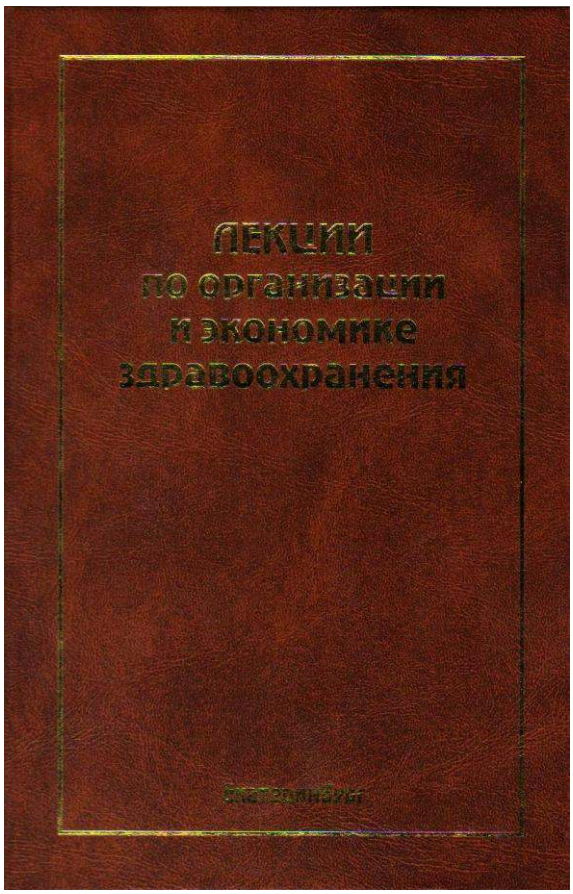
ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемые читатели!

Публикуем очередную статью из сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Е.В. Ползика, Т.В. Черновой), изданного в Уралмедсоцэкономпроблем и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2010 году. Книга посвящена актуальным проблемам организации, управления и экономике в данной отрасли, адресована руководителям здравоохранения, преподавателям медицинских ВУЗов и факультетов усовершенствования врачей, студентам, аспирантам, научным работникам.

В текущем номере Вашему вниманию представлена лекция кандидата медицинских наук, главного врача Детской городской клинической больницы №9 Карлова Андрея Александровича в соавторстве со специалистом отдела маркетинга Детской городской клинической больницы №9 Карловой Полиной Олеговной, посвященную проблемам оценки эффективности и качества в здравоохранении.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.



ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Карлов А.А., Карлова П.О.

МАУ «Детская городская клиническая больница №9»

Правительства большинства стран в последние годы вынуждены решать проблему согласования все более возрастающих потребностей своих граждан в услугах со стороны системы здравоохранения с ограниченными, а в ряде случаев и с уменьшающимися ресурсами. Нарастание этой проблемы обусловлено постарением населения, интенсивным развитием высокотехнологичной медицины, повышением ожиданий людей, а также растущими профессиональными запросами со стороны медицинского сообщества. Разные страны для сокращения разрыва между увеличивающимися потребностями и имеющимися ресурсами избирают свои собственные пути, но в основном усилия направлены на повышение эффективности использования имеющегося потенциала здравоохранения. Такой выбор не является случайным. Мировой опыт показывает, что если в начале XX века рост расходов на здравоохранение на 10% приводил к улучшению общественного здоровья на 15%, то в 50-е годы аналогичное увеличение затрат имело результатом улучшение здоровья уже на 5%, а в 70–80-е годы – только на 3%.

Для России задача повышения эффективности деятельности системы здравоохранения не является новой. Она была признана одной из важнейших ещё в Советском Союзе, но все же наибольшую значимость приобрела в последние два десятилетия, когда в результате радикальных социально-экономических реформ отрасль столкнулась со значительным дефицитом финансовых ресурсов. Ещё в 1998 г. в своем Послании Федеральному Собранию Президент страны подчеркивал, что: «…ситуация с системой охраны здоровья граждан остается неудовлетворительной, и дело здесь не только в недостаточном финансировании, часто нерационально расходуется даже то, что выделено, неэффективно используется огромный кадровый и материально-технический потенциал здравоохранения».

Повышение эффективности работы лечебно-профилактических учреждений относится к разряду ключевых задач по модернизации отрасли и в концептуальных документах Правительства Рос-

сии и Министерства здравоохранения и социального развития последних лет. Однако успешное решение её невозможно без разработки и включения в арсенал управленческих технологий методов оценки. Действительно, о каком повышении эффективности работы можно вести речь, если организатор здравоохранения не может её измерить, и поэтому не знает, какой она была до и после его действий.

Проблема разработки таких методов существует в здравоохранении давно, однако по многим аспектам она продолжает оставаться дискуссионной. Сказанное относится, в том числе и к области терминологии, отсутствие ясности в которой негативно отражается на методической и практической сторонах этой непростой задачи. Прежде всего, требуется ответить на вопрос – что следует понимать под эффективностью применительно к здравоохранению? В широком смысле, понятие «эффективный» трактуется как производительный, действенный, выгодный, реально полезный. Соответственно под эффективностью понимается отдача производительных затрат, достижение устойчивого положительного эффекта, т.е. заранее поставленной цели на основе прилагаемых усилий. Так, Ю. М. Комаров дает определение эффективности как такому соответствию структуры и функций, которое обеспечивает получение наивысших конечных результатов в минимальные сроки и с наименьшими затратами сил и средств. В англоязычной литературе для характеристики этого понятия используется несколько терминов: 1) efficiency – переводимый как результативность, способность достижения необходимого результата; 2) effectiveness – обозначающий эффективность, действенность; 3) cost-benefit –отражающий соотношение достигнутого результата с затраченными на его получение ресурсами.

Однако, несмотря на вполне достаточную ясность в определении эффективности вообще, применительно к медицине ситуация более сложная.

Исходя из того, что эта сфера человеческой деятельности своей первоочередной целью имеет сохранение здоровья людей, а не получение дохода, специалисты рассматривают понятие «эффективность» в здравоохранении как системное, выделяя три его аспекта: социальный, медицинский и экономический.

Наиболее полно и подробно проблема эффективности в здравоохранении была рассмотрена в монографии Г. А. Попова «Экономика и планирование здравоохранения», вышедшей в свет

еще в 1976 г. Согласно приведенному в ней определению, социальная эффективность здравоохранения и его отдельных служб представляет собой предотвращение части заболеваний, уменьшение числа случаев инвалидности и преждевременной смертности.

Такое понимание социальной эффективности не встречает возражений, в связи с чем эта трактовка термина сохраняет свое значение до настоящего времени. В свою очередь, терминологическая ясность создает предпосылки для выработки методов оценки. В настоящее время организация здравоохранения как научная дисциплина располагает устоявшимся комплексом методик по оценке таких составляющих общественного здоровья как заболеваемость, смертность, инвалидность. Они давно и прочно освоены управленцами-практиками, включены во многие руководства по организации здравоохранения.

В отличие от социальной, в отношении эффективности медицинского аспекта деятельности до сих пор существует терминологическая неясность. В частности, это выражается в использовании нескольких, хотя и близких по смыслу терминов: «эффективность медицинской помощи», «эффективность системы управления медицинскими учреждениями», «эффективность деятельности медицинского учреждения» и другие. Соответственно существует и большое число дефиниций, что создает трудности не только при разработке методов оценки, но и в практике управления.

В уже упомянутой монографии Г. А. Попов пишет, что под «медицинской эффективностью следует понимать степень (эффект) достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности». С этой точкой зрения во многом совпадает мнение Д.В.Евдокимова (1990), который считает, что медицинская эффективность – это степень достижения цели и оценить её – значит определить, насколько результат проводимого мероприятия близок к желаемому. На наш взгляд, наиболее точным и, главное, закладывающим методическую основу для оценки, является формулировка, предложенная специалистами Национального НИИ общественного здоровья РАМН. Согласно ей «медицинская эффективность – это степень достижения установленных для конкретного учреждения целей при определенных затратах». Согласно такому определению, методология оценки медицинского аспекта

эффективности должна быть основана на сопоставлении конкретных показателей с нормативами или другими заранее установленными величинами. Именно такой подход исторически сложился в управлении российским здравоохранением. В практике же западного менеджмента применяется технология «бенчмаркинга» (benchmarking), представляющая собой сравнительный анализ между больницами по самым разнообразным показателям, характеризующим процесс предоставления услуг, технологические процессы и т.д.

Как видно, бенчмаркинг отличается от традиционного анализа, принятого в системе управления российского здравоохранения лишь тем, что вместо норматива сравнение проводится с показателями деятельности медицинского учреждения, принятого в качестве «эталонного».

Для реализации такого методологического подхода необходимы показатели, отвечающие следующим требованиям: универсальность, количественное выражение, минимальное число. Условие универсальности подразумевает возможность определения медицинской эффективности в любом лечебном учреждении страны, поэтому в качестве информационной базы методики может выступать только система официальной медицинской статистики. О справедливости такого утверждения свидетельствуют факты крайней ограниченности использования на практике тех методов, которые требуют организации сбора специальной информации.

Отечественная система медицинской статистики содержит большое число показателей, предназначенных для оценки эффективности как амбулаторно-поликлинической службы, так и стационара. Применительно к поликлиникам организаторами здравоохранения чаще всего используются такие показатели как: соотношение фактической и плановой мощности, доля посещений по поводу заболеваний, на дому и с профилактической целью, выполнение нормативов посещений на 1 занятую должность и на 1 жителя в год; для оценки же медицинской эффективности работы стационара обычно служат: среднее время работы койки в течение года, средняя длительность госпитализации, оборот койки, процент выполнения норматива числа койко-дней, среднее время простоя койки, летальность, уровень госпитализации.

Вместе с тем, широко используемый в практике способ оценки медицинской эффективности работы лечебно-профилактических учреждений, основанный на сопоставлении широкого

спектра медико-статистических показателей с нормативами, хотя и позволяет получать важные для управления данные, тем не менее, большое число показателей и их разнонаправленность создают трудности в формировании обобщенного представления о результативности работы учреждения или его структурного подразделения. Кроме того, полученные на основании учета большого числа показателей экспертные заключения неизбежно отличаются высокой степенью субъективизма и имеют лишь качественное значение – например, «низкая», «средняя», «высокая».

Неслучайно, среди отмеченных выше условий к методике оценки эффективности медицинской деятельности, отмечалась необходимость минимизации количества используемых показателей. Обеспечить выполнение этого условия можно двумя путями. Первый из них заключается в выборе из всего множества имеющихся в материалах статистики наиболее важного для оценки. Однако, среди специалистов по этому вопросу нет единого мнения. Так, например, для оценки эффективности работы стационара одни предлагают использовать в качестве наиболее информативного показатель, характеризующий длительность работы койки в течение года, другие – среднюю длительность госпитализации, третьи – оборот койки. Кроме того, на наш взгляд, использование для описания такого системного понятия как «эффективность» лишь одного первичного показателя методически недостаточно корректно.

Второй путь минимизации большого числа показателей, используемых для оценки эффективности медицинского аспекта работы лечебных учреждений или их структурных подразделений, заключается в использовании «интегральных» показателей (ИП). В настоящее время развиваются два направления их получения. Первый состоит в использовании принципиально новых показателей. Так, А. Л. Линденбратен и соавт. (1999) предложили показатель толерантности, т.е. длительности поддержания здоровья после эпизода лечения. По мнению этих специалистов, его можно применять для определения эффективности деятельности отдельных структурных подразделений амбулаторно-поликлинической службы, а также учреждений здравоохранения и отрасли в целом. Однако, на наш взгляд, возможности этого направления ограничены, прежде всего, из-за сложности включения новых индикаторов в систему государственной медицинской статистики.

Второе направление состоит в расчете ИП на основе совокупности уже включенных в систему больничного мониторинга первичных медико-статистических показателей. Например, А. Н. Ярошенко (1996) для оценки эффективности работы многопрофильной больницы предлагает использовать ИП медико-социальной эффективности, который определяется как произведение коэффициента медицинской результативности на коэффициент затрат.

Согласно разработанной специалистами Национального НИИ общественного здоровья РАМН методики (1999) ИП медицинской эффективности представляет собой произведение коэффициентов: медицинской результативности, социальной удовлетворенности и соотношения затрат.

Отдельно следует остановиться на методе, разработанном Т. В. Черновой и соавт. (2004). Отличительными его особенностями от других методик являются следующие:

1) расчет ИП базируется только на информации, содержащейся в отчетных формах государственной медицинской статистики, что позволяет, с одной стороны, существенно облегчить пользователю сбор необходимых данных, а с другой – проводить расчеты ИП в любом медицинском учреждении Российской Федерации. В качестве базового авторами предложен комплекс из 11 медико-статистических показателей:

1. Удельный вес посещений с профилактической целью.

2. Выполнение норматива посещений на 1 занятую врачебную должность.

3. Выполнение норматива посещений на 1 жителя в год.

4. Выполнение норматива (плановой) мощности поликлиники.

5. Выполнение норматива работы койки.

6. Выполнение норматива средней длительности госпитализации.

7. Выполнение норматива оборота койки.

8. Выполнение норматива среднего времени простоя койки.

9. Выполнение норматива уровня госпитализации.

10. Выполнение норматива числа койко-дней.

11. Летальность.

2) в зависимости от решаемой задачи этот базовый комплекс может

быть либо расширен, либо сокращен. Так, для расчета ИП медицинской эффективности работы поликлиник используется информация о показателях, приведенных в списке под номерами 1–4, стационара – под номерами 5-11, а

лечебного учреждения в целом – все одиннадцать.

3) алгоритм расчетов ИП по этой методике прост. Вначале выбранные показатели нормируются к интервалу 0–1, что позволяет избавиться от априорной их неравнозначности, обусловленной наличием у каждого своего интервала принимаемых значений. Затем проводится определение среднего арифметического значения нормированных значений всех показателей. Для автоматизации расчетов разработана информационно-аналитическая система (ИАС) «ЛПУ-эффект».

4) наряду с количественным выражением эффективности для организатора здравоохранения также важно иметь соответствующие качественные оценки. Для этого авторами методики была разработана классификация уровней медицинской эффективности в зависимости от величины полученного ИП

Шкала уровней эффективности медицинского аспекта деятельности в зависимости от величины ИП.

Значение ИП	Уровень медицинской эффективности
0,9-1,0	Высокая
0,8-0,89	Выше средней
0,7-0,79	Средняя
0,6-0,69	Ниже средней
Ниже 0,6	Низкая

Вышеупомянутые свойства послужили причиной достаточно широкого применения данной методики в практике управления больницами. Одним из лечебных учреждений, где она была внедрена, стала детская клиническая больница № 9 г. Екатеринбурга (ДГКБ № 9). Включение в систему управления ДГКБ № 9 ежемесячного мониторинга за медицинской эффективностью работы поликлиники и стационара привело к её повышению. Как видно из материалов, приведенных в табл. 1, за 4 года произошел рост как первичных показателей, характеризующих эффективность медицинского аспекта деятельности поликлиники, так и рассчитанного на их основе ИП. Величина последнего возросла с 0,567, что согласно приведенной выше шкале соответствовало оценке «низкая», до 0,726, (оценка «средняя»). Аналогичная тенденция наблюдалась и в стационаре больницы. За период с 2005 по 2008 гг. медицинская эффективность его деятельности возросла, иллюстрацией чему служит величина ИП, которая в 2005 г. составляла 0,698, то есть соответствовала

оценке «ниже средней», а в 2008 г. – 0,857, оценке «выше средней» (табл. 2). Позитивный результат был достигнут и на уровне подразделений стационара – если в 2005 г. с высокой и выше средней медицинской эффективностью работало лишь два отделения из четырнадцати, то в 2008 г. таковых стало десять.

Таблица 1

Показатели эффективности медицинского аспекта деятельности поликлиники ДГКБ № 9 в 2005 и 2008 гг.

Показатели	Годы	
	2005	2008
Отношение физической и плановой мощности (%)	107,1	114,2
Выполнение плана посещений на 1 врачебную должность (%)	99,7	108,6
Выполнение норматива посещений на 1 человека (%)	93,6	102,1
Интегральный показатель (0-1)	0,567 низкая	0,726 средняя

Третьим аспектом эффективности деятельности лечебно- профилактических учреждений является экономический. В последнее десятилетие для российского здравоохранения характерно все большее распространение рыночных отношений, в связи с чем внимание к проблеме оценки экономической эффективности в отрасли резко повысилось. Специалисты выделяют три уровня экономической эффективности в здравоохранении. В рамках первого из них – макроэкономического, проводится оценка влияния отрасли на экономику страны, например, на такие показатели, как национальный доход и валовой внутренний продукт. Второй уровень – мезоэкономический. Он определяет эффективность деятельности отрасли в целом, либо какой-либо ее территориальной подсистемы. Третий, микроэкономический уровень – это уровень отдельных лечебно-профилактических учреждений. Все эти уровни взаимосвязаны между собой, хотя каждый из них, несомненно, имеет свою специфику.

Таблица 2

Показатели эффективности медицинского аспекта деятельности стационара ДГКБ № 9 в 2005 и 2008 гг.

Показатели	Годы	
	2005	2008
Отношение фактической и плановой длительности работы койки в году (%)	103,1	111,6

Выполнение норматива средней длительности госпитализации (%)	78,0	71,1
Выполнение норматива оборота койки (%)	128,6	131,1
Выполнение норматива простоя койки (%)	112,0	101,0
Использование коечного фонда (%)	98,7	114,5
Летальность (%)	0,13	0,04
Интегральный показатель (0-1)	0,698 Ниже средней	0,857 Выше средней

Экономическая сторона эффективности обычно определяется такими понятиями как: доходность, прибыльность, рентабельность. Сказанное в полной мере относится и к системе здравоохранения, поэтому экономически эффективным следует считать то лечебно-профилактическое учреждение или его структурное подразделение, чьи доходы превышают расходы, за счет которых они были получены. Ясность в определении понятия «экономическая эффективность» создает предпосылки для разработки методов ее оценки.

Однако, как отмечал в своей монографии Г. А. Попов (1976), «создание точных методов расчета экономической эффективности в здравоохранении представляет собой чрезвычайно сложную, но крайне важную в практическом отношении задачу». Несмотря на прошедшие после публикации этой книги более 30 лет, сказанное сохраняет свою актуальность и в настоящее время.

Экономисты, работающие в сфере здравоохранения, традиционно концентрируют свое внимание на анализе большого числа показателей, характеризующих различные аспекты такого системного понятия как «экономическая эффективность». В то же время, рассмотренный выше применительно к задаче оценки медицинской эффективности принцип минимизации их количества справедлив и в данном случае. Действительно, в вышедших в последние годы руководствах для оценки экономической эффективности деятельности медицинских учреждений предлагается использовать большое число показателей, характеризующих разные стороны работы организации. На основании обобщения этой множественной информации, выступающий в качестве эксперта экономист делает соответствующее заключение. Вместе с тем, очевидно, что эта методика анализа имеет те же недостатки, что и рассмотренный ранее традиционный способ оценки медицинской эффективности: сложность синтеза множественной информации и неизбежный субъективизм

в ее интерпретации. Тем не менее, нельзя не признать, что и при таком финансово-экономическом анализе может быть получено большое число данных, важных для последующего управления лечебно-профилактическим учреждением.

Исходя из сказанного, важной задачей является разработка методик, позволяющих получать объективную оценку экономической эффективности работы медицинской организации и её структурных подразделений в виде обобщающего показателя. По мнению многих специалистов, такой индикатор должен характеризовать объем услуг, отнесенных на единицу затрат. Например, Н. А. Алексеевым и соавт. (2002) для экономического анализа работы отделений стационара предложен ИП эффективности использования койки. Расчет его состоит в вычислении суммы трех произведений, в каждом из которых одним из составляющих является стоимость 1 койко-дня, а вторыми – отклонение от плана койко-дней, произведение числа плановых больных на разницу плановой и фактической средней длительности пребывания на койке, и произведение числа больных, пролеченных сверх плана на фактическую среднюю длительность пребывания больного на койке.

Наибольшую распространенность в практике управления лечебно- профилактическими учреждениями получила методика, разработанная под руководством докт. экон. наук, профессора Г. А. Бушуевой, изложенная в методическом письме Министерства здравоохранения Российской Федерации № 10-5/904 «Оценка экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений» (2004). В связи с этим остановимся более подробно на основных ее элементах.

Экономическая эффективность может быть абсолютной и относительной. Абсолютная рассчитывается как разность между полученным экономическим эффектом и затратами, относительная – как отношение экономического эффекта к затратам:

$$Эа = Е – З \text{ и}$$

$$Эо = Е / З,$$

где: Эа– абсолютная эффективность,

Эо– относительная эффективность,

Е – полезный результат (эффект),

З – затраты на мероприятия по получению эффекта, руб.

Таким образом, согласно приведенным формулам, оценка экономической эффективности состоит из трех этапов:

1. Оценка экономического эффекта, полученного от деятельности учреждения за определенный период времени.

2. Определение величины затрат на проведение мероприятий, за счет которых получен экономический эффект.

3. Оценка экономической эффективности деятельности учреждения путем соизмерения эффекта с затратами.

Для выполнения условия минимизации числа оцениваемых показателей разработчиками методики для оценки экономической эффективности поликлиник были использованы: число посещений и стоимость посещения, стационаров – количество пролеченных больных и расходы на одного пролеченного больного. Преимущество этих показателей состоит в том, что они достоверны, отражены в государственной статистической отчетности, строго фиксируются как в медицинском учреждении, так и вышестоящей организацией. Еще одним показателем, также отраженным в официальных отчетах, является средняя длительность лечения. Сведения о пролеченных больных и продолжительности лечения содержатся в отчетах лечебно-профилактических учреждений, где приведены по каждому виду болезней, каждому подразделению и в целом по больнице.

Исходными данными для расчета расходов на одного пролеченного больного являются все фактические их виды в лечебно-профилактическом учреждении: фонд заработной платы с начислениями, расходы на питание, медикаменты, хозяйственные, транспортные, коммунальные и прочие текущие расходы, а также на приобретение мягкого инвентаря, оборудования, капитальный ремонт. Сумма таких расходов, отнесенная к числу пролеченных больных, дает величину расходов на одного пролеченного больного. Этот показатель может быть рассчитан за любой период – год, 9 месяцев, 6 месяцев, квартал.

Расходы на одно посещение поликлиники складываются из заработной платы с начислениями основного медицинского персонала, персонала вспомогательных и параклинических служб, в той их доле, которая отнесена на обслуживание поликлинического отделения, прочих текущих расходов поликлиники, а также расходов на покупку оборудования и капитальный ремонт помещений, отнесенных к числу посещений за определенный период.

Таким образом, в показателях «стоимость посещения» и «стоимость пролеченного больного» фактически учтены все виды медицинской, хозяйственной и

финансовой деятельности медицинского учреждения.

Исходя из выбранных показателей, экономический эффект (Е) может быть представлен формулой:

Е = П × (Снп -Сфп)+ Б × (Снст -Сфст),

где: П – число посещений поликлиники;

Б – число больных, пролеченных в стационаре;

Снп – нормативные расходы на одно посещение поликлиники (руб.);

Сфп – фактические расходы на одно посещение поликлиники (руб.)

Снст – нормативные расходы на одного пролеченного больного в стационаре (руб.);

Сфст – фактические расходы на одного пролеченного больного в стационаре (руб.).

Вторым этапом оценки экономической эффективности деятельности лечебно-профилактического учреждения является определение затрат на мероприятия, проведение которых позволит получить экономический эффект.

Их выбор и оценка непросты. Наиболее сложным является вычленение влияния отдельного мероприятия на экономический эффект, так как последний представляет собой результат воздействия комплекса мер.

При определении величины затрат необходимо следовать основному принципу оценки экономической эффективности: приведение доходной и расходной частей к одному временному периоду, т.е. затраты на проведение мероприятий рассчитываются за тот период времени, в течение которого получен экономический эффект. Если мероприятия рассчитаны на длительный срок действия (например, сооружение зданий, строительство коммуникаций, покупка оборудования), то затраты по ним оцениваются либо процентом амортизационных отчислений, либо процентом износа на соответствующий период. Если мероприятия и затраты по ним имеют единовременный характер, то затраты учитываются целиком за тот отрезок времени, в течение которого проявился экономический эффект. Некоторые мероприятия, например, организационные, не требуют затрат, поэтому в этом случае экономический эффект получен как бы бесплатно.

На третьем, заключительном этапе определяется показатель экономической эффективности деятельности медицинского учреждения, который рассчитывается путем сопоставления доходов и расходов. Эти расчеты проводятся по формулам:

$$Эо = \frac{П \times \ Снп - Сфп \ + Б \times (Снп - Сфст)}{Зо - Зб}$$

или

$$Эа = П \times \ Снп - Сфп \ + \\ +Б \times \ Снст - Сфст \ - (Зо - Зб),$$

где: Эа и Эо – абсолютная и относительная экономическая эффективность;

П – число посещений поликлиники;

Б – число больных, пролеченных в стационаре;

Снп – нормативные расходы на одно посещение поликлиники (руб.);

Снст – нормативные расходы на одного пролеченного больного в стационаре (руб.);

Сфп – фактические расходы на одно посещение поликлиники (руб.);

Сфст – фактические расходы на одного пролеченного больного в стационаре (руб.);

Зо – затраты лечебного учреждения за отчетный период (руб.);

Зб – затраты лечебного учреждения в базовом периоде (руб.).

Наряду с оценкой экономической эффективности работы лечебно-профилактического учреждения в целом, а также его основных структурных подразделений – поликлиники и стационара, важным элементов внутрибольничного менеджмента является проведение такого мониторинга применительно к отделениям стационара. Методика таких расчетов близка к приведенной выше, однако имеет некоторые нюансы. Так, фактические расходы (Зф) конкретного отделения определяются следующим способом:

– Вначале все отделения и службы больничного подразделения ранжируются на три категории: основные (лечебные), вспомогательные (параклинические), общебольничные (административно-хозяйственные).

– Затем определяются фактические расходы, произведенные каждым отделением за отчетный период. При этом все расходы, которые можно отнести на отделение «напрямую»: заработная плата, начисления на заработную плату, расходы на приобретение медикаментов, расходных материалов и перевязочных средств, продуктов питания, суммы износа оборудования и мягкого инвентаря, и другие виды расходов, формируются по данным бухгалтерского учета. Расходы же, которые относятся на ЛПУ в целом (коммунальные платежи, текущий ремонт зданий и сооружений, и другие), относятся на основные подразделения пропорционально выбранной базе, в качестве которой могут выступать площади отделений, количество коек, должностей персонала, сумма заработной платы. В качестве базы для отнесения отдельных видов общебольничных затрат разработчики

методики предлагают принять следующие:

– для коммунальных платежей – площадь отделений,

– для текущего ремонта зданий – площадь отделений,

– для текущего ремонта оборудования – балансовая стоимость оборудования,

– для прочих статей – сумма заработной платы основного персонала лечебного отделения.

– Далее расходы каждого из параклинических отделений относятся на основные отделения пропорционально суммарной трудоемкости исследований, выраженной в сравнимых единицах. Например, для лабораторного отделения это минуты.

– Расходы общебольничных подразделений относятся на основные отделения пропорционально заработной плате основного персонала.

Полные фактические расходы клинического отделения формируются путем сложения его прямых расходов с расходами параклиники и общебольничных подразделений, приходящихся на данное отделение.

Для определения нормативной стоимости лечения больного (Сн) возможны различные подходы, но наиболее корректным является тот, при котором в качестве нормативной стоимости лечения больного используется стоимость, рассчитанная исходя из доходов, полученных из всех источников финансирования, приходящихся на конкретное отделение. В настоящее время существуют три основных источника финансирования лечебного учреждения: из бюджета (федерального, областного, муниципального), из средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и за счет предпринимательской деятельности. Доходы по ОМС и полученные за счет предпринимательской деятельности четко учитываются по реестрам и выставленным счетам, доходы же, получаемые из средств бюджета, поступают на ЛПУ в целом и подлежат распределению по отделениям. Схема такого распределения приведена выше при изложении принципов распределения затрат.

Наряду с оценкой экономической эффективности работы отделений стационара, в рамках внутрибольничного менеджмента важно оценить ее применительно и к врачебным приемам в поликлинике. Для этого необходимы следующие параметры:

К – количество штатных должностей;

Фн – нормативная функция врачебной должности;

Пп – плановое количество посещений;

Пф – фактическое количество посещений;

Сп – плановая стоимость посещения;

Сф – стоимость посещения исходя из фактических доходов.

Плановое количество посещений определяется по формуле :

$$Пп = Фн \cdot К$$

Фактическое количество посещений определяется по статистической отчетности или по данным реестров, сданных на оплату.

Доходность определяется в абсолютном размере и относительная. Первая из них (Да) рассчитывается по формуле :

$$Да = (Пф \cdot Сф) – (Пп \cdot Сп),$$

вторая (До) – по формуле:

$$До = (Пф \cdot Сф) : (Пп \cdot Сп)$$

Для автоматизации расчетов показателей экономической эффективности соответствующие алгоритмы включены в уже упоминавшуюся выше ИАС «ЛПУ-эффект». Внедрение ее в ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга и организация с ее помощью системы ежеквартального мониторинга позволили за относительно короткий срок улучшить этот раздел работы больницы. Из данных, приведенных в табл. 3, видно, что если в 2005 г. доходы ДГКБ №9, а также поликлиники и стационара, были ниже расходов, то к 2008 г. Ситуация коренным образом изменилась – показатель экономической эффективности в относительном выражении по поликлинике составил 1,18, по стационару – 1,26, а по больнице в целом – 1,22.

Таблица 3

Показатели экономической эффективности работы ДГКБ № 9 и ее подразделений в 2005 и 2008 гг.

Подразделения больницы	Годы	
	2005	2008
Поликлиника	0,88	1,18
Стационар	0,93	1,26
Больница в целом	0,90	1,22

Наряду с повышением эффективности, перед здравоохранением всех стран, в том числе и России, стоит еще одна важная задача – обеспечение качества медицинской помощи и работы лечебно-профилактических учреждений. Этой проблеме в последние годы уделяется много внимания, как со стороны исследователей, так и менеджеров-практиков, тем не менее, теоретический и методологический аспекты ее все еще остаются дискуссионными.

Начать следует с того, что иногда происходит смешение понятий «эффективность» и «качество». На самом деле, это совершенно разные явления, а «качество» представляет собой «объективную и всеобщую характеристику объектов, проявляющуюся в совокупности их свойств».

Вместе с тем понятие «качество» является сложным и многоаспектным, поэтому, в зависимости от сферы применения, оно может рассматриваться поразному. Например, Д. Гарвин выделяет 5 основных точек зрения.

Согласно трансцедентальному подходу, люди могут оценить качество, только накапливая опыт, который они приобретают, постоянно сталкиваясь с теми или иными оцениваемыми объектами. Подход, основанный на продукте, рассматривает качество как конкретную и измеряемую переменную, зависящую от количества составляющих, или характеристик, того или иного продукта. Подход, основанный на оценках пользователей, оперирует субъективными оценками, отождествляя тем самым понятие «качество» с максимальной удовлетворенностью потребителей. В рамках производственного подхода, напротив, главными критериями при определении качества выступают ресурсное обеспечение, стандартизация и контроль производственного процесса. В соответствии с подходом, основанным на определении ценности, качество определяется как соотношение практической ценности и цены продукта (услуги). Учитывая оптимальный баланс между производительностью и ценой, при данном подходе качество определяется как «максимальное совершенствование продукта (услуги), которое может себе позволить производящая организация».

В принятых в 1994 и 2000 гг. международных стандартах ИСО (версии 8402-94 и 9000 – 2000), «качество» определяется как «способность совокупности свойств продукции, работ, услуг обусловливать их пригодность, удовлетворять определенные потребности в соответствии с их назначением». Согласно такой дефиниции, это понятие вбирает в себя наличие определенных свойств товара, работ, услуг и способность этих свойств удовлетворять заданные или предполагаемые потребности людей.

Вместе с тем, хотя имеется достаточная ясность в определении «качества» вообще, применительно к сфере здравоохранения ситуация более сложная. Как отмечают О. П. Щепин и соавт. (1996), несмотря на внешнюю простоту, дать удовлетворяющее всем требова-

ниям определение качества в здравоохранении чрезвычайно сложно из-за его многоаспектности. Действительно, можно выделить такое понятие как «качество медицинской помощи», имея при этом в виду, что медицинская помощь представляет собой «комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, проводимых по определенным технологиям с целью достижения положительного конкретного результата». Однако, при этом следует учитывать, что качество медицинской помощи, оказываемой врачом конкретному больному, несет одну смысловую нагрузку, а качество медицинской помощи, оказываемой в масштабе лечебно-профилактического учреждения – другую, поэтому методы измерения этих разных «качеств» отличаются.

Совсем иное значение имеет понятие «качество работы лечебно-профилактического учреждения или его структурного подразделения». В этом случае речь идет о характеристике деятельности организации, предоставляющей медицинскую услугу. Несмотря на то, что с позиции менеджмента оценка именно этого вида «качества» наиболее важна, в отечественной и зарубежной литературе большинство публикаций посвящено проблеме «качества медицинской помощи».

Существует большое количество методических подходов к оценке качества медицинской помощи, которые можно сгруппировать в 3 крупных направления. Первое из них можно назвать «процессным», поскольку в рамках него объектом оценки является выполнение медицинским работником стандартов диагностики и лечения. Достижения в рамках данного направления отражают развитие стандартизации лечебно-диагностического процесса, организации и методики проведения сравнительного анализа медицинского обслуживания с соответствующими «эталонами».

Авторами методик предлагается использовать для оценки качества медицинской помощи различные индикаторы:

1) интегральные показатели, рассчитанные экспертами на основе

балльной оценки качества диагностических и лечебных мероприятий: «уровень качества медицинской помощи», «коэффициент качества случая», «коэффициент качества работы врача»;

2) показатель доли случаев с оптимальными технологиями лечения – «коэффициент качества»;

3) показатели, отражающие долю дефектов в общем количестве случаев – «коэффициент отклонений от сест-

ринского технологического процесса ведения пациента», «коэффициент неадекватности объема помощи».

Как видно, в рамках данного подхода оценка качества медицинской помощи зависит от степени адекватности выбора медицинскими работниками лечебно-диагностических технологий и их соблюдения.

В свою очередь, ко второму направлению относятся методы, в которых акцент делается на оценку результатов медицинской помощи и удовлетворенности ими пациентов. Их авторами предлагается оценивать качество медицинской помощи на основании:

- клинического исхода медицинской помощи, предусмотренного стандартом – выздоровление, стабилизация, ухудшение;

- степени достижения цели на каждом этапе оказания медицинской помощи;

- длительности сохранения здоровья после лечения;

- сохранения «качества жизни», то есть возможности вести привычный образ жизни после лечения;

- ожидаемой продолжительности жизни.

Во всех этих случаях оценка строится на экспертном сравнении фактически достигнутого результата со стандартом, для чего предлагаются различные индикаторы: коэффициент соответствия, коэффициент результативности, коэффициент интенсивности, показатель «дефицита ожидаемой пользы» и другие.

Третье направление включает в себя подходы, в которых одновременно учитываются и процесс, и результат оказываемой медицинской помощи, то есть, в отличие от двух предыдущих, одновременной оценке подлежат адекватность и соблюдение выбранных медицинских технологий, а также степень достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи. Так, специалисты ВОЗ считают необходимым при оценке качества медицинской помощи учитывать: 1) соблюдение технологий (выполнение лечебно-диагностического процесса); 2) оптимальность использования ресурсов; 3) риск травм и заболеваний пациентов в результате вмешательств; 4) удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием. В России в рамках этого направления известны методики, основанные на расчете показателей: - количество врачебных ошибок, приведших к неблагоприятным последствиям со стороны здоровья пациентов;

– уровень качества (показатель, разработанный авторами «нового хозяйственного механизма»)

– уровень качества лечения (УКЛ), применяемый в системе ОМС.

Таким образом, в настоящее время существует много методик оценки качества медицинской помощи, и большинство из них строится на заключениях экспертов, проводивших сравнение фактически выполненных объемов медицинской помощи с результатами, предусмотренными в стандартах. В части же методов результирующим показателем служит удельный вес лиц, удовлетворенных качеством оказанной медицинской помощи среди всех проанкетированных пациентов. Их главными недостатками являются: 1) субъективность оценок; 2) трудоемкость процедуры их получения.

Как уже отмечалось выше, несмотря на важность оценки качества медицинской помощи, помимо этого руководству больницы чрезвычайно важно иметь систему мониторинга за качеством работы лечебно- профилактического учреждения и его структурных подразделений. Тем не менее, оценке этого вида «качества» внимания уделяется много меньше.

Существующие для решения этой задачи методы в большинстве своем опираются на схему, предложенную Donabedian, который сгруппировал три категории элементов оценки качества под названием: структура, процесс, результат. Согласно его классификации, под «структурой» понимается кадровый состав медицинского учреждения, особенности организации и состояние ресурсов (организационные формы работы, структура управления в целом, квалификация врачей). Система непрерывного усовершенствования врачей и их переаттестация относятся к «процессу», а изменения состояния здоровья пациентов – к «результату». Вместе с тем, О. П. Щепин в соавт. (1996) справедливо подчеркивают, что независимыми из названных элементов являются только первые два (структура и процесс), результат же есть их следствие. Таким образом, о качестве работы медицинского учреждения следует судить либо по совокупности первых двух параметров (структура, процесс), либо на основании оценки последнего (результат).

Однако далеко не все разработчики методов оценки качества работы медицинских учреждений учитывают это важное замечание. Так, например, Anderson и Jay (1985) предлагают использовать комплекс показателей, характеризующих: 1) штаты и службы (диапазон специализации, трудовые за-

траты медицинского персонала на одного больного в день, частота выполняемых процедур, использование лабораторных и радиологических служб и ряд других); 2) организационную структуру (финансирование, организация медико-этических комиссий); 3) вспомогательные службы (образовательные программы, наличие социологов); 4) степень удовлетворенности пациентов; 5) исходы лечения, количество внутрибольничных инфекций.

Подобный подход встречается и у российских специалистов. Так, Г. Н. Царик и Д. Г. Данцигер (2005) предлагают оценивать качество деятельности медицинских учреждений на основе совокупности таких показателей, как: доступность медицинской помощи; укомплектованность, квалификация, профессионализм медицинского персонала; материально-техническое обеспечение; санитарно-противоэпидемический режим; организация питания; лекарственное обеспечение; соблюдение этических и деонтологических норм; адекватность оказания медицинской помощи; достижение результата диагностики, профилактики, лечения, реабилитации.

Таким образом, оценка качества работы медицинского учреждения, согласно точке зрения большинства специалистов, – это обобщенное отображение всех видов ресурсов, имеющихся в организации, оценка выполнения технологий лечебно-диагностического процесса во взаимосвязи с его последствиями для здоровья пациентов. Однако, на наш взгляд, недоучет отмеченных выше принципиальных замечаний О.П.Щепина и соавт. приводит к значительному усложнению методик и, тем самым, к ограничению их использования на практике. Действительно, оценка качества работы медицинского учреждений должна строиться либо на учете имеющихся ресурсов и степени соблюдения лечебно-диагностических технологий, либо на показателях, характеризующих получаемые результаты. Одновременное же использование обеих групп индикаторов ничего, кроме затрат сил и средств на сбор больших баз данных, не дает.

К недостаткам существующих методов оценки качества работы лечебно-профилактических учреждений также можно отнести: 1) использование показателей, отсутствующих в принятой в стране системе больничного мониторинга; 2) наличие среди предлагаемых комплексов показателей, плохо поддающихся количественной оценке, например, таких как адекватность и доступность медицинской помощи; 3) не-

достаточно высокая степень объективности некоторых параметров из-за применения экспертных оценок; 4) сложность анализа и интерпретации большого числа показателей, используемых при комплексной оценке качества, из-за отсутствия алгоритма свертывания множественной информации.

Исходя из изложенного, представляется, что при разработке методики оценки качества работы лечебно-профилактического учреждения и его структурных подразделений следует следовать следующим условиям:

1. В основу должен быть положен комплекс показателей, характеризующий результат их деятельности. В случае же отсутствия таковых, альтернативой может служить совокупность показателей, отражающих ресурсный и технологический потенциал организации.

2. Информационную базу должны составлять только показатели, входящие в уже существующую систему внутрибольничной медицинской статистики.

3. Необходим алгоритм для свертывания многомерной информации с единый интегральный показатель. Для этого могут быть использованы два подхода: экспертных оценок и расчетный. Последний из них представляется нам более перспективным из-за большей объективности и простоты процедуры получения.

В соответствии с этими принципами нами была разработана методика оценки качества работы стационаров и входящих в их структуру отделений.

Для этого был использован следующий комплекс первичных медико-статистических показателей: 1) доля случаев внутрибольничного инфицирования среди выбывших больных (%); 2) доля случаев повторной госпитализации по поводу данного заболевания в структуре госпитализированных (%);

3) доля случаев перевода в другие отделения стационара среди госпитализированных (%); 4) доля случаев перевода в другие ЛПУ в структуре госпитализированных (%); 5) доля положительных результатов лечения в отделении в общей структуре результатов (%); 6) доля случаев направления на МСЭК среди госпитализированных (%); 7) госпитальная летальность (%); 8) доля случаев расхождения клинического и паталогоанатомического диагнозов (%).

Выбор именно этих показателей был обусловлен, во-первых, наиболее частыми предложениями специалистов по их использованию в публикациях, посвященных проблеме оценки качества работы лечебных учреждений; во-

вторых, наличием их в структуре государственной системы внутрибольничного мониторинга; в-третьих, количественным характером; в-четвертых, универсальностью, что позволяло использовать их для оценки качества работы отделений, как терапевтического, так и хирургического профиля.

Проведенные исследования с использованием для свертывания многомерной информации двумя способами – экспертных оценок и расчетов ИП, показали, что последний является более объективным. Кроме того, было установлено, что необходимой и достаточной для оценки качества отделений стационара может быть признана система из 4 медико-статистических признаков: доля положительных результатов, доля случаев повторной госпитализации, доля случаев переводов в другие лечебные учреждения, уровень госпитальной летальности.

На основании результатов этих исследований была разработана ИАС

«ЛПУ-качество». Апробация ее показала, что она отличается универсальностью и простотой, в связи с чем может применяться для мониторинга качества работы отделений стационаров лечебно-профилактических учреждений. С учетом результатов апробации ИАС «ЛПУ-качество» была включена в систему управления ДГКБ № 9. Это способствовало повышению качества работы отделений стационара больницы: если в 2005 г. «высокую» оценку качества работы имели 4 отделения из 14 (28,6%), то в 2008 г. таковых было уже 6 (42,9%); в свою очередь, количество подразделений, имеющих оценку «ниже средней» сократилось с трех 3 (21,4%) до одного (7,1%).

В настоящее время важной научной задачей следует считать разработку методик оценки качества работы поликлиник и отдельных ее специалистов. Методически эта задача более сложна, чем применительно к деятельности стационара. Сложность ее обусловлена крайней малочисленностью показателей, характеризующих качество работы амбулаторного звена в отечественной системе медицинской статистики. Тем не менее, ведущиеся в настоящее время исследования дают основания рассчитывать на разработку такой методики.

Подводя итоги рассмотрения проблемы оценки эффективности и качества в здравоохранении, можно констатировать, что, несмотря на ее сложность и сохраняющуюся дискуссионность, последнее десятилетие было отмечено несомненными достижениями по ее решению. В настоящее время

происходит активное развитие методической базы, дающей возможность организаторам здравоохранения расширить арсенал управленческих технологий за счет мониторинга таких показателей, как медицинская экономическая эффективность, а также качество работы организации и ее структурных подразделений.

.