**Общественный Совет при государственном учреждении здравоохранения «Городская больница № 7 г. Тулы»**

Протокол

«30» октября 2020 г. № 10

Председатель Совета: Кошелев Владимир Владимирович – председатель Совета ветеранов ПАО «Тульский оружейный завод»

Секретарь Семенова Елена Борисовна – юрисконсульт ГУЗ «Городская больница № 7 г. Тулы»

Члены Совета:

- Денисова Татьяна Яковлевна – Заместитель председателя Совета ветеранов ПАО «Тульский оружейный завод», председатель комиссии по здравоохранению и отдыху, председатель первичной организации Общества инвалидов Советского района г. Тулы;

- Зиновьев Вячеслав Алексеевич – председатель первичной профсоюзной организации ТулаТОЧМАШ;

- Скорых Вячеслав Петрович – директор ООО «СКАФ».

Повестка:

**1. Анализ показателей работы ГУЗ «Городская больница № 7 г. Тулы»**

**Новичков Геннадий Михайлович** –заместитель главного врача по лечебной работе ГУЗ «Городская больница № 7 г. Тулы».

Система показателей разрабатывается в каждой организации и отражает ее специфику и приоритеты. Для этого в учреждении формируется оптимальная организационная структура, в наибольшей степени приспособленная к решению стратегических задач и реализации функциональных стратегий. Особое место занимает оценка ресурсного обеспечения , поэтому важным моментом в сфере улучшения качества и минимизации затрат является оценка так называемой функции потерь. Согласно Г. Тагути, характеристикой качества являются затраты и потери, возникающие в результате любого отклонения от необходимого качества. Г. Тагути определяет потери как функцию коэффициента потерь, умноженного на квадрат разности между необходимым и полученным уровнем качества. При этом потери качества растут в квадратичной зависимости по мере отклонения полученных значений качества от необходимых показателей. Например, потери по времени обслуживания пациента в 2 раза приводят к 4-кратному росту затрат на МП за счет возможных осложнений. Стоимость профилактики дефектов составляет в общей стоимости услуг 25%, а доля стоимости устранения последствий дефектов достигает около 3/4 стоимости услуг. В мировой практике за эталонный целевой стандарт качества принимаются верхняя и нижняя границы допуска для каждого показателя, находящиеся на расстоянии ± 6 δ от среднего значения .

В современных условиях система управления качеством в здравоохранении ориентирована на разработку и утверждение стандартов (в том числе протоколов ведения больных), охватывающих как основные виды деятельности, так и работу обеспечивающих служб, а также на создание системы разрешительных и контрольных механизмов, поиск мер устранения и предупреждения дефектов.

Считается, что повышение качества МП неизбежно требует дополнительных затрат времени, усилий и ресурсов. Однако привлечение дополнительных ресурсов вовсе не гарантирует повышение КМП. В то же время внедрение стандартов может привести к «выравниванию» качества и минимизации расходов. Повышение качества МП (на первом этапе – правильная диагностика) способствует росту эффективности, сокращению сроков лечения, снижению частоты повторных госпитализаций и осложнений, что существенно уменьшает расходы на здравоохранение.

С развитием доказательной медицины становится очевидным, что многие клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи требуют пересмотра законодательных и регулирующих механизмов, в том числе в нашей республике. В первую очередь необходима многоуровневая система управления, оценки и мониторинга качества и экспертизы медицинской помощи, увязанная с системой мониторинга ресурсов, затрачиваемых на ее оказание, в качестве которой может выступать система национальных счетов. Важное значение имеет создание института стандартизации медицинской помощи, осуществляемой на основании клинических руководств, протоколов ведения больных, стандартов диагностики и лечения, имеющих соответствующий правовой статус.

Создание и тиражирование по регионам республики центров высокотехнологичных видов медицинской помощи, несомненно, способствует повышению качества МП и формированию у населения и медработников мнения относительно того, каким должен быть уровень медицинского обслуживания, включая медицинский сервис. Однако не следует забывать, что в центрах высокотехнологичных видов МП оказывается менее 1% объема медицинской помощи и медицинских услуг, а в обычной поликлинике, стационаре и даже в клинической больнице качество медицинской помощи, мягко говоря, оставляет желать лучшего. О медицинском сервисе и говорить не приходится.

В связи с этим целесообразно сформировать несколько образцовых организаций здравоохранения (поликлиник, стационаров, клинических больниц), в которых будет решен вопрос качества медицинской помощи и медицинского сервиса с требуемым оснащением современным оборудованием и которые будут укомплектованы хорошо оплачиваемыми, аттестованными медицинскими работниками высокой квалификации и профессиональной культуры.

Крайне важным для создания системы оказания качественной МП является внедрение в республике обязательного медицинского страхования (страхования финансовых рисков, связанных с оказанием МП). В настоящее время Беларусь осталась одной из немногих стран мира, где отсутствует система ОМС (среди развитых стран – наверное, единственной). А между тем внедрение системы ОМС – естественный и эволюционный процесс развития здравоохранения во всех социально ориентированных странах, не только позволяющий повысить качество МП посредством системы независимой экспертизы, но и способствующий притоку дополнительных финансовых средств в здравоохранение, конкуренции среди медицинских организаций, формированию рынка медицинских услуг, сокращению удельных расходов на оказание медицинской помощи, внедрению новых медицинских технологий, стандартизации здравоохранения и реальному использованию на практике стандартов и протоколов лечения.

Общие сведения об учреждении содержатся в статистической отчетной форме № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».

1. Общие показатели.

1.1 Одним из показателей, характеризующих доступность медицинской помощи населению, является обеспеченность населения [медицинскими кадрами](https://studopedia.ru/9_131867_obespechennost-meditsinskimi-kadrami.html). Расчет показателя проводится на 10 тысяч человек населения, обслуживаемого данным ЛПУ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Обеспеченность населения врачами | = |   Число врачей в ЛПУ | ´ 10 000 |
| Численность населения, обслуживаемого данным ЛПУ на конец года |  |  |  |

Расчет показателя проводится по каждой врачебной специальности и в целом по ЛПУ, а также отдельно по стационару и поликлинике.

1.2 Укомплектованность учреждения медицинским персоналом характеризуется соотношением занятых и штатных должностей в процентном выражении. Показатель рассчитывается отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, по различным специальностям медицинских работников, а также для ЛПУ в целом или отдельно для поликлиники и стационара.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Укомплектованность штатных должностей | = | Число занятых должностей | ´100% |
| Число штатных должностей |  |  |  |

1.3 Коэффициент совместительства характеризует объем занимаемых должностей одним физическим лицом. Показатель рассчитывается для врачей, среднего и [младшего медицинского персонала](https://studopedia.ru/13_8216_mladshiy-meditsinskiy-personal.html), по различным специальностям медицинских работников, а также для ЛПУ в целом или отдельно для поликлиники и стационара.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Коэффициент совместительства терапевтов в поликлинике | = | Число занятых должностей терапевтов в поликлинике\* |
| Число физических лиц терапевтов в поликлинике\* |  |  |

1.4 Структура медицинского персонала. Расчет структуры медицинских работников обычно проводится по занятым должностям, но иногда этот показатель вычисляют по физическим лицам

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Удельный вес занятых врачебных должностей | = | Число занятых врачебных должностей | ´100% |
| Всего занятых должностей медицинских работников |  |  |  |

1.5 Квалификация медицинского персонала анализируется по форме № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах»: удельный вес имеющих высшую, первую и вторую категорию, имеющих сертификат в %

2. Поликлиника

2.1 Основным показателем оценки объема [амбулаторно-поликлинической помощи](https://studopedia.ru/2_125712_ambulatorno-poliklinicheskaya-meditsinskaya-pomoshch.html), оказываемой населению, является число посещений выполненных на 1 жителя за год.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число посещений на одного жителя | = | Число посещений врачей в поликлинике + + Число посещений врачами на дому |
| Среднегодовая численность населения, прикрепленного к данной поликлинике |  |  |

Для планирования и оценки выполнения норматива по посещениям необходимо сопоставлять фактические показатели посещений с нормативными.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Выполнение норматива посещений | = | Фактическое число посещений врачей в поликлинике и на дому на 1000 человек | ´100% |
| Нормативное число посещений врачей в поликлинике и на дому на 1000 человек |  |  |  |

2.2. Необходимость оценить посещения по их цели.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Удельный вес посещений по поводу заболеваний | = | Число посещений врачей по поводу заболеваний | ´100% |
| Всего посещений врачей |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   Удельный вес профилактических посещений |   = | Всего посещений врачей — — Число посещений врачей по поводу заболеваний |   ´100% |
| Всего посещений врачей |  |  |  |

2.3. Нагрузка на врача – функция врачебной должности в год.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нагрузка на одного врача поликлиники (консультации) | = | Число посещений врачей поликлиники (консультации) + + Число посещений врачами на дому |
| Число занятых врачебных должностей в поликлинике (консультации) |  |  |

2.4. Профилактическая работа. Для характеристики организации профилактической работы поликлиники основным показателем является охват профилактическими осмотрами, который должен стремиться к 100%.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Охват профилактическими осмотрами   | =   | Всего осмотрено профилактически | ´100%   |
| Число подлежавших профилактическим осмотрам |  |  |  |

Обязательно оценивается охват целевыми профилактическими осмотрами, например на [туберкулез](https://studopedia.ru/10_2855_tuberkulez.html):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Охват осмотрами с целью выявления больных туберкулезом | = | Всего осмотрено с целью выявления больных туберкулезом | ´100% |
| Среднегодовая численность прикрепленного населения |  |  |  |

2.5. Диспансерное наблюдение за хроническими больными - охват [диспансерным наблюдением](https://studopedia.ru/15_119874_dispansernoe-nablyudenie.html).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Охват диспансерным наблюдением больных сахарным диабетом | = | Состоит под диспансерным наблюдением больных сахарным диабетом на конец года | ´100% |
| Всего зарегистрировано заболеваний сахарным диабетом |  |  |  |

3. Стационар

Сведения о деятельности стационара и составе больных находятся в формах № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» и № 14 «Сведения о деятельности стационара».

3.1 Обеспеченность населения больничными койками всего по больнице и по всем профилям коек

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Обеспеченность населения койками | = | Число коек в стационаре | ´10000 |
| Численность населения на конец года |  |  |  |

3.2 Уровень госпитализации на 1000 человек населения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уровень госпитализации на 1000 человек | = | Поступило больных в стационар | ´1000 |
| Среднегодовая численность населения |  |  |  |

Вычисляется уровень госпитализации по всем профилям коек и сравнивается с нормативом по программа госгарантий.

Уровень госпитализации можно рассчитать по отдельным заболеваниям, в связи с которыми проводилось [стационарное лечение](https://studopedia.ru/13_113225_statsionarnoe-lechenie.html)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уровень госпитализации детей в связи с инфекционными и паразитарными заболеваниями | = | Выписано детей, лечившихся по поводу инфекционных и паразитарных заболеваний | ´1000 |
| Среднегодовая численность детского населения |  |  |  |

3.3 Показатели, характеризующие использование коечного фонда: работа койки (или среднее число дней занятости койки в году),

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Работа койки | = | Число койко-дней, проведенных больными в стационаре |
| Число среднегодовых коек, фактически развернутых и свернутых на ремонт |  |  |

оборот койки,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Оборот койки | = | Число пользованных больных\* |
| Среднегодовое число коек |  |  |

\* пользованные больные это сумма поступивших, выбывших и умерших деленная на 2 средняя длительность пребывания в стационаре,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Средняя длительность пребывания больного на койке | = | Всего проведено койко-дней в стационаре |
| Число пользованных больных |  |  |

среднее время простоя койки

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Среднее время простоя койки | = | 365 (число дней в году) — Работа койки\* |
| Оборот койки\* |  |  |

\* показатели, рассчитанные по формулам, приведенным выше

Эти показатели рассчитываются по каждому профилю коек.

3.4 Больничная летальность рассчитывается в целом по больнице и по каждому профилю.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Больничная летальность | = | Число умерших в стационаре (в целом или на койках отдельного профиля) | ´100 |
| Число больных, выбывших из стационара (в целом или по койкам отдельного профиля)\* |  |  |  |

\* число выбывших больных является суммой выписанных из стационара и умерших в стационаре

Больничную летальность можно рассчитать по отдельной причине смерти.

3.5 ­Хирургическая активность в стационаре ([хирургическом отделении](https://studopedia.ru/13_22023_hirurgicheskoe-otdelenie.html)) характеризуется следующим показателем

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Число оперированных на 100 лиц, выбывших из стационара | = | Всего операций, проведенных в стационаре (отделении)\* | ´100 |
| Число лиц, выписанных и умерших в стационаре (отделении)\*\* |  |  |  |

3.6 Хирургическую активность врачей хирургического профиля можно оценить по показателю числа операций на 1 должность врача.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число операций на одного врача хирургического профиля | =   | Всего операций, проведенных в стационаре\* |
| Число занятых должностей врачей хирургического профиля в стационаре\*\* |  |  |

3.7 Послеоперационная летальность всего и по каждому виду операций:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Летальность оперированных | = | Число умерших после операций | ´100 |
| Всего оперировано больных в стационаре\* |  |  |  |

\* – при расчете показателя летальности оперированных по отдельным наименованиям операций в знаменателе используются данные не об оперированных, а о числе операций.

3.8 Структура оперативных вмешательств – [удельный вес](https://studopedia.ru/3_124651_udelniy-ves.html) каждого вида операций в %.

Председатель

Общественного Совета В.В. Кошелев