

NEWS

OF THE NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

SERIES OF BIOLOGICAL AND MEDICAL

ISSN 2224-5308

Volume 1, Number 325 (2018), 140 – 145

**T. S. Khaidarova¹, S. Z. Berikbolova², A. Z. Zhumanova³,
A. S. Toibekova⁴, B. Sh. Abylkasymova⁵**

¹Kazakh National University named after al-Farabi, Almaty, Kazakhstan,

²Almaty Regional Oncological Clinic, Kazakhstan,

³Representative Office of Pabianickie Zakłady Farmaceutyczne Polfa JSC in the RK, Kazakhstan,

⁴SME on REM “City Cardiological Center” of Almaty, Kazakhstan,

⁵Central district hospital v. Beskaragai of East-Kazakhstan area, Kazakhstan.

E-mail: tkhaidarova@mail.ru

**MANAGING THE MEDICAL SERVICES QUALITY
IN MARKETING ACTIVITIES OF OHI FUND AND
MEDICAL ORGANIZATIONS
IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

Abstract. The present article contains the description of the content analysis of the Republic of Kazakhstan Public Health Ministry issued statutory and regulatory acts on implementation of the quality management system over the period of health care organizations work with the Obligatory Health Insurance Fund since 2018. The issue is relevant because of the need to improve efficiency of the marketing interaction of the Obligatory Health Insurance Fund (OHIF) with medical organizations (MO) in achievement of the goals and objectives set in the Governmental programs for improvement of availability and quality of medical services in new conditions of the health care market players interaction. The objective of this study is to analyze the legislative and statutory acts on health care services quality management and the role of the OHI Fund in interaction with medical organizations. The methods of content-analysis of the Republic of Kazakhstan Public Health Ministry issued legislative and statutory acts, the Law on the Obligatory Health Insurance (OHI) in the Republic of Kazakhstan, orders for procurement of medical services and expert opinion on the primary medical documentation were used. The results of assessment of the expert examination of inpatient medical records revealed the need for revision of many aspects effective in the medical services quality control system adopted in the Republic of Kazakhstan as a part of transfer from quality control to quality management. The conducted expert examination of the legislative and statutory acts and inpatient records allowed us to make a conclusion that the expert activity on the part of the internal audit service, department's head, deputy head of a medical organization is far from being sufficient in the conditions of heightened requirements to the medical services quality. Medical organizations need to use total analysis, i.e. they need to analyze all aspects of medical services quality (structure and process) and not only the final result in the form of the patients' complaints or mortality. This requires involvement by the process owners (doctors, paramedical personnel) in the quality management process in order for them to monitor the process indicators in the course of their professional duties discharge. It is exactly the stages of structure and process analysis where the defect prevention mechanisms are used.

Key words: medical services quality management, social marketing, obligatory health insurance fund, expert assessment, defects.

УДК 614.2

Т. С. Хайдарова¹, С. З. Берикболова², Ә. Ж. Жуманова³, А. С. Тойбекова⁴, Б. Ш. Абылкасымов⁵¹Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан,²Алматинский региональный онкологический диспансер, Казахстан,³Представительство АО «Пабьяницкий фармацевтический завод Польфа» в РК, Казахстан,⁴ГКП на ПХВ «Городской кардиологический центр», Алматы, Казахстан,⁵Центральная районная больница с. Бескарагай ВКО, Казахстан

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В МАРКЕТИНГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФОНДА ОМС И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Аннотация. В статье проведен контент анализ законодательно-нормативных актов МЗРК по внедрению системы управления качеством в период работы медицинских организаций с Фондом обязательного социального медицинского страхования с 2018 года. Актуальность проблемы обусловлена необходимостью повышения эффективности маркетингового взаимодействия Фонда обязательного медицинского социального страхования (ФОМС) и медицинских организаций (МО) в достижении поставленных в Государственных программах целей и задач по повышению доступности и качества медицинских услуг в новых условиях взаимодействия участников рынка медицинских услуг. Цель исследования – анализ законодательно-нормативных актов по управлению качеством медицинских услуг и роли Фонда ОМС при взаимодействии с медицинскими организациями. Использованы методы контент анализа законодательно-нормативных актов МЗ РК, Закона об ОСМС в РК, Приказы по закупке медицинских услуг, экспертная оценка первичной медицинской документации. Результаты исследования экспертной оценки медицинских карт стационарных больных показали необходимость пересмотра многих аспектов действующей в РК системы контроля качества медицинских услуг в медицинских организациях в плане перехода от контроля к управлению качеством. Проведенная нами экспертная оценка НПА и карт стационарного больного позволяет сделать заключение, что экспертная деятельность только со стороны Службы внутреннего аудита, заведующего отделением, заместителя руководителя медицинской организации в новых условиях повышения требований в качестве медицинских услуг крайне недостаточно. Медицинским организациям необходимо перейти к тотальному анализу, т.е. нужно анализировать все аспекты качества медицинских услуг (структуру и процесс), а не только конечный результат в виде жалоб пациентов или же летальности. Для этого необходимо вовлечь в управление качеством владельцев процесса (врачей, средний медицинский персонал), чтобы они при выполнении профессиональных обязанностей осуществляли мониторинг индикаторов процесса. Именно на этапах анализа структуры и процесса заложены механизмы предупреждения дефектов лечебной деятельности.

Ключевые слова: управление качеством медицинских услуг, социальный маркетинг, фонд обязательного медицинского страхования, экспертная оценка, дефекты.

Актуальность проблемы: обусловлена необходимостью повышения эффективности маркетингового взаимодействия Фонда обязательного медицинского социального страхования (ФОМС) и медицинских организаций (МО) в достижении поставленных в Государственных программах целей и задач по повышению доступности и качества медицинских услуг в новых условиях взаимодействия участников рынка медицинских услуг [1]. Известно, что с 2018 года медицинские организации, оказывающие гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) переходят в новый более жесткий формат работы – это заключение договоров с ФОМС на оказание ГОВМП и выполнение требований ФОМС к качеству медицинских услуг. В соответствии с законодательно-нормативной базой, принятой в 2015-2017 гг. ФОМС определен как единственный оператор и закупщик медицинских услуг с января 2018 года [2-3]. На наш взгляд, эффективность достижения поставленных целей и задач возможна лишь с применением методов и инструментов социального маркетинга в деятельности МО, включая такие как онкологические диспансеры, кардиологические центры, амбулаторно-поликлинические организации и другие [2-3]. По определению Ф. Котлера социальным маркетингом является социальный процесс, который направлен на удовлетворение желаний и потребностей физических и юридических лиц с помощью органи-

зации свободного конкурентного обмена услугами и товарами, которые представляют определенную ценность для потребителя [4-5]. Полное внедрение новой Модели здравоохранения – система Обязательного социального медицинского страхования начнется с 2020 года.

Цель. Провести анализ законодательно-нормативных актов (за последние годы 2015-2017 гг.) и требований ФОМС к качеству медицинских услуг, и разработать рекомендаций по переходу от контроля к управлению качеством медицинских услуг на уровне медицинских организаций.

Методы исследования. Контент анализ законодательно-нормативной документации (ЗНА) по внедрению системы ОСМС в РК, анализ требований Фонда ОМС на этапах контроля качества деятельности МО, анализ положений договора закупа медицинских услуг, анализ ЗНА в системе государственного контроля качества медицинских услуг, анализ Руководств по аккредитации МО, анализ стандартных организационных процедур по управлению качеством медицинских услуг. Также нами использован метод экспертных оценок медицинских карт стационарного больного нескольких медицинских организаций, и проведен анализ Протоколов лечения (ИБС и рака молочной железы) в соответствии с чек- листами Фонда ОСМС по контролю качества.

Результаты и обсуждение. Проведенный контент-анализ ЗНА по соблюдению договорных обязательств показал, что с нового года будут повышены требования к медицинским организациям (МО). Во первых, усиливается конкурентная среда на рынке медицинских услуг, так в реестре медицинских организаций при ФОМС зарегистрированы более 1500 поставщиков, среди них более 45% - это частные медицинские организации. Во вторых, утверждены новые Правила закупа медицинских услуг и Правила выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат [6, 7]. Фонд ОМС обязан проводить мониторинг исполнения субъектами здравоохранения договорных обязательств по качеству и объему медицинской помощи, оказанной потребителям медицинских услуг; рассматривать жалобы и обращения граждан и организаций здравоохранения по вопросам оказания медицинской помощи, осуществлять мониторинг исполнения условий договора закупа услуг путем посещения субъекта здравоохранения.

Первый этап контроля качества будет проводиться Фондом по индикаторам соответствия стандартам (например аккредитации). Контроль будет проводиться ежемесячно, перед оплатой. Второй этап контроля будет проводиться после заключения договора и включает ряд критериев экспертизу объемов, качества пролеченных случаев, экспертизу назначения лекарственных средств, обследования и мониторинг индикаторов конечного результата деятельности медицинской организации. Параметры оценки качества по схеме ФОМС будут включать: обеспечение безопасности пациента, клиническую эффективность, экономическую эффективность и достижение целевых показателей. По результатам проверок ФОМС будет формировать базу данных по медицинским организациям, имеющих положительные и отрицательные рейтинги, что будет влиять на заключение договоров на следующий год.

Экспертная часть контроля направлена на контроль по чек-листам к Акту о результатах мониторинга качества и объемов оказанных медицинских услуг (приведены критерии амбулаторно-поликлинической помощи):

- 1) результаты оценки качества сбора анамнеза (5 критериев);
- 2) результаты оценки правильности и точности постановки клинического диагноза (7 критериев);
- 3) выявленные ятрогении и результаты оценки ятрогений (6 критериев);
- 4) результаты оценки качества диагностики (6 критериев);
- 5) результаты оценки своевременности и качества консультаций профильных специалистов (6 критериев);
- 6) результаты оценки качества диспансерных мероприятий (10 критериев); 7) Результаты оценки качества профилактических мероприятий за детьми до 5 лет (10 критериев);
- 8) результаты оценки качества профилактических мероприятий за беременными женщинами (8 критериев);
- 9) результаты оценки качества лечебных мероприятий;
- 10) результаты оценки достигнутого результата лечебно-профилактических мероприятий (6 критериев);

- 11) результаты оценки исходов лечения (5 исходов);
- 12) результаты оценки качества ведения медицинской документации (10 критериев);
- 13) Результаты оценки корректности ввода данных медицинской карты в АИС (6 критериев).

При контроле будут выявляться дефекты лечебно-диагностического процесса, ниже указаны проценты удержания при подтверждении обнаруженных дефектов. Кроме контроля качества будут определены дефекты оказания медицинских услуг по 3-м группам с детализацией обнаруженных дефектов (превышение установленной длительности ожидания КДУ, жалобы пациентов, необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения, не соблюдение стандартов диспансеризации, иммуно-профилактики, случаи не обеспечения или нерегулярного обеспечения лекарственными средствами и ИМН для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями, необоснованное направление на госпитализацию с процентами удержания от 0,10% до 0,50% в зависимости от кода дефекта. Самыми грозными дефектами являются обнаруженные дефекты с кодами 3.1-3.4. Случаи необоснованного проведения (удорожания, увеличения, отклонения) медицинских услуг, осуществляемой в форме консультативно-диагностической помощи, подлежат снятию от 50%-до 100% от стоимости услуг.

При оценке рисков деятельности медицинских организаций (поставщиков) Фонд ОМС будет проводить распределение медицинских организаций по зонам риска, с формированием планов обязательного посещения субъектов здравоохранения. Ниже приведена схема:



Экспертный анализ первичной медицинской документации стационарных организаций г. Алматы: всего в экспертной оценке были проработаны 30 карт стационарного больного, был проведен ретроспективный анализ за 2016-2017 гг. Нами были использованы критерии по чек-листам, которые прилагаются к Акту экспертной оценки:

- 1) результаты оценки качества сбора анамнеза (5 критериев);
- 2) результаты оценки правильности и точности постановки клинического диагноза (7 критериев);
- 3) результаты оценки качества диагностики (6 критериев);
- 4) результаты оценки своевременности и качества консультаций профильных специалистов (6 критериев).

Результаты экспертной оценки и обнаружения дефектов лечения:

1. При экспертной оценке карт стационарного больного отмечено, что не возможно разобрать почерк врачей, не читабельный текст, особенно в листах назначений (80% карт стационарного больного).

2. Много дефектов по листам назначений: не указаны масса и рост тела пациента, нет расчета дозировок при назначении сильно-действующих медикаментов, не указаны даты и время проведения инъекций и внутривенных вмешательств (90% карт стационарного больного).

3. Дефекты по Листу наблюдений: небрежное заполнение, диагноз указан в сокращенной форме, не в соответствии с требованиями к формулировке диагноза (80% карт).

4. Информированное согласие пациента – в сокращенной форме (50%).

5. При оформлении первичной документации – карта стационарного больного – не полный и не качественный сбор жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболеваний, заполнение дневников

ежедневного осмотра пациента и почти во всех картах стационарного больного – это компьютерный шаблонный текст (90% карт).

6. Заключительный диагноз, почти во всех картах (80% карт стационарного больного) формулировка не соответствует требованиям МКБ-10. Нарушены сроки постановки Заключительного диагноза (в 65% картах стационарного больного).

7. Диагноз при поступлении, диагноз после осмотра лечащего врача, диагноз после осмотра заведующего отделением сформулирован с нарушениями требований МКБ-10, в 70% случаев имеет трафаретную формулировку, и ставится под вопросом.

8. Также отмечены нарушения Протоколов лечения в длительности пребывания пациентов, в 35% случаев пациентов.

9. Отмечается во многих картах стационарного больного шаблонное оформление осмотра и опроса пациентов, сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания.

Заключение:

1. В связи с возрастающей ролью контроля качества медицинской помощи со стороны ФОМС, Комитета по контролю медицинской и фармацевтической деятельности МЗРК устанавливаются новые требования к медицинским организациям. Необходимо провести реорганизацию службы внутреннего аудита и разделить функции по клиническому аудиту и по аудиту организационных процессов. На наш взгляд клинический аудит касается непосредственно владельцев процессов (врачей и среднего медицинского персонала) и заведующих отделений, а аудит организационных процессов – это задача руководителя и заместителей руководителя.

2. Учитывая проведенный нами анализ выполнения требований со стороны ФОМС и требований договоров закупки медицинских услуг можно отметить, что только контроль конечного результата, проводимый в настоящее время повсеместно на уровне медицинских организаций службой внутреннего аудита будет не достаточным, поскольку он ориентирован только на конечный результат (жалобы пациентов и другие), т.е. при анализе качества на уровне медицинских организаций упускаются самые важные этапы лечебно-диагностического процесса, не анализируется структура и сам процесс лечения. Проведенный нами анализ научных данных позволяет сделать заключение, что именно на этапах анализа структуры и процесса заложены механизмы предупреждения дефектов лечебно-диагностического процесса. Клинический аудит надо проводить в соответствии с триадой А. Донабедиана (анализ структуры, процесса, результата).

3. В процесс экспертизы качества вовлечены только работники службы внутреннего аудита, а владельцы процессов (врачи, средний медицинский персонал) не принимают участия. Поэтому необходимо разработать единые подходы и алгоритм перехода от контроля конечного результата клинических процессов (жалоб, летальности) к управлению качеством медицинских услуг с разработкой индикаторов процессного анализа, показателей входа в процесс и промежуточных показателей процесса, которые должны быть определены для предупреждения дефектов лечебно-диагностического процесса. Только вовлечение в процесс клинического аудита самих владельцев процесса сможет помочь снизить число дефектов и таким образом сохранить финансирование медицинской организации и избежать штрафных санкций со стороны ФОМС.

Практические рекомендации:

1. Проводить мониторинг исполнения договоров на постоянной основе в медицинской организации, за основу взять индикаторы контроля качества первого и второго этапов при заключении договора, индикаторы дефектов оказания медицинских услуг;

2. Перестроить работу службы внутреннего аудита, отойти от контроля конечного результата, и перейти к разработке карт процессов, предупреждающих и корректирующих действий на уровне лечебно-диагностического процесса, т.е. к управлению качеством, необходимо проводить ежемесячный анализ и мониторинг индикаторов, указанных в Актах о результатах мониторинга качества и объемов в чек-листах;

3. Провести тренинги и семинары с врачами и средним медицинским персоналом по индикаторам экспертной оценки, дефектам, а также по разработке предупреждающих и корректирующих действий;

4. Своевременно выявлять дефекты лечебно-диагностического процесса и разработать систему документов по предупреждению;

5. Перейти от контроля качества к управлению качеством на основе интегрированной оценки качества медицинских услуг по схеме А. Донабедиана, проводить анализ процессов на основе трех компонентов (структуры, процесса и результата) в ежедневной деятельности врачей;

6. Провести семинары и обучение по заполнению медицинской документации, правильной постановке диагноза в соответствии с МКБ-10.

7. Придать статус врачам, как владельцам лечебно-диагностических процессов в процессное управление и процессный анализ, начать работу по стандартизации Протоколов лечения. В целях адаптации Протоколов необходимо создание карт процессов на основе Протоколов лечения, не нарушая требования Протоколов, утвержденных МЗРК, так как повышение качества медицинских услуг возможно только через стандартизацию процессов оказания медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] ГПРЗ «Денсаулық» (2016-2019).
- [2] Закон РК «Об обязательном социальном медицинском страховании» № 405-V ЗРК от 16 ноября 2015 года // <http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405>
- [3] Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 627. Зарегистрирован в Министерстве юстиции.
- [4] Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2017 года №397 Об утверждении Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат.
- [5] Котлер Ф., Зальтман Г. «Социальный маркетинг: методы запланированных социальных изменений // Маркетинговый журнал. 1971. № 61. С. 3-1.
- [6] Жангарашева Г. К. Особенности организации маркетинговой деятельности в «Фонде обязательного медицинского социального страхования Республики Казахстан» // Ж. Экономические науки. – 2016.

Т. С. Хайдарова¹, С. З. Берикболова², Ә. Ж. Жуманова³, А. С. Тойбекова⁴, Б. Ш. Абылкасымов⁵

¹Қазақ ұлттық университеті. Өл-Фараби, Алматы, Қазақстан,

²Алматы облыстық онкологиялық диспансері, Қазақстан,

³«Pabianice Pharmaceutical Plant Polfa» АҚ-ның Қазақстан Республикасындағы тұсаукесері, Қазақстан,

⁴Алматы қаласындағы «Қалалық кардиологиялық орталық», Қазақстан,

⁵ШҚО Бесқарағай қалалық орталық ауруханасы, Қазақстан,

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚОРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ МАРКЕТИНГІ ҚЫЗМЕТІНДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІ САПАСЫН БАСҚАРУ

Аннотация. Мақалада заңнамалық және нормативтік мазмұны талдау 2018 жылы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінің іргетасы медициналық ұйымдардың кезеңінде сапаны басқарудың жүзеге асыру үшін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі әрекет етеді. Медициналық қызметтер нарығына қатысушылардың өзара іс-қимыл, жаңа жағдайында медициналық қызметтердің қол жетімділігі мен сапасын арттыру үшін мемлекеттік бағдарламасы мақсаттары мен міндеттеріне қол жеткізу міндетті медициналық сақтандыруға және әлеуметтік денсаулық сақтау ұйымдарының маркетингтік өзара іс-қимыл қорының тиімділігін арттыру қажеттілігіне байланысты проблемалар өзектілігі. Зерттеудің мақсаты медициналық қызмет сапасын басқару бойынша заңнамалық және нормативтік актілерді талдау және Медициналық сақтандыру қорының медициналық ұйымдармен өзара әрекеттесудегі ролі болып табылады. Заңнамалық және нормативтік актілерді талдау әдістемесі, медициналық құжаттардың сараптамалық бағасы пайдаланылды. ауруханаға науқастарды медициналық жазбаларды сараптама нәтижелері сапасын басқару үшін бақылау қозғалатын медициналық ұйымдарда медициналық қызметтердің сапасын бақылау Қазақстан жүйесінде жұмыс істейтін көптеген аспектілерін қайта қарау қажеттігін көрсетті. Медициналық қызметтің сапасына қойылатын талаптарды арттырудың жаңа жағдайларында медициналық ұйымның ішкі аудит қызметі сапаны басқару үшін жеткіліксіз. Медициналық ұйымдар толық талдау жасауға көшу керек, яғни. Сіз науқастардың шағымдары түрінде, немесе өлімі денсаулық сақтау қызметтеріне (құрылымы және технологиялық) сапасы ғана емес, түпкі нәтижеге барлық аспектілерін талдау қажет. Ол үшін кәсіптік міндеттерді орындаған кезде процесстің көрсеткіштерін қадағалау үшін процесстің иелерін (дәрігерлерді, медбикелерді) сапа менеджментіне тарту қажет. Медициналық қызметтегі ақаулардың алдын-алу механизмдері құрылымы мен процесін талдау сатысында тұр.

Түйін сөздер: медициналық қызмет сапасын басқару, әлеуметтік маркетинг, міндетті медициналық сақтандыру, сараптамалық бағалау, кемшіліктер.