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

Протокол

«27» марта 2020 г. № 3

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

Секретарь Совета: Семенова Елена Борисовна - юрисконсульт ГУЗ «ГБ № 7 г. Тулы»

Члены Совета:

- Денисова Татьяна Яковлевна - заместитель председателя Совета ветеранов ОАО «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. Доступность и качество оказания медицинской помощи в медицинских организациях**

Докладчики

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

Ельтищева Елена Николаевна – заместитель главного врача по ПР ГУЗ «Городская больница №7 г. Тулы»

По первому вопросу.

Под качеством медицинской помощи (КМП) обычно понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки, а доступность медицинской помощи – это реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания. Иными словами, качественная медицинская помощь – это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской помощи (протоколов ведения больных), условиям договора или обычно предъявляемым требованиям.

К основным критериям КМП принято относить следующие ее характеристики:

1. Доступность медицинской помощи — это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Доступность медицинской помощи, декларируемая в конституциях различных стран, регламентируется национальными нормативно-правовыми актами (НПА), определяющими порядок и объемы оказания бесплатной медицинской помощи, и обусловлена рядом объективных факторов: сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, наличием на конкретных территориях необходимых медицинских технологий, возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации, имеющимися транспортными возможностями, обеспечивающими своевременное получение медицинской помощи, уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

Таким образом, доступность медицинской помощи является важнейшим условием оказания медицинской помощи населению во всех странах мира, отражающим как экономические возможности государства в целом, так и возможности конкретного человека. Нигде не обеспечивается всеобщий, равный и неограниченный доступ ко всем видам медицинских услуг. Считается, что выходом из такой ситуации является сокращение расходов на неэффективные виды медицинских вмешательств и концентрация усилий на предоставлении равного доступа гражданам к самым эффективным медицинским услугам. Этот подход к справедливому использованию ограниченных ресурсов называется рационированием и практикуется в разной степени во всех государствах мира. В бедных странах рационирование открытое и повсеместное, затрагивает почти все виды медицинской помощи, в экономически богатых странах оно обычно ограничено дорогостоящими видами помощи или отдельными группами граждан. Кроме того, во многих государствах имеется скрытое рационирование: очереди, из-за которых невозможно получить лечение в разумные сроки, бюрократические препоны, исключение отдельных видов лечения из списка бесплатных услуг и др.

Готовность общества повышать доступность медицинской помощи во многом зависит от экономического состояния страны. Но ни одна страна не может расходовать на здоровье граждан более 15% ВВП, так как эти расходы негативно отразятся на ценах производимых товаров, которые могут потерять конкурентоспособность. Поэтому признание ограниченности ресурсов, используемых для оказания медицинской помощи, является фундаментальным для понимания возможностей медицины в обществе. Важно, чтобы рационирование при распределении средств в системе оказания медицинской помощи было эффективным, справедливым, профессиональным и гарантировало возможность получения качественной МП.

Механизмом, в значительной степени реализующим право на доступность медицинской помощи, является ее стандартизация. Медицинские стандарты (протоколы ведения больных) составляются с пониманием ограниченности средств и особенностей оказания помощи в различных лечебно-профилактических организациях, поэтому в них закладывается минимальный уровень необходимой помощи. Иногда это входит в противоречие с целью оказания технологически «современной» помощи. По мнению В. В. Власова, доступность медицинской помощи может реализоваться путем разделения требований на минимальные (обязательные) и требования оптимальной помощи, выполняемые по мере необходимости (медицинским показаниям) и включающие дорогостоящие виды помощи. Однако второй путь, закрепляющий в рекомендациях (стандартах) дорогостоящие высокотехнологичные виды медицинской помощи, снижает ее доступность.

2. Адекватность. По мнению экспертов, адекватность медицинской помощи — показатель соответствия технологии медицинского обслуживания потребностям и ожиданиям населения в рамках приемлемого для пациента качества жизни. По мнению ряда авторов, адекватность включает характеристики доступности и своевременности медицинской помощи, которая понимается как возможность получения потребителем необходимой ему помощи в нужное время, в удобном для него месте, в достаточном объеме и с приемлемыми затратами.

3. Преемственность и непрерывность медицинской помощи – это координация деятельности в процессе оказания пациенту медицинской помощи в разное время, различными специалистами и лечебными учреждениями. Преемственность при оказании медицинской помощи в значительной степени обеспечивается стандартными требованиями к медицинской документации, техническому оснащению, процессу и персоналу. Такая координация деятельности медработников гарантирует стабильность процесса лечения и его результата.

4. Эффективность и действенность — соответствие фактически оказанной медицинской помощи оптимальному для конкретных условий результату. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, т. е. соответствовать стандартам качества и нормам этики. Оптимальная медицинская помощь – это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения.

5. Ориентированность на пациента, его удовлетворенность означает участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами. Этот критерий отражает права пациентов не только на качественную медицинскую помощь, но и на внимательное и чуткое отношение медперсонала и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдение других прав пациентов.

6. Безопасность процесса лечения — критерий гарантии безопасности для жизни и здоровья пациента и отсутствия вредных воздействий на больного и врача в конкретном медицинском учреждении с учетом санитарно-эпидемиологической безопасности.

Безопасность и эффективность лечения конкретного пациента в значительной мере зависят от полноты информации, которой располагает лечащий врач. Поэтому безопасность процесса лечения, как и другие критерии, зависит от стандартизации процесса лечения и подготовки врача. Например, в США в программу обучения врачей, медицинских сестер и фармацевтов включены тренинг по предотвращению медицинских ошибок, ориентация на оказание качественной медицинской помощи, а также тестирование специалистов здравоохранения на уровень их профессионализма.

7. Своевременность медицинской помощи: оказание медицинской помощи по мере необходимости, т.е. по медицинским показаниям, быстро и при отсутствии очередности. Своевременность оказания помощи конкретизирует и дополняет критерий ее доступности и в значительной степени обеспечивается высокоэффективными диагностическими процедурами, позволяющими своевременно начать лечение, высоким уровнем подготовки врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и установлением требований к медицинской документации.

8. Отсутствие (минимизация) врачебных ошибок, затрудняющих выздоровление или увеличивающих риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, а также повышающих риск возникновения нового. Эта составляющая качественной медицинской помощи напрямую зависит от уровня подготовки врача, использования современных диагностических и лечебных технологий, а также установления критериев квалификации на конкретном рабочем месте в форме инструкций, лицензий, аккредитаций и обеспечения санитарно-гигиенических и метрологических требований.

9. Научно-технический уровень. Важнейшим компонентом качества медицинской помощи является научно-технический уровень применяемых методов лечения, диагностики и профилактики, что позволяет оценить степень полноты оказания помощи с учетом современных достижений в области медицинских знаний и технологий. Эта характеристика КМП иногда включается в критерий адекватности.

Несмотря на закрепленное в конституциях многих стран право на доступную и качественную медицинскую помощь, механизмы реализации этого права в разных государствах различаются, что во многом зависит от типа действующей системы здравоохранения. В большинстве стран основными механизмами, обеспечивающими доступность и надлежащее качество медицинской помощи, являются нормативно-правовая база отрасли, регламентирующая оказание, управление и контроль медицинской помощи; стандартизация отрасли, осуществляемая посредством нормативно-технических документов, и система экспертизы.

Очевидно, что эффективное управление качеством медицинской помощи невозможно без создания нормативно-правовой базы, регламентирующей МП на всех уровнях ее оказания. Нормативно-правовая база отрасли – это система взаимоувязанных НПА от закона до нормативно-технического документа, обязательных к исполнению всеми учреждениями здравоохранения независимо от формы собственности и регламентирующих правовые основы оказания медицинской помощи, ее качества, доступности и контроля. В каждой стране нормативно-правовая база отрасли формируется с учетом национальных традиций оказания медицинской помощи.

Стандартизация отрасли. Анализ зарубежного опыта свидетельствует об эффективности использования медицинских стандартов в сфере медицинских услуг как нормативного обеспечения гарантий качества и основного ресурсосберегающего инструмента, обеспечивающего качество медицинской помощи и защиту прав пациентов. Стандарты выступают в качестве важнейшего научно обоснованного механизма, позволяющего принимать решения об общедоступности или ограничении доступности тех или иных медицинских вмешательств. За последние 10—15 лет в экономически развитых странах созданы соответствующие отраслевые нормативно-правовая база и организационные структуры, обеспечивающие деятельность учреждений здравоохранения и медицинских работников в рамках профессиональных стандартов и доказательной медицины.

Мировое признание получил подход к обеспечению и оценке качества медицинской помощи, основанный на триаде A. Donabedian:

1) ресурсы (или структура), включающие оценку стандартов ресурсной базы (кадров, оборудования и медицинской техники; материально-технические условия пребывания больных и работы медицинского персонала);

2) процесс (или технологии), включающий стандарты технологий лечения, диагностики, профилактики;

3) результаты (или исходы), включающие стандарты результатов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации, обучения и т.д.

В конечном итоге системная стандартизация в сфере здравоохранения направлена на создание и совершенствование нормативного регулирования отрасли, обеспечивающего доступность и гарантию высокого качества медицинской помощи по следующим основным направлениям стандартизации:

— медицинские технологии;

— санитарно-гигиенические технологии;

— образовательные стандарты;

— организационные и управленческие технологии;

— информационные технологии;

— технологии обращения лекарственных средств;

— технологии, регламентирующие вопросы метрологии и медицинской техники.

Основой создания системы обеспечения, оценки и контроля качества медицинской помощи во всех странах является стандартизация организации лечебно-диагностического процесса. Создание и внедрение в каждом ЛПУ системы, обеспечивающей надлежащий уровень медицинских услуг, включает следующие основные этапы: внедрение стандартов оказания медицинской помощи; лицензирование медицинской деятельности; сертификация медицинских услуг; лицензирование и аккредитация медицинских организаций; аттестация и сертификация специалистов; создание материально-технической базы, позволяющей выполнять стандарты медицинской помощи.

Разработка непрерывно обновляющихся стандартов в сфере медицины во всем мире осуществляется на основе баланса «затраты / эффективность», исходя из реальной ситуации, поэтому клинико-экономические исследования являются важнейшей составляющей современной системы управления качеством медицинской помощи, определяющей тенденции развития рынка медицинских услуг и позволяющей оптимизировать планирование ресурсного обеспечения здравоохранения.

Действующая в ряде стран система клинико-экономических стандартов включает методику комплексной оценки КМП по критериям минимизации ошибок и оптимального использования ресурсов. Другими словами, медицинская помощь надлежащего качества оказывается квалифицированным врачом в соответствии с территориальными стандартами медицинской помощи и выражается в отсутствии врачебных ошибок.

Таким образом, стандарт медицинской помощи — это нормативный документ, устанавливающий требования к процессу оказания МП при конкретном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретной системы медицинской помощи, обеспечивающий ее надлежащее качество.

Медицинские технологии (МТ) наряду со стандартами играют важную роль в системе повышения КМП, так как обновление стандартов происходит при совершенствовании и внедрении в практику новых МТ. Поскольку МТ требуют оценки и регистрации, в каждой стране существуют свои технологии и организации, обеспечивающие их внедрение в практику. К международным организациям по оценке медицинских технологий относятся INAHTA – Международная сеть агентств по оценке медицинских технологий и HTAI – общественная организация оценки технологий здравоохранения.

В России оценкой МТ и стандартов занимаются межрегиональная организация «Общество фармакоэкономических исследований» и Общество специалистов доказательной медицины, Технический комитет 466 по медицинским технологиям при Федеральном агентстве по техническому регулированию и метрологии, Комитет по этике, Фармкомитет и другие организации.

Медицинские технологии в РФ регистрируются Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и подразделяются на:

• зарегистрированные в Государственном Реестре новых медицинских технологий МЗ РФ;

• утвержденные методическими рекомендациями МЗ РФ;

• утвержденные письмами МЗ РФ;

• утвержденные приказами МЗ РФ;

• утвержденные действующими решениями съездов врачей специалистов МЗ РФ;

• зарегистрированные как изобретения;

• не зарегистрированные.

Систематизация, оценка и регистрация МТ создают предпосылки для унификации стандартов лечения. В некоторых странах помимо стандартов лечения разработаны и используются медико-экономические стандарты, клинические руководства, протоколы диагностики и лечения.

Кроме того, имеется определенная правовая коллизия в понимании обязательности использования стандартов лечения. С точки зрения закона «О техническом нормировании и стандартизации» стандарты используются добровольно, а с точки зрения НПА, утверждаемого приказом МЗ, их исполнение обязательно. В РФ для устранения подобной коллизии приняли поправку в Федеральный закон «О техническом регулировании», в котором отмечено, что этот закон не регулирует отношения, связанные с профилактикой и оказанием МП.

Экспертиза и контроль качества медицинской помощи. Экспертиза является обязательным условием и основным механизмом обеспечения и контроля качества МП. Экспертиза КМП проводится на различных уровнях системы здравоохранения и регламентируется специальными НПА. Любая экспертиза направлена на исключение или выявление врачебной ошибки и дефектов оказания медицинской помощи.

Под дефектом оказания МП понимают ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания медпомощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства.

Близким и, по сути, идентичным понятием по отношению к дефектам оказания МП является ятрогения. Ятрогения (ятрогенная патология) – это дефект оказания медицинской помощи, выраженный в виде нового заболевания или патологического процесса, возникшего в результате как правомерного, так и неправомерного осуществления профилактических, диагностических, реанимационных, лечебных и реабилитационных медицинских мероприятий (манипуляций).

Различают следующие дефекты медицинской помощи, являющиеся прямым следствием медицинского вмешательства:

1) умышленные ятрогении (умышленный дефект) – дефекты оказания МП, связанные с умышленным преступлением;

2) неосторожные ятрогенные (неосторожный дефект) – дефекты оказания МП, содержащие признаки неосторожного преступления;

3) ошибочные ятрогении (медицинская ошибка) – дефекты оказания МП, связанные с добросовестным заблуждением медицинского работника, не содержащие признаков умысла или неосторожности;

4) случайные ятрогении (несчастный случай) – дефекты оказания МП, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств при правомерных действиях медицинских работников.

В медицинской и юридической литературе содержится более 60 определений медицинской ошибки, в то время как в законодательных актах многих стран это понятие отсутствует. В интегрированном виде медицинская ошибка – это причинение вреда здоровью или жизни пациента, вызванное ошибочным действием или бездействием медицинского работника, характеризующееся его добросовестным заблуждением при надлежащем отношении к профессиональным обязанностям и отсутствием признаков умысла, халатности, небрежности или неосторожности. Другими словами, под врачебной ошибкой понимают добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или результат атипичного течения заболевания либо недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживается элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества.

Различают субъективные и объективные причины медицинских ошибок. К субъективным причинам относят недоучет или переоценку клинических, лабораторных и анамнестических данных, заключений консультантов, недостаточную квалификацию врача, неполноценное и (или) запоздалое обследование больного, недооценку тяжести его состояния. К объективным причинам относят кратковременность пребывания пациента в клинике или позднюю его госпитализацию, тяжесть состояния больного, сложность диагностики из-за атипичности течения болезни и недостаточности сведений о патологическом процессе, недостаток материальных ресурсов и лекарственных средств.

Дефекты качества медицинской помощи. Анализ дефектов КМП обязателен как с точки зрения расследования их причин, так и в связи с необходимостью внедрения в практику страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Согласно данным международной статистики, к наиболее существенным причинам дефектов работы врачей относят недостаточную квалификацию медицинских работников – 24,7%, неполноценное обследование пациентов – 14,7%, невнимательное отношение к больному – 14,1%, недостатки в организации лечебного процесса – 13,8%, недооценку тяжести состояния больного – 2,6%. По данным международной судебной практики, дефекты организации медицинской помощи составляют не менее 20% всех дефектов МП [27]. По данным Американской ассоциации врачей, ежегодно в США по вине медицинских работников умирают более 200 тыс. человек. Приблизительно такое же количество людей умирает от неправильного назначения или побочных действий лекарств. От 3 до 5% поступлений больных в стационары вызвано побочными эффектами лекарственных средств, что в десятки раз больше, чем вследствие ошибок хирургов. В России, по мнению экспертов, каждый третий диагноз ставится неверно.

Экспертиза КМП проводится путем выявления дефектов ее оказания, для доказательства которых изучается прежде всего лицензионная деятельность учреждения и соблюдение стандартов оказания медицинской помощи. Основные методы экспертизы — изучение мнения коллег-экспертов и сравнение медицинской деятельности учреждения с мировой практикой с использованием индикаторов качества оценки правильности действий медицинского персонала.

Н.И. Вишняков и др. предлагают выделять три основных звена системы экспертизы и контроля качества медицинской помощи:

— со стороны производителя медицинских услуг (внутренний контроль качества);

— со стороны потребителя медицинских услуг (потребительский контроль качества);

— со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг (внешний контроль качества).

Ведомственная экспертиза и контроль КМП осуществляются в плановом порядке по распоряжению вышестоящих должностных лиц. Ведомственный контроль качества и эффективности медицинской помощи — основной вид контроля, наиболее приближенный к исполнителям медицинских услуг. Его результаты сопоставляются с данными вневедомственной экспертизы. Показатели качества и эффективности медицинской помощи могут использоваться для дифференцированной оплаты труда медработников.

Для совершенствования системы надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов по КМП российские специалисты рекомендуют создать Центр стандартизации в здравоохранении. В то же время наделять контролирующими функциями орган, внедряющий стандарты, неправомерно. Существует мнение [17], что функции лицензирования, аккредитации и сертификации как составные части единой системы стандартизации в здравоохранении должны быть выведены из ведомственной системы. В настоящее время эти функции рассредоточены по различным структурам, выполняющим лицензионно-аккредитационную деятельность.

Вневедомственная экспертиза и контроль КМП осуществляются на основе оценки ресурсных и кадровых возможностей ЛПУ, применяемых в учреждении технологий, а также показателей объемов и результатов деятельности. Деятельность по экспертизе качества и объемов медицинской помощи осуществляется по инициативе любого участника гражданско-правовых отношений (лицензионно-аккредитационных комиссий, страховых медицинских организаций, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страхователей, профессиональных медицинских ассоциаций, обществ (ассоциаций) защиты прав потребителей и др.).

Основная задача субъектов вневедомственного контроля качества медицинской помощи — организация медицинской и медико-экономической экспертизы с целью обеспечения права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и проверки эффективности использования ресурсов здравоохранения, а также финансовых средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и социального страхования.

Кроме этих видов экспертизы КМП во многих странах эффективно действует система предупредительного контроля, которая является дополнительным механизмом обеспечения надлежащего качества медицинской помощи. Как правило, система предупредительного контроля хорошо разработана в странах с ОМС. В РФ, например, предупредительный контроль осуществляется лицензионно-аккредитационной комиссией перед проведением лицензирования и аккредитации медицинского учреждения или физического лица. Цель предупредительного контроля — оценка возможностей медицинского учреждения или физического лица оказывать заявленные виды медицинской помощи, а также соответствия их деятельности установленным стандартам.

На сегодняшний день критерии КМП, используемые с целью разграничения надлежащей и ненадлежащей медицинской помощи, основательно разработаны только в судебной медицине и в сфере медицинского страхования. С учетом этого назрела необходимость в создании единых подходов к оценке КМП, основанных на общепринятых принципах, критериях и показателях, которые должны содержаться в профессиональных стандартах и законодательно закрепляться.

Общим для всех критериев оценки КМП во всех странах является минимизация ошибок и оптимальное использование финансовых ресурсов при обязательной стандартизации процессов оказания МП. Наиболее объективным (и прямым) критерием КМП остается состояние больного (качество его жизни).

При интегральной оценке КМП принято последовательно рассматривать следующие ее характеристики: результативность лечебного процесса, эффективность оказания медицинской помощи, техническую и технологическую компетентность специалистов, безопасность пациентов и медицинского персонала в процессе проводимых лечебных мероприятий, доступность медицинской помощи и принципы ее оказания. Оценке подлежат также межличностные отношения врача и пациента, непрерывность лечебного процесса, удовлетворенность пациента проводимыми лечебно-профилактическими мероприятиями.

Основные индикаторы качества медицинской помощи. Согласно принятой в РФ терминологии, индикаторы качества медицинской помощи – это численные показатели, используемые для оценки медицинской помощи, косвенно отражающие ее основные составляющие: ресурсы (структура), процессы и результаты. Эти количественные показатели, выражаемые, как правило, в процентах, используют для оценки деятельности ЛПУ, прогнозирования развития практической медицины, а также дифференцированной оплаты труда в зависимости от качества работы. КМП принято рассматривать с позиций:

• качества материально-технической базы ЛПУ и медицинского персонала;

• наличия медицинских технологий с доказанной эффективностью;

• наличия утвержденных технологий выполнения медицинских услуг;

• наличия оптимизированных организационных технологий;

• наличия показателей оценки здоровья пациентов и их оценки в процессе лечения;

• анализа соответствия полученных клинических результатов и произведенных затрат.

Пороговые (целевые) значения индикатора КМП — это интервал значений, установленный как целевой или допустимый (при оценке частоты таких негативных явлений, как осложнения, повторные госпитализации, летальность и др.) по контрольным точкам лечебного процесса. Источниками для установления пороговых значений индикаторов качества служат клинические рекомендации, систематические обзоры, результаты лучших практик, мнения экспертов. Индикатор качества может иметь целевое и фактически достигнутое значение. Отношение фактического значения индикатора качества к целевому значению, выраженное в процентах, называют индексом достижения цели.

Индикаторы ресурсов (структуры) — количественные показатели, используемые для характеристики лиц и организаций, предоставляющих медицинские услуги. Они могут использоваться на любом уровне системы здравоохранения (отрасли, территории, отдельного ЛПУ) и характеризуют следующие направления:

• условия оказания медицинской помощи;

• адекватность финансирования и использования финансовых средств;

• техническую оснащенность и эффективность использования оборудования;

• численность и квалификацию кадров;

• прочие ресурсные компоненты.

Индикаторы медицинских процессов применяются для оценки правильности ведения (лечения) пациентов в определенных клинических ситуациях (при профилактике, диагностике, лечении и реабилитации). Количество выбранных для мониторинга индикаторов качества определяется сложностью задач. Поэтому в развитых странах обычно мониторируют ведение пациентов с заболеваниями, имеющими наибольший вес в структуре смертности.

Индикаторы результатов. Оценка результата представляет собой определение состояния здоровья пациента после лечения и сравнение результатов с эталонными, установленными на основании научных опытов и клинических оценок. Это основные характеристики медицинской помощи, когда ожидаемые результаты сравниваются с реально достигнутыми. В качестве индикаторов результатов чаще всего используются показатели повторной госпитализации и смертности в стационаре.

В странах Евросоюза уже несколько лет действует открытая для общественности система оценки КМП. Ежегодно составляемый рейтинг медицинских учреждений, ранжированный по баллам, позволяет судить о степени открытости национальных систем здравоохранения для потребителей ее услуг. В «Европейском индексе потребителей медицинских услуг-2007» первое место заняла Австрия, которая из 1000 возможных баллов набрала 806. Согласно «Европейскому индексу потребителей медицинских услуг-2007», открытость систем здравоохранения определяют критерии, отражающие, насколько потребитель может реализовывать свои права. Например, в Дании клиникам присваиваются категории различной звездности, как отелям, причем не только за сервис и комфорт, но и за снижение смертности и врачебных ошибок. По качеству лечения впереди оказались Бельгия и Швеция, причем качество лечения оценивалось исключительно в соответствии с интересами пациента – по выживаемости после тяжелой болезни. К критериям качества лечения относятся также младенческая смертность, количество случаев внутрибольничных инфекций и др.. Кроме того, в странах Евросоюза существует общественная организация «Инициативная группа потребителей медицинских услуг», которая оценивает деятельность системы с точки зрения пациентов.

Система здравоохранения с использованием вышеназванных критериев и индикаторов в нашей стране получила бы невысокую оценку. Это связано прежде всего с тем, что, несмотря на декларируемые в основных законах в сфере здравоохранения РБ права пациентов, не всегда отрегулирован механизм их защиты и роль общественных организаций. Кроме того, в республике нет общедоступного квалификационного регистра врачей, клиник. У пациента, получающего медицинскую помощь в государственной системе здравоохранения, отсутствует реальная возможность в досудебном порядке получить компенсацию в случае врачебной ошибки. Существует порядок, ограничивающий возможность пациента обратиться в поликлинике к некоторым узкопрофильным специалистам, минуя терапевта. Это удобно с точки зрения экономии средств поликлинического учреждения, однако ставит пациента в зависимость от компетенции терапевта. Очереди в поликлиниках, отсутствие системы вневедомственной экспертизы КМП и многое другое, в чем можно упрекнуть отечественную систему здравоохранения, лишний раз подчеркивают важность создания системы надлежащего качества медицинской помощи.

Методология управления качеством в здравоохранении. Управление качеством — это не просто оценка конечного результата, а создание специального технологического процесса, обеспечивающего соблюдение определенных требований и норм. Отклонение от технологических условий (или то, что называют дефектами оказания медицинской помощи) зависит не только от исполнителей, но и от системы, в которой они работают.

Каждая страна использует свою методологию управления качеством в здравоохранении, узаконенную в национальных и международных НПА. В РФ, например, создание системы контроля качества в здравоохранении и определение ее правовых основ регламентировано Законом о медицинском страховании (1993), приказами МЗ РФ и ФФОМС о ведомственном и вневедомственном контроле качества (1996), постановлением Правительства о Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (1998), Приказами МЗ РФ «О введении в действие Протоколов ведения больных» (1999), «О введении института уполномоченных по качеству» (2001) и другими документами.

Международный опыт создания системы управления качеством медицинской помощи включает следующие основные организационные задачи:

• межведомственное взаимодействие структур управления, лечебно-профилактических учреждений и учреждений системы медицинского страхования, медицинских ассоциаций, общественных организаций и пациентов;

• разработка единой методики внутри- и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи, а также показателей (индикаторов) качества медицинской помощи и методов оценки этих показателей;

• разработка и внедрение системы мониторинга качества медицинской помощи, направленной на сбор информации с последующим анализом и принятием управленческих решений по совершенствованию долгосрочного планирования;

• развитие системы стандартизации, лицензирования, сертификации, аккредитации в здравоохранении;

• разработка и внедрение системы мотивации и экономических механизмов стимулирования медицинских работников в зависимости от объема проделанной работы, качества и результатов оказанной медицинской помощи.

Таким образом, суть концепции управления качеством медицинской помощи заключается в принятии управленческих решении на основе анализа целевых показателей (или результатов) деятельности, которые имеют многоступенчатую (иерархическую) структуру и формируются по принципу «дерева целей» для учреждения в целом, каждого управленческого блока (вида деятельности), отдельно взятого подразделения и выражаются в количественных показателях.

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.

Председатель

Общественного Совета В.В. Кошелев

Секретарь Е.Б. Семенова