

Эффективность работы медицинского учреждения

Конради А.О.

Врач и экономист – основное противоречие

- Врач, медицинская сестра и др. всегда имеют дело с конкретным пациентом. Это их основная функция
- Их **цель** – предоставить **конкретному** пациенту лучшее лечение из возможного
- Большинство производственных процессов клиники происходит вне палаты больного и вне собственно врачебной практики
- Все происходящее с пациентом стоит **денег**
- Найти и сэкономить их - это и есть **цель экономиста**

Особенности здравоохранения как объекта экономики

- Почти все постулаты экономической теории неприменимы в здравоохранении
- Если предоставление медицинской помощи оставить на регулирование рынка – оно будет далеко от оптимального
- Вмешательство государства и правительства в данную сферу необходимо, неизбежно и эффективно

Рациональность в здравоохранении

Рациональность предполагает четкое знание

А в здравоохранении имеется
неопределенность в отношении

- Заболеваемости
- Типа и стоимости лечения
- Эффективности этого лечения
- Прогноза

Данная сфера не поддается стандартным
методам экономического прогнозирования

Равенство и этические проблемы

- Бедный или богатый, молодой или старый, здоровый или больной – доступность помощи и ее качество должны быть равными?
- С этической точки зрения – да
- С экономической - нет

Пути, которым учреждение может уменьшать затраты и бороться с неэффективностью

- Искусственное ограничение на использование дорогих технологий
- Повышение цен в преискурантах
- Рост страховых взносов
- **Повышение эффективности вмешательств**
- **Грамотный менеджмент**

Матрица эффективности (рентабельности) помощи

**Низкие затраты
Хорошие результаты
(исходы лечения)**

**Высокие затраты
Хорошие результаты
(исходы лечения)**

**Низкие затраты
Худшие результаты**

**Высокие затраты
Плохие результаты**

Понятие качества помощи

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам.

Выделяют следующие характеристики качества медицинской помощи:

- профессиональная компетенция;
- доступность;
- межличностные взаимоотношения;
- эффективность;
- непрерывность;
- безопасность;
- удобство;
- соответствие ожиданиям пациентов.

Как правильно оценить качество?

1. Исходы заболевания и лечения: летальность, длительность госпитализации, восстановление функции, социальная реабилитации и многие др.

Преимущества – четкость, исчисляемость, стандартизованность, универсальность критериев

Недостатки: применимо не ко всем патологиям, сильно зависит от уровня учреждения и объективных факторов, не всегда сопоставимо, не отражает субъективную удовлетворенность пациента

Главное – анализ исходов заболеваний не дает **никакой информации** о том, какими усилиями (организационными, человеческими, финансовыми) достигается этот показатель

Критерии качества (2)

2. Анализ самого процесса оказания помощи
(качество ведения документации, обоснованность назначений, обследований, их полнота, соответствие рекомендациям и стандартам)

Такая система оценки качества применяется в **большинстве медицинских учреждений.**

Основной недостаток – система анализирует «процесс», но не результат, и также не дает информации о затратности и эффективности

Критерии качества (3)

3. Анализ структуры учреждения (соответствие формальным требованиям – соблюдение порядков оказания помощи, оснащённость подразделений, штатная численность и квалификации персонала (категории, ученые степени и др.)

Преимущество – анализ объективен и удобен для проверяющих органов

Недостаток – анализ не связан с собственно оказанием помощи и совершенно формален.

Основные причины низкой эффективности (рентабельности) оказания медицинской помощи

Фактор	Пример
Отсутствие времени	Назначаются малоэффективные или лишние лекарства и обследования по причине того, что более эффективные меры требуют времени (например, модификация образа жизни)
Непонимание и недооценка затрат	Назначаются дорогостоящие лекарства или обследования при наличии равноэффективных, но более дешевых
Непонимание того, что покрывается страховкой	Назначение дорогостоящих методов лечения вне понимания того, что может и не может быть выполнено за счет страховых средств ОМС, ДМС)
Медицинская помощь, основанная на интересах учреждения	Стремление достичь индикаторов, которые важны учреждению (смертность, длительность госпитализации), но не пациенту – качество жизни
Незнание доказательств	Отсутствие знаний о доказательной базе тех или иных вмешательств и оказание помощи по принципу пожеланий пациента и доступных ресурсов.
Медицина по принципу «защиты»	Выполнение излишних диагностических вмешательств «на всякий случай»

Способы повышения «рентабельности» оказания медицинской помощи

- Обеспечение врачам и пациентам доступа к данным о стоимости лечения
- Введение в основы обучения врачей и сестер медицины, основанной на доказательствах
- Изменение политики финансирования учреждений, включающей анализ эффективности работы
- Обеспечение для пациентов возможности поиска учреждений по качеству и эффективности
- Образование врачей и организаторов здравоохранения в вопросах эффективности помощи
- Понимание у врачей различий в понятиях – **помощь, сконцентрированная на интересах пациента, и помощь, сконцентрированная на интересах учреждения**
- Повышение знания врачей о стоимости, конкретных эффектах и рентабельности конкретных видов помощи
- Информирование пациентов об исходах заболеваний и лечения, чтобы они могли понимать все варианты исходов и выбирать для себя наиболее адекватный

К сожалению

- В учреждениях и во всей системе здравоохранения до сих пор оценка качества помощи и ее результативности производится **отдельно** от оценки ее стоимости
- Тогда как полезность (ценность, эффективность, рентабельность) помощи прямо пропорциональна ее качеству и обратно пропорциональна стоимости (то есть выражает **отдачу с точки зрения исходов лечения на один вложенный рубль**)

Какие источники данных могут быть использованы для реальной оценки вложений в лечение?

- **Регистры.** Один из самых эффективных инструментов . Содержит проспективное наблюдение и анализ отдаленных исходов

Примеры наиболее информативных регистров в мире

- регистр кардиохирургических вмешательств
- Регистр ОКС
- Раковый регистр и др.

Для интеграции подобных систем создан специальный **International Consortium for Health Outcome Measurements**

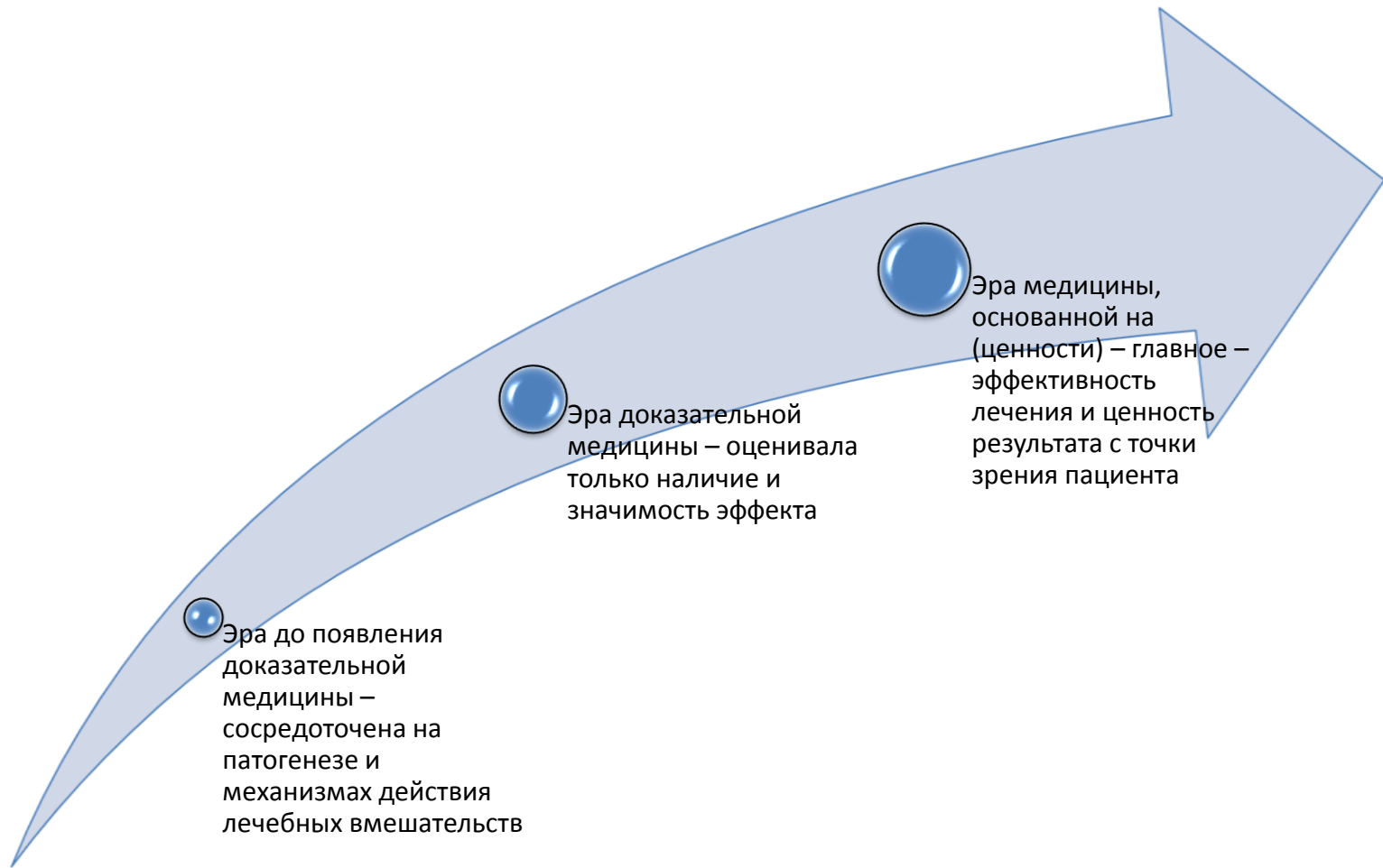
Административный ресурс

- **Данные историй болезни и медицинской информационной системы (МИС)**
- Официальные статистические данные и отчетные формы
- Сведения о прямых затратах
- Государственные порталы и др.
- **Основная проблема почти для всех систем – объективность данных сомнительна, данные не привязаны к конкретному пациенту и не дают информации о субъективном улучшении самочувствия.**

Революционный подход к оценке эффекта лечения - PROM

- **PROM (patient reported outcome measure)** – показатель эффекта лечения, оцененный пациентом (анализ реального облегчения состояния пациента оценивается на основании ответа пациента, не системы здравоохранения)
- Хорошо подходит к оценке вмешательств, которые направлены на улучшения качества жизни (протезирование бедренного сустава, в ряде случаев реваскуляризация миокарда и др.)

Эволюция концепция медицины



- Медицина, основанная на доказательствах, оценивает только эффект лечения с точки зрения клинических данных пациента
- Медицина, основанная на ценности – количественно оценивает клинические результаты и соотносит их с другими параметрами, такими как экономическая и социальная выгода, а также непосредственная выгода для пациента –и учет его личного выбора

Ценность (value) помощи с точки зрения пациента

4 важнейших вопроса для медицины, которая основана на интересах больного?

1. Правильно ли мы поставили цель с точки зрения интереса пациента (длительность жизни, качество жизни, конкретные условия, возраст, сопут.патология и др)
2. Правильный ли мы выбрали метод для достижения цели (доказательная медицина и др.)
3. Все ли выполняется на должном уровне? (качество)
4. Достигли ли мы желаемого результата с точки зрения пациента?



KPI медицинского учреждения

- Все действующие показатели работы, по которым оценивается учреждение, нацелены на изменение количества работы, часть оценивает ее качество, но с точки зрения формального соответствия неким стандартам. Нет показателей, которые оценивали бы результат помощи с точки зрения пациента и отдаленный результат

Пример – показатели деятельности руководителя

- Работа койки в году
- Выполнение плана
гос.задания
- Летальность, в т.ч.
больничная
- Число осложнений

Все эти показатели либо
оценивают Volume-based
medicine, либо
стимулируют развитие
hospital-oriented medicine

Нет ни одного критерия, который характеризовал бы сложность
осуществляемых вмешательств, уровень специалистов, соотношение риска
пациентов и результатов лечения.

Эффективное учреждение с позиций современной оценки

- Госпитализирует огромное множество больных, никак их не обследует, выполняет большое число вмешательств (хирургическая активность), целесообразность которых никак не оценивается
- Селекционирует больных по низкому риску и выгоды вмешательств (чтобы было меньше осложнений, летальности, не было затрат на дополнительные методы обследования и лечения, выбирает те виды помощи, которые экономически выгодны)

С точки зрения учреждения хороший врач

- Быстро выписывает больного
- Назначает минимум обследований
- Не имеет жалоб
- Правильно ведет документацию
- Не имеет замечаний со стороны страховых экспертов
- Наличие у врача уникальных компетенций, отдаленные результаты его лечения, даже число повторных госпитализаций, способность увидеть что-то вне своего профиля и лечить пациента комплексно – никак не учитывается.

ПРИКАЗ

от 7 июля 2015 г. N 422ан

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

- а) **ведение медицинской документации** - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):
- б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении
- в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения
- г) формирование плана обследования пациента
- д) формирование плана лечения
- е) включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения);
- ж) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов,
- з) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;
- и) установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;
- установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;
- принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной
- л) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением в течение 48 часов
- н) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1175н:
- п) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке <1>;

Критерии лечения

р) лечение (результаты):

отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией;
отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения;
отсутствие внутрибольничной инфекции;

с) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке;

т) отсутствие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

Где хоть один критерий, говорящий о том, что пациенту стало лучше?
Как можно стимулировать врача оказывать помощь тяжелым пациентам?

Декларация ассоциации госпиталей Европы

- Существуют неоспоримые доказательства того, что активная вовлеченность клиницистов в управление клиникой приводит к улучшению результатов медицинской деятельности, повышению удовлетворенности пациентов помощью и экономии ресурсов

Типичное восприятие клиницистов со стороны администрации

- Всегда хотят больше денег, чем отпущено
- Требуют помещений и увеличения штатов (неоправданно)
- Недовольны действиями администрации
- Не хотят воспринимать новшества

Принцип вовлеченности клиницистов в управление клиникой

- Должны быть непосредственными участниками любых преобразований
- Повышение квалификации должны быть на рабочем месте
- Должны быть дополнительно обучены видению организационных, финансовых и иных аспектов управления

Исследование по результативности управления больниц, в зависимости от того, кто стоит во главе.

- Amanda Goodman, 2011
- 100 больниц США, тщательный анализ руководителей и результатов деятельности
- Все больницы разделены на две группы:
 - управляемые врачом
 - управляемые профессиональным администратором

Результат:

- Качество работы и индекс качества лечения на 25% выше в тех клиниках, которыми руководит врач по образованию
- Финансовая эффективность также выше, если клинические решения стоят во главе угла администрирования

Маршрут достижения эффективности работы - три составляющие успеха повышения ценности и достижения индикаторов

1. Аналитическая фаза

2. Фаза выработки рекомендаций

3. Фаза практического внедрения

- Понимание имеющегося уровня операционной активности
- Понимание имеющихся проблем и их причин
- Анализ финансовой составляющей
- Анализ соотношения причин проблем и производимого ими реального эффекта

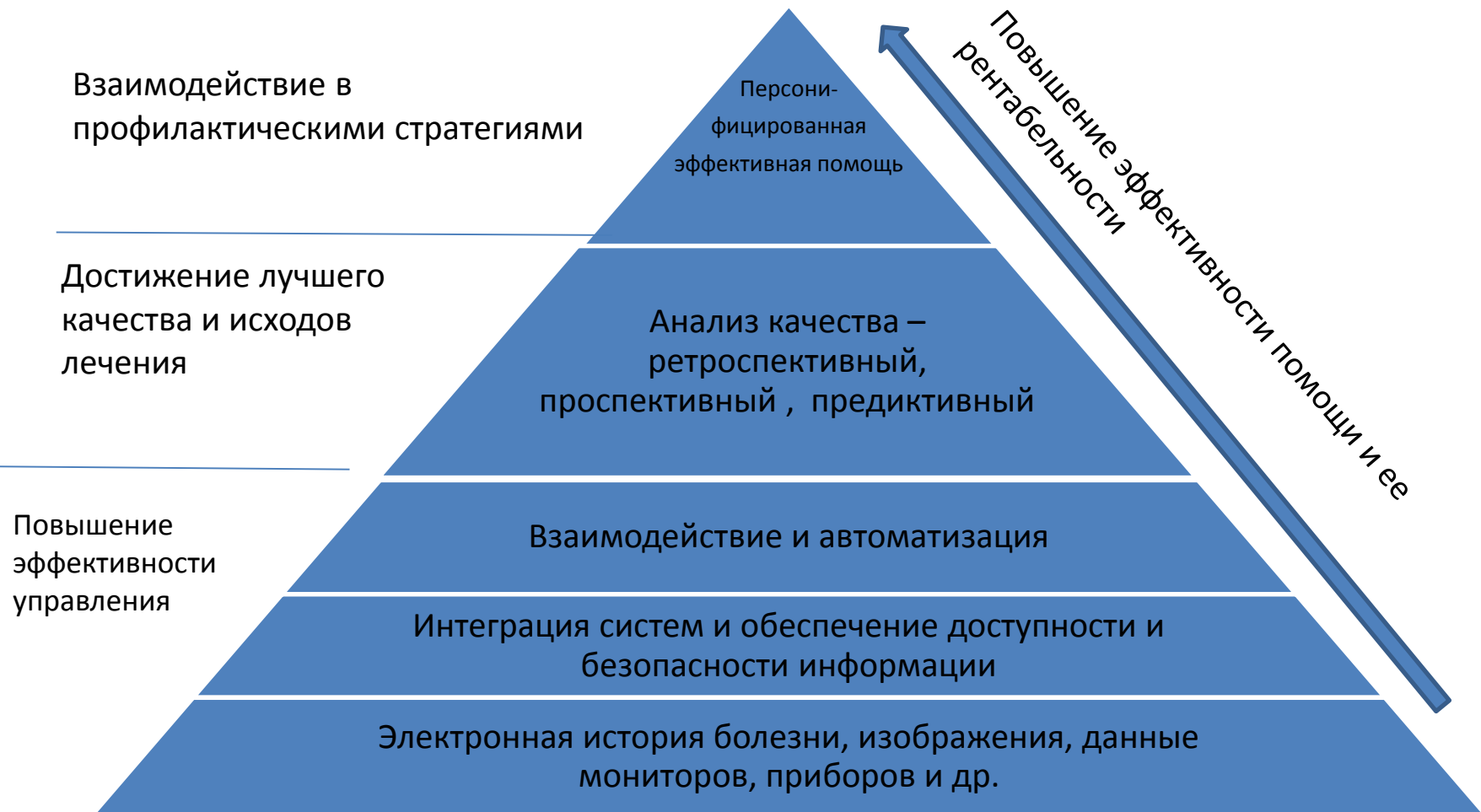
- Выработка стратегии
- Определение быстрых и долгосрочных мер
- Создание инструментов понимания эффективности

- Создание инструментов для внедрения
- Разработка системы оценки уровня внедрения
- Распределение обязанностей и полномочий
- временные и качественные индикаторы

Самое важное для внедрения value-based medicine

- Обязательный анализ исходов заболеваний
- Внедрение автоматизированной системы PROM – разработка по каждому профилю
- Обязательный полноценный учет финансовых затрат
- Учет внешних факторов

Пирамида движения здравоохранения от объема помощи к эффективности



Меры по повышению эффективности работы учреждения

Мероприятие	Механизм реализации
Электронное ведение медицинской документации	Оперативность доступа, снижение числа врачебных ошибок, открытость информации, облегчение внутреннего и внешнего анализа качества, облегчение анализа стоимости
Повышение координации работы подразделений (этапность оказания помощи)	Уменьшение дублирования назначений, преемственность, снижение административных затрат, улучшение исходов
Командный подход к принятию решений, особенно в отношении инвазивных процедур	Более взвешенный выбор не только более эффективного, но и более рационального со всех позиций решения, снижение затрат на повторные вмешательства и смену тактики.
Введение жесткого контроля за применением только вмешательств, которые признаны целесообразными и имеющими признанное соотношение цена/качество	Снижение числа необоснованных назначений и вмешательств, назначение препаратов с недоказанной эффективностью и др.

Чем отличается эффективная работа учреждения от просто хорошего результата?

- Потенциальная эффективность – есть способность достичь желаемого результата
- Истинная эффективность – есть способность выполнить эту задачу максимально экономичным путем с точки зрения всех видов ресурсов.