**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ

. Понятие "управление качеством медицинской помощи"

. Управления качеством медицинской помощи: категории, виды, способы и основные функции

. Система управления качеством

. Этапы создания системы управления качеством медицинской помощи в ЛПУ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Список литературы

медицинский помощь качество управление

**ВВЕДЕНИЕ**

Повышение качества и доступности медицинской помощи - это одна из важнейших целей государственной политики в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, что подтверждено в "Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г.", одобренной распоряжением Правительства от 31.08.2000г.

-е годы стали самыми неблагополучными в послевоенной демографической истории России. Низкие уровни рождаемости сопровождаются высокими показателями материнской и младенческой смертности, а также смертности населения в трудоспособном возрасте. По оценке экспертов, предотвратимые потери материнской и перинатальной смертности составляют до 40% случаев и связаны непосредственно с низким качеством медицинской помощи. Снижение количественных показателей воспроизводства населения сопровождается ухудшением здоровья населения, особенно беременных женщин, детей и подростков. Безусловно, это объясняется не только отставанием в развитии здравоохранения и неудовлетворительным качеством медицинской помощи. На ухудшение показателей здоровья оказали также: рост алкоголизации населения, загрязнение окружающей среды, низкий уровень охраны труда и устаревшие производственные технологии, ухудшение качества продуктов питания и обеднение потребительского рациона, а также постоянное пренебрежение ценностью человеческой жизни, как на общественном, так и на индивидуальном уровнях.

Задачи обеспечения и улучшения качества медицинской помощи, решающиеся в настоящее время в Российской Федерации, во многом созвучны с аналогичными задачами других стран и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). При разработке политики управления качеством медицинской помощи в Российской Федерации необходимо учитывать социально-экономические условия развития здравоохранения, существующую практику оказания медицинской помощи населению, опыт других стран и мнение международных экспертов по проблеме качества медицинской помощи.

**1. ПОНЯТИЕ "УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ"**

Качество медицинской помощи - это совокупность её характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям и современному уровню доказательной медицинской науки и технологии.

Качество медицинской помощи обеспечивается с одной стороны развитием первичной медицинско-санитарной службы, с другой - высокотехнологичными видами медицинской помощи. И тот и другой аспект требует квалифицированных медицинских кадров, принимающих клинические решения на основе научного подхода, эффективных менеджеров медицинских организаций, обеспечивающие экономическую и клиническую эффективность применяемых методов лечения.

Управление качеством - это непрерывный процесс воздействия на оказание медицинской помощи с целью обеспечения качества путём последовательной реализации управленческих функций.

Для эффективной организации управления качеством необходимо четко организовать весь процесс. Знать категории, виды, способы управления качеством

Некоторые из составляющих качества плохо поддаются оценке и до сих пор воспринимаются не однозначно. Это в первую очередь касается удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Имеется различие между объективными потребностями, которые могут быть не до конца ясны самому пациенту, и его субъективными ожиданиями.

Тем не менее, ориентация на потребителя, является ключевым принципом системы управления качеством, хотя удовлетворенность ожиданий пациентов не может служить единственным или основным показателем качества медицинской помощи, так как складывается под влиянием множества факторов: эффективности лечения, отношения персонала, условия оказания помощи, личные предпочтения и ожидания и т.п.

В течение последнего десятилетия произошло значительное перевооружение медицинских организаций современной техникой и технологиями. Повсеместно стали доступны ультразвуковые методы визуализации, эндоскопические методы диагностики и лечения. Многие крупные больницы пользуются биохимическими анализаторами и анализаторами крови. Перестали быть редкостью Холтеровское мониторирование и суточное мониторирование артериального давления. В онкологии и гематологии внедряются цитогенетические и иммуноферментные методы диагностики.

Резко изменился спектр лекарственных средств: на смену малоэффективным пришли лекарства, доказано уменьшающие проявления болезней, существенно влияющие на продолжительность жизни. Расширилась доступность высокотехнологических методов оказания помощи: кардиохирургические и сосудистые операции, трансплантации почек, костного мозга и стволовых клеток, постепенно внедряется трансплантация печени.

Все это требует больших вложений в ресурсную составляющую качества медицинской помощи. Возрастает значение выбора тех или иных технологий, лекарственных средств на основе результатов клинико-экономического анализа.

В отечественном здравоохранении с целью оценки деятельности медицинских учреждений традиционно используются показатели государственной статистической отчетности, такие как работа койки, больничная летальность, посещение, частота совпадений или расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов и т.д.

Восемь принципов управления качеством:

Система ГКН качество медицинской помощи - совокупность взаимосвязанных структурных элементов и функциональных механизмов контроля, обеспечивающая получение необходимой информации в целях принятия управленческих решений, направленных на улучшение качество медицинской помощи населению, и надзора за их адекватностью, достаточностью и эффективностью исполнения.

Надзор за качеством медицинской помощи - совокупность мероприятий, направленных на получение информации о состоянии качества медицинской помощи, сравнение его реального уровня со стандартным (с учетом возможностей конкретных территорий, медицинских организаций), а также анализ динамики показателей качество медицинской помощи.

Контроль качество медицинской помощи - совокупность мер, направленных на получение информации о принятии управленческих решений для обеспечения надлежащего качества медицинской помощи, определение адекватности, достаточности и эффективности этих решений и разработанных на их основе мероприятий по непрерывному улучшению качество медицинской помощи в соответствии с современным уровнем развития медицинской науки и практики, принципами управления.

**2. УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: КАТЕГОРИИ, ВИДЫ, СПОСОБЫ И ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ**

Мониторинг деятельности по контролю качество медицинской помощи - аналитическая система слежения за деятельностью по непрерывному улучшению доступности и качество медицинской помощи, составляющими которого являются: перманентное наблюдение, анализ, оценка и прогнозирование результатов деятельности по контролю и надзору за качеством медицинской помощи и динамики непосредственно качество медицинской помощи. Мониторинг направлен на получение информации о состоянии и динамике уровня качество медицинской помощи, деятельности по его непрерывному улучшению, изучение уровня и тенденций развития Системы ГКН качество медицинской помощи, выделения "критических точек" ее функционирования, выявление закономерных зависимостей, а также оценки непосредственного влияния данного направления деятельности на качество медицинской помощи.

**Принцип 1.** Ориентация на потребителя

В лечебно-диагностическом учреждении (ЛПУ), как и в другой любой организации, помимо конечного потребителя медицинских услуг имеются многочисленные потребители вспомогательных и промежуточных услуг. Например, медицинский работник может являться потребителем информации, услуг связи и транспорта, расходных материалов к медицинскому оборудованию и т.д. Успех деятельности любой организации зависит от потребителей, как внешних, так и внутренних, поэтому необходимо понимать их текущие и прогнозировать будущие потребности. Без учета и удовлетворения запросов внутренних потребителей в учреждениях здравоохранения неизбежно снижается качество лечебно-диагностического процесса. Без удовлетворения потребностей потребителя медицинских услуг вообще теряется смысл функционирования системы здравоохранения как таковой. Следовательно, новые стандарты СМК направлены на удовлетворение не только конечного потребителя медуслуг, но и всех заинтересованных сторон и общества в целом.

**Принцип 2.** Лидерство руководителя

Руководители здравоохранения должны обеспечивать высокое КМП. Для этого необходимо сформировать внутреннюю среду организации, в которой работники активно вовлечены в решение указанной задачи. Необходимо разработать соответствующую политику и план действий, определить стратегию и тактику, основные цели и задачи в области повышения культуры и качества медпомощи, сформировать соответствующие идеологию и социально-психологический микроклимат в трудовом коллективе.

популяризации политики и целей в области КМП во всей организации для повышения осознания, мотивации и вовлечения персонала;

ориентации на потребителей во всей организации;

внедрения процессов, позволяющих выполнять требования потребителей и других заинтересованных сторон и достигать целей в области качества;

разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии эффективной СМК для достижения целей в области качества;

**Принцип 3.** Вовлечение работников в процесс повышения КМП

Работники здравоохранения всех уровней составляют основу организации медицинской помощи, поэтому следует определить их потребности и ожидания, удовлетворенность работой, желание профессионального роста, что поможет обеспечить наиболее полное вовлечение их в производственный процесс и повышение трудовой мотивации. Повышение КМП возможно только через активное вовлечение медработников и их поддержку политики качества. Для этого необходимо поощрять инициативное трудовое поведение и профессиональное развитие работников посредством:

разработки индивидуальных и групповых целей, менеджмента выполнения процесса и оценивания результатов;

выяснения причин прихода работников в организацию и их увольнения.

Руководителям учреждений здравоохранения необходимо создать культурную среду, способствующую вовлечению работников в активный поиск возможностей улучшения лечебно-профилактического процесса, показателей деятельности и характеристик медицинских и иных услуг. Полномочия должны делегироваться так, чтобы работники приняли на себя ответственность за их выполнение, включая повышение качества трудовых процессов и услуг.

**Принцип 4.** Процессный подход. Представляет собой мощный методологический инструмент изучения и совершенствования деятельности любой организации. Однако на практике его реализация оказывается не таким простым делом. Необходимо рассматривать процессный подход как своеобразную технологию моделирования. Желаемый результат достигается быстрее и эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом.

Лучшие системы управления всегда основаны на системном анализе и оптимизации процессов. Эффективный менеджер ищет и моделирует процессы повсюду. Их природа универсальна, поэтому целесообразно использовать единые терминологию, принципы и методы управления процессами, изложенные в стандартах СМК. Все они применимы к лечебно-диагностическому процессу, включая его планирование, организацию, контроль, повышение трудовой активности и мотивации медработников, совершенствование нормативно-правового и информационного обеспечения их деятельности.

По своей природе все явления представляют собой динамические процессы. Часть из них протекает произвольно по своим объективным законам, часть подвержена воздействию со стороны человека. Управляемые процессы в здравоохранении распространены достаточно широко. Уже само название одного из них - "лечебно-диагностический процесс" - подразумевает применение процессорного подхода в практике оказания медицинской помощи.

Эффективные руководители здравоохранения постоянно стремятся (а главное делают это!) к совершенствованию всех аспектов деятельности организации, не забывая концентрировать свое внимание, силы и ресурсы на решении, прежде всего, приоритетных задач. Они четко представляют себе работу своих учреждений как систему взаимосвязанных и взаимодействующих динамических процессов. Их системный подход к управлению направлен на координацию всех аспектов деятельности организации.

Таким образом, любая деятельность, в которой используются ресурсы для преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Чтобы эффективно функционировать, организации должны управлять многочисленными взаимосвязанными и взаимодействующими процессами. Часто выход одного процесса образует непосредственно вход следующего. Систематическая идентификация и менеджмент процессов и, прежде всего, обеспечение их взаимодействия могут считаться "процессным подходом". Для результативного и эффективного функционирования организация должна управлять многочисленными взаимосвязанными видами своей деятельности. Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Стандарты СМК ориентированы на применение "процессного подхода" при разработке, внедрении и совершенствовании СМК с целью повышения удовлетворенности заинтересованных сторон путем выполнения их требований. Для более эффективного управления процессами составляют план, включающий следующие разделы:

требования к входу и выходу. Например, требования к медицинской помощи могут включать в себя стандарты по ее оказанию, клинические протоколы и рекомендации, лекарственные формуляры, перечень необходимых материальных, финансовых и кадровых ресурсов;

виды деятельности (подпроцессы) внутри процессов. Например, в лечебно-диагностический процесс может входить клиническое обследование больного в приемном отделении, организация консилиумов, инструментальная и лабораторная диагностика, организация лечебного питания, физиотерапия, лечебная физкультура и т.д. Взаимодействие подпроцессов зависит от структуры процесса и графически напоминает сетевой график. Выходы одного или нескольких процессов могут являться входом одного или нескольких следующих. Иногда подпроцессы идут какое-то время параллельно, не оказывая влияния друг на друга;

верификацию (Верификация - подтверждение на основе представления объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены.) и валидацию (Валидация - подтверждение на основе представления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного использования или применения, выполнены.) процессов, продукции, услуг. Применительно к медицинской помощи используется комплексная система ее экспертизы, включающая оценку структуры, процессов и результатов лечебно-диагностического процесса, для чего применяются статистические методы контроля качества, единоличные и групповые экспертные оценки, социологические опросы, анализ жалоб и т.д.;

управление информацией;

управление персоналом, включая трудовую мотивацию и профессиональную подготовку медицинских работников;

При системном подходе процесс оказания медицинской помощи рассматривается как открытая динамическая система, состоящая из взаимосвязанных частей (подсистем), оказывающих влияние на вышестоящую систему, и сами подверженные ее влиянию. Если часть системы функционирует неэффективно, то это оказывает негативное влияние не только на деятельность системы в целом, но и на составляющие (Разделение систем на отдельные составляющие части носит во многом искусственный характер. Все-таки главное в теории систем не разделение, а взаимосвязь систем, подсистем и их различных образований.) ее части, что может еще больше усугубить ситуацию. Значимость отдельных частей системы различна. Улучшение работы ее критических составляющих (узких мест), часто не требующее значительных ресурсов, может значительно повысить ее эффективность в целом.

Процесс оказания медицинской помощи состоит из взаимодействия внешних систем и внутренних подсистем. Следовательно, ее результат определяется множеством внешних и внутренних взаимосвязанных процессов. Именно поэтому эффективное управление КМП возможно только на основе системного подхода.

Система не является простой суммой свойств входящих в нее частей, а обладает новыми системными качествами. При системном подходе вначале определяется вышестоящая система, изучаются ее свойства и закономерности развития, и только потом переходят к анализу нижестоящей системы (подсистемы) с учетом влияния вышестоящей.

**Принцип 5.** Постоянное улучшение

Постоянное улучшение КМП следует рассматривать как неизменную, но практически недостижимую цель (нет предела совершенства!). Повышение КМП невозможно без постоянной оптимизации процесса ее оказания в ответ на изменения внешней и внутренней среды учреждения здравоохранения на основе системного анализа поступающих данных, разработки корректирующих и предупреждающих действий, необходимых для совершенствования управленческих и производственных алгоритмов для повторяемых процессов, устранения причин возникающих проблем (несоответствия) и предупреждения повторного их возникновения. Для этого должна быть разработана формализованная и документированная процедура, включающая:

) проекты прорыва, ведущие или к пересмотру и улучшению существующих процессов (перепроектирование существующих процессов), или внедрению новых процессов;

а) определение проблем и причин несоответствия;

б) оценку результативности и эффективности существующего процесса; сбор и анализ данных для выявления основных проблем; выбор конкретной проблемы и постановка задач по ее решению;

в) анализ альтернативных решений проблемы, выбор и практическое использование лучшего управленческого решения, устраняющее первопричины проблемы и предотвращающее ее повторное возникновение;

г) оценку последствий практической реализации решения: проблема и ее первопричины должны быть устранены или их негативные воздействия уменьшены;

д) внедрение и стандартизацию нового решения. Старый процесс заменяется улучшенным, предотвращая повторное возникновение проблемы и ее первопричин;

е) оценку результативности и эффективности процесса после завершения действий по улучшению.

Процесс улучшения повторяется применительно к оставшимся нерешенным проблемам, а также разработке целей и принятию решений по дальнейшему улучшению процесса.

**Принцип 6.** Принятие решений, основанное на фактах

Эффективные решения основываются на объективном анализе данных и правильной их интерпретации. Абстрагируясь от психологических особенностей восприятия и обработки информации, можно утверждать, что формализация многих управленческих процессов в здравоохранении все-таки возможна. Особенно это касается управления технологическими процессами оказания медицинской помощи. Для этого требуется системный анализ и измерение количественных данных для принятия решений, основанных на фактах. Руководителям ЛПУ следует обеспечивать эффективное измерение, сбор и валидацию данных, чтобы убедиться в результативной работе организации и удовлетворенности потребителей медицинских услуг и других заинтересованных сторон. Эта процедура включает анализ целей и адекватности их количественного и качественного измерения, а также использование этих данных для повышения эффективности оказания медицинской помощи. Организационно-методической основой сбора, обработки и анализа объективной информации о состоянии КМП являются методы статистического контроля.

**Принцип 7.** Взаимовыгодные отношения с поставщиками

Поставщик может быть внутренним или внешним по отношению к учреждению здравоохранения. Организация должна обеспечивать соответствие закупленной продукции (услуг) установленным требованиям к закупкам. Она должна оценивать и выбирать поставщиков на основе их способности поставлять продукцию (предоставлять услуги) в соответствии со своими требованиями. Должны быть разработаны критерии отбора, оценки и повторной оценки. Документирование результатов оценивания и любых необходимых действий, вытекающих из оценки, должно производиться в соответствии с утвержденными правилами.

Оценка внешних поставщиков для учреждений здравоохранения включает анализ и постоянный контроль качества и ассортимента приобретаемых товаров (услуг), удобства и соблюдения сроков доставок, надежности поставщика, соблюдения финансовой дисциплины и т.д.

Проведенный Росздравнадзором анализ функционирования существующих систем контроля КМП показал, что в подавляющем большинстве субъектов Российской Федерации результаты контроля остаются невостребованными, не используются для принятия управленческих решений и оценки полноты и эффективности их реализации.

Несмотря на то, что каждым из участников действующей в настоящее время в России системы контроля КМП ежегодно проводится значительный объем работы, до настоящего времени не удается обеспечить декларируемое надлежащее качество оказываемой гражданам бесплатной медицинской помощи.

Настоящая Концепция разработана для определения методических и методологических основ формирования и функционирования Системы государственного контроля и надзора за качеством медицинской помощи населению в Российской Федерации (далее - Системы ГКН КМП) в соответствии с:

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 №5487-1 (с изм. от 02.03.1998, 20.12.1999, 02.12.2000, 10.01.2003, 27.02.2003, 30.06.2003, 29.06.2004, 22.08.2004, 01.12.2004, 31.12.2005, 02.02.2006, 29.12.2006);

Законом Российской Федерации от 28.06.1991 №1499-I "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации " (с изм. от 02.04.1993, 24.12.1993, 01.07.1994, 29.05.2002, 23.12.2003, 29.12.2006);

Законом Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-I "О защите прав потребителей" (c изм. от 02.06.1993, 09.01.1996, 17.12.1999, 30.12.2001, 22.08.2004, 02.11.2004);

Законом Российской Федерации от 29.12.2006 № 258-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий";

постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 №321 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации";

постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 №323 "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития";

постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности", где экспертиза (контроль) качества медицинской помощи отнесена к лицензируемым видам деятельности;

приказом Минздрава России от 29.04.1998 №142 "О лицензировании отдельных видов медицинской помощи";

совместным приказом Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 19.01.1998 №12/2 "Об организации работ по стандартизации в здравоохранении", где качество медицинских услуг определено объектом стандартизации;

приказом Минздрава России от 22.01.2001 №12 "О введении в действие отраслевого стандарта "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении", где в 13-й группе нормативных документов выделено требование к качеству медицинской помощи - аккредитация учреждения здравоохранения;

приказом Минздрава России от 31.01.2001 №18 "О введении в действие отраслевого стандарта "Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении", где разделом 01.04. определен ряд дефиниций (сертификация продукции и услуг в здравоохранении, аккредитация учреждений здравоохранения, сертификация (аттестация) специалистов и др.). Кроме того, в разделах 02.04-03.04. данного приказа утверждены уполномоченные по качеству медицинской помощи и установлены их функции;

приказом Минздравсоцразвития России от 31.12.2006 № 1905 "Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи";

приказом Минздравсоцразвития России от 14.03.2007 № 170 "Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации".

Недостаточное отражение в нормативных правовых документах целей, задач, методических и методологических основ формирования и функционирования Системы ГКН КМП, а также необходимость повышения эффективности деятельности по обеспечению и непрерывному улучшению КМП привело к разработке и принятию Концепции государственного контроля и надзора за качеством медицинской помощи населению в Российской Федерации на период 2007 г. -2012 г.г.

**3. СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ**

Согласно международному стандарту "ИСО 8402", система качества - это совокупность организационной структуры, ответственности, методик, процессов и ресурсов, необходимых для общего управления качеством.

Систему качества можно определить также как совокупность структур ЛПУ, выполняющих функции управления и обеспечения качества установленными методами с использованием необходимых ресурсов.

В настоящее время признаны следующие модели управления качества:

 контроль качества - методы и виды деятельности оперативного характера, используемые для выполнения требований к качеству;

 обеспечение качества - виды деятельности, планируемые и систематически осуществляемые и поддерживаемые в рамках системы качества, необходимые для создания достаточной уверенности в результатах и выполнении требований к качеству;

 непрерывное и всеобщее повышение качества - мероприятия, осуществляемые с целью повышения эффективности и результативности всех процессов деятельности для получения выгоды, как для организации, так и для ее потребителей.

Новый подход к управлению качеством - регулирование качества, включает, включает три важнейших элемента:

. контроль;

. анализ;

. регулирование (выбор и осуществление действий, обеспечивающих поддержание требуемого уровня качества).

**4. ЭТАПЫ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛПУ**

Создание системы управления качеством медицинской помощи в ЛПУ включает ряд этапов.

I. Инициативный этап

По инициативе руководства обсуждаются цели и задачи в области качества, показатели и система оценки качества, выявление и анализ проблем и путей их решения, методы и формы контроля.

Сотрудники в подразделениях вырабатывают основные предложения по формированию плана для себя и своих подразделений.

Формируется сводный план в области улучшения качества.

II. Этап организации

Руководство ЛПУ, через руководителей подразделений, определяет первоочередные проблемы, показатели оценки, методы работы, сроки и ответственных.

III. Этап реализации

Сотрудники ЛПУ в соответствии с планами осуществляют деятельность, направленную на разрешение проблем и их причин, руководство проводит мониторинг процессов.

IV. Этап контроля

Руководство подводит итоги и оценивает деятельность по улучшению качества и соответственно выводам определяет последующие планы.

Для повышения эффективности деятельности Системы ГКН и КМП в целом необходимо провести детальный анализ функционирования её субъектов, разработать механизмы устранения (максимально возможного ослабления) ограничений ее дальнейшего развития, отдавая приоритет существующим возможностям.

Проведенный анализ позволит разработать мероприятия по дальнейшему совершенствованию деятельности субъектов Системы ГКН КМП и их взаимодействию.

"Сейчас мы четко прописываем в законе, какие средства у медицинских страховых организаций остаются, кроме средств на ведение дела. Но я бы хотела сказать, что их ответственность с точки зрения проверки качества медпомощи, правильности, она остается, и будет оставаться. Мы наоборот призываем к тому, чтобы они усилили свою роль в этом направлении, как адвокаты пациентов", - сказала Татьяна Голикова.

По словам Министра, система ОМС - это часть государственного социального страхования. В соответствии с законодательством, страховщиком является орган, который уполномочивается правительством РФ. Такой организацией является Фонд обязательного медстрахования (ФФОМС) и его территориальные органы (ТФОМС). "И как были страховые медорганизации участниками, по сути, этого процесса, так они участниками этого процесса и остаются, в этой части их роль никак не меняется", - подчеркнула Министр.

Глава Минздравсоцразвития России считает, что и сами страховые компании пока не готовы принять на себя работу по сбору взносов на ОМС без посредничества ФОМС.

"В коммерческом страховании страховые взносы собирают сами компании. Я не уверена в том, что и государство, и страховые компании готовы к этой работе. Даже в тех предложениях, которые давал Всероссийский союз страховщиков, они были далеки от мысли, что это нужно сделать с 2011 и даже с 2012 года", - пояснила Татьяна Голикова.

В тоже время Министр сказала, что в Правительстве обсуждается вопрос о расширении полномочий страховых медорганизаций в системе ОМС в будущем.

"Речь идет о большем принятии рисков на себя со стороны страховых компаний, о большей ответственности. Мы этот вопрос с повестки дня не снимаем. Но быстрыми темпами мы этот путь не пройдем", - пояснила Министр.

По ее словам, "подходя к 2015 году, когда мы должны будем принять решение относительно того, что высокотехнологичная медпомощь должна быть тоже частью ОМС, нам нужно будет очень серьезно задуматься о существенном повышении роли страховых медорганизаций в этой системе".

Правительством предусмотрено выделение 460 млрд рублей на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Федерации в 2011 и 2012 годах. Она пояснила, что эти средства будут получены за счет увеличения тарифа страховых взносов на ОМС с 1,1 проц до 3,1 проц и составят в 2011 году 216 млрд рублей и в 2012 году 244 млрд рублей.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Подводя итоги, следует отметить, что проблема качества и эффективности медицинской помощи сегодня занимает приоритетное место в большом количестве проблем российского здравоохранения. Реформа системы здравоохранения и в первую очередь преодоление острых структурных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных источников экономии средств и ресурсов ни в коем случае не должны затронуть качество и доступность медицинской помощи для широких слоев населения.

Следует указать, что проблема качества и эффективности медицинской помощи не может быть разрешена без решения проблемы оптимизации структуры оказания медицинской помощи, без введения принципа подушевого финансирования комплекса взаимосвязанных лечебно - профилактических учреждений. Раздельная оплата каждого вида помощи (стационар, поликлиника, скорая помощь, аптека и т.д.) разрушает сложившуюся систему оказания медицинской помощи, когда каждое ЛПУ преследует лишь свой, местнический экономический интерес, который не всегда соответствует целям охраны здоровья населения на территории, конкретным задачам рационального использования скудных финансовых и материальных ресурсов.

**медицинский помощь качество управление**

**Список литературы**

1. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л., и др. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. М., 2005 г., с. 62.

. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А., Потылицына Л.К. Система контроля качества медицинской помощи. // Ж. Медицинское страхование. 2006 г., № 1-2 (13-14), с. 47-51.

. Лисицин Ю.П., Отдельнова К.А. К вопросу о критериях качества медицинской помощи. // Ж. Здравоохранение. 2000 г., № 11, с. 36.

. Кучеренко В.З., Мыльникова И.С. К оценке качества медицинской помощи в новых условиях хозяйствования. // Ж. Здравоохранение Российской Федерации. 2001 г., № 3, с. 58.

. Сафонов А.Г., Логинова Е.А. Стационарная медицинская помощь (основы организации). М., 2003 г., с. 180-196.