

Маркетинг

УДК 338.61:614.2

ШВЕЦ Юрий Юрьевич

Финансовый университет при Правительстве РФ, Москва, Россия.

<https://orcid.org/0000-0002-6557-1416>

Швец Юрий Юрьевич, кандидат экономических наук, доцент, доцент Департамента Экономической теории, старший научный сотрудник Института проблем управления имени В.А. Трапезникова Российской академии наук, Москва. (E-mail: jurijswets@yahoo.com)

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Аннотация

Анализ показателей и критериев оценки качества медицинских услуг важен для разработки новых подходов к повышению качества оказания медицинских услуг, к повышению эффективности деятельности медицинских организаций. Целью статьи является анализ показателей и критериев оценки качества медицинских услуг.

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 не достаточной мере, уделяется внимание финансово-экономическим стимулирующим мерам, направленным на повышение медицинской, социальной и экономической эффективности в деятельности медицинских организаций. Таким образом, основой 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. 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.

Ключевые слова: *медицинские услуги, медицинские организации, качество, оценка, показатели, управление, эффективность.*

JEL classification: I10, I19

Marketing

Yuriy.Y. Shvets

<https://orcid.org/0000-0002-6557-1416>

Department of Economic at Financial University under the Government of the Russian Federation; Institute of Management Problems named after V.A. Trapeznikov of the Russian Academy of Sciences Theory, Moscow.

(E-mail: jurijsvets@yahoo.com)

INDICATORS OF QUALITY ASSESSMENT OF MEDICAL SERVICES

Abstract

Analysis of indicators and criteria for assessing the quality of medical services is important for the development of new approaches to improving the quality of medical services, to improving the performance of medical organizations. The purpose of the article is to analyze the indicators and criteria for assessing the quality of medical services.

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 subjects 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. Thus, the basis of process quality indicators is to highlight the elements and desired actions that need to be taken in relation to patients with certain health problems. The most valuable indicators of process quality are actions that directly affect the effect of medical care. Indicators of the quality of activity results relate directly to the results of therapy and serve to measure the success or failure of the applied treatment methods. Measuring performance indicates only the level of quality of services provided. When constructing indicators of the quality of results, it is necessary to determine the so-called end points of therapy.

Keywords: *medical services, medical organizations, quality, evaluation, indicators, management, efficiency.*

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, связанным с обеспечением безопасности, но и с позиции эффективности, которая влечет за собой внедрение и развитие прокачественной системы управления медицинских организаций. 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 [19], Д. Эванса [24]. 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 [12], Ю.Ю. Швеца [21, 22] и др.

Вопросы эффективности управления деятельностью медицинских организаций рассматривались в работах Ф.Н. Кадырова [3], А.Н. Приженникова [11], Т.И. Расторгуевой [13], Ж.О. Сафроновой [15], И.Н. Старовойтовой [16], В.О. Флек [20]. Можно выделить работы, посвященные проблемам качества медицинских услуг: О.И. Кузнецова [7], С.Г. Павликов [10], А.В. Рыжик [14], А.Н. Шмелевой [23], А.П. Столбова [17], Л.С. Федосеевой [18].

Целью исследования является анализ показателей и критериев оценки качества медицинских услуг.

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 TÜF Интернациональ, во Франции Burea Veritas Certification, являются органами по сертификации менеджмента качества.

ИСО 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 быстро растущей и развивающейся их всех сфер 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 9 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.

Основные критерии европейской модели совершенства являются:

1. Ориентация на результаты. Концепция «совершенство» – это достижение результатов, которые удовлетворяют все заинтересованные стороны. В современных быстро меняющихся условиях, организация должна реагировать на все 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, для 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 потребителей, но и на потенциальных, необходимо разделить их на сегменты, для повышения результатов работы. 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.** Концепции – 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 культуры для обеспечения привлекательности компании среди конкурентов. На всех уровнях управления организацией, лидер мотивирует сотрудников к совершенству на своем примере, а также совместной деятельностью. Они обеспечивают постоянство и стабильность целей, для укрепления доверия всех заинтересованных сторон, 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. Система управления 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, там 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, используют 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 интеллектуальную собственность сотрудников компании 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 и 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 определить уровень фактического качества медицинского обслуживания.

Согласно медицинским стандартам, качество представляет совокупность характеристик услуг, которая удовлетворяет установленные потребности. По федеральному ОМС понятие качества определяет взаимодействие пациента и врача, которое основано на профессиональных качествах, 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 с медицинским назначением, а также медицинскую информацию и медицинские учреждения.

Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями введена с 21 июля 2014 года 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 года «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», с изменениями вступающими в силу с 1 июля 2017 года. Критерии оценки применимы к организациям, оказывающим медицинскую помощь по лицензии, установленной законом РФ, по группам заболеваний и по условиям медицинской помощи.

По условиям оказания существует 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 2 часов с поступления,
- указание в плане лечения хирургическое вмешательство 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 установления соответствия клинического диагноза с патологоанатомическим,
- в день выписки оформление результатов проведенного лечения в виде выписки стационарной карты и рекомендаций, выданной 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, трудоспособных);
- смертность по видам заболеваний (сердечные, онкология, ДТП, других причин, туберкулеза);
- 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 мед. организации

В общем виде, можно представить следующую систему критериев оценки эффективности системы здравоохранения:

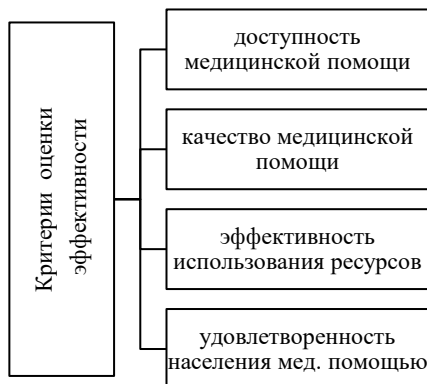


Рисунок 1 – Критерии оценки эффективности функционирования системы муниципального здравоохранения / Источник: составлено автором на основании Указа Президента РФ от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ»

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 ТПГГ;

- укомплектованность средним мед. персоналом.
- 4. Критерии удовлетворенности населения медицинской помощью:
 - доля пациентов, удовлетворенных качеством мед. помощи,
 - доля пациентов оплативших услуги мед. работников 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 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 организация 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 к качеству медицинской помощи, зависят не только от квалификации персонала и технического оснащения, но и от

системы контроля качества предоставляемой помощи. Со стороны пациента осуществляется контроль доступности помощи, профессионализма врачей и медицинского персонала, состояние пациентов, режима, соблюдение норм оказания помощи, в том числе этических. Со стороны страховых компаний, как субъектов контроля, контролируется качество и объем оказания услуг, предъявление исков лечебным организациям по возмещению ущерба пациентам, а также информирования органов управления о недостатках медицинских учреждений, которые получены 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. Оно может рассматриваться как с позиции реализации медицинских услуг, так и с точки зрения безопасности пациентов. Качество может формироваться из качества 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).

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.

Эта организация разработала аспекты оценки качества медицинских услуг. Руководствуясь 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 течении одного дня среди пациентов – процент приемов после процедур в течении 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 – курения среди персонала 	<ul style="list-style-type: none"> – процент кормящих матерей при выписке – непрерывность – медицинское 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 теорией Донабедиана, качество следует рассматривать и измерять в трех измерениях [20]:

- структуры,
- процесса,
- результата.



Рисунок 3 – Измерение качества медицинских услуг // Источник: Собственные исследования.

Показатели качества функционирования структуры на практике означают качество образования персонала (специальность), доступ до конкретного типа медицинского оборудования, количество персонала, приходящегося на одного пациента, количество медицинских процедур, выполняемых ежегодно врачом и т.д. Показатели качества функционирования структуры отражают структурные элементы медицинских учреждений, которые считаются необходимыми в достижении высоких результатов качества медицинской помощи. Они указывают на потенциал учреждения, но не обязательно 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.

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 и жизни здоровья – 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.

Таблица 3. Показатели и критерий качества структуры, процесса и результата

	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 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

Тип показателя	Название показателя	Способ расчета
	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.

Таким образом, 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 прививки против сезонного гриппа в некоторых группах населения.

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.

Список источников

1. Адлер Ю.П., Щепетова С.Е. Система экономики качества. М.: РИА «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: СМЦ «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. к.э.н.: 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. к.э.н.: 08.00.05. Саратов, 2008. 19 с.
10. Павликов С.Г. О соотношении прав человека, интересов народа и государства (в контексте вопроса о приоритетах их защиты) // Современный юрист. 2018. № 1(22). С.40-51.
11. Приженникова А.Н. Кадровый потенциал в инновационной деятельности // Современный юрист. 2018. № 2(23). С. 138-146.
12. Пушкарев О.В. Человеческий капитал и моделирование медико-экономической эффективности в здравоохранении: дис. д.э.н.: 14.00.33. Новокузнецк, 2009. 20 с.
13. Расторгуева Т.И. Научное обоснование современных подходов к управлению человеческими ресурсами в здравоохранении: дис. д.э.н.: 14.00.33. М., 2009. 160 с.
14. Рыжик А.В. Институционализация интересов собственников в нормах российского права // Современный юрист. 2016. № 4(17). С. 14-20.
15. Сафронова Ж.О. Организационно-экономический механизм эффективного инвестирования в здравоохранение в рамках целевых программ (региональный аспект): дис. к.э.н.: 08.00.05. М., 2009. 25 с.
16. 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.
17. Столбов А.П. Стандартизация информационных технологий в здравоохранении и ОМС: основы методологии // Информационные технологии в здравоохранении. 2011. № 10-12. С. 22-26.
18. 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.
19. Фейгенбаум А. Контроль качества продукции. М.: Экономика, 1986. 471 с.
20. Флек В.О., Кравченко Н.А., Черепанова И.С. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 144 с.
21. 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.
22. 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.
23. Шмелева А.Н. Оценка и повышение операционной эффективности системы менеджмента качества предприятия: теория, методология: дис. к.э.н.: 08.00.05. Тамбов, 2011. 45 с.
24. Эванс Дж. Управление качеством. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2007. 213 с.

25. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, MI: Health 1980.

References:

Adler, Schepetova (2005) – *Adler Yu.P., Schepetova S.E.* Quality Economy System [Sistema ehkonomiki kachestva]. M.: RIA "Standards and Quality", 2005. 182 p.

Vyalkov, Katlinsky, Vorobyev (2009) – *Vyalkov A.I., Katlinsky L.V., Vorobyev P.A.* Standardization, pharmacoeconomics and the system of rational drug supply of the population [Standartizatsiya, farmakoeconomika i sistema racional'nogo lekarstvennogo obespecheniya naseleniya] // Problems of standardization in health care [Problemy standartizatsii v zdravooohranenii]. 2009. №4. Pp. 3-6.

Kadyrov (2007) – *Kadyrov F.N.* Economic methods for evaluating the effectiveness of medical institutions [Ekonomicheskie metody ocenki ehffektivnosti deyatel'nosti medicinskih uchrezhdenij]. M.: Healthcare Manager, 2007. 224 p.

Kane, Ivanov, Koreshkov, Skhirtladze (2009) – *Kane M.M., Ivanov B.V., Koreshkov V.N., Skhirtladze A.G.* Systems, methods and tools of quality management [Sistemy, metody i instrumenty menedzhmenta kachestva]. SPb.: Peter, 2009. 389 p.

Kondo (2002) – *Kondo I.* Quality management in the company: the formation and stages of development [Upravlenie kachestvom v masshtabah kompanii: stanovlenie i ehrapy razvitiya]: Per. from English / scientific ed. A.V. Glazunov, V.A. Lapidus, ME Serov. N. Novgorod: SMC "Priority", 2002. 252 p.

Kuznetsov (2008) – *Kuznetsov L.A.* Control and evaluation of multidimensional quality [Kontrol' i ocenka mnogomernogo kachestva] // Quality management methods [Metody menedzhmenta kachestva]. 2008. № 10. P. 40-45.

Kuznetsov (2006) – *Kuznetsov O.I.* Tendencies of change in the structure of labor relations in health care [Tendentsii izmeneniya struktury trudovyh otnoshenij v zdravooohranenii]: dis. Ph.D.: 08.00.07. Saratov, 2006. 17 p.

Lomakin V., Laukhin A. (2010) – *Lomakin V.B., Laukhin A.E.* Electronic registry innovative information technology for medical institutions [Elektronnaya registratura innovatsionnaya informatsionnaya tekhnologiya dlya lechebno-profilakticheskogo uchrezhdeniya] // Quality management of medical care [Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshchi]. 2010. №2. 34 p.

Merkulov (2008) – *Merkulov A.A.* Health management as a territorial socio-economic system [Upravlenie zdravooohraneniem kak territorial'noj social'no-ehkonomicheskoy sistemoy]: dis. Ph.D.: 08.00.05. Saratov, 2008. 19 p.

Pavlikov (2018) – *Pavlikov S.G.* On the relationship between human rights, interests of the people and the state (in the context of the issue of the priorities of their protection) [O sootnoshenii prav cheloveka, interesov naroda i gosudarstva (v kontekste voprosa o prioritetaх ih zashchity)] // Modern lawyer [Sovremennyj yurist]. 2018. No. 1 (22). C.40-51.

Prizhennikova (2018) – *Prizhennikova A.N.* Human resources in innovation [Kadrovyy potencial v innovatsionnoj deyatel'nosti] // Modern lawyer [Sovremennyj yurist]. 2018. No. 2 (23). Pp. 138-146.

Pushkarev (2009) – *Pushkarev O.V.* Human capital and modeling of medico-economic efficiency in health care [Chelovecheskiy kapital i modelirovanie mediko-ehkonomicheskoy ehffektivnosti v zdravooohranenii]: dis. Doctor of Economics: 14.00.33. Novokuznetsk, 2009. 20 p.

Rastorgueva (2009) – *Rastorgueva T.I.* Scientific substantiation of modern approaches to human resource management in health care [Nauchnoe obosnovanie sovremennyh podhodov k upravleniyu chelovecheskimi resursami v zdavoohranenii]: dis. Doctor of Economics: 14.00.33. M., 2009. 160 p.

Ryzhik (2016) – *Ryzhik A.V.* Institutionalization of the interests of owners in the norms of Russian law [Institucionalizaciya interesov sobstvennikov v normah rossijskogo prava] // Modern Lawyer [Sovremennyy jurist]. 2016. № 4 (17). Pp. 14-20.

Safronov (2009) – *Safronov J.O.* Organizational and economic mechanism of effective investment in health care in the framework of targeted programs (regional aspect) [Organizacionno-ehkonomicheskij mekhanizm ehffektivnogo investirovaniya v zdavoohranenie v ramkah celevyh programm (regional'nyj aspekt)]: dis. Ph.D.: 08.00.05. M., 2009. 25 p.

Starovoitova (2008) – *Starovoitova I.M.* Control and organizational work in medical organizations at the present stage [Kontrol'no-organizacionnaya rabota v medicinskih organizacijah na sovremennom ehtape] // Deputy Head Physician: clinical work and medical examination [Zamestitel' glavnogo vracha: lechebnaya rabota i medicinskaya ehkspertiza]. 2008. No. 2 (21). 60 s

Stolbov (2011) – *Stolbov A.P.* Standardization of information technologies in health care and compulsory health insurance: fundamentals of methodology [Standartizaciya informacionnyh tekhnologij v zdavoohranenii i OMS: osnovy metodologii] // Information technologies in health care [Informacionnye tekhnologii v zdavoohranenii]. 2011. № 10-12. Pp. 22-26.

Fedoseeva, Nazarkina (2010) – *Fedoseeva L.S., Nazarkina I.M.* The use of information and analytical systems in the management of the quality of medical care in the outpatient stage [Ispol'zovanie informacionno-analiticheskoj sistemy v upravlenii kachestvom okazaniya medicinskoj pomoshchi na ambulatornom ehtape]// Quality management of medical care [Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshchi]. 2010. № 1. 45 p.

Feigenbaum (1986) – *Feigenbaum A.* Product quality control [Kontrol' kachestva produkcii]. M.: Economics, 1986. 471 p.

Flek, Kravchenko, Cherepanova (2001) – *Flek V.O., Kravchenko N.A., Cherepanova I.S.* Innovative resource management technologies in healthcare [Innovacionnye tekhnologii upravleniya resursami v zdavoohranenii]. M.: GEOTAR-MED, 2001. 144 p.

Shvets (2017) – *Shvets Yu.Yu.* Analysis of the processes of modernization of the health care system in Russia and the results of their impact on the quality of medical services [Analiz processov modernizacii sistemy zdavoohraneniya v Rossii i rezul'taty ih vliyaniya na kachestvo medicinskih uslug] // Travel Guide entrepreneur [Putevoditel' predprinimatelya]. 2017. 34. p. 322-332.

Shvets (2017) – *Shvets Yu.Yu.* Methodical and regulatory interpretation of the quality management of medical services [Metodicheskno-normativnaya interpretaciya upravleniya kachestvom medicinskih uslug]// Bulletin of the South-Russian State Technical University (Novocherkassk Polytechnic Institute). Series: Socio-economic sciences [Vestnik YUzhno-Rossijskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta (Novocherkasskogo politekhnicheskogo instituta). Seriya: Social'no-ehkonomicheskie nauki]. 2017. №2. Pp. 19-26.

Shmeleva (2011) – *Shmeleva A.N.* Evaluation and improvement of the operational efficiency of an enterprise quality management system: theory, methodology [Ocenka i povyshenie operacionnoj ehffektivnosti sistemy

menedzhmenta kachestva predpriyatiya: teoriya, metodologiya]: dis. Ph.D.: 08.00.05. Tambov, 2011. 45 p.

Evans (2007) – *Evans J.* Quality management [Upravlenie kachestvom]. М.: UNITY-DANA, 2007. 213 p.

Donabedian (1980) – *Donabedian A.* The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbot, MI: Health 1980.