

УДК 338.61:614.2.

DOI 10.25688/2312-6647.2019.20.2.03

Ю.Ю. Швец

Показатели и критерии качества в здравоохранении

В статье проведен анализ основных тенденций, подходов к созданию и использованию инструментальной базы оценки качества, уровня эффективности деятельности медицинских организаций в РФ и некоторых зарубежных странах. В результате проведенного исследования было выявлено отсутствие единого механизма, позволяющего сопоставлять результативность работы медицинских организаций, которые располагаются в различных субъектах РФ, а также отмечена методологическая разобщенность при выборе показателей и критериев независимой оценки эффективности деятельности медицинских организаций. В недостаточной мере уделяется внимание финансово-экономическим стимулирующим мерам, направленным на повышение медицинской, социальной и экономической эффективности в деятельности медицинских организаций.

Ключевые слова: медицинские услуги; медицинские организации; качество; управление; эффективность.

Эффективное предоставление медицинских услуг требует проведения последовательных действий, направленных на обеспечение высококачественной помощи и безопасности при минимизации рисков и потерь. Эти действия вызваны огромной ценностью человеческой жизни. Об управлении качеством и рисками в здравоохранении говорят все чаще не только в маркетинговом контексте, связанном с обеспечением безопасности, но и с позиции эффективности и выгоды, которые влечет качественная система управления. Тем более что доступные на рынке инструменты оптимизации, связанные с управлением рисками, позволяют в большей степени достичь поставленные цели наиболее эффективным способом для удовлетворения потребностей постоянно растущей группы заинтересованных лиц.

Методологическая основа управления качеством опирается на труды отечественных и зарубежных ученых и специалистов в областях оценочной деятельности, качества, стандартизации: Ю.П. Адлера [1], М.М. Кане [4], И. Конда [5], Л.А. Кузнецова [6], А. Фейгенбаума [16], Д. Эванса [21]. Изучению вопросов стандартизации деятельности медицинских организаций, возможности интеграции стандартов в систему здравоохранения посвящены труды А.Н. Вялкова [2], В.Б. Ломакина [8], А.А. Меркулова [9], О.В. Пушкарева [10], Ю.Ю. Швец [18; 19] и др.

Вопросы эффективности управления деятельностью медицинских организаций рассматривались в работах Ф.Н. Кадырова [3], Т.И. Расторгуевой [11],

Ж.О. Сафроновой [12], И.Н. Старовойтовой [13], В.О. Флек [17]. Можно выделить работы, посвященные проблемам качества медицинских услуг: О.И. Кузнецова [7], А.Н. Шмелевой [20], А.П. Столбова [14], Л.С. Федосеевой [15].

Целью статьи является анализ показателей и критериев качества в здравоохранении.

В мировой практике распространены стандарты, зарегистрированные соглашения, содержащие технические спецификации, руководящие принципы, которые нужно использовать для гарантии соответствия продукции, пригодности для их целей. В России — ассоциация по сертификации «Русский регистр», в Германии — «ТЮФ Интернациональ», во Франции — Burea Veritas Certification, являются органами по сертификации менеджмента качества.

ИСО (International Organization for Standardization) поддерживает эталоны международного производства и торговли для большинства стран мира, разрабатывает действия по стандартизации в связи с облегчением международного обмена товарами и услугами в технологических и экономических сферах действий.

В стандартах ИСО серии 9000 центральное внимание перенесено с качества продукции на качество труда, основных средств предприятий, технологию и управление. Оценка качества объекта должна охватывать все стадии жизненного цикла (принцип петли качества).

Петля качества состоит из стадий жизненного цикла товаров или услуг; на каждой из стадий должна производиться оценка качества, которые вносят свой вклад в развитие системы качества. В международных стандартах, например в ИСО 8402, приводится следующее понятие: обеспечение качества — совокупность планируемых и систематически проводимых мероприятий, необходимых для создания уверенности в том, что продукция или услуга удовлетворяет определенным требованиям к качеству.

Данное понятие соответствует современным понятиям в теории управления качеством, то есть обеспечение качества как совокупности мероприятий по обеспечению соответствия качества процессов требованиям, как совокупность организационной структуры, процессов и методик, ресурсов и мероприятий по удовлетворению товаров и услуг определенным требованиям качества товаров и услуг.

Система управления качеством на практике является сложной, так как необходимо контролировать все процессы и стадии производства на предприятии, от этапа получения сырья до поставки готовой продукции. В сфере услуг систему качества и весь процесс оказания услуги контролируют менеджеры. Сфера услуг является быстрорастущей и развивающейся из всех видов экономики. Многие предприятия-производители также оказываются участниками сферы услуг, часть затрат на производство относится к приобретению определенных услуг, например транспорт, реклама, финансовые и послепродажные услуги.

Японская медаль за качество вручается компаниям, уже получившим премию имени Деминга, которые смогли значительно повысить свои показатели

качества за четыре года с момента награждения. Комитет по назначению премии имени Деминга оценивает деятельность фирм по 48 показателям, сгруппированным в девяти направлениях: проведение политики в области качества; организация и управление деятельностью предприятия; сбор, обработка и интерпретация информации о качестве; анализ проблем качества; стандартизация; контроль качества; обеспечение качества; результаты; планы.

Европейская модель управления качеством (EFQM) является основой для достижения устойчивого превосходства в организации, может быть использована в качестве основы для описания атрибутов организационной структуры. Модель состоит из восьми критериев, которые были определены через строгий процесс, включающий сравнительный анализ на мировом рынке, поиск по разным странам для новых тенденций управления и серий интервью с руководителями отраслей, работающих по всей Европе. Каждый критерий из концепции важен по отдельности, но максимальная польза достигается, когда организация может интегрировать их всех в ее культуру.

Основными критериями европейской модели совершенства являются:

1. Ориентация на результаты. Концепция «совершенство» — это достижение результатов, которые удовлетворяют все заинтересованные стороны. В современных быстроменяющихся условиях организация должна реагировать на изменения и ожидания всех заинтересованных сторон. Для этого необходимо проводить анализ и мониторинг своей деятельности, а также следить за другими организациями, прогнозировать потребности клиентов с учетом конкуренции и активности других организаций. Собранная информация используется как для разработки стратегии, так и для планирования кратко- и долгосрочных целей и задач компании, достижения запланированных результатов деятельности и ориентировании на заинтересованные стороны.

2. Ориентация на потребителя. Концепция — это создание ценностей для потребителя. В совершенной компании понимают потребности своих потребителей, которые в конечном итоге оценивают работу компании и качество ее услуг. Для сохранения доли на рынке услуг необходимо ориентироваться не только на текущих, но и на потенциальных потребителей, для повышения результатов работы необходимо разделить их на сегменты. Отслеживание результатов конкурентов помогает превзойти ожидания потребителей или сделать все возможное для этого, а также анализировать удовлетворенность потребителей и реагировать на выявленные проблемы.

3. Лидерство и постоянство цели. Концепция — это видимое и вдохновляющее лидерство в сочетании с постоянством целей. В совершенных организациях существуют лидеры, которые поддерживают направление по развитию компании, мотивируют всех сотрудников, устанавливают корпоративные ценности, этику и культуру для обеспечения привлекательности компании среди конкурентов. На всех уровнях управления организацией лидер мотивирует сотрудников к совершенству на своем примере, а также

совместной деятельностью. Для укрепления доверия всех заинтересованных сторон они обеспечивают постоянство и стабильность целей, мотивируют сотрудников и реагируют на изменения во внешнем окружении.

4. Менеджмент на основе процессов и фактов. Концепция «совершенство» — это управление организацией через сеть взаимодействующих и взаимосвязанных процессов, систем и фактов. Управление в совершенной организации имеет эффективную систему, которая направлена на удовлетворение ожиданий и потребностей сторон, что обеспечивается интеграцией процессов по реализации стратегии и политики организации. Данные процессы постоянно улучшаются и анализируются, а решения руководства принимаются на основе показателей текущей деятельности, с учетом целевых показателей, потребностей и результатов конкурентов, оценки возможных рисков.

5. Развитие и вовлеченность персонала. Концепция «совершенство» — это обеспечение максимального вклада работников путем их развития и вовлечения. В совершенных компаниях обучают персонал, понимая его роль в реализации политики и стратегии компании, а также поддерживают уровень профессионализма. Происходит поощрение роста и развития сотрудников как материально, так и в нематериальном плане, для возможности реализации своих способностей. Организации признают в своих сотрудниках готовность к переменам и личностному росту, для использования интеллектуального потенциала сотрудников на благо организации. Корпоративная культура увеличивает потенциал и поддерживает активное участие работников, мотивирует к сотрудничеству, использует их идеи для улучшения системы качества организации.

6. Постоянное изучение, инновации и улучшения. Концепция «совершенство» — это постоянный поиск возможностей улучшений и инноваций на основе приобретения новых знаний. Организации изучают не только свою деятельность, но и конкурентов, уделяя большое внимание внешнему и внутреннему бенчмаркингу. Сотрудников поощряют за предложения и идеи, используют их интеллектуальную собственность и ищут возможности для инновационных мероприятий по улучшению качества.

7. Развитие партнерства. Концепция «совершенство» — это развитие и поддержка партнерских отношений, добавляющих ценность. В условиях меняющейся внешней среды большую роль играют отношения с партнерами и другими организациями, позволяя увеличивать ценность организации и развивать ключевые профессиональные области. Отношения с партнерами и клиентами строятся на взаимной выгоде и поддержке ресурсами, информационными технологиями, на основе доверия и уважения.

8. Корпоративная и социальная ответственность. Концепция «совершенство» — это выход за минимальные законодательные требования, в рамках которых функционирует организация, и приложение усилий, для того чтобы понимать и реагировать на ожидания общества. Организации осуществляют деятельности в соответствии с этическими ценностями, прозрачностью и открытостью для всех

заинтересованных лиц в компании. Социальная и экологическая ответственность подразумевает планирование аспектов своей деятельности в настоящем и будущем согласно нормам в региональном масштабе.

Совершенные организации осознают свое влияние на настоящее и будущее своего региона и делают все для уменьшения его возможных отрицательных последствий. Фундаментальные концепции совершенства образуют основу для критериев этого Совершенства EFQM.

Качество в здравоохранении определяется как свойство медицинской услуги удовлетворять спрос, а оценка качества призвана определить уровень фактического медицинского обслуживания.

Согласно медицинским стандартам качество представляет совокупность характеристик услуг, которые удовлетворяют установленным потребностям. По федеральному ОМС, понятие качества определяет взаимодействие пациента и врача, которое основано на профессиональных навыках, способности использования современных медицинских ресурсов по обеспечению удовлетворенности пациента, снижению риска развития заболевания и возникновения нового.

В медицинской деятельности необходимо контролировать систему качества не только медицинских услуг, но и предметов медицинского назначения, а также медицинской информации и учреждений.

Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями введена с 21 июля 2014 г. ФЗ–256 по инициативе президента РФ, с целью информирования граждан и повышения качества медицинских услуг.

В соответствии с законодательством Российской Федерации независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями проводится во всех медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, по следующим критериям:

- открытость и доступность информации о медицинской организации;
- комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения;
- время ожидания предоставления медицинской услуги;
- доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации;
- удовлетворенность оказанными услугами.

Вышеперечисленные критерии будут рассмотрены более подробно в соответствии с нормативно-правовыми актами.

Критерии качества медицинских услуг установлены Приказом Министерства здравоохранения № 520 от 15 июля 2016 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», с изменениями, вступающими в силу с 1 июля 2017 г. Критерии оценки применимы к организациям, оказывающим медицинскую помощь по лицензии, установленной законом РФ, по группам заболеваний и по условиям медицинской помощи.

По условиям оказания медицинской помощи существуют две группы:

1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

- ведение амбулаторной карты (в том числе по беременности и развитию ребенка), заполнение всех разделов, а также согласие на оказание помощи;
- первичный осмотр и оформление его результатов в карте, установление предварительного диагноза и плана по лечению;
- назначение препаратов, исследований и установка клинического диагноза за 10 дней с первичного обращения;
- внесение изменений в схему лечения, обследования и назначение новых лекарственных препаратов в соответствии с полученными результатами;
- проведение медицинской экспертизы, установление нетрудоспособности;
- проведение последующих осмотров, назначение диспансеризации по результатам исследований.

2. Критерии в условиях стационара во многом совпадают с критериями в амбулаторных условиях, рассмотрим различия:

- установление первичного диагноза не позже двух часов с поступления,
- указание в плане лечения хирургического вмешательства и наличие показаний;
- установление клинического диагноза за 72 часа, а по экстренным случаям — не более 24 часов с момента поступления;
- при затруднении в установке диагноза — собрание консилиума врачей и оформление результатов в карту;
- проведение плановых еженедельных осмотров;
- при изменении состояния лечащий врач консультируется с заведующим отделением;
- при летальном исходе проведение вскрытия и установление соответствия клинического диагноза с патологоанатомическим;
- в день выписки оформление результатов проведенного лечения в виде выписки из стационарной карты и рекомендаций, выданных на руки пациенту.

На сайте министерства здравоохранения существует анкета для пациентов, в которой можно указать конкретное медицинское учреждение и, заполнив анкету, оценить качество услуг.

Среди вопросов анкеты существует сбор информации о степени удовлетворенности качеством услуг, таких как ожидание приема врача, длительность оказания услуг, время приема, платность дополнительных исследований, информативность (на стендах, размещенных в больнице), а также другие вопросы по степени оказания услуг.

Показатели регионального здравоохранения выделяют следующие критерии:

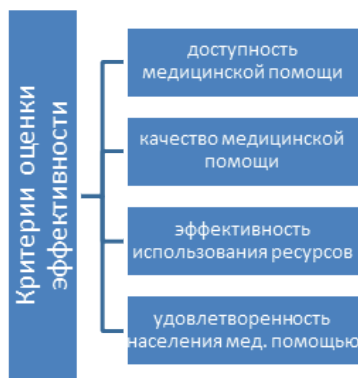
- общая удовлетворенность;
- число лиц, которым поставили диагноз впервые;
- несовершеннолетние инвалиды;

- смертность населения (младенческая, материнская, трудоспособные);
- смертность по видам заболеваний (сердечные, онкология, ДТП, другие причины, туберкулез);
- доступность помощи на основе нормативов;
- эффективность использования трудовых, финансовых и технических ресурсов;
- обеспеченность врачами и медперсоналом на 1000 населения (города и области), а также больничными местами.

Согласно статистическим данным, по результатам независимой оценки качества медицинских услуг были выделены несколько критериев, которым присваивались баллы:

1. Открытость информации.
2. Комфортность предоставления медицинских услуг.
3. Время ожидания.
4. Доброжелательность и вежливость медицинских работников.
5. Общая удовлетворенность оказанными услугами в медицинской организации.

В общем виде можно представить следующую систему критериев оценки эффективности системы здравоохранения (см. рис. 1).



Источник: Составлено автором на основании Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

Рис. 1. Критерии оценки эффективности функционирования системы муниципального здравоохранения

Рассмотрим каждый из вышеперечисленных критериев более подробно:

1. Доступность выражается следующими показателями:
 - величина норматива подушевого финансирования ТПГГ (территориальной программы государственных гарантий);
 - объем медицинской помощи (койко-дней, посещений, пациенто-дней, вызовов скорой);

- уровень госпитализаций на 1000 человек;
 - стоимость единицы объема амбулаторной, стационарной медицинской помощи, дневного стационара и скорой, (в рублях);
 - средняя продолжительность пребывания (в днях);
 - число койко-дней на 1000 человек;
 - число посещений, в том числе профилактических на 1000 жителей;
 - нагрузка на одну должность врача (количество коек на одного врача и на медсестру).
2. Критерии качества медицинской помощи в муниципальном образовании:
- число социальных болезней, установленных впервые;
 - число лиц до 18 лет, впервые признанных инвалидами;
 - смертность населения по видам заболеваний (сердечно-сосудистые, ДТП, туберкулез);
 - смертность по категориям (трудоспособные, младенческая, материнская);
 - охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез.
3. Критерии эффективности использования ресурсов здравоохранения в муниципальном образовании:
- обеспеченность населения и укомплектованность врачами;
 - потребность в кадрах для ТППГ;
 - укомплектованность средним медицинским персоналом.
4. Критерии удовлетворенности населения медицинской помощью:
- доля пациентов, удовлетворенных качеством медицинской помощи;
 - доля пациентов оплативших услуги медработников неофициально,
 - положительное отношение к неофициальной оплате;
 - пациенты, оплатившие услуги, которые входят в ОМС;
 - положительное мнение о легализации платежей;
 - участие в госпрограммах и оплате социальных платежей.

Каждый из предлагаемых критериев (показателей) оценки имеет свое целевое значение, с которым осуществляется сравнение фактически полученных данных в отчетном году, либо, если речь идет о показателях, полученных в ходе проводимого автором исследования, сравнение осуществляется с данными прошлого периода.

Предложенная методика расчета интегрального показателя оценки эффективности функционирования системы здравоохранения муниципального образования включает следующие этапы:

1. Представленные частные показатели классифицируются на критерии максимума (например, величина норматива подушевого финансирования ТППГ, число профилактических посещений врачей (по специальностям), укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом и т. д.) и минимума (например, уровень смертности, уровень госпитализации жителей и др.).

2. Осуществляется нормализация анализируемых частных показателей для обеспечения их сопоставимости с учетом максимума (минимума) соответствующего критерия.

3. Расчет интегрального показателя.

Практическое использование предлагаемой методики позволит путем определения интегрального показателя осуществить комплексную оценку эффективности деятельности субъектов систем здравоохранения, по результатам которой станет возможной разработка комплекса мероприятий, направленных на решение существующих проблем.

Методика оценки результативности деятельности муниципальных учреждений здравоохранения основана на следующих положениях. Одной из отличительных особенностей российской системы здравоохранения является ее неэффективность и затратный принцип реализации ресурсного потенциала. Суть бюджетирования, ориентированного на результаты, заключается в распределении бюджетных ресурсов между администраторами бюджетных средств и реализуемыми ими бюджетными программами с учетом или в прямой зависимости от достижения конкретных результатов (предоставления услуг) в соответствии со среднесрочными приоритетами социально-экономической политики и в пределах прогнозируемых на долгосрочную перспективу объемов бюджетных ресурсов.

Существует необходимость согласования затрат на содержание администраторов бюджетных средств и результатов их деятельности. Определение результативности деятельности учреждений здравоохранения предполагает, прежде всего, анализ показателей непосредственного результата, выражающегося в объеме и качестве оказанных населению услуг для достижения конечного социально значимого эффекта.

Министерство здравоохранения РФ разработало методические указания по оценке эффективности деятельности субъектов системы здравоохранения, позволяющие оценить достигнутые ими результаты. На основе систематизации и оценки значимости законодательно рекомендуемых частных целевых показателей (по выделенным критериям) и учет специфики деятельности медицинских учреждений, особенности специфики медицинских услуг, в частности роли человеческого капитала в обеспечении качества услуги, критериальная система оценки эффективности деятельности муниципальных учреждений здравоохранения (МУЗ), которая может быть применима и по отношению к частным медицинским организациям, функционирующим в рассматриваемом муниципальном образовании.

Система оценки качества в медицине играет важную роль, влияя на продолжительность и качество жизни населения, а также позволяет снизить риски в сфере здравоохранения.

В связи с низким качеством медицинской помощи можно выделить следующие риски:

- недоступность (географическая или ценовая, отказ в лечении);
- неблагоприятные последствия (смертельный исход, потеря трудоспособности, утеря органа, осложнения и т. п.);
- расхождения в постановке диагноза;
- вероятность повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию;

- нехватка лекарственных препаратов;
- неблагоприятные условия (вероятность инфицирования, несоблюдение условий по лицензии);
- низкий уровень обеспечения техническими средствами, новыми технологиями;
- плохое обслуживание пациентов, в том числе организации питания и условий содержания;
- несоблюдение этики медработниками;
- увеличение или сокращение длительности лечения от средней продолжительности;
- несоответствие предоставляемых услуг (обман пациента и страховой компании);
- отсутствие должной информации.

Вышеперечисленные риски качества в области медицинской помощи зависят не только от квалификации персонала и технического оснащения, но и от системы проверки уровня предоставляемой помощи. Со стороны пациента осуществляется контроль доступности помощи, профессионализма врачей и медицинского персонала, состояния пациентов, режима, соблюдения норм оказания помощи, в том числе этических. Со стороны страховых компаний как субъектов контроля проверяется качество и объем оказания услуг, предъявляются иски к лечебным организациям по возмещению ущерба пациентам, а также информируются органы управления о недостатках медицинских учреждений, которые были выявлены в результате работы. С точки зрения службы по надзору и защите прав потребителей следует изучать мнение о качестве услуг от граждан, информировать органы управления о недостатках и качестве медицинских услуг. Для этого формируется экспертиза качества, повышение квалификации, участие в работе лицензионных и аттестационных комиссий. Страхователь как субъект контроля должен соблюдать все условия договора медицинского страхования, а лицензионные комиссии — проверять безопасность оказания медицинских услуг и соблюдение условий лицензий.

Качество здравоохранения является сложным и междисциплинарным процессом (см. рис. 2). Оно может рассматриваться как с позиции реализации медицинских услуг, так и с точки зрения безопасности пациентов. Качество может формироваться из структуры, процесса или конечного результата. Но важно, чтобы оно надлежащим образом контролировалось и оценивалось на каждом этапе обслуживания.

Оценка качества медицинских услуг, как правило, осуществляется с помощью различного рода показателей и критериев, относящихся к определенным стандартам. Показатели качества в здравоохранении — это количественные измерители степени реализации стандартов, отображающие как рекомендованный стандарт достигается и реализовывается в медицинском учреждении. Показатели могут быть положительными (чем выше показатель, тем лучше качество) или отрицательными (чем выше показатель, тем хуже качество).



Источник: Собственные исследования.

Рис. 2. Области качества медицинских услуг

Формирование показателей качества требует сбора данных и их соответствующей обработки так, чтобы они представляли полезную информацию для его мониторинга. Следовательно, важным элементом при определении показателей есть гарантия того, что они характеризуются:

- значимостью — должны измерять то, что является предметом измерения, и предоставлять конкретные сведения;
- специфичностью — должны иметь возможность быть оцененными;
- чувствительностью — должны четко реагировать на изменения;
- доступностью — должны быть достигнуты с помощью разумных усилий;
- надежностью — значения должны быть близки при подобном измерении.

Показатели качества, применяемые в сфере здравоохранения, можно разделить на два типа:

- универсальные (измерители качества) — внешние индикаторы, разработанные организациями, занимающимися вопросами качества в сфере здравоохранения и пригодные для использования в любом медицинском учреждении;
- индивидуальные — внутренние показатели качества, разработанные для определенного медицинского учреждения.

Согласно с обеспечением безопасности медицинской помощи и ориентацией на пациента в таблице 1 приведены показатели оценки качества медицинских услуг.

Таблица 1

Показатели оценки качества медицинских услуг

Клиническая эффективность и безопасность	Эффективность (производительность и действенность)	Кадры и охрана труда	Потребности окружающих	Ориентация на пациента
<ul style="list-style-type: none"> – процент кесарева сечения во время родов; – соблюдение стандартов; – профилактики антибиотиками; – показатель смертности; – процент повторных приемов пациентов; – процент процедур в течение одного дня среди пациентов; – процент приемов после процедур в течение дня 	<ul style="list-style-type: none"> – среднее время пребывания; – использование операционного блока (количество операций в течение определенного периода времени) 	<ul style="list-style-type: none"> – расходы на обучение; – отсутствие на работе; – сверхурочные; – ошибки медицинского персонала; – курение среди персонала 	<ul style="list-style-type: none"> – процент кормящих матерей при выписке; – непрерывность медицинского ухода 	<ul style="list-style-type: none"> – ожидания пациентов; – удовлетворенность пациента; – количество новых пациентов

Источник: Собственные исследования.

Принимая во внимание вопросы контроля качества с использованием показателей в соответствии с классической моделью Донабедиана, качество следует рассматривать в трех измерениях (см. рис. 3) [20]:

- структуры;
- процесса;
- результата.

Показатели качества функционирования структуры на практике означают качество образования персонала (специальность), доступ к конкретному типу медицинского оборудования, количество персонала, приходящегося на одного пациента, количество медицинских процедур, выполняемых ежегодно врачом, и т. д. Показатели качества функционирования структуры отражают структурные



Источник: Собственные исследования.

Рис. 3. Измерение качества медицинских услуг

элементы медицинских учреждений, которые считаются необходимыми для достижения высоких результатов качества медицинской помощи. Они указывают на потенциал учреждения, но необязательно — на эффективность его использования. Благодаря показателям качества структуры становится известно, что необходимо или рекомендуется изменить для нормального функционирования учреждения, а также в какой степени эти изменения на самом деле повлияют на уровень качества услуг здравоохранения (табл. 2).

Таблица 2

Показатели качества в здравоохранении

Показатели структуры	Показатели процесса	Показатели результата
<ul style="list-style-type: none"> – Комплекс помещений. – Медицинское оборудование. – Персонал. – Лечебное питание. – Медицинские материалы 	<ul style="list-style-type: none"> – Внутрибольничные инфекции. – Послеоперационные осложнения. – Повторная госпитализация. – Реакция на угрозы жизни и здоровью. – Антибиотикотерапия 	<ul style="list-style-type: none"> – Время госпитализации. – Инвалидность. – Смертность. – 5-летняя выживаемость после раковой терапии. – Смерть, вызванная внутрибольничными инфекциями

Источник: Собственные исследования.

Показатели качества процесса создаются на основе стандартов, руководящих принципов, хороших практик, поведения, событий, явлений, действий, извлеченных из элементов, составляющих диагностический или терапевтический процесс. Они представляют собой элементы, извлеченные в рамках действий, реализуемых в технологических медицинских процессах и в наибольшей степени влияющих на эффект здравоохранения (см. табл. 3 и 4).

Сутью показателей качества процесса является выделение элементов и желаемых действий, которые необходимо предпринять в отношении пациентов с определенными проблемами со здоровьем. К наиболее ценным показателям качества процесса относятся действия, непосредственно влияющие на эффект медицинского обслуживания. Примером показателей качества процесса являются прививки против кори, краснухи, а также сезонного гриппа в некоторых группах населения.

Таблица 3

Показатели и критерии качества структуры, процесса и результата

Область	Показатели	Критерии	Стандарт
Структура	Возможность идентификации пациента с сахарным диабетом, находящегося под опекой учреждения	Состоит ли пациент с сахарным диабетом на диспансерном учете?	100 % больных сахарным диабетом находятся на диспансерном учете
Процесс	Измерение артериального давления у пациента с сахарным диабетом	Было ли проведено измерение давления у пациента с сахарным диабетом хотя бы два раза в течение последнего года?	У 90 % пациентов с сахарным диабетом было проведено измерение давления хотя бы два раза в течение последнего года
Результат	Уровень глюкозы в плазме крови натощак	Уровень глюкозы натощак ниже 7 ммоль/л?	80 % пациентов с сахарным диабетом имеют уровень глюкозы натощак ниже 7 ммоль/л

Источник: Собственные исследования.

Таблица 4

Примеры экономических и оперативных показателей в сфере здравоохранения

Тип показателя	Название показателя	Способ расчета
Показатели ликвидности	Коэффициент текущей ликвидности	Текущие активы / текущие обязательства
Показатели задолженности	Показатель задолженности собственного капитала	Собственный капитал / совокупные обязательства
	Показатель долгосрочной задолженности	Долгосрочные обязательства / собственный капитал
	Коэффициент покрытия долга	Чистая прибыль / погашение по кредиту + проценты
Показатели эффективности	Показатель оперативности	Себестоимость / чистые продажи
	Показатель оборотности средств	Запасы × 350 дней / чистая продажа
Показатели рентабельности	Показатель рентабельности продаж	Показатель доходности продаж услуг
Показатели производительности	Использование больничных коек	Количество человеко-дней = сумме дней нахождения в больнице всех пациентов в течение года / среднее количество коек
	Кол-во процедур (по типу) в расчете на одного пациента	Количество процедур / койко-место
	Число выездов машины скорой помощи	Количество поездок во времени / количество машин скорой помощи
	Количество визитов врача	Количество визитов врача / количество часов работы врача

Источник: Собственные исследования.

Показатели качества результатов деятельности относятся непосредственно к результатам терапии и служат для измерения успеха или поражения примененных лечебных методов. Измерение результатов деятельности указывает лишь на уровень качества предоставляемых услуг. При построении показателей качества результатов необходимо определить так называемые конечные точки терапии. Положительным примером конечной точки может быть 5 дополнительных лет жизни при терапии рака, а отрицательным — смерть от внутрибольничной инфекции.

Литература

1. Адлер Ю.П., Щенетова С.Е. Система экономики качества. М.: Стандарты и качество, 2005. 182 с.
2. Вялков А.И., Катлинский Л.В., Воробьев П.А. Стандартизация, фармакоэкономика и система рационального лекарственного обеспечения населения // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2009. № 4. С. 3–6.
3. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. М.: Менеджер здравоохранения, 2007. 224 с.
4. Кане М.М., Иванов Б.В., Корешков В.Н., Схиртладзе А.Г. Системы, методы и инструменты менеджмента качества. СПб.: Питер, 2009. 389 с.
5. Кондо И. Управление качеством в масштабах компании: становление и этапы развития: пер. с англ. / науч. ред. А.В. Глазунов, В.А. Липидус, М.Е. Серов. Н. Новгород: Приоритет, 2002. 252 с.
6. Кузнецов Л.А. Контроль и оценка многомерного качества // Методы менеджмента качества. 2008. № 10. С. 40–45.
7. Кузнецов О.И. Тенденции изменения структуры трудовых отношений в здравоохранении: дис. ... канд. экон. наук: 08.00.07. Саратов, 2006. 17 с.
8. Ломакин В.Б., Лаухин А.Е. Электронная регистратура — инновационная информационная технология для лечебно-профилактического учреждения // Управление качеством медицинской помощи. 2010. № 2. 34 с.
9. Меркулов А.А. Управление здравоохранением как территориальной социально-экономической системой: дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. Саратов, 2008. 19 с.
10. Пушкарев О.В. Человеческий капитал и моделирование медико-экономической эффективности в здравоохранении: дис. ... д-ра экон. наук: 14.00.33. Новокузнецк, 2009. 20 с.
11. Расторгуева Т.И. Научное обоснование современных подходов к управлению человеческими ресурсами в здравоохранении: дис. ... д-ра экон. наук: 14.00.33. М., 2009. 160 с.
12. Сафронова Ж.О. Организационно-экономический механизм эффективного инвестирования в здравоохранение в рамках целевых программ (региональный аспект): дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. М., 2009. 25 с.
13. Старовойтова И.М. Контрольно-организационная работа в медицинских организациях на современном этапе // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2008. № 2 (21). 60 с.
14. Столбов А.П. Стандартизация информационных технологий в здравоохранении и ОМС: основы методологии // Информационные технологии в здравоохранении. 2011. № 10–12. С. 22–26.

15. Федосеева Л.С., Назаркина И.М. Использование информационно-аналитической системы в управлении качеством оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе // Управление качеством медицинской помощи. 2010. № 1. 45 с.
16. Фейгенбаум А.В. Контроль качества продукции. М.: Экономика, 1986. 471 с.
17. Флек В.О., Кравченко Н.А., Черепанова И.С. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 144 с.
18. Швец Ю.Ю. Анализ процессов модернизации системы здравоохранения в России и результаты их влияния на качество медицинских услуг // Путеводитель предпринимателя. 2017. № 34. С. 322–332.
19. Швец Ю.Ю. Методическо-нормативная интерпретация управления качеством медицинских услуг // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (Новочеркасского политехнического института). Серия: Социально-экономические науки. 2017. № 2. С. 19–26.
20. Шмелева А.Н. Оценка и повышение операционной эффективности системы менеджмента качества предприятия: теория, методология: дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. Тамбов, 2011. 45 с.
21. Эванс Дж. Управление качеством. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2007. 213 с.
22. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment / A. Arbot. MI: Health. Administration Press, 1980.

Literatura

1. Adler Yu.P., Shhepetova S.E. Sistema e'konomiki kachestva. M.: Standarty' i kachestvo, 2005. 182 s.
2. Vyalkov A.I., Katlinskij L.V., Vorob'ev P.A. Standartizaciya, farmakoe'konomika i sistema racional'nogo lekarstvennogo obespecheniya naseleniya // Problemy' standartizacii v zdavooxranenii. 2009. № 4. S. 3–6.
3. Kady'rov F.N. E'konomicheskie metody' ocenki e'ffektivnosti deyatel'nosti medicinskix uchrezhdenij. M.: Menedzher zdavooxraneniya, 2007. 224 s.
4. Kane M.M., Ivanov B.V., Koreshkov V.N., Sxirtladze A.G. Sistemy', metody' i instrumenty' menedzhmenta kachestva. SPb.: Piter, 2009. 389 s.
5. Kondo I. Upravlenie kachestvom v masshtabax kompanii: stanovlenie i e'tapy' razvitiya: per. s angl. / nauch. red. A.V. Glazunov, V.A. Lapidus, M.E. Serov. N. Novgorod: Prioritet, 2002. 252 s.
6. Kuznecov L.A. Kontrol' i oценка mnogomernogo kachestva // Metody' menedzhmenta kachestva. 2008. № 10. S. 40–45.
7. Kuznecov O.I. Tendencii izmeneniya struktury' trudovy'x otnoshenij v zdavooxranenii: dis. ... kand. e'kon. nauk: 08.00.07. Saratov, 2006. 17 s.
8. Lomakin V.B., Lauxin A.E. E'lektronnaya registratura — innovacionnaya informacionnaya texnologiya dlya lechebno-profilakticheskogo uchrezhdeniya // Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshhi. 2010. № 2. 34 s.
9. Merkulov A.A. Upravlenie zdavooxraneniem kak territorial'noj social'no-e'konomicheskoj sistemoj: dis. ... kand. e'kon. nauk: 08.00.05. Saratov, 2008. 19 s.
10. Pushkarev O.V. Chelovecheskij kapital i modelirovanie mediko-e'konomicheskoj e'ffektivnosti v zdavooxranenii: dis. ... d-ra e'kon. nauk: 14.00.33. Novokuzneck, 2009. 20 s.
11. Rastorgueva T.I. Nauchnoe obosnovanie sovremenny'x podxodov k upravleniyu chelovecheskimi resursami v zdavooxranenii: dis. ... d-ra. e'kon. nauk: 14.00.33. M., 2009. 160 s.

12. *Safronova Zh.O.* Organizacionno-e'konomicheskij mexanizm e'ffektivnogo investirovaniya v zdravooxranenie v ramkax celevy'x programm (regional'ny'j aspekt): dis. ... kand. e'kon. nauk: 08.00.05. M., 2009. 25 s.
13. *Starovojtova I.M.* Kontrol'no-organizacionnaya rabota v medicinskix organizacijax na sovremennom e'tape // Zamestitel' glavnogo vracha: lechebnaya rabota i medicinskaya e'kspertiza. 2008. № 2 (21). 60 s.
14. *Stolbov A.P.* Standartizaciya informacionny'x texnologij v zdravooxranenii i OMS: osnovy' metodologii // Informacionny'e texnologii v zdravooxranenii. 2011. № 10–12. S. 22–26.
15. *Fedoseeva L.S., Nazarkina I.M.* Ispol'zovanie informacionno-analiticheskoy sistemy' v upravlenii kachestvom okazaniya medicinskoj pomoshhi na ambulatornom e'tape // Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshhi. 2010. № 1. 45 s.
16. *Fejgenbaum A.V.* Kontrol' kachestva produkcii. M.: E'konomika, 1986. 471 s.
17. *Flek V.O., Kravchenko N.A., Cherepanova I.S.* Innovacionny'e texnologii upravleniya resursami v zdravooxranenii. M.: GE'OTAR-MED, 2001. 144 s.
18. *Shvecz Yu.Yu.* Analiz processov modernizacii sistemy' zdravooxraneniya v Rossii i rezul'taty' ix vliyaniya na kachestvo medicinskix uslug // Putevoditel' predprinimatel'ya. 2017. № 34. S. 322–332.
19. *Shvecz Yu.Yu.* Metodicheskno-normativnaya interpretaciya upravleniya kachestvom medicinskix uslug // Vestnik Yuzhno-Rossijskogo gosudarstvennogo texnicheskogo universiteta (Novocherkasskogo politexnicheskogo instituta). Seriya: Social'no-e'konomicheskie nauki. 2017. № 2. S. 19–26.
20. *Shmeleva A.N.* Ocenka i povy'shenie operacionnoj e'ffektivnosti sistemy' menedzhmenta kachestva predpriyatiya: teoriya, metodologiya: dis. ... kand. e'kon. nauk: 08.00.05. Tambov, 2011. 45 s.
21. *E'vans Dzh.* Upravlenie kachestvom. M.: YuNITI-DANA, 2007. 213 s.
22. *Donabedian A.* The Definition of Quality and Approaches to its Assessment / A. Arbot. MI: Healt. Administration Press, 1980.

Yu.Yu. Shvets

Indicators and Criteria for Quality in Health Care

The article analyzes the main trends, approaches to the creation and use of the instrumental base for assessing the quality and level of efficiency of the activities of medical organizations in the Russian Federation and some foreign countries. As a result of the study, it revealed the absence of a single mechanism to compare the performance of medical organizations, which are located in different regions of the Russian Federation, and also noted the methodological dissociation in the selection of indicators and criteria for an independent assessment of the effectiveness of medical organizations. Not enough attention is paid to financial and economic incentive measures aimed at improving medical, social and economic efficiency in the activities of medical organizations.

Keywords: medical services, medical organizations, quality, management, efficiency.