****

**О.В. Медведева, Г.Б. Артемьева, Н.А. Афонина**

**УПРАВЛЕНИЕ**

**КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Учебно-методическое пособие

для ординаторов



**Рязань, 2015**

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,*

*организации сестринского дела с курсом социальной гигиены*

*и организации здравоохранения ФДПО*

О.В. Медведева, Г.Б. Артемьева, Н.А. Афонина

УПРАВЛЕНИЕ

КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Учебно-методическое пособие

для ординаторов

Рязань, 2015

**УДК 614. 21 (075.8)**

**ББК 51.1 (2) 2**

**М 42**

**Рецензенты:** **В.А. Кирюшин**, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО; **Е.П. Куликов**, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО

**Авторы:**

**О.В. Медведева**, д-р мед. наук, доц., зав.каф. общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО;

**Г.Б. Артемьева**, д-р мед. наук, доц., проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО;

**Н.А. Афонина**, канд. мед. наук, доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО

**М 42 Медведева О.В. Управление качеством медицинской помощи:** учебно-методическоепособие для ординаторов/ О.В. Медведева; Г.Б. Артемьева; Н.А. Афонина; ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2015. – 102 с.

Учебно-методическое пособие подготовлено в соответствии с требованиями Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации – ординатура, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 г. № 1114 и предназначено для самоподготовки ординаторов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

**УДК 614. 21 (075.8)**

**ББК 51.1 (2) 2**

© Авторы, 2015

©ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 2015

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ | 5 |
| ВВЕДЕНИЕ | 7 |
| РАЗДЕЛ I. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ | 8 |
| § 1. Законодательные акты об охране здоровья граждан и системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации | 8 |
| § 2. Качество медицинской помощи и эффективность деятельности медицинских организаций | 18 |
| §. 3 Совершенствование нормативно-правового регулирования обеспечения качества медицинской помощи | 31 |
| Материалы для самостоятельной подготовки | 36 |
| РАЗДЕЛ II. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА, УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ | 40 |
| §. 1. Основные принципы управления качеством медицинской помощи | 40 |
| § 2. Субъекты контроля качества медицинской помощи. Дефекты оказания медицинской помощи | 49 |
| § 3. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности | 61 |
| Материалы для самостоятельной подготовки | 79 |
| РАЗДЕЛ III. ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ | 83 |
| § 1. Источники и виды информации, необходимые для оценки качества медицинской помощи | 83 |
| § 2. Алгоритм экспертизы качества медицинской помощи | 88 |
| Материалы для самостоятельной подготовки | 95 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 100 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | 101 |

**ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ**

Данное учебно-методическое пособие содержит тестовые задания, задачи и вопросы для самостоятельной подготовки к практическим занятиям для ординаторов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», которые помогают сформировать указанные компетенции и проверить уровень их сформированности.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Разделы  содержания | Код компетенции | Содержание компетенции или ее элементов | Средства и технологии оценивания компетенции |
| Нормативно-правовое  обеспечение  качества медицинской помощи | УК-1, УК-2, ПК- 1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8 | Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций:   * готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); * готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);   профилактическая деятельность:   * готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновение и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1); * готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-3); * готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-4);   организационно-управленческая деятельность:   * готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-5); * готовность к оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-6);   готовность к оценке экономических и финансовых показателей, применяемых в сфере охраны здоровья (ПК-8). | Тест, вопрос, задача/ тестирование, устный опрос, проверка решения задачи |
| Качество медицинской помощи: обеспечение качества,  управление качеством | Тест, вопрос, задача/ тестирование, устный опрос, проверка решения задачи |
| Экспертиза качества медицинской помощи. Организация экспертной работы | Тест, вопрос, задача/ тестирование, устный опрос, проверка решения задачи |

**ВВЕДЕНИЕ**

Обеспечение качества медицинской помощи – это деятельность, направленная на создание условий, позволяющих выполнить заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества, с учётом удовлетворённости населения полученной медицинской помощью. Сегодня здравоохранение сталкивается с целым рядом проблем, среди которых особое значение имеют отсутствие четкой вертикали управления здравоохранением; отсутствие единого информационного пространства в системе охраны здоровья населения; отсутствие в отрасли управленческого учёта; работа в условиях дефицита ресурсов.

Методологические аспекты качества и эффективности медицинской помощи актуальны в связи с требованиями обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи, а также особенностями финансирования, планирования систем управления здравоохранением. Внедрение ресурсосберегающих организационных технологий оказания медицинской помощи напрямую связано со многими аспектами качества медицинской помощи. Реформы последних лет, медицинское страхование, договорные отношения между субъектами медицинского страхования обострили проблему обеспечения гарантий качественной и безопасной медицинской помощи, проблему противоречия между накопленным в здравоохранении потенциалом и эффективностью его использования.

Эффективность функционирования систем здравоохранения органично связана с уровнем качества медицинской помощи, причем эффективность является производным качества.

Настоящее учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации – ординатура, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 г. № 1114 и предназначено для самоподготовки ординаторов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

**РАЗДЕЛ I**

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ**

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

**КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**C:\Program Files (x86)\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Lines\BD15156_.gif**

**§ 1. Законодательные акты об охране здоровья граждан и системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации**

На сегодняшний день вопросы охраны здоровья населения, обес­печения нормального функционирования системы здравоохране­ния являются одной из главных социальных задач, решаемых госу­дарством. Приняты и разрабатываются законы, правовые акты по вопросам здравоохранения. Совокупность правовых документов в области охраны здоровья человека является базой для социально-экономических и медико-санитарных мероприятий, обеспечиваю­щих достойную жизнь людей в обществе.

Право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь закрепила Конституция Российской Федерации в ст. 41.

Отношения, возникающие в сфере здравоохранения, регулируют­ся многими отраслями права.

Трудовое право содержит нормы, регу­лирующие охрану труда, в том числе труда женщин, молодежи, инвалидов, то есть нормы, направленные на охрану здоровья рабочих и служащих.

Административная ответственность предусмотрена за нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм, незаконное приобретение или хранение в небольших размерах наркотических средств либо потребление их без назначения врача.

В Уголовный кодекс включена специальная глава о преступлени­ях против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности. В уго­ловное законодательство включены также нормы о принудительных мерах медицинского характера, незаконном занятии частной меди­цинской и фармацевтической деятельностью и др. Уголовно-процес­суальный кодекс определяет порядок проведения судебно-медицин­ской экспертизы.

**Отношения,**

**возникающие в сфере здравоохранения**

**Гражданское право**

Гражданско-правовые нормы о возмещении ущерба, причинен­ного здоровью граждан, распространяются и на отношения в области здравоохранения; нормы, регламентирующие правовой режим возмездного оказания услуги, применяются к отношениям, возникаю­щим при оказании медицинской помощи.

Наиболее значительным событием последних лет в области охра­ны здоровья населения России стало принятие нового закона ***«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*** № 323-ФЗ от 21.11.2011 г, который разработан на основе международных правовых актов (Всеобщая декларация прав человека, Европейская стратегия по достижению здоровья для всех, Европейская хартия по окружающей среде и охране здоровья), отечественном опыте, предложений по совершенствованию работы органов здравоохранения, повышению качества медицинского обслуживания и профилактических меро­приятий.

В нем определены правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав; полномочия и ответственность органов государственной власти всех уровней в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских и иных организаций при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских и фармацевтических работников.

Основным и главным объектом правоотношений, регулируемых законом № 323-ФЗ, является здоровье, как отдельного индивида, так и общества в целом. Понятие здоровья дается в [ст.2 Закона](http://docs.cntd.ru/document/902312609) и определяется как состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Категория здоровья - одна из особо значительно важных во всей системе правового регулирования. Она затрагивает такие аспекты, как сохранение жизни человека, социальное благополучие. Утрата отдельных функций организма человека ведет его к социальной дезадаптации, утрате трудоспособности и, как следствие, низкому уровню жизни. Поддержание жизни, особенно близких людей, здоровое физическое и моральное состояние человека - это главные составляющие всех сфер жизнедеятельности человека. Очевидно, что правовое регулирование отношений в сфере охраны здоровья является особо значимым.

Разнообразие субъектов отношений в сфере охраны здоровья говорит о многообразии их действий. По одну сторону регулируемых комментируемым законом связей находится право каждого гражданина на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях, гарантированное Конституцией Российской Федерации. С другой стороны органами государственной власти и местного самоуправления должно быть обеспечено финансирование программ охраны и укрепления здоровья населения, они должны принимать меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощрять деятельность, способствующую укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. Медицинские организации, в свою очередь, проводят непосредственную работу с населением, реализуют соответствующие программы, оказывают медицинскую помощь, осуществляют иную деятельность, направленную на сохранение здоровья граждан. Законом регулируется богатый перечень отношений в области охраны здоровья граждан.

Отраслевые принципы, на которых строится система правовых норм в сфере охраны здоровья граждан, конкретизируют основные начала, заложенные Конституцией РФ. Человек провозглашен Конституцией РФ высшей ценностью государства ([ст.2 Конституции РФ](http://docs.cntd.ru/document/9004937)), а значит, его жизнь и здоровье являются главным приоритетом. Исходя из этого, охрана здоровья граждан как правовой институт является особо значимым направлением деятельности государства.

Статьей 4 ФЗ № 323-ФЗ закреплены девять принципов охраны здоровья, которые детально регламентируются отдельными статьями. Закон строит своего рода структуру принципов: статья 4 называет основополагающие принципы, построенные на конституционных правах, статьи 5-13 детализируют, уточняют, конкретизируют их, устанавливают «принципы внутри принципов».

***Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья*** строится на соблюдении общепризнанных принципов и норм международного права, а также недопущении любого рода дискриминации, в том числе обусловленной наличием заболеваний. Указанный принцип лежит в основе проведения любого рода мероприятий по охране здоровья граждан.

В [*ч.4 ст.15 Конституции РФ*](http://docs.cntd.ru/document/9004937) закреплено, что общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры РФ являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором РФ установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора. Разъяснения по поводу применения указанных норм даны в [постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 10 октября 2003 года N 5 «О применении судами общей юрисдикции общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров Российской Федерации»](http://docs.cntd.ru/document/901876975).

***Охрана здоровья должна обеспечиваться государством без какой-либо дискриминации***. Дискриминация является административным правонарушением, посягающим на права граждан, и определяется [ст.5.62](http://docs.cntd.ru/document/901807667) [КоАП РФ](http://docs.cntd.ru/document/901807667) и [ст.136 УК РФ](http://docs.cntd.ru/document/9017477) как нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от его пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям или каким-либо социальным группам. То есть государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

***Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний***. Данная норма достаточно актуальна на сегодняшний день, а ее применение можно обозначить как проблемное. Существует несколько видов опасных трудноизлечимых или неизлечимых болезней, носители которых могут ненамеренно заразить окружающих (туберкулез, СПИД, сифилис и др.), некоторые формы инвалидности, наличие которых затрудняет общение и создает трудности в социальной адаптации. Сложно говорить о защите от любых форм дискриминации носителей таких болезней. У них возникают проблемы при приеме на работу, в образовательные учреждения, в принятии участия в общественных мероприятиях.

Особо следует отметить людей, страдающих психическими заболеваниями. Наличие тяжелого психического заболевания влечет признание больного недееспособным. Данная мера принята в защиту интересов, прежде всего, самого гражданина.

***Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья*** представляет собой обеспеченность гражданина, утратившего здоровье, комплексом социальных мер разнопланового характера, направленных на поддержку со стороны государства.

Действующим законодательством предусмотрены следующие гарантии гражданам, утратившим здоровье в зависимости от возможности восстановления здоровья и степени трудоспособности:

*1) социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования*.

Порядок, условия назначения и размер социального обеспечения зависит от наличия у гражданина, утратившего здоровье, инвалидности, а также от ее группы.

Если заболевание носит временный характер, гражданин получает пособие по временной нетрудоспособности в соответствии с [*ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством*](http://docs.cntd.ru/document/902021708)*»*. Данный закон определяет условия, размеры и порядок обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячным пособием по уходу за ребенком граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Однако этот закон не распространяется на отношения, связанные с обеспечением граждан пособиями по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием. Данные отношения регулируются [*ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний*](http://docs.cntd.ru/document/901713539)*»*. В соответствии с данным законом, возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных законом случаях, производится путем предоставления застрахованному в полном объеме всех необходимых видов обеспечения по страхованию, в том числе оплаты расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию.

Назначение и выплата застрахованному пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием производятся в порядке, установленном [*ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством*](http://docs.cntd.ru/document/902021708)*»* для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности по государственному социальному страхованию.

[*ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ*](http://docs.cntd.ru/document/901806909)*»* предусмотрено, что право на трудовую пенсию по инвалидности имеют граждане, признанные в установленном порядке инвалидами I, II или III группы. Признание гражданина инвалидом и установление группы инвалидности производятся федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке, предусмотренном [*ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ*](http://docs.cntd.ru/document/9014513)*».*

При полном отсутствии у инвалида страхового стажа, а также в случае наступления инвалидности вследствие совершения им умышленного уголовно наказуемого деяния или умышленного нанесения ущерба своему здоровью, которые установлены в судебном порядке, устанавливается социальная пенсия по инвалидности в соответствии с [*ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в РФ»*](http://docs.cntd.ru/document/901806803)([ст.8 ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ](http://docs.cntd.ru/document/901806909)»);

*2) определение потребности гражданина в социальной защите, реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством РФ случаях.*

Одним из основных направлений социальной защиты является социальное обслуживание населения. Социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации ([*ст.1 Федерального закона от 10 декабря 1995 года N 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в РФ»)*](http://docs.cntd.ru/document/9014865)*.*

Социальные службы оказывают помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах.

В сфере социального обслуживания инвалидов действует [*Федеральный закон от 2 августа 1995 года N 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов*](http://docs.cntd.ru/document/9012648)*»,* который устанавливает экономические, социальные и правовые гарантии инвалидов, исходя из необходимости утверждения принципов человеколюбия и милосердия в обществе.

Правом на охрану здоровья обладают не только граждане РФ, но и иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие и временно находящиеся на территории РФ. Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией РФ и иными законодательными актами РФ, Конституциями и законодательными актами республик в составе РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами РФ.

Охрана здоровья человека - это одна из функций государства. В мировом масштабе охраной здоровья занимается Всемирная организация здравоохранения. Защита права на охрану здоровья возникает в результате нарушения этого права со стороны правонарушителя, а в случае нарушения права возникает необходимость в его восстановлении и привлечения к ответственности виновных.

Большое значение в условиях научно-технического прогресса имеет [*Федеральный закон от 10 января 2002 года N 7-ФЗ «Об охране окружающей среды*](http://docs.cntd.ru/document/901808297)*».* Выделены основные законодательные акты, регламентирующие охрану труда в различных отраслях производственной деятельности людей.

***Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи*** гражданам обеспечивается в соответствии с программами Государственных гарантий, в том числе, программами ОМС. Граждане имеют право на дополнительные медицинские услуги и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования.

Проанализировав право на охрану здоровья, следует отметить, что оно охватывает много направлений деятельности, присущих системе здравоохранения, и обеспечивается нормами различных отраслей права.

***Право на медицинскую помощь*** означает, что каждый имеет право на ее получение. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения.

|  |
| --- |
| *а именно право на предоставление первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой специализированной медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи* |

Одним из основных прав пациента является ***право на выбор врача и лечебного учреждения***. В законе № 323-ФЗ указано, что пациент имеет право выбора врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования.

Пациент имеет право на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

Принцип приоритета профилактических мер в области охраны здоровья граждан служит конституционной гарантией и дублируется во многих законодательных актах, в частности в [ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения](http://docs.cntd.ru/document/901729631)», ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и в других законах.

Гражданам, страдающим *социально значимыми заболеваниями*, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях.

Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

[Закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ ***«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»***](http://fz-83.ru/sites/default/files/documents/federalnyy_zakon_ot_29_11_2010_n_326-fz_ob_obyazatelnom_me.rtf) предполагает самостоятельный выбор гражданином страховой компании, выбор лечащего врача, возможность получить полноценную медицинскую помощь вдали от региона постоянного проживания. Сейчас этот выбор выглядит больше формальностью, но в дальнейшем планируется, что страховая медицинская организация будет активно влиять на работу медицинских учреждений.

С целью обеспечения доступности для граждан бесплатной медицинской помощи, гарантии ее оплаты за счет средств ОМС с 1 января 2011 года введено обязательное требование: все страховые медицинские организации, работающие в субъекте Российской Федерации, обязаны заключить договоры со всеми медицинскими организациями, работающими в системе ОМС в данном регионе.

Также, в соответствии с [Законом № 326-ФЗ](http://fz-83.ru/sites/default/files/documents/federalnyy_zakon_ot_29_11_2010_n_326-fz_ob_obyazatelnom_me.rtf), *впервые* территориальные фонды ОМС получили право проводить плановые проверки оказания медицинской помощи гражданам. До сих пор только страховые медицинские организации ежемесячно осуществляли проверки по предъявленным к оплате счетам на оказание медицинской помощи или по жалобам граждан на некачественную работу медучреждений. Согласно нововведениям территориальный фонд вправе в плановом порядке проверить как деятельность страховой медицинской организации в отношении защиты прав пациента, так и работу медицинского учреждения, с точки зрения качества оказания медицинской помощи.

По-новому организован и процесс оказания гражданину медицинской помощи за пределами места его страхования. В этом случае расчеты за лечение осуществляют территориальные фонды ОМС по тарифам оплаты, установленным для медицинского учреждения, оказавшего помощь. Такой механизм расчетов специально включен в [Закон № 326-ФЗ](http://fz-83.ru/sites/default/files/documents/federalnyy_zakon_ot_29_11_2010_n_326-fz_ob_obyazatelnom_me.rtf), чтобы избежать отказов со стороны медицинских организаций.

Тариф по базовой программе обязательного медицинского страхования, по-прежнему, включает в себя пять статей: зарплата работников медицинских организаций, начисления на нее, медикаменты, расходные материалы, питание для пациентов и приобретение мягкого инвентаря. При этом регионы, с 2011 года, могут по своему усмотрению расширить этот список, включив в него расходы на коммунальные платежи, капремонт, оборудование. По последнему пункту есть ограничение: стоимость оборудования не должна превышать 100 тыс. руб. за единицу.

Право выбора врача и медицинской организации в России формально существует уже не один год. Сейчас же [Закон № 326-ФЗ](http://fz-83.ru/sites/default/files/documents/federalnyy_zakon_ot_29_11_2010_n_326-fz_ob_obyazatelnom_me.rtf) определил, что прикрепление к участковому врачу и специалистам происходит по заявлению на имя руководителя учреждения. Тем не менее, фактор согласия врача при этом учитывается, как и фактор имеющейся нагрузки. В разных регионах существуют разные нормативы - от 800 до 1700 человек на одного участкового терапевта, участкового педиатра. Исходя из этих нормативов, руководитель учреждения определяет, может конкретный врач взять дополнительных пациентов или нет. Что касается выездов на дом, то, если гражданин проживает отдаленно, и его обслуживание на дому трудно реализовать, ему это необходимо объяснить. И тогда заявитель должен определиться: либо выбрать одного врача на условиях самостоятельного посещения поликлиники, либо другого, который работает на его участке.

**§ 2. Качество медицинской помощи и эффективность деятельности медицинских организаций**

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 |

*Профессиональная компетенция*подразумевает наличие теоретических знаний и практических навыков медицинских работников, вспомогательного персонала и то, как они используют их в своей работе, следуя клиническим руководствам, протоколам и стандартам. К компетенции руководителя относятся, прежде всего, профессиональные навыки в выработке и принятии управленческих решений. Для врачей - это знания и навыки постановки диагноза и лечения больного. Набор необходимых навыков и знаний вспомогательного персонала зависит от конкретно занимаемой должности. Например, профессионально подготовленный регистратор в поликлинике должен предоставить необходимую информацию в ответ на любое обращение пациента.

Недостаток профессиональной компетенции может выражаться как в небольших отклонениях от существующих стандартов, так и в грубых ошибках, снижающих результативность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

*Доступность медицинской помощи* означает, что медицинская помощь не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать получению пациентом необходимой помощи.

Экономическая доступность определяется возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и качества независимо от материального положения больного.

Социальная, или культурная, доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете культурных ценностей пациента, его вероисповедания. Например, служба планирования семьи может быть не востребована пациентами, как противоречащая их нравственным ценностям и религии.

Организационная доступность подразумевает оптимизацию в режиме работы отдельных медицинских служб. Например, расписание работы поликлиники должно предоставлять возможность обращения в удобное для пациентов время. Недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня.

Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью, и т.д.

*Межличностные взаимоотношения*, как характеристика качества медицинской помощи, относится к взаимоотношениям между работниками здравоохранения и пациентами, медицинским персоналом и их руководством, системой здравоохранения и населением в целом. Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия. Важные элементы этих взаимоотношений - искусство слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивной установки пациента на проводимое лечение.

*Эффективность* следует рассматривать как отношение достигнутого экономического эффекта к затратам. Важность этой характеристики определяется тем, что ресурсы здравоохранения обычно ограничены, при этом эффективно функционирующая система здравоохранения должна обеспечивать оптимальное качество медицинской помощи за счет рационального использования имеющихся ресурсов.

*Непрерывность* означает, что пациент получает всю необходимую медицинскую помощь без задержки, неоправданных перерывов или необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист, обеспечивая преемственность в работе с коллегами. Несоблюдение этого принципа негативно влияет на результативность, снижает эффективность и ухудшает межличностные взаимоотношения врача с пациентом.

*Безопасность*, как одна из характеристик качества, означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других проявлений ятрогении. Это относится как к медицинским работникам, так и к пациентам. Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи. Например, во время ожидания приема врача пациенты могут быть инфицированы другими больными при несоблюдении необходимых противоэпидемических мер. При решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии ожидаемые результаты обязательно должны соизмеряться с потенциальным риском.

|  |
| --- |
|  |

*Удобство* подразумевает систему мер, направленных на создание оптимального лечебно-охранительного режима: обеспечение комфорта и чистоты в медицинских учреждениях, рациональное размещение палат и лечебно-диагностических подразделений, оснащение их современной функциональной медицинской мебелью, организация режима дня больного, устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и др.

*Соответствие ожиданиям пациентов* означает, что для пациентов в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и оказывается своевременной. Пациенты чаще всего обращают внимание на удобство, результативность, доступность, непрерывность медицинской помощи, на взаимоотношения между ними и медицинском персоналом. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью зависит от оценки качества жизни, связанного со здоровьем.

Качество медицинской помощи включает в себя три основных компонента, соответствующие по сути трем[[1]](#footnote-1) подходам к его обеспечению и оценке:

*Качество структуры*характеризует условия оказания медицинской помощи населению. Оно определяется по отношению к системе здравоохранения в целом, медицинскому учреждению, отдельному его структурному подразделению, конкретному медицинскому работнику в отдельности.

Этот компонент качества характеризуют такие параметры, как:

|  |
| --- |
| * санитарно-техническое состояние зданий и сооружений, в которых функционирует медицинское учреждение; * обеспеченность кадрами и их квалификация; техническое состояние медицинского оборудования (его моральный и физический износ); * соответствие уровня обеспеченности лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, лечебным питанием, установленным стандартам; * уровень сервисных услуг и др. |

При оценке качества по отношению к медицинскому работнику оцениваются их профессиональные характеристики, как сумма теоретических знаний и практических навыков для выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций.

|  |
| --- |
|  |

*Качество технологии*характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи. Качество технологии дает представление о соблюдении стандартов медицинской помощи, правильности выбора тактики и о качестве выполненной работы. Оно характеризует, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, соответствовал установленным стандартам медицинских технологий. Если на оказание медицинской помощи больному было затрачено средств больше, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, - такая помощь не будет признана качественной даже в случае достижения ожидаемых результатов лечения.

Качество технологии оценивается только на одном уровне - по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов. Одним из параметров, характеризующих качество технологии, может служить наличие или отсутствие врачебных ошибок.

*Качество результата*характеризует итог оказания медицинской помощи, т.е. позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым. Обычно качество результата оценивают на трех уровнях: по отношению к конкретному пациенту, всем больным в медицинском учреждении, к населению в целом.

Анализ качества результата по отношению к конкретному пациенту дает возможность оценить, насколько достигнутые результаты лечения конкретного больного близки к ожидаемым с учетом клинического диагноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов. Например, для одного больного планируемым результатом лечения может быть его полное выздоровление с нормализацией всех данных клинико-биохимических, функциональных и других видов исследований. Для другого больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным влажной гангреной, планируемым результатом лечения может явиться ампутация нижней конечности.

При стационарном лечении ранее было принято выделять три исхода госпитализации: «выздоровление», «перевод», «смерть». В настоящее время стационары перешли к новой, более дифференцированной системе оценки исходов лечения, в которой выделяют: «выздоровление», «улучшение», «без перемен», «ухудшение», «перевод», «смерть». По завершении амбулаторно-поликлинического лечения больного возможными исходами могут быть: «выздоровление», «ремиссия», «госпитализация», «перевод в другое медицинское учреждение», «инвалидизация», «смерть».

Качество результата по отношению ко всем больным в медицинском учреждении следует оценивать за какой-либо конкретный период времени (чаще за год). В практике медицинской организации для оценки качества результата по отношению ко всем больным обычно используют различные качественные показатели: летальность, частоту послеоперационных осложнений, расхождение клинических и патолого-анатомических диагнозов, запущенность по онкологии, соотношение вылеченных и удаленных зубов и др.

Качество результата по отношению к населению в целом характеризуют показатели общественного здоровья.

|  |
| --- |
|  |

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. При низком уровне качества структуры довольно сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологии. Нарушение технологии диагностики и лечения в большинстве случаев приводит к неблагоприятным результатам лечения. Вместе с тем высокий уровень качества структуры - только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологии и результата. Такую взаимозависимость часто определяют как «принцип негатива» - при плохом качестве негатива невозможно сделать хорошую фотографию, но плохой снимок может получиться и при качественном негативе.

Независимо от объектов оценки качества (анализ технологий и/или результатов деятельности медицинской организации), важно соблюдать основные требования исследований, заключающихся в тщательном выборе приемлемых научно-обоснованных критериев, причем критерии результативности должны обладать свойством сопоставимости. В значительной мере проблема оценки эффективности деятельности врача связана с влиянием на состояние здоровья пациента множества факторов, не имеющих к качеству медицинской помощи никакого отношения (возраст, экология, жилищные условия, социальный статус, доходы и пр.). Следовательно, чтобы оценить влияние на здоровье пациента медицинских факторов, следует весьма четко представлять влияние возраста, экологии, жилищных условий, социального статуса, доходов и пр. Для исключения влияния внешних факторов используются методы группировок однородных совокупностей, многомерный анализ и т. п.

Разработка адекватных систем оценки и обеспечения качества медицинской помощи позволит подойти к решению такой актуальной проблемы, как оценка эффективности или стоимости затрат на достижение определенного (запланированного) уровня здоровья, сопоставить цели системы здравоохранения с возможностями их достижения.

Ресурсная база здравоохранения всегда была ограниченной, а особенно в период экономических реформ, поэтому анализ экономических аспектов качества медицинской помощи позволит создать базу для эффективного использования ресурсов в каждом медицинской организации.

Для оценки эффективности медицинской помощи следует, прежде всего, выбрать адекватные критерии и показатели, относящиеся к данному процессу и отражающие его конечные результаты. Результаты (эффекты медицинской деятельности) являются производными ресурсов и в определенной мере характеризуют степень эффективности их использования. В связи с тем, что здравоохранение относится к непроизводственной сфере, и его деятельность, как правило, не обретает товарную форму, а представлена в форме «услуги», то часто возникают вопросы о правомерности такого суждения, как эффективность затрат в здравоохранении.

Действительно, деятельность системы здравоохранения характеризуется результатами и затратами, соответственно, между этими категориями должны быть установлены взаимоотношения, что сделать весьма трудно, поскольку, в отличие от производственной сферы, в здравоохранении зачастую отсутствуют условия для измерения эффективности. Тем более, что в здравоохранении чрезвычайно сложно выявить и измерить все достигнутые результаты. Прежде всего, это касается повсеместной формализации результатов, количественного выражения медицинских характеристик и признаков. Но это не значит, что формализация и количественное выражение медицинских характеристик невозможны, примеры исследований последних лет как у нас в стране, так и за рубежом показывают, что затраты это уловимая часть баланса, несмотря на организационно-методические трудности учета и анализа. Что касается результатов деятельности системы здравоохранения (отдельного учреждения или его подразделения), их выявление и оценка сопряжены со значительными трудностями: слишком условны стоимости и отделены от овеществленного труда, многие эффекты (снижение психического перенапряжения, уменьшение и снятие боли, производство аборта и пр.) трудно поддаются количественному измерению.

Затраты в здравоохранении, в основном, представлены затратами ресурсов и негативными атрибутами нездоровья населения (ущерб от заболеваемости, смертности трудоспособной части населения и т. д.). При распределении ресурсов не всегда используется анализ эффективности, поэтому практически отсутствуют сведения о стоимостных соотношениях затрат и результатов в здравоохранении. Не ведется и статистический учет многих необходимых для расчетов эффективности экономических показателей, на основании которых можно определить параметры и пределы затрат с целью оптимального соотношения между ними и заданными результатами.

Специалисты по оценке эффективности группируют затраты в здравоохранении следующим образом:

Оценка уровня явных затрат достаточно перспективна, проблема может возникнуть только в организации надлежащего учета, оценке изменений затрат во времени. Без этого невозможно ответить на вопросы о степени адекватности технологий оказания медицинской помощи населению, насколько эта медицинская помощь экономична и эффективна и как она влияет на состояние здоровья населения. Трудности анализа могут возникнуть в отношении косвенных затрат в здравоохранении, поскольку методики оценки не разработаны, в частности, к ним можно отнести проценты за кредит, фонды материального стимулирования, налоги, штрафы и пр.

Результаты, вопросы их оценки являются проблемой для здравоохранения. В первую очередь это связано с отсутствием адекватных экономических и натуральных показателей оценки деятельности, как системы здравоохранения в целом, так и системы отдельного медицинского учреждения. Измерение эффектов, полученных отдельным пациентом в результате оказанной медицинской помощи, пытаются уложить в упрощенную схему: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, летальный исход. С другой стороны, эту проблему во всем мире пытаются решить с помощью DRG[[2]](#footnote-2), которые используются в качестве единиц измерения результатов труда врачей и медицинского персонала больниц, т.к. имеют определенный индекс затрат ресурсов и непосредственных результатов. Существенное преимущество этих групп перед упрощенной схемой исходов в том, что они позволяют проводить не только прямое сопоставление результатов, но и, имея статистически нормированные параметры исходных и конечных данных, использовать эти измерители в предварительной и детальной проработке обоснованности принятия управленческих решений.

Особое значение анализ эффективности оказания медицинской помощи приобретает в условиях, когда медицинские организации получили определенную долю самостоятельности в сочетании с дефицитом финансовых ресурсов. В этой ситуации очень важно принять такие управленческие решения, которые бы смогли обеспечить устойчивое функционирование системы здравоохранения, сохранить профилактическую направленность программ первичной медико-санитарной помощи, стабилизировать уровень доступности стационарной медицинской помощи. А самое важное, организовать работу учреждения так, чтобы вся деятельность персонала была направлена на обеспечение наиболее возможного в данных условиях уровня качества.

Система анализа контура «затраты-результаты» построена на принципе оценки баланса затрат и результатов. Если в результате внедрения новой организационной или медицинской технологии итоговые результаты по своим стоимостным характеристикам оцениваются как обеспечивающие более низкие затраты, то эту технологию следует расценивать как эффективную. Чаще всего эффективность оценивается в единицах, реже в денежном выражении. Анализ контура «затраты-результаты» проводится в условиях сравнения альтернативных вариантов технологий или программ к определенному моменту времени, прошлые, настоящие и будущие затраты следует привести к этому же моменту времени. Видимая простота метода говорит об определенной степени ограниченности его распространения, в частности, это касается оценки итогов достижения определенного уровня состояния здоровья.

Анализ продуктивности затрат рассматривает проблемы себестоимости медицинской услуги и производительность труда (costproductivity analysis) и является инструментом для соизмерения уровня предоставления ресурсов для обеспечения медицинских технологий и результатов их использования. В анализе продуктивности, как правило, учитывают не все издержки, а только те, которые могут быть отнесены непосредственно на обеспечение медицинских технологий. Что касается полезных эффектов, то они могут выражаться в койко-днях, посещениях, пролеченных больных и т. п. Характеристики состояния здоровья населения в эффектах не учитываются. Анализ продуктивности затрат целесообразно использовать при оценке деятельности медицинской организации, служб, системы здравоохранения в целом. Необходимо понимать, что этот анализ определяет только экономическую эффективность.

Анализ эффективности затрат содержит баланс затрат ресурсов и результатов (costeffectiveness analysis), однако в качестве результатов выступают, как правило, не только промежуточные эффекты, но и изменения состояния здоровья (выздоровление, восстановление трудоспособности, первичный выход на инвалидность и пр.). Этот метод позволяет рассматривать сложные и социально значимые вопросы, выбирать наиболее экономичный альтернативный вариант программы для достижения заданных результатов. Анализ эффективности затрат отвечает на вопрос, как действовать в условиях, когда необходимо достигнуть определенных результатов в состоянии здоровья населения, увязывая их с затратами, т. е. определить оптимальную стратегию выбора наиболее эффективного варианта программы. Важно отметить, что анализ эффективности тех или иных программ не дает характеристики социальной значимости достигнутых результатов оказания медицинской помощи.

Анализ полезности затрат включает прямое сопоставление гетерогенных по эффектам медицинских программ (costbenefit analysis), что логически предполагает другой уровень стоимостного анализа полезности/выигрышности затрат. Оценка результатов по этой категории анализа всегда производится по критериям состояния здоровья, а результаты переводятся в денежное выражение.

Для упорядочения понимания методов, уровней и задач анализа эффективности следует привести выше перечисленные методы анализа в виде таблицы, что позволит представить картину в целом.

|  |
| --- |
| **Методы, уровни и задачи анализа эффективности** |
| **Методы анализа эффективности**  **Задачи анализа**  **Оцениваемые эффекты в зависимости от уровня анализа**  **Показатели для соизмерения вариантов** |
| * Анализ продуктивности затрат * Определение приоритетных мер по экономии затрат, повышению производительности труда * Полезные эффекты или мед. услуги (койко-день, случай госпитализации и т. п.) * Коэффициент продуктивности (себестоимость ед. услуги), затрат (затраты/услуги) |
| * Анализ эффективности затрат * Определение приоритетных методов оказания медицинской помощи * Изменение состояния здоровья или результаты (спасенные жизни, потери лет жизни и т. п.) * Коэффициент эффективности затрат (затраты/ результаты) |
| * Анализ полезности затрат * Определение приоритетов здравоохранения * Изменение здоровья в стоимостном выражении (ущерб от заболеваемости, смертности и др.) * Коэффициент полезности затрат (затраты/польза) |

В конечном итоге тот или иной вид анализа требует стоимостного выражения, что дает возможность описать связи между медицинскими мероприятиями и результатами. Как никакой другой из методов анализа, применяемых в здравоохранении, анализ эффективности напрямую связан с качеством медицинской помощи, и только ее высокий уровень обеспечит эффективное использование ресурсов в системе здравоохранения.

Перечисленные выше методы анализа эффективности являются основными, но это не исключает наличия альтернативных вариантов этого анализа. Следует отметить, что альтернативные варианты анализа эффективности рассматривают в большей мере не баланс затрат и результатов, а количественные и/или качественные связи этого баланса, более углубленную зависимость затрат и результатов от нескольких или множества факторов. К этим методам можно отнести метод линейного программирования и исследования операций, метод системного анализа и экономического моделирования. Эти методы позволяют уйти от одномерности и статичности анализа состояния здоровья населения, но требуют значительных затрат на обучение персонала, обеспечение высококачественной вычислительной техникой и программными продуктами, на подготовку высокообразованных системных программистов.

# §. 3 Совершенствование нормативно-правового регулирования обеспечения качества медицинской помощи

Вопросы контроля оказания медицинской помощи регламентируются многочисленными нормативными актами: от основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в Российской Федерации до ведомственных и межведомственных нормативных документов. Однако, в нормативно-правовых документах, определяющих контроль качества медицинской помощи много разночтений, неоднозначных толкований. В этой связи нередко случается, что оценка качества оказания медицинской помощи является чрезвычайно сложной, подчас трудно разрешимой.

Современный период функционирования системы здравоохранения России характеризуется динамично развивающимися отношениями между всеми структурными компонентами системы. Государственное управление в области охраны здоровья осуществляется посредством правовых, административных, экономических и социально-психологических механизмов и имеет в качестве своей конечной цели создание реально эффективной социальной политики.

Законодательной основой для реализации прав граждан Российской Федерации в области охраны здоровья являются нормы Конституции РФ, Гражданского кодекса, а также отраслевых законов № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Не вызывает сомнения значение законодательного регулирования отношений по охране здоровья граждан, имеющее своей конечной целью обеспечение гарантированной для населения доступной и качественной медицинской помощи.

Достижение высокого уровня качества медицинской помощи, с одной стороны, является одной из основных целей системы здравоохранения, с другой – критерием ее оценки.

ФЗ № 323-ФЗ трактует качество медицинской помощи, как *уровневую характеристику оказанной медицинской помощи*, которое определяется по нескольким показателям:

Своевременность оказания медицинской помощи является значимым при любых, но особенно острых заболеваниях, когда требуется экстренная медицинская помощь.

Правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи означает, что методы воздействия на заболевание должны быть выбраны с учетом характера и течения болезни, индивидуальных особенностей организма человека и его общего состояния, наличия сопутствующих заболеваний. Естественно, неправильно выбранный метод может повлечь негативные последствия для пациента. В таком случае говорить о качестве оказанной медицинской помощи не представляется возможным.

О степени достижения запланированного результата может говорить только общее состояние человека, которому оказывалась медицинская помощь. В силу характера заболевания не всегда можно говорить о полном выздоровлении, даже если медицинскими работниками было верно диагностировано заболевание, своевременно оказана помощь, применены верные методы лечения и реабилитации. Врачами при назначении лечения предварительно определяется, какого наилучшего результата они могут достичь в лечении заболевания у конкретного пациента. При этом важно отсутствие побочных эффектов от комплекса медицинских вмешательств, наличие которых в целом определяет состояние человека.

Статья 10 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регламентирует и разграничивает понятия доступности и качества медицинской помощи.

*Доступность медицинской помощи* - оценочная категория, которой определяется степень возможности пациента воспользоваться ею. При этом учитываются такие составляющие, как время, необходимое для получения медицинской помощи, транспортная доступность до медицинского учреждения, возможность получения определенной медицинской услуги в медицинских учреждениях по месту жительства, бесплатность необходимой медицинской помощи, наличие медицинского оборудования и многое другое.

*Качество медицинской помощи* - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Критерии доступности и качества медицинской помощи закреплены в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

***Нормативно-правовые акты Российской Федерации, регламентирующие вопросы контроля качества и безопасности медицинской деятельности:***

Постановление от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 г. № 810а

*Контроль качества медицинской деятельности в соответствии с законодательством в сфере здравоохранения:*

В истории здравоохранения новой России имели место несколько важнейших законодательных актов, определяющих в разное время разные подходы к оценке качества оказания медицинской помощи. С 1993 года в России существуют две системы экспертной оценки оказания медицинской помощи: наиболее массовая - в рамках системы ОМС и в рамках бюджетных ассигнований.

С выходом Федерального закона от 29 ноября 2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», контроль качества медицинской помощи проводится в соответствии с нормативом, изложенном в [главе 9 «Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»](http://lofoms.spb.ru/files/s1_glava9.doc).

[28 июня 2012 года Пленум Верховного Суда РФ принял новое постановление  «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей](http://pravo-med.ru/legislation/fz/9339/)», которым отменено прежнее, действующее еще с 1994 года.

П.9 названного Постановления пленума Верховного суда РФ устанавливает, что «…к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей, которое регулирует отношения, возникающие между потребителями и … исполнителями, при выполнении работ оказании услуг, устанавливает права потребителей на приобретение (работ, услуг) надлежащего качества и безопасных для жизни, здоровья, имущества потребителей получение информации о работах, услугах и об исполнителях, продавцах), просвещение, государственную и общественную защиту их интересов, а также определяет механизм реализации этих прав».

[Закон о защите прав потребителей](http://pravo-med.ru/legislation/fz/2425/) устанавливает *специальные способы защиты гражданских прав*, которые изложены в статьях 28-31 закона о защите прав потребителей, а также предоставляет возможность получить денежную компенсацию причиненного морального вреда, как общего способа защиты гражданских прав, но не из-за посягательства на нематериальные блага, установленные ст. 150 [Гражданского кодекса РФ](http://pravo-med.ru/legislation/codecs/3088/), а из-за нарушения прав потребителя (ст. 15 закона о защите прав потребителей).

Данные специальные способы теперь могут применяться застрахованными гражданами, получившими статус потребителя в случае несоблюдения медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования своих обязанностей по обеспечению прав застрахованного (потребителя медицинских услуг).

Отправной точкой объема и содержания прав граждан в системе обязательного медицинского страхования являются Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на текущий год, в которых законодательно закреплены, например, очередность на плановый прием к участковому терапевту, врачам других специальностей, предельные сроки проведения диагностических исследований, ожидания плановых госпитализаций и т.д.

Нарушение положений Территориальных программ – прямое основание воспользоваться положениями [Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей](http://pravo-med.ru/legislation/fz/9339/).

**ВОПРОСЫ**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

1. Краткий обзор правовых документов в области охраны здоровья.
2. Категория здоровья в системе правового регулирования.
3. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья.
4. Гарантии социального обеспечения, в том числе за счет средств обязательного социального страхования.
5. Гарантии определения потребности гражданина в социальной защите, реабилитации и уходе, установления временной нетрудоспособности, инвалидности.
6. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и право на медицинскую помощь.
7. Закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Характеристики качества медицинской помощи.
9. Компоненты качества медицинской помощи.
10. Методические подходы к оценке эффективности медицинской помощи.
11. Нормативно-правовые акты Российской Федерации, регламентирующие вопросы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**001. Основным и главным объектом правоотношений, регулируемых законом № 323-ФЗ, является….**

1. *здоровье*
2. здравоохранение
3. профилактика
4. лечение

**002. Назначение и выплата застрахованному пособия по временной нетрудоспособности характеризует…**

1. определение потребности гражданина в социальной защите
2. *социальное обеспечение*
3. гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
4. все перечисленное

**003. Территориальный фонд ОМС вправе в плановом порядке проверить…**

1. деятельность страховой медицинской организации в отношении защиты прав пациента
2. *деятельность страховой медицинской организации в отношении защиты прав пациента, и работу медицинского учреждения, с точки зрения качества оказания медицинской помощи*
3. работу медицинского учреждения, с точки зрения качества оказания медицинской помощи
4. территориальный фонд ОМС не вправе осуществлять проверки

**004. Оптимизацию в режиме работы отдельных медицинских служб подразумевает…**

1. географическая доступность
2. экономическая доступность
3. *организационная доступность*
4. социальная доступность

**005. Как одна из характеристик качества, отношение достигнутого экономического эффекта к затратам – это…**

1. доступность
2. *эффективность*
3. межличностные взаимоотношения
4. непрерывность

**006.Качество структуры не определяется по отношению…**

1. к системе здравоохранения в целом
2. медицинскому учреждению
3. *населению территории*
4. конкретному медицинскому работнику в отдельности

**007. Все этапы процесса оказания медицинской помощи характеризует…**

1. качество структуры
2. *качество технологии*
3. качество результата
4. все перечисленное

**008. Показатели общественного здоровья характеризуют качество результата по отношению…**

1. *к населению территории в целом*
2. к конкретному пациенту
3. к медицинскому учреждению в целом
4. к медицинскому персоналу

**009. Баланс затрат ресурсов и результатов рассматривает…**

1. анализ продуктивности
2. *анализ эффективности затрат*
3. анализ полезности затрат
4. анализ экономической эффективности

**010. Прямое сопоставление гетерогенных по эффектам медицинских программ рассматривает…**

1. анализ продуктивности
2. анализ эффективности затрат
3. *анализ полезности затрат*
4. анализ экономической эффективности

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

**Задача 1**. В психонаркологическое отделение обратился гражданин Петров с просьбой провести дезинтоксикационную терапию по поводу опий­ной наркомании, абстинентного синдрома.

Постовая медсестра Кочнева не поставила в известность дежурного врача. Она, не имея направлений и назначений врача-нарколога, самостоятельно провела внутривенную капельную инфузионную терапию.

Вопросы:

1. В чем выразилась противоправность действий медсестры?

2. Кто имеет право заниматься лечением пациентов?

3. Зачем нужен сертификат специалиста?

**Задача 2**. Медицинская сестра Ярошенко, узнав, что поступивший с травма­ми головы, рук и других частей тела Шкилев является ВИЧ инфицированным, отказалась обрабатывать его раны, заявив, что она не получает дополнительно за вредность и опасность при работе с больными СПИДом м ВИЧ-инфицированными, а также очень боится заразиться сама и заразить свою маленькую дочку.

Вопросы:

1. Права ли медицинская сестра?
2. Что сказано по этому поводу в законодательстве?

**Задача 3.** В отделение реанимации поступила 9-летняя Маша Оносова по­сле автодорожного происшествия. Состояние девочки было критиче­ским, требовалась срочная операция. Врач Ремезов принимает реше­ние оперировать девочку и в ходе операции удаляет селезенку.

Через два часа разыскали мать девочки, которая заявила, что по­даст в суд на врача, так как ее ребенка оперировали без ее согласия.

Вопросы:

1. Что означает экстренная медицинская помощь?
2. Разъясните смысл понятия «согласие гражданина на медицин­скую помощь».
3. Права ли мать девочки?
4. Правильно ли поступил врач?

**РАЗДЕЛ II**

**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА,**

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ**

**C:\Program Files (x86)\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Lines\BD15156_.gif**

**§. 1. Основные принципы управления качеством медицинской помощи**

По отношению ко всей системе здравоохранения ВОЗ рекомендует определять понятие качества медицинской помощи в виде комплекса нескольких показателей:

Таким образом, качество - результат деятельности, направленной на создание таких условий оказания медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством (медицинским учреждением) гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения полученной помощью.

Управление качествоммедицинской помощи включает в себя организацию и контроль над деятельностью системы здравоохранения в реализации потребностей населения в получении качественной медицинской помощи. В современных условиях система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью. Эта система основывается на следующих принципах:

|  |
| --- |
| * использование достижений доказательной медицины; * проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов); * единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи; * использование административных, экономических и правовых методов для управления качеством медицинской помощи; * анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;   проведение социологического мониторинга качества медицинской помощи |

|  |
| --- |
|  |

Управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных видов деятельности:

*Дизайн качества*- это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн качества включает: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение результата, отвечающего запросам потребителей; разработку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

*Обеспечение качества*- это виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы: разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

*Контроль качества*- это система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, определения соответствия ее принятым стандартам служит экспертиза.

*Система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов:*

Действующие нормативно-правовые документы в зависимости от участников контроля предусматривают два вида контроля: ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, вневедомственный - страховые медицинские организации, территориальные фонды ОМС, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, общественные объединения потребителей и др. *Соответственно составу участников контролирующих органов контроль качества медицинской помощи осуществляется по следующим направлениям:*

В настоящее время используются различные методы и средства контроля качества медицинской помощи. К ним относятся медицинские стандарты, показатели деятельности организации здравоохранения (модели конечных результатов), экспертная оценка качества и др.

*Механизм контроля качества медицинской помощи достаточно сложен и включает в себя набор следующих основных процедур:*

* лицензирование медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья населения;
* аккредитацию медицинских учреждений;
* аттестацию медицинских работников;
* сертификацию лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
* лицензирование, аттестацию и аккредитацию образовательных медицинских учреждений и др.

Организация и порядок проведения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи регламентируются приказами МЗ РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС).

|  |
| --- |
|  |

Управление качеством медицинской помощи подразумевает ***непрерывное повышение его уровня*.** Для этого руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить комплекс мероприятий, направленный на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников. При этом в процессе повышения качества медицинской помощи четко просматриваются *две взаимосвязанные и взаимообусловливающие составляющие:*

Под обеспечением качества следует понимать медицинские мероприятия, направленные на достижение заданного уровня качества. Независимо от характера обеспечения качества, непременным является реализация следующих моментов:

* определение проблем и приоритетов оказания медицинской помощи;
* формирование специфических для области анализа проблем критериев качества (установление стандартов) и определение цели;
* ретроспективный и текущий анализ ситуации, медицинских документов и сбор информации;
* анализ установленных проблем и подготовка рекомендаций для принятия решений;
* внедрение рекомендаций на практике;
* оценка достигнутых результатов.

Следует подчеркнуть, что реализация перечисленных моментов в процессе работы и исследований требует организации соответствующих программ обеспечения качества. Эти программы позволяют гарантировать предоставление медицинской помощи определенного уровня, систематическую его оценку по согласованным и заранее установленным стандартам. *Следовательно, в системе обеспечения качества можно выделить:*

Варианты анализа КМП, в целом, можно свести к ограниченному количеству подходов:

* анализ отклонения от установленной «нормы»;
* многофакторный анализ деятельности ЛПУ или отдельного врача;
* анализ структуры ЛПУ или системы здравоохранения;
* анализ технологий ЛПУ или системы здравоохранения;
* анализ результатов деятельности ЛПУ или системы здравоохранения;
* анализ стоимости медицинских услуг;
* анализ опроса населения, врачей, медицинского персонала и пр.;
* анализ деятельности ЛПУ на основании скрининговых программ соответствия заданным критериям качества;
* анализ деятельности ЛПУ по программе, составленной из комбинации перечисленных выше методов.

В конечном итоге, те или иные подходы к анализу КМП предусматривают наличие определенных критериев, эталонов структуры, процесса и результатов деятельности медицинского учреждения, т. е. наличие стандартов.

Управление процессом обеспечения качества медицинской помощи является прикладной дисциплиной общей теории управления здравоохранением. *С учетом специфики здравоохранения существуют три модели управления качеством:*

***Профессиональная модель*** исторически сложилась как форма управления качеством в стационаре, где критерием качества являлся индивидуальный профессиональный уровень. Основанная только на интуитивном мышлении врача, данная модель управления качеством оказалась малоэффективной в условиях оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, требующих скоординированного участия большого числа специалистов и повышения интеллектуальности врачебной работы. В данной модели не учитывается экономическая составляющая качества, а оценка результатов проводится самим лечащим врачом.

***Бюрократическая модель*** управления основана на стандартизации объемов и результатов медицинской помощи. Вместе с тем ей присуща вся атрибутика профессиональной модели управления. Данная модель управления используется в настоящее время во многих учреждениях страны. Несомненно, что внедрение бюрократической модели является прогрессивным шагом в работе по улучшению качества. Однако в ее использовании не участвуют вспомогательные и хозяйственные службы медицинских учреждений, органы управления здравоохранением, рядовые медицинские работники. Управлением качеством медицинской помощи занимаются администрация и руководители лечебно-диагностических подразделений, от правильного взаимодействия которых главным образом зависит качество.

Часто администрация в основном контролирует процессы обеспечения ресурсами, не вникая глубоко в действующие технологии лечебно-диагностического процесса.

Анализ и оценку результатов медицинской помощи дают сами руководители структурных подразделений, или они не проводятся совсем. Отклонения в лечебно-диагностическом процессе систематически не измеряются, не оптимизируются и не корректируются. В связи с этим информация о результатах оказания медицинской помощи поступает в администрацию зачастую в искаженном виде и практически не влияет на принятие решений по управлению качеством.

Таким образом, администрация больницы не имеет действенных инструментов для управления качеством медицинской помощи. В то же время у руководителей лечебно-профилактических учреждений нет достаточных знаний об управлении и, следовательно, интереса к финансовому положению учреждения, к размерам затрат на проводимое ими лечение и обследование. Все это вместе взятое приводит к появлению неконтролируемых дефектов оказания медицинской помощи, существенному увеличению финансовых расходов. В такой ситуации, как правило, выпадает важнейшая характеристика качества - доступность медицинской помощи. В условиях стихийности и несовершенства лечебно-диагностического процесса никакое финансирование не способно удовлетворить потребности организаций здравоохранения в ресурсах.

Для решения вышеперечисленных проблем требуется обеспечение полного взаимодействия администрации, медперсонала, работников вспомогательных и хозяйственных служб медицинских учреждений, органов управления здравоохранением в работе по непрерывному улучшению лечебно-диагностического процесса и деятельности всей системы здравоохранения.

Основой современной ***индустриальной модели*** управления качеством является модель W.E. Deming, которая основана на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса. *Индустриальные методы управления качеством медицинской помощи включают*:

Принцип непрерывного повышения качества стал очень важной составляющей современной теории управления, утверждающей, что качество создается при использовании качественных процессов, материалов и инструментов. Для достижения наилучшего результата необходимо сосредоточить усилия не на проверке индивидуального выполнения, а на управлении процессами, выявлении отклонений и анализе их причин. Это позволяет управлять достижением клинических результатов, не увеличивать стоимость медицинской помощи, повышать степень удовлетворенности медперсонала своей работой и пациентов полученной медицинской помощью.

**§ 2. Субъекты контроля качества медицинской помощи. Дефекты оказания медицинской помощи**

Анализ различных источников, в том числе нормативных, позволил сформировать следующий перечень потребительских рисков в сфере здравоохранения, связанных с низким качеством медицинской помощи:

1.  Недоступность медицинской помощи (высокая стоимость, географическая недоступность, отказ в направлении на госпитализацию и в госпитализации).

2. Неблагополучные исходы лечения (летальный исход; изъятие органа, в том числе криминальное; несохранение функций органа;  потеря трудоспособности;  сохранение болевого синдрома; «хронизация заболевания»; утеря  способности к  самообслуживанию; осложнения различного рода; сохранение  основных и второстепенных проявлений заболевания).

3. Расхождение диагнозов (при направлении и при поступлении).

4. Вероятность повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания.

5. Низкий уровень обеспеченности  лекарственными препаратами.

6. Низкий уровень обеспеченности современной медицинской техникой,  инвентарем.

7. Несоблюдение  технологий медицинской помощи.

8. Низкие темпы внедрения новых медицинских технологий.

9. Несоответствие зданий и сооружений  санитарным, противопожарным и иным нормам.

10. Плохая  организация питания пациентов.

11. Несоблюдение сторонами условий  договора о медицинском страховании.

12. Несоблюдение лечебно-профилактическими учреждениями лицензионных условий.

13. Низкий уровень  экспертизы  качества медицинской помощи.

14. Низкий уровень стандартов качества медицинской помощи и их несвоевременная корректировка.

15. Вероятность внутрибольничного инфицирования.

16. Несоблюдение медицинскими работниками  этических  и деонтологических норм.

17. Вероятность неоправданного удлинения или сокращения срока лечения (более чем на 15% и 30% соответственно от средней длительности).

18. Несоответствие  предоставляемых к оплате счетов  объему, качеству  и продолжительности оказанных услуг (обман пациента и страховых компаний).

19. Отсутствие информации, позволяющей оценить лечебно-профилактические учреждения.

20. Корпоративность системы, в том числе при  принятии решений по экспертизе и лицензированию, при рассмотрении жалоб пациентов.

Уровень указанных рисков с позиций современных требований  к качеству медицинской помощи во многом  зависит от  таких  ключевых факторов, как  квалификация медицинского персонала, уровень финансирования медицинской организации и эффективная система контроля качества предоставляемой медицинской помощи. Последняя должна стать  основным элементом системы управления здравоохранением в целом, и управления рисками  этой сферы в частности.

Территориальная система управления обеспечением качества медицинской помощи   должна строиться с учетом компетенции её субъектов и возможности их взаимодействия. Компетенция участников  определяется тем уровнем, который они занимают в данной системе: федеральный, региональный, муниципальный. Взаимодействие  субъектов контроля в данной системе  выстраивается в рамках  как административных, так и функциональных связей.

|  |  |
| --- | --- |
| **Субъекты контроля качества медицинской помощи и их интересы** | |
| **субъекты** | **интересы** |
| Пациент - потребитель медицинских услуг | Адекватность медицинской услуги, ее безопасность, субъективная оценка качества медицинской помощи |
| Общества защиты прав потребителей | Объективная оценка качества медицинских услуг гарантирует отсутствие монополии на оказание того или иного вида медицинских услуг |
| Страховые медицинские организации, ТФ ОМС | Объективная оценка медицинской помощи экономическим затратам - вневедомственный контроль |
| Лицензионно-аккредитационные палаты | Оценка структуры, сети ЛПУ, технологии и результативности работы ЛПУ |
| Профессиональные медицинские ассоциации | Разработка и утверждение медико-экономических стандартов и квалификационных требований, на основании которых осуществляется контроль качества медицинской помощи |
| Орган управления здравоохранением | Внутриведомственный контроль (сочетание объективной и частично субъективной оценок качества медицинской помощи), координация деятельности сети ЛПУ, территориальной лицензионно-аккредитационной комиссии в соответствии с потребностями населения |
| Медицинские организации | Внутриведомственный контроль (самоконтроль) |

В соответствии с существующим законодательством, в России органы управления здравоохранением отвечают за готовность медицинских учреждений оказывать медицинскую помощь надлежащего качества. Они несут ответственность в области охраны здоровья населения территории, для чего имеют определенные ресурсы, которые должны обеспечить:

* профессиональную подготовку медицинских кадров;
* необходимый уровень научных исследований по проблемам оказания медицинской помощи населению и охраны его здоровья;
* развитие и поддержание функционирования на должном уровне материально-технической базы учреждений здравоохранения;
* субсидирование конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи в рамках территориальной базовой программы;
* оплату дорогостоящих видов медицинской помощи и обеспечение оказания их на должном уровне;
* финансирование медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально-значимых заболеваниях;
* организацию оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий и пр.

Таким образом, органы управления здравоохранением территории обеспечивают внутриведомственный контроль КМП, параллельно координируя деятельность сети ЛПУ и лицензионно-аккредитационной комиссии по соответствию потребностям населения тех или иных видов и объемов медицинской помощи. Что касается непосредственно ЛПУ, то в них проводится также внутриведомственный контроль КМП с опорой на методы самоконтроля на каждом рабочем месте.

Фонды ОМС и страховые медицинские организации осуществляют вневедомственный контроль качества медицинской помощи в основном с целью объективизации соответствия затрат результатам оказанной медицинской помощи.

Лицензионно-аккредитационные палаты осуществляют государственный контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи и сертификационной деятельностью. Они также проводят объективизацию соответствия структуры (основные фонды, ресурсы) медицинским и организационным технологиям.

Что касается обществ защиты прав потребителей, антимонопольного комитета, то эти структуры осуществляют контроль с позиции объективизации КМП и осуществляют гарантии демонополизации медицинской помощи населению.

Территориальные органы Госстандарта РФ осуществляют свои функции по контролю за КМП через обеспечение требований по безопасности медицинских услуг, осуществление координационной деятельности с органами управления по безопасности медицинской помощи населению.

Согласно разделу II Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию субъектами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию являются:

* территориальные фонды обязательного медицинского страхования;
* страховые медицинские организации;
* медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (в рамках внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи).

Еще одним субъектом контроля качества оказания медицинской помощи следует считать Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) в контексте контроля за предоставлением потребителю платных медицинских услуг (в соответствии с п. 5.9 Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека).

Нормативно-правовые акты определяют три уровня контроля качества медицинской помощи:

В большинстве случаев решение вопросов контроля качества медицинской помощи носит замкнутый ведомственный характер. Отсутствует единство среди экспертов в определении понятия «качество медицинской помощи» и его компонентов; не разработана методология управления качеством; отсутствуют показатели качества медицинской помощи; нет правовых институтов защиты прав пациентов и системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Несмотря на разнообразие использующейся терминологии, в большинстве субъектов Российской Федерации системы контроля качества медицинской помощи функционируют в соответствии с принципами ведомственного и вневедомственного контроля. В качестве методов в основном используются получение заключения экспертов и сопоставление со стандартом.

***Ведомственное звено контроля*:** медицинские учреждения, заведующие подразделениями, заместители руководителя медицинской организации по клинико-экспертной работе, клинико-экспертные комиссии, органы управления здравоохранением, клинико-экспертные комиссии органов управления, главные штатные и внештатные специалисты.

*Задачи ведомственного контроля:*

1.      оценка состояния и использования кадров и материально-технических ресурсов медицинской организации;

2.      оценка профессиональных качеств медработников путём аттестации;

3.      экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;

4.      выявление и обоснование дефектов, ошибок;

5.      подготовка рекомендаций для предупреждения ошибок;

6.      изучение удовлетворённости пациентов;

7.      расчёт и анализ показателей, характеризующих качество медицинской помощи;

8.      выбор управленческих решений, проведение корректирующих воздействий, контроль реализации принятых решений.

***Вневедомственное звено контроля*:** лицензионно-аккредитационные комиссии, страховые медицинские организации, страхователи, исполнительные органы фонда социального страхования, профессиональные медицинские организации, ассоциации защиты прав потребителя и другие.

*Задачи вневедомственного контроля:*

1.    оценка возможностей медицинской организации гарантировать требуемый уровень качества;

2.    контроль безопасности и соответствия медицинских услуг стандарту;

3.    анализ результатов оказания медпомощи;

4.    изучение удовлетворённости пациентов;

5.    подготовка рекомендаций по повышению качества медицинской помощи;

6.    проверка выполнения обязательств по медицинскому страхованию;

7.    контроль соблюдения инструкции о порядке выдачи документов по временной нетрудоспособности граждан;

8.    контроль правильности применения тарифов и соответствия, предоставляемых к оплате счетов выполняемому объему медицинской помощи.

*Основные причины назначения вневедомственного контроля:*

1.    необходимость проведения лицензирования, аккредитации, сертификации;

2.    жалобы пациентов, страхователей;

3.    неблагоприятный исход заболевания;

4.    наличие дефектов в оказании медицинской помощи;

5.    несоответствие счетов на оплату медицинских услуг медико-экономическому стандарту.

Существенной и острой проблемой в современном здравоохранении являются дефекты оказания медицинской помощи.

В законодательстве Российской Федерации ответственность врача, медицинского учреждения перед пациентом оговорена в целом ряде законов и подзаконных актов, начиная с «Правил предоставления платных медицинских услуг населению...» и заканчивая Уголовным Кодексом Российской Федерации. Однако ответственность (в том числе и уголовная) наступает не по факту совершения врачебной ошибки, а по факту совершения правонарушения или преступления. Таким образом, врачебная ошибка, не повлекшая за собой причинение вреда здоровью или жизни пациента, нарушение его гражданских прав, остается на совести медицинского работника и говорит скорее о его некомпетентности.

Тем не менее, существует ряд статей в российском законодательстве устанавливающих ответственность медицинских работников за оказание некачественных медицинских услуг, неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора и причинение вреда здоровью граждан. Так в разделе XII «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» оговариваются основания возмещения вреда причиненного здоровью граждан, а так же порядок возмещения затрат на оказание медицинской помощи и ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья (ст.66; 67; 68). Этому же вопросу гражданской, имущественной ответственности фактически посвящены ст.13 и 14 Закона РФ «О защите прав потребителей».

В случае наступления уголовной ответственности за совершенное преступление следует, прежде всего, установить форму вины. К наиболее часто встречающимся в судебной практике обвинениям в адрес медицинских учреждений, относятся обвинения по следующим статьям Уголовного Кодекса РФ:

|  |
| --- |
| * ст.118 Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности * ст.293 Халатность * ст.235 Незаконное занятие частной медицинской практикой... * ст.236 Нарушение санитарно-эпидемиологических правил * ст.237 Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни и здоровья людей |

Следует также отметить, что если лицо, совершившее преступление, не предвидело и, по обстоятельствам дела не должно было и не могло предвидеть наступление общественно опасных последствий своих действий, то такое лицо закон рассматривает как невиновное. Но медицинский работник, тем более квалифицированный врач-специалист, обязан предвидеть и предотвратить наступление общественно опасных последствий и причинение вреда здоровью пациента.

Ниже приведены наиболее часто встречающиеся недостатки (дефекты) оказания медицинской помощи:

*I. Диагностические и лечебно-тактические недостатки:*

* необоснованный отказ в госпитализации больного (пострадавшего);
* недооценка медицинским работником тяжести состояния больного;
* недостаточное использование врачом диагностических приемов и методов;
* ненадлежащий сбор анамнеза жизни и заболевания;
* поверхностное, не в полном объеме производство основных исследований;
* не проведение необходимых и доступных в данном лечебном учреждении лабораторных и инструментальных исследований;
* отсутствие надлежащего динамического наблюдения за больным, последовательности и целенаправленности в его обследовании и лечении;
* нарушение установленного порядка применения новых методов диагностики и лечения, а также новых лекарственных средств;
* недостаточное или несвоевременное использование консультативной помощи при установлении диагноза и лечении больного;
* несвоевременное установление диагноза;
* неадекватное или неправильное медикаментозное лечение;
* несвоевременная коррекция антибиотиков, других лекарственных веществ при отсутствии терапевтического эффекта;
* отсутствие надлежащего ухода за тяжелобольным;
* необоснованный перевод пациента из одного лечебного учреждения в другое;
* нарушение деонтологических принципов медицины.

*II. Недостатки в хирургической практике:*

* нарушение правил транспортировки больного (пострадавшего);
* не распознано основное хирургическое заболевание (повреждение);
* не распознано осложнение основного хирургического заболевания (повреждения);
* не распознано важное сопутствующее заболевание;
* поздняя диагностика хирургического заболевания (повреждения);
* неправильный выбор метода и тактики оперативного вмешательства;
* отсутствие надлежащих условий для проведения выбранного оперативного вмешательства в данном лечебном учреждении;
* недостаточная профессиональная подготовка хирурга, для производства выбранной им хирургической операции;
* необоснованная задержка оперативного вмешательства;
* ненадлежащая предоперационная подготовка больного;
* недостатки в техническом выполнении операции;
* ненадлежащее анестезиологическое обеспечение оперативного вмешательства (неисправность или неправильный выбор аппаратуры, нарушение принципа индивидуального подхода в проведении корригирующей терапии, неопорожнение желудка перед операцией, остаточная герметизация трахеи, гиповентиляция, отсутствие надлежащего контроля гемодинамики во время операции и анестезии);
* нарушение правил переливания крови, определения принадлежности крови, ее индивидуальной (биологической) совместимости и др.;
* необоснованная избыточная инфузионно-трансфузионная терапия;
* недостаточное восполнение объема циркулирующей крови;
* нарушение правил подсчета использованных в ходе операции осушающего материала, инструментов и т.п. (оставление инородных тел);
* несвоевременная диагностика послеоперационных осложнений;
* несвоевременное проведение повторного хирургического вмешательства в связи с послеоперационными осложнениями;
* ненадлежащее наблюдение за больным в послеоперационный период;
* необоснованная выписка из стационара.

*III. Недостатки при оказании скорой и неотложной медицинской помощи:*

* необоснованная задержка передачи информации диспетчером станции скорой (неотложной) медицинской помощи выездной бригаде;
* необоснованно запоздалый выезд медицинской бригады к больному (пострадавшему);
* нарушение правил транспортировки пациента санитарным авиа- или автотранспортом;
* необоснованный отказ в транспортировке в лечебное учреждение для госпитализации;
* недостаточное знание работниками скорой (неотложной) помощи своих профессиональных и должностных прав и обязанностей;
* неправильная диагностика или не распознавание основного заболевания (повреждения) и его возможных осложнений;
* недостаточно тщательное и полное выяснение причин и условий возникновения заболевания, отравления, травмы и их клинического течения;
* преждевременное, до установления диагноза, введение наркотических и других веществ, затушевывающих клиническую картину и затрудняющих диагностику;
* несвоевременное, запоздалое введение показанных лекарственных веществ;
* низкий уровень теоретических знаний и практических навыков оказания реанимационной помощи;
* нарушение существующих требований по оказанию медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

*IV. Недостатки организационного характера:*

* несоблюдение или неправильное понимание персоналом своих профессиональных и должностных обязанностей;
* нарушение существующих требований к периодическому повышению уровня профессиональных знаний и навыков врачей на факультетах послевузовского профессионального образования;
* надлежащая организация консультативной помощи и необоснованно редкое ее использование (в том числе и санитарной авиации) в регионе и отдельном лечебном учреждении;
* низкий уровень организации скорой и неотложной медицинской помощи в районе и дежурств в лечебном учреждении;
* низкий уровень организации реанимационной и анестезиологической помощи в территориальном районе и конкретном лечебном учреждении;
* нарушение установленного ТК РФ режима труда и отдыха персонала (длительная несменяемость после ночного дежурства, приводящая к усталости и т.д.);
* неполный объем обследования больных с учетом реальных возможностей данного лечебном учреждении;
* отсутствие преемственности при оказании медицинской помощи;
* низкая материально-техническая база лечебном учреждении (в том числе ночное обеспечение медикаментами, рентгеновской пленкой др.);
* отсутствие или неисправность необходимой диагностической и лечебной аппаратуры;
* отсутствие надлежащего контроля со стороны должностных лиц (заведующих отделениями, главных врачей, их заместителей) организации и качества лечебно-диагностического процесса на всех оказания медицинской помощи;
* недостатки ведения обязательной типовой медицинской документации;
* нарушение установленного порядка получения информированного согласия больного на медицинское вмешательство, особенно при применении сложных методов диагностики и лечения, хирургических операций.

**§ 3. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности**

Понятие качества товара или услуги в сфере производства и рыночной экономики тесно связано с их потребительскими свойствами. Они должны быть нужными и полезными с точки зрения потребителя. Международная организация по стандартизации определяет качество, как такую совокупность свойств продукции, которая придает ей способность удовлетворять конкретные потребности людей.

При оценке качества товаров и услуг раздельно рассматриваются две характеристики качества: качество исполнения и качество соответствия.

Особенностью категории «качество» в приложении к медицинской помощи является то, что исполнение обследования и лечения больного в полном соответствии с видом патологии и спецификацией (категорией) медицинского учреждения не всегда полностью удовлетворяет пациента в связи с отсутствием у последнего объективного представления о возможностях коррекции реального патологического состояния средствами современной медицины. С учетом этой особенности понятия надлежащего и ненадлежащего качества медицинской помощи могут быть сформулированы следующим образом.

Проблема оценки качества медицинских услуг по мере развития медицинских технологий и изменения характера заболеваний все время усложняется. В период, когда преобладали острые заболевания, критерии оценки были проще: выздоровел-умер. Сегодня превалируют хронические болезни, при которых эффект лечения крайне разнообразный, а, следовательно, оценка качества медицинской услуги стала делом значительно более сложным. Кроме того, медицинская помощь - это услуга далеко не всегда со знаком плюс. Например, в результате лечения больного спасли от смерти, но у него остался частичный паралич или другое инвалидизирующее последствие болезни. При этом оценка качества помощи будет зависеть от предпочтений потребителей. Таким образом, определение понятия качества медицинской помощи и ее оценка в современных условиях требуют новых подходов и критериев.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» контроль качества и безопасности медицинской деятельности является одним из основных требований в системе охраны здоровья граждан Российской Федерации.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется следующими способами:

* соблюдение требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
* определение показателей качества деятельности медицинских организаций;
* соблюдение объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
* создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
* создание информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих, в том числе, персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

*Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности* осуществляется органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

* проведения проверок соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;
* осуществления лицензирования медицинской деятельности;
* проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
* проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
* проведения проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
* проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом;
* проведения проверок организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами и организациями, указанными в части 1 статьи 89 и в статье 90 ФЗ № 323-ФЗ.

Порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается Правительством Российской Федерации.

*Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности****.*** Федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляется ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, подведомственных им органов и организаций посредством осуществления полномочий, предусмотренных пунктами 3, 5 и 6 части 2 статьи 88 ФЗ № 323-ФЗ.

Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

*Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности***.** Органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций.

Статья 40ФЗ № 326-ФЗ регламентируеторганизацию контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

*Медико-экономический контроль* - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией [реестров](http://base.garant.ru/70134006/#block_120000) счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

*Медико-экономическая экспертиза* - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Понятия «экспертиза» и «эксперт» имеют вполне определенное юридическое, правовое происхождение, связанное с особенностями судопроизводства. Специфика экспертной деятельности в области здравоохранения заключается в том, что она носит несудебный характер.

Экспертная деятельность - ϶ҭᴏ специфический вид профессиональной деятельности, к которому обращается любой компетентный орган для того, чтобы на основе профессионального решения получить рекомендации, которые необходимы для принятия решения. Экспертная деятельность, по отношению к качеству медицинской помощи, может быть рассмотрена в аспекте собственно экспертной деятельности, т.е. проведения исследования с целью подготовки профессионального заключения о качестве медицинской помощи, а также в плане организации экспертизы, т.е. создания соответствующей службы для подбора экспертов, постановки задач, обобщения результатов и принятия на их базе определенных решений.

Эксперт («expertus» - лат. - знающий) - лицо, обладающее специальными знаниями, которое привлекается заинтересованными органами для проведения экспертизы в целях получения квалифицированного заключения в какой-либо профессиональной области, в данном случае по поводу качества медицинской помощи. Знания, личный опыт и практические навыки в определенной области медицины, конечно, являются важными, но не единственными требованиями к эксперту медицинской помощи.

Основополагающая статья 40 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» дает определения экспертной деятельности - организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Часть 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ определяет:

Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения о них, в том числе фамилию, имя, отчество, специальность, стаж работы по специальности, и иные сведения, предусмотренные порядком ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения такого реестра территориальным фондом, в том числе размещение указанного реестра на официальном сайте территориального фонда в сети Интернет, устанавливается Федеральным фондом ОМС.

Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.

Результаты экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими актами по формам, установленным Федеральным фондом ОМС.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные ст. 41 Закона об ОМС и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Опыт экспертной работы в системе ОМС, в том числе вступившие в силу приговоры и постановления судов РФ, показывают, что выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи, невозможны без сопоставления оказанной медицинской помощи с требованиями стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных нормативными актами федерального органа исполнительной власти.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями и дополнениями от 07.10.2014) утверждает [форму](http://base.garant.ru/70292760/#block_1000) типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В статье 37 ФЗ № 323-ФЗ указано, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

*Порядок оказания медицинской помощи* разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

1) этапы оказания медицинской помощи;

2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);

3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;

4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;

5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

*Стандарт медицинской помощи* разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1) медицинских услуг;

2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Стандартизация, по определению Международной организации по стандартизации, есть деятельность, заключающаяся в нахождении решений для повторяющихся задач в сфере науки, техники, экономики и др. Стандартизация необходима:

Концепции стандартов или эталонов качества медицинской помощи населению лежат в основе методов анализа КМП.

Стандарты могут быть выражены по-разному, и иметь достаточное число модификаций в зависимости от того, какие элементы (компоненты, аспекты, параметры и т.д.) системы медицинской помощи измеряются, в какой очередности, каким образом, какова взаимосвязь между тем, что измеряется, и тем, что считается адекватным. Некоторые элементы процесса оказания медицинской помощи измеряются в номинальной форме, т.е. стандарт выражен в проценте случаев, в которых этот элемент присутствует или отсутствует.

Наиболее распространенным и востребованным стандартом для оценки медицинской и экономической эффективности сегодня в мире признана система диагностически родственных групп (Diagnosis Related Groups - DRG).

Система создана на основе анализа нескольких миллионов медицинских документов больных, каждой DRG присвоен весовой коэффициент сложности лечения пациентов, что позволяет определить уровень использования ресурсов и стоимость лечения (Cost Weight).

*Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:*

*Целевая экспертиза качества медицинской помощи* проводится в течение месяца после предоставления страхового случая (медицинских услуг) к оплате.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям:

* отобранным по результатам целевой медико-экономической экспертизы, общие сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи могут увеличиваться до шести месяцев с момента представления счета на оплату;
* повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента представления на оплату счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

Сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи с момента представления счета на оплату не ограничиваются по случаям жалоб застрахованных лиц или их представителей, летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится случаях:

Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи, и осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 N 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от: 29 июня, 27 июля 2010 г., 7 мая, 2 июля 2013 г.; 24 ноября 2014 г.) и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих ее проведения.

*Плановая экспертиза качества медицинской помощи* проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Объем ежемесячных плановых экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, и составляет не менее:

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранным:

а) методом случайной выборки;

б) по тематически однородной совокупности случаев.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи *методом случайной выборки* проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав застрахованных лиц на своевременное получение медицинской помощи установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования объема и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного лица, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность медицинской помощью застрахованных лиц.

Плановая *тематическая экспертиза* качества медицинской помощи проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.

Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений и профильных направлений деятельности:

а) больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, стоимости медицинских услуг и других показателей;

б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:

а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, не реже одного раза в течение календарного года в сроки, определенные планом проверок.

Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее - очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение и (или) минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также консультирования застрахованного лица.

При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, договору об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с разъяснением его прав.

Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом, являются основанием для применения к медицинской организации соответствующих мер.

На основании актов такой экспертизы уполномоченными органами принимаются меры по улучшению качества медицинской помощи.

Приказом ФФОМС от 01.12.2010 N 230 конкретизирован Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и взаимодействия субъектов контроля. В настоящем приказе утверждены следующие формы документов:

|  |
| --- |
| * [Акт медико-экономического контроля](http://lofoms.spb.ru/files/s3_akt_mek.doc); * [Реестр актов медико-экономического контроля](http://lofoms.spb.ru/files/s4_Peestr_aktov_mek.doc); * [Реестр актов медико-экономической экспертизы](http://lofoms.spb.ru/files/s6_reestr_mee.doc); * [Акт экспертизы качества медицинской помощи (целевой)](http://lofoms.spb.ru/files/s7_akt_ekmp_c.doc); * [Акт экспертизы качества медицинской помощи (плановая);](http://lofoms.spb.ru/files/s8_akt_ekmp_p.doc) * [Акт реэкспертизы;](http://lofoms.spb.ru/files/s9_akt_reeksp.doc) * [Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи);](http://lofoms.spb.ru/files/s10_perechen_otkaz.doc) * [Претензия.](http://lofoms.spb.ru/files/s11_pretenz.doc) |

С 01.01.2012 года вступил в законную силу [приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 №144 «О внесении изменений в порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от  01.12.2010 №230](http://lofoms.spb.ru/files/s2a_prikaz144.doc). В приказе изменены следующие формы документов:

|  |
| --- |
| * [Акт экспертизы качества медицинской помощи (плановая)](http://lofoms.spb.ru/files/s8a_aktEKMP_plan.RTF); * [Акт медико-экономической экспертизы (сводный)](http://lofoms.spb.ru/files/s5a%20_aktMEE_svod.XLS); * [Экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи)](http://lofoms.spb.ru/files/s7a_expert_zakl.RTF); * [Претензия](http://lofoms.spb.ru/files/s11a_pretenz.RTF) |

**ВОПРОСЫ**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

1. Комплекс показателей (ВОЗ) и система управления качеством медицинской помощи.
2. Виды деятельности в управлении качеством медицинской помощи.
3. Система контроля качества медицинской помощи.
4. Механизм контроля качества медицинской помощи.
5. Модели управления качеством в здравоохранении.
6. Перечень потребительских рисков в сфере здравоохранения, связанных с низким качеством медицинской помощи.
7. Субъекты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
8. Ведомственное и вневедомственное звено контроля качества медицинской помощи, основные задачи контроля.
9. Наиболее часто встречающиеся недостатки (дефекты) оказания медицинской помощи.
10. Две характеристики качества: качество исполнения и качество соответствия. Понятия надлежащего и ненадлежащего качества медицинской помощи.
11. Формы и виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
12. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
13. Ведомственный и внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.
14. Экспертная деятельность. Экспертиза качества медицинской помощи.
15. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
16. Целевая экспертиза качества медицинской помощи.
17. Плановая экспертиза качества медицинской помощи.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**001. Согласно рекомендациям ВОЗ, отношение ресурсных затрат к нормативной стоимости – это…**

1. эффективность
2. *экономичность*
3. адекватность
4. доступность

**002. Деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью – это…**

1. *дизайн качества*
2. обеспечение качества
3. контроль качества
4. непрерывное повышение качества

**003. Виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством – это…**

1. дизайн качества
2. *обеспечение качества*
3. контроль качества
4. непрерывное повышение качества

**004.Аккредитация медицинских учреждений медицинских учреждений - это процедура…**

1. *механизма контроля КМП*
2. тактики контроля КМП
3. вида контроля КМП
4. способа контроля КМП

**005. С учетом специфики здравоохранения, выделяют все перечисленные модели управления качеством, кроме…**

1. бюрократическая
2. индустриальная
3. профессиональная
4. *механическая*

**006. Согласно разделу II Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, к субъектам контроля КМП относятся все, кроме…**

1. территориальные фонды ОМС
2. страховые медицинские организации
3. *медицинские организации, имеющие лицензию без включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС*
4. медицинские организации, имеющие лицензию и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС

**007. Нормативно-правовые акты определяют все перечисленные уровни контроля КМП, кроме…**

1. медицинских учреждений (на основе самооценки)
2. органов государственной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан
3. *пациентов*
4. Росздравнадзора и его территориальных управлений

**008. Характеристика, отражающая степень, в которой услуги, предоставляемые организацией, соответствует внутренним спецификациям услуги, - это…**

1. качество исполнения
2. *качество соответствия*
3. качество спецификации
4. удовлетворенность качеством

**009. В соответствии с требованиями ФЗ № 323-ФЗ, контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется во всех формах, кроме…**

1. государственный контроль
2. ведомственный контроль
3. *вневедомственный контроль*
4. внутренний контроль

**010. Порядок ведения реестра экспертов территориальным фондом ОМС устанавливается…**

1. *Федеральным фондом ОМС*
2. территориальным фондом ОМС
3. Министерством здравоохранения РФ
4. страховой медицинской организацией

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

**Задача 1.** У руководителя организации возникли сомнения по поводу внеплановой проверки в связи с нарушениями прав пациентов.

Необходимо дать нормативно обоснованный ответ.

**Задача 2**. В 20 городскую поликлинику г. Ростова обратился гр-н К., житель города Майкопа Краснодарского края, в связи с приступом почечнокаменной болезни.

Врач, изучив его документы (паспорт, страховое свидетельство и справку поликлиники г. Майкопа), с учетом удовлетворительного состояния гр-на К. и отсутствия экстренных показаний, отказал в оказании медицинской помощи на том основании, что он не является жителем г. Ростова и страховое свидетельство выдано по его месту жительства. Однако ночью состояние больного резко ухудшилось, и вызванная скорая помощь, после оказания первой помощи, увезла его в БСМП-2, где он был прооперирован.

Как можно квалифицировать действия врача 20 поликлиники?

**Задача 3.** У руководителя организации возникли сомнения по поводу обращения пациента в суд в связи с врачебной ошибкой, допущенной при получении медицинской услуги и связи ее с ненадлежащим качеством медицинской помощи.

Необходимо дать нормативно обоснованный ответ.

**РАЗДЕЛ III**

**ЭКСПЕРТИЗА**

**КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ C:\Program Files (x86)\Microsoft Office\MEDIA\OFFICE14\Lines\BD15156_.gif**

**§ 1. Источники и виды информации, необходимые для оценки качества медицинской помощи**

Принятие решений и определение политики по повышению качества производимой продукции медицинских услуг должны базироваться на данных анализа функционирования системы, как отдельного медицинского учреждения, так и системы здравоохранения города, района, территории и т.п.

Имеется достаточно много способов идентификации данных и задач при планировании обеспечения качества медицинской помощи. Для разъяснения потребности в тех или иных видах информации можно пользоваться концепцией «ключевых вопросов», используя их как средство, характеризующее направление получения информации, т.е. если мы знаем, на какие вопросы нам необходимо получить ответы для принятия решения, то эти ответы и будут той необходимой информацией.

Перед обсуждением источников информации необходимо уточнить проблему понимания концепции первичных и вторичных данных.

Например, в медицинской организации собираются данные о функционировании коечного фонда по отделениям один раз в год (вторичные данные) для управления здравоохранения территории, а главным врачом в связи с потребностью оперативного анализа занятость коечного фонда стала анализироваться один раз в месяц (первичные данные). В любой управленческой ситуации важно рассматривать как первичные, так и вторичные данные, оба типа важны для ответа на ключевые вопросы в системе управления качеством медицинской помощи.

Сбор первичной информации обычно обходится дороже и занимает больше времени, чем поиски вторичной информации. Однако первичные данные точнее отвечают на поставленные вопросы и дают более основательную базу для принятия решений и планирования мероприятий по повышению КМП. Каждый раз, принимая решение об использовании первичной или вторичной информации, руководитель должен выбирать между высоким качеством информации и дешевизной, быстрейшим ее получением.

Весьма важно уточнить понятия субъективных и объективных данных. Объективные данные представляют собой факты, а субъективные - данные суждения или оценки. Если говорить об объективных данных, то мы нуждаемся в фактической информации о существующем положении, внутреннем и внешнем по отношению к системе медицинского учреждения, и получаем ее в виде отчетов, справок, цифровых данных и пр. Но в определенных ситуациях мы не можем получить фактической информации (объективных данных), и тогда начинается поиск альтернативных источников нужных фактов. В такие моменты становится востребованной субъективная информация в виде сведений, полученных из мнений, суждений, восприятий и оценок. Для получения субъективной информации можно пользоваться следующими приемами:

1) Экспертное мнение - идентификация мнения одного или более лиц, опыт и знания которых базируются на высоком уровне образования и профессиональных качествах.

2) Согласованное суждение - опрос наиболее связанных с ситуацией лиц об их понимании проблемы и поиски консенсуса в их мнениях. При использовании этого приема информацию можно собрать на общей встрече, путем письменного опроса или комбинации этих двух подходов.

3) Группа внимания - создание группы внимания включает формирование группы представителей и опрос их по ключевым вопросам в специально созданном опросном листе или анкете. Группа внимания отличается от группы, собранной для выработки согласованного суждения тем, что группа внимания формируется из представителей, не входящих в систему ЛПУ.

4) Обзор мнений предполагает сбор опросных листов с широкого круга лиц и получение в результате сведений в виде впечатлений, восприятий, мнений о качестве оказанной медицинской помощи в ЛПУ.

Информация для руководителя имеется как внутри, так и за пределами системы ЛПУ.

Внутренняя информация существует в виде отчетов, которые включают ежедневные, месячные и годовые отчеты о потреблении, объемах ресурсов, персонале и пр. По мере вовлечения ЛПУ в планирование с целью контроля качества и эффективности медицинской помощи эти внутренние источники данных меняются и расширяются, чтобы соответствовать потребностям руководства в информации.

Внешняя информация собирается вне системы ЛПУ, источниками данных могут быть правительственные институты, медицинские общества, другие сторонние учреждения и организации, различного рода НИИ, проводящие специальные исследования и пр. Часто оказываются полезными исследования, проведенные совершенно посторонними организациями.

Собранная информация должна представлять мнения различных сторон, участвующих во взаимоотношениях пациента и врача. В этой связи необходимо отметить важность учета такого обстоятельства в оценке КМП, как совмещение, а не противопоставление профессиональных и непрофессиональных точек зрения, т.е. практическое значение будет иметь комплексный подход, объединяющий профессиональные, научные, общечеловеческие и политические аспекты проблемы.

Следует очень внимательно отнестись к тому, что уровень оказания медицинской помощи сегодня весьма далек от оптимального, достаточно часто встречаются серьезные дефекты оказания ее во многих ЛПУ. Общеизвестно, что серьезные дефекты оказания медицинской помощи во многом обусловлены не недостатком квалификации врачей и медицинских сестер, а дефицитом финансовых и материальных ресурсов. В первую очередь, это отражение неудовлетворительной организации работы системы ЛПУ в целом, начиная от руководства и заканчивая исполнительской дисциплиной самого, казалось бы, незаметного работника. Поэтому ни в коей мере нельзя отождествлять обеспечение качества с обучением врачей и персонала по вопросам методик и методов лечения, важно в этой связи обеспечить организационную перестройку практической деятельности врачей и персонала на всех уровнях оказания медицинской помощи, исходя из главной задачи КМП - повышения уровня здоровья населения.

Оценка уровня качества медицинской помощи может, в определенной мере, зависеть от методов сбора и анализа информации. Это обстоятельство необходимо учитывать при выборе источников и вида информации для анализа КМП. R.H. Brook еще в 1976 году классифицировал методы сбора информации для оценки КМП.

|  |
| --- |
| **Методы сбора информации для оценки КМП** **(R. H. Brook, 1976)** |
| **Методы сбора**  **Структура Процесс Результат Комбинация данных** |
| Отчетные данные |
| Карты выбывшего из стационара |
| Формы регистрации нуждаемости, заявки |
| Формы регистрации обращаемости |
| Формы, ориентированные на источники информации |
| Проблемно-ориентированные формы регистрации |
| Прямые наблюдения за работой врача |
| Методы моделирования |
| Экспертная оценка случаев госпитализации и обращений |
| Стратегия слежения за развитием болезни |
| Опрос населения |
| Комбинация методов |

Судя по содержанию приведенной выше таблицы, наиболее перспективным методом сбора информации для оценки КМП является их комбинация, поскольку оценка качества стационарной и внебольничной медицинской помощи должна охватывать не отдельные фрагменты, а всю совокупность и весь период лечения пациента, где бы оно ни проводилось. Нельзя судить о КМП по анализу отдельных случаев оказания медицинской помощи, оценка должна проводиться на репрезентативной совокупности случаев оказания медицинской помощи.

Сбор информации по качеству медицинской помощи, в значительной мере, известен и отработан в стационарах, где структура, процесс и результат оказания медицинской помощи достаточно формализован и подробно расписан. Что касается медицинской помощи в амбулаторных учреждениях, то, в противоположность стационарам, процесс и результат отражен в их медицинской документации лишь частично, да и то иногда весьма условно может претендовать на достоверность. В амбулаторной службе не существует статистической документации по типу карты выбывшего из стационара. Старая система регистратур была во многих местах разрушена, новая информационная система еще не создана, что привело к значительным затруднениям по сбору информации по КМП на уровне первичной медико-санитарной помощи. Но даже, если доступ к амбулаторной документации где-то еще сохранен, а поликлиники ввели в свою работу «Талон пролеченного пациента» и сохранили регистратуры вместе с соответствующей документацией, то все равно многие виды и элементы работы врача в амбулаторных условиях в медицинской документации вообще не регистрируются, что обусловливает необходимость прибегать к специальным сложным методам сбора нужной информации для оценки уровня КМП. Исключение здесь составляет регистрация симптомов и жалоб, медикаментозные назначения, результаты лабораторных и инструментальных исследований, в связи с чем, амбулаторные карты мало приемлемы для оценки КМП и совсем не приемлемы для оценки эффективности медицинской помощи. Поэтому вполне понятный интерес представляет оценка КМП по результатам оказания медицинской помощи.

Сбор информации о результатах деятельности ЛПУ - весьма сложная задача, наибольшую ценность здесь представляют долгосрочные результаты, позволяющие всесторонне оценить эффективность различных вариантов организационных технологий, что же касается краткосрочных результатов, особенно в ЛПУ амбулаторного профиля, то потребуется разработка критериев краткосрочных научно обоснованных результатов в соответствии с категорией ЛПУ.

**§ 2. Алгоритм экспертизы качества медицинской помощи**

Алгоритм экспертизы качества медицинской помощи представляет собой, по сути дела, подробную технологию экспертизы КМП, разбитую на отдельные этапы с описанием исходов анализа каждого этапа. Основным источником сведений для экспертизы КМП служит стандартная медицинская документация (медицинская карта амбулаторного пациента, история болезни, история родов, история новорожденного, операционный журнал и другие аналогичные документы), а также, при необходимости, осмотр пациента экспертом и группой экспертов, проведение дополнительного обследования.

Что касается анализа структуры медицинской организации (основные фонды и ресурсы), то он проводится при лицензировании и аккредитации ЛПУ, и повторный анализ ее при каждой текущей внутриведомственной экспертизе КМП нецелесообразен, хотя в некоторых случаях к анализу структуры ЛПУ приходится возвращаться, особенно, когда это касается нерационального расходования ресурсов.

Таким образом, алгоритм экспертизы КМП представляется в виде последовательной процедуры анализа шести базовых блоков:

1. Оценка анамнеза и диагностических процедур (ОАДП).

2. Оценка диагноза (ОД).

3. Оценка консультаций специалистов (ОКС). Оценка консультаций специалистов анализируется в случаях, когда консультации специалистов или заведующего отделением, по мнению эксперта, насущно необходимы и входят в стандарт КСГ с указанием обязательности выполнения.

По каждому из шести базовых блоков максимальное число баллов = 10, а минимальное = 0, кроме того, вводятся так называемые поправочные баллы со знаком плюс и/или минус, что позволяет учесть некоторые индивидуальные особенности пациента, казуистику, атипичное течение заболевания, дефекты, допущенные при обследовании и лечении на предыдущих этапах оказания медицинской помощи, в других ЛПУ и т.п.

4. Оценка набора лечебных мероприятий (ОНЛМ).

5. Оценка достигнутого результата (ОДР).

6. Оценка удовлетворенности пациента (ОУП).

Реализация данного алгоритма охватывает практически все взаимоотношения между больным и медицинским персоналом и позволяет стандартизировать подходы к проведению экспертизы в различных медицинских учреждениях, причем базовые блоки уже сегодня можно отобразить в числовом выражении, что делает показатель достаточно измеримым.

***Оценка качества сбора анамнеза и проведения диагностических процедур (ОАДП)*:**

0 баллов - анамнез не собран, диагностические мероприятия и обследования не проводились.

1–3 балла - анамнез собран бессистемно с частичными или полными упущениями по основным составляющим (аллергологическая часть, гемонтрансфузионная часть, перенесенные заболевания, генеалогическое дерево и пр.), диагностические мероприятия отрывочные, малоинформативные, имеют неправильную трактовку или последняя отсутствует.

4–6 баллов - анамнез собран полно, системно, но без выделения существенных деталей, имеющих важное значение в трактовке данного случая, диагностические мероприятия неполные, без правильной трактовки, отсутствуют важные для конкретного случая диагностические исследования.

7–9 баллов - анамнез собран полно с незначительными упущениями, диагностические мероприятия соответствуют стандарту, трактовка результатов диагностических мероприятий имеет минимальные недостатки.

10 баллов - анамнез собран полно и качественно, диагностические мероприятия проведены в соответствии со стандартом, трактовка результатов правильна.

*Поправочные баллы со знаком плюс:*

1–3 балла - диагностические процедуры и мероприятия по стандарту не проведены из-за технической неисправности оборудования, но на последующие технологические этапы осуществления медицинской помощи невыполнение стандарта по обследованию влияния не оказало.

4–7 баллов - сбор анамнеза и диагностические процедуры затруднены из-за крайней тяжести состояния больного и экстренных показаний к реанимационным мероприятия или оперативному пособию.

8–10 баллов - больной в бессознательном состоянии, сбор анамнеза невозможен, выбор диагностических процедур оптимален, трактовка полная.

*Поправочные баллы со знаком минус:*

1–5 баллов - чрезмерный набор диагностических процедур и дополнительных исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, вызвавших ухудшение течения основного заболевания.

6-10 баллов - чрезмерный набор диагностических процедур, отрицательно повлиявших на состояние здоровья пациента и не принесших информации для постановки правильного диагноза.

***Оценка диагноза (ОД):***

0 баллов - диагноз поставлен неправильно, диагноз отсутствует.

1–3 балла - диагноз неполный, не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания, а также осложнения, диагноз только частично соответствует принятой классификации заболевания.

4–6 баллов - диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром, хотя выделены осложнения, но не распознаны важные для исхода сопутствующие заболевания, диагноз частично соответствует принятой классификации.

7–9 баллов - диагноз основного заболевания правильный, однако не диагностированы сопутствующие заболевания, важные для результата лечения, диагноз полностью соответствует принятой классификации.

10 баллов - диагноз исчерпывающе полон, соответствует принятой классификации заболевания.

*Поправочные баллы со знаком плюс:*

1–3 балла - казуистика, редко встречающиеся осложнения, сопутствующие заболевания, не определяющие исхода в момент диагностики, но имеющие значение для выработки тактики лечения в дальнейшем.

4–5 баллов - атипичное течение основного заболевания, завуалированное наличием тяжелого сопутствующего заболевания, казуистика на уровне нескольких десятков случаев в мировой литературе.

***Оценка консультаций специалистов (ОКС):***

0 баллов - консультации не проведены, что привело к ошибочной трактовке симптомов и синдромов и отрицательно повлияло на исход заболевания.

1–3 балла - консультации проведены с опозданием, мнение консультанта не учтено при постановке правильного диагноза, что отрицательно повлияло на исход заболевания.

4–6 баллов - консультации проведены вовремя, мнение консультанта не учтено при постановке правильного диагноза, что частично повлияло на исход заболевания.

7–9 баллов - консультации проведены вовремя, мнение консультанта учтено при определении правильного диагноза, но не выполнены рекомендации консультанта по лечению, что частично повлияло на исход заболевания.

10 баллов - консультации проведены вовремя, мнение консультантов учтено при постановке диагноза и определении тактики лечения, что положительно повлияло на исход заболевания.

*Поправочные баллы со знаком плюс:*

1–3 балла - консультации проведены с опозданием, поскольку в данном ЛПУ и других ЛПУ территории специалисты такого профиля отсутствуют, однако это не повлияло на исход заболевания.

***Оценка набора лечебных мероприятий (ОНЛМ)***:

0 баллов - лечение не проводилось.

1–3 балла - малоэффективные лечебные процедуры без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, проводимые бессистемно, без учета сопутствующих заболеваний, осложнений, значительные отклонения от стандарта КСГ.

4–6 баллов - лечебные мероприятия выполнены не полностью, без учета функциональной недостаточности органов и систем, особенностей механизма действия лекарственных веществ, имеются незначительные отклонения от стандарта КСГ.

7–9 баллов - лечебные мероприятия выполнены почти полностью по стандарту КСГ, обосновано назначение медикаментов, оперативного вмешательства и т. п., однако допущены несущественные ошибки, неточности, не повлиявшие на исход лечения.

10 баллов - лечение проводилось исчерпывающе полно, согласно стандарту КСГ, на уровне категории данного ЛПУ.

*Поправочные баллы со знаком плюс*:

1–3 балла - проведение эффективных лечебных мероприятий было затруднено из-за нахождения больного вне ЛПУ, в условиях, не позволяющих оказывать эффективную медицинскую помощь.

4–5 баллов - проведение эффективных лечебных процедур было невозможно из-за нахождения больного вне ЛПУ, в условиях, не позволяющих оказывать медицинскую помощь.

*Поправочные баллы со знаком минус*:

1–3 балла - неправильное лечение, значительное отклонение от стандарта КСГ, наличие элементов полипрагмазии без тяжелого побочного действия лекарств и развития нового патологического синдрома.

4–5 баллов - неправильное лечение, полное отклонение от стандарта КСГ, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента.

***Оценка достигнутого результата (ОДР):***

0 баллов - летальный исход или значительное ухудшение состояния больного, набор критериев исхода по стандарту КСГ не достигнут.

1–3 балла - состояние больного не изменилось, набор критериев исхода по стандарту КСГ достигнут частично.

4–6 баллов - состояние больного несколько улучшилось, набор критериев исхода по стандарту КСГ выполнен наполовину.

7–9 баллов - состояние больного улучшилось, набор критериев исхода по стандарту КСГ достигнут почти полностью.

10 баллов - состояние больного улучшилось, набор критериев исхода по стандарту КСГ достигнут полностью.

*Поправочные баллы со знаком плюс:*

1–3 балла - отсутствие достижения набора критериев исхода по стандарту КСГ связано с наличием тяжелого сопутствующего заболевания.

4–5 баллов - отсутствие достижения набора критериев исхода по стандарту КСГ связано с поздним обращением пациента и/или нарушениями режима, отказа от лечения.

***Оценка удовлетворенности пациента (ОУП)***:

0 баллов - пациент не удовлетворен оказанной медицинской помощью и имеет значительное число претензий к персоналу ЛПУ.

1–3 балла - пациент частично удовлетворен медицинской помощью, но имеет претензии к персоналу ЛПУ.

4–6 баллов - пациент в целом удовлетворен медицинской помощью и имеет незначительные претензии к персоналу ЛПУ.

7–9 баллов - пациент полностью удовлетворен медицинской помощью, но имеет незначительные претензии к персоналу ЛПУ.

10 баллов - пациент полностью удовлетворен медицинской помощью, претензий к персоналу ЛПУ не имеет.

Расчет уровня качества лечения (УКЛ) пациента проводится по следующей формуле:

|  |
| --- |
| **УКЛп = (ОАДП + ОД + ОКС + ОНМЛ + ОДР + ОУП)/60** |

В случаях, когда оценка консультации специалистов (ОКС) не подвергается анализу, в знаменателе формулы используется цифра 50. Показатель УКЛ всегда меньше 1,0.

Расчет уровня качества лечения отдельного врача, подразделения ЛПУ и ЛПУ в целом проводится по следующей формуле:

|  |
| --- |
| **УКЛвр = Σ УКЛп · n** |

где n - число случаев лечения, подвергнутых экспертной оценке.

Изучение мнения пациентов - это первый этап в интегральной оценке эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи. Вторым этапом будет объективная углубленная оценка аналогичных параметров по данным статистических форм, соблюдения требований к оснащению ЛПУ, лекарственному обеспечению, к санэпидрежиму, организации питания и т.д. И только на третьем этапе, в комплексе с оценкой финансирования лечебно-профилактического учреждения, можно судить о качестве медицинской помощи.

Как показывает международный опыт, ожидания пациентов относительно способности системы здравоохранения удовлетворять их запросы возрастают пропорционально повышению уровня технического оснащения и профессиональной подготовки персонала, развития медицинской науки, распространенности информационных технологий и эффективности организационных решений. Действительно, в странах, вкладывающих значительные финансовые ресурсы в здравоохранение и непрерывно совершенствующих организацию медицинской помощи, число недовольных работой отрасли пациентов постоянно растет, что влечет за собой увеличение количества жалоб на некачественное обслуживание и непрофессиональные действия медицинских работников.

Оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг путем анкетирования является обобщением субъективного мнения каждого опрошенного, и при массовых скрининговых исследованиях может служить достаточно объективной информацией в комплексной оценке качества медицинской помощи.

Стандартизованный опросник (анкета) пациентов для всех лечебно-профилактических учреждений, единая методика подсчета коэффициента удовлетворенности и его достоверности, интерпретация данных позволят наглядно сравнить ЛПУ между собой, выявить проблемы и принять управленческие решения, как на уровне региона, так и внутри учреждения. Повторный опрос пациентов поможет руководителю оценить эффективность принятых мер.

Потребителями информации о результатах экспертиз КМП могут быть: руководство ЛПУ, орган управления здравоохранением (в том числе главные специалисты), фонды медицинского и социального страхования, страховые компании, а также другие структуры, заинтересованные в экспертных оценках КМП. ЛПУ может использовать результаты экспертных оценок для морального и материального стимулирования, для изучения эффективности проводимых мероприятий, для планирования мероприятий по совершенствованию лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной деятельности.

**ВОПРОСЫ**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

1. Концепция первичных и вторичных данных источников информации.
2. Понятия субъективных и объективных данных.
3. Методы сбора информации для оценки КМП.
4. Общая характеристика алгоритма экспертизы КМП.
5. Оценка диагноза, оценка консультаций специалистов.
6. Оценка набора лечебных мероприятий, оценка достигнутого результата.
7. Оценка удовлетворенности пациента.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**001. Данные, специально собранные для определенных целей в момент возникновения необходимости в них, - это…**

1. *первичные данные*
2. вторичные данные
3. субъективные данные
4. объективные данные

**002. Данные суждения или оценки – это…**

1. первичные данные
2. вторичные данные
3. *субъективные данные*
4. объективные данные

**003. Данные в виде отчетов, справок, цифровых данных – это…**

1. первичные данные
2. вторичные данные
3. субъективные данные
4. *объективные данные*

**004. Опрос наиболее связанных с ситуацией лиц об их понимании проблемы и поиски консенсуса в их мнениях – это…**

1. экспертное мнение
2. *согласованное суждение*
3. группа внимания
4. обзор мнений

**005. Основным источником сведений для экспертизы КМП служит…**

1. *стандартная медицинская документация*
2. экспертное мнение
3. опрос пациентов
4. обзор мнений

**006. Алгоритм экспертизы КМП не включает…**

1. оценку диагноза
2. оценку консультаций специалистов
3. *оценку запланированного результата*
4. оценку удовлетворенности пациента

**007.Укажите диапазон балловпри ОАДП, если анамнез собран бессистемно с частичными или полными упущениями по основным составляющим, диагностические мероприятия отрывочные, малоинформативные, имеют неправильную трактовку или последняя отсутствует:**

1. 0 баллов
2. *1–3 балла*
3. 4–6 баллов
4. 7–9 баллов

**008. Укажите диапазон балловпри ОКС, если консультации проведены вовремя, мнение консультанта не учтено при постановке правильного диагноза, что частично повлияло на исход заболевания:**

1. 0 баллов
2. 1–3 балла
3. *4–6 баллов*
4. 7–9 баллов

**009. Укажите диапазон балловпри ОДР, если состояние больного улучшилось, набор критериев исхода по стандарту КСГ достигнут почти полностью:**

1. 0 баллов
2. 1–3 балла
3. 4–6 баллов
4. *7–9 баллов*

**010. Укажите диапазон балловпри ОУП, если пациент частично удовлетворен медицинской помощью, но имеет претензии к персоналу ЛПУ:**

1. 0 баллов
2. *1–3 балла*
3. 4–6 баллов
4. 7–9 баллов

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

**Задача 1**.При проведении ЭКМП экспертом качества медицинской помощи установлено следующее:

1. Принципиальное расхождение диагноза при поступлении и заключительного клинического.
2. Отсутствие части формализованных записей в первичной медицинской документации (истории болезни) подтверждающих правильность избранной лечебно-диагностической технологии.
3. Нарушение в тактике лечения, предусмотренного стандартами и клиническими рекомендациями.

Какие из приведенных экспертом положений можно отнести к дефектам оказания медицинской помощи?

**Задача 2**. При проведении ЭКМП экспертом качества медицинской помощи установлено следующее:

1. Принципиальное расхождение диагноза при поступлении и заключительного клинического.
2. Отсутствие части формализованных записей в первичной медицинской документации (истории болезни) подтверждающих правильность избранной лечебно-диагностической технологии.
3. Результат лечения: Выписан с улучшением. Удлинен срок пребывания в стационаре (в соответствие со стандартом или средним, сложившимся в регионе по данной нозологической форме).

Какие из приведенных экспертом положений можно отнести к дефектам оказания медицинской помощи?

**Задача 3**.При проведении ЭКМП экспертом качества медицинской помощи установлено следующее:

1. Отсутствие части формализованных записей в первичной медицинской документации (истории болезни) подтверждающих правильность избранной лечебно-диагностической технологии.
2. Нарушение в тактике лечения, предусмотренного стандартами и клиническими рекомендациями.
3. Результат лечения: Выписан с улучшением. Удлинен срок пребывания в стационаре (в соответствие со стандартом или средним, сложившимся в регионе по данной нозологической форме).

Какие из приведенных экспертом положений можно отнести к дефектам оказания медицинской помощи?

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Качество медицинской помощи является фактором, влияющим на состояние личного и общественного здоровья. Качество и тесно зависимая от него эффективность деятельности медицинских учреждений - ключевые проблемы в управлении здравоохранением в современных условиях.

Достижению надлежащего уровня качества медицинской помощи должна быть подчинена вся идеология управления, как медицинской организации любого уровня, так и органов управления здравоохранением. По мере формирования системы обязательного медицинского страхования в России определились и приоритеты этой системы, основным из которых стала необходимость обеспечения качества медицинской помощи застрахованным гражданам.

На практике оценка качества медицинской помощи является одним из ключевых проблемных вопросов, возникающих перед организаторами здравоохранения, различными экспертами и судьями. В последние годы увеличилось количество жалоб больных и их родственников в медицинские страховые организации, Территориальные фонды ОМС и суды на некачественное оказание медицинской помощи. Это связано, в том числе, и с ростом информированности граждан о своих правах в области здравоохранения. Причины некачественной медицинской помощи могут быть обусловлены не только персональными характеристиками конкретного медицинского работника, но и проблемами организации и управления деятельности медицинских учреждений.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Беляков А.В. Право на здоровье как одно из основных прав человека (международно-правовые аспекты) / А.В. Беляков // Медицинское право. - 2009. - №3(27). - С. 3 - 6.
2. Александров М.А. Требования к системам менеджмента и качества / М.А. Александров // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2011. - № 3. – С. 63-69.
3. Борисенко О. В. Оценка эффективности методов скрининга / О.В. Борисенко // Зам. главного врача. - 2011. - № 3. - С. 22-29.
4. Воробьева Л.В. Медицинское право / Л.В. Воробьева. – Тамбов: Изд-во ГОУ ВПО ТГТУ, 2010. – 80 с.
5. Колоколов Г.Р. Медицинское право / Г.Р.  Колоколов, Н.И. Махонько.- М.: Дашков и К, 2009. - 452 с.
6. Кучеренко В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению / В.З. Кучеренко. – М., 2008. - 560 с.

# Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын Ю.П., Г. Улумбекова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 544 с.

1. Мыльникова И.С. Человеческие ресурсы управления качеством медицинской помощи: заместители главного врача / И.С. Мыльникова // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2011. - № 3. - С. 3-7.
2. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение / Н.В. Полунина – М.: МИА, 2010. – 543 с.
3. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 313-ФЗ. – Электрон. дан. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/18586.html>.
4. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений: федеральный закон Российской Федерации от 8 мая 2010 г. N 83-ФЗ. – Электрон. дан. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/18586.html>.
5. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению / под ред. В. З. Кучеренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 560 с.
6. **Письмо ФФОМС от 20.04.2012 N 2776/30-2/и «О порядке применения штрафных санкций к страховым медицинским организациям»** – Электрон. дан. - Режим доступа: [http://www.consultant.ru/law/hotdocs/ 18586.html](http://www.consultant.ru/law/hotdocs/%2018586.html).
7. Сиддикова Л.Б. Правовая природа медицинских услуг: гражданско-правовой аспект / Л.Б. Сиддикова // Рос. юстиция. - 2010. - N 2. - С.12-16.
8. Система управления качеством медобслуживания в больницах Европейского Союза // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2011. - № 3. - С. 29-60.
9. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – Электрон. дан. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> [document/ cons\_doc...](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_133398/)
10. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «  
    Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. – Электрон. дан. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> [document/cons\_doc...](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_133398/)

1. A.Donabedian, предложил характеризовать качество тремя аспектами (триада А. Донабедиана) [↑](#footnote-ref-1)
2. DRG (Diagnosis-Related-Groups). Под DRG понимается система ценообразования для стационарных медицинских услуг. При применении этой системы цена услуги зависит от того, к какой диагностической группе должен относиться пациент – с учетом его диагноза, возраста и ряда других критериев [↑](#footnote-ref-2)