

СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Луговкина Т.К., Тютикова Н.А.

ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»

Процесс интеграции всех элементов клинической практики, развитие процедуры внутреннего аудита и связей в системе и информационных технологий являются необходимыми шагами на пути к улучшению клинических результатов и экономии ресурсов. Комитет по управлению качеством медицинской помощи играет центральную роль в управлении клинической практикой в лечебном учреждении.

Ключевые слова: системная интеграция, качество медицинской помощи.

System integration in governing of the medical care quality

Lugovkina T., Tyuticova N.

Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

Integrating process in Clinical Practice for the aim of improving the Medical Care Quality, development of the Internal Clinical Audit and Information Technologies for intra-system communications are the necessary steps on the way for better clinical results and saving resources. The Committee of the Medical Care Quality plays the central role in the Clinical Governance at the hospital.

Keywords: system integration, medical care quality.

Управление качеством медицинской помощи (КМП) в лечебно-профилактической организации (ЛПО) предполагает наличие системно организованной клинической практики.

Системно организованная клиническая практика – это модель оказания медицинской помощи пациентам, в которой имеются:

- управляющий субъект системы (Комитет или Комиссия по качественной клинической практике),
- объект управления (определенный уровень качества клинической практики, представленный набором ис-

ходных показателей и целевых критериев качества)

- предметы управления (содержание формуляров, протоколов, процессов и условий выполнения медицинских услуг),
- структура, связи и ресурсы системы, адекватные уровню сложности системы,
- эффективно работающие каналы обратной связи (для сбора и анализа информации о клинических событиях).

КМП – категория комплексная (рис. 1). Управление такой сложной системой в ЛПО должно осуществляться Комите-

том или Комиссией по КМП (управляющий субъект системы). В состав Комитета, кроме администрации (заместителя по лечебной работе, заместителей по профильным клиническим службам, службе лекарственной помощи, главной медицинской сестры, эпидемиологов, юридическим, ресурсным и планово-экономическим отделами), должны входить представители страховых медицинских организаций (СМО), взаимодействующих с ЛПО, а также представители ассоциации пациентов.

В отличие от Врачебной комиссии (ВК), Комиссия по КМП уполномочена решать задачи согласования критериев КМП между ЛПО и СМО. Критерии КМП в ЛПО – это статистические показатели результативности и характеристики комплексной безопасности оказания медицинской помощи в условиях согласованного со СМО клинико-экономического баланса.

Процесс оказания медицинской помощи складывается из ряда последовательных этапов, в которых участвует

персонал из разных структурных подразделений (приемное отделение, профильное отделение, лаборатории и т.д.). В системе КМП для каждого этапа должны быть определены: объем оказания медицинской помощи, порядок выполнения действий и режим мониторинга за состоянием пациента в зависимости от степени тяжести его клинического состояния. Основной характеристикой любого процесса является его результат (качество медицинской услуги). Процессы реализуются в соответствии с методологией "PDCA", которая отражает требования международного стандарта ИСО 9001:2000: P (plan) – планировать, D (do) – выполнять, C (check) – проверять, A (act) – реагировать. Идеи, заложенные в стандарт ИСО 9001:2000, очень привлекательны и актуальны: это - системный подход, ориентация на клиента (в нашем случае - пациента), представление о деятельности организации, как о совокупности бизнес-процессов, акцент на качестве процессов.



Рис. 1 Организационная схема системы качественной медицинской помощи в ЛПО

Следование принципам и требованиям ИСО 9001 очень полезно, особенно на этапе наведения порядка в системе, стабилизации бизнес-процессов, перевода их в управляемое состояние. Это – эффективный инструмент, необходимый для создания любой системы качества, в том числе системы КМП. Разработка и внедрение таких документов (протоколов оказания медицинской помощи) в ЛПО – процесс долговременный, требующий интеллектуальных, организационных и финансовых затрат.

Условия оказания медицинской помощи на каждом этапе отражают необходимое оснащение, требования к профессиональной подготовке участников процесса оказания медицинской помощи, исходный уровень риска неблагоприятного исхода клинического случая (в соответствии со степенью тяжести

клинического состояния пациента на момент начала оказания медицинской помощи), характеристики инфекционной безопасности среды оказания медицинской помощи, интенсивность потока пациентов на конкретном этапе, кадровое обеспечение, материальное стимулирование. Любой стандарт и протокол должен быть адаптирован к конкретным условиям среды функционирования (уровню организационной культуры, ресурсного потенциала, степени развития информационных связей элементов среды – медицинской организации).

Содержание образца качественной медицинской помощи при конкретной клинической ситуации представляет собой перечни необходимых:

- условий оказания медицинской помощи при соответствующей клинической ситуации на конкретном этапе,
- диагностических процедур, манипуляций,
- альтернативных медицинских технологий (методов, способов, приёмов) с доказанной эффективностью и безопасностью для применения в условиях конкретной клинической ситуации,
- лекарственных препаратов,
- правил принятия решений при выборе альтернатив с учетом клинических результатов и фармакоэкономических прогнозов,
- показателей результативности КМП при конкретной клинической ситуации в вероятностном выражении.

Экспертиза и оценивание качества фактически выполненной работы (оказанной медицинской помощи), а также формирование рекламаций представителями СМО должны основываться на контроле достижения согласованных в договоре критериев КМП для данной ЛПО:

1. Своевременности оказания медицинской помощи (критерии устанавливаются для каждого этапа и вида медицинской помощи).
2. Доступности диагностических процедур (критерии обоснованности назначения или отказа от выполнения

процедуры, своевременность их выполнения).

3. Доступности лекарственной помощи (критерии обоснованности назначения и своевременности введения лекарственных препаратов).

4. Инфекционной безопасности (критерии качества инфекционного контроля в ЛПО).

5. Летальности (критерии по нозологиям для популяции за определённый период).

6. Комплаентности исполнения согласованных протоколов (ИСП – индекс соответствия протоколу за определённый период).

7. Показателей (%) обоснованных жалоб пациентов или их родственников за определённый период.

Критерии для оценки КМП при проведении внешней экспертизы или внутреннего клинического аудита в ЛПО включают наличие:

- 1) паспорта ЛПО (с отражением среднестатистических показателей летальности, продолжительности пребывания пациентов в стационаре по конкретным нозологиям и доли затрат на лекарственные препараты от общей сметы ЛПО);
- 2) документации по качеству организации работы с лекарственными препаратами:

- формуляров лекарственных препаратов в клинических отделениях;
 - журнал регистрации процедуры согласования при назначении антибиотиков «резерва» и «неформулярных» лекарственных препаратов (система ВК);
 - журналов регистрации «Информированного согласия пациентов или их родственников при назначении лекарственных препаратов "off label"»;
 - журналов регистрации нежелательных реакций на лекарственные препараты в ЛПО (система извещений, хранение данных, анализ данных, доведение информации до сведения медицинского персонала);
- 3) экологического паспорта в ЛПО – по отделениям реанимации и интенсивной терапии, в оперблоках, приёмном отделении, хирургических отделениях, процедурных, перевязочных, манипуляционных кабинетах и т.д. с отражением уровня (%) высевов экологически значимой микробной флоры из биологических образцов пациентов и уровня (%) антибиотикорезистентности госпитальной флоры;
- 4) базы данных по жалобам пациентов и их родственников, доля (%) жалоб от числа пролеченных пациентов, результативность принятых мер и др.;

В настоящее время процедура вневедомственной экспертизы КМП проводится представителями СМО по законченному случаю на основе истории болезни пациента. Принимая во внимание, что образцы качественной клинической практики и согласованные правила принятия решений при конкретных клинических ситуациях в процессе оказания медицинской помощи в большинстве ЛПО отсутствуют, то оценка качества принятых решений производится экспертом, чаще всего, на основе его личного опыта. Это приводит к межведомственным спорам и в результате, как правило, к снижению оплаты по страховому случаю, (т.е. к формированию возвратного финансового потока). Другое направление формирования возвратных финансовых потоков из ЛПО, по результатам экспертизы СМО, – это дефекты ведения медицинской документации. Эксперты СМО прикладывают максимум усилий к тому, чтобы сохранить финансовый баланс Территориальной программы государственных гарантий, и доводят процедуру выявления таких дефектов ведения документации до категории «казусов». Например: «раздел анамнеза в истории болезни не подчеркнут красным карандашом» (цитата из протокола эксперта).

С позиции системного анализа, сложившиеся отношения между СМО и ЛПО свидетельствуют о том, что:

1) целеполагание системы медицинского страхования сегодня в большей степени ориентировано на формирование возвратного финансового потока для поддержания экономического равновесия Территориальной программы государственных гарантий, а не на качество оказания медицинской помощи конкретному пациенту;

2) деятельность СМО сегодня не оказывает существенного влияния на КМП пациенту (не имеет потенциала, развивающего качество клинической практики), т.е. не обладает важным системообразующим признаком.

Совокупность других структурных элементов, наделённых правом проведения контроля КМП в ЛПО: Минздравсоцразвития РФ, субъектов РФ, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, Комитет по защите прав потребителей, профессиональные медицинские ассоциации, органы местного управления здравоохранением, администрация ЛПО и т.д., имея общую цель (качество медицинской помощи пациенту), сегодня так же не обладает принципиальными системообразующими признаками, такими, как:

1) общая граница функционирования этих структурных элементов на пути достижения общей цели - КМП;

2) единый управляющий субъект системы КМП;

3) гармонизированные и активно функционирующие связи между указанными структурными элементами;

4) согласованные критерии качества для всех уровней, этапов контроля КМП, конкретных ЛПО и клинических ситуаций.

Процедуры контроля КМП в ЛПО проводятся регулярно представителями всех контролирующих органов. Каждый клинический случай подвергается внутреннему контролю, состоящему из трех уровней. Выборочная внешняя экспертиза проводится в регулярном режиме еще по трём уровням. Однако, необходимо помнить о том, что контроль - это лишь один из инструментов, задачами которого является функция обратной связи. Для перевода КМП в статус системного объекта и в статистически управляемое состояние необходимо участие всех элементов, от которых зависит должный уровень КМП: Минздравсоцразвития РФ, субъектов РФ, органы местного управления здравоохранением, администрация ЛПО, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, Федеральный и Территориальные фонды

обязательного медицинского страхования, Комитет по защите прав потребителей, профессиональные медицинские ассоциации – т.е. должна быть реализована проблемно ориентированная модель системной интеграции. Отсутствие функциональной интеграции этих элементов свидетельствуют о том, что КМП, как системный объект, сегодня полностью не сформирована в большинстве ЛПО на территории Российской Федерации.

Результат работы сформированной системы КМП зависит от большого количества факторов, как модифицируемых, так и «не модифицируемых» силами персонала ЛПО:

1. Модифицируемые персоналом факторы:

- уровень профессиональной культуры, дисциплины сотрудников,
- эффективность самоконтроля при оказании медицинской помощи, исполнении стандартов и протоколов принятия решений (процессов, технологий).

Т.е., модифицируемые персоналом факторы относятся к разряду профессиональных знаний, навыков и отношений.

2. Модифицируемые администрацией ЛПО факторы:

- организация работы персонала в ЛПО (организационная структура, ме-

неджмент, развитие связей, создание условий для непрерывного образования персонала, информатизация и внедрение электронной истории болезни, организация электронных баз данных),

- мотивирование,
- материальное стимулирование персонала к добросовестному выполнению профессиональных обязанностей,
- ресурсное обеспечение, материально-техническое оснащение,
- качество организации инфекционного контроля,
- доступность и минимизация рисков при применении лекарственных препаратов,
- развитие внутреннего клинического аудита.

Модифицируемые администрацией ЛПО факторы многочисленны и разнообразны. Это означает, что уровень КМП в огромной степени определяется профессионализмом менеджеров клинической практики (заместителей главного врача по профильным службам, лечебной работе, лекарственной помощи, сестринскому делу, информационным технологиям).

2. «Не модифицируемые» персоналом и администрацией ЛПО факторы:

- уровень толерантности клинической практики и финансирования медицинской составляющей в рамках Терри-

ториальных программ государственных гарантий,

- отсутствие гибких и оперативных механизмов лекарственного обеспечения в условиях неадекватного запросам клинической практики финансирования (корректное планирование закупок лекарственных препаратов возможно только в условиях адекватного финансирования!);
- отсутствие регламентированных механизмов внесения изменений в протоколы качественной клинической практики и согласования скорректированных критериев КМП между ЛПО и СМО.

Вневедомственная медицинская экспертиза СМО, внешний ведомственный и внутренний клинический аудит в ЛПО – это взаимодополняющие потоки информации, которые призваны обеспечивать обратную связь в системе КМП. Анализ полученной информации – источник накопления потенциала для развития и совершенствования системы КМП при координирующей роли Комиссии по КМП.

Термин «клинический аудит» пришел в медицину из словаря финансистов. Этимологически слово «аудит» происходит от лат. audio — «слышу». Потребность в аудите возникла одновременно с зарождением и развитием то-

варообменных и денежных отношений в обществе. Наиболее древние свидетельства проведения аудита относятся к Китаю около 700 г. до н. э. В Средние века в европейских торговых городах аудиторы проверяли бухгалтерские книги купцов и свидетельствовали их достоверность. В XIX веке основными заказчиками аудита стали, помимо кредиторов, собственники компаний. По мере роста государственного вмешательства в экономику и усложнения системы налогообложения, компании стали испытывать необходимость в независимых специалистах, которые могли проверить бухгалтерскую и налоговую отчетность фирмы с целью выявления ошибок и искажений отчетности для предотвращения санкций со стороны государственных органов. Научно-технический прогресс, современные технологии по управлению предприятием, автоматизация учёта, внедрение систем контроля качества способствовали расширению функций аудиторских компаний. Кроме процедуры экспертизы, появился «превентивный» аудит, направленный на выявление недочетов в работе и причин их возникновения.

В системе качественной клинической практики термин «клинический аудит» не имеет отношения к бухгалтерской отчетности. Это - исследование, прово-

димое с целью проверки организации и процессов оказания медицинской помощи, анализ рациональности использования имеющихся ресурсов. Т.е. процедура «клинического аудита» предполагает оценивание решений, последовательности действий на пути к запланированному результату. Это - важный инструмент для поиска существующих проблем и последующего совершенствования системы КМП. Клинические аудиторы должны иметь не только медицинское образование и опыт работы в одном из профильных направлений, но и специальную подготовку по вопросам клинического управления, менеджмента в здравоохранении, системного анализа. Огромное значение для получения полезной информации в процессе «клинического аудита», её обработки и анализа имеют качество и структура

данных о клинических событиях. Развитие информационных технологий и разработка универсальных структур баз данных смогут в перспективе обеспечить непрерывное совершенствование КМП.

Т.о., развитие процессов интеграции в системе контроля КМП, внедрение «клинического аудита» и развитие информационных технологий с функциональной ориентацией на интересы пациента смогут обеспечить рост КМП при сохранении клинико-экономического равновесия системы здравоохранения при исходно адекватном его финансировании. При этом, очень важно, чтобы в погоне за контролем выполнения стандарта или протокола не исчез из вида «главный герой», ради которого была создана система КМП – пациент.

Список литературы

1. Алексеева Н.Ю. Научное обоснование основных направлений совершенствования организации деятельности системы здравоохранения субъекта РФ. Дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук. 2011. Москва.
2. Бедорева И.Ю. Научное обоснование системы менеджмента качества медицинской организации. Дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук. 2009, Новокузнецк.
3. Блохин А.Б. Муниципальное здравоохранение: трансформация и проблемы развития. //Системная интеграция в здравоохранении. 2011. №1. С.99-113.
4. Брескина Т.Н. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре. Дисс. на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва. 2008.
5. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р).
6. Пивень Д.В., Кицул И.С. Совершенствование нормативно-правового регулирования обеспечения качества медицинской помощи в Российской Федерации / Д.В. Пивень,

- И.С. Кицул // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза». 2010. № 5 (48). с. 36-47.
7. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.03.2009 г. № 220-п «Об организации ведомственного контроля качества медицинской помощи в Свердловской области».
 8. Серегина И.Ф. Концептуальные подходы к государственной системе контроля и надзора и ее роль в управлении качеством медицинской помощи./Автореферат дисс. на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва. 2010. – с. 50.
 9. Стародубов ВИ., Луговкина Т.К. Клиническое управление: теория и практика. Москва, 2003. с. 192.
 10. Федонников А. С. Научное обоснование модели информационного взаимодействия страховщика и медицинского учреждения при проведении экспертизы качества медицинской помощи. Автореферат дисс. На соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Санкт- Петербург. 2007.
 11. Чумаков А.С. Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей (концептуальные и методические подходы). Автореферат дисс. на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва. 2009.
 12. Whetsell g. Total Quality Management. - Quality in Health Care. Ed. N. Graham. Gaithersburg, 1995, 79-91.

Луговкина Татьяна Константиновна – д.м.н., клинический фармаколог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info