

Качественные и
количественные данные для
осуществления контроля в
медицинской организации

Танирбергенова А.А.

- Понятие «качество», как и многие другие, пришли в здравоохранение из сферы промышленного производства. В 50-е годы 20 века по мере появления все новых технологий диагностики, профилактики и лечения медицинское обслуживание с экономической точки зрения шаг за шагом стало приобретать черты производства медицинских услуг.

- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает следующую формулировку понятия качества медицинской помощи:
- «...каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий диагноз, реакции на выбранное лечение и др. При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства, риск должен быть минимальным, пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи, максимальными должны быть и взаимодействия пациента с системой медицинской помощи, а также полученные результаты».

Каким образом в медицинской практике можно измерить, насколько полно и правильно оказана медицинская помощь?



- Этот вопрос актуален как для оценки работы отрасли в целом, так и для анализа деятельности отдельных лечебных учреждений и врачей.
- Речь идет именно об измерении, т.е. о получении объективных количественных данных о выполнении технологии.
- Такая информация необходима для дальнейшего развития производства, которым сегодня является клиническая медицина, а также для внедрения дифференцированной оплаты труда в зависимости от качества работы.



Предложено несколько **критериев** оценки качества медицинского обслуживания. Региональное бюро ВОЗ для Европы предложило следующие критерии.

- **Эффективность** - соотношение между фактическим действием службы и максимальным воздействием, которое эта служба или программа может оказать в идеальных условиях.
- **Экономичность** - соотношение между фактическим воздействием службы или программы и ее стоимостью.
- **Адекватность** - соответствие фактического обслуживания его целям и методам реализации.
- **Научно-технический уровень** - применение имеющихся медицинских знаний и техники при оказании медицинской помощи.
- В условиях переходного периода рекомендуется использовать и такие компоненты качества, как своевременность, доступность - достаточность, репрезентативность критериев качества.
- **Своевременность** определяется как соотношение между временем получения адекватной помощи от момента возникновения потребности и минимальным временем, которое понадобилось бы службе здравоохранения для оказания такой помощи в идеальных условиях.
- **Доступность** - соотношение между числом пациентов, своевременно получающих адекватную помощь, и общим числом нуждающихся.
- **Достаточность** - минимальный набор лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для оказания адекватного объема медицинской помощи и наибольшей ее эффективности.

Количественные данные:

Для результатов, допускающих количественное измерение, используют *количественные данные (процентах, часах)*.

Значения таких показателей выражаются в виде некоторого действительного числа, имеющего определенный физический или экономический смысл.

К ним относятся все финансовые показатели (выручка, чистая прибыль, постоянные и переменные издержки, показатели рентабельности, оборачиваемости, ликвидности, производительность труда, производственный цикл, текучесть персонала, количество сотрудников, прошедших обучение, и др.).

Качественные данные:

Качественные показатели измеряют с помощью экспертных оценок, т.е. субъективно, путем наблюдения за процессом и результатами работы. К ним, например, относятся такие показатели, индекс удовлетворенности пациентов, индекс удовлетворенности персонала, соблюдение стандартов и регламентов. Качественные показатели, как правило, являются опережающими, так как влияют на конечные результаты работы организации и «предупреждают» о возможных отклонениях количественных показателей.

Контроль качественных показателей приводит к улучшению количественных показателей. Качественные показатели – это причина. Количественные показатели – следствие. Если мы хотим получить желаемое следствие, необходимо контролировать и измерять его причину. В этом смысл качественных показателей.

***Критерии качества медицинской помощи.
Конечный результат деятельности в здравоохранении и
факторы, на него влияющие***

I. Субъективный критерий - удовлетворенность медицинской помощью:

- населения;
- медицинских работников;
- руководства медицинских учреждений.

II. Объективный критерий - показатели здоровья человека (населения).

III. Объективный критерий - качество медицинской помощи:

- своевременность;
- квалификация персонала;
- экономическая эффективность;
- деонтологические критерии.

IV. Факторы, влияющие на качество медицинской помощи:

- общеэкономические и качества состояния медицинского учреждения;
- зависящие от врача, медицинского персонала;
- зависящие от больного, условий и образа его жизни.

I. Удовлетворенность медицинской помощью

1. Удовлетворенность пациента (населения) медицинской помощью:
— отсутствие жалоб;
— данные социологического опроса

2. Удовлетворенность врача (коллектива работников медицинской учреждения) своей работой

3. Удовлетворенность руководства (главного врача, органов здравоохранения и др.)

II. Объективный критерий — здоровье

1. Одного пациента:
— состояние здоровья, группа здоровья;
— исход заболевания (выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть)

2. Группы пациентов:
— демографические показатели (рождаемость, смертность, детская смертность и т.д.);
— распределение по группам здоровья;
— заболеваемость, травматизм;
— интенсивные показатели исходов заболеваний;
— инвалидность

III. Объективный критерий — качество медицинской помощи

1. Своевременность:
— обращения;
— доставки;
— обследования;
— консультации специалистов;
— установления диагноза;
— назначения лечения;
— проведения лечения;
— взятия под диспансерное наблюдение

2. Квалификация:
— полнота обследования;
— правильность установленного диагноза;
— правильность и полнота назначенного лечения;
— правильность и полнота проведенного лечения;
— ритмичность и систематичность диспансеризации;
— правильность врачебно-трудовой экспертизы;
— продолжительность лечения и временной нетрудоспособности

3. Эффективность экономическая:
— фактическая стоимость медицинской помощи;
— соотношение фактической стоимости и стандартной (идеальной);
— разница между затратами на медицинскую помощь и выгодой от снижения заболеваемости или ее предотвращения

4. Деонтологические критерии:
— жалобы и критические замечания в адрес врача и других медицинских работников;
— отношение пациента к врачу (уважение, признание его авторитета, стремление попасть к нему на прием);
— отношение пациента к себе и своему здоровью (дисциплинированность, вредные привычки, занятия спортом и т.д.);
— отношение врача к пациенту, оценка личности пациента;
— отношение врача к родственникам пациента (доверие, взаимопонимание и др.)

Осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг в организациях, оказывающих стационарную помощь

При осуществлении контроля за качеством в организациях, оказывающих стационарную помощь, экспертизе подвергаются медицинские карты стационарных больных.

Количество медицинских карт, подлежащих экспертизе и обеспечивающих статистическую достоверность данных, определяется государственным органом.

Экспертизе в стационаре подлежат все случаи:

- 1) летальных исходов;
- 2) внутрибольничных инфекций;
- 3) осложнений, в том числе послеоперационных;
- 4) повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;
- 5) первичного выхода на инвалидность.

Осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь

На амбулаторном уровне экспертизе подлежат медицинские карты амбулаторных больных за отчетный период. Количество медицинских карт, подлежащих экспертизе и обеспечивающих статистическую достоверность данных, определяется государственным органом.

Экспертизе качества подлежат все случаи:

- 1) смерти на дому;
- 2) первичного выхода на инвалидность по заболеваниям, подлежащим мониторингу;
- 3) наблюдений за гражданами после выписки из стационара по заболеваниям, подлежащим мониторингу;
- 4) выявления запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза;
- 5) осложнений течения беременности;
- 6) медицинские карты амбулаторных больных - детей до 5-летнего возраста, отобранные выборочным методом для проверки схем диспансерного наблюдения и вакцинации.

Коэффициент (показатель) медицинской эффективности:

$$K_m = \frac{\text{Число случаев достигнутых медицинских результатов}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

Коэффициент (показатель) социальной эффективности:

$$K_c = \frac{\text{Число случаев удовлетворенности потребителя}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

Коэффициент (показатель) экономической эффективности
(или затрат):

$$K_z = \frac{\text{Нормативные затраты}}{\text{Фактически произведенные затраты на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

Использованные литературы

- [Правила осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг в Республике Казахстан](#) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2004 года N 898.
- Руководство по созданию и использованию индикаторов качества АПМ. 2004.
- MarkMcClennan и др.авторы
- http://vmede.org/sait/?page=11&id=Obsshesyvennoe_3d_lisitsin_2010&menu=Obsshesyvennoe_3d_lisitsin_2010
- **Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2010. - 512 с. РАЗДЕЛ 10. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**