

## **КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ В УСЛОВИЯХ РОСТА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Калева Н.Г.

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования

**РЕЗЮМЕ** Проведено изучение дефектов оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической службе с учетом показателей финансирования здравоохранения Челябинской области на основе единой экспертной оценки с использованием компьютерной программы. Отмечено снижение качества медицинской помощи в хирургической, терапевтической, педиатрической, неврологической и акушерско-гинекологической службах первичного звена при существенном росте расходов на здравоохранение. Дан анализ возможных причин негативного явления, предложены меры по его устранению.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, первичное звено здравоохранения.

Повышение качества лечебно-диагностической помощи в первичном звене здравоохранения относится к ведущим задачам системы здравоохранения. Особую актуальность эта задача приобретает в контексте реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Первичную медико-санитарную помощь в амбулаторно-поликлинических лечебных учреждениях оказывают участковые педиатры, участковые терапевты, врачи общей практики. В то же время большое число пациентов обращается за медицинской помощью к специалистам: акушерам-гинекологам, хирургам, офтальмологам, отоларингологам, неврологам, психиатрам, дерматовенерологам и другим. Поэтому врачом первого контакта может быть не только специалист широкого профиля, но и «узкий» специалист. Качество лечебно-диагностического процесса и профилактической работы, а также удовлетворенность пациентов зависят в целом от объема и качества медицинских услуг, оказываемых многими специалистами.

Неблагоприятная медико-демографическая ситуация, сложившаяся в России [2, 3, 4], и кризисное состояние здравоохранения объясняются недостаточным финансированием этой отрасли [1]. Как сказываются изменения в финансировании здравоохранения на качестве медицинской помощи? Этот вопрос недостаточно изучен и требует всестороннего обсуждения.

Целью данного исследования явился анализ динамики показателей качества медицинской помощи, оказываемой различными специалистами в амбулаторно-поликлинической службе, в сопоставлении с динамикой финансирования здравоохранения на региональном уровне.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Работа выполнена в Челябинском областном фонде обязательного медицинского страхования (ЧОФОМС) в период 2001—2006 гг. Оценка качества медицинских услуг, оказываемых в

---

Kaleva N.G.

### **MEDICAL AID QUALITY IN AMBULATORY&POLYCLINIC SERVICE UNDER RISE OF FINANCING IN PUBLIC HEALTH SYSTEM**

**ABSTRACT** Faults in rendering medical aid in ambulatory-polyclinic service were studied with regard for financing indices of public health system in Chelyabinsk region on the base of universal expert evaluation with software use. Deterioration of medical aid quality in surgical, therapeutic, pediatric, neurological and obstetric-gynecological services of the primary link of public health system is noted under significant rise of financing in it. Possible causes of this negative situation are analyzed; measures for its elimination are suggested.

**Key words:** medical aid quality, primary link of public health system.

поликлиниках Челябинской области, была организована страховыми медицинскими организациями (СМО) и проводилась на договорной основе внештатными экспертами, входящими в областной регистр независимых экспертов, утвержденный совместным приказом ЧОФОМС и Министерством здравоохранения Челябинской области.

Экспертиза качества медицинской помощи (КМП) в системе вневедомственного контроля проводилась на территории области по единым методологическим принципам и технологии в соответствии с приказом Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС № 363/77 от 24.10.1996 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации», методическими рекомендациями Федерального фонда ОМС (1999 г.) и «Положением об экспертной оценке качества медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования в Челябинской области», утвержденным совместным приказом ЧОФОМС и Главного Управления здравоохранения Челябинской области №165/1837 от 09.06.2000 г.

Экспертиза КМП проводилась по медицинской документации — карте амбулаторного больного. На каждый случай составлялся «Акт экспертной оценки качества лечебно-диагностического процесса амбулаторного больного». Основой оценки КМП являлись стандарты медицинских технологий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней.

На территории Челябинской области используется единая система экспертных оценок для экспертов здравоохранения и страховщиков с применением компьютерной программы «Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса».

На основе ранжирования основных блоков экспертной оценки по их практической значимости, через присвоение каждому блоку соответствующего

удельного веса, рассчитывается интегральный показатель дефектов (ПД). При обработке карты экспертной оценки на ЭВМ отмечаются баллы, соответствующие каждому ответу. При ПД меньше 0,04 дефекты в оказании медицинской помощи оцениваются как незначительные, и финансовые затраты на нее восстанавливаются в соответствии с установленным порядком оплаты. При ПД больше 0,04 затраты на оказание медицинской помощи не возмещаются (частично или полностью).

Сравнительный анализ частоты дефектов КМП проведен по критерию ПД больше 0,04. В работу включены случаи оказания медицинской помощи врачами восьми специальностей: акушерство и гинекология, педиатрия, терапия, хирургия, неврология, офтальмология, отоларингология, дерматовенерология. Заболевания, относящиеся к компетенции именно этих специалистов более всего сказываются на качестве жизни пациентов.

В анализ не была включена оценка КМП, оказываемой врачами общей практики, в связи с малым их количеством и отсутствием критериев оценки качества их деятельности в эти годы.

Анализ динамики финансовых расходов на реализацию программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи проведен на основе официальных данных ЧОФОМС. Определялся рост общих финансовых расходов и рост подушевых нормативов в процентах по отношению к предыдущему году, а также к 2001 г., рассчитывались соответствующие индексы роста этих показателей. Консультации по вопросам финансового менеджмента были получены в Уральском социальном экономическом институте.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам исследования представлена динамика относительных показателей финансирования здравоохранения (табл. 1).

**Таблица 1.** Динамика относительных показателей финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Челябинской области

Годы	Рост по отношению к предыдущему году, %	Рост по отношению к 2001 г., %	Рост подушевого норматива по отношению к предыдущему году, %	Индекс роста общих финансовых расходов по отношению к предыдущему году	Индекс роста подушевого норматива
2001	—	—	—	—	—
2002	48	48	50,8	+1,5	+1,5
2003	16	71	28,5	+1,2	+1,3
2004	14	95	7,3	+1,1	+1,1
2005	5	105	9,1	+1,0	+1,1
2006	28	162	19,5	+1,3	+1,3

**Таблица 2.** Частота показателей дефектов качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических службах здравоохранения Челябинской области

Службы здравоохранения	2001—2005 гг.			2006 г.		
	Всего экспертиз качества	Показатель дефектов КМП	%	Всего экспертиз качества	Показатель дефектов КМП	%
Акушерство и гинекология	13089	1754	13,4	1259	198	15,7
Педиатрия	25080	3176	12,7	2644	289	11,0
Терапия	36395	5883	16,2	4371	764	17,0
Хирургия	19662	3434	17,5	2456	486	20,0
Дерматовенерология	5156	1056	20,4	960	125	13,0
Неврология	11506	1960	17,0	1631	304	18,6
Отоларингология	8304	1483	17,9	1216	123	10,1
Офтальмология	9444	1380	14,6	1667	215	13,0
Всего	128641	20126	15,6	16204	2504	15,5

Индекс роста общих расходов на здравоохранение в 2006 г. по сравнению с 2001 г. составил +2,6, а подушевого норматива — +2,7.

Из представленных данных видно, что даже без учета других каналов финансирования с 2001 по 2005 гг. происходил стабильный рост финансовых расходов на здравоохранение. В 2006 г. произошло резкое увеличение расходов на здравоохранение, связанное с началом выполнения национального проекта «Здоровье». Известно, что это увеличение было неравномерным для всех служб. В 2006 г. значительно возросла заработная плата участковых терапевтов, участковых педиатров, врачей общей практики и у работающих с ними средних медицинских работников. Было улучшено материально-техническое оснащение лечебных учреждений диагностическим оборудованием.

В таблице 2 представлены результаты вневедомственной экспертной оценки КМП суммарно за 5 лет (2001—2005 гг.), предшествующих началу национального проекта «Здоровье», и за первый год его выполнения.

До начала проекта средний исходный пятилетний показатель ПД был 15,6%. Наиболее высокие показатели КМП (при ПД ниже среднего показателя) были в педиатрической, акушерско-гинекологической и офтальмологической службах. В остальных пяти службах показатели КМП были хуже, так как частота дефекта превышала средний показатель. Самая неблагоприятная ситуация в этот период была в дерматовенерологической, отоларингологической, хирургической и неврологической службах, где частота ПД превышала 17%.

Если оценить ежегодную динамику частоты ПД с 2001 по 2005 гг. (рис. 1 и 2), то выявляется об-

щая закономерность: во всех службах происходило снижение частоты ПД, т.е. улучшение качества лечебно-профилактического процесса. Сопоставляя эту позитивную динамику показателя КМП в сравнении с постепенным равномерным ростом финансирования, можно было ожидать, что в 2006 г. произойдет дальнейшее улучшение КМП, то есть снижение частоты ПД. Однако этого не произошло. Напротив, во всех службах, за исключением офтальмологической и отоларингологической, в 2006 г. произошел рост частоты ПД по сравнению с предыдущими 2004 и 2005 гг.

Наибольшее увеличение частоты ПД произошло в хирургической (на 7%), неврологической (на 5%), терапевтической (на 5%), акушерско-гинекологической (на 3%) службах. При сравнении средних значений ПД за период с 2001 по 2005 гг. с частотой ПД в 2006 г. также отмечается ее рост в хирургической, терапевтической, неврологической и акушерско-гинекологической службах. Снижение частоты ПД произошло в дерматовенерологической, отоларингологической, офтальмологической службах.

Чем можно объяснить парадокс неожиданного снижения показателей КМП при существенном увеличении расходов на здравоохранение, тем более в таких службах, как хирургическая, терапевтическая, педиатрическая, неврологическая, акушерско-гинекологическая?

Нельзя объяснить увеличение частоты ПД несовершенством методики экспертизы КМП, так как речь идет о продолжительном периоде работы одних и тех же экспертов по единым оценочным критериям. Анализ был проведен на большом фактическом материале вневедомственных экспертиз КМП (табл. 3).



Рис. 1. Динамика частоты дефектов качества медицинской помощи в ведущих службах амбулаторно-поликлинических учреждений в 2001—2006 гг.

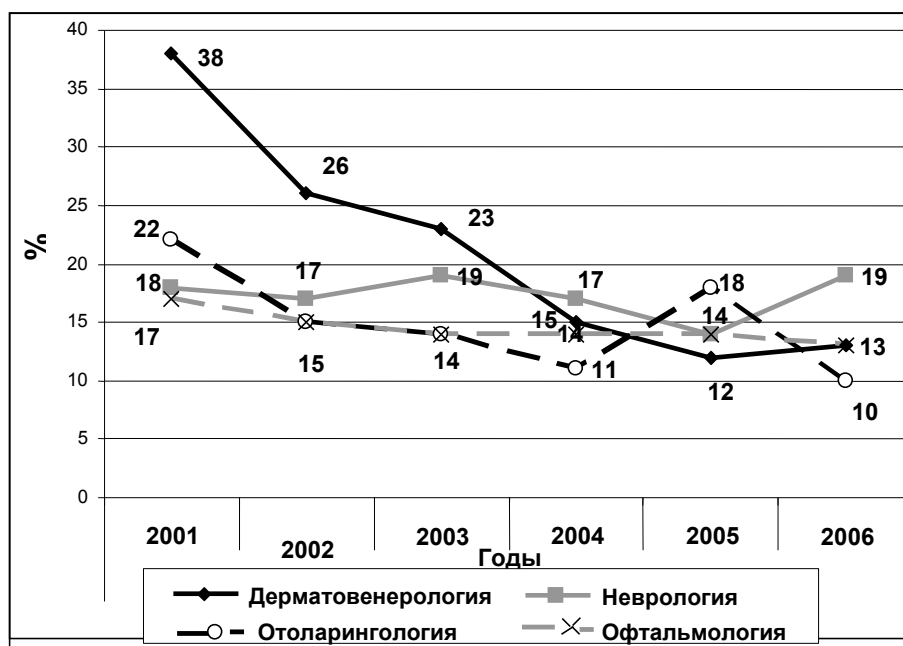


Рис. 2. Динамика частоты дефектов качества медицинской помощи, оказываемой «узкими» специалистами в 2001—2006 гг.

Таблица 3. Динамика частоты дефектов качества медицинской помощи в экспертируемых амбулаторно-поликлинических службах здравоохранения в целом

Годы	Общее число экспертиз КМП	Число случаев с ПД > 0,04	%
2001	27603	5085	18,4
2002	26975	4607	17,1
2003	26542	4154	15,7
2004	25242	3308	13,1
2005	22839	2900	12,7
2006	15704	2440	15,5

Данные, приведенные в таблице 3, подчеркивают общую закономерность: с 2001 по 2005 гг. происходило постепенное снижение ПД КМП, совпадающее с равномерным ростом расходов на здравоохранение (см. табл. 1).

В 2006 г. зафиксирован значительный рост частоты ПД КМП. В качестве причины этого явления можно допустить субъективный фактор. При проведении экспертизы КМП возрос уровень требований к оценке КМП в тех службах, где произошло увеличение заработной платы. Однако непонятным остается тот факт, что аналогичная ситуация произошла и в не стимулируемых материально службах.

Наше объяснение этого парадокса заключается в следующем. Дополнительное осуществление денежных выплат проведено медицинским работникам первичного звена, в то время как повышения заработной платы медицинских работников других поликлинических служб и работников стационаров не произошло, что не стимулировало работу последних. Сложилось ложное представление о том, что КМП в первичном звене здравоохранения зависит только от работников первичного звена, а не от специалистов и врачей других служб, работающих как в поликлинике, так и в стационарах. В последних пациенты проходят углубленное обследование и получают рекомендации по лечению и профилактике после выписки. Процесс КМП единый и не-

разрывный. Если не будет повышено качество специализированной помощи как в поликлиниках, так и в стационарах, то не может произойти повышения КМП в первичном звене здравоохранения. Необходимость повышения заработной платы врачам первичного звена здравоохранения не вызывает сомнений. Однако нарушение принципа справедливости в оплате труда врачей других специальностей не могло не сказаться на показателях КМП. Само по себе повышение заработной платы еще не приводит к повышению компетентности врача и его заинтересованности в улучшении показателей своей деятельности, так как срабатывает принцип «уровниловки».

По нашему мнению, имеются и более глубокие причины создавшейся ситуации. Они заключаются в отсутствии системы менеджмента качества в здравоохранении и финансового контроля, а также в феномене субоптимизации, прогнозируемом нами и обусловленном диспропорциями финансирования в здравоохранении.

Результаты проведенного анализа требуют дальнейшего осмысления. Однако уже сейчас они вызывают тревогу в том отношении, что изменение модели финансирования здравоохранения может привести к дальнейшему ухудшению КМП в условиях неравномерного финансового обеспечения процессов реструктуризации и реформирования служб здравоохранения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Венедиктов Д.Д. Здравоохранение России. — Кризис и пути преодоления. — М.: Медицина, 1999. — 198 с.
2. Герасименко Н.Ф. Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России // Российские медицинские вести. — 1997. — № 3. — С. 5—14.
3. Дмитриева Т.Б. Здоровье населения и национальная безопасность // Российские медицинские вести. — 1997. — № 3. — С. 15—26.
4. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2004. — № 1. — С. 1—5.

Поступила 27.09.2007 г.