

ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП СИСТЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДИРЕКТОР
ФГУП ЦНИИ ОРГАНИЗАЦИИ
И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ
РАЗВИТИЮ МЗСР РФ
Юлия Васильевна
Михайлова



В современном мире в связи с быстрым развитием медицинской науки, международным декларированием прав человека, созданием различных общественных организаций социальной защиты граждан, ростом медицинской грамотности широких слоев населения здравоохранение воспринимается как одна из ряда сфер общественных услуг и подвергается общественному контролю. От качества услуг зависят характеристики уровня качества жизни как отдельных людей, так и общества в целом. Это положение в полной мере применимо к деятельности системы здравоохранения – как основного гаранта со стороны государства поддержания и укрепления общественного здоровья и, значит, экономической стабильности и обороноспособности государства.

В России общественные и государственные преобразования конца прошлого века сопровождались кризисными явлениями, последствия которых негативно отразились на одной из главных составляющих благополучия и качества жизни населения – его здоровье. В 1991 году показатель смертности населения начал резко возрастать, и после небольшого снижения в 1995–1998 годах, начиная с 1999 года, наблюдается вторая волна увеличения показателя смертности населения. Столь негативные тенденции основного показателя нездоровья населения, несомненно, определяются не только отрицательными внешними факторами, но и состоянием самой системы здравоохранения, которая слишком медленно модернизируется и не успева-

ет отвечать адекватно на изменения потребности населения в медицинской помощи. Кроме того, расходы на здравоохранение в России не превышают 3% от ВВП, что недостаточно для развития отрасли.

В сентябре 2005 года было принято решение о выполнении с начала 2006 года Национального проекта «Здоровье», в котором определен ряд приоритетных направлений, связанных с решением основных проблем системы здравоохранения. Это – повышение качества оказания первичной медицинской помощи, увеличение объемов высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи, создание во всех федеральных округах центров высоких медицинских технологий, оснащение лечебных учреждений современной аппаратурой, обновление парка санитарного автотранспорта. Кроме укрепления ресурсной базы, поставлена задача повысить эффективность использования ресурсов, что невозможно сделать без изменения алгоритмов деятельности, организации медицинской помощи на основе доказанно результативных клинических технологий.

Во всем мире, и Россия – не исключение, наблюдается рост числа неблагоприятных результатов оказания медицинской помощи. Это происходит под влиянием усложнения медицинских процедур и комплексности лечебного процесса, увеличения числа инвазивных процедур, увеличения распространенности резистентности патогенных микроорганизмов. Но также на такую ситуацию влияет и консерватизм профессиональной медицинской среды. В мире создается Всемирный альянс за безопасность пациентов, призванный объединить усилия для внедрения безопасных алгоритмов медицинской помощи в повседневную практику. В России День Альянса, прошедший в Москве в начале декабря 2005 года, показал большую заинтересованность и готовность внедрять доказательные инновации.

Таким образом, политическая воля высказана, цели по повышению качества, эффективности и безопасности деятельности системы здравоохранения определены, источники дополнительных ресурсов найдены.

Встают вопросы: какие изменения необходимо вносить в систему как методы и что может стать стимулом для менеджеров здравоохранения всех уровней управления по реализации изменений?

В годы кризисного преобразования общества применялись соответствующие методы управления. В последние годы стабилизация политической и экономической ситуации в России, отмеченная и обществом, и в официальных государственных документах, позволила от кризисного управления вернуться к стратегическому управлению. Но в новых условиях административно-командный механизм централизованного внедрения «сверху» новых эффективных клинических и организационных технологий был нарушен – действуют законы о местном самоуправлении и разграничении полномочий органов власти; система обязательного медицинского страхования привнесла рыночные отношения в систему государственного здравоохранения; развивается система частного здравоохранения; нарушена система комплексного народнохозяйственного планирования и соответствующий тотальный вертикальный контроль исполнения планов; ослаблены (прежде всего по экономическим причинам) сложившиеся связи центральных научных институтов с практическим здравоохранением.

И в то же время с развитием в системе здравоохранения рыночных механизмов регулирования именно повышение качества и эффективности медицинской помощи может служить базой повышения конкурентоспособности медицинских организаций и одним из путей решения проблемы низкой оплаты оказанной медицинской помощи как медицинским учреждениям в целом, так и каждому медицинскому работнику. Введение медицинского страхования высветило прямую связь гарантии качества медицинской помощи и поддержания медицинского учреждения на уровне современных требований к технологиям и ресурсам. Это относится и к обоснованию объемов финансирования и цен на услуги в зависимости от квалификации персонала и качества деятельности учреждения. После замены административно-командной системы управления нужно было построить механизм нахождения наилучшего баланса между возможными затратами на здравоохранение и получения наилучших результатов при выделенных ресурсах.

В связи с разработкой Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993 год) специалисты в области общественного здоровья и здравоохранения обсуждали проблему обеспечения качества и медицинской деонтологии. Если сохранить государственные гарантии бесплатной медицинской помощи, то как обеспечить высокое ее качество? Привычный механизм – контроль качества, он постоянно оставался в центре внимания, интерес к нему усилился при введении нового хозяйственного механизма в учреждениях здравоохранения и затем при переходе к медицинскому страхованию и введении вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Но только контролем и штрафными санкциями качество не повысишь. В связи с этим одним из главных звеньев реформы здравоохранения становится совершенствование эффективности функционирования системы, и тем самым – повышение уров-

ня качества предоставляемой медицинской помощи, ее экономичности, надежности во взаимоотношениях врача и больного. Тогда оплата и качество лечения будут соответствовать определенным требованиям, а название и статус учреждения – содержанию его работы. При этом можно использовать весь прошлый опыт оценки качества медицинской помощи с учетом новых принципов, а именно необходимо заранее оценить качество работы лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ); по возможности заранее определить стоимость лечения, отдать эти деньги медицинской организации и дать ей возможность эффективно их использовать: повысить качество работы для уменьшения затрат при тех же или улучшенных результатах и исходах лечения; помочь потребителю и представляющей его страховой компании в выборе эффективно действующего медицинского учреждения.

За рубежом, в условиях рынка, система медицинского страхования не в состоянии полностью сдерживать рост счетов на оплату новых и все более дорогих лечебных вмешательств и услуг; нередко цена услуг не вполне обоснованна и не полностью соответствует ожидаемому уровню качества медицинской помощи. Признается необходимость более детальной и доказательно обоснованной проработки стандартов медицинской помощи и их повсеместное признание, гибкость в их применении, чтобы оценка качества препятствовала росту необоснованных затрат на здравоохранение.

Начиная с 1995 года ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» разрабатывает современные, адекватные периоды кардинальных реформ методологические основы быстрых и масштабных системных усовершенствований медико-организационных технологий и соответствующей реорганизации ресурсов, которые могли бы быть использованы руководителями территориального здравоохранения для обеспечения медработникам возможности применения достижения современной медицинской науки в повседневной практике. Подобная методологическая и методическая база необходима, так как в конечном счете все управляющие системные воздействия фокусируются и реализуются собственно в момент оказания медицинской помощи медработником пациенту с использованием доказательной и эффективной технологии. Проблему реформирования системы здравоохранения для повышения качества и эффективности медицинской помощи возможно решать, задействовав одновременно все уровни управления здравоохранением с учетом комплексности и междисциплинарности связей в системе. Системным видением и инструментами системного анализа и системных изменений должны владеть все работники системы, в том числе и руководители всех уровней. Совместить системный подход к изменениям в здравоохранении с методологическими основами социального управления, включающими и методологию обеспечения качества, и методы развития кадрового потенциала, – потребность настоящего момента.

В эксперименте, начатом в 1998 году в двух областях – Тульской и Тверской – и расширенном в 2002 году до 24 субъектов Федерации, применялась и на практике развивалась и усовершенствовалась методология сис-



темного совершенствования организации медицинской помощи, базирующаяся на методологии обеспечения качества медицинской помощи. Методология системного совершенствования также включает формализацию разработанных усовершенствований в виде клинико-организационных руководств, метод разработки индикаторов для мониторинга и оценки результатов изменений, создание объединенных межтерриториальных рабочих групп и разработку их информационного обеспечения на основе интернет-технологий. Результативность методологии была подтверждена положительной динамикой индикаторов качества, эффективность – сравнением отношения затрат и результатов оказания медицинской помощи до изменений и после.

Использовались следующие технологические шаги улучшения системы оказания медицинской помощи:

- выбор проблемы по неудовлетворительным результатам оказанной медицинской помощи;
- анализ системы и процессов, которые определили неудовлетворительный результат; определение причин в системе, по которым полученные результаты отличаются от ожиданий потребителей системы;
- разработка гипотез об изменениях, которые могут привести к улучшению качества;
- проверка в эксперименте выдвинутых гипотез, мониторинг индикаторов и анализ результатов эксперимента. Внедрение изменений, если они показали улучшение результата; иначе – новые гипотезы и их проверка;
- ответственность и полномочия по реорганизации клинических и организационных технологий переносятся с центральных органов управления и научных институтов на уровень субъекта Федерации. И на этом уровне работа поручается руководителям и медицинским работникам, задействованным во всех этапах совершенствуемого процесса оказания медицинской помощи, начиная с фельдшерско-акушерских пунктов и до областных ЛПУ.

Необходимым условием использования предложенной методологии является понимание, поддержка и использование руководством лечебно-профилактических учреждений, района, города, субъекта Федерации методологии обеспечения качества медицинской помощи и наделение полномочиями специально созданной рабочей группы усовершенствовать медико-организационные технологии. Материально-техническое обеспечение этой деятельности минимально: элементарные условия для работы рабочей группы, как технические, так и правовые; отсутствие негативной реакции у непосредственных руководителей членов рабочей группы на их занятость этой работой. Также для рабочей группы необходим доступ к медико-статистической информации и источникам современной медицинской доказательной информации.

Разработанная методология совершенствования медицинской помощи была применена для объединения усилий 24 субъектов РФ, которые выразили согласие участвовать в разработке улучшений и клинико-организационных руководств.

После вовлечения в работу большого числа регионов и рабочих групп возникла потребность создания принципиально нового средства коммуникации между Центром по обеспечению качества и территориями с использованием новейших информационных технологий. Для полноценного обмена информацией между Центром и регионами с возможностью оперативного двустороннего реагирования, для распространения информации об улучшении медицинской помощи было создано интернет-приложение – web-коммуникатор участников проекта «Улучшение медицинской помощи» – <http://healthportal.mednet.ru/>.

Представители рабочих групп из 24 субъектов РФ выбрали приоритетные для них клинические направления: гипертоническая болезнь, респираторный дистресс-синдром у новорожденных, гипертония, вызванная беременностью, профилактика осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, ведение преждевременных родов, анемия беременных, грудное вскармливание, неонатальные желтухи, амбулаторное наблюдение за здоровым ребенком первого года жизни, неонатальный уход, бронхиальная астма, сочетание депрессий и сердечно-сосудистых заболеваний, хронические обструктивные заболевания легких, выявление в первичном звене здравоохранения социально значимых инфекций (туберкулез, ВИЧ/СПИД, гепатит, ЗППП). Клинические области были сгруппированы в 6 серий, работой каждой серии руководили директора серий, привлекались российские и зарубежные эксперты. Основную работу по улучшению качества медицинской помощи рабочие группы проводили у себя на территориях. В Центре было проведено по 4 семинара по каждой серии, директорами и руководителями проекта проводились выездные семинары на территории.

На основе анализа работы команд (рабочих групп), работающих над улучшением качества медицинской помощи с использованием методологии обеспечения качества, была построена модель их коммуникаций, спроектировано и создано адекватное современное программное средство для обеспечения их работы, что позволяет:

- сделать библиотеку документов и литературных источников (сейчас в библиотеке находится 171 документ);
- сделать доступными для всех участников работы материалы семинаров, проводимых в ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (на данный момент – 355 документов);
- вести базу данных по индикаторам результатов.

Web-коммуникатор состоит из открытой и закрытой частей, закрытая часть используется для обеспечения коммуникаций между участниками работы из различных субъектов Федерации, пока разрабатываемые документы еще не прошли проверку на практике. После этого финальные документы переносятся в общую, открытую для всех, часть библиотеки.

Для каждой клинической области были определены списки абсолютных и относительных показателей. Списки и значения абсолютных показателей, списки, формулы пересчета и значения относительных показате-



телей хранятся в таблицах базы данных. Введение раздела работы с индикаторами дает возможность отслеживать результаты работы рабочих групп из субъектов Федерации по улучшению качества медицинской помощи, анализировать эти результаты и делать выводы об эффективности проводимых группами изменений систем оказания медицинской помощи. Оттестированные и дающие положительный эффект изменения впоследствии обобщаются руководителями клинических направлений и используются в создаваемых клинико-организационных руководствах.

С момента начала работы экспериментальных лечебно-профилактических учреждений по новым медико-организационным технологиям начался мониторинг выбранных показателей. Динамика индикаторов улучшения качества подтвердила выдвинутые гипотезы о том, что разработанные изменения приведут к улучшению системы оказания медицинской помощи при артериальной гипертензии (АГ):

- число больных АГ, выявленных, получающих лечение и находящихся на динамическом наблюдении у врача, увеличилось в 7,6 раза;
- число случаев госпитализации по причине АГ среди наблюдаемых пациентов снизилось на 85%, а число случаев гипертонических кризов – на 60%;
- число пациентов с АГ, получающих лечение на первичном этапе оказания помощи, увеличилось в 2,9 раза;
- у 83% пациентов контролируется уровень кровяного давления;
- число случаев гипертонических кризов снизилось на 57%.

Затраты на стационарную помощь уменьшились на 41%, на поликлиническую возросли на 39%, но в целом при увеличении качества затраты на всю медицинскую помощь прикрепленному населению уменьшились на 23%.

Наш опыт опроверг используемое в литературе мнение о 12 минутах, имеющихся у врача на прием пациента. На самом деле их оказалось еще меньше. А введение нового руководства по АГ требует на прием больных АГ в сред-

нем на 2,3 минуты больше, чем для остальных пациентов, и, к сожалению, из этих 2,3 минуты почти 2 минуты уходит на заполнение контрольной карты больного АГ.

Как показал эксперимент, поликлиническая помощь эффективнее стационарной, но при условии усовершенствования системы ее оказания.

Проверенные в эксперименте изменения были формализованы в виде соответствующих клинико-организационных руководств – основы для повсеместного внедрения усовершенствований медицинской помощи в практику.

Таким образом, представленная методология позволяет улучшать качество медицинской помощи в выбранных клинических областях на уровне субъектов Федерации. Этот подход также возможно применять при объединении усилий нескольких регионов. Результаты экспериментов подтвердили правильность первоначальных гипотез и позволили сделать следующие выводы.

1. Принципы методологии обеспечения качества медицинской помощи (ОКМП) применимы и действенны в российских условиях.
2. Алгоритм действий по разработке усовершенствований соответствует технологии методологии ОКМП и состоит из этапов: определения проблемы, анализа существующей организации системы оказания медицинской помощи; разработки плана усовершенствований, проведения эксперимента, анализа его результатов и принятия решения о возможности широкого внедрения.
3. Информационное обеспечение работы составили: на уровне отдельных рабочих групп – индикаторы качества и система сбора соответствующих показателей; на уровне межрегиональных рабочих групп – специально разработанное интернет-приложение для обмена информацией и коммуникаций – web-коммуникатор. Этот инструмент в дальнейшем будет поддерживаться ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрави» для цели обеспечения работы объединенных рабочих групп над следующими приоритетными клиническими проблемами.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
А.В. Коротковой