

## ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Б. Е. ВОЛОС, проф. И. И. МАВРОВ

### PROBLEMS OF MEDICAL CARE QUALITY AND EFFICACY

B. E. VOLOS, I. I. MAVROV

*Управление здравоохранения Харьковской облгосадминистрации,  
Институт дерматологии и венерологии АМН Украины, Харьков, Украина*

**Обсуждаются проблемы здоровья, качества и эффективности медицинской помощи. Подчеркивается роль высокой квалификации врачей, перестройки системы управления в здравоохранительной деятельности. Анализируются подходы и методы оценки качества и эффективности медицинской помощи. Предлагается пересмотр стратегии профилактики, внедрения системы мероприятий, направленных на факторы риска для здоровья и управление ими.**

*Ключевые слова: медицинская помощь, качество и эффективность, оценка деятельности врача, медицинских учреждений.*

**The problems of health, quality of life and efficacy of medical care are discussed. The role of a high qualification of the doctors, reorganization of management system in health protection are emphasized. The approaches and methods of the quality and efficacy of medical care assessment are analyzed. The authors suggest revising the strategies of prevention, as well as to introduce the system of measures aimed at risk factors and their control.**

*Key words: medical care, quality and efficacy, evaluation of activity of the physician and health care establishments.*

В системе здравоохранения сложилась неблагоприятная ситуация. Усугубляется отрицательная тенденция показателей здоровья населения, почти исчерпаны возможности усовершенствования качества оказания медицинской помощи и эффективности здравоохранительной деятельности. Несмотря на то что здравоохранение располагает достаточно мощной базой материальных и кадровых ресурсов, в реальности — далеко не всегда пациенты удовлетворены последствиями обследования или лечения. Сегодня общество, как никогда ранее, нуждается и заинтересовано в надежной медицине. Качество и эффективность работы в здравоохранении — новая стратегия в решении этой проблемы.

Следует подчеркнуть, что такая цель, как повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению, декларировалась и всегда широко пропагандировалась. Но, пожалуй, в новейшей истории Украины не достигалась. В чем причины?

Их анализ показывает, что подоплекой такого положения является целый комплекс образовательных, экономических, социальных, нравственных, этических и сугубо медицинских факторов. Существенно влияют на показатели здоровья ущербная духовность общества, многообразие внутренних человеческих особенностей и человеческих отношений [1, 2].

Ход реформирования системы охраны общественного здоровья убеждает в необходимости совершенствования системы управления деятельностью медицинских учреждений. Становится очевидным, что оптимизация управления возможна

за счет более эффективного использования имеющихся ресурсов, применения таких форм производственных отношений, которые обеспечивали бы материальную заинтересованность медицинских работников в конечных результатах их труда, использования прогрессивных форм организации труда, интенсивных экономических механизмов хозяйствования, направленных на повышение качества и гарантированность медицинской помощи населению на уровне современных требований.

Между медицинскими исследованиями и здравоохранением существуют отношения дополнительности, если они устанавливаются с достаточной надежностью. Однако использование ресурсов и достижений науки практическим здравоохранением явно недостаточно. Сейчас одно из приоритетных направлений в здравоохранении — обратить внимание на медицинскую науку. Необходимо прекратить декларировать ее роль во врачевании, понять и осознать, что реальные успехи в здравоохранении возможны лишь на основе науки, творческой инициативы в сфере управления, внедрения новых методов диагностики, лечения и профилактики.

Здоровье связано с несчастными случаями, болезнями, их течением и лечением, напрямую зависит от качества и эффективности медицинской помощи, которые определяются общим прогрессом фундаментальной науки и техники, экологией человека, здоровым образом жизни. Революционное воздействие на современную медицину окажет молекулярная генетика. Многие проблемы могут

быть решены только с помощью ортомолекулярной медицины — врачеванием с помощью веществ, присутствующих в самом человеческом организме. Но наши знания в молекулярной медицине еще очень малы и фрагментарны, это огромная неизведанная область, ожидающая своих исследователей.

Сказанное выше диктует необходимость определения состояния здоровья населения. Эта задача осложняется тем, что она связана с необходимостью обследовать состояние многих систем организма, которые находятся в тесном взаимодействии и составляют единое целое. При этом патология одной системы может возникнуть не вследствие прямого повреждающего действия или патогенного агента, а в результате патологических изменений в другой, связанной с ней системе. Поэтому для определения состояния здоровья организма и его саногенетических резервов необходима полифункциональная оценка, базирующаяся на комплексе объективных методов, в основе которых — изучение патологического процесса на всех уровнях — морфологическом, функциональном и молекулярно-клеточном.

Внедрение в практику медицинских учреждений наиболее эффективных технологий, предусматривающих улучшение организации и повышение качества медицинской деятельности, должно стимулировать ориентацию медицинской помощи на приоритеты в здоровье и здравоохранении. Это, а также принципиальные изменения в обществе, переход к социально ориентированной экономике требует качественных изменений в идеологии и методике подготовки, переподготовки и повышения квалификации врача. Необходимо кардинальное обновление содержания обучения и образования.

На жизнь и медицинское образование надо смотреть реально. Стало ясно, что сегодня быть врачом низкой квалификации невыгодно, и сколько бы ни говорили, что подготовка врачей у нас не уступает их подготовке в западных странах и даже превосходит ее, но это дела не меняет и делу не поможет [3, 4].

Реализация этой идеи требует пересмотра и переоценки основных компонентов педагогического процесса, в первую очередь, с учетом общечеловеческих приоритетов, социальных потребностей и политических изменений. Нам нужен врач — личность, профессионал, способный генерировать новые знания и технологии, организовывать качественную гарантированную медицинскую помощь.

Все сказанное предполагает перестройку системы управления здравоохранением с целью повышения качества медицинской помощи, в частности, его планирования и финансирования таким образом, чтобы уровни здоровья населения и оказания медицинской помощи были связаны с ресурсами и финансовыми возможностями каждой службы, каждого медицинского учреждения. В период перехода к рыночным отношениям в сфере здравоохранения, наличия хозрасчетных отношений в системе организации медицинской помощи разным контингентам населения требуется

определение различных видов затрат — трудовых, материальных, финансовых, а также объективных критериев и методик оценки конечных результатов медицинской деятельности на всех уровнях ее осуществления. Необходимым условием оценки должно быть сопоставление затрат на медицинские услуги, их эффективности и качества.

Сегодня вопросы оценки качества здравоохранительной деятельности как никогда ранее актуальны. Решение их невозможно без создания специальных стандартов, разработки соответствующих методик с определением конкретных групп показателей для различных подразделений и клинико-диагностических групп болезней [5].

В настоящее время нет единых подходов к оценке качества медицинской деятельности. Некоторые авторы считают, что к этой группе показателей относятся такие, как средняя длительность лечения в стационаре, средняя продолжительность пребывания на больничном листке, летальность и т. п. Для этой цели используются заключения заведующих отделениями, начмедов по результатам обходов и консультаций, материалы различных конференций и др. В практику работы органов здравоохранения, медицинских учреждений вошел метод экспертных оценок деятельности в целом, отдельных мероприятий или процессов (медицинского осмотра, диспансеризации отдельных групп больных, работы стационарного отделения и т. п.). Однако в этом случае отсутствует четкое выделение показателей качества, к ним часто относят показатели эффективности, иногда организации лечебно-диагностического процесса, нет унифицированных программ, дифференциации показателей, критериев оценки, что обуславливает субъективизм в оценке того или иного раздела работы.

Установление норм и стандартов оценки качества медицинской деятельности возможно путем многокритериального анализа по определенным методам и правилам, с определением конкретных групп показателей для различных подразделений. Такой анализ можно провести по следующим направлениям: лечебная и профилактическая помощь; управление; обучение; научные исследования; комплексирование и сотрудничество; информация и просвещение.

Качественной считается медицинская помощь, которая отвечает существующим требованиям и основывается на знаниях и ресурсах, обеспечивающих ожидаемую пользу и снижение риска для здоровья. Высшая степень профессионализма медперсонала, эффективность использования ресурсов также характеризуют качественную медицинскую помощь.

Приведенные выше компоненты достижимы и значимы только в тех случаях, если в отношении их существует информация, которую можно использовать в следующих аспектах оказания медицинской помощи, включая экономические, эпидемиологические условия; управление; кадры; оборудование;

информационные системы; диагностические, профилактические мероприятия и реабилитация [5].

Совершенно очевидно, что зависимость от целей оценки комплекс критериев, отражающих качественные характеристики изучаемых категорий, меняется. Задача «управляющих» тем или иным объектом или процессом состоит в том, чтобы скомпоновать в каждом конкретном случае такие группы критериев, которые бы характеризовали данный объект в его взаимосвязи с условиями функционирования. Например, качество труда врача-клинициста можно оценить с помощью показателей, отражающих качество диагностики, на основе степени расхождений между поликлиническими и клиническими диагнозами. При этом необходимо учитывать оснащенность и квалификацию вспомогательно-диагностической службы, стаж работы и квалификационную категорию специалиста и т. п.

При оценке результатов наблюдения тем же врачом группы больных с одинаковой патологией в ней может оказаться определенная доля излеченных, лиц с улучшением, а также больных с осложнениями и даже с летальным исходом. Анализируя такие данные, следует учитывать в каждой из этих групп возраст, наличие и характер сопутствующих заболеваний, тяжесть состояния к началу наблюдения, бывшие ранее осложнения основного заболевания и т. п. Нельзя игнорировать и такой факт: у высококвалифицированного врача результаты лечебно-диагностической деятельности могут оказаться хуже, чем у молодого специалиста. И здесь нет противоречий. Просто квалифицированный, с большим стажем работы врач курирует более тяжелых и сложных больных и т. п.

Если речь идет об оценке работы медицинского учреждения, его подразделения или какого-то процесса, подходы должны быть такими же. Так, нельзя по единому шаблону оценивать полноту обследования больного или группы больных с одинаковым заболеванием в сельской участковой больнице, ЦРБ (ЦГБ), специализированном отделении, областном (республиканском) специализированном центре. Оптимальный уровень обследования или лечения определяется местом учреждения в табели о рангах организации медицинской помощи, степени ее специализации и оснащенностью лечебно-диагностического процесса [5].

Следовательно, оценивая деятельность врача, отделения, медицинского учреждения, нельзя не учитывать ряд взаимосвязанных характеристик, определенных факторов, что может привести к ошибочным выводам, которые предопределяют неадекватные управленческие решения. Во всех случаях, определив критерии целевой оценки с учетом качественных характеристик определенного объекта (процесса), необходимо оценивать смежные аспекты проблемы, используя полученную информацию для системного анализа.

В связи с изложенным представляется важным акцентировать внимание на определении понятий качества и эффективности. Качество — наличие существенных признаков, особенностей, свойств,

которые отличают один предмет или явление от других, то или другое свойство, степень пригодности. Эффективность — результат воздействия каких-либо причин, мероприятий, способов, приемов, приспособлений, который приводит к достижению цели при наименьших затратах усилий и средств.

Характеристика медицинской деятельности как качественной категории возможна путем накопления информации, как правило, относительно большого числа наблюдений в рамках массовых исследований. При этом возникает необходимость количественных методов оценки качества, в данном случае, медицинской деятельности. Непосредственным инструментом получения показателей для этого служит статистический аппарат.

Понятия качества и эффективности медицинской помощи взаимосвязаны. Но если качество представляет один из факторов, обуславливающих эффективность, то эффективность характеризует степень достижения конкретных целей, конечных результатов при использовании определенных возможностей.

Касаясь вопроса об эффективности здравоохранительной деятельности, нужно отметить, что она может иметь непосредственные, промежуточные показатели и отсроченные конечные критерии.

В первом случае в качестве показателей эффективности используются данные об исходах изменений состояния здоровья разных контингентов. По отношению к здоровым лицам групп риска — это сведения о проценте оставшихся в данной группе, для переболевших острыми заболеваниями — доля выздоровевших, для контингентов хронических больных — уменьшение частоты осложнений, случаев перехода на инвалидность, летальных исходов и т. п.

Отсроченными критериями эффективности медицинской помощи являются показатели популяционного здоровья: рождаемость, смертность, распространенность патологии. Часто последние критерии относят к показателям качества медицинской помощи населению всего региона или отдельных его групп. Но здесь следует иметь в виду, что медицинская помощь — только один из многих и не самый интенсивный фактор, влияющий на формирование показателей здоровья, что и определяет место таких критериев в оценке медицинской деятельности. Известно, что на уровень и характер показателей состояния здоровья населения влияют экономические, социальные, физические, климатические, биологические и, в меньшей степени, медицинские факторы. Именно поэтому указанные показатели не могут быть измерителями качества медицинской помощи.

Рассматривая квалиметрическую характеристику широко употребляемого в настоящее время понятия «качество жизни», которое определяется как система взаимосвязанных факторов биологического, социокультурного, интеллектуального, экологического характера, можно уверенно сказать, что показатели здоровья представляют собой важную группу измерителей качества жизни. Вместе

с тем показатели здоровья населения, несомненно, являются отсроченными составляющими конечных результатов медицинской деятельности. Следовательно, речь может идти о том, что комплекс таких показателей в определенной мере позволяет судить об эффективности работы всей системы охраны здоровья, включая медицинскую помощь [2, 5].

Качество медицинской помощи измеряется степенью соответствия фактически проведенных мероприятий профессиональной технологии, принятой за стандарт, выполнение которого обязательно. В этой связи возникает необходимость в создании стандартов качества медицинской деятельности, представляющих собой стандартные наборы необходимых объемов диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий (манипуляций, процедур), клинических и параклинических показателей, к достижению которых следует стремиться при завершении оказания помощи. Для конкретных нозологий или их групп это может быть снятие болевого синдрома, стойкая нормализация или улучшение показателей гомеостаза — морфологических, биохимических, цитологических, бактериологических и т. п.

Вопрос о принципах и методике разработки стандартов может быть предметом отдельного сообщения. Нельзя, однако, не отметить, что стандарты позволяют оценивать выполнение медицинских технологий и тем самым — квалификацию медицинского персонала, выявлять дефекты в работе, разрабатывать меры по их устранению, они несут дидактические функции по отношению к медицинским работникам. В зависимости от целей использования возможно иметь набор профессиональных стандартов, позволяющих оценивать не только клинико-диагностический раздел работы медицинского учреждения, но и все другие разделы, обеспечивающие полный цикл его деятельности. Большую ценность в современных условиях представляют стандарты, в которых критерии медицинской деятельности совмещены со стоимостными показателями. Особое значение это приобретает в условиях реформирования здравоохранения, когда сопоставление всех видов затрат на медицинскую помощь с ее эффективностью стимулирует поиск новых, наиболее эффективных технологий. В свою очередь это способствует оптимизации управления, позволяя руководителю, в зависимости от материально-технической и кадровой обеспеченности, изменять задачи и конечные результаты работы лечебно-профилактического учреждения, его подразделения, даже отдельных специалистов, при условии, что качество и эффективность их работы должны быть неизменно высокими.

Естественно, в нынешних условиях, при достаточно ограниченных возможностях реализации необходимых затрат на медицинскую помощь, нарушаются соотношения между ее качеством и эффективностью. Даже при использовании оптимальных технологий на практике не всегда удается сбалансировать факторы, поддерживающие такое равновесие. Поэтому не всегда правомерно оценивать полное

выполнение того или иного стандарта, тогда критерием качества может служить конечный результат.

Для объективного анализа работы медицинских учреждений важно избегать традиционного подхода к ее оценке, основанной на данных о заболеваемости. Организационные и медицинские меры, направленные только на болезнь, заведомо запаздывают и в принципе не могут быть успешными, так как не реализуется их важнейшая функция упреждающего профилактического обеспечения. Фактически надзор за заболеваемостью направлен не на причину, а на следствие.

Такой анализ заболеваемости по сути всего лишь улучшает статистику и на сегодняшний день девальвирован. Поэтому следует пересмотреть стратегию профилактики, внедрить плановый подход к решению проблем здоровья граждан, который предполагает выявление факторов риска и проведение комплекса мероприятий, направленных на снижение порога высокого риска, а также учет дополнительных факторов риска заболеваемости. Преимущество следует отдавать лечебно-профилактическим мероприятиям по устранению факторов риска, предопределяющих возникновение и распространение заболеваний, особенно на фоне патологических процессов, возникающих в организме при инфекциях, аллергических состояниях, сосудистых нарушениях.

Концепция факторов риска, на базе которой строится профилактика, научно обоснована, экономически более эффективна, позволяет учитывать комплекс социально-гигиенических, этических проблем, и, что особенно важно, может быть основанием для достижения нового уровня здоровья и качества жизни людей.

Серьезным барьером в улучшении качества и эффективности медицинской помощи является то, что реформа в здравоохранении не затронула громоздкую, многоступенчатую структуру управления. В нашей управленческой среде продолжают доминировать старые привычки и взгляды, которые сформировались и закрепились за долгие годы функционирования командно-распределительной системы. Руководители высшего звена далеко не всегда готовы выслушать друг друга, работать со специалистами из других областей, они не понимают и не считаются с чужим мнением. А ведь медицина и система здравоохранения современного образца требует именно мультидисциплинарного подхода. И пока руководители медицинских учреждений всех рангов не научатся слышать другого специалиста и уважать его мнение, мало что может измениться в сфере здравоохранения вообще и в качестве и эффективности оказания медицинской помощи населению в частности.

Евроремонт в конкретном отделении, наличие дорогостоящего оборудования, качественные лекарственные препараты, под чем зачастую подразумевают качество медицинского обслуживания — это далеко не главное. Важный шаг в успешной и качественной работе в здравоохранении — изменение системы управления [4].



Однако сегодня с управлением в сфере здравоохранения дела обстоят не лучшим образом. Остро ощущается потребность в квалифицированных управленческих кадрах. Отсутствуют эффективные схемы управления. Между тем руководителю, работающему в сфере здравоохранения, независимо от его уровня, необходимо владеть современными технологиями эффективного менеджмента. Отсюда следует, что надо готовить квалифицированные управленческие кадры нового поколения, с новым мышлением, открытыми для новых знаний, способных адекватно воспринимать и управлять информационными потоками и принимать содержательные управленческие решения по проблемам качества и эффективности оказания медицинской помощи.

Здоровье и человеческая жизнь в демократическом обществе охраняются и обеспечиваются законом. Поэтому следование закону — первое необходимое условие реализации современной модели оказания медицинской помощи населению. Это побуждает к законодательному обеспечению реформ в здравоохранении и прежде всего — к принятию законов: о государственной и частной собственности, о практике в системе медицинской помощи; о механизмах управления здравоохранением; о деятельности больниц и о правах пациентов.

Сейчас нам необходимо учиться уважать закон, ценить то, что истинно, справедливо и честно. Сегодня как никогда важно осознать наши нравственные обязанности, ценить и преумножать то, что создавалось веками, стремиться обеспечить собственную жизнь и благополучие других.

Общий круг внимания к медицине и, в частности, к здравоохранению необычайно широк и универсален, включает успехи молекулярной биологии, генетики, психологии, этики, социологии и экономики. В этой связи возникает несколько очевидных проблем. Прежде всего, особую важность приобретает экологический фактор. Экологические проблемы, с которыми столкнулось человечество, вызывают коренные изменения не только в стратегиях социально-экономического развития, но и в мировоззрении людей, их нравственных и моральных приоритетах [2, 6].

Темпы современной жизни настоятельно требуют выяснения взаимосвязи и взаимозависимости между здоровьем, питанием и образованием, которые приобретают сейчас особое значение. Сегодняшняя экономическая ситуация обуславливает распределение основных ресурсов для реализации главных стра-

тегий развития медицины, достижения качественно нового уровня здоровья, разработки и применения конкретных мер, которые способствовали бы улучшению демографического положения в стране.

Поиск путей обеспечения высокой эффективности и рационального управления диктует необходимость уделять больше внимания региональным проблемам в сфере здравоохранения:

во-первых, должна быть выработана и проводиться продуманная и последовательная региональная политика, неотъемлемой частью которой является здравоохранение;

во-вторых, должен быть обеспечен хотя бы минимум финансовых, материально-технических возможностей для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;

в-третьих, каждая область Украины, как территориальный социально-экономический комплекс и региональный центр с научно обоснованной специализацией человеческой деятельности, должна стать и основой для комплексного развития здравоохранения отдельного региона.

Важными предпосылками формирования качественной и эффективной медицины являются: реальные врачебные вмешательства при определенных заболеваниях; разработка мероприятий по оценке риска неблагоприятных последствий для здоровья на уровне личности; четкие законодательные и управленческие решения по проведению комплекса организационных, санитарно-технических, технологических и медицинских мероприятий на основе оценки индивидуального риска для здоровья и управления ими.

Достижение благополучия людей, обеспечение их здоровья в широком смысле этого слова во многом зависит от человеческих качеств и способностей врача. Поэтому очень важно изучать личностные особенности людей, рядом с которыми мы живем и работаем, осмысливать их поведение и созидательную деятельность во взаимосвязи с природной средой, биотическим окружением. Необходимо более глубоко изучать биологические процессы и самого человека.

Реализация каждой крупномасштабной программы в сфере здравоохранения требует не только огромных интеллектуальных усилий, организационных мер, решения финансовых проблем, но и публичного обсуждения, что позволит создать оптимальное доминирующее положение медицинской науки и здравоохранения.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Мавров І. І.* Проблеми якості надання спеціалізованої медичної допомоги та кадрів у дерматовенерології // Журн. дерматології та венерології.— 1999.— № 1.— С. 80–86.
2. *Мавров І. І.* Человеческие качества и человеческие отношения.— Харьков: Прапор, 2005.— 464 с.
3. *Мавров І. І.* Проблеми управлінських кадрів у дерматології та венерології // Журн. дерматології та венерології.— 2000.— № 1.— С. 105–106.
4. *Григе М., Петренко О.* Наш продукт — руководитель с новым мышлением // Здоровье Украины.— 2005.— № 20.— С. 67.
5. *Гарина М. Г.* Концептуальные подходы к оценке качества медицинской деятельности // Журн. дерматологии и венерологии.— 1988.— № 2.— С. 8–11.
6. *First CAMJSE Workshop: Working Material.*— Madrid, 1994.— P. 74–95.

Поступила 23.12.2005