяет не только качество технологий, но и квалификация врачей и качество управления.

Уделяя внимание задачам контроля КМП, необходимо осознавать, что этот контроль всегда относится к текущим стандартам – инфраструктурным и технологическим, которые, в основном, обеспечивают КМП.

Относительно КМП, основными инфраструктурными стандартами являются стандарты образования и повышения квалификации врачей. Технологические стандарты фиксируют то, что есть в наличии, а повышение уровня технологического стандарта всегда требует того, чего нет в наличии, то есть требует новой компоненты в структуре имеющихся технологий или, иными словами, – требует новой технологии.

Отсюда следует, что рост КМП определяет инновационное развитие и управление инновационным развитием, а контроль КМП поддерживает достигнутый технологический уровень. В целом, КМП необходимо прежде оценить (чаще, экспертным путем, поэтому первый этап в обеспечении КМП – оценка (экспертиза) качества медицинской помощи), затем контролировать (второй этап – контроль качества медицинской помощи) и, на следующем этапе, им управлять (третий этап – всеобщее обеспечение качества (управление качеством, менеджмент качества) медицинской по-

мощи). Основой современной модели управления качеством является модель W.E.Deming, которая основана на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса [1–6].

Уровни обеспечения КМП. Существует три уровня обеспечения КМП, включая:

- стратегический,
- тактический,
- оперативный.

На стратегическом уровне осуществляют технологические инновации. Это уровень управления инновационными процессами. Этот уровень обеспечивает максимальный полезный результат. Именно поэтому во всем мире особое внимание уделяют новым медицинским технологиям и развивают методы оценки новых медицинских технологий. Оценка медицинских технологий, или оценка технологий в здравоохранении (health technology assessment) – это международное направление исследований и методология по исследованию и анализу новых медицинских технологий.

На тактическом уровне применяют систему менеджмента качества (СМК) на основе международного стандарта ISO 9001 [7]. В Республике Беларусь органом по сертификации СМК предприятий и организаций является Белорусский государственный институт стандартизации и сертификации (БелГИСС), который аккредитован на проведение сертификации систем менеджмента качества на соответствие ISO 9001:2015 в немецкой системе аккредитации (DAkkS). Сегодня СМК используют и в социальной сфере, в частности, в учреждениях образования. В СНГ есть успешный опыт разработки и применения СМК в здравоохранении, например, в Красноярской краевой

клинической больнице. В России издается журнал «Менеджмент качества в медицине».

Основными принципами СМК являются:

- системный подход к управлению;
- процессно-процедурный подход к декомпозиции деятельности;
- ориентация на потребителя;
- лидерство руководителя;
- вовлечение работников в постоянное улучшение СМК.

На оперативном уровне обеспечения КМП используют системы контроля КМП. Эти системы позволяют своевременно ставить и решать задачи повышения КМП в пределах возможностей наличной технологической базы, имеющегося уровня инфраструктурного обеспечения и действующей системы управления.

Подходы к обеспечению КМП. Существует три подхода к обеспечению КМП:

- повышение качества технологических процессов за счет инноваций в диагностике, профилактике, лечении, реабилитации, соблюдения принципа стандартов и др.;
- повышение качества управления (стратегического, тактического и оперативного).
- повышение качества ресурсов, а именно, их организационно-технического качества (кадры, оборудование, материалы, здания, сооружения и др.).

Технологические инновации – это главный способ повышения КМП.

В то же время, именно от повышения качества управления существенно зависит обеспечение КМП по двум остальным позициям. Учитывая сложность задач обеспечения КМП, особенно на стратегическом уровне, целесообразно создание при Министре здравоохранения экспертно-консультативной группы (на функциональной основе) в составе дипломированных специалистов в области организации здравоохранения для разработки проектов развития медицинской помощи и обеспечения КМП.

Главными ресурсами обеспечения КМП являются врачебные кадры и диагностическое оборудование.

Критерии для контроля КМП. Определение критериев оценки для контроля КМП является необходимой основой для последующей разработки соответствующих показателей и высокоинформативных индикаторов КМП.

Рассматривая критерии КМП, следует исходить из понимания его интегральной многофакторной природы. Основные критерии КМП должны соответствовать основным факторам его детерминации.

Первым по значимости фактором детермина-

ции КМП является диагностическая база для деятельности врача-специалиста. Критерий качества диагностической базы по своей значимости превосходит все другие критерии, за исключением критерия врачебной квалификации.

С позиций врачебной практики, диагностическая аппаратура и соответствующая диагностическая информация имеют три наиболее важные характеристики: 1) уровень доступности диагностической аппаратуры, 2) уровень достаточности доступных диагностических центров или средств, 3) уровень доступных возможностей телемедицинской диагностики.

Из научной медицинской литературы хорошо известно, что важнейшим фактором детерминации КМП является квалификация врача. Соответственно, квалификация врача является вторым критерием для оценки КМП [8–10].

Квалификацию врача определяют, в свою очередь, первичные факторы, которые включают, во-первых, качество базового медицинского образования, во-вторых, доступность, периодичность и качество последиplomного повышения квалификации, в-третьих, интенсивность его работы с текущей научно-профессиональной литературой, в-четвертых, регулярность участия в работе профессиональных сообществ (семинары, симпозиумы, конференции, съезды, сетевые сообщества), в-пятых, собственный опыт профессиональной работы.

Качество базового медицинского образования имеет основополагающее значение. Перечисление достоинств медицинского образования в нашей стране не может ориентировать на повышение его качества. На это ориентирует осознание его недостатков.

Доступность, периодичность и качество последиplomного повышения квалификации врачей играют важную роль в обеспечении КМП. К сожалению, врачи не достаточно свободны в выборе места (города, страны) и цикла повышения квалификации. Нормативные документы предусматривают прохождение повышения квалификации в определенном количестве часов в течение 5-летнего периода, которые можно пройти в течение одного года. При этом не предусмотрено ежегодное повышение уровня современных знаний.

Интенсивность работы врача с текущей научно-профессиональной литературой ограничена, в основном, дефицитом мотивации этой деятельности.

Регулярность участия врачей в работе профессиональных сообществ, то есть в работе семинаров, симпозиумов, конференций и съездов, ограничена не только фондом командировочных расходов учреждения-работодателя, но нередко и позицией администрации.

Накопление собственного опыта профессио-

нальной работы эффективно только при условии повышения квалификации на профильных кафедрах, работы с текущей научной литературой и работы в профессиональных сообществах.

В сложной многофакторной детерминации уровня квалификации врача четко прослеживаются ведущая роль и определяющее значение профессионального социума в лице образовательных учреждений, организационно-управленческих структур и профессиональных объединений. Отсюда очевидно, что в конечном итоге квалификацию врачей определяет состояние (нравственное, интеллектуальное и профессиональное) всех уровней структур отраслевого управления. Экономия на повышении квалификации врачей – это экономия на качестве медицинской помощи.

Третьим по значимости фактором детерминации КМП следует признать фактор мотивации врачебной деятельности. В свою очередь, уровень мотивации деятельности формируют первичные факторы моральной и материальной мотивации.

К факторам моральной мотивации КМП, кроме поддержания высокой социальной престижности профессии, относятся:

- формы признания успешной профессиональной деятельности на уровне трудового коллектива учреждения,
- формы признания успешной профессиональной деятельности на уровне региона (области),
- формы признания успешной профессиональной деятельности на уровне отрасли,
- формы признания успешной профессиональной деятельности на уровне государства.

К факторам материальной мотивации относятся, во-первых, уровень основной заработной платы и, во-вторых, периодические материальные поощрения (премиальная система).

Важный (четвертый) фактор детерминации КМП – информатизация основных технологических аспектов работы врача. Роль критерия информатизации работы врача, вероятнее всего, будет со временем возрастать.

Сегодня на русскоязычном рынке имеется более ста информационных систем медицинского назначения, но их широкое применение тормозят рыночные цены, с одной стороны, и недостаточное понимание важности информатизации. В итоге, темпы и качество информатизации работы врачей, как и КМП в целом, определяет политика отраслевого руководства.

Уровень информатизации работы врача определяет доступность основных видов медицинских информационных систем, включая профессиональные медицинские справочные системы, системы обеспечения медицинского документообо-

рота, системы телемедицинского консультирования, интеллектуальные медицинские системы (медицинские экспертные системы) и системы автоматической диагностики [11–13].

Медицинские справочные системы являются для врача необходимым, но пока не всегда доступным рабочим инструментом.

Например, профессиональная медицинская справочная система MedElement (медицинская платформа) включает несколько интерактивных справочников:

- справочник заболеваний;
- клинические протоколы диагностики и лечения;
- клинические рекомендации;
- справочник лабораторных показателей;
- справочник медицинских терминов;
- справочник медикаментов;
- обзор мировой медицинской периодики.

Используются также различные вспомогательные справочники и информационные сервисы.

Перечень функций этой справочной системы показывает, что такая система необходима врачу не только для повседневной работы, но и полезна для повышения квалификации с помощью обзоров мировой медицинской периодики [14].

Самыми распространенными являются информационные системы обеспечения медицинского документооборота, но они не оказывают непосредственного влияния на КМП. Однако, следует отметить, что на основе интеллектуальных средств машинного распознавания речи уже появляются голосовые системы заполнения врачом медицинских документов.

Системы телемедицинского консультирования начинают входить в практику, и они, несомненно, полезны для повышения КМП.

Интеллектуальные медицинские системы являются тем классом систем, который представляет наибольшую перспективу для повышения КМП. Первые медицинские экспертные системы были созданы полвека назад. Опыт последних 20 лет показал, что интеллектуальные консультирующие системы могут снижать количество врачебных ошибок как минимум в 5 раз.

Системы автоматической диагностики, особенно системы ранней автоматической диагностики, в том числе, с использованием средств искусственного интеллекта, должны оказать наибольшее влияние на КМП в силу возможности постоянного мониторинга состояния пациента в процессе лечения и обеспечения своевременности мероприятий по таким важным позициям, как коррекция лечения, профилактика осложнений и профилактика рецидивов.

Средства информатизации работы врача вносят большой вклад в обеспечение и формирование главного фактора детерминации КМП, а именно, фактора диагностической базы врачебной деятельности.

Следующим фактором детерминации КМП, который определяет соответствующий критерий, является достаточность имеющегося лечебного обеспечения, то есть, во-первых, обеспечения медицинскими изделиями (изделиями медицинского назначения и медицинской техникой) и, во-вторых, обеспечения лекарственными средствами.

Значимым фактором детерминации КМП является полнота кадрового обеспечения отделения стационара, включая обеспечение врачебными кадрами, кадрами средних медицинских работников и кадрами вспомогательного персонала.

Кроме шести основных, необходимо рассматривать и дополнительные критерии КМП, которые будут полезны для разработки индикаторов КМП.

К дополнительным критериям относятся:

- микроклимат в коллективе отделения;
- частота неотдаленных рецидивов среди пролеченных пациентов;
- частота осложнений;
- смертность;
- частота жалоб пациентов;
- уровень удовлетворенности пациентов.

Критерии оценки КМП являются необходимой основой для детальной разработки соответствующих показателей и высокоинформативных индикаторов КМП.

Индикаторы КМП необходимы для решения двух задач. Первой задачей является ежегодная комплексная оценка КМП в отделении стационара или поликлиники для принятия управленческих решений. Второй задачей является ежеквартальный мониторинг КМП в отделении для принятия оперативных решений коллективом и заведующим отделением.

Такая система контроля КМП на уровне организации здравоохранения позволит оптимизировать процессы управления ею. Для мониторинга из всех индикаторов КМП будут отобраны те из них, которые необходимы для оперативного управления КМП, не требующего вмешательства вышестоящего руководства.

Заключение. Качество процесса оказания медицинской помощи призвано обеспечивать его эффективность. Качество технологических процессов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, то есть КМП, обеспечивает эффективность восстановления работоспособности и качества жизни человека.

Формально, медицинскую помощь можно определить как медицинское управление состоянием пациента. Пациент, в своем единстве организма и личности, представляет собой двуединый объект медицинского управления. В итоге, медицинскому управлению (медицинской коррекции) подлежат два основных процесса, включая патогенез и психогенез заболевания.

Определение медицинской помощи как сложного объекта медицинского управления, а, точнее, – сложной системы процессов объекта управления, позволяет рассмотреть классические этапы управления применительно к медицинской помощи пациенту.

Первый этап заключается в Системной Оценке Управленческой Ситуации (СОУС). Для врача результатом выполнения этого этапа является максимально развернутый диагноз. Правильность этого диагноза зависит от объема диагностической информации и квалификации врача. Из этого логически следует, что ключевыми детерминантами КМП являются качество диагностики и квалификация врача.

Второй этап заключается в планировании программы управления, то есть программы лечения. Очевидно, что этот этап врач выполняет на основе СОУС и наличных (доступных) средств управления, то есть средств (методов) лечения.

Третий этап заключается в оценке эффективности реализованной программы лечения на основе повторения СОУС на этом этапе. Далее следует итерационный переход ко второму этапу с использованием правил адаптивного и рефлексивного управления.

Таким образом, рассмотрение медицинской помощи пациенту с позиций теории управления еще раз убеждает, что главными детерминантами КМП в рамках достигнутого уровня инфраструктурного и технологического обеспечения являются квалификация врача и доступная ему диагностическая база.

Литература

1. Вялков, А.И. Управление качеством в здравоохранении / А.И.Вялков // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – №1. – С.5–11.
2. Татарников, М.А. Управление качеством медицинской помощи / М.А.Татарников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 304 с.
3. Гушин, Г.В. Новые критерии оценки качества медицинской помощи / Г.В.Гушин // Главный врач. – 2017. – №8.
4. Нестеров, О.Л. Уровни контроля качества медицинской помощи [Электронный ресурс] / О.Л.Нестеров (источник: журнал «Главный врач», 2016/12). – Режим доступа: <http://xn—7sbahcmgafaski8a2afibqaike4dxd.xn—p1ai/publ/>

- kachestvo_meditsinskoj_pomoshhi/urovni_kontrolja_kachestva_meditsinskoj_pomoshhi/20-1-0-397. – Дата доступа: 30.03.2019.
5. Хейфец, Н.Е. Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь на современном этапе / Н.Е.Хейфец // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы X междунар. конф., 6–7 апр. 2012 г., Минск / редкол.: В.А.Прокашева (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. центр БГУ, 2012. – С.326–328.
 6. Удовлетворенность пациентов как индикатор обеспечения качества медицинской помощи в университетских клиниках / А.М.Минасян [и др.] // Военная медицина. – 2015. – №4. – С.143–145.
 7. Межгосударственный стандарт «Системы менеджмента качества. Требования». ГОСТ ISO 9001-2011. Межгосударственный совет по стандартизации, метрологии и сертификации (МГС).
 8. Дистанционное повышение квалификации врачей через Интернет в 2018 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mana.su/distancionnoe-povyshenie-kvalifikacii-vrachej-cherez-internet-v-2018-godu>. – Дата доступа: 30.03.2019.
 9. Щастный, А.Т. Совершенствование дополнительного медицинского и фармацевтического образования в Республике Беларусь [Электронный ресурс] / А.Т.Щастный, А.Н.Щупакова, Т.А.Дорофеева // Современные тенденции в дополнительном образовании взрослых: материалы III междунар. науч.-метод. конф., Минск, 21 окт. 2016 г.: в 2 ч. – Минск: РИВШ, 2016. – Ч.1. – С.222–225. – Режим доступа: http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/164789/1/%D0%A9%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9%D0%A9%D1%83%D0%BF%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%94%D0%AE%D1%80%D0%AE%D1%84%D0%85%D0%B9%D0%B2%D0%B0_%D0%9E%D0%9216_%D0%A71-222-225.pdf. – Дата доступа: 30.03.2019.
 10. Будницкая, М.В. Мотивация врачей как характеристика профессиональной группы [Электронный ресурс] / М.В.Будницкая, М.А.Мамус, О.А.Строменко // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – №1. – Режим доступа: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=18005>. – Дата доступа: 30.03.2019.
 11. Сачек, М.М. Двадцать лет исследований по определению стратегических направлений развития здравоохранения и информатизации отрасли / М.М.Сачек [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Прил.: Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения (к 20-летию РНПЦ МТ): материалы респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Минск, 19 окт. 2012 г. – С.2–8.
 12. Демидов, А.В. Информатизация организаций здравоохранения Республики Беларусь / А.В.Демидов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №3. – С.20–25.
 13. Сурмач, М.Ю. Информатизация здравоохранения Гродненской области: проблемы и перспективы / М.Ю.Сурмач, О.Л.Зеньков // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №4. – С.41–50.
 14. Справочная система MedElement [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medelement.com>. – Дата доступа: 30.03.2019.

HEALTHCARE QUALITY ENSURING AND CONTROL

T.I.Tserakhovich, V.N.Rostovtsev, A.A.Kuharchuk, S.V.Goncharov, I.P.Sherbinskaja

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

Authors describe healthcare quality (HCQ) provision levels and approaches for ensuring as well as main and additional criteria for HCQ control in this article.

Keywords: healthcare; quality; control; criteria.

Сведения об авторах:

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: tterehovich@belcmt.by.

Ростовцев Владимир Николаевич, д-р мед. наук, профессор; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий первичной медицинской помощи, главный научный сотрудник; тел.: (+37517) 3313414; e-mail: vnrost@rambler.ru.

Кухарчук Антонина Анатольевна, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий первичной медицинской помощи, старший научный сотрудник; тел.: (+37517) 2923191; e-mail: akuharchuk@belcmt.by.

Гончаров Сергей Васильевич, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий первичной медицинской помощи, старший научный сотрудник; тел.: (+37517) 3313414.

Щербинская Ирина Петровна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», ученый секретарь; тел.: (+37517) 3321708; e-mail: shcherbinskaja@mail.ru.

Поступила 01.04.2019 г.