

ванной травмой должны открываться как специальные отделения в крупных многопрофильных больницах, так и отделения хирургии кисти, в которых должны быть предусмотрены все условия и оборудование для широкого использования микрохирургической техники.

Особенно важное значение для полноценной и эффективной реабилитации больных с последствиями повреждений и заболеваниями опорно-двигательного аппарата имеют отделения восстановительного лечения, которые создаются в составе поликлиники городской больницы или самостоятельной поликлиники и являются ее структурным подразделением.

В штаты такого отделения введены 0,05 должности врача травматолога-ортопеда на 10 тыс. взрослого населения прикрепленного к поликлинике для восстановительного лечения, а также должности медицинских сестер по массажу, инструкторов по лечебной физкультуре и трудотерапии.

Для экспертизы отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных при республиканских, краевых, областных, городских больницах, имеющих в своем составе отделения травматологии и ортопедии, организуются медицинские советы, которые утверждаются соответствующими органами здравоохранения как контрольный и консультативный орган по вопросам травматолого-ортопедической помощи. Материалы этих советов должны использоваться для разработки мероприятий по улучшению травматологической и ортопедической службы.

Экспертизе подлежат лица (взрослые и дети), находившиеся в обследуемом лечебно-профилакти-

ческом учреждении по поводу травм, заболеваний или деформации опорно-двигательного аппарата, не ранее чем через год после окончания лечения.

Основными задачами медицинского совета по экспертизе результатов лечения являются следующие:

— изучение исходов лечения больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата;

— выявление недостатков в организации медицинской помощи травматологическим и ортопедическим больным;

— анализ врачебных ошибок, допущенных в лечении больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, и выработка рекомендаций по устранению этих ошибок, повышению качества оказания медицинской помощи травматологическим и ортопедическим больным;

— оказание практической помощи врачам путем квалифицированного анализа всего процесса лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Помимо экспертизы отдаленных результатов лечения, травматологи-ортопеды обязаны ежегодно совместно с органами социального обеспечения проводить углубленный анализ причин инвалидности от травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата с учетом качества, объема и своевременности оказания медицинской помощи и вносить предложения о мерах по устранению выявленных недостатков, предупреждению стойкой утраты трудоспособности.

Поступила 16.06.87.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2:331.108.45

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ*

Проф. Ю. М. Комаров (Москва)

В последние 20 лет эффективность здравоохранения стала снижаться вследствие как объективных причин, так и ряда ошибок и просчетов. Результаты функционирования органов здравоохранения ухудшаются по следующим причинам:

— здравоохранение перестало воздействовать на причины заболеваний (как это было при превалировании в структуре инфекционной патологии), а имеет дело главным образом со следствиями, нередко далеко зашедшими;

— возросло отрицательное влияние образа жизни (до 52—55%), генетических факторов (20—22%), окружающей среды (18—20%) на здоровье населения;

— увеличилась частота врачебных ошибок как вследствие сложности, комплексно-

сти, сочетанности патологии и атипичного ее проявления, так и из-за ошибок в организации и нормировании медицинской помощи, слабой технической вооруженности, снижения требовательности к профессии врача;

— не повышается ответственность каждого человека за свое здоровье;

— специалистами упущен переломный момент в тенденциях здоровья населения (60—70-е годы), когда стала расти детская смертность, стабилизировалась, а затем и сократилась средняя продолжительность жизни, возросла общая смертность, что свидетельствовало о необходимости перехода уже в то время к экстенсивному на интенсивный путь развития здравоохранения;

— снизилось качество медицинской помощи и уменьшилась доступность специализированных ее видов.

* Из выступления на традиционных Курашовских чтениях.— Казань, 20 мая 1988 г.

В нашей стране за указанный период расходы на здравоохранение по отношению к национальному доходу росли замедленно, что привело к снижению соответствующей доли с 6,1% в 1960 г. до 4,6% в 1986 г. На 1988 г. расходы на здравоохранение определены в 21,7 млрд. рублей, что составляет всего 4,9% от национального дохода. Для сравнения укажем, что в других экономически развитых странах эта величина достигает 8—12% от их валового национального продукта.

Среди причин роста затрат на здравоохранение можно выделить следующие:

- постарение населения, приводящее к росту уровня хронических заболеваний и потребности в различных видах медицинской помощи;

- повышение цен на товары и услуги во всех областях экономики, не исключая и производство материально-технических ресурсов для здравоохранения, а также инфляцию;

- более широкое и массовое использование традиционных методов обследования и лечения;

- расширяющееся применение новых технологий, рост частоты использования высокосложной техники, методов интенсивной помощи и сложных операций и т. д.;

- рост заработной платы медработникам;

- изменение структуры затрат на здравоохранение (по отдельным видам медицинской помощи).

В структуре затрат у нас более 52% (в других странах — 10—15%) приходится на зарплату, что свидетельствует о преобладании ручного труда и слабой технической оснащенности. Больничные койки используются крайне неэффективно, а стоимость одной вновь вводимой койки в 5—7 раз меньше, чем в других развитых странах.

Заработная плата медицинским работникам растет крайне медленно и существенно отстает от стоимости ручного труда в различных промышленных отраслях.

Становится очевидным, что дальнейшее увеличение затрат на здравоохранение зависит прежде всего от роста производительности труда в стране, наращивания фонда общественного потребления, более широкого использования в разумных пределах хозрасчетного механизма, например, в палатных поликлиниках и диагностических центрах, медико-санитарных частях при предприятиях и других.

В то же время даже имеющиеся средства не всегда используются с наибольшей отдачей. И здесь необходимы расчеты последствий принимаемых решений, оценка эффективности. Эффективность — это такое соответствие структуры и функций, которое обеспечивает получение наивысших конечных результатов в минимальные сроки

и с наименьшими затратами сил и средств. Отметим, что в настоящее время существуют 3 модели расчета эффективности: анализ продуктивности затрат, анализ эффективности затрат и анализ полезности затрат.

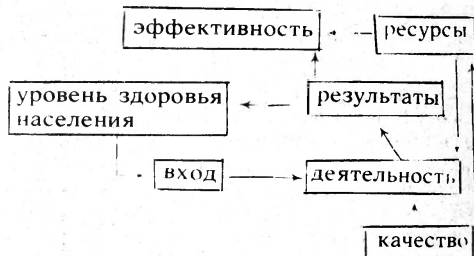
Основной смысл данных моделей состоит не столько в точном денежном измерении эффекта, сколько в определении при помощи оценок результативности наиболее действенных вариантов. В целом эти методы дают возможность оценивать целесообразность использования ограниченных ресурсов, выделяемых на нужды здравоохранения, ибо вряд ли можно оправдать такое положение в системе здравоохранения, когда требуются значительные затраты от общества без должной их отдачи. Для иллюстрации важности применения моделей оценки эффективности тех или иных программ приведем несколько примеров из зарубежной практики. Так, подсчитано, что в борьбе с врожденным сифилисом наилучшие результаты с наибольшей эффективностью дает не лечение каждого такого случая, ибо оно дорогостоящее, длительное, а чрезвычайно низкой результативностью, а профилактические мероприятия, ориентированные на вступающих в брак, что помимо высоких позитивных результатов обеспечивает выраженный экономический эффект. Когда была поставлена задача борьбы с коревой краснухой при заданных финансовых ограничениях, то в результате моделирования оказалось, что в пределах выделенных ассигнований наилучшие результаты можно получить, вакцинируя девочек в возрасте 14—15 лет. Имеются и другие примеры. В то же время долгие годы многие специалисты полагали, что в условиях социалистического бесплатного (когда услуги заранее оплачены) здравоохранения расчеты эффективности и выбор на этой основе альтернативных результативных программ являются вредными, особенно в тех случаях, когда речь идет о витальных показателях. К сожалению, такие ошибочные представления бытуют и в наши дни, что подтверждают принятые варианты многих программ и ряда экспериментов, основанных на эмпирических представлениях, а не на точных оценках и расчетах их результативности.

Эффективность здравоохранения во многом зависит от качества ресурсов и качества деятельности лечебно-профилактических учреждений. В СССР неоднократно предлагался перечень показателей, который, по мнению их авторов, мог бы характеризовать качественные аспекты функционирования различных звеньев и служб здравоохранения (Е. А. Садвокасова, И. Д. Богатырев, Е. А. Логинова, Ю. М. Комаров и др.). В настоящее время подготовлен очередной вариант перечня показателей, проект которого был ранее обсужден на страницах

«Медицинской газеты».* Следует отметить, что подобные попытки обречены на неудачу, так как величина любого показателя, входящего в перечень, ни о чем не говорит как в количественном (много или мало), так и в качественном (хорошо или плохо) аспектах без соответствующей оценки путем сравнения со специальными стандартами. Вообще, качество может быть оценено только экспертным способом: либо путем оценки экспертами каждого в отдельности случая для срезовых исследований, либо путем назначения экспертами соответствующих стандартов, используемых permanently в системе. Первый способ получил широкое распространение в нашей стране главным образом в исследовательских целях, а второй — привел к формированию однородных групп пациентов, так называемых клинико-статистических групп (КСГ). КСГ были впервые разработаны Йельским университетом (США) при участии более 500 экспертов на основе обработки на ЭВМ около 7 млн. историй болезни. Для каждой из классифицированных 467 КСГ были определены по минимуму и максимуму необходимый набор методов обследования и лечения (в том числе в стоимостном выражении), коэффициент затрат ресурсов, сроки лечения, показатель отрицательных результатов и связанный с ним процент адекватности медицинской помощи. Данная разработка носила коммерческий характер, однако при правильном ее использовании можно оценивать качество помощи и планировать затраты на здравоохранение. Разработанные стандарты внедрены в практику здравоохранения США, начиная с 1984 г. С тех пор зарплата персонала стала зависеть от качества работы. Аналогичный подход создания линеек качества для однородных КСГ принят в настоящее время в большинстве европейских стран, которые вынуждены разрабатывать собственные КСГ, ибо йельская разработка весьма дорога и в полном виде не была опубликована. Однако анализ многочисленных литературных источников позволил воссоздать алгоритм формирования КСГ (М. М. Веренцов, Ю. М. Комаров, В. М. Рутгайзер) и проверить его на примере офтальмологических и кардиологических больных. Работа по созданию стандартов качества продолжается.

Таким образом, для верхних эшелонов управления здравоохранением главным показателем является эффективность с возможностью детального анализа как резуль-

татов, так и затрат ресурсов, а для уровня учреждений, медико-технологических процессов — качество. В общем плане взаимосвязь этих показателей можно представить в виде следующей схемы:



Следует отметить, что проблема повышения качества и эффективности здравоохранения не является простой и однозначной. Ее решение требует не только выполнения ряда научных исследований, построения соответствующих моделей с проведением необходимых расчетов вариантов, привлечения квалифицированных экспертов, но и подготовки кадров к работе в новых условиях, введения дифференцированного стимулирования, изменения соотношения числа врачей и среднего медперсонала. При условии достаточной технической оснащенности и передачи ряда функций от врача к среднему медработнику соотношение между ними должно быть 1 : 6—8, а не 1 : 3, как это сейчас имеет место. Должно повыситься качество подготовки медсестер и другого медперсонала. Следует продумать вопрос и о повышении престижности врачебной профессии, скатившейся на 7—12-е позиции, в то время как в ряде стран (США, испаноязычных странах, Греции и др.) она является наиболее авторитетной, что подкреплено и соответствующей оплатой. Видимо, настало время решать вопрос о переводе врачебного труда из сферы обслуживания, где с медициной соседствуют бытовое обслуживание (бани, прачечные, парикмахерские и др.) и торговля, в сферу производства, ибо как указывал К. Маркс «услуги врача сохраняют источник всех стоимостей — самое рабочую силу».

Можно также высказать глубокую убежденность в том, что не каждый человек способен стать врачом по своей натуре и другим особенностям. Поэтому в перспективе, видимо, будет введена система отбора для будущих врачей, юристов и учителей, то есть для таких специалистов, у которых каждая ошибка может иметь большое социальное значение. С этой целью должны быть разработаны профессиограммы и критерии отбора — необходимо поставить барьер перед случайными, черствыми и бездушными людьми. Профессия врача требует подлинного гуманизма и высокой личной культуры.

* 31 августа 1988 г. в «Медицинской газете» опубликованы «Временные (на 1988—1990 гг.) показатели для оценки состояния охраны здоровья населения, деятельности учреждений здравоохранения и отдельных специалистов» (утверждены приказом Минздрава СССР № 565 от 15 июля 1988 г.). Редакция.