

Организация лечебно-диагностического процесса. Качество медицинской помощи (анализ и контроль)

Проводимые реформы отечественного здравоохранения — демонополизация и структурная реорганизация системы, развитие финансово-экономических альтернатив и новых организационно-правовых механизмов, включая медицинское страхование и защиту прав пациентов (потребителей медицинских услуг), децентрализация управления и многоукладность хозяйствования, внедрение конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями и врачами — в конечном счете направлены на повышение качества медицинской помощи населению.

Причины, вызывающие необходимость повышения и обеспечения качества медицинской помощи, включают:

- рост потребностей потребителей;
- научно-технический прогресс в диагностике, лечении и реабилитации;
- совершенствование медицинских услуг;
- неприятие потребителем медицинских услуг ненадлежащего качества;
- ужесточение требований к качеству и эффективности медицинской помощи в условиях конкуренции лечебно-профилактических учреждений.

Обеспечение и оценка качества медицинской помощи являются приоритетными для любой системы здравоохранения. Внедрение новых медицинских технологий и форм организации труда должно быть нацелено прежде всего на повышение качества. Актуальность вопросов обеспечения качества и безопасности медицинской помощи еще больше возрастает в период модернизации отечественного здравоохранения и это объясняет необходимость усвоения будущими врачами методологии организации лечебно-диагностического процесса, философии понятия качества

медицинской помощи, форм и методов его оценки, способов управления качеством и т. д.

Организация лечебно-диагностического процесса

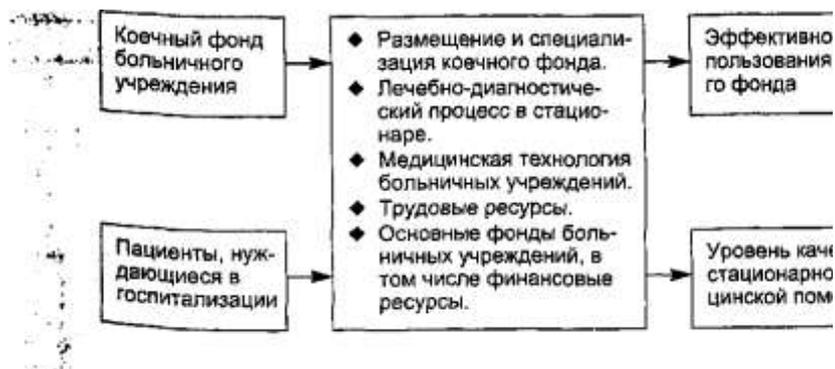
Рассмотрим технологию организации лечебно-диагностического процесса (ЛДП) на примере лечения больного в условиях госпитализации его в клиническое отделение как наиболее трудоемкое и финансово затратное подразделение лечебно-профилактического учреждения.

Деятельность больницы (ее производственный процесс) осуществляется в соответствии с ее организационной структурой, мощностью и функциями, определяемыми иерархическим уровнем стационарной медицинской помощи населению, специализацией и интеграцией отдельных ее видов, уровнем развития материально-технической базы основных, лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений, обеспеченностью медицинскими кадрами и их квалификацией и т. д. Основой производственной деятельности больницы, обуславливающей формы и методы функционирования системы организации стационарной медицинской помощи : населению, является лечебно-диагностический процесс (схема 10.1).

Ведущими принципами организации ЛДП в стационаре являются последовательность и непрерывность составляющих процесс элементов, его дифференциация по степени интенсивности лечения и ухода за больными в зависимости от тяжести их состояния.

Система управления ЛДП основана на общих и частных алгоритмах действий лечащих врачей. Общий алгоритм является программой взаимодействия лечащего врача с остальными участниками ЛДП, частный — программой последовательных решений лечащего врача по обследованию, диагностике, лечению и реабилитации больных, исходя из конкретной ситуации

Схема 10.1. Модель организации лечебно-диагностического процесса в больничном учреждении



Каждая ситуация представляет собой один из последовательных этапов ЛДП, отражающего текущее состояние больного, соответствующие ему действия врача, прогнозируемые исходы.

Алгоритмизация дает возможность структурировать ЛДП по основным периодам, стадиям и элементам с учетом основных целей госпитализации больных в стационар. Для структурирования ЛДП применим метод построения «графологической» структуры процесса.

Построенный по принципу дедукции «графологической» структуры лечебно-диагностического процесса, являющийся одним из методов системного анализа, он позволяет наглядно представить содержание процесса в целом, а также взаимосвязи отдельных его элементов (схема 10.2).

Уровень качества ЛДП в значительной степени определяет решение проблемы рационального использования коечного фонда больничных учреждений.

Анализ качества и эффективности стационарной медицинской помощи предполагает оценку соответствия уровня лечебно-диагностического процесса в больнице (в отделении) достижениям медицинской науки, наличие медицинского оборудования и оснащенность вспомогательно-диагностических подразделений, а также оценку полноты использования имеющихся возможностей, эффективность работы кадров, качества ухода за больными, общей культуры обслуживания.

Анализ лечебно-диагностического процесса в стационаре следует начинать с общей характеристики статистических показателей, заложенных в официальной учетно-отчетной документации (отчетные формы № 30 и 14 и статистическая карта вышедшего из стационара — форма № 066/у), которые позволяют определить:

- • мощность стационара и структуру коечного фонда;
- штаты врачебных должностей и медицинских работников среднего звена, укомплектованность по отдельным специальностям, нагрузку;
- состав больных по заболеваниям;
- показатель повторности госпитализаций;
- среднюю длительность лечения в стационаре;
- совпадение диагнозов: поликлинических и клинических, приемного отделения и клинических, клинических и патолого-анатомических;
- исходы лечения: выздоровление, улучшение, ухудшение, смерть;
- осложнения во время лечения и др.

Качество и эффективность лечения во многом определяются квалификацией лечащего врача, степенью использования в практической деятельности новейших методов диагностики и лечения. При оценке процесса лечения необходимо определить обоснованность, логичность и последовательность действий врача, а также рациональное использование всех современных средств и методов в каждом конкретном случае.

Наличие плана обследования и лечения, его комплексность и целенаправленность, этиологический, патогенетический и функциональный подход к лечению больного, контроль за выполнением обследований и назначений — все это должно найти отражение в оценке качества ЛДП.

Пока не существует единых унифицированного метода и критериев оценки качества стационарной помощи, как и медицинской помощи в целом, одним из наиболее информативных методов изучения качества медицинской

помощи являются экспертные оценки. Метод экспертных оценок позволяет оценить качество ЛДП в стационаре (качество обследования, диагностики, консультативной помощи, лечения, своевременность выписки) по таким параметрам, как обоснованность, своевременность, полнота и адекватность (соответствие современному уровню развития медицинской науки, возможностям конкретного учреждения, состоянию больного).

Общая экспертная оценка дает возможность изучить работу любого отделения в целом. Для углубленного анализа качества ЛДП предпринимают экспертизу по отдельным нозологическим формам. "Экспертиза может быть проведена также в аспекте оценки качества клинико-диагностических обследований в больнице, организации консультативной помощи и т. д.

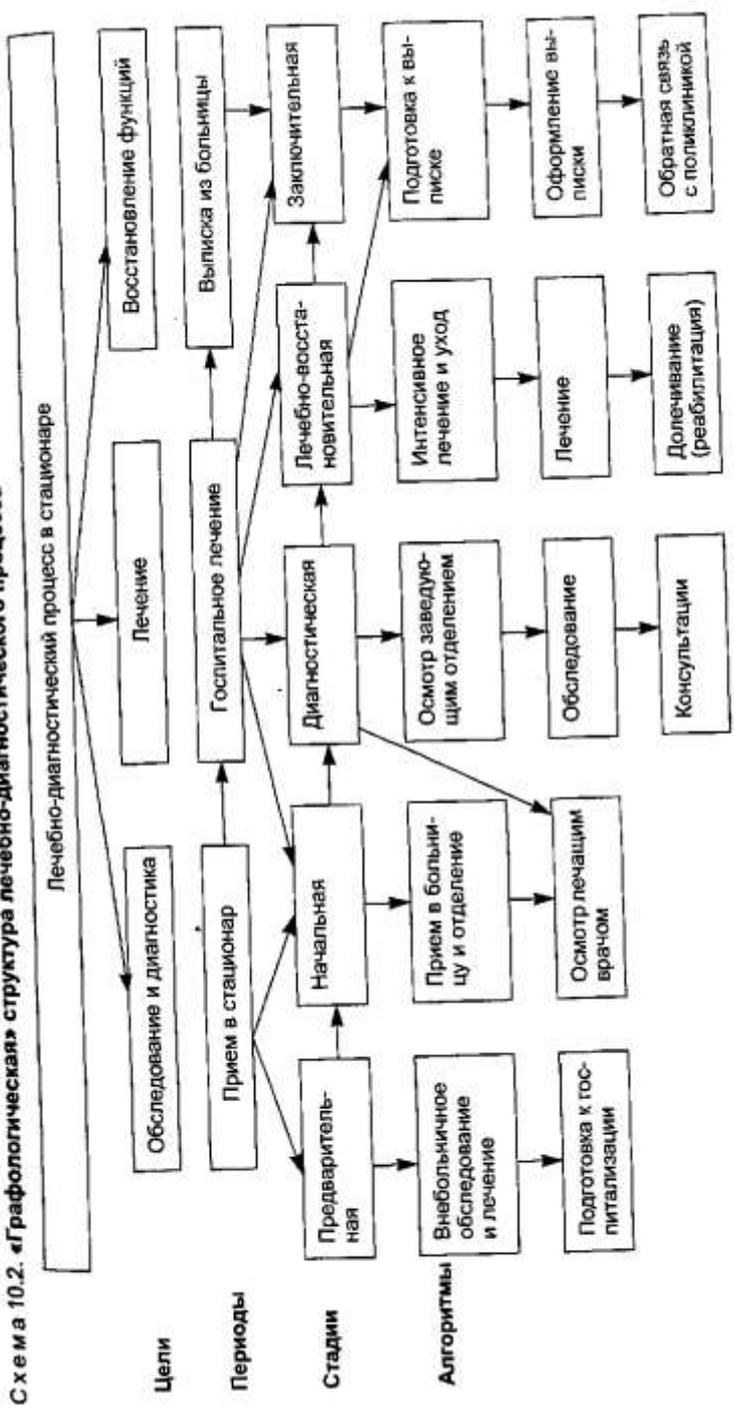
Рекомендуемые методы экспертной оценки качества диагностики и лечения можно использовать применительно к одному из врачей отделения, если у заведующего отделением есть на это основание (так называемый прицельный индивидуальный анализ).

Экспертная оценка качества ЛДП в стационаре предусматривает заполнение экспертами специально составленной карты на каждую индивидуально проэкспертированную историю болезни стационарного больного.

Карта экспертной оценки представляет собой определенную программу экспертной оценки качества ЛДП. В каждом конкретном случае в зависимости от поставленных задач круг вопросов, включаемых в программу, может быть сужен или расширен, а сами вопросы в большей или меньшей степени детализированы.

Для выявления резервов и принятия конкретных мер по повышению качества стационарной медицинской помощи экспертная оценка должна проводиться в соответствии со стадиями лечебно-диагностического процесса: предварительной, начальной, диагностической, лечебно-восстановительной и заключительной, а также в плане отдельных его элементов: обследования, диагностики, консультативной помощи, лечения

Схема 10.2. «Графологическая» структура лечебно-диагностического процесса



исит от своевременности и полноты обследования и лечения больного во внебольничных учреждениях, от четкой и адекватной диагнозу подготовки больного к стационарному лечению. В связи с этим подготовку больного к госпитализации целесообразно расценивать как самостоятельную предварительную стадию ЛДП в стационаре.

В предварительной стадии ЛДП наиболее полно проявляется важный элемент системы рационального использования коечного фонда — преемственность в работе внебольничных и больничных учреждений. Критериями оценки результативности преемственности между стационаром и внебольничными учреждениями являются обоснованность направления на госпитализацию и ее своевременность, профильность направления и степень подготовленности больных к стационарному лечению.

Относительно непродолжительной, но представляющей важный аспект эффективности первых контактов больничной службы с больным является начальная стадия ЛДП. Она характеризуется периодом пребывания больного в приемном отделении: ожидание, обследование и консультации, оформление и санитарно-гигиенические процедуры.

Длительность и качество обслуживания больных в приемном отделении больницы зависят прежде всего от правильности действий дежурного врача, который решает вопрос о целесообразности и необходимости госпитализации, а также от клинико-диагностических и консультативных возможностей отделения.

1 Основными показателями, отражающими качество работы

приемного отделения, должны быть частота совпадения диагнозов приемного отделения с клиническими диагнозами, профильность госпитализации больных, обоснованность госпитализации. Об оперативности обслуживания больных при приеме в больницу можно судить по средней длительности пребывания больных в приемном отделении.

! В начальной стадии важно обратить внимание на продолжительность пребывания больного в клиническом отделении до осмотра лечащим (или дежурным на правах лечащего) врачом.

Немалые резервы в плане интенсификации, повышения качества ЛДП, сокращения длительности пребывания больных в стационаре таятся в диагностической стадии. Ведущим элементом в ней является первичный осмотр больного лечащим врачом. Осмотр следует проводить в день поступления больного в стационар. Для этого в больницах установлен по-

рядок поступления плановых больных в первой половине дня.

Это дает возможность лечащим врачам в тот же день детально осмотреть вновь поступившего больного, оформить осмотр за_писью в истории болезни, разработать в первый же день пребывания больного в стационаре подробный план его обследования и лечения.

В аспекте повышения качества ЛДП и в плане контроля за деятельностью лечащих врачей большую роль играют осмотры больных заведующим отделением. При необходимости заведующий отделением в принятой в отделении форме с учетом принципов медицинской деонтологии вносит коррективы в диагностику основного и сопутствующего заболеваний, в планы обследования и лечения больных, в подготовку больных к выписке.

После осмотра больного лечащим врачом и заведующим отделением формируют план-программу его комплексного обследования с применением современных клинико-лабораторных, функциональных, радиоизотопных, рентгеноконтрастных, эндоскопических и других методов.

Интенсификация и оперативность лабораторно-клинических и функционально-диагностических исследований несут в себе широкие возможности для более эффективного использования коечного фонда больниц.

При анализе лечебно-восстановительной стадии пребывания больного в стационаре также необходимо обращать внимание - на полноту и своевременность выполнения врачебных назначений.

В этой стадии находит воплощение принцип дифференциации и интеграции ЛДП в стационаре по степени интенсивности лечения и ухода в зависимости от тяжести состояния больных.

Экспертизу качества лечения и реабилитации больных могут проводить лишь специалисты соответствующего профиля, так как лечебно-восстановительная-стадия, как правило, носит постоянный характер и зависит от особенностей течения заболевания у конкретного больного.

В целом преемственность и тесная связь любого отделения с другими клиническими, лечебно-диагностическими, вспомогательными отделениями больницы являются залогом успешной организации ЛДП и обеспечения его высокого качества.

Определения понятия «качество медицинской помощи»

В общем плане принято считать, что качество — это свойство товара или услуги (в том числе медицинской помощи как социально-экономической категории) удовлетворять спрос потребителей (в здравоохранении — пациентов). Между тем такое общее определение еще не может служить инструментом для оценки качества медицинской помощи.

Согласно международному стандарту ISO 8402, «Качество — это совокупность свойств и характеристик продукции для услуги, которые определяют их способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования». Хорошее качество продукции является важным условием повышения эффективности общественного производства.

Качество медицинской помощи — совокупность результатов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, определяемых установленными требованиями на основе достижений медицинской науки и практики.

Качество — это характеристика восприятия потребителем товара или услуги, которая может быть оценена и измерена. ■ Качество медицинской помощи — это степень ее соответствия заранее установленным критериям и стандартам. ; , Качество медицинской помощи является характеристикой, /;!, отражающей адекватность медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели, и соблюдения их профессиональных стандартов. В этом определении медицинские технологии представляют

собой совокупность диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических и иных мероприятий, необходимых для достижения конкретных результатов, а термин «профессиональные стандарты» обозначает правила выполнения конкретных мероприятий, входящих в ту или иную технологию.

* В соответствии с определениями ВОЗ важнейшим критерием качества является степень снижения риска:

- возможного возникновения болезни;
- прогрессирования существующего заболевания;
- развития осложнений вследствие заболевания, обследования и лечения с учетом оптимальности использования

доступных медицинских ресурсов и технологий и удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью " (услугой).

Качество медицинской помощи — это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации ^ •, профессионала, т.е. его способности снижать вероятность , прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально ' использовать ресурсы медицины и добиваться удовлетворенности пациента от его взаимодействия с системой здравоохранения.

Надлежащее качество медицинской помощи — это соответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлениям о ее необходимых уровне и объеме " при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Ненадлежащее качество медицинской помощи — это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым Со_ временным представлениям о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Управление качеством, его основные модели

Концепцию непрерывного улучшения качества как новую философию управления разработал американский специалист У. Деминг (У. Э. Беттё). Стержневым принципом этой философии является стремление к постоянному совершенствованию продукции или услуг. Между тем, как показано в работах Деминга, реализация поставленной цели невозможна без формирования и постоянной поддержки в людях высокого уровня мотивации и удовлетворенности своей работой.

По теории Деминга, «всеобщее качество — это система управления, ориентированная на людей, целью которой является непрерывный рост удовлетворенности потребителя при постоянном снижении реальных цен; это единый системный подход (а не отдельная отрасль или программа) и неотъемлемая часть стратегии высокого уровня, охватывающая подразделения и функции, вовлекающая всех сотрудников сверху донизу и расширяющая свои рамки вперед и назад, охватывая звено обеспечения и звено потребителя. Основное внимание система уделяет обучению и адаптации к постоянным изменениям как главным условиям «организационного процесса».

Непрерывное улучшение качества медицинской помощи как стратегия подразумевает прежде всего следующие основные моменты в работе медицинских организаций:

- удовлетворение требований, определяемых потребителем;

в управленческой деятельности концепция обеспечения качества медицинской помощи отражает процесс выявления и решения тех или иных проблем, связанных со следующими компонентами деятельности по обеспечению качества:

: , выполнение профессиональных функций (техническое качество);

- 1 . а использование ресурсов (эффективность);

контроль степени риска (опасность травм, заболеваний, осложнений в результате медицинского вмешательства); удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Управление процессом обеспечения качества медицинской помощи является прикладной дисциплиной общей теории

- Ш • управления здравоохранением.

С учетом специфики здравоохранения выделяют три модели управления процессом обеспечения качества: профессио-

- Ш' нальную, бюрократическую и индустриальную.

; Профессиональная модель исторически сложилась как форма управления качеством в стационаре, где критерием качества являлся индивидуальный профессиональный уровень при использовании сложных инструментов. Основанная только на интуитивном мышлении врача, данная модель оказалась слабо-эффективной в условиях оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, требующих координированного участия большого числа специалистов и повышения интеллектуальности врачебной работы. В данной модели не учитывается экономическая составляющая качества, а оценка результатов проводится самими лечащими врачами.

Бюрократическая модель управления основана на стандартизации объемов работы и результатов медицинской помощи.

Вместе с тем ей присуща вся атрибутика профессиональной модели управления. Данную модель используют сейчас во многих учреждениях страны. Внедрение бюрократической модели, основанной на стандартизации объемов и результатов медицинской помощи, несомненно, является прогрессивным шагом в направлении улучшения качества медицинской помощи, однако при использовании в управлении качеством не участвуют вспомогательные и хозяйственные службы медицинских учреждений, органы управления здравоохранением, рядовые медицинские работники. В этих случаях вопросами качества медицинской помощи занимаются

представители администрации и руководители лечебно-диагностических подразделений, от правильного взаимодействия которых существенно зависит качество.

Зачастую администрация в основном контролирует процессы обеспечения ресурсами, глубоко не вникая в действующую технологию ЛДП. Анализ и оценку результатов медицинской Помощи осуществляют сами руководители структурных подразделений или не проводят их совсем. Отклонения в ЛДП систематически не измеряют и не оптимизируют, а следовательно, и не корректируют. В связи с этим информация о результатах медицинской помощи поступает в администрацию ЛПУ зачастую в искаженном виде и практически не влияет на принятие решений по управлению качеством.

Таким образом, администрация ЛПУ не имеет действенных инструментов для управления качеством медицинской помощи. В то же время у руководителей лечебно-диагностических учреждений нет достаточных знаний о способах управления, а следовательно, и интереса к финансовому положению учреждения, к размерам затрат за проводимые ими лечение и обследование. Все это приводит к неконтролируемым дефектам обследования и лечения, существенному увеличению финансовых расходов. В такой обстановке, как правило, выпадает важнейшая характеристика качества — доступность медицинской помощи. В условиях стихийности и несовершенства ЛДП никакое финансирование не способно удовлетворить потребности организаций здравоохранения в ресурсах.

Для решения перечисленных выше проблем требуется полное взаимодействие администрации, медицинского персонала, работников вспомогательных и хозяйственных служб медицинских учреждений, органов управления здравоохранением в работе по непрерывному улучшению ЛДП и деятельности всей системы здравоохранения. ~

Индустриальная модель. Основой современной модели управления качеством является модель Деминга, которая построена на трех главных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса. Принцип непрерывного повышения качества медицинской помощи приобрел очень большое значение как составляющая современной теории управления, утверждающей, что качество создается при использовании качественных процессов, материалов и инструментов. Для достижения наилучшего результата необходимо сосредоточить усилия не на проверке индивидуального выполнения, а на управлении процессами, выявлении отклонений и анализе их причин. Это позволяет управлять процессом достижения клинических результатов, не завышать стоимость медицинской помощи, повышать степень удовлетворенности медицинского персонала своей работой и пациентов полученной медицинской помощью.

Применение методов квалиметрии в управлении качеством медицинской помощи

Квалиметрия — это отрасль науки, изучающая методы количественной оценки качества объектов, т. е., используя методы квалиметрии, можно получить количественные оценки качества объектов. Задачи профилактической медицины, почти полностью ориентированные на оценку качества здоровья, производственных объектов, воздействующих на человека и окружающую среду, объектов окружающей среды, используемых человеком, а также качества медицинской помощи, не могут остаться вне сферы квалиметрии. Применение методов квалиметрии позволяет получать не только некоторое число, но переходить на основе этого числа к заранее определенным управленческим решениям

относительно оцениваемых объектов, в том числе качества медицинской помощи.

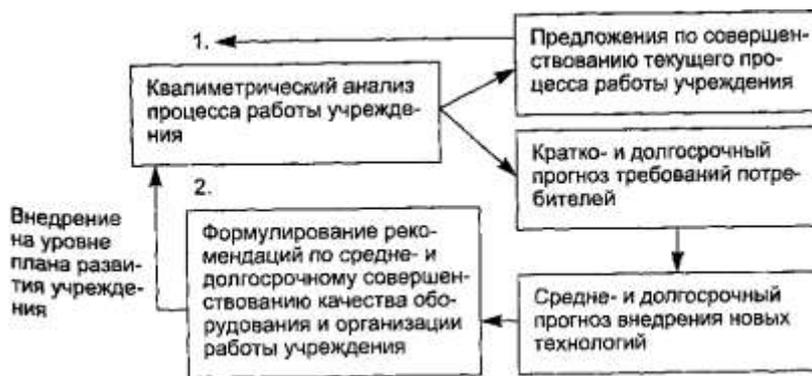
Процесс поиска решений в квалиметрической методике максимально объективизирован. Здесь хотя и используют всегда экспертные оценки, но в

условиях, когда специалист не может ошибиться, не поставив под сомнение свою профессиональную репутацию. Специалист («эксперт»), разрабатывающий методику оценки качества, связан жестким контролем со стороны своих коллег, участвующих в разработке. Специалист, использующий методику, оценивает лишь проявление в объекте отдельных показателей, но операции с этими оценками от него уже не зависят. Этим достигаются объективность всей квалиметрической методики и ее высокая воспроизводимость.

Между тем наибольший эффект применения квалиметрии может быть достигнут в тех случаях, когда ее методы включены в общие циклические процессы непрерывного повышения качества работы данного ЛПУ или органа здравоохранения. Эти процессы представлены на схеме 10.3.

1. *Оперативный цикл.* Приступая к работе в ЛПУ или органе управления здравоохранением, целесообразно начать с квалиметрического анализа технологического процесса, осуществляемого в учреждении. Квалиметрический анализ — совокупность организационных действий, которая позволяет быстро выявить факторы, негативно влияющие на качество условий труда и выполнения производственных функций, получить количественные оценки значимости этих факторов и немедленно выработать рекомендации по устранению наиболее сильновлияющих.

2. *Стратегический цикл.* Следует создать систему кратко- и долгосрочного прогнозирования требований потребителей в сочетании с количественной оценкой финансовых затрат и времени, необходимых для их удовлетворения, а также с оценкой масштаба того влияния на потребителей, которое ожидается вследствие удовлетворения их требований.



Оценка качества медицинской помощи

При оценке качества медицинской помощи принципиальное значение имеет выбор компонентов, подлежащих анализу и оценке. Попытки оценить качество медицинской помощи по показателям здоровья, таким как ожидаемая средняя продолжительность жизни, смертность по ведущим классам болезней, младенческая и материнская смертность, интенсивность распространения хронических социально значимых заболеваний, временная и стойкая утрата трудоспособности и другие показатели, оказались недостаточно эффективными в плане адекватности полученной информации. Во-первых, показатели здоровья отражают влияние на человека не только качества медицинской помощи, но и воздействие целого ряда социальных, климатогеографических, экологических, биологических и других факторов. Во-вторых, качество характеризует свойства конкретного объекта и может выражаться с помощью показателей, относящихся только к данному объекту. По этим причинам качество медицинской помощи следует оценивать по показателям, относящимся к объекту «медицинская помощь», а не к объекту «состояние здоровья».

При анализе систем оценки качества важно представлять, как в них проявляются интересы сторон, участвующих в процессе производства, распределения и потребления медицинских услуг (медицинской помощи), что весьма существенно при внедрении медицинского страхования, предполагающего реализацию элементов рыночных отношений в здравоохранении.

В этой сложной системе взаимоотношений заинтересованность пациентов в высоком качестве медицинской помощи, безусловно, является приоритетной,

однако сам потребитель (пациент) в основной своей массе не обладает широкой компетенцией в вопросах оценки качества столь важной социальной услуги, как медицинская помощь. Именно поэтому перед

системой медицинского страхования стоит одна из важнейших задач — обеспечение контроля качества медицинской помощи потребителям медицинских услуг с помощью квалифицированных специалистов. Непростой механизм этого контроля реализуется независимыми от системы здравоохранения страховыми медицинскими организациями, являющимися посредниками между потребителями и исполнителями (производителями) медицинских услуг. Подобный подход к контролю качества создает реальные условия защиты прав потребителей. При анализе разных подходов к оценке качества медицинской помощи наиболее валидной представляется методика Дж. Донабедиана (A. Donabedian), в основу которой заложен комплекс структурного, процессуального и результативного компонентов анализа.

Структурный подход предполагает лицензирование, аккредитацию и сертификацию ресурсной базы учреждений здравоохранения: кадров, оборудования и медицинской техники, материально-технического обеспечения условий для пребывания больных и работы медицинского персонала (архитектурно-планировочные решения и состояние помещений). Это позволяет определить потенциал имеющихся ресурсов конкретного медицинского субъекта (лечебно-профилактического учреждения, медицинского кооператива, частнопрактикующего врача и т. д.) для выполнения поставленных перед ним целей по оказанию медицинской помощи. Данный подход основан на предположении, что совершенная структура ресурсов и уровень их развития создают реальные возможности для соблюдения необходимой медицинской технологии, что обеспечивает высокую вероятность получения хороших результатов и гарантирует потребителям медицинских услуг определенное (хотя бы минимальное) качество диагностики, лечения и реабилитации.

Процессуальный подход предполагает ответ на вопрос: как соблюдается технология ЛДП? Основным методом в рамках процессуального подхода, в том числе в отечественном здравоохранении, долгое время является метод экспертной оценки медицинской помощи по первичной документации. Сознательно признавая недостатки такого источника медицинской информации, как история болезни (карта амбулаторного или стационарного больного), тем не менее никто

пока не может предложить ^ Другой, более эффективный и объективный метод оценки ка-

т-

чества медицинской помощи. 2 ■ Логическим завершением процесса оценки качества явля- № ется результативный подход, т. е. оценка качества медицинской помощи по результатам. Он основан на оценке степени Достижения намеченных целей на каждом этапе медицинской помощи. Такое направление прогрессивно, но весьма трудно- Реализуемо на практике. Трудность заключается в сложности

определения того, что есть цель и конечный результат дея- тельности различных специалистов и учреждений системы здравоохранения.

В основе оценки качества медицинской помощи лежит со- поставление объема выполненных лечебно-диагностических мероприятий определенного вида медицинской помощи и достигнутых результатов с установленными «стандартами» или «эталоном» (требованиями). При оказании медицинской по- мощи в условиях рыночных отношений между лечебным уч- реждением (производителем) и пациентом (потребителем ме- дицинской услуги) ключевым элементом оценки ее качества является обнаружение свойств, характеризующих взаимосвязь между результативностью медицинской помощи, оказанной по определенной технологии, и финансовыми затратами. В связи с этим при оценке качества медицинской помощи приоритет должен быть отдан показателям, отражающим ее эффективность, составляющими которой являются медицин- ская результативность, удовлетворенность потребителя и про- изведенные затраты.

Эффективность медицинского обслуживания — это степень достижения эталонного результата в оказании медицинской помощи населению или степень достижения поставленных за- дач в профилактике заболеваний и инвалидности, в диагно- стике, лечении и реабилитации больных. Эффективность ме- дицинской помощи в первую очередь зависит от профессио- нальной подготовки медицинских кадров, их способности со- блюдать требования врачебной этики и медицинской деонто- логии, а также от выбора и соблюдения технологии оказания медицинской услуги. Зависимость эффективности помощи от медицинских технологий при различных заболеваниях и неот- ложных состояниях обуславливает необходимость правильно- го выбора конкретного вида и объема медицинской помощи на разных этапах ее оказания (догоспитальный, госпи--

тальный, санаторный, амбулаторно-поликлинический этап реабилитации) в соответствии с принятым стандартом или эталоном качества. Отсюда становится очевидным, что при проведении экспертизы качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении для объективной оценки квалификации медицинских кадров, объема выполняемых лечебно-диагностических мероприятий, а также сложности и надежности применяемых технологий необходимо использовать специальные показатели.

Оценка качественных характеристик медицинской услуги может быть объективной, т. е. количественной (измеримой), или субъективной, т. е. 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.

Система оценки качества медицинской помощи обязательно должна включать показатели удовлетворенности потребителя медицинской услуги, изучаемой с помощью специальных анкет (опросников), поскольку оценка потребителем является окончательным (основным) критерием качества медицинской услуги. Между тем при практическом использовании результатов оценки качества медицинской помощи потребителем необходимо учитывать один очень важный фактор: степень удовлетворенности потребителя медицинской услуги должна соответствовать профессиональным медицинским стандартам, требованиям врачебной этики и медицинской деонтологии.

Виды контроля за медицинской деятельностью

В международной практике используются три основных вида контроля за медицинской деятельностью: государственный, профессиональный и общественный.

Государственный надзор и контроль осуществляют, чтобы определить, насколько соблюдаются стандарты и правила сертификации продукции, и

медицинских услуг. Основной формой профессионального контроля является лицензионный порядок допуска к медицинской практике.

Общественный контроль объема и качества медицинской помощи призван защищать права пациентов и предусматривает широкое участие представителей общественных организаций:

- в работе руководящих органов (правлений) Федерального и территориальных фондов ОМС и территориальных медицинских объединений;
- в разработке и внедрении новых методов оценки качества медицинской помощи (коллегиальная проверка результативности медицинской помощи, социологическое обследование пациентов, разработка индивидуального и группового рейтинга специалистов и др.);
- в разработке принципов наложения штрафных санкций и методов их применения в отношении лечебно-профилактических учреждений, нарушающих договорные обязательства по объему и качеству медицинской помощи;
- в создании и работе органов третейского (независимого) внесудебного разрешения конфликтов между субъектами медицинского страхования;
- в работе других государственных, профессиональных и общественных организационных структур контроля и обеспечения качества медицинской помощи.