УДК 614.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Луговкина Т.К., Тютикова Н.А.

ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»

Совершенствование системы качества медицинской помощи - приоритетная задача социального и экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Обсуждены понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга» в разных понятийных средах. Одно из направлений совершенствования медицинской помощи - создание «паспортов качества» медицинских организаций - поставщиков медицинских услуг. В крупных многопрофильных медицинских организациях важным инструментом управления качеством медицинской помощи служат информационные технологии, а также программные средства поддержки принятия решений, самоконтроля и мониторинга персонализированной медицинской помощи.
Ключевые слова: качество медицинской помощи, программы поддержки принятия решений, персонализированная медицинская помощь.

Improvement of the medical care quality system at clinical hospital

Lugovkina T., Tutikova N.

Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

Development of the medical care quality system is the priority task of the concept of the long-term social and economic development of the Russian Federation for the period until 2020. The terms "medical care" and "medical services" at different conceptual fields of Russian health care system are discussed. The medical care quality passports of the medical care supplies are the important trend of the quality development. The information technologies have a special influence on the results of the medical care quality system governance at the big multi-profiled hospitals. Decision support computer programs for self control and monitoring of personalized medical care are also very useful for this process.
Keywords: personalized medical care quality system, programs to support the decision- making.

Формирование и совершенствование системы качества медицинской помощи является приоритетной задачей Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020г [1]. За последние 10 лет опубликовано много научно-исследовательских работ, посвященных вопросам качества медицинской помощи [2,3,4,5]. Важным условием эффективного функционирования системы является взаимопонимание и однозначность трактовки используемых участниками системы терминов и понятий.

Согласно п.3 ст.2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (далее - закон № 323-ФЗ) медицинская помощь - это «комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление

здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг» (т.е., согласно п.п. 4 и 5 ст.2 закона №323 ФЗ, - «медицинских вмешательств», выполняемых медицинским работником по отношению к пациенту) [6].

Если рассматривать медицинскую помощь с позиций системного подхода, то, прежде всего, необходимо определить структуру, управляющий субъект этой системы и объект её управления. П.9 ст.2 закона № 323-ФЗ определяет пациента как «физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи…» [6], т.е. пациент в данном случае рассматривается как объект «медицинских вмешательств» или объект системы медицинской деятельности.

П.10 ст.2 закона № 323-ФЗ [6] определяет медицинскую деятельность как профессиональную деятельность по оказанию медицинской помощи. Такая профессиональная медицинская деятельность является содержанием системы клинической практики. Именно в рамках системы клинической практики, пациент является реципиентом медицинских услуг как комплекса активных медицинских воздействий (т.е. является объектом системы клинической практики).

Согласно, п.4.ст.2. закона № 323-ФЗ медицинская услуга - это «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» [6]. В данном контексте понятие «медицинская услуга» носит технологический характер и применяется для структурирования информации о медицинских воздействиях в системе клинической практики. Такая структура позволяет описывать «медицинские вмешательства» как отдельные технологии, условия их выполнения, их ресурсное сопровождение, критерии качества каждого элемента и всей медицинской услуги в целом.

Управляющим субъектом такой системы выступает медицинский персонал, действующий в соответствии с принятыми профессиональным медицинским сообществом стандартами технологий, клиническими протоколами, инструкциями, принципами профессиональной этики и деонтологии.

Пациент может стать управляющим субъектом только в рамках такой системы, в которой он способен активно воздействовать на объект системы (т.е. управлять объектом). Например, пациент как потребитель может принимать решения в пределах своей компетенции и

ответственности, которая не относится к профессиональной медицинской деятельности.

В Федеральном законе «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 212-ФЗ [7] можно найти определение понятия «потребитель»: «Потребитель - гражданин, имеющий намерение заказать или приобрести либо заказывающий, приобретающий или использующий товары (работы, услуги) исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности». Из данного определения следует, что пациент-потребитель может реализовывать свой потенциал управляющего субъекта в рамках такой системы, в которой имеются:

1) достаточное количество поставщиков медицинских услуг, когда пациент или его родственники (опекуны) должны принимать самостоятельные решения при выборе конкретного поставщика медицинских услуг;

2) достаточная и качественная информация для принятия решений при выборе удовлетворяющего их запросам поставщика медицинских услуг.

Например, осуществлять самостоятельный выбор:

- страховой медицинской организации (СМО);
- лечебно-профилактической организации (ЛПО);
- частной врачебной практики;
- конкретного врача;
- между согласием или отказом от получения конкретного вида медицинской помощи, если последний не создаёт угрозы окружающим пациента людям.

Любая деятельность должна быть оценена в материальном выражении. Медицинская деятельность не является исключением. Экономическая модель медицинской услуги - модель для расчета материальных затрат при оказании медицинской помощи пациентам. Перенос понятия «медицинская услуга» в систему экономических отношений (ЛПО – СМО, СМО-пациент, ЛПО-пациент) меняет его семантическую миссию, превращает в элемент системы товарных отношений и делает это понятие основой для финансовых расчетов.

Чаще всего экономическая модель медицинской услуги оценивается только с позиции ресурсного обеспечения. Недостаточно разработанными остаются вопросы оценивания рисков при выполнении медицинских услуг с точки зрения вероятности «недостижения» запланированного результата в зависимости от особенностей конкретной клинической ситуации. Не поддаются материальному отражению интеллектуальные, психо-эмоциональные

и физические усилия медицинских работников при выполнении медицинских услуг (медицинских вмешательств).

Таким образом, понятие медицинской услуги является дуальным и одновременно выполняет разные функции в двух взаимосвязанных системах:

1. В системе клинической практики – это содержание медицинской помощи, которая должна быть оказана в соответствии с потребностями клинической ситуации при наличии обоснованных показаний к её выполнению или угрозе:

- здоровью и жизни окружающих людей;
- жизни пациента,
- стойкой утраты функций жизненно-важных органов,
- временной или стойкой утраты трудоспособности,
- снижения качества жизни пациента (физического, психического, эмоционального).

Наличие обоснованных показаний к выполнению медицинских услуг при угрозе здоровью или жизни пациента (или окружающих людей) является отличительным признаком медицинской услуги как медицинской помощи в системе клинической практики. По этой причине, система профессиональной медицинской деятельности (система клинической практики или медицинской помощи) не может быть отнесена к общему ряду других видов деятельности в сфере услуг, которые могут быть оказаны только при условии наличия заказа или приобретения услуги потребителем (пациентом).

2. В системе финансовых отношений в здравоохранении, где перечень и содержание медицинских услуг необходимы для расчетов тарифов и регулирования денежных отношений.

Общим «предметом» системы управления клинической практикой и развивающейся системы рынка медицинских услуг служит качество медицинской помощи. Именно качество является основной движущей силой развития этих систем.

П.21 ст.2 закона № 323-ФЗ определяет качество медицинской помощи, как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» [6].

Структура понятия «качество медицинской помощи» включает постоянную, переменную и интегральную составляющие:

1) постоянная составляющая (Constant) - образцовая модель медицинской услуги (медицинского воздействия). Такой

образец обладает конкретными характеристиками (условиями, требованиями к выполнению) и согласованными критериями качества для оценки соответствия выполненной (фактической) медицинской услуги установленному образцу. Данное понятие отражает качество профессиональной деятельности при выполнении конкретных медицинских вмешательств. Постоянство данной модели относительно, т.к. с появлением новых знаний и технических возможностей требования к качеству профессиональной медицинской деятельности возрастают;

2) переменная составляющая (Variable) - показатель определяется уровнем качества условий оказания медицинских услуг, которые может обеспечить та или иная ЛПО (ресурсное обеспечение, уровень инфекционной безопасности, уровень организационной культуры и т.д.). Например, показатели инфекционной безопасности: доля (%) высева Clostridii difficile с объектов внешней среды и из биологических образцов пациентов, уровень резистентности госпитальной флоры, частота возникновения внутригоспитальных инфекций и т.д.);

3) интегральная составляющая (Integrative) - характеристики, отражающие процент достижения запланированного результата деятельности ЛПО по снижению показателей общей заболеваемости, летальности, процент социальной удовлетворенности пациентов по данным анкетирования и т.д.

Каждая ЛПО должна иметь свой паспорт качества (Label Quality). Паспорт качества должен быть согласован и утверждён с органами управления здравоохранением, представлен страховым медицинским организациям и доступен для ознакомления застрахованным гражданам. Только при условии доступности объективной, качественной информации, пациент или СМО могут стать управляющими субъектами на рынке поставщиков медицинских услуг и принимать решения о выборе ЛПО, частной врачебной практики, отдельного врача для заключения договора и получения медицинских услуг.

Как управляющий субъект в системе рыночных отношений пациент выбирает:

- вид своей медицинской страховки (например, стандартная страховка по программе обязательного медицинского страхования, дополнительная программа профилактического комплекса медицинских услуг, программы добровольного медицинского страхования по профильным медицинским услугам и т.д.);

- конкретного врача для получения у него медицинской помощи или отдельной медицинской услуги;
- лекарственный препарат среди синонимов в ценовом ряду (оригинальный, воспроизведённые), когда назначенный врачом препарат приобретается пациентом за собственные деньги.

Страховая медицинская организация при заключении договоров с ЛПО делает выбор по критериям, которые соответствуют определённому уровню качества медицинской помощи.

Каждая ЛПО должна иметь не только целевые критерии для оценки качества оснащенности медицинским оборудованием, кадрами и т.д., но и согласованные критерии для оценки качества персонализированной медицинской помощи конкретному пациенту при конкретной клинической ситуации.

Персонализированная медицинская помощь – это модель оказания медицинских услуг конкретному пациенту в соответствии с требованиями качественной клинической практики, которая:

- отвечает обоснованным потребностям конкретной клинической ситуации с позиций современных профессиональных знаний,
- соответствует принципам безопасности и достоверно доказанной эффективности применяемых медицинских технологий, средств, правил оказания медицинской помощи,
- обеспечена адекватными для оказания надлежащей помощи ресурсами, организацией процессов, технологиями, условиями выполнения качественных медицинских услуг и отношениями, отвечающими принципам профессиональной этики.

Фактический уровень качества предоставляемой персонализированной медицинской помощи в разных ЛПО отличается, т.к. определяется имеющимися ресурсами (финансовыми, кадровыми, материально-техническими и т.д.), социо-культурной внутренней и внешней средой, организационным опытом менеджеров медицинской организации и характеристиками конкретных клинических ситуаций.

Согласно приказу министра Минздравсоцразвития РФ от 5 мая 2012г №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» [8], в ЛПО должна эффективно работать система врачебных комиссий.

Врачебная комиссия (ВК), наряду с функциями по выдаче справок, заключений, медицинского освидетельствования, определения нетрудоспособности пациента, регламентированного права на получение

изделий медицинского назначения на льготных условиях и т.д., должна выполнять функции управляющего субъекта системы качественной медицинской помощи - п.п. 4.1; 4.6; 4.8; 4.9; 4.10; 4.11; 4.16; 4.18; 4.19; 4.20; 4.21; 4.22 приказа.

В общей системе ВК ЛПО (см. п.6 «Порядка создания и деятельности врачебной комиссии») предусмотрено создание подсистем ВК, обеспечивающих управление качеством медицинской помощи, т.е. организацию, контроль и развитие качества, что соответствует процессов управления (в системе менеджмента качества).

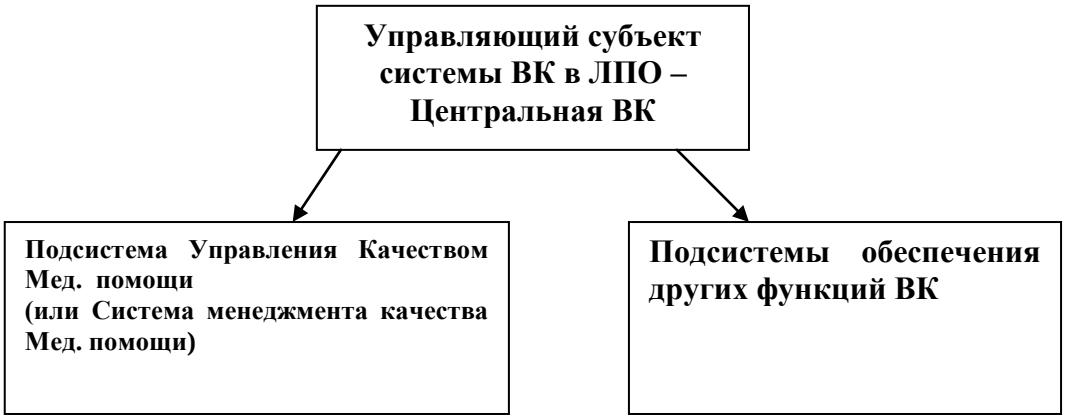


Рис. Общая структура Центральной врачебной комиссии в ЛПО

Управляющий субъект подсистемы Управления качеством медицинской помощи в ЛПО - Комитет по качеству медицинской помощи (см. рисунок). В свою очередь, система Управления качеством медицинской помощи включает в себя подсистемы:

- профильных комиссий по управлению качеством персонализированной медицинской помощи в клинических отделениях;
- комиссий по организации и обеспечению условий оказания качественной медицинской помощи в ЛПО;
- комиссии по управлению качеством лекарственной помощи в ЛПО и др.

Согласно системному принципу иерархии, все профильные комиссии по управлению качеством медицинской помощи являются управляющими субъектами на своём уровне. Они организуют, контролируют и несут ответственность за соблюдение требований к качеству выполнения медицинских технологий, процедур, манипуляций; проводят внутренний клинический аудит, занимаются диагностикой проблем и вносят предложения по совершенствованию

качества в Комитет по управлению качеством медицинской помощи ЛПО.

Важным признаком системно организованной деятельности является не только управляемость объекта, но и способность системы к развитию. Выработка новых знаний системой и дальнейшее совершенствование качества оказания медицинской помощи требуют накопления и анализа информации о результатах применения имеющихся медицинских технологий, протоколов оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях (анализа клинических событий).

Достоверность полученных результатов зависит не только от количества включенных в анализ наблюдений (клинических событий), но и от качества собранной информации. Формирование каналов обратной связи и выбор полезной информации для оценки качества – важный этап создания системы управления качеством медицинской помощи.

Постоянный мониторинг качества персонализированной медицинской помощи может быть обеспечен при условии систематизации клинических событий на момент принятия решений. Систематизация клинических событий необходима для организации объединенных баз данных и может быть осуществлена на основе методологии квантизации информации. Данная методология [9,10], предполагает формирование образцов качественной клинической практики для поддержки принятия решений о назначении медицинских вмешательств или лекарственных препаратов в формате векторных кластеров клинических событий, состоящих из пяти базовых единиц (информационных квантов или кубитов).

Базовые информационные кванты (кубиты) содержат полезную информацию с критериями принятия решений о применении тех или иных медицинских воздействий при определённых характеристиках клинических ситуаций [9, 11]. Векторами клинических ситуаций являются: стадия, фаза, степень тяжести основного заболевания, общий класс клинического состояния пациента с учетом дополнительных факторов, влияющих на принятие решения. На основе разработанных критериев были созданы протоколы поддержки принятия решений для оказания персонализированной медицинской помощи при ряде клинических ситуаций. При вводе информации в электронную базу данных автоматически (на основе справочников базы знаний) присваивается соответствующий код клинической ситуации, которая подлежит мониторингу и анализу.

Любая клиническая ситуация в момент принятия решений может быть отражена системой кодов. Кроме общего кода заболевания (в соответствии с международной классификацией болезней 10-го издания), необходимо применять дополнительные коды, отражающие характеристики состояния пациента на момент принятия решения. Введение унифицированных дополнительных кодов – важный шаг на пути формирования объединенных электронных баз данных разных ЛПО, последующего анализа качества принятых решений и оценки их результатов.

Внедрение и применение принципов систематизации информации о клинических событиях и создание унифицированной структуры отражения информации в электронных базах знаний и базах данных способны в перспективе обеспечить мониторинг персонализированной медицинской помощи в момент принятия решений и непрерывное совершенствование качества медицинской помощи.

Выводы

1. Содержание понятия «медицинская услуга» определяется средой его применения: в системе клинической практики – это технологическая модель качественной клинической практики в рамках оказания медицинской помощи пациенту; в системе рынка – это товар как предмет выбора источника медицинских услуг.
2. Система клинической практики отражает структуру и содержание профессиональной медицинской деятельности, где пациент является объектом управления.
3. Условием реализации потребительского потенциала пациента является наличие рынка поставщиков медицинских услуг и доступность информации о поставщиках медицинских услуг на рынке.
4. Качество медицинской помощи является областью взаимодействия системы клинической практики и рынка медицинских услуг. Управляющий субъект системы качества в ЛПО - Комитет по качеству медицинской помощи как интегрированная форма работы врачебных комиссий.
5. Важным направлением совершенствования качества медицинской помощи является создание «паспортов качества» поставщиков медицинских услуг, внедрение информационных технологий и программных средств для мониторинга персонализированной медицинской помощи.
6. Организация структуры электронных баз данных и баз знаний клинических событий и ситуаций может быть обеспечена при условии их систематизации на момент принятия решений, кодирования и хранения

информации для последующего проведения автоматизированного анализа.

7. В основу методологии систематизации клинических событий на момент принятия решений может быть положен принцип квантизации каждого информационного вектора события на кластер из пяти квантов (или кубитов).

Список литературы

1. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р).
2. Бедорева И.Ю. Научное обоснование системы менеджмента качества медицинской организации. Дисс.на соиск. уч. степ. д.м.н. Новокузнецк, 2009. - 366 с.
3. Брескина Т.Н. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре. Дисс.на соиск. уч. степ. д.м.н. Москва, 2008. - 322 с.
4. Серегина И.Ф. Концептуальные подходы к государственной системе контроля и надзора и ее роль в управлении качеством медицинской помощи. Автореферат дисс.на соиск. уч. степ. д.м.н. Москва, 2010. – 48 с.
5. Чумаков А.С. Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей (концептуальные и методические подходы). Дисс.на соиск. уч. степ. д.м.н. Москва, 2009. – 374 с.
6. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ// Российская газета. 2011. 23 ноября.
7. Федеральный закон «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. № 212-ФЗ // Российская газета. 1992. 7 апреля.
8. Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» от 5 мая 2012 г. № 502н.
9. Стародубов В.И., Луговкина Т.К. Клиническое управление. Теория и практика - М: Медицина, 2003. - 192с.
10. Луговкина Т.К. От хаоса – к порядку (системный подход и информационные технологии в организации качественной клинической практики применения антибиотиков). - Екатеринбург: Ажур, 2008. - 154 с.
11. Lugovkina T., Richards B. Clinical events classification for using the EHR to provide better patients care // Medical and care compunetics 6. L. Bos et al. (Eds.), IOS Press, Amsterdam, Berlin, Tokyo, Washington, DC. – 2010, P. 167-170.

Луговкина Татьяна Константинова – д.м.н., клинический фармаколог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул.Бардина, 9а, тел. (343) 2404268, bonum@bonum.info