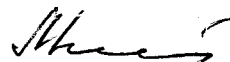


На правах рукописи

МЕЛЕШКИНА НАТАЛЬЯ ВАСИЛЬЕВНА



**ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ
УПРАВЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством
(экономика, организация и управление предприятиями,
отраслями, комплексами – сфера услуг)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Кисловодск–2005

Работа выполнена в Кисловодском институте экономики и права

- Научный руководитель:** доктор экономических наук
Калиниченко Владимир Иванович
- Официальные оппоненты:** доктор экономических наук, профессор
Боков Михаил Алексеевич
- кандидат экономических наук
Валькович Ольга Николаевна
- Ведущая организация:** **Ставропольский государственный университет**

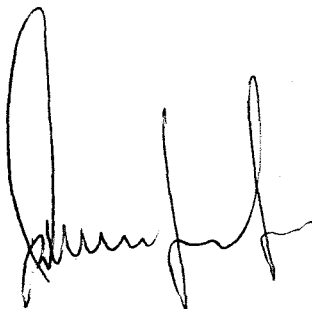
Защита состоится 17 сентября 2005 года в 10:00 часов на заседании регионального диссертационного совета ДМ 521.002.01 при Кисловодском институте экономики и права по адресу:

357700, г. Кисловодск, ул. Р. Люксембург, 42.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Кисловодского института экономики и права.

Автореферат разослан 16 августа 2005 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета



В.А. Дмитриев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Для каждого человека здоровье является самым непосредственным и неотъемлемым условием его жизни. Состояние здоровья нации – это категория не только социальная, но и экономическая, поскольку определяет качество трудовых ресурсов стратегического фактора развития любого государства. Расходы на здравоохранение занимают одно из первых мест в экономике каждой страны, поэтому поиски наиболее эффективного механизма функционирования национальных систем здравоохранения не прекращаются.

В России наиболее радикальные изменения в этом направлении стали осуществляться в течение последних 15 лет, выражаясь в переходе от бюрократических методов управления, основанных на нормативных показателях содержания сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) к применению экономических регуляторов ресурсного обеспечения каждой медицинской услуги. Большое значение в этом процессе имело введение нового хозяйственного механизма (НХМ), который послужил базой для обязательного медицинского страхования (ОМС). За этот же период в структуре народного хозяйства стала заметней роль здравоохранения не только как сферы конечного потребления, но и как сферы производства услуг, оказываемых в порядке предпринимательской деятельности. Столь глубокие изменения вызвали необходимость применения новых подходов к управлению качеством и эффективностью медицинских услуг. В настоящее время расходы на здравоохранение в России в десять раз меньше, чем в странах Европы, где на медицинское обслуживание одного человека ежемесячно тратится 140 долларов (в России – 14 долларов). Учитывая, что достичь подобного показателя в ближайшей перспективе не представляется возможным, приближать уровень медицинского обслуживания к показателям развитых стран приходится, прежде всего, на основе эффективного использования имеющихся ресурсов.

Во многих субъектах Российской Федерации до сих пор еще не развиты механизмы оценки удовлетворенности населения услугами системы здравоохранения, учет результатов работы ЛПУ не отражает конечных итогов медицинской помощи населению, а оценка качества медицинских услуг носит узконаправленный клинический характер. Использование в ряде ЛПУ и регионов

России комплексных систем управления качеством и эффективностью медицинских услуг находится на самом начальном этапе становления и требует дальнейшего развития.

Вытекающая из этого несомненная актуальность темы исследования обусловлена, кроме того тем, что дальнейшее повышение качества медицинских услуг является не только самостоятельной целью, но и фактором экономической эффективности системы здравоохранения.

Степень разработанности проблемы. Проблемам повышения качества и эффективности оказания медицинских услуг, вызванным реформированием системы отечественного здравоохранения, а также ее новыми экономико-правовыми условиями деятельности в связи со становлением рыночных отношений, посвящены многочисленные работы целого ряда авторов. Необходимо отметить неординарные работы отечественных авторов, посвященные этой теме: Н.А.Алексеева, С.Л.Вардосанидзе, А.И.Вялкова, Е.Н.Индейкина, Ф.Н.Кадырова, В.И.Калиниченко, А.Л.Линденбратена, Ю.П.Лисицына, И.С.Мыльникова, Н.Б.Найговзиной, В.Ю.Семенова, В.И.Стародубова, В.Ф.Чавпецова, В.И.Шамшуриной, И.М.Шеймана, В.М.Шиповой, С.В.Шишкина, О.П.Щепина, которые содержат результаты достаточно широких исследований экономико-правовых и организационно-медицинских аспектов здравоохранения, экономического обеспечения деятельности медицинских учреждений, управления, оценки качества оказания медицинской помощи и т.д. Они представляют собой базу для проведения дальнейших исследований в этих направлениях, так как положения и выводы, содержащиеся в них, требуют дальнейшего развития с учетом быстро изменяющихся условий реформирования российского здравоохранения и системы медицинского страхования в период становления в России рыночной экономики

Определенный интерес вызывают публикации авторов зарубежных стран, имеющих более длительный опыт построения и внедрения систем менеджмента качества в условиях рыночной экономики: A.Donabedian, W.E.Deming, T.M.Marrelli, H.Vuori и др.

Проведенные нами исследования выявили все еще недостаточную научную разработанность понятийного аппарата для экономических категорий и

показателей, применяемых в сфере оказания медицинских услуг, отсутствие апробированных на практике подходов и конкретных рекомендаций.

Целью диссертационной работы явилось теоретическое обоснование, разработка и апробация организационно-экономического механизма повышения эффективности и качества оказания медицинских услуг.

Для достижения указанной цели в диссертации были поставлены следующие задачи:

уточнить содержание категорий и понятий: услуга, медицинская услуга, рынок медицинских услуг, качество медицинских услуг, гарантии качества медицинских услуг;

изучить передовой отечественный и зарубежный опыт управления качеством и эффективностью оказания медицинских услуг;

провести анализ влияния на эффективность работы крупного многопрофильного ЛПУ трех последовательно применяемых моделей управления качеством оказания медицинских услуг (контроль качества → обеспечение качества → непрерывное повышение качества);

провести анализ структуры модели комплексной медицинской услуги на предмет ее модификации с целью определения возможности экономического обоснования длительности курса лечения и планирования ежедневного распределения прямых затрат;

оценить эффективность применения в крупном многопрофильном ЛПУ стратегического планирования на основе проектирования процессов с применением модифицированных моделей комплексных медицинских услуг;

провести анализ результатов выборочного опроса пациентов для оценки эффективности и качества оказания медицинских услуг;

разработать систему медико-экономических показателей для комплексной оценки эффективности оказания медицинских услуг;

апробировать организационно-экономический механизм повышения эффективности и качества оказания медицинских услуг в условиях крупного многопрофильного ЛПУ, провести анализ результатов апробации и выработать предложения по его совершенствованию.

Предмет исследования. Предметом исследования являются организационно-экономические отношения, складывающиеся в процессе оказания медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения, а также методы управления качеством и эффективностью медицинских услуг.

Объект исследования. Объектом исследования явилась Ставропольская краевая клиническая больница (СККБ), а также организация здравоохранения в целом как сфера приложения системы управления эффективностью и качеством оказания медицинских услуг.

Теоретические и методологические основы исследования. Теоретическую базу исследования составили общенаучные подходы к построению сложных административных и экономических комплексов, в основе которых лежат ключевые положения общей теории систем.

Исследование проведено на базе изучения зарубежного опыта экономики, организации и управления качеством медицинской помощи, а также отечественного опыта реформирования здравоохранения в условиях нового хозяйственного механизма и ОМС.

Методологической основой исследования послужили научные положения дисциплин социально-экономического, управленческого, общественно-политического и информационного профилей. В ходе работы использован комплекс методических приемов, включающий обзор современного состояния предмета исследования, а также изучение и обобщение опыта, сложившегося в объектах исследования. При решении конкретных задач были использованы методы системного, статистического, экономического анализа и планирования, проводились выборочные опросы пациентов и специалистов здравоохранения.

Информационно-эмпирическую базу исследования составили федеральные законы, постановления Правительства РФ, приказы и инструкции министерств и ведомств, документы методического и справочного характера по экономической и статистической отчетности, по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, а также публикации научной периодики, конференций, семинаров и материалы, размещенные в сети Интернет.

Диссертационная работа выполнена в рамках п. 15.108. «Социально-экономическая эффективность и качество обслуживания в отраслях сферы ус-

луг» и п. 15.109. «Механизм повышения эффективности и качества услуг» паспорта специальности 08.00.05 – «Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг)».

Научная новизна данного исследования заключается в формировании организационно-экономических механизмов системы управления здравоохранением, позволяющих обеспечить непрерывное повышение эффективности и качества оказания медицинских услуг. Конкретное приращение научного знания характеризуют следующие положения:

уточнено содержание категорий и понятий: услуга, медицинская услуга, рынок медицинских услуг, качество медицинских услуг, гарантии качества медицинских услуг, применительно к специфическим особенностям отечественного здравоохранения в условиях реформирования;

показано, что в условиях крупного многопрофильного ЛПУ из трех последовательно применяемых систем управления качеством оказания медицинских услуг (контроль качества ⇒ обеспечение качества ⇒ непрерывное повышение качества) последняя – индустриальная модель непрерывного повышения качества с вовлечением в управление качеством всего персонала – позволяет обеспечить наиболее высокую экономическую эффективность;

предложена модификация модели комплексной медицинской услуги путем введения в ее структуру дополнительного реквизита «регламент назначений по дням курса лечения», позволяющая на основе разработанного алгоритма клинически и экономически обосновать прямые расходы на оказание комплексной медицинской услуги в зависимости от длительности курса лечения;

обоснована эффективность внедрения в крупном многопрофильном ЛПУ стратегического управления, при котором основным способом непрерывного повышения качества является проектирование, реализация, анализ и совершенствование процессов с применением модифицированных моделей комплексных медицинских услуг;

разработаны система медико-экономических показателей, алгоритм их расчета и методика, позволяющие получать комплексную оценку и проводить сравнение эффективности деятельности ЛПУ с целью принятия обоснованных управленческих решений, в т.ч. по распределению ресурсов.

Практическая значимость результатов исследования определяется тем, что основные положения, выводы и рекомендации диссертационной работы ориентированы на использование медицинскими организациями всех форм собственности, органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований для повышения качества и экономической эффективности оказания медицинских услуг, получения объективной комплексной оценки деятельности структурных подразделений и учреждений в целом, а также для рационального распределения ресурсов при выполнении Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Результаты исследований доведены до конкретных методик и алгоритмов.

Апробация и внедрение результатов исследования. Проведенные исследования и полученные результаты, составляющие теоретическую основу экономических аспектов комплексной системы управления эффективностью и качеством оказания медицинских услуг, представленной на последнем этапе как «модель непрерывного повышения качества», внедрены в Управлении здравоохранения администрации города Ставрополя, в Ставропольской краевой клинической больнице, в Ставропольской краевой детской клинической больнице, в Ставропольском краевом клиническом онкологическом диспансере и в Изобильненской центральной районной больнице»,

Разработанные материалы составили основу Методических рекомендаций «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно - профилактическом учреждении», утвержденных Минздравом РФ и НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова от 09.10.2002 г. № 2002/92.

Система медико-экономических показателей и алгоритм их расчета, разработанные в ходе проведения исследования, использованы Министерством здравоохранения Ставропольского края при разработке концепции и методики оценки эффективности и результативности расходов краевых ЛПУ (утверждены приказом Минздрава Ставропольского края от 14.05.2004 г. № 05-02/160).

Внедрение и апробация результатов подтверждены актами о внедрении.

По итогам краевых конкурсов в области качества Правительством Ставропольского края СККБ награждена дипломами «Лидер качества Ставрополя»

и почетными знаками (2001-2004 гг.). СККБ стала Лауреатом премии Правительства Российской Федерации в области качества (2001 г.), Лауреатом премии «100 лучших товаров России» (2003 г.), награждена Золотой медалью ассоциации содействия промышленности «За высокое качество товаров и услуг» (Париж, 2003 г.), знаком и дипломом Гран-при «Великий шелковый путь» за применение эффективных методов управления качеством, значительные результаты по повышению качества выпускаемой продукции, оказываемых услуг (2004 г.).

Материалы и основные результаты диссертационной работы докладывались и обсуждались на кафедре экономики и управления Кисловодского института экономики и права.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ общим объемом 5,75 п.л., в которых автору в совокупности принадлежит 3,4 п.л.

Объем и структура диссертационной работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, содержание которых раскрывается в 7 параграфах, заключения и списка использованной литературы, включающего 206 наименований, 3 приложений. Работа изложена на 144 страницах машинописного текста, содержит 13 рисунков, 14 таблиц.

Во введении обоснована актуальность выбранной темы, сформулированы цели и задачи исследования, определены научная новизна и практическая значимость полученных результатов.

В первой главе «Управление эффективностью и качеством оказания медицинских услуг как предмет экономических исследований» с позиций экономической теории и других научных дисциплин уточнены некоторые экономические категории и понятия, имеющие важное методологическое значение для здравоохранения, рассмотрены научные разработки зарубежных и отечественных авторов по вопросам эффективности и качества оказания медицинских услуг, а также опыт практического применения этих разработок.

Вторая глава «Разработка системы управления эффективностью и качеством оказания медицинских услуг» посвящена исследованию этапов развития систем управления качеством и эффективностью оказания медицинских услуг, а также предложениям по дальнейшему их совершенствованию. В качестве объекта исследования выбрана Ставропольская краевая клиническая больница и система здравоохранения Ставропольского края.

В третьей главе «Анализ и оценка эффективности оказания медицинских услуг в условиях функционирования модели непрерывного повышения качества» рассмотрены пути решения задачи повышения эффективности расходования ресурсов, а также методы анализа и оценки эффективности деятельности ЛПУ в условиях действия системы управления качеством оказания медицинских услуг в Ставропольском крае.

В заключении диссертации сформулированы основные теоретические и практические выводы, а также предложения и рекомендации, сделанные в рамках данного исследования, которые могут стать основой для новых разработок в направлении повышения эффективности и качества оказания медицинских услуг.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

На наш взгляд определение медицинской услуги, как экономической категории, должно базироваться строго на основе сложившихся понятий в сфере производства товаров и услуг. Согласно статье 38 Налогового Кодекса РФ услугой для целей налогообложения признается деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности. Это общее положение распространяется и на медицинские услуги, хотя большая часть из них не выступает в роли товара, поскольку соответствующие расходы покрываются медицинским учреждениям из государственного или муниципального бюджета по смете расходов. Кроме того, медицинские услуги, которые оказываются по программе ОМС и оплачиваются по тарифам, не подлежат обложению налогами на прибыль и на добавленную стоимость. Это обстоятельство дало повод различным авторам для произвольного толкования этого термина. Так, довольно распространено и даже закреплено в ряде методических материалов утверждение, что медицинская услуга – это конкретный вид законченной медицинской помощи. Подобное определение представляется не научным, а отражающим обыденное употребление термина среди медицинских работников.

С экономической точки зрения медицинская услуга представляет собой трудовую, целесообразную деятельность медицинского характера, результаты которой выражаются в полезном эффекте, связанном с лечением, предупреждением болезней, сохранением и укреплением здоровья граждан и не принимают предметную форму.

Важнейшей характеристикой свойств услуг является их качество. Если рассматривать понятие качества с позиции международных стандартов (хотя в общем случае качество – это философская категория), то здесь оно определяется как совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворить установленные и предполагаемые потребности. В индустриальной модели управления качеством под качеством процесса понимают степень соответствия его результата наилучшему из научно-прогнозируемых. Эти определения требуют дополнительного освещения особенностей в отношении таких специальных понятий как «медицинская услуга», «медицинская помощь» и т.п.

Так, под качеством медицинской помощи предлагается понимать характеристику свойств взаимодействия медицинской системы (лечащего врача, другого персонала ЛПУ) и пациента, которое посредством квалифицированного применения медицинских технологий и других ресурсов обеспечивает восстановление у пациента здоровья или снижение прогрессирования и вероятности возникновения нового патологического процесса (в зависимости от степени тяжести заболевания) и, тем самым, приводит к удовлетворению потребностей пациента.

Другой не менее важной экономической категорией, требующей рассмотрения и уточнения, является рынок медицинских услуг. В настоящее время различными авторами предложено множество формулировок и определений рынка, имеющих право на существование. По нашему мнению, рынок медицинских услуг является специфическим рынком, рынком несовершенной конкуренции, в котором присутствуют как общие черты любого рынка, так и черты, характерные для данного вида деятельности, к которым относятся:

- наличие различных организационно-правовых форм медицинских организаций;
- особый характер услуг, резко отличный от услуг, оказываемых в других сферах народного хозяйства;
- трудность, а часто невозможность объективного определения результата оказываемых медицинских услуг.

Наиболее существенным отличием рынка медицинских услуг от других рынков является то, что он функционирует в условиях смешанной экономики, то есть сосуществует с нерыночным сектором экономики здравоохранения, обеспечиваемым ресурсами по Программе государственных гарантий оказания

гражданам бесплатной медицинской помощи. При этом нерыночный сектор явно доминирует в общей сфере медицинских услуг, занимая в нем более 95% (без учета данных о «теневой экономике»).

Конституционное право граждан на медицинскую помощь обеспечивается системой здравоохранения, существующей в Российской Федерации, однако важным фактором, ограничивающим это право, является противоречие, сложившееся между декларируемыми государственными гарантиями и ограниченными ресурсами здравоохранения. Это противоречие непосредственно сказывается на эффективности и качестве оказания медицинских услуг.

Качество медицинской услуги не может существовать само по себе, оно должно органически обеспечиваться гарантиями. Гарантия качества медицинской услуги, по нашему мнению, это выполнение медицинского стандарта, который обеспечивает ожидаемый результат от оказываемой медицинской услуги с учетом ее специфики. Качество медицинских услуг и гарантии их обеспечения являются ключевыми элементами эффективности всей системы оказания медицинских услуг.

В диссертации предлагается активно применять систематические опросы пациентов и результаты таких опросов использовать в качестве важных источников данных для формирования системы управления эффективностью и качеством медицинских услуг.

При изучении вопросов качества и эффективности медицинских услуг большой интерес представляют теоретические разработки и опыт стран с развитой системой здравоохранения, таких как США, Великобритания, Германия и др. Особенно необходимо отметить теорию непрерывного повышения качества, основоположником которой стали Э.Деминг, В.Шухарт, Дж.Юран. Эта теория основана на стремлении каждого члена корпоративной организации к улучшению существующей ситуации, из чего вытекает преимущественное положение системы, где в процесс улучшения вовлечен наибольший процент работающего персонала, что, в свою очередь, связано с кардинальным изменением психологии людей и формирования у них элементов корпоративной культуры. Именно эта теория лежит в основе разработанной и внедренной в СККБ системы, которой посвящена основная часть настоящего диссертационного исследования.

В условиях интеграции России в мировое сообщество при разработке и функционировании систем управления качеством оказания медицинских услуг

важное значение имеет соблюдение международных стандартов ISO 9000:2000 – Quality management systems. Fundamentals and vocabulary (в России введен как стандарт ГОСТ Р ИСО 9000-2001 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь), а также IWA 1:2001 – Quality management systems – Guidelines for process improvements in health service organizations (Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в органах здравоохранения).

Важное значение и широкое применение в различных регионах России имеют разработки отечественных специалистов. Наиболее распространенным в России методом оценки качества стал метод, основанный на сравнении фактического содержания и результата оказанной медицинской услуги с параметрами, содержащимися в различного вида локальных нормативных документах, обобщенно называемых медицинскими стандартами.

Оригинальная система непрерывного повышения качества медицинской помощи на уровнях «врач – ЛПУ – регион» разработана в Краснодарском крае под руководством В.И.Калиниченко. Особенность и преимущество этой системы состоят в том, что ее функционирование предусмотрено в составе интегрированного комплекса управления медицинской помощью, базирующегося на единой методологической платформе медико-экономических показателей и информационных технологий с применением банка моделей медицинских услуг.

Предложенные А.И.Вялковым обстоятельные методические подходы к оценке эффективности деятельности ЛПУ как хозяйствующего субъекта содержат комплекс показателей, всесторонне отражающих деятельность стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений, подразделений и отдельных исполнителей.

Методы и формы управления качеством медицинской помощи изменялись в зависимости от эволюции взглядов на сам процесс менеджмента качества медицинских услуг, а также условий финансирования отрасли здравоохранения. В Ставропольском крае на базе СККБ с непосредственным творческим участием автора настоящей диссертационной работы внедрена индустриальная модель управления качеством оказания медицинских услуг, ставшая завершающим этапом из трех последовательно сменяющихся моделей управления качеством в течение последнего десятилетия: контроль качества ⇒ обеспечение качества ⇒ непрерывное повышение качества. Сравнительная характеристика указанных методов управления качеством оказания медицинских услуг приведена в табл. 1.

Методы управления качеством оказания медицинских услуг в СККБ

	Контроль качества (quality control)	Обеспечение качества (quality assessment)	Всобщее управление качеством (total quality management)
Годы	1994 - 1995	1996 - 1998	1999 – 2005
Принцип	Контроль соответствия качества конечных результатов лечебно-диагностического процесса стандартам	Обеспечение качества на всех этапах лечебно-диагностического процесса с учетом потребностей пациента	Непрерывное улучшение качества лечебно-диагностического процесса с вовлечением в управление всего персонала больницы
Планирование в области качества	Отсутствует	Текущее	Текущее и стратегическое
Организационная структура управления качеством	Специальной структуры нет (контроль осуществляет администрация больницы)	Иерархическая (бюрократическая)	Командная
Принятие решений	Отсутствие самостоятельности у персонала больницы, строгое согласование по вертикали		Активная роль персонала больницы в принятии решений
Стиль управления	Вертикальное управление		Горизонтальное управление (сети)
Информационные потоки	Центробежные		Информационные сети
Способ обеспечения мотивации	Взыскание	Взыскание + материальные стимулы	Наставничество, доверие, обучение, экономические и моральные стимулы
Поведение персонала	Страх	Страх + эгоизм	Корпоративная культура
Отношение к пациенту	Мнение пациента не учитывается	Учитывается оценка удовлетворенности пациента	Учитывается оценка удовлетворенности и скрытые потребности пациента
Способ влияния на качество	Контроль		Анализ, совершенствование и проектирование процессов
Вид контроля	Инспекционный (текущий и заключительный)		Основная форма контроля – самоконтроль, в меньшей степени – инспекционный контроль
Субъект контроля	Администрация + страховые медицинские организации		Персонал + администрация + страховые медицинские организации
Объект контроля	Законченный случай		Процессы, показатели качества

Источник: авторская адаптация схемы Г.И. Назаренко и Е.И. Полубенцевой

Модель непрерывного повышения качества стала внедряться в зарубежных клиниках в начале 90-х годов и была названа «индустриальной моделью управления качеством медицинской помощи». В отечественном здравоохранении сходные с этой моделью формы управления имеются в единичных, и к тому же в слишком упрощенных вариантах. В основе модели лежит принцип вовлечения в управление качеством всего персонала организации. Основным способом непрерывного повышения качества стал анализ, совершенствование и проектирование процессов, направленных на обеспечение качества медицинской помощи. Систематическое управление процессами должно вестись на основе мероприятий, включенных в комплексный план, где указаны четкие сроки и определена ответственность за их выполнение. Разработка процессов предполагает их выявление, создание команды, построение схем процессов и измерение

их основных параметров с определением отклонений (дефектов). Выявление процессов в рамках задачи, поставленной по улучшению качества медицинской помощи, должно осуществляться с ориентацией на реальные потребности пациента.

Оценить объемные и качественные параметры лечебно-диагностического процесса позволяет медицинский стандарт. Он устанавливает промежуточные параметры, необходимые на определенном этапе, но в последующем подлежащие улучшению. Этот принцип и лежит в основе стратегического (перспективного) планирования, при котором основным способом обеспечения непрерывного повышения качества должен стать анализ, совершенствование и проектирование процессов.

Примером может служить оформление лечебно-диагностического процесса в стационаре СККБ в виде локального нормативного документа – «протокола ведения больного» (на каждый день) от поступления до выписки, в котором содержится только принципиальное указание на проводимые диагностические исследования, манипуляции, процедуры и другие лечебные мероприятия, но нет их количественных параметров. Если для клинических целей этой информации достаточно, то для экономических расчетов необходима более высокая степень конкретизации и формализации исходных данных.

Для этих целей наиболее приемлемой представляется структура модели комплексной медицинской услуги, разработанная В.И.Калиниченко. Однако в этой модели не учитывается распределение лечебных мероприятий и соответственно затрат согласно последовательности дней курса лечения. Планирование и анализ распределения расходов по дням курса лечения имеет большое значение, так как позволяет более точно определить экономическую эффективность от сокращения сроков госпитализации. В подобных расчетах обычно применяется средняя стоимость койко-дня с допущением, что расходы распределяются равномерно. По нашему мнению, такие расчеты должны выполняться с применением поправочных коэффициентов, значение которых можно определить на основании анализа медицинской технологии и распределения расходов по дням курса лечения.

Таким образом, в рамках настоящего диссертационного исследования нами разработана модификация модели комплексной медицинской услуги, заключающаяся в дополнении структуры модели реквизитом «Регламент назначений по дням курса лечения». Модифицированную модель можно рассматри-

вать, как временную модель процесса оказания медицинской услуги, позволяющую выполнить расчеты прямых материальных затрат с распределением их по дням курса стационарного лечения. Проведение таких расчетов может быть осуществлено на базе уже существующих специальных информационных технологий для работы с моделями комплексных медицинских услуг. Разработанный алгоритм расчета заключается в следующем.

Сумма расходов на лекарственный препарат i -го наименования для стационарной медицинской услуги по данной модели в j -й день курса лечения определяется по формуле:

$$S_{i, \text{лек}}^j = \begin{cases} C_{i, \text{лек}} * d_{i, \text{лек}} * n_{i, \text{лек}} * K_{i, \text{прим. лек}}, & \text{если } j \in T_{i, \text{лек}} \\ 0, & \text{если } j \notin T_{i, \text{лек}} \end{cases} \quad (1)$$

Итоговая сумма расходов лекарственного препарата i -го наименования на весь курс лечения определяется по формуле:

$$S_{i, \text{лек}} = S_{i, \text{лек}}^j * DT_{i, \text{лек}}. \quad (2)$$

Соответственно общая сумма расходов на лекарственные препараты всех наименований в каждый j -й день лечения, определяется по формуле:

$$S_{\text{лек}}^j = \sum_{i=1}^m S_{i, \text{лек}}^j, \quad (3)$$

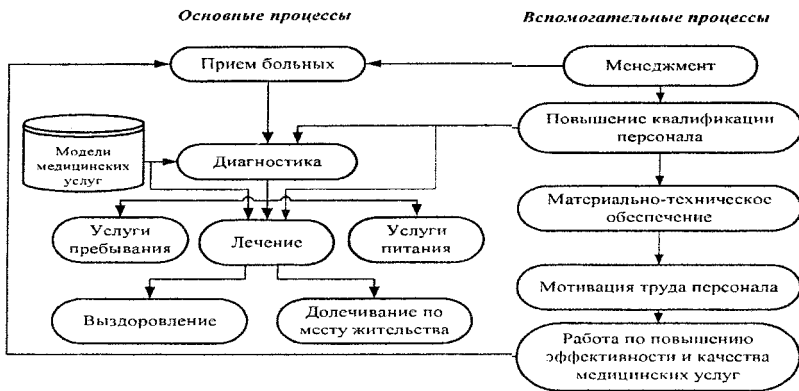
где

- $S_{i, \text{лек}}^j$ - сумма расходов на лекарственный препарат i -го наименования по данной модели в j -й день курса лечения (руб.);
- $C_{i, \text{лек}}$ - цена одной дозы приема лекарственного препарата i -го наименования (руб.);
- $d_{i, \text{лек}}$ - величина дозы лекарственного препарата i -го наименования в единице измерения, установленной моделью;
- $n_{i, \text{лек}}$ - количество приемов лекарственного препарата i -го наименования в сутки;
- $K_{i, \text{прим. лек}}$ - коэффициент применяемости лекарственного препарата i -го наименования по модели данной медицинской услуги;

- $T_{i, \text{лек}}$ - множество дней курса лечения, на которые по регламенту назначено применение лекарственного препарата i -го наименования;
- $DT_{i, \text{лек}}$ - количество дней в периоде применения лекарственного препарата i -го наименования по модели;
- m - количество наименований лекарственных препаратов, вошедших в модель.

Аналогичным образом для стационарной медицинской услуги по модифицированной модели можно определять и другие прямые материальные расходы (диагностические исследования, манипуляции, процедуры, и т.п.) в j -й день курса лечения.

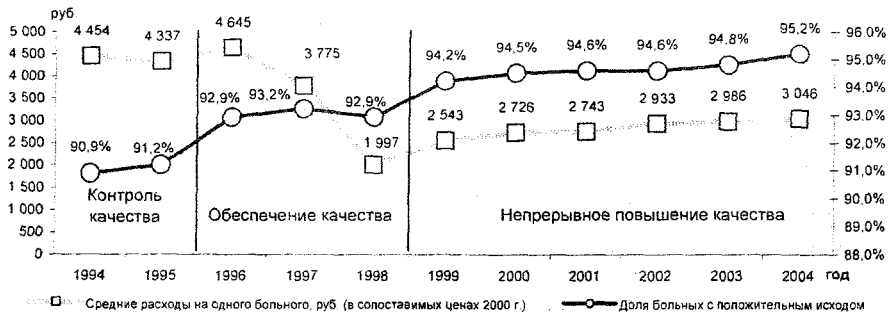
Схема организации оказания медицинских услуг в ЛПУ на основе стратегического планирования и управления процессами с использованием модифицированных моделей медицинских услуг показана на рис. 1.



Источник: авторский

Рис. 1. Схема организации оказания медицинских услуг на основе управления процессами с использованием модифицированных моделей медицинских услуг

Анализ эффективности затрат на лечение показал, что внедрение модели непрерывного повышения качества позволило повысить качество лечения и уменьшить расходы на лечение одного больного как в сравнении с моделью контроля качества, так и в сравнении с моделью обеспечения качества (рис. 2).



Источник: авторский

Рис. 2. Показатели эффективности деятельности СККБ при различных методах управления качеством оказания медицинских услуг

Система управления качеством оказания медицинских услуг при модели «непрерывного повышения» в СККБ дала ощутимые результаты, о чем свидетельствуют данные, показанные на рис. 3.



Источник: авторский

Рис. 3. Показатели использования коечного фонда в Ставропольской и Краснодарской краевых клинических больницах

Анализ мнения пациентов о качестве оказываемых медицинских услуг в учреждении является важным индикатором эффективности лечебно-диагностического процесса.

Сравнение данных выборочного анкетирования пациентов СККБ, проведенного в 1996 г. (объем выборки - 1112 чел.) и в 2004 г. (1443 чел.), показало увеличение за этот период доли количества пациентов, полностью удовлетворенных лечением (включая оценку по трем категориям: доступность, непосредственно сам процесс и его результат) с 29,9% до 80,2%, а также и желающих повторно обра-

таться за помощью в эту больницу (в случае необходимости) с 62,8 % до 93,6 %. То, что доля желающих повторно лечиться в СККБ выше доли полностью удовлетворенных лечением, объясняется сравнением пациентами качества медицинских услуг среди ЛПУ региона в пользу именно этой больницы. При анализе распределения оценок в зависимости от различных факторов нами установлено, что на частоту удовлетворенности пациентов не оказывает значимого влияния возраст больного, однако желание повторно лечиться в этом учреждении чаще изъявляли пациенты старших возрастных групп. Достоверно чаще встречалась полная удовлетворенность лечебно-диагностическим процессом у пациентов хирургических отделений, однако в отношении желания повторно лечиться в этом же стационаре, такой зависимости не выявлено. Мужчины, в отличие от женщин, более терпимы к качеству лечебно-диагностического процесса. То же самое характерно для пациентов с экстренной патологией (в отличие от пациентов, госпитализированных в плановом порядке). Среди повторно госпитализированных больных достоверно реже встречалась положительная оценка качества лечебно-диагностического процесса, чем у пациентов, госпитализированных впервые. Однако желание повторно лечиться в стационаре распределилось в обратной зависимости (табл. 2).

Таблица 2
Результаты социологического опроса пациентов

Фактор	Количество опрошенных, чел.		Полная удовлетворенность лечением, чел.		Желание повторно лечиться в СККБ, чел.	
	1996 г.	2004 г.	1996 г.	2004 г.	1996 г.	2004 г.
ВСЕГО:	1112	1443	332 (29,9 %)	1158 (80,2 %)	698 (62,8 %)	1351 (93,6 %)
Пациенты в возрасте 60 лет и старше	519	688	148 (28,5 %)	540 (78,4 %)	411 (79,2%)	638 (92,7%)
Пациенты моложе 60 лет	593	755	184 (31,1 %)	618 (81,8 %)	287 (48,4%)	713 (94,4%)
Пациенты хирургических отделений	841	942	288 (34,2 %)	776 (82,3, %)	534 (63,5%)	875 (92,9 %)
Пациенты терапевтических отделений	271	501	44 (16,2 %)	382 (76,2 %)	164 (60,5%)	476 (95,0 %)
Пациенты с экстренной госпитализацией	115	203	89 (77,4 %)	166 (81,8 %)	96 (83,4%)	191 (94,1 %)
Пациенты с плановой госпитализацией	997	1240	243 (24,3 %)	992 (80,0 %)	602 (60,4%)	1160 (93,5 %)
Женщины	719	873	187 (26,0 %)	687 (78,7 %)	434 (60,4%)	816 (93,5 %)
Мужчины	393	570	145 (36,9 %)	471 (82,6%)	264 (67,1%)	535 (93,8 %)
Поступившие в стационар впервые	886	1030	299 (33,7 %)	846 (82,1 %)	548(61,9%)	963 (93,4 %)
Поступившие в стационар повторно	226	413	33 (14,6 %)	312 (75,5 %)	150(66,4%)	388 (93,9 %)

Источник: авторский

Необходимость повышения эффективности расходов ставит задачу разработки критериев и методов ее оценки. В связи с этим нами были разработаны система медико-экономических показателей и алгоритм их расчета, составившие основу концепции и методики, утвержденных приказом Минздрава Ставропольского края от 14.05.2004 г. № 05-02/160 для применения краевыми ЛПУ. Использование методики позволяет получать комплексную оценку и проводить сравнение эффективности деятельности ЛПУ и его структурных подразделений

в режиме мониторинга с целью принятия обоснованных управленческих решений, в т.ч. по распределению ресурсов (табл. 3).

Таблица 3

Система медико-экономических показателей комплексной оценки деятельности ЛПУ и его структурных подразделений

Наименование показателей	Расчетная формула	Норматив		Корректировка оценки за единицу отклонения
		Величина	Оценка в баллах	
<i>Показатели использования производственной мощности стационара:</i>				
Коэффициент технологической эффективности	$Чф / Чп$	1	10	0,5
Коэффициент средней занятости койки	$Фф / Фп$	1	5	0,1
Коэффициент средней длительности госпитализации больного	$Дп / Дф$	1	10	0,5
Коэффициент рационального использования коечного фонда	$Оф / Оп$	1	8	0,1
<i>Показатели использования финансовых ресурсов:</i>				
Коэффициент обеспеченности финансовыми ресурсами	$Ф / Зф$	1	10	±0,1
Коэффициент отношения фактических удельных расходов к плановым в расчете на I койко-день	$З к/д (ф) / З к/д (п)$	1	7	0,1
в т.ч. на медикаменты	$З к/д-мед(ф) / З к/д-мед(п)$	1	7	0,1
Коэффициент отношения фактических удельных расходов к плановым в расчете на I пролеченного больного (на законченный случай)	$З ч (ф) / З ч (п)$	< 1	10	0,1
<i>Показатели экономических результатов деятельности:</i>				
Экономический эффект от увеличения занятости койки	$К * (Фф-Фп) * З к/д (ф)$ (тыс. руб.)	1000	5	
		500	4	
		100	3	
Экономический эффект от увеличения числа пролеченных больных	$(Чф-Чп)*Дф*Зк/д (ф)$ (тыс. руб.)	1000	5	
		500	4	
		100	3	
Экономический эффект от сокращения расходов на I больного	$Чф * (З ч (п) - З ч (ф))$ (тыс. руб.)	1000	7	
		500	5	
		100	3	
Экономический эффект от сокращения средней длительности госпитализации	$(Дп-Дф) * Чф * З к/д (ф)$ (тыс. руб.)	1000	5	
		500	4	
		100	3	
Отношение величины экономического эффекта к фактическим затратам (коэффициент экономической эффективности)	$\Sigma (Э) / Зф$	0,5	10	
		0,3	7	
		0,2	5	
		0,1	3	
<i>Показатели использования трудовых ресурсов:</i>				
Производительность труда плановая	$\Sigma n Ч п / \Sigma \Sigma ч$	x	x	x
Производительность труда фактическая	$\Pi ф Ч ф / \Sigma ф$	x	x	x
Коэффициент производительности труда	$Пф / Пп$	100%	10	0,1
Коэффициент совместительства	$Сф / Фл$	1,3	10	0,1
Коэффициент укомплектованности штатов	$Сф / Су * 100\%$	98%	6	0,1
Соотношение количества медицинских работников	$Чм : Чв$	3	7	
		2,5	5	
		2,0	3	

Источник: авторский

Где:

Дп | Дф – средняя длительность госпитализации плановая | фактическая;

З к/д (п) | З к/д (ф) – плановые | фактические затраты на 1 койко-день;

З к/д-мед (п) | З к/д-мед (ф) – плановые | фактические затраты на медикаменты в расчете на 1 койко-день;

З ч (п) | З ч (ф) – плановые | фактические расходы в расчете на 1 больного;

Зф – фактические затраты по учреждению (отделению);

К – количество коек;

Оп | Оф – оборот койки плановый | фактический;

Пп | Пф – производительность труда плановая | фактическая;

Су | Сф – ставки, утвержденные | фактически занятые в штатном расписании;

Ф – фактические объемы финансирования учреждения;

Фл – численность физических лиц;

Фп | Фф – плановая | фактическая функция койки;

Шч | Фч – штатная | фактическая численность персонала;

Чв | Чм – численность физических лиц врачей | среднего медперсонала;

Чп | Чф – плановое | фактическое количество пролеченных больных;

Р – количество дополнительно пролеченных больных;

Σ (Э) – суммарный экономический эффект.

Использование данной системы показателей позволяет комплексно оценить деятельность учреждения и его структурных подразделений и получить сопоставимые данные для сравнительного анализа их деятельности.

По итогам 2004 г. в Ставропольском крае отмечены следующие положительные результаты: оборот коечного фонда увеличился с 25,4 до 26,4 в год, средние сроки госпитализации больного сократились с 12,7 до 12,2 дня; экономический эффект за счет улучшения использования коечного фонда составил 77 млн. руб. (за 2003 г. – 35 млн. руб.). В итоге в стационарных условиях при тех же объемах расходов, предусмотренных в бюджете края, оказана медицинская помощь 603,3 тыс. пациентов, что на 24 тыс. человек больше, чем в 2003 г.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Вардосанидзе С.Л., Лихота А.И., Мелешкина Н.В. Контроль качества и внедрение медицинских стандартов в лечебно-диагностический процесс // *Здравоохранение*. – 1999. – № 9 (0,4 п.л., авт. 0,15 п.л.).

2. Вардосанидзе С.Л., Лихота А.И. Мелешкина Н.В., Экономическая эффективность стационарной медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования (опыт Ставропольской краевой больницы) // *Здравоохранение*. – 2001. – № 1 (0,6 п.л., авт. 0,25 п.л.).

3. Вардосанидзе С.Л., Золотухин Т.Ф., Русанов А.А., Мелешкина Н.В. Алгоритмы в многопрофильной больнице // *Алгоритмы в лучевой диагностике и программы лучевого и комплексного лечения больных: Тез. Всеросс. съезда рентгенологов и радиологов*. – Москва, 2001. (0,045 п.л., авт. 0,015 п.л.).

4. Куликова Н.Г., Мелешкина Н.В. Бизнес-план в медицине // *Методическое пособие*. – Ставрополь: СГМА, 2003. (2,0 п.л., авт. 1,0 п.л.).

5. Калининченко В.И., Мелешкина Н.В. Планирование производственных показателей при непрерывном повышении качества медицинской помощи // *Современные научные исследования*. – Кисловодск: КИЭП, 2004. – № 2 (0,4 п.л., авт. 0,2 п.л.).

6. Мелешкина Н.В. Планирование в области качества медицинской помощи лечебного учреждения // *Современные научные исследования*. – Кисловодск: КИЭП, 2004. – № 1 (0,3 п.л.).

7. Мелешкина Н.В. Роль кадрового потенциала в проведении политики в области качества медицинской помощи (на примере Ставропольской краевой клинической больницы) // *Современные научные исследования*. – Кисловодск: КИЭП, 2004. – № 3 (0,3 п.л.).

8. Мелешкина Н. В. Совершенствование процессов на основе нововведений и использования творческой активности работников лечебного учреждения // *Современные научные исследования*. – Кисловодск: КИЭП, 2004. – № 4 (0,4 п.л.).

9. Калининченко В.И., Мелешкина Н.В. Оценка эффективности и результативности лечебно-диагностического процесса // *Современные научные исследования*. – Кисловодск: КИЭП, 2005. – № 1 (0,3 п.л., авт. 0,15 п.л.).

10.Калиниченко В.И., Мелешкина Н.В. Эффективность расходов в здравоохранении // Современные научные исследования. – Кисловодск: КИЭП, 2005. – № 2 (0,3 п.л., авт. 0,15 п.л.).

11.Мелешкина Н.В. Оценка социальной и экономической эффективности функционирования системы здравоохранения Ставропольского края в условиях повышения качества медицинской помощи // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 7 (0,35 п.л.).

12.Мелешкина Н.В. Шикина И.Б. Управление качеством медицинской помощи и анализ показателей результативности лечебно-диагностического процесса в Ставропольском крае // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – № 4 (0,35 п.л., авт. 0,15 п.л.).