

*Каратаев М.М., Абдраимов Т.С., Мойдинов У.Р.*

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

Для оптимизации системы управления, являющейся обязательным условием обеспечения требуемого уровня качества и эффективности производственной деятельности, необходимы разработка и использование действенных методов её оценки: управлять можно только тем, что может оцениваться и оценено. Процесс управления теряет смысл, если нет возможности оценить состояние управляемого объекта и степень отклонения его свойств от заданного уровня (Кудрин В.С., 2003; Каратаев М.М., Белов Г.В., 2006).

Проблема обеспечения качества медицинской помощи - одна из наиболее важных и трудно решаемых проблем здравоохранения, учитывающих реальные возможности отрасли и опережающий уровень требований населения к системе здравоохранения.

Обеспечение качества, предусматривающее улучшение медицинского обслуживания на основе рационального использования ресурсов особо актуально для Кыргызстана в условиях реформирования отрасли, дисбаланса темпов развития экономики и качественных показателей жизни населения, проблема приобретает возрастающую социальную актуальность (Мамытов М.М., Каратаев М.М., 2004; Каратаев М.М. и соавт., 2006; Абдраимов Т.Д. и соавт., 2008).

Для того, чтобы модель обеспечения качества была реализована в полном объеме в бюджетной системе здравоохранения необходимо произвести ряд преобразований, в том числе обеспечить проведение структурных реформ, провести либерализацию управления и системы финансирования.

Нами был проведен анализ взаимодействия элементов модели. Анализ показал, что сегодня в Кыргызстане:

- проблема качества медицинских услуг решается в основном через контроль, направленный на выявление дефектов по конечному результату деятельности медицинской организации.

- не совершенна система управления качеством на этапе формирования структуры и в процессе оказания медицинской помощи.

- системы внутреннего контроля качества формируются хаотично, имеют незавершенный характер.

- нет целостной системы внутреннего и внешнего контроля качества медицинской помощи.

Государственная политика должна быть последовательно направлена на стимулирование процессов системной децентрализации ряда реализационных и разрешительных функций и процедур – это станет стимулом развития и

становления общественных институтов. Развитие независимой оценки и рост степени ее востребованности приведет к более активному вовлечению населения в процессы общественного мониторинга и управления в системе.

Становление рыночной экономики в стране все больше затрагивает и здравоохранение. Влияние рынка на здравоохранение прогнозируется, прежде всего, в следующем: внедрение рыночных элементов в практику здравоохранения, изменение экономического статуса медицинских организаций изменение характера экономических связей, развитие реальной конкуренции. Это последовательно ведет к изменению форм хозяйствования, экономического положения самого медицинского работника.

Проведенный сравнительный анализ показал - система функционирует по затратному принципу, а финансируется все еще по остаточному. Возникающая вследствие этого противоречия несбалансированность проявляется на «стыках» системы - уровней и звеньев оказания медицинской помощи, где и возникают основные потери средств.

Основной стержень, определяющий маркетинговый подход к повышению качества медицинской помощи, это понимание роли и места системы здравоохранения в сохранении и поддержании социального здоровья населения. На наш взгляд сформировавшаяся ментальность думать сначала об обществе, а потом о себе, на практике привела к низкой профилактической культуре населения. Результаты опросов показывают: 32,9% считают, что обращаться к врачу будут лишь в случае, когда почувствуют ухудшение состояния здоровья, а 23,7 % утверждают что врачи все равно не помогают, и только 9,1 % видят смысл в профилактических посещениях врачей.

При таком отношении ожидать от населения вдумчивого, рационального отношения к медицинской услуге как к рыночной категории, по меньшей мере, трудно. При таких обстоятельствах деятельность системы здравоохранения будет вызывать нарекания у пользователей, ибо в этой системе активно не участвуют сами пользователи. Анализируя взаимоотношения и взаимодействия элементов системы, мы пришли к выводу о наличии проблемы законодательной неурегулированности отношений между органами управления на местах, органами контроля и координации и субъектами системы. Отсутствие мотивационной составляющей на всех уровнях приводит к практически полной незаинтересованности медицинских работников в конечном результате.

Даже в условиях ограниченных ресурсов системы здравоохранения, возможно достижение высоких показателей, при условии рационального распределения средств на основе приоритетов и последовательного осуществления мероприятий, доказавших свою эффективность. Для этого необходимы: правильная и объективная информация (достоверные статистические данные), определение круга проблем (объективный анализ цифр и показателей), на основе которых можно определить план конкретных мероприятий.

Нами предложена комплексная система мер:

- Механизмы, которые должны быть ликвидированы, поскольку являются барьером на пути повышения качества (положения, ограничивающие доступ пациентов к информации о состоянии своего здоровья, и пр.)

- Мероприятия, которые уже существуют, но нуждаются в закреплении, например, обучение студентов использованию клинических протоколов;

- Мероприятия, которые хорошо функционируют и нуждаются в поддержке, например, ассоциации в предоставлении информации поставщикам;

Ликвидировать механизмы, препятствующие повышению качества (нормативно-правовые акты, искаженные финансовые стимулы, не мотивирующие местные инициативы повышения качества).

Необходимо четко определить роли и обязанности различных заинтересованных лиц, чтобы каждый из них правильно осознал свой вклад в динамику повышения качества медицинских услуг.

Содержание оказания медицинских услуг должно регулярно адаптироваться и корректироваться с целью отражения научного прогресса.

Система медицинских услуг должна постоянно адаптироваться в соответствии с имеющимися научно-обоснованными данными.

Мы должны исходить из трех позиций при предоставлении медицинской помощи пациенту:

1. Медицинская помощь, которая нужна и эффективна (результативность).

2. Медицинская помощь, которая не вредит (безопасность).

3. Пациенты не получают помощь, которая им не нужна (целесообразность).

Мотивационные составляющие, во многом определяют качество конечного продукта, как и везде где в процессе производства высока роль человеческого фактора. Немотивированные или не поощряемые медицинские работники не имеют стимулов для выполнения работы и внедрения клинических руководств и протоколов. Они не работают лучше и усерднее, прилагают минимум усилий, не проявляют инициативы и не заинтересованы в здоровье своих пациентов, не повышают профессиональные знания, не проявляют интереса к конкретным мероприятиям по повышению качества и более подвержены риску

совершения ошибок, тем самым, создавая проблемы безопасности для пациентов. Низкий уровень мотивации отрицательно сказывается на взаимоотношениях с коллегами и пациентами, что создает неблагоприятную рабочую атмосферу.

Мы полагаем, что благодаря информационному обмену и доступу к соответствующей информации пациенты смогут узнать и воспользоваться своими правами, что во многом определит спрос на качество медицинской помощи.

При этом пациенты:

- будут знать о своих правах относительно доступа к медицинским услугам и полагающихся им льготах. Их вклад в виде замечаний о неэтичном поведении медицинских работников и медицинских ошибках, участия в проектах по повышению качества и выражения своих ожиданий и удовлетворенности будет возрастать и сформирует систему общественного контроля и вовлечения населения в управление качеством медицинской помощи и системой здравоохранения, в том числе через ассоциации и общественные организации.

- получают возможность напрямую выразить свою удовлетворенность медицинским обслуживанием, будут предъявлять требования на лучшее медицинское обслуживание, основанное на информации о безопасной и доказательной медицине.

- получают всю информацию о том, какое медицинское обслуживание они могут получить на разных уровнях системы здравоохранения, из каких средств финансируется система здравоохранения, как функционирует система медицинского страхования. Зная о состоянии своего здоровья, наличии возможных проблем со здоровьем, путях лечения и способах получения лекарств, пациенты будут нести больше ответственности за свое здоровье, следуя принципам здорового образа жизни и профилактическим мероприятиям.

- будут знать о механизмах возврата потраченных средств, в случае неудовлетворенности медицинским обслуживанием.

Разработка быстро реагирующей и активной системы непрерывного повышения квалификации, отвечающей потребностям поставщиков в прослеживании информации по человеческим ресурсам.

Применение современных методов управления человеческими ресурсами для создания справедливой и объективной системы вознаграждений и карьерного роста основанного на исполнении работы, включая прием на работу на конкурсной основе и четкое распределение должностных обязанностей.

Укрепление кодекса этических норм и роли профессиональных ассоциаций в его применении.

Изучение альтернатив прямых финансовых стимулов для поставщиков, включая, но не ограничивая социальную защиту и льготы.

Проведение мониторинга воздействия различных регулирующих механизмов на качество.

Пересмотр медицинского законодательства, определение аспектов, поддерживающих стратегию повышения качества, противоречащих ей или ограничивающих ее осуществление.

Интеграция механизмов повышения качества как “горизонтальной” стратегии, пересекающей все уровни системы здравоохранения, все функции на разных уровнях и все программы здравоохранения, является предисловием для ее успешной реализации. Если стратегия повышения качества разработана как вертикальная программа, то устойчивость стратегии проблематична - усилия будут восприняты как ответственность одного, а не обязанность каждого.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что анализ регулирующих положений, которые влияют на качество медицинской помощи включают: стандарты лицензирования (разрешение на медицинскую практику или открытие частного лечебного учреждения), сертификации (признание компетентности) медицинских работников и стандарты, применяемые для аккредитации лечебных учреждений, потому что эти стандарты устанавливают параметры, в рамках которых предоставляется медицинская помощь, включая доступ к средствам государственного заказа, добровольного медицинского страхования. Правовые акты в системе влияют на качество медицинской помощи, предоставляемой пациентам. При отсутствии таких механизмов регулирования

качество медицинской помощи может радикально варьироваться среди поставщиков и лечебных учреждений. В случае если регулирующие механизмы нацелены не на содержание здравоохранительных процессов, а на вопросы пополнения ресурсов и изменения структуры ЛПУ, они не могут полностью воздействовать на качество медицинской помощи.

#### Литература:

1. Абдраимов Т.Д., Каратаев М.М., Ашимов И.А. и соавт., Варианты финансового обеспечения жизнедеятельности трансплантационной службы// Центрально-Азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. – Бишкек, 2008. - №1. – С. 187-192.
2. Каратаев М.М., Токтомаев Н.Т., Василевский М.Г., Кожалиев А.К. Анализ эффективности управления ресурсами здравоохранения в условиях реформирования отрасли // Экономика здравоохранения. – М., 2006. - № 3-4. – С. 60-65 .
3. Каратаев М.М., Белов Г.В. Принципы реабилитации лиц опасных профессий в Кыргызской Республике, профилактика у них заблуждений и её экономический эффект // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2006. - № 1. – С.13-16.
4. Мамытов М.М., Каратаев М.М., Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения Кыргызстана// Журнал Экономика здравоохранения.- М., 2004. - № 2.- С. 5-15.