Содержание

Введение

1. Политика качества в здравоохранении

2. Механизмы реализации основных направлений в управлении качеством медицинской помощи

Заключение

Список литературы

## 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.

90-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. Политика качества в здравоохранении

Качество медицинской помощи является основной целевой функцией и, в тоже время, критерием деятельности системы здравоохранения от низшего его звена - лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), до верхнего - Министерства здравоохранения.

Качество медицинской помощи обеспечивается всеми составляющими элементами системы здравоохранения: материально-техническим обеспечением, кадровыми, научными, организационными, финансовыми, интеллектуальными, информационными ресурсами. Результат деятельности системы здравоохранения определяется ее построением, функционированием, порядком взаимодействия всех элементов. Из этого следует, что в основе улучшения качества лежит изменение самой системы.

Поддержание и улучшение результата деятельности системы здравоохранения в процессе реформирования осуществляют управляющие структуры и механизмы.

В настоящее время на федеральном уровне созданы отдельные структуры по управлению качеством медицинской помощи: Экспертный Совет по рассмотрению проектов нормативных документов по стандартизации в здравоохранении Министерства здравоохранения; Лаборатория проблем стандартизации при Московской медицинской академии им И.М. Сеченова; Методический Центр по обеспечению качеством медицинской помощи при ЦНИИ ОИЗ МЗ РФ; Центр Доказательной Медицины при Московской медицинской академии им И.М. Сеченова. На территориальном уровне для ЛПУ, по Приказу Минздрава России о внедрении стандартизации, должны быть созданы определенные структуры по управлению качеством медицинской помощи.

Вопросы улучшения качества медицинской помощи в России являются одними из наиболее актуальных и дискуссионных из-за отсутствия единого подхода к управлению качеством. Возникла необходимость в разработке единой концепции качества медицинской помощи. Заслуживает внимания методология управления качеством, успешно используемая в других странах, адаптированная и апробированная на отдельных российских территориях.

На основе этой методологии в течение трех лет в России в рамках приоритетного направления "Доступность качественной медицинской помощи" Комитета по здравоохранению российско-американской Межправительственной комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству на базах Тверской и Тульской областей проводились работы по улучшению качества медицинской помощи. Координатором данного проекта со стороны России был федеральный научно-методический Центр по управлению качеством ЦНИИОИЗ МЗ РФ.

Целью проекта было адаптирование и развитие методологии управления качеством медицинской помощи для России. В результате работы в рамках выбранных клинических проблем и служб здравоохранения были проведены изменения в системе оказания медицинской помощи. Разработаны индикаторы, для мониторинга изменений системы, процессов оказания медицинской помощи и ее качественных показателей.

Так, изменение системы родовспоможения, которое включало разработку и введение в практику клинико-организационного руководства по ведению женщин с гипертонией, вызванной беременностью (ГВБ), привело к положительным результатам. Не было зарегистрировано ни одного случая развития эклампсии у женщин, проходивших лечение по поводу ГВБ. Ведение и лечение таких пациенток проводилось строго по протоколу в условиях измененной системы оказания медицинской помощи беременным. Снизилось число случаев осложнений у новорожденных, чьи матери имели диагноз ГВБ. Изменение практики оказания медицинской помощи женщинам с ГВБ показало, что отсутствие единых критериев в постановке диагноза вело к гипердиагностике, излишним затратам на госпитализацию, лечение и наблюдение. Рациональное использование лекарственной терапии, то есть переход (на основе данных доказательной медицины) от традиционной полипрагмазии к монотерапии, не только улучшил исход заболеваний, но и способствовал уменьшению экономических затрат. В целом, затраты на оказание медицинской помощи беременным женщинам с ГВБ сократились на 87%, в том числе только на госпитализацию - на 77%.

Реализация проекта по улучшению качества медицинской помощи больным артериальной гипертензией (АГ) в областях также успешно отразилась на результатах. Улучшение системы оказания медицинской помощи врачом общей практики больным артериальной гипертензией позволило не только изменить организацию и тактику медицинской помощи, но и развить профилактическую деятельность, разработать и внедрить скрининговые и оздоровительные программы. В результате число впервые выявленных больных с артериальной гипертензией возросло, при этом 24% составили больные с первой стадией заболевания, что является одним из наиболее показательных индикаторов улучшения качества медицинской помощи. Наряду с этим было отмечено снижение числа гипертонических кризов у больных АГ, находящихся под наблюдением врача общей практики на 87%, а также числа госпитализаций. Каждый десятый больной (10%) изменил образ жизни, отказавшись от вредных привычек (курения, избыточного потребления соли), снизил вес и т.д., что является надежным критерием деятельности профилактических программ.

Успех проекта по улучшению качества медицинской помощи был обеспечен, на наш взгляд, усовершенствованной и адаптированной для условий России методологией управления качеством медицинской помощи, успешно применяемой и в других странах.

Основой методологии управления качеством медицинской помощи являются четыре принципа:

Удовлетворение потребностей и ожиданий внешнего потребителя (пациента) и внутреннего (медицинского работника) - необходимо выяснить, что нужно потребителю, чего он хочет и чего ожидает от медицинской помощи. Именно ожидания и удовлетворенность потребителя заставляют изменить всю систему оказания медицинской помощи и построить ее в соответствии с этими ожиданиями, что позволяет правильно оценить направление в поиске улучшения качества медицинской помощи.

Системный подход. Работу системы здравоохранения можно представить как совокупность подсистем и происходящих в них процессов. Поэтому для получения лучших результатов медицинской помощи необходимо провести анализ системы, определить приоритетные проблемы и найти возможные решения по ее изменению.

Работа в рабочих группах (командах) позволяет объединить представителей различных сторон медицинской помощи: пациентов и представителей всех процессов ее оказания, фармацевтических фирм и должностных лиц здравоохранения. Включение их в команду позволяет использовать глубокие детальные знания каждого о соответствующем элементе системы, что является принципиально важным для нахождения оптимального решения изменения системы в целом и ее процессов.

Научная методология - позволяет на основе данных выбрать приоритетную проблему, оценить ее размеры и значимость, разработать план действий, включающий преобразование процессов системы и самой системы; поставить эксперимент для проверки правильности намеченных изменений, оценить результаты эксперимента, внедрить в практику здравоохранения изменения, приведшие к улучшению качества.

Фундаментальное понятие, лежащее в основе современного понимания улучшения - это изменение существующей системы. Результаты деятельности любой системы определяются ее построением и функционированием. Согласно этому понятию, если мы будем продолжать работать, как и работаем, то мы можем рассчитывать на получение только таких результатов, которые мы имеем сейчас. Для того, чтобы добиться других - лучших - результатов, мы должны изменить нашу систему.

Результаты работы в областях, основанной на применении методологии управления качеством медицинской помощи, доказали правильность совмещения методологии УК, традиционных путей внедрения новых клинических технологий в практику и принципов доказательной медицины.

Методология улучшения качества является многоэтапной и включает в себя: определение проблемы, анализ системы, разработку плана действий, апробирование внесенных изменений в пилотных учреждениях, и внедрение в практику здравоохранения.

На практике для осуществления изменений системы оказания медицинской помощи, разработки и внедрения клинико-организационных руководств (как документов, закрепивших организационные и клинические изменения в медицинской помощи) согласно методологии необходимо:

изучить существующую систему оказания медицинской помощи;

на каждом этапе процесса оказания медицинской помощи четко определить клиническое и организационное содержание проблемы (если проблема существует);

собрать литературные данные доказательной медицины по клинической проблеме;

обновить клиническое содержание руководства в соответствии с новыми знаниями доказательной медицины;

внести изменения в систему оказания медицинской помощи для обеспечения возможности выполнения новой клинической технологии;

разработать индикаторы для проверки изменений в клинической практике и в системе оказания медицинской помощи;

Высокий уровень технологий оказания медицинской помощи в мировой практике, функционирование и развитие института доказательной медицины, требуют пересмотра акцентов в формировании политики качества в российском здравоохранении.

Качество медицинской помощи определяется, прежде всего, системой организации здравоохранения в целом и каждой его отраслью в отдельности. Функционирование системы здравоохранения определяется законодательными и нормативными документами.

Как показала практика, сегодня многие нормативные и методические документы не отвечают современным научным и практическим представлениям в медицине. С развитием доказательной медицины становится очевидным, что многие клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи требуют пересмотра законодательных и регулирующих механизмов.

Система здравоохранения, функционирующая сегодня, нуждается не только в новых концептуальных подходах, но и в комплексных преобразованиях. Качество медицинской помощи является интегрирующей оценкой системы здравоохранения, и напрямую отражает ее функционирование.

В улучшении качества медицинской помощи заинтересованы как население, так и правительство, руководители исполнительной власти, представители министерства здравоохранения, работодатели и медицинские работники. Следовательно, только государственный и межотраслевой подход к формированию политики качества медицинской помощи позволит обеспечить его высокое качество.

Эффективность и четкость функционирования всех звеньев механизма улучшения качества медицинской помощи возможны только при согласованном их взаимодействии. Поэтому руководящие органы здравоохранения федерального и территориального уровней, врачебные ассоциации, страховые медицинские организации, учебные заведения, осуществляющие подготовку и последипломное обучение медицинских кадров, медицинские учреждения, непосредственно оказывающие медицинскую помощь, должны руководствоваться единой стратегией улучшения качества медицинской помощи. Для этого необходима разработка комплексной программы управления качеством медицинской помощи и ее выполнение с четким разграничением обязанностей и ответственности.

Опыт применения методологии управления качеством медицинской помощи в Ульяновской области, позволил сделать заключение о том, что использование данной методологии должно стать неотъемлемой частью концепции управления качеством в здравоохранении.

## 2. Механизмы реализации основных направлений в управлении качеством медицинской помощи

С целью активизации работ по проблеме качества медицинской помощи предлагается:

Разработать и утвердить Концепцию качества здравоохранения на уровне субъекта Федерации. Целью концепции считать обоснование создания системы качества, направленной на удовлетворение потребностей и ожиданий потребителей медицинской помощи.

Основными задачами принять:

разработку идеологии управления качеством медицинской помощи;

разработку научно обоснованных рекомендаций по проблеме улучшения качества медицинской помощи.

Разработать типовую модель системы управления качеством медицинской помощи на уровне субъекта Федерации.

Создать на территориальном уровне при департаментах здравоохранения Координационные Советы по управлению качеством медицинской помощи.

Преобразовать или сформировать на уровне ЛПУ структуры по управлению качеством медицинской помощи, возможно в виде Совета по качеству, возглавляемого заместителем главного врача.

Определить модель взаимодействия страховых медицинских организаций и фондов ОМС с департаментами здравоохранения и ЛПУ в области качества здравоохранения.

Определить роль, функции и перспективы развития Центров доказательной медицины.

Изменить систему обучения вопросам качества медицинской помощи в системе дипломного и постдипломного образования для внедрения современной теории управления качеством - включить курс "Улучшение качества" в программу обучения.

В целях координации работ по улучшению качества медицинской помощи в Российской Федерации создать при Министерстве здравоохранения структуру по проведению перечисленных выше работ - Национальный Совет по проблеме качества медицинской помощи.

Придать статус исполнительного органа Национального Совета - федеральному Научно-методическому центру по управлению качеством медицинской помощи:

необходимо поддержать и усилить Центр для четкого эффективного функционирования всех структур системы управления качеством медицинской помощи

Центру обеспечить научно-методическое руководство для субъектов Федерации по вопросам управления качеством в реализации приоритетных направлений Концепции развития здравоохранения.

Разработать единое информационное пространство по вопросам качества медицинской помощи для всех субъектов Российской Федерации.

Обеспечить законодательную поддержку политики качества медицинской помощи.

## 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.

## 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.
2. 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.
3. Лисицин Ю.П., Отдельнова К.А. К вопросу о критериях качества медицинской помощи. // Ж. Здравоохранение. 2000 г., № 11, с. 36.
4. Кучеренко В.З., Мыльникова И.С. К оценке качества медицинской помощи в новых условиях хозяйствования. // Ж. Здравоохранение Российской Федерации. 2001 г., № 3, с. 58.
5. Сафонов А.Г., Логинова Е.А. Стационарная медицинская помощь (основы организации). М., 2003 г., с. 180-196.