УДК 616-001:616-039.78

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ЦЕНТРАХ

И.Л. Шлыков[*], Н.Л. Кузнецова[**], П.В. Елфимов[***], Н.В. Кривенко[***]

[*] *ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий»*
[**] *- ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»*
[***] *- МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», г. Екатеринбург*

Улучшить качество медицинского обслуживания можно лишь путем объективного выявления проблем в работе, предотвращения их, определения, внедрения и оценки систематических изменений с целью совершенствования всех процессов в специализированных центрах травматологического профиля и улучшения результатов медицинского обслуживания. Одним из методологических подходов к оценке качества является социологический опрос, позволяющий регистрировать динамику исполнения организационных решений.
Ключевые слова: критерии качества, лечебно-диагностический процесс, травматологический стационар

QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL SERVICE AT PATIENTS OF A TRAUMATOLOGIC STRUCTURE IN THE SPECIALIZED CENTERS

I.L. Shlykov, N.L. Kuznetsova, P. V. Elfimov, N.V. Krivenko

To improve quality of health services it is possible only by objective revealing problems in work, their prevention, definition, introduction and an estimation of regular changes with the purpose of perfection of all processes in the specialized centers of a traumatologic structure and improvement of results of health services. One of methodological approaches to an estimation of quality is the sociological interrogation, allowing to register dynamics of execution of organizational decisions.
Keywords: criteria of quality, medical-diagnostic process, traumatologic hospital

Актуальность. Вопросы качества медицинского обслуживания являются одним из критериев оценки оказания помощи травматологическим больным. Однако, несмотря на очевидную значимость данной проблемы и наличие нормативных документов, предусматривающих совершенствование контроля качества медицинской помощи населению в соответствии с основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (закон РФ "О медицинском страховании граждан в РФ", Приказ МЗ и СР РФ от 24.09.2008 г. № 513-н «Об утверждении Положения о ВК медицинской организации»), а также региональных приказов (МЗ Свердловской области № 565-П-205 от 21.08.2003 г. "О контроле качества и эффективности медицинской помощи", приказа УЗ № 498 от 23.09.2003 г. «О совершенствовании системы ККМП в ЛПУ г. Екатеринбурга») имеются единичные

публикации отечественных и зарубежных авторов по данной проблеме. С позиции менеджмента категория качества в травматологии не рассматривается. Ряд исследователей считает анкетирование пациентов и врачебного персонала одним из инструментов, позволяющих администрации больниц проводить скрининговую оценку качества медицинской помощи и оперативно принимать меры по устранению недостатков [1]. Используя многомерный анализ, возможна оценка ряда факторов, способствующих развитию осложнений после травм [2]. Ожидаемые результаты летальности от травм в Великобритании можно прогнозировать с учетом ряда специально разработанных критериев математической модели [3]. В единичных работах представлены регистры травматического воздействия у жителей Германии, позволяющие прогнозировать качество жизни после перенесенного повреждения, а также анализировать затраты на лечение пациентов [4]. Лечение больного с нарушениями опорно-двигательного аппарата может быть успешным при оценке личностных особенностей больного [5]. На наш взгляд, необходима разработка критериев качества оказания травматологической помощи путем всесторонней оценки, что является актуальной нерешенной проблемой.

Для решения такой медико-социальной проблемы как травматизм, целесообразно разделять направления, решение которых зависит от здравоохранения (профилактика последствий травматизма) и не зависящие от него, так называемое межведомственное направление (устранение факторов риска). Что касается медицинской составляющей, то она напрямую зависит от качества оказания травматологической помощи. Качество лечебного процесса использовано нами как интегральный показатель, от которого зависит эффективность работы лечебного учреждения, в том числе специализированного центра травматологического профиля. Для оценки качества оказания травматологической помощи нами разработана система, включающая внутреннюю и внешнюю экспертизы, для каждой из которых предложены свои критерии. Они предусматривают регламент мониторирования.

Для обеспечения оценки качества нами разработаны информационно-аналитические инструменты: информационно-аналитическая программа «ОСА» для управления качеством медицинской помощи травматологическим больным

(Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2007610696 от 13.02.2007 г.) и программное средство «ЮГА», предназначенное для формирования, обслуживания и аналитического использования электронной базы данных пролеченных больных с различными видами патологии (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2008612722 от 30.05.2008 г.).

Экспертная оценка качества оказания травматологической помощи:

Была предусмотрена система **внутрибольничного контроля качества** и коррекция медико-экономических стандартов с учетом разных уровней травматологической помощи, который включал три уровня:

1-й уровень - контроль заведующим отделением и старшей медицинской сестрой подразделения путем заполнения экспертных карт по оценке качества работы медицинского персонала;

2-й уровень - контроль заместителем главного врача по лечебной части и главной медицинской сестрой учреждения путем заполнения экспертных карт по оценке качества работы руководства отделения, предварительно ознакомившись с результатами проведенной экспертизы 1 уровня;

3-й уровень — контроль клинико-экспертной комиссией один раз в квартал, основываясь на результатах экспертизы 1 и 2 уровней, сравнивая оценки показателей работы по отделениям.

Нами использована схема оценки результатов лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата, разработанная Российским научно-исследовательским институтом травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена (1997), дополненная нами **моделью конечных результатов лечения:**

Амбулаторный этап: соотношение первичных к повторным больным в травмпункте 1:2 1:2,5; оперативная активность в травмпункте не менее 10%; диспансеризация всех инвалидов; курация на дому.

Стационарный этап: оперативная активность в травматологических отделениях выше 50%; общее число краниопластик к числу трепанаций черепа; оперативная активность при переломах шейки бедра; летальность средняя; летальность послеоперационная; летальность при различных видах повреждений; процент послеоперационных осложнений; процент достижения критерия качества по экспертизе историй болезни; процент незаконченных

случаев, исключая объективные: перевод в другие травматологические стационары, самовольные уходы, несвоевременная выписка; штрафные санкции по историям болезни; общее число повторных осмотров от числа пролеченных больных в травматологических отделениях.

Реабилитационный этап: снижение инвалидности по закрепленным за ЛПУ территориям на 3%; снижение обоснованности жалоб населению на 5%; увеличение числа направленных на реабилитацию (консервативную и оперативную) по скелетной травме на 10%, по нейрореабилитации на 30%.

На наш взгляд, оценка ближайших и отдаленных результатов лечения, на основе изучения клинико-функциональных, рентгенологических показателей и трудовой характеристики позволяла объективно оценить качество оказания травматологической помощи пациентам данного профиля.

При изучении основных показателей, характеризующих последствия травматизма, особое внимание обращено на обоснование приоритетности развития травматологической помощи населению и методологию расчёта возможного социального и экономического эффектов, основанного на количественной оценке социально-экономических потерь общества от травм и их последствий, связанных с неоправданной инвалидностью и преждевременной смертностью. Одним из основных критериев оценки качества лечения пациентов был **показатель летальности**. Наряду с традиционной оценкой рекомендуемых показателей (досуточная, послеоперационная и др.) учитывался уровень летальности по сравнению с городскими, региональными, российскими показателями аналогичных учреждений.

Вторым по значимости был **интенсивный показатель уровней первичной и повторной инвалидности** как по данным главного эксперта больницы (внутренняя экспертиза), так и по данным ФГУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» (внешняя экспертиза). Для повышения качества восстановительного лечения инвалидов травматологического профиля, при нашем участии, разработана и внедрена с 1998 г. Городская программа «Инвалид», в которой предусмотрена, наряду с экспертной, реабилитационная работа. Она включает использование всего арсенала восстановительного лечения (консервативного и оперативного) в течение первого года после травмы, диспансерное наблюдение пациента (стационар – травмпункт - стационар), консультативную помощь с последующей экспертизой. Эти меры

направлены на предупреждение первичной инвалидности. Для профилактики повторной инвалидности предусмотрена система активной реабилитации в течение года, позволяющая своевременно выявлять и ликвидировать выявленные морфофункциональные нарушения (управление качеством). Оценка этого этапа профилактики инвалидности проводится ФГУ «ГБ МСЭ по Свердловской области».

Одним из критериев стабильной работы травматологического центра в целом является **уровень числа пациентов с гнойными осложнениями**, подлежащими переводу в отделение гнойной хирургии к общему числу пролеченных больных.

В условиях финансовой нестабильности работы лечебных учреждений, важными условиями соблюдения положительного соотношения **«финансы – качество лечебного процесса»** являются разработка, внедрение и оценка показателей качества, характеризующих это соотношение. На наш взгляд, адекватную объективную оценку можно получить по трем составляющим. Первый из них – **степень курации больных.** Второй – критерий качества (они оба являются показателями внешней экспертизы и предоставляются ТФОМС). Третий показатель предложен нами и является **интегральным экономическим показателем** (Н.В. Кривенко, 2007 г.):

Кинтегр. = Квып.фин.плана · Чб ОМС ·Чб стат ·Средн к/д · Кнагрузки койки · Ккачества · Кстоим.,

где *Кинтегр.* - интегральный коэффициент,

Квып.фин.плана – коэффициент выполнения финансового плана,

Чб ОМС - коэффициент выполнения плана по числу пролеченных больных, оплаченных по реестрам,

Чб стат - коэффициент выполнения плана по числу пролеченных больных, по данным статистики (включающих больных, не оплаченных ТФОМС),

Средн к/д - коэффициент выполнения плановой средней длительности лечения – рассчитывается обратным соотношением:

Средн к/д = Средн к/д план. / Средн к/д факт.

Кнагрузки койки - показатель соотношения фактической ежедневной нагрузки койки к плановой,

ККачества – критерий качества,

Кстоим. – показатель соотношения фактической стоимости 1 больного к плановой.

Мониторинг показателя осуществляется экономическим отделом лечебного учреждения, доводится до сведения заведующих профильными отделениями и администрации больницы 3 раза в месяц, что позволяет в оперативном режиме оценивать экономическую эффективность работы отделений стационара и управлять этими показателями.

Показатель работы, равный и выше единицы, мы считаем оптимальным для обеспечения качества лечебно-экономической деятельности учреждения.

Помимо финансового состояния учреждения, его организационной структуры, выбора и соблюдения медицинских технологий для достижения результативности деятельности, большое внимание уделялось состоянию и уровню качества деятельности медицинских кадров: их квалификации, добросовестности, соблюдению норм этики и деонтологии. **Работа медицинского персонала** оценивалось по степени удовлетворенности пациентов оказанной травматологической помощью. При этом использован метод экспертной оценки и социологический метод, позволившие дать как объективную, так и субъективную оценку качества оказываемых услуг. Социологическое исследование проводили по специально разработанной анкете для больных, находившихся на стационарном лечении. Проведённый анонимный опрос пациентов травматологических отделений МУ ЦГКБ №23 г. Екатеринбурга позволил объективно оценить положение дел, касающееся отношения медицинского персонала и качества обслуживания с позиции больного. В связи с тем, что во всех отделениях получены идентичные ответы по качеству питания, расходам на обследование и лечение, не вызывает сомнения факт действительно существующих различий по качественным показателям работы отделений. На основании проведенного анализа полученных данных становится возможным разработать и внедрить мероприятия, направленные на улучшение существующего положения. Медико-социологическое исследование показало, что качество и эффективность лечения в условиях стационара определялись своевременностью назначения и выполнения диагностических исследований и процедур. Деонтологические аспекты поведения медицинского персонала хирургических отделений неизбежно сказывались на качестве лечения и напрямую увязывались с выполнением ими своих профессиональных обязанностей. Следует

отметить, что подавляющее большинство опрошенных отмечали вежливое, доброжелательное и отзывчивое отношение врачей и среднего медицинского персонала. Одним из важных вопросов, не только определяющих комфортность пребывания больного в стационаре, но и имеющих терапевтическое значение, является вопрос об удовлетворенности пациентов качеством пищи. На оценку качества стационарной помощи оказывают влияния и бытовые условия. Для того, чтобы пациент получил качественное лечение в стационаре, он должен находиться в комфортных условиях. При развитии рыночных отношений, конкуренции медицинских учреждений, свободного выбора пациентом стационара условия пребывания в стационаре и уровень сервисных услуг приобретают если не решающее, то весьма существенное значение для повышения экономической эффективности деятельности клинической больницы.

Установлено, что только соотношение как положительных, так и отрицательных ответов дает возможность всесторонне проанализировать деятельность отделений по качеству медицинской помощи населению с точки зрения пациента. При этом важно не только максимальное количество положительных ответов, но и отсутствие отрицательных. Улучшить качество медицинского обслуживания стало возможно при разборе результатов исследования в коллективах, что было установлено с помощью повторного анкетирования и использования системы экспертных оценок. По итогам опроса отделения распределились следующим образом.

Интегральным показателем качества стационарной помощи, с точки зрения респондентов, является показатель удовлетворенности лечением и уходом в целом, что отражается прежде всего в динамике улучшения состояния здоровья.

Таким образом, травматизм, как медико-социальная проблема, нуждается в обеспечении специализированной помощью населению. Ее качество определяется изменениями не только структуры и технологий лечебно-профилактического учреждения, но и коррекцией психологии управления, деятельности руководителей ЛПУ, администрации и медицинских работников. Улучшить качество медицинского обслуживания можно лишь путем объективного выявления проблем в работе, предотвращения их, определения, внедрения и оценки систематических изменений с целью совершенствования всех процессов в ЛПУ и улучшения

результатов медицинского обслуживания.

Список литературы

1. Котова Г.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи/ Г.Н. Котова, Е.Н. Нечаева, А.П. Гучек, Л.Н. Карасева// Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 4. – С. 22-24.
2. Parot R. Prognostic factors of secondary complications in pediatric traumatology: a prospective study of 700 patients/ R. Parot at al.// Rev Epidemiol Sante Publique. – 1999. – 47(4):343-52.
3. Coats TJ. Identification of patients to include in trauma audit: a modification of the pre-chart/ T.J. Coats, A. MacDonald// Injury. – 1999. – N 30(10): 677-9.
4. Oestern H. Conclusions and consequences from registries: the Polytrauma Register of the German Society of Trauma Surgery/ H. Oestern at al.// Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr. – 2001. – 118:712-5.
5. Мусаталов Х.А. Некоторые особенности оказания травматологической помощи/ Х.А. Мусаталов, Л.Л. Силин, С.В. Бровкин// Медицинская помощь. – 1999. – № 4. – С. 8-10.

Шлыков Игорь Леонидович, директор ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий», к.м.н.
620026, г. Екатеринбург, ул. Карла-Маркса, 12 – 49, 620000, г. Екатеринбург, ул. Банковский, тел (343) 3711723.