Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 18.07.2024 10:09:13
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**
**«Майкопский государственный технологический университет»**

**Медицинский институт**

**Факультет послевузовского профессионального образования**

# МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
**по учебной дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», для обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации**

(Ординатура)

Майкоп, 2020г.

УДК 614.1 (07)
ББК 51.1
М-54

Рецензент: доцент, кандидат медицинских наук **Дударь М.М.**

Составитель: доцент, кандидат медицинских наук **Намитоков Х.А.**

Методические указания по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» посвящены вопросам качества медицинской помощи и эффективности деятельности медицинских организаций. Методические указания предназначены для самостоятельной подготовки ординаторов.

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

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.

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.

# 1. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья представляет собой обеспеченность гражданина, утратившего здоровье, комплексом социальных мер разнопланового характера, направленных на поддержку со стороны государства.

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.

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] подходам к его обеспечению и оценке:

- *качество структуры* (структурный подход к обеспечению и оценке)
- *качество технологии* (процессуальный подход к обеспечению и оценке)
- *качество результата* (результативный подход к 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,

[1] A.Donabedian, предложил характеризовать качество тремя аспектами (триада А. Донабедиана)

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.

Таким образом, *эффективность* - это степень достижения поставленных задач в области оказания медицинской помощи населению с учетом факторов качества, адекватности, производительности

Если же сузить понятие эффективности до отдельного учреждения или его подразделения, то эффективность деятельности медицинской организации есть степень установленных для данного учреждения целей при определенных затратах

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:

- *прямые* - это непосредственные затраты ресурсов в процессе оказания медицинской помощи, которые, в свою очередь, делятся на явные (вытекающие непосредственно из бюджета) и скрытые (исходящие из других источников)
- *косвенные* - затраты, отождествляемые с социально-экономическим ущербом от заболеваемости, смертности и других процессов и явлений общественного здоровья, которые, в свою очередь, делятся на явные (параметры ущерба можно рассчитать) и скрытые (параметры рассчитать невозможно: ущерб от боли, психических реакций, аборта и пр.)

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 (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), 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**<br>**Задачи анализа**<br>**Оцениваемые эффекты в зависимости от уровня анализа**<br>**Показатели для соизмерения вариантов** |
| ➢ Анализ продуктивности затрат<br>➢ Определение приоритетных мер по экономии затрат, повышению производительности труда |

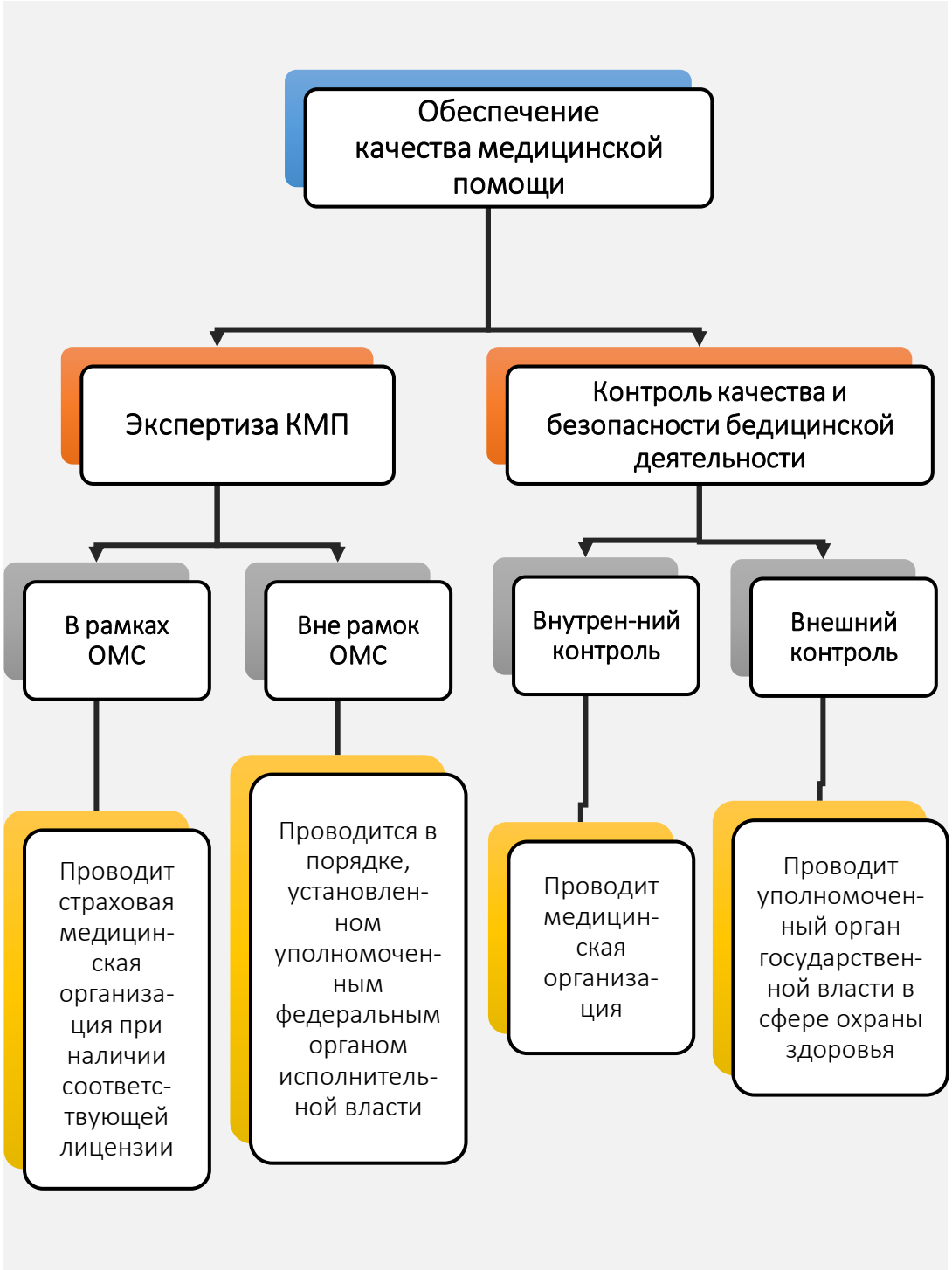
| | |
|---|---|
| | ➢ Полезные эффекты или мед. услуги (койко-день, случай госпитализации и т. п.)<br>➢ Коэффициент продуктивности (себестоимость ед. услуги), затрат (затраты/услуги) |
| | ➢ Анализ эффективности затрат<br>➢ Определение приоритетных методов оказания медицинской помощи<br>➢ Изменение состояния здоровья или результаты (спасенные жизни, потери лет жизни и т. п.)<br>➢ Коэффициент эффективности затрат (затраты/ результаты)<br>➢ Анализ полезности затрат<br>➢ Определение приоритетов здравоохранения<br>➢ Изменение здоровья в стоимостном выражении (ущерб от заболеваемости, смертности и др.)<br>➢ 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.

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.




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

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.

*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.

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

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

1) здоровье
2) здравоохранение
3) профилактика
4) лечение

***2. 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

***3. 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

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

1) географическая доступность

2) экономическая доступность

3) организационная доступность

4) социальная доступность

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

1) доступность

2) эффективность

3) межличностные взаимоотношения

4) непрерывность

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

1) к системе здравоохранения в целом

2) медицинскому учреждению

3) населению территории

4) конкретному медицинскому работнику в отдельности

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

1) качество структуры

2) качество технологии

3) качество результата

4) все перечисленное

***8. 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

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

1) анализ продуктивности
2) анализ эффективности затрат
3) анализ полезности затрат
4) анализ экономической эффективности

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

1) анализ продуктивности
2) анализ эффективности затрат
3) анализ полезности затрат
4) анализ экономической эффективности

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**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?

## 2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

- - *эффективность* - отношение затратных ресурсов к полученным клиническим результатам;
- - *экономичность* - отношение ресурсных затрат к нормативной стоимости;
- - *адекватность* - соотношение между оказанной медицинской помощью и потребной (стандартной): использование доказательных технологий, время оказания помощи, доступность в получении помощи, достаточность количества медицинских услуг.

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 качеством медицинской 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, обеспечение качества, контроль качества, непрерывное повышение качества.*

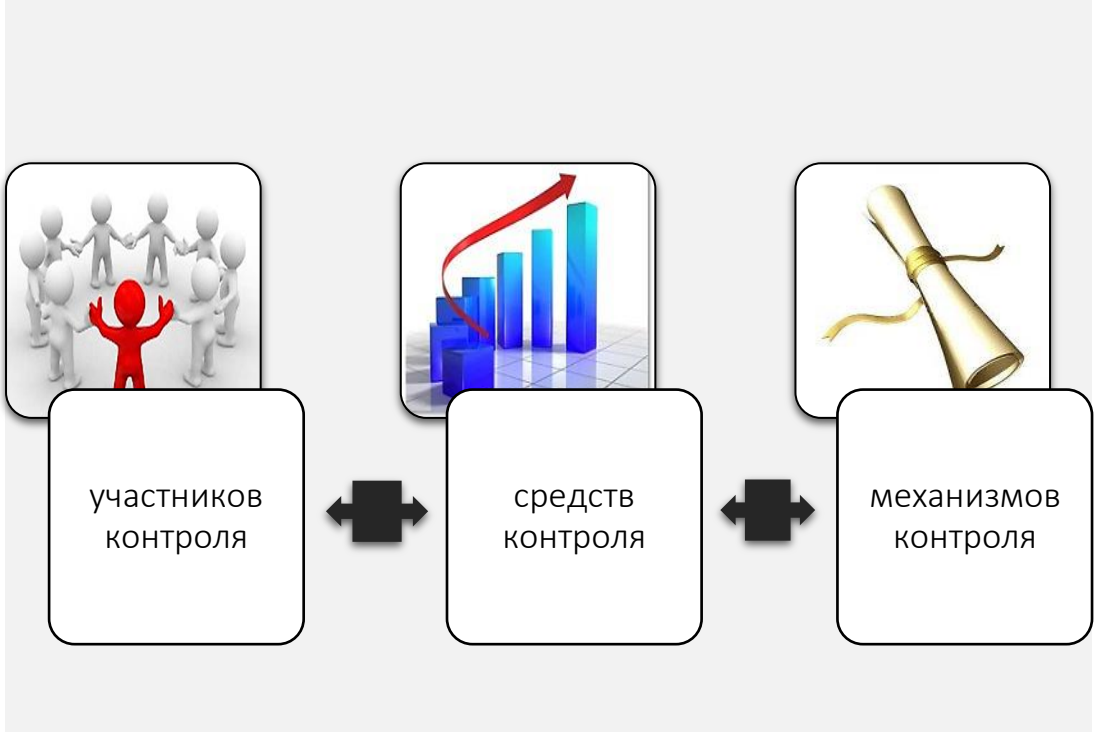
***Дизайн качества*** - это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн качества включает: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение результата, отвечающего запросам потребителей; разработку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

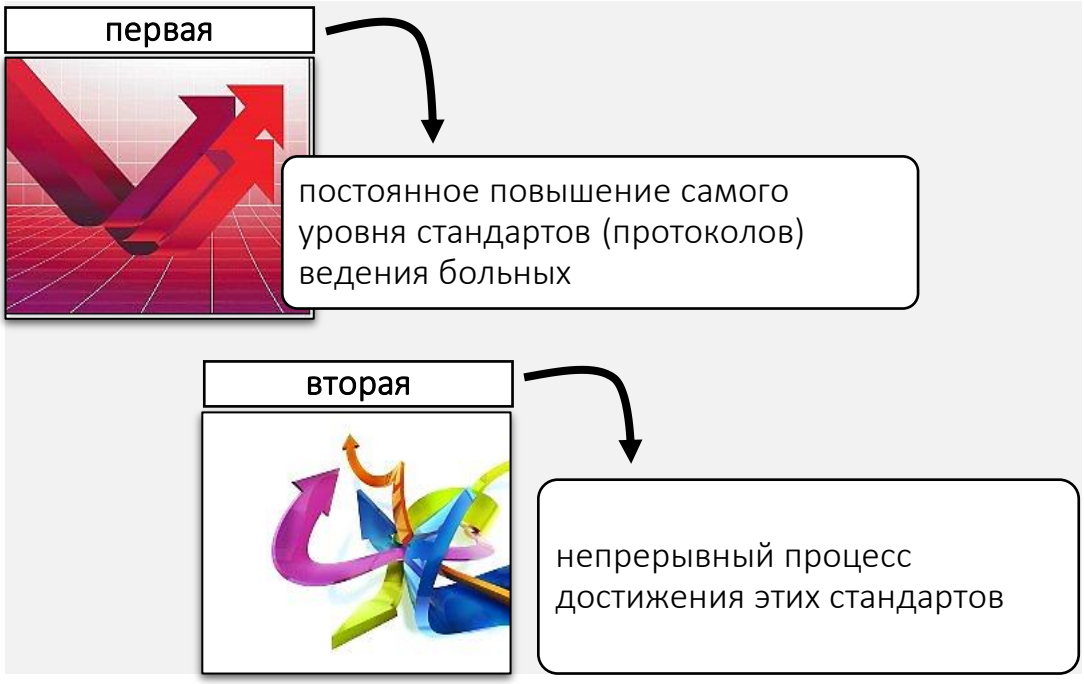
Организация и порядок проведения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи регламентируются приказами МЗ РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС).

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: компонент анализа и оценки деятельности (audit), компонент стандартов или эталонной системы показателей (standards)*.




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

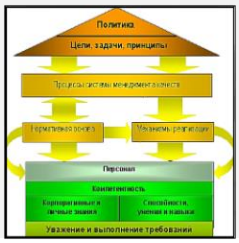
- анализ отклонения от установленной «нормы»;
- многофакторный анализ деятельности ЛПУ или отдельного врача;
- анализ структуры ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ технологий ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ результатов деятельности ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ стоимости медицинских 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

бюрократическая




индустриальная

***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*:

- 1) процессный анализ,
- 2) непрерывное совершенствование процессов,
- 3) участие в управлении всего персонала,
- 4) переход от массового инспекционного контроля к самоконтролю,
- 5) стратегическое планирование в области качества

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.

## 3. 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:

- I уровень – медицинское учреждение (на основе самооценки)
- II уровень – органы государственной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан
- III уровень – Росздравнадзор и его территориальные управления

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.

***Дефект оказания медицинской помощи*** *- это, в той или иной степени, причинение вреда здоровью человека, развившееся в процессе оказания ему 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.

## 4. 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.

- ***Качество исполнения*** - характеристика, отражающая степень, в которой товар или предоставляемые организацией (группой лиц, объединенных одной целью) услуги фактически удовлетворяют потребности клиентов

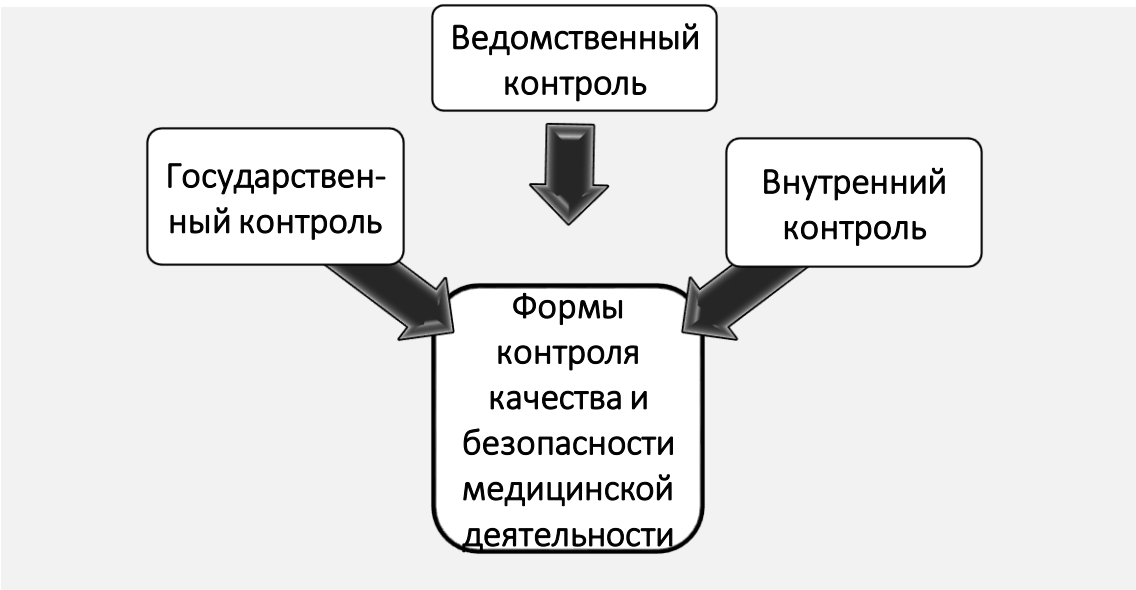
- ***Качество соответ*ствия** - характеристика, отражающая степень, в которой продукция или услуги, предоставляемые организацией, соответствует внутренним спецификациям товара и услуги

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.

- ***Надлежащее качество медицинской помо*щи** - это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлением о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения
- ***Ненадлежащее качество медицинской помощи*** - это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлением о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения

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.

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 40 ФЗ № 326-ФЗ регламентирует организацию контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи: контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом ОМС.

*Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения:*

- медико-экономического контроля
- медико-экономической экспертизы
- экспертизы качества медицинской помощи

***Медико-экономический контроль*** - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров 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 - это 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.

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:

***Экспертиза качества медицинской помощи*** - *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*.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится соответствующим экспертом, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Таким экспертом является врач - специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

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.

*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.

6) *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:

- для реализации преемственности результатов диагностических и лечебных акций, которые выполнены в различных ЛПУ при оказании поэтапной медицинской помощи
- для сравнения результатов аналогичных акций, выполненных в других аналогичных ЛПУ других категорий и в других территориях
- для адекватности статистики, как инструмента регулирования стандартов по результатам его применения и т.д.

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:*

- целевой экспертизы
- плановой экспертизы

*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:

- получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации
- летальных исходов при оказании медицинской помощи; внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания; первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей
- повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-

поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации

- заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или среднесложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи

*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.

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

- методом случайной выборки;
- 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.

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.

## МАТЕРИАЛЫ
## ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ

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

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

a) эффективность

b) экономичность

c) адекватность

d) доступность

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

a) дизайн качества

b) обеспечение качества

c) контроль качества

d) непрерывное повышение качества

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

a) дизайн качества

b) обеспечение качества

c) контроль качества

d) непрерывное повышение качества

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

a) механизма контроля КМП

b) тактики контроля КМП

c) вида контроля КМП

d) способа контроля КМП

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

a) бюрократическая

b) индустриальная

c) профессиональная

d) механическая

***6. 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…***

a) территориальные фонды ОМС

b) страховые медицинские организации

c) медицинские организации, имеющие лицензию без включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС

d) медицинские организации, имеющие лицензию и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС

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

a) медицинских учреждений (на основе самооценки)

b) органов государственной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан

c) пациентов

d) Росздравнадзора и его территориальных управлений

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

a) качество исполнения
b) качество соответствия
c) качество спецификации
d) удовлетворенность качеством

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

a) государственный контроль
b) ведомственный контроль
c) вневедомственный контроль
d) внутренний контроль

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

a) Федеральным фондом ОМС
b) территориальным фондом ОМС
c) Министерством здравоохранения РФ
d) страховой медицинской организацией

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**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.

## 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.
7. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын Ю.П., Г. Улумбекова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 544 с.
8. 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.
9. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение / Н.В. Полунина – М.: МИА, 2010. – 543 с.
10. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению / под ред. В. З. Кучеренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 560 с.
11. Система управления качеством медобслуживания в больницах Европейского Союза // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2011. - № 3. - С. 29-60.

## СОДЕРЖАНИЕ


ВВЕДЕНИЕ 3

1. Качество медицинской помощи и эффективность деятельности медицинских организаций 4

Материалы для самостоятельной подготовки 16

2. Основные принципы управления качеством медицинской помощи 19

3. Субъекты контроля качества медицинской помощи. Дефекты оказания медицинской помощи 26

4. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности 36

Материалы для самостоятельной подготовки 46

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 50

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 50