## **1. Качество медицинской помощи**

В современном представлении **качество медицинской помощи** - это совокупность характеристик услуги, которая не только соответствует технологическим стандартам и ожиданиям пациентов, но и обеспечивает скрытые их потребности в медицинской помощи.

**Контроль** - это процесс, обеспечивающий достижение целей организации. Существует несколько классификаций видов контроля медицинской деятельности, ее объемов и качества.

В зависимости от этапов управления процессом (временной характеристики) выделяют следующие виды контроля: предварительный, текущий и заключительный.

Предварительный контроль предусматривает создание определенных правил, протоколов до начала работ. Он затрагивает три основные сферы организации: персонал, материалы и финансы. Предварительный контроль на уровне персонала включает осуществление продуманной системы найма на работу, дополнительного обучения и последующего повышения квалификации. Предварительный контроль используемых ресурсов означает установление организацией стандартов качества и проведение проверок на соответствие им поступающих материалов. Бюджет, определяя лимиты денежных затрат, должен гарантировать в будущем необходимый объем средств.

Текущий контроль осуществляется непосредственно в ходе проведения работ. Обратная связь при таком виде контроля используется для оперативного решения возникающих проблем.

Заключительный контроль проводится после завершения работы, что не позволяет отреагировать на выявленные проблемы в момент их появления. Однако у заключительного контроля есть две важные функции: воздействие на планирование для предупреждения новых проблем и формирование мотивации.

Особенностью концепции непрерывного повышения качества является отказ от заключительного контроля как ненужного при условии правильного осуществления всех этапов процесса. Однако в сферах деятельности, тесно связанных с обеспечением безопасности, здоровья и жизнедеятельности человека, заключительный контроль может быть весьма необходим и целесообразен.

Независимо от вида контроля в процедуре его всегда заключены три этапа деятельности:

создание стандарта и выработка требований и критериев должной работы;

сопоставление с выработанными стандартами и критериями реальных результатов;

принятие решения о необходимых действиях по итогам контроля.

## **2. Пути оценки качества медицинской помощи как способы его достижения**

Пути оценки качества медицинской помощи как способы его достижения. Лицензирование и аккредитация. Работа по лицензированию и аккредитации в лечебно-профилактических учреждениях началась с выходом закона «О медицинском страховании граждан РФ».

**Лицензия** - юридическое (государственное) разрешение на осуществление определенных видов деятельности и услуг, выданное конкретным медицинским учреждениям и юридическим лицам. Основная цель лицензирования - определение возможности и адекватности выполнения функций и видов деятельности учреждений и отдельных лиц уровню ресурсно-профессионального обеспечения (медицинский персонал, материально-техническое оснащение, финансирование).

Лицензирование осуществляет лицензионная комиссия, образованная органами местной, исполнительной власти соответствующего уровня. В состав комиссии входят представители органов управления здравоохранением, медицинских профессиональных ассоциаций, общественных организаций или объединений, высших медицинских учебных заведений, а также ведущие специалисты различных медицинских учреждений системы здравоохранения.

Для проведения лицензирования лечебно-профилактических учреждений лицензионные комиссии формируют группы экспертов по профессиональным профилям и направлениям.

В настоящее время существует правовая и организационная технология проведения лицензирования.

**Аккредитация** - система оценки качества организационных процессов и их исполнения внешними структурами (инспекциями) на основе установленных стандартов. Основная цель аккредитации - определить соответствие организационных и технологических процессов в организации установленным стандартам, помочь организации в улучшении деятельности, дать соответствующие рекомендации.

Первые ранние модели аккредитации (США) рассматривали, в основном, организационные процессы как основное средство обеспечения качества клинической практики. Например, создание организации врачей и хирургов, имеющих привилегию практиковать в госпитале, для ограничения штата врачей и хирургов, установление правил, положений и политики, регулирующих работу профессионалов-врачей и так далее.

В 1980-90 годах произошли изменения во взглядах на причины последствий и результатов процессов, были введены стандарты и сделан больший уклон в сторону технологического процесса оказания медицинской помощи и его результата. С введением требований непрерывного повышения качества медицинской помощи система аккредитации изменила подходы к оценке качества в сторону увеличения внимания пациенту (гарантий, прав пациентов, взаимосвязи процессов и результатов).

Последние рекомендации по организации аккредитации: меньше внимания уделять внутренним задачам организации; стремиться к созданию комплексных систем обслуживания пациентов; менять стандарты с учетом клинической практики; учитывать вклад клинической практики в организационную структуру системы здравоохранения и др.

В отдельных регионах России имеется опыт единой оценки деятельности лечебно-профилактического учреждения. Так, в Курганской области используется единый технологический стандарт по результатам лицензирования и аккредитации центральных районных больниц: определено 5 уровней, соответствующие показатели комплексной оценки качества и эффективности и оценочные шкалы (от отлично до неудовлетворительно).

Сложившаяся система аккредитации государственных и муниципальных медицинских учреждений направлена, как и лицензирование, преимущественно на структурно-ресурсный компонент системы качества.

Экспертному контролю обязательно подлежат:

случаи летальных исходов;

случаи внутрибольничного инфицирования;

случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;

случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;

случаи заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения (или времени нетрудоспособности);

случаи расхождения диагнозов;

случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается статистическим методом «случайной» выборки. В течение месяца заведующий стационарным отделением проводит экспертизу не менее 50% законченных случаев, заместитель руководителя ЛПУ - 30-50 экспертиз в течение квартала. В поликлинике заведующий отделением проводит экспертизу не менее 10% законченных случаев, заместитель по клинико-экспертной работе - не менее 30-50 экспертиз в квартал.

Организация и объемы работы должностных лиц, осуществляющих контроль качества, а также клинико-экспертной комиссии должен быть определен соответствующим Положением.

Экспертиза КМП конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые, как правило, содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезни. Ведущая роль при экспертизе КМП принадлежит заключению эксперта, который, кроме выполнения стандартов, учитывает все особенности данного индивидуального случая. Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в обязательном порядке оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и последовательности лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза; выявляет дефекты и их причины; готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

На каждый случай экспертной оценки заполняется карта экспертной оценки стационарного или амбулаторного больного. Существуют автоматизированные технологии оценки качества медицинской помощи и программа «Экспертная деятельность лечебно-профилактического учреждения». В результате обработки экспертных случаев рассчитываются показатели, характеризующие качество и эффективность медицинской помощи.

Контроль качества медицинской помощи в ЛПУ осуществляется и путем ежедневного оперативного управления на утренних конференциях, обхода заведующего отделением, контроля ведения медицинской документации на консультациях специалистов. Для разбора врачебных ошибок, случаев расхождения диагнозов необходима четкая организация лечебно-контрольных комиссий, комиссий по изучению летальных исходов, инфекционной комиссии и др. с соответствующими организационными выводами, которые должны находить свое отражение в приказах, распоряжениях и инструкциях.

Изучая ряд проблем, связанных с изменением работы должностных лиц и клинико-экспертных комиссий ЛПУ в новых условиях, А.П. Голубева, И.Г. Черников (1999) отмечают большую перегруженность в работе комиссий, увеличение управленческих функций (работа с документами, контроль, координация деятельности с внешними структурами). Как следствие, снижается качество самих экспертиз лечебно-диагностического процесса при проведении контроля.

Среди факторов перегрузки, как заведующие, так и заместители главного врача по клинико-экспертной работе отмечают неукомплектованность лечебных учреждений врачами и сестринским персоналом, а также большое число новых нормативных документов и существующую практику выполнения рутинных функций.

Проводимые исследования организационных, методических, профессиональных и психологических аспектов деятельности заведующих отделениями и заместителей главного врача по клинико-экспертной работе (КЭР) позволят разработать комплекс мероприятий по совершенствованию их деятельности, дать рекомендации по оптимальным нагрузкам, что будет способствовать повышению эффективности внутреннего контроля качества медицинской помощи.

Наиболее значимым при проведении оценки КМП является самоконтроль врача и организация работы по подготовке специалистов по вопросам стандартизации медицинских услуг.

Организация оценки качества и эффективности медицинской помощи является не только способом выявления дефектов в работе, но и, в определенной степени, мерой по повышению ее уровня. С этой целью каждый выявленный дефект, каждый случай расхождения в оценке качества на различных этапах экспертизы, а также существенные отклонения от нормативных затрат должны быть поводом для специального обсуждения с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно-диагностическому процессу.

медицинский качество экспертиза помощь

## **3. Система оценки качества и эффективности медицинской помощи**

Система оценки качества и эффективности медицинской помощи должна функционировать непрерывно, что позволит оперативно получать необходимую для управления информацию. При этом основным фактором перехода от оценки качества и эффективности к их повышению является образование и постоянное совершенствование персонала. Дисциплинарные меры или меры наказания являются крайним и малоэффективным средством улучшения КМП.

Участие всех должностных лиц в осуществлении системы должно быть творческим, а не сводиться к механическому выполнению поставленных задач. При необходимости в ходе внедрения данной системы и ее адаптации могут быть внесены те или иные коррективы. Так, например, в стационарных учреждениях нужно использовать все возможные организационные формы работы: конференции, заседания советов, обсуждение планов и отчетов и др. Например, в крупных многопрофильных больницах могут проводиться следующие виды конференций:

утренние врачебные конференции;

еженедельные общие больничные конференции;

еженедельные хирургические конференции с подробным разбором проведенных операций и обсуждением предоперационных концепций;

еженедельные конференции терапевтов, либо других специалистов;

научно-практические конференции;

клинико-анатомические конференции;

клинические разборы и т.д.

Эффективную (особенно в оперативном плане) роль выполняют совещания, например:

еженедельные совещания администрации учреждения;

еженедельные совещания заведующих отделениями;

еженедельные совещания старших (главных) сестер, и др.

Определенная миссия в обеспечении качества медицинской помощи принадлежит в ЛПУ обходам и дежурствам.

Выделяют административные и клинические обходы отделений (главным врачом, заместителями, профессорами, доцентами, руководителями отделений). В ЛПУ организуются административные дежурства в вечерние часы, праздничные и выходные дни, дежурства руководителей отделений в вечерние часы, дежурства заместителей главного врача и главных специалистов в выходные и праздничные дни.

## **4. Ведомственный контроль качества медицинской помощи**

Целью осуществления ведомственного контроля является обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества. Объектом контроля является комплекс профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий, проводимых по определенным технологиям с целью достижения конкретных результатов.

Порядок проведения ведомственной экспертизы:

**1** ступень экспертизы - заведующий отделением - экспертная оценка не менее 50% законченных случаев в месяц;

**2** ступень - зам. главного врача по лечебной работе, зам. главного врача по клинико-экспертной работе - 30-50 законченных случаев в квартал;

**3** ступень экспертизы - КЭК - объем определяется конкретно ЛПУ или вышестоящими органами управления здравоохранения. Обязательной экспертизе подлежат: жалоба, заявление застрахованного, летальный исход, случаи с расхождением диагнозов, внутрибольничные инфекции и осложнения, возникшие при лечении, первичный выход на инвалидность лиц трудоспособно, повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение года, случаи заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности).

Все прочие случаи оказания медицинской помощи подвергаются экспертной оценке методом случайной выборки.

Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней с последующим определением интегрированного показателя «Уровень качества».

## **Заключение**

Декларированное Конституцией Россией и Основами законодательства об охране здоровья граждан право граждан на охрану здоровья в понятии Всемирной организации здравоохранения есть не что иное, как право на получение наилучшей медицинской помощи, направленное на улучшение здоровья людей и их личную безопасность. начавшиеся в конце XX столетия организационные реформы и были направлены, прежде всего, на улучшение финансирования отрасли и на повышение качества медицинской помощи. Цель этих реформ сформулирована в концепции развития здравоохранения и медицинской науки как сокращение прямых и косвенных потерь общества за счёт снижения заболеваемости и смертности.

Декларируемое законом добровольное установление требований к процессам и услугам в учреждении будет уделом применения в отдельных учреждениях, пока правительство России не начнёт действовать в отношении здравоохранения на норме бюджетного законодательства. Статьёй 6 бюджетного законодательства введено понятие «минимальный государственный социальный стандарт» как предоставление государственной услуги на безвозвратной и безвозмездной основе по всей территории России, которое надо понимать как единый подушевой норматив. С его установлением, реальным и адаптированным к уровню жизни в государстве, появится минимальная бюджетная обеспеченность (стоимость медицинских услуг на уровне субъекта, устанавливаемых по клинико-статистическим заболеваниям или клинико-статистическим группам), выступающая как форма гарантий страхового риска и предопределяющая все дальнейшие действия в системе страхования.

Другими словами, формируется система беспрерывного управления качеством, при приближённом рассмотрении которой чётко просматривается формирование модели структурного управления экономикой учреждения с рыночным механизмом и государственным регулированием, что и требуется для переходного периода к рынку.

Стандартизация и унификация медицинской помощи, реализуя идею разделения труда и кооперации производителей, является мощным источником научно-производственного потенциала здравоохранения, а также позволяет здравоохранению стать участником мирового сообщества, с которым можно общаться лишь на языке единых правил разработки производства и потребления медицинских услуг. Эти правила и содержатся в действующих международных стандартах.

## **Литература**

1. ПРИКАЗ №230 от 1 декабря 2010 г. «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

2. ПОЛОЖЕНИЕ о контроле качества и объемов медицинской помощи в системе ОМС на территории Ульяновской области

. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья, граждан в Российской Федерации»

. Концепция областной целевой программы «Модернизация здравоохранения Ульяновской области» на 2011-2012 г.