

Применение интегрального показателя качества в системе здравоохранения

*К. Ецко, Е. Рябова, Г. Пэун

Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine
194 B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37369232962. E-mail: economiemanagement@yahoo.com
Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

Using of the integral quality index for medical services

The article presents an analysis of important aspects of the quality of medical services and related medical and economic indexes: efficiency, accordance, and scientific and technical levels. The authors suggest the elaboration of special criteria for indexes of the quality of integral medical services for the population (IQIMS): an index of medical efficiency and of social efficiency *per capita*. These indexes will be useful in the process of control and quality management.

Key words: quality of management, integral quality index, medical efficiency.

Utilizarea indexului integral al calității serviciilor medicale

Articolul este dedicat analizei aspectelor importante ale calității serviciilor medicale și unor indicatori medico-economici: eficacitatea, eficiența, ajustarea, nivelul științifico-tehnic. Autorii propun folosirea criteriilor speciale ale indicilor integrali a calității serviciilor medicale a populației (IQIMS): indexul eficienței medicale, indexul eficienței sociale, indexul eficienței economice *per capita*. Acești indici vor fi utilizați în procesul controlului calității și managementului calității, în general.

Cuvinte cheie: managementul calității, index integral al calității, eficiență medicală.

Введение

Характерной чертой развития многих стран мира является тот факт, что население этих стран не удовлетворено качеством медицинских услуг и, в целом, уровнем здравоохранения. Проблемы в этих странах весьма схожи и это независимо от того, сколько тратит та или иная страна на своё здравоохранение: 14% своего ВВП, или едва 1-2%. Здесь и необходимость рационального использования ресурсов, и проблема эффективного их сочетания, и возможности перенесения акцента. Прежде всего, на диагностическую и профилактическую совокупность медицинских услуг, и развитие полноценного здорового образа жизни.

Результаты реформирования системы здравоохранения в Республике Молдова ощутимы, но пока далеки от совершенства: неудовлетворительно используется принцип единого учёта получателей социальной помощи, детальный анализ рынка рабочей силы, анализ динамики и тенденций миграции (в том числе – географический), а также абсолютно недостаточно используется принцип единого информационного пространства между Национальными министерствами труда и социальной защиты, экономики, образования, здравоохранения. А ведь именно соблюдение данных подходов является необходимым условием дальнейшего повышения уровня и эффективности работы системы Обязательного Медицинского Страхования. Так как очевидно, что связь между социально-экономическими процессами общества очень тесная, аналогично взаимосвязи между медицинским и другими видами социального страхования граждан Республики Молдова. Поэтому, необходимо обеспечение непрерывности и последовательности политики в области социальной защиты и здравоохранения,

координирование всех программ и стратегий социального страхования, включая ОМС Республики Молдова, которые напрямую касаются обеспечения нового уровня качества жизни населения. К сожалению, мы находимся далеко позади большинства стран мира по величине Индекса человеческого развития (ИЧР = HDI – Human development index), который интегрирует такие показатели, как: Уровень Здоровья Нации (УЗН), прогнозируемая продолжительность жизни, уровень образования, уровень социальной защиты и др. Цельный ряд проблем, таким образом, требуют решения, и важнейшая из них – развитие сектора первичной медицинской помощи (ПМП), института семейных врачей, обеспечение качества медицинских услуг.

Материал и методы

Аспекты управления качеством медицинских услуг являются составной частью стратегии реформирования системы здравоохранения и социальной политики государства. Поэтому при исследовании данных аспектов использовались современные методы социально-экономического анализа, системного подхода, сравнительного анализа, медицинской статистики и др. Разработаны подходы к Интегральному показателю качества медицинского обслуживания населения, его основные компоненты-индексы.

Результаты и дискуссии

Основной идеей является использование интегральной оценки качества медицинского обслуживания населения РМ (ИОКМО), основанной на совокупности комплексных мультипараметрических медико-экономических показателей. Важнейшие из этих показателей следующие:

1. Экономичность. Определяется как соотношение между фактическим воздействием организаций здравоохранения и их стоимостью.

2. Адекватность. Определяется как соответствие количественного и качественного уровня фактического медицинского обслуживания населения его совокупным потребностям.

3. Эффективность. Определяется как соотношение между фактическим действием организаций здравоохранения в системе Обязательного медицинского страхования и их максимально-возможным воздействием в гипотетически-идеальных условиях.

4. Научно-технический уровень. Определяется как степень применения новых научно-медицинских знаний, квалификаций, подходов, технологий, инноваций.

Внедрение интегральной оценки ИОКМО должно основываться на известной и доказавшей свою эффективность идеологии TQM (Total Quality Management) – Всеобщем Управлении Качеством и Международном стандарте ISO 8402-86. В рамках данной идеологии основным выступает соответствие услуг и товаров нуждам и ожиданиям потребителей. В данном случае – пациентов и клиентов-потребителей медицинских товаров и услуг. Иными словами, качество медицинских услуг определяется качеством процессов, структур и результатов и должно отвечать потребностям населения.

Структурный анализ качества подразумевает анализ ресурсов организаций здравоохранения, профессионального образования, процессов аттестации, лицензирования, аккредитации, сертификации. Процесс предполагает анализ технологического качества: медицинской документации, диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, экспертизы. Наконец, качество результата определяется соотношением характеристик реально достигнутого и возможно достижимого результатов медицинского вмешательства, степенью удовлетворённости пациентов медицинскими услугами, количеством предупреждённых и устранённых осложнений и т. п.

Граждане РМ участвуют, так или иначе, прямо либо опосредованно, в финансировании системы здравоохранения и комплекса индустрии здоровья – либо через оплату медицинских товаров и услуг, либо через систему ОМС. Поэтому, социально справедливо, чтобы как по совокупности материально-физических параметров, так и по параметрам места, времени, цены и способа предложения, товары и услуги индустрии здравоохранения в полной мере удовлетворяли предъявляемым к ним требованиям и соответствовали стандартам. Мы полагаем, что всеобщее управление качеством в системе здравоохранения может быть реализовано на основе следующих принципов:

- Адаптивная форма управления или участие персонала всех подразделений системы здравоохранения на всех иерархических уровнях в выработке и управлении качеством медицинских услуг.
- Внутренняя и внешняя мотивация персонала медицинских организаций.
- Стратегическая нацеленность персонала на долговременный успех и признание потребителями/пациентами

результатов деятельности страховых медицинских организаций и лечебно-профилактических учреждений ЛПУ.

- Выработка и применение гибких современных методов контроля качества с использованием информационных технологий.

Нами предлагается ряд частных критериев – индексов интегрального показателя качества медицинского обслуживания населения (ИПКМО):

* Индекс социально-экономической эффективности. Совокупный экономический эффект от услуг здравоохранения (E_m) соотносим с общими затратами на здравоохранение (ΣCT_m):

$$I_{se} = E_m : \Sigma CT_m \times 100\%$$

* Индекс удельной экономической эффективности. Нормативные затраты на 1 случай медицинской помощи (CT_n) соотносим с фактическими производственными затратами (CT_f):

$$I_{ec} = (CT_n : CT_f) \times 100\%$$

* Индекс медицинской эффективности. Число случаев достигнутых медицинских результатов (K_1) соотносим с общим числом случаев оказания медицинской помощи или услуг (K_2):

$$I_{me} = (K_1 : K_2) \times 100\%$$

Наиболее существенными признаками качества медицинской помощи выступают, по нашему мнению, следующие:

- Удовлетворённость пациента медицинскими услугами.
- Соответствие медицинских технологий стандартам качества диагностики, профилактики, лечения, реабилитации.
- Рациональность использования совокупности медико-производственных ресурсов.
- Снижение количества осложнений и степени риска для здоровья пациентов.
- Повышение объективности медицинских результатов.

Состояние любого отдельно взятого признака качества медицинской помощи в каждом конкретном случае определяется, прежде всего, квалификацией лечащего врача, его способностью избегать врачебных ошибок, применять новые подходы и технологии. Контроль качества должен быть предварительным – на уровне структуры, оперативным или текущим – на уровне процесса, и заключительным – на уровне результата. При этом на всех упомянутых уровнях целесообразно будет применение предложенных нами критериев интегрального показателя качества (ИПКМО). В целом, контроль качества должен проводиться не только в целях выявления врачебных ошибок в нормативно-правовых случаях, но и в целях мотивации медицинских работников и улучшения медицинской деятельности на всех этапах её развития. Должно стать правилом широкое использование информационно – компьютерных технологий экспертизы качества. Результаты могут быть использованы для построения объективной оценки качества медицинских услуг, а применение индексов ИПКМО может быть использовано при определении эффективности медицинских процессов, а также – для непрерывного дифференцированного повышения квалификации медицинских работников.

Выводы

1. Для построения объективной оценки качества медицинских услуг необходимо широкое использование информационно-компьютерных технологий.
2. Предлагаемые индексы ИПКМО могут быть использованы при определении эффективности деятельности учреждений здравоохранения, а также для организации процесса повышения квалификации медицинских работников.

Литература

1. Ețco C. Management în sistemul de sănătate. Chișinău, 2006;647-654.
2. Ețco C, Malanciuc Iu. Asigurările de sănătate și particularitățile expertizei medicale. Chișinău, 2004;186-195.
3. Planul strategic de dezvoltare a Sistemului Național Informațional în Sănătate în perioada 2008-2017: Republica Moldova, Min. Sănătății. Min. Dezvoltării Informaționale, Biroul Național de Statistică, Compania Națională de Asigurări în medicină. Chișinău;142.
4. Quality Management Systems. Guiding Lines for Improvement of Performances. <http://iso-900.ro/eng/9001/9004 expl. htm>.
5. Рябова Е, Ецко К, Рябов С. Современные аспекты экономики и организации здравоохранения. Кишинэу, 2009;175-200.

Particularitățile antibioticoterapiei la pacienții cu endocardită infecțioasă

*E. Fatnic, A. Grejdieru, L. Grib, M. Mazur, A. Știrbul, A. Grib, I. Oprea

Department of Internal Medicine, Discipline of Cardiology, Medical Clinic No 3
Nicolae Testemitsanu State Medical and Pharmaceutical University
11, A. Russo Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37369001484. E-mail: elena.fatnic@list.ru
Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

Particularities of antibiotherapy in patients with infective endocarditis

The research was based on the study and examination of 94 patients with infective endocarditis (IE). Antibacterial treatment was investigated, taking into consideration its major importance for patients having IE with indications "quo ad vitam". The patients were divided into two groups – group No. 1, the ones with a positive blood culture, and group No. 2 and the ones with a negative blood culture. We analyzed separately the sensitivity of the detected microorganisms from different studied groups to antibacterial preparations. We studied the frequency of use and effectiveness of antimicrobial preparations in both cases: when the etiology was known, and when the blood cultures were negative.

Key words: infective endocarditis, antibiotic therapy, blood culture, microorganisms.

Особенности антибиотикотерапии у пациентов с инфекционным эндокардитом

Исследование основано на обследовании 94 пациентов с инфекционным эндокардитом (ИЭ). Антибиотикотерапия была изучена в виду её важности в борьбе с этим тяжелым инфекционным заболеванием. Пациенты были разделены на две группы: группа № 1 включала больных с положительным результатом гемокультуры, и группа № 2 с отрицательной гемокультурой. Отдельно мы проанализировали чувствительность обнаруженных микроорганизмов к различным группам антибактериальных препаратов. Мы изучили частоту использования и эффективность antimicrobных препаратов в том случае, когда этиология была известна, и тогда, когда посев крови был отрицательным.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, антибиотикотерапия, гемокультура, микроорганизмы.

Introducere

Endocardita infecțioasă (EI) este o maladie infecțioasă gravă, în care grefele septice localizate pe endoteliul valvular sau pe alte structuri cardiace determină deteriorări structurale, funcționale locale și embolii sistemice [10]. Incidența EI variază de la o țară la altă, fiind de 3-10 episoade/100 000 persoane pe an. Mortalitatea cauzată de: EI comunitară constituie 16-20%, EI nosocomială – 24-50%, EI netratată constituie 100% din cazuri [6].

În istoria tratamentului endocarditei infecțioase deosebim două etape: era preantibiotică și era tratamentul antibacterian. Hippocrates în secolul V î.e.n. spunea: "Medicina este arta de adăuga și extragere." În Evul Mediu sângerarea era o metodă de elecție în tratamentul febrei de etiologie neidentificată. În sec.

al XIX-lea, Louis Pasteur a schimbat radical abordarea maladiilor infecțioase, susținând că aceste boli sunt provocate de ființe invizibile (microorganismele). În anul 1885, Wiliam Osler descrie pentru prima dată endocardita infecțioasă ca o entitate clinică, iar în anul 1929 Alexandru Fleming descoperă primul antibiotic – Penicilina, care se considera atunci "Panacea pentru toate bolile infecțioase" [7]. Pentru prima dată, în 1940, Martin Dawson a administrat cu succes tratamentul cu penicilină la un pacient cu EI [3]. Treptat apare, însă, și rezistența microorganismelor la penicilină și sunt descoperite alte antibiotice. Acestea sunt clo-ramfenicolul, descoperit în 1947; eritromicina - în 1952; vancomicina - în 1955; rifampicina - în 1961; gentamicina - în 1963 etc. [2]. Daptomicina, primul preparat antimicrobian, dintr-o nouă