**Качество медицинской помощи**

Качество медицинской помощи – это степень соответствия медицинской помощи заранее установленным критериям и стандартам.

***Качество медицинской помощи*** – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие ожидаемой медицинской помощи современному уровню медицинской науки и технологии, имеющимся потребностям пациента. В соответствии с определениями ВОЗ, в качестве критерия качества рассматривается степень снижения риска:

• возникновения возможной болезни;

• прогрессирования существующего заболевания;

• развития осложнений вследствие как заболевания, так и лечения.

**Качество медицинской помощи** – это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса. Непрерывное улучшение качества медицинской помощи, как стратегия, сосредотачивает свое основное внимание на следующих основных моментах в работе медицинских организаций:

• удовлетворение требований, определяемых потребителем;

• улучшение лечебно-диагностического и технологического процессов;

• постоянное совершенствование качества;

• непрерывное снижение цен на медицинские услуги за счет борьбы за бездефектную работу;

• активное вовлечение всех сотрудников и эффективное использование их знаний;

• руководство через конкретный положительный или отрицательный пример.

Мерами (шкалами, ожидаемыми результатами) цикла непрерывного улучшения качества являются: социальная, медицинская и экономическая эффективность, удовлетворенность потребителя. При оценке качества медицинской помощи приоритет должен быть отдан показателям, отражающим ее эффективность, учитывающим медицинскую результативность, удовлетворенность потребителя и произведенные затраты. При проведении экспертизы качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении для объективной оценки уровня квалификации медицинских кадров, объема выполняемых лечебно-диагностических мероприятий, а также сложности и надежности применяемых технологий должны использоваться специальные показатели.

Оценка качественных характеристик медицинской услуги может быть объективной, количественной (измеримой) или субъективной, сравнительной (например, «хорошо-плохо», «лучше-хуже», «много-мало»). Система оценки качества медицинской помощи должна включать достаточный набор универсальных показателей, отражающих эффективность медицинской помощи, имеющих количественное выражение и поддающихся математической обработке с использованием вычислительной техники. Анализ качества медицинской помощи обязательно должен учитывать показатели удовлетворенности потребителя медицинской услуги, так как оценка потребителем является окончательным (основным) критерием качества.

В **поликлинике**используются такие показатели качества*:*доля совпадения поликлинического и заключительного диагнозов; доля совпадения диагноза лечащего врача и диагноза, выставленного при любой экспертизе случая при диагностике, лечении, реабилитации; доля выздоровевших из числа больных с острыми заболеваниями; показатель функции стабилизации (ремиссии) из числа хронических больных; удовлетворенность пациентов медицинской помощью; доля поздних госпитализаций по вине врача к общему числу пролеченных; доля необоснованных направлений на госпитализацию от всех направлений на госпитализацию; досуточная летальность в стационаре; показатели объема и качества (число посещений на одного жителя в год, структура законченных случаев, динамика показателей здоровья и др.); доля пациентов, направленных на госпитализацию из числа обратившихся за медицинской помощью; среднее число дней до операции у планово госпитализированных; летальность на дому от острых заболеваний по вине врача; доля первичной инвалидизации от числа заболевших; показатель обращения на станцию скорой помощи лиц, страдающих хроническими заболеваниями; доля лиц, не обследованных на туберкулез два года и более; доля лиц, не обследованных на онкозаболевания в течение года и др. (оценка по модели конечных результатов.

Показатели, характеризующие качество медицинского обслуживания в больнице, можно подразделить на следующие категории:

1. больничные штаты и службы (специализация, трудовые затраты медицинского персонала на одного больного в день, частота выполнения процедур, использование лабораторных и радиологических служб и т.д.);

2. организационные структуры (финансирование, организация медико-этических комиссий и т.п.);

3. вспомогательные службы (образовательные программы, социологи);

4. лечебно-диагностическая работа (степень удовлетворенности больных, качество заполнения медицинских карт, смертность, уровень внутрибольничных инфекций).

Для **оценки качества медицинской помощи** в **стационаре** предлагаются следующие показатели: расхождение диагнозов (при поступлении – клинический – заключительный – патологоанатомический); удовлетворенность пациентов; доля выписанных пациентов с достижением ожидаемого по стандарту результата; доля пациентов, обосновано госпитализированных в стационар; доля повторных госпитализаций в связи с преждевременной выпиской от всех выписанных; доля больных с осложнениями; случаи внутрибольничной инфекции; больничная летальность (общая и послеоперационная); частота врачебных ошибок на 100 обследованных больных; сроки поступления в стационар от начала заболеваний по экстренным медицинским показателям и средняя длительность лечения.

Показатели медицинской эффективности в конечном итоге измеряются длительностью госпитализации каждого больного. **Основными характерными чертами качества медицинской помощи являются**: доступность, безопасность, удовлетворенность пациентов полученной медицинской услугой, стабильность процесса и результатов, развитие (совершенствование), обоснованность действий и технологий.

Основным критерием при оценке качества технологических стандартов медицинской помощи является наличие врачебной ошибки. **Врачебная ошибка** – это неправильные действия (или бездействие) врача, имеющие в своей основе несовершенство современной науки, объективные условия работ, незнание или неспособность использовать имеющиеся знания на практике. Врачебные ошибки подразделяются на объективные и субъективные.

*Объективные:* несовершенство современной науки и техники; сложность и атипичность течения заболевания; отсутствие у врача необходимых средств и условий для проведения лечебно-диагностичес­ких мероприятий.

*Субъективные* причины врачебных ошибок значительно преобладают над объективными. Основными причинами их являются отсутствие у врача необходимых знаний или неумение их применять на практике, вследствие нарушения логических законов, ибо только последовательное решение специалистов ряда фактических задач в ходе врачебного процесса является обязательным условием оказания медицинской помощи надлежащего качества.

С учетом стадийности врачебного процесса выделяют такие врачебные ошибки: сбора информации, диагноза, лечения, обеспечения преемственности. Ошибки сбора информации могут стать причиной возникновения ошибок диагноза и лечения. Ошибки диагноза, в свою очередь, могут стать причиной возникновения ошибок лечения и преемственности.

С позиции потребителя медицинских услуг **качество медицинской помощи характеризуется** четырьмя свойствами:

– доступность медицинской помощи;

– безопасность медицинской помощи;

– удовлетворенность пациентов медицинской помощью;

– оптимальность медицинской помощи (как соответствие профессиональным медицинским стандартам и нормам этики).

Со своей стороны, **система управления качеством медицинского обслуживания должна удовлетворять таким основным критериям**, как:

– эффективность (соотношение между фактическим результатом воздействия системы в реальных условиях и желаемым результатом воздействия в идеальных условиях);

– экономичность (соотношение между фактическим результатом программы и ее стоимостью);

– адекватность (соответствие потребностям населения);

– научно-технический уровень (степень обоснованности и своевременности применения знаний и технологий).

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации как одно из приоритетных направлений совершенствования медицинской помощи предусматривает обеспечение ее качества и безопасности путем проведения комплекса работ по стандартизации, лицензированию и сертификации. В практической деятельности органов и учреждений Российского здравоохранения широко применяются следующие **стандарты**:

а) ре­сурсные стандарты;

б) организационные стандарты;

в) технологические стандарты;

г) медико-экономические стандарты;

д) стандарты программ медицинской помощи;

е) комплексные стандарты.

Так, например, при проведении процедуры лицензирования отдельно взятого медицинского учреждения используется несколько медицинских стандартов.

***Ресурсные стандарты*** содержат требования к уровню квалификации медицинского персонала и материально-техническому оснащению этого лечебно-профилактического учреждения, обусловленных заявленными на лицензирование видами медицинской деятельности.

***Организационные стандарты*** содержат требования к организации системы управления медицинским учреждением, обеспечивающей эффективное и безопасное использование кадровых и материально-технических ресурсов при оказании медицинской помощи заявленного вида медицинской деятельности.

***Технологические стандарты*** регламентируют проведение процедуры оказания медицинской помощи разрешенного вида медицинской деятельности, то есть выполнение диагностических исследований, лечебных, реабилитационных, профилактических и оздоровительных мероприятий в объеме разрешенных видов медицинской деятельности.

***Медико-экономические стандарты*** определяют гарантированный объем и качество клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий, требования к результатам лечения больных при соответствующих заболеваниях и затраты на их выполнение, естественно, с учетом реальных возможностей медицинского учреждения.

Одним из основных факторов создания системы качественной и доступной медицинской помощи является наличие единых для всей территории РФ *порядков* и *стандартов* оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и социально-значимых заболеваниях и патологических состояниях. Стандарты медицинской помощи разрабатываются в соответствии с показателями Программы государственных гарантий, и их выполнение гарантируется гражданам на всей территории РФ. ***Разработка клинических руководств и протоколов ведения больных*** в стандартизации медицинской помощи является качественно новым направлением в управлении качеством медицинских услуг.

Руководства (или клинические рекомендации) внедряются для улучшения качества медицинской помощи, для более рационального планирования и особенно использования ресурсов, для обучения медицинского персонала, для минимизации врачебных ошибок и судебных исков. Они регламентируют порядок оценки, контроля, экспертизы и аудита качества медицинской помощи, составления функциональных обязанностей медицинских работников, нивелирования влияния различных клинических школ и направлений. На их основе составляется перечень лекарственных препаратов, изделий медицинской техники, определяется их первоочередная необходимость. Руководства способствуют улучшению информационного обеспечения клинико-организационных процессов, организации всей работы, улучшению внутреннего и внешнего взаимодействия лечебно-профилактических учреждений.

Каждый Протокол начинается с модели пациента – структурированного описания объекта, включающего совокупность клинических или ситуационных характеристик, определяющих дальнейшую тактику врача. В модель, помимо наименования заболевания, синдрома или клинической ситуации входят стадии, фазы и осложнения (группа заболеваний по МКБ-10, профиль и функциональное назначение отделения, медицинского учреждения для клинической ситуации). Далее для каждой модели определяется перечень обязательных и дополнительных простых медицинских услуг, диагностических и лечебных. Наряду с диагностическими и лечебными услугами, Протоколы включают обеспечение лекарственными средствами. Обязательные требования к лекарственному обеспечению включают фармакотерапевтические группы согласно Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС).

Помимо перечней услуг и лекарственного обеспечения, Протокол включает также:

– условия оказания медицинской помощи;

– требования к режиму труда, отдыху, лечению и реабилитации;

– требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам;

– стоимостные характеристики Протокола;

– графическое, схематическое и табличное представление Протокола.

Последний пункт имеет исключительно большое значение для внедрения Протокола. Созданный по форме, предусмотренной в Отраслевом стандарте, Протокол будет иметь вид довольно объемной книги, и его практическое использование невозможно без простой, удобной формы в виде алгоритма, схемы, вкладыша в историю болезни и т.п. Доступность электронной версии Протокола должно способствовать соблюдению его требований практикующими врачами.

Экспертиза качества медицинской помощи в первую очередь направлена на защиту интересов потребителей медицинских услуг и одновременно является важным инструментом защиты профессионалов – производителей медицинских услуг – от необоснованных претензий потребителей.

Применение метода экспертных оценок может быть широко использовано при анализе полноты и сроков обследования, качества лечебного процесса, правильности и сроков диагностики, адекватности сроков пребывания больного в стационаре и на больничном листе в поликлинике, оценке особенности госпитализации, анализа летальных исходов в стационаре и на дому, преемственности в работе лечебно-профилактических учреждений и т.д.

Принято выделять ведомственные и вневедомственные звенья контроля качества медицинской помощи.

К ***ведомственным*** относят лечебно-профилактические учреждения, а также местные и федеральные органы управления здравоохранением. К ***вневедомственным*** относят органы по сертификации и лицензированию, страховые медицинские организации, федеральные и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, медицинские ассоциации и др. В ведомственном звене на уровне ЛПУ контроль качества медицинской помощи являются функцией:

– заведующих подразделениями (I ступень экспертизы);

– заместителей руководителей учреждений по клинико-экспертной работе, лечебной работе (II ступень экспертизы);

– клинико-экспертными комиссиями учреждения (III ступень экспертизы).

В настоящее время разрабатываются системы контроля, объединяющие разные подходы, методы оценки качества медицинской помощи, личные показатели, характеризующие медицинскую помощь. Например, оценка качества медицинской помощи по «моделям конечных результатов» предполагает использование таких показателей, как смертность, летальность, процент осложнений, длительности лечения, количество расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, количество обоснованных жалоб, показатели эффективности диспансеризации и др. Если в методике «моделей конечных результатов» для оценки качества медицинской помощи объединяются статистические показатели, то в других случаях используются сочетания различных методов оценки, результаты которых используются для расчета интегрированных показателей качества, коэффициентов качества, уровней качества и др.

На принципе результативного подхода разработана методика интегральной оценки эффективности медицинской помощи, которая отражает степень достижения конкретных результатов при определенных затратах и зависит прежде всего от выбора медицинских технологий и их соблюдения, т.е. от качества медицинской помощи. Под конкретными результатами в зависимости от оцениваемого объекта понимаются показатели динамики состояния пациента (при оценке эффективности лечебно-диагностического процесса), изменение отдельных показателей состояния здоровья определенных контингентов (например, переход из одной диспансерной группы в другую при оценке диспансеризации, удовлетворенность потребителя, которым может явиться как пациент, так и медицинский работник, назначивший какое-либо исследование).

# Эффективность медицинской помощи

***Для оценки эффективности медицинской помощи*** предложен интегральный коэффициент эффективности, представляющий собой производное коэффициентов медицинской эффективности, социальной эффективности и коэффициента соотношения затрат. При оценке эффективности здравоохранения как отрасли в общественном производстве необходимо различать понятия «эффект» и «эффективность». Эффект в здравоохранении характеризует медицинские, социальные и экономические результаты метода, вмешательства, мероприятия. Эффективность – понятие более широкое, характеризующее эффект и показывающее, как использовались материальные, трудовые и финансовые ресурсы при данном методе, вмешательстве, мероприятии. Различают следующие виды эффективности здравоохранения: медицинская, социальная и экономическая.

Под ***медицинской эффективностью*** понимается степень достижения поставленных задач в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Медицинская эффективность измеряется результатом непосредственного медицинского вмешательства, показателями здоровья конкретного пациента или группы пациентов от начала заболевания до выздоровления и восстановления трудоспособности. Медицинская эффективность может оцениваться через показатели качества и эффективности деятельности учреждений здравоохранения, снижение средних сроков диагностики, средней длительности заболевания, увеличение процента выздоровлений, снижение числа осложнений и летальных исходов.

***Социальная эффективность*** характеризуется улучшением показателей общественного здоровья, снижением заболеваемости, инвалидности, улучшением демографических показателей, а также повышением степени удовлетворенности населения медицинской помощью и санитарно-эпидемиологическим обслуживанием.

***Экономическая эффективность*** характеризует получаемый результат (эффект) в сопоставлении с затратами на его достижение. Она позволяет определить стоимость дополнительно произведенной продукции или суммы сэкономленных финансовых средств в результате снижения заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности. Коэффициент экономической эффективности определяется как отношение эффекта (предотвращенного экономического ущерба) к произведенным затратам.

Оценка медицинской и социальной эффективности в здравоохранении является приоритетной по сравнению с экономической эффективностью. Нередко мероприятия лечебного или профилактического характера экономически невыгодны, однако с точки зрения медицинской и социальной эффективности требуется их проведение. Примером может служить организация медицинской помощи пожилым людям с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больным олигофренией и т.д. При явной медицинской и социальной эффективности экономический эффект в этих случаях будет отрицательный. Коэффициент медицинской эффективности представляет собой отношение числа случаев полного соблюдения профессиональных стандартов к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи.

***При оценке полученных показателей эффективности*** можно исходить из:

а) эталонного показателя, к которому должны стремиться все медицинские работники;

б) среднего показателя по территории, учреждению, подразделению;

в) динамики данного показателя у конкретного медицинского работника, подразделения, учреждения.