

А.Л. Линденбрaтен, В.Н. Савельев, С.М. Дунаев, Т.В. Виноградова

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

МОНОГРАФИЯ

Ижевск
2011

УДК 616-082-08-07(470.51)
ББК 51.1 (2) 2 (2Р36)
О-931

А в т о р ы :

доктор медицинских наук, профессор **А.Л. Линденбрaтен**;
доктор медицинских наук, профессор **В.Н. Савельев**;
кандидат медицинских наук **С.М. Дунаев**;
кандидат медицинских наук **Т.В. Виноградова**

Р е ц е н з е н т ы :

доктор медицинских наук, профессор **В.К. Гасников**;
доктор медицинских наук, доцент **А.Д. Чуrшин**

*Одобрено учреждением Российской академии медицинских наук
Национальным научно-исследовательским институтом
общественного здоровья РАМН*

О-931

Качество медицинского обслуживания населения Удмуртской Республики на современном этапе – Ижевск, – изд-во ГОУ ВПО «Удмуртский государственный университет», – 2011. – 98 с.

Книга посвящена проблеме качества медицинского обслуживания, включающей вопросы качества оказания медицинской помощи и качества ее организации. Она содержит основные теоретические понятия, а также практический опыт, накопленный в этой области в Удмуртской Республике.

Данная публикация предназначена для специалистов в области общественного здоровья, организации и управления здравоохранением, руководителей органов и учреждений здравоохранения, работников кафедр медицинских вузов.

УДК 616-082-08-07(470.51)
ББК 51.1 (2) 2 (2Р36)

© А.Л. Линденбрaтен, В.Н. Савельев,
С.М. Дунаев, Т.В. Виноградова,
авторы, 2011

ВВЕДЕНИЕ

Социально-политические, макроэкономические и организационные аспекты реформ в России конца прошлого и начала текущего столетия сопровождаются неоднозначно протекающими процессами в обществе. Наиболее выраженные реорганизационные процессы происходят не только в производственной сфере и экономике страны, но и в социальной сфере (Вялков А.И., 1998; Денисов И.Н., 2005; Щепин О.П., 2000). При этом система здравоохранения испытывает наибольший прессинг в связи с перманентными реформами и дефицитом финансирования (Кучеренко В.З., 2002, 2004; 2007, 2008; Щепин В.О., 2007).

Современная характеристика здравоохранения России примечательна тем, что отрасль находится одновременно в состоянии системного кризиса, упадка и реформирования, беспрецедентных по масштабности и глубине преобразований, затрагивающих организацию медицинской помощи, финансирование, управление и ресурсное обеспечение здравоохранения (Стародубов В.И. с соавт., 2000, 2007). Кризис здравоохранения проявляется не только в росте заболеваемости и смертности населения, в снижении качества и доступности медицинской помощи, ослаблении профилактической работы, но и в нарастании недовольства граждан взаимодействием с системой здравоохранения, а медицинских работников – практической реализацией социально-экономических реформ (Коврик С.А., 2008; Комаров Н.В. с соавт., 2005; Кучеренко В.З., 2005; Щепин О.П., 2008).

Многие авторы считают, что в первую очередь реформы отрасли требуют совершенствования организации и управления системой оказания медицинской помощи населению (Кучеренко В.З. с соавт., 2002, 2007, 2008; Наумова Л.Б., 2000; Рутковский О.В., 2004; Сквирская Г.П., 1998, 2000; Старовойтова И.М., 2006; Стародубов В.И. с соавт., 1999, 2000, 2001; Флек В.О., 2004; Шипунов Д.А. с соавт., 2005; Шурыгина Ю.Ю., 2006, *Lorig K., Mazonson P.D., Holman H.R.*, 1993). При этом одним из главных вопросов современного системного комплекса здравоохранения является определение оптимального соотношения между

стационарной, амбулаторно-поликлинической и медико-социальной помощью. Важным условием повышения эффективности здравоохранения, помимо повышения роли экономических методов управления, является грамотная кадровая политика в здравоохранении, совершенствование форм и системы оплаты труда, предусматривающих установление прямой зависимости оплаты труда медицинского и другого персонала лечебно-профилактических учреждений от достигнутого уровня качества медицинской помощи и от эффективности работы медицинского персонала. Научно обоснованная кадровая политика включает не только систему подготовки кадров, создание достойных условий труда, но и систему материального стимулирования, необходимого для стабильной и перспективной работы здравоохранения.

По данным авторов многих исследований, заработная плата медицинских работников составляет 64-79% от оплаты труда в экономике и промышленности и является самой низкой, в то время как в развитых странах зарплата в здравоохранении на 20-30% выше, чем в целом в экономике (Вялков А.И. с соавт., 2006; Галанова Г.И., 2000; Голухов Г.Н. с соавт., 2002; Корецкий В.Л. с соавт., 1998; Линденбратен А.Л., 1999; Свешникова А.И., 2005; Флек В.О., 2004; Хальфин Р.А., 2006).

Внедрение новых медицинских технологий и форм организации труда должно быть нацелено, прежде всего, на повышение качества оказываемой населению медицинской помощи. 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.

В многочисленных работах, посвященных вопросам управления качеством медицинской помощи, предлагаются различные критерии и показатели для его оценки, что во многом обусловлено разной трактовкой самого понятия «качество медицинской помощи».

Проведенный в связи с этим детальный анализ приводит к выводу, что на современном этапе развития системы здравоохранения, на наш взгляд, целесообразно выделять внешне схожие, но, тем не менее, отличающиеся понятия, такие как «качество медицинской помощи» (КМП) и «качество организации медицинской помощи» (КОМП), которые условно можно объединить в понятие «качество медицинского обслуживания населения», которое и вынесено нами в заголовок этой книги.

И, если основным критерием качества медицинской помощи, как процесса, осуществляемого медицинскими работниками в отношении конкретного пациента, является соответствие оказываемой медицинской помощи определенным технологическим стандартам, то качество организации медицинской помощи будет характеризоваться, в первую очередь, обеспечением ее доступности, наличием соответствующей ресурсной базы, включающей кадровое обеспечение, использованием современных организационных технологий и т.д.

ГЛАВА 1.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ И УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Под обычно используемым термином – качество медицинской помощи – ряд исследователей подразумевают совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов, соответствующих современному уровню медицинской науки, а под доступностью медицинской помощи – реальную возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания.

Иными словами, качественная медицинская помощь определяется как 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 (Кучеренко В.З. и соавт., 1991; Щепин О. П. и соавт.; 2002; *Donabedian A.*, 1982; 1980; *Ellis R.*, 1996).

В соответствии с определением ВОЗ важнейшим критерием качества медицинской помощи 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) (Кучеренко В.З. и соавт.; 2010).

Выделяется также понятие адекватности медицинской помощи, которое, по определению экспертов ВОЗ, представляет собой показатель соответствия технологии медицинского обслуживания потребностям и ожиданиям населения в рамках приемлемого для пациента качества жизни.

Мировое признание получил подход к обеспечению и оценке качества медицинской помощи, основанный на триаде А. Донабедиана (*A. Donabedian, 1978, 1988, 1993; Longo D.R., 1994; Tarimo E., 1991*):

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.

Уже на уровне этих определений прослеживается желание использовать критерии, относящиеся как к организации медицинского обслуживания населения, так и к качеству оказываемой медицинской помощи.

1.1. Основные категории и критерии качества организации медицинской помощи

К основным критериям качества организации медицинской помощи (КОМП) можно отнести 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 приводит к справедливому использованию ограниченных ресурсов и 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. (Кимболл А. М., 1997; Кичул И. С., 1997, 1998; *Andersen B.*, 1990; *Berwick D.M.*, 1989; *Davis D.A. et al.*, 1995).

Важно, чтобы рационирование при распределении средств было эффективным, справедливым, профессиональным и гарантировало возможность получения необходимой медицинской помощи.

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.

2. 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 стандарт-

ными требованиями к медицинской документации, техническому оснащению, процессу и персоналу. Такая координация деятельности медработников гарантирует стабильность процесса лечения и его результата.

3. Результативность и действенность – соответствие фактического результата, полученного в процессе оказанной медицинской помощи ожидаемому результату в конкретных условиях. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, т. е. соответствовать стандартам качества и нормам этики. Согласно определению ВОЗ, оптимальная медицинская помощь – это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения.

4. Ориентированность на пациента, его удовлетворенность означает участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами, а также условиями оказания медицинской помощи. 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.

5. 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.

6. 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.

7. Отсутствие (минимизация) врачебных ошибок, затрудняющих выздоровление или увеличивающих риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, а также повышающих риск возникновения нового. Эта составляющая, с одной стороны, непосредственно относится к качеству медицинской помощи и напрямую зависит от уровня подготовки врача, использования современных диагностических и лечебных технологий, а, с другой, требует и соответствующей организации, в частности, установления критериев квалификации на конкретном рабочем месте в форме инструкций, лицензий, аккредитаций и обеспечения санитарно-гигиенических и метрологических требований.

8. Научно-технический уровень. Важнейшим компонентом качества организации 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 КОМП 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 организация и эффективное управление качеством организации медицинской помощи невозможно без создания нормативно-правовой базы, регламентирующей ее оказание на всех уровнях. Нормативно-правовая база отрасли – это система взаимосвязанных НПА от закона до нормативно-технического документа, обязательных к исполнению всеми медицинскими организациями 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 (Омельченко В. Н. и соавт., 1999; Садовой М. А. и соавт., 2005; *Deming W. E.*, 1993; *Gay E.*, 1996).

1.2. Основные категории и критерии качества медицинской помощи

На наш взгляд, качество медицинской помощи основывается на двух основных критериях: адекватности и максимальном выполнении всех требований технологии медицинского процесса.

Общим для всех критериев оценки КМП во всех странах является минимизация ошибок путем стандартизации процессов оказания медицинской помощи. Другими словами, медицинская помощь надлежащего качества оказывается квалифицированным врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи и выражается в отсутствии врачебных ошибок.

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 (*Davis D.A.*, 1995; *Donabedian A.*, 1988; *Fisher R.*, 1998) 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 (Садовой М.А., 2005; *Donabedian A.*, 1978; 1988; *Morgan C.*, 1993; *Holmer C.J.*, 1997).

Таким образом, стандарт медицинской помощи — это нормативный документ, устанавливающий требования к процессу оказания медицинской помощи 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 (Зимин В.П., 1999; Кучеренко В.З., 1998; Кучеренко В.З. и соавт., 2003; Мыльникова И.С. и соавт., 1993; *Donabedian A.*, 1978; 1988; 1993).

Обязательным условием и основным механизмом оценки и контроля КМП в Российской Федерации является экспертиза, которая проводится на различных уровнях системы здравоохранения и регламентируется специальными НПА.

Экспертиза КМП предусмотрена, в частности, Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и регламентирована Приказом ФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Следует отметить, что в идеале любая экспертиза должна быть направлена не только на исключение или выявление врачебной ошибки и дефектов оказания медицинской помощи, но и на выявление лучших вариантов процесса лечения в целях последующего их тиражирования.

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 не-

осторожности. 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 обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества (Вишняков Н.И. и соавт., 1997; Сародубов В.И. и соавт., 2000; Старченко А.А. и соавт., 2003; *Andersen B.*, 1990; *Annas G.*, 1992).

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.

Под дефектом оказания медицинской помощи 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 медицинской помощи, связанные с умышленным преступлением;
- 2) неосторожные ятрогении (неосторожный дефект) – дефекты оказания медицинской помощи, содержащие признаки неосторожного преступления;

3) ошибочные ятрогении – дефекты оказания медицинской помощи, связанные с добросовестным заблуждением медицинского работника, не содержащие признаков умысла или неосторожности;

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

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, неполноценное обследование пациентов, невнимательное отношение к больному, недостатки в организации лечебного процесса, недооценку тяжести состояния больного. Дефекты организации медицинской помощи составляют не менее 20% всех причин дефектов КМП. 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 (*Deyo A.*, 1991).

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 стандартов на основе принципов доказательной медицины..

Н.И. Вишняков и соавт. (1997 г.) 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 КМП осуществляются в плановом порядке по распоряжению вышестоящих должностных лиц. Ведомственный контроль качества 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.

Вневедомственный контроль КМП осуществляется на основе оценки ресурсных и кадровых возможностей ЛПУ, применяемых в учреждении технологий. 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 объемов и качества медицинской помощи – организация медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи с целью обеспечения права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и проверки эффективности использования ресурсов здравоохранения, а также финансовых средств 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. 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.

1.3. Индикаторы качества медицинского обслуживания

За последнее десятилетие в Российской Федерации все шире начинает распространяться «индикаторное мышление». Необходимость оценить происходящие процессы медицинского обслуживания населения, дать им ретроспективный анализ и попытаться заглянуть в будущее требуют формирования соответствующих количественных показателей.

Существующая система статистической отчетности медицинских организаций нуждается в совершенствовании, в частности должна быть дополнена новыми показателями, которые отражают решение задач, актуальных для здравоохранения сегодня – индикаторами качества медицинского обслуживания населения.

Многими авторами отмечается необходимость разработки индикаторов, которые должны отражать следующие основные характеристики медицинской помощи (Белин Н.Б. и соавт., 1999; Белявский А.И. и соавт., 2002; Вишняков Н.И. и соавт., 1997; Вялков А.И., 2003; Щепин О.П. и соавт., 2002; Davis D.A. et al., 1995; *Donabedian A.*, 1978; 1988; 1993; *Ellis R.*, 1996):

1) результативность (медицинская и социальная эффективность) – степень достижения желаемого конечного или промежуточного («суррогатного») результата оказания медицинской помощи: выздоровление, смерть, инвалидизация, функциональная активность больных, развитие осложнений; достижение непосредственных критериев клинической эффективности медицинской помощи;

2) рациональность (научная обоснованность) – частота применения отдельных доказано полезных диагностических или лечебных технологий;

3) безопасность – оказание помощи без существенного риска (польза от помощи превышает риск неблагоприятных побочных явлений);

4) экономическая эффективность, экономичность – рациональность использования ресурсов; соотношение затрат и результатов;

5) приемлемость (удовлетворенность) – соответствие оказанной помощи ожиданиям, пожеланиям и надеждам пациентов и их родственников;

6) доступность – возможность получения объективно необходимой медицинской помощи независимо от места проживания и (или) пребывания;

7) своевременность;

8) преемственность и непрерывность.

Следовательно, опять-таки целесообразно различать индикаторы, как качества медицинской помощи, так и ее организации.

Ключевые индикаторы качества медицинской помощи должны отвечать следующим требованиям:

- относиться к тем явлениям, которые в наибольшей степени зависят от качества работы медицинских работников (а не от других факторов, определяющих состояние здоровья – образ жизни, окружающая среда, наследственность);

- отражать качество медицинской помощи больным с наиболее значимыми заболеваниями, а в рамках каждого заболевания (синдрома, клинической ситуации) – наиболее важные с медицинской, социальной и экономической точки зрения элементы лечебно-диагностического процесса и достигнутые результаты;

- носить опережающий (перспективный) по сравнению со сложившейся медицинской практикой характер и в то же время соотноситься с современным уровнем оснащения ЛПУ (учитывать баланс между желаемым и возможным).

- могут быть рассчитаны на основе сведений, обычно вносимых в медицинскую документацию (карты амбулаторного пациента, карты стационарного больного, рецепты, статистические талоны или др.), в виде исключения при наличии веского обоснования в методике расчета индикатора следует отмечать, что в медицинской документации необходимо фиксировать дополнительные данные.

- затраты (в т.ч. время, которое должен потратить медицинский персонал) на определение индикаторов качества не должны превышать потенциальную пользу от проводимых мероприятий по совершенствованию качества помощи больным.

Дополнительными факторами, которые могут способствовать включению заболевания (синдрома, клинической ситуации) в приоритетный перечень для разработки индикаторов качества, являются: возможность совершенствования медицинской помощи за счет:

- устранения неоправданных вариаций в тактике ведения больных, приводящих к снижению качества и эффективности медицинской помощи на местах;
- внедрения новых технологий с доказанной эффективностью, безопасностью и экономической целесообразностью, которые могут существенным образом повысить качество и эффективность традиционной «типичной» медицинской помощи;
- потенциальная социальная опасность (инфекционные болезни, психические болезни).

Из-за вариабельности течения заболеваний измерение правильности оказания медицинской помощи с помощью индикаторов КМП лишь косвенно отражает КМП (так как представления об эффективности выбранных индикаторов в большинстве случаев основаны на гипотезе, а не на результатах научных исследований), поэтому не позволяет делать однозначные выводы о КМП, однако ценность индикаторов заключается в их способности выявить участок, где встречаются системные ошибки.

Оценивать качество организации медицинской помощи можно, используя следующие индикаторы:

- 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.

Разработка индикаторов качества может быть основана на использовании концепции *SMART* (Davis D.A. et al., 1995; Donabedian A., 1978; 1988; 1993; Ellis R., 1996):

S (specific) – конкретность при постановке целей;

M (measurable) – измеримость (возможность установления индикаторов прогресса в продвижении к цели или конкретных показателей для ее количественного измерения);

A (achievable) – распределяемость (возможность определить конкретные задачи для каждого организационного звена);

R (realistic) – реалистичность;

T (time-related) – временная определенность.

Этапы разработки индикаторов качества

1. При планировании, прежде всего, необходимо провести анализ существующих проблем и определить приоритетные направления. Выбрать соответствующие стандарты, клинические рекомендации и иные источники информации, определить контингент больных.

2. На следующем этапе (разработки) целесообразно сформировать междисциплинарную рабочую группу, определить источники данных для вычисления индикаторов качества. Источниками для сбора информации в ЛПУ являются первичная медицинская документация, а также отчеты руководителей отделений и служб, протоколы заседаний различных комиссий (клинико-экспертной, по профилактике внутрибольничных инфекций, формулярной и др.), клинико-анатомических и врачебных конференций, результаты опроса пациентов, отчетная документация о расходовании медикаментов, использовании дорогостоящего оборудования и т.д. Методы сбора информации для вычисления значений индикаторов качества могут быть традиционными ручными и с использованием информационных систем и разнообразных электронных баз данных с формированием отчета в автоматическом режиме.

3. На этапе внедрения осуществляется сбор данных из соответствующей медицинской документации. Индикаторы качества должны быть четко определенными, объективными и специфичными. Их количество должно быть ограничено. Целесообразно использовать интегральные показатели, вычисление которых основано на анализе специфической нозологической группы индикаторов, что позволяет сравнивать между собой правильность ведения больных с различными заболеваниями.

В табл. 1.1 представлены примеры индикаторов КОМП, характеризующих ее структурные компоненты.

Таблица 1.1. Индикаторы структуры

№	Наименование индикатора	Формула для расчета
1.	Доля санаторно-курортных учреждений, имеющих бальнеологическое заключение или биоклиматический паспорт, %	(Число санаторно-курортных учреждений, имеющих бальнеологическое заключение или биоклиматический паспорт / Общее число санаторно-курортных учреждений) x 100%
2.	Доля медицинских организаций, в которых есть выход в Интернет, %	(Число медицинских организаций, в которых есть выход в Интернет / Общее число медицинских организаций) x 100%
3.	Доля стационаров, в которых есть формулярная комиссия, %	(Число стационаров, в которых есть формулярная комиссия / Общее число стационаров) x 100%
4.	Обеспеченность населения участковыми врачами-терапевтами в амбулаторно-поликлинической сети (фактическая), на 10 000 населения	(Число физических лиц – основных работников (участковых врачей) на занятых должностях / Среднегодовая численность населения) x 10 000
5.	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом, работающим с участковыми врачами-терапевтами в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ)(фактическая), на 10 000 населения	(Число физических лиц основных работников (среднего медицинского персонала в АПУ) на занятых должностях / Среднегодовая численность населения) x 10 000
6.	Обеспеченность населения врачами общей практики (фактическая), на 10 000 населения	(Число физических лиц основных работников (врачей общей практики) на занятых должностях / Среднегодовая численность населения) x 10 000
7.	Укомплектованность фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов), %	(Число физически занятого среднего медицинского персонала на ФАПах / Число штатных должностей среднего медицинского персонала на ФАПах) x 100%

8.	Обеспеченность населения койками в дневных стационарах (всех типов), на 10 000 населения	(Общее число коек дневных стационаров (всех типов) на конец года / Среднегодовая численность населения) x 10 000
9.	Укомплектованность штатных должностей врачей в стационарных учреждениях социального обслуживания, %	(Число физически занятых врачей в стационарных учреждениях социального обслуживания / Число штатных должностей врачей в стационарных учреждениях социального обслуживания) x 100%
10.	Обеспеченность населения местами в стационарных учреждениях социального обслуживания (всех типов), на 10 000 населения	(Общее число коек в стационарных учреждениях социального обслуживания (всех типов) / Среднегодовая численность населения) x 10 000
11.	Соотношение расходов на амбулаторную и стационарную помощь	Все затраты по государственным источникам финансирования на амбулаторную помощь, руб. / Все затраты по государственным источникам финансирования на стационарную помощь, руб.
12.	Подушевое финансирование, руб. на душу населения	Все затраты по всем государственным источникам финансирования за год, руб. / Среднегодовая численность населения

Виды и профили индикаторов. Комбинация нескольких индикаторов качества, сформированная для оценки определенной области оказания медицинской помощи, называется профилем индикаторов.

В соответствии с триадой Донабедиана традиционно можно использовать следующие индикаторы: индикаторы структуры; индикаторы медицинских процессов; индикаторы результатов.

Индикаторы структуры – количественные показатели, используемые для характеристики лиц и организаций, предоставляющих медицинские услуги. Эти индикаторы оценивают потенциальные возможности медицинского субъекта (учреждения или медицинского работника) оказывать соответствующую его функциям медицинскую помощь, поэтому индикаторы структуры являются, как правило, индикаторами качества организации медицинской помощи. При этом анализируются ресурсная база: финансирование, кадры, оснащение, условия пребывания пациентов и т.п. Индикаторы данного типа могут

быть использованы на любом уровне системы здравоохранения: отрасли, территории, отдельного ЛПУ. На оценку структуры направленные мероприятия по лицензированию медицинской деятельности.

Индикаторы медицинских процессов применяются для оценки правильности ведения (лечения) пациентов в определенных клинических ситуациях (при профилактике, диагностике, лечении и реабилитации) и в полной мере могут рассматриваться как индикаторы качества медицинской помощи (таблица 1.2).

При оценке процесса анализируется соблюдение медицинских технологий, в частности обязательные диагностические, инструментальные методы исследований и лечебные мероприятия, предусмотренные утвержденными в установленном порядке федеральными и региональными стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями, планами ведения больных.

Количество выбранных для мониторинга индикаторов КМП определяется сложностью задачи и не может быть большим, так как работа по анализу данных требует у специалистов много времени. Прежде всего, необходимо мониторингирование лечения пациентов с заболеваниями, имеющими наибольший удельный вес в структуре смертности и инвалидности.

Таблица 1.2. Индикаторы процесса

№	Наименование индикатора	Формула для расчета
1.	Число кесаревых сечений (КС) на 100 родов	$(\text{Число КС} / \text{Число принятых родов}) \times 100$
2.	Частота внутрибольничной инфекции (ВБИ), на 1000 госпитализированных	$(\text{Число случаев выявленной ВБИ} / \text{Общее число госпитализированных больных}) \times 1000$
3.	Частота выявления случаев забытых инородных тел в операционной ране, на 1000 операций	$(\text{Число выявленных случаев забытых инородных тел в операционной ране} / \text{Общее число проведенных оперативных вмешательств}) \times 1000$
4.	Частота послеоперационных осложнений, %	$(\text{Число случаев послеоперационных осложнений} / \text{Общее число проведенных оперативных вмешательств}) \times 100$
5.	Частота соблюдения стандартов КМП, %	$(\text{Число случаев соблюдения стандартов КМП} / \text{Общее число случаев оказания медицинской помощи}) \times 100$

В качестве интегрального показателя, характеризующего в целом правильность ведения больных с определенным заболеванием в ЛПУ, может быть использован интегральный индекс качества (среднее значение всех индексов достижения цели в профиле индикаторов, характеризующих заболевание).

Для оценки процессов оказания медицинской помощи целесообразно использовать метод экспертизы качества медицинской помощи. Однако экспертиза, особенно тематическая в совокупности случаев, требует значительных временных, финансовых затрат, а главное, подготовленных специалистов.

В то же время экспертиза качества медицинской помощи, например, с помощью автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи, в отличие от традиционного подхода, предполагающего выбор индикаторов КМП на основе существующих методических руководств без учета реальной ситуации, позволяет получать временные индикаторы качества лечебно-диагностического процесса, полностью ориентированные на фактические данные, получаемые по результатам экспертного исследования КМП:

- показатели состояния отдельных компонентов КМП (риск возникновения врачебных ошибок, риск ухудшения состояния пациента, риск социально значимого ухудшения состояния пациента, риск неоптимального использования ресурсов);
- показатели структуры ненадлежащего КМП;
- расчетные показатели врачебных ошибок и их негативных следствий;
- данные о типичных врачебных ошибках.

Индикаторы результата. Оценивать состояние здравоохранения без учета результата нецелесообразно. Индикаторы результатов медицинской помощи должны быть количественно определены и указаны в стандартах медицинской помощи и планах ведения больных. Индикаторы результата оценивают степень выполнения поставленных задач и достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи, поэтому данная группа индикаторов может использоваться как для оценки качества организации медицинской помощи, так и опосредованно – через исход оказания медицинской помощи – для оценки качества медицинской помощи.

В таблице 1.3 представлены индикаторы результата.

Таблица 1.3. Индикаторы результата

№	Наименование индикатора	Формула для расчета
1.	Первичный выход на инвалидность среди детей, на 10 000 детского населения	$(\text{Число детей-инвалидов в возрасте до 17 лет включительно с впервые установленной инвалидностью} / \text{Среднегодовая численность детского населения в возрасте до 17 лет включительно}) \times 10\,000$
2.	Число больных лимфогранулематозом, проживших 5 лет с момента постановки диагноза, на 100 больных	$(\text{Число больных лимфогранулематозом, проживших 5 лет с момента постановки диагноза} / \text{Общее число больных с лимфогранулематозом}) \times 100$
3.	Число больных, проживших более 5 лет с момента установления диагноза РМЖ, на 100 больных	$(\text{Число больных, проживших более 5 лет с момента установления диагноза РМЖ} / \text{Общее число больных с диагностированным РМЖ}) \times 100$
4.	Материнская смертность	$(\text{Число женщин, умерших в период беременности, в родах и в течение 42 суток после родов включительно} / \text{Общее число рожденных живыми детей}) \times 100\,000$
5.	Смертность женщин в результате акушерских операций, на 100 женщин	$(\text{Число женщин, умерших после проведения акушерских операций в стационаре} / \text{Общее число женщин, которым были проведены акушерские операции в стационаре}) \times 100$
6.	Перинатальная смертность	$(\text{Число умерших новорожденных в возрасте 0-6 сут} \pm \text{число родившихся мертвыми} / \text{Общее число рожденных живыми и мертвыми}) \times 1000$
7.	Доля взятых на учет с рецидивами туберкулеза из числа ранее снятых с учета, %	$(\text{Число взятых на учет с рецидивами туберкулеза из числа ранее снятых с учета} / \text{Число ранее снятых с учета за год}) \times 100\%$
8.	Смертность от активных форм туберкулеза	$(\text{Число умерших от активного туберкулеза} / \text{Среднегодовая численность населения}) \times 1000$

9.	Смертность от осложненных анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства на 1000 операций	(Число случаев смерти по причине осложнений анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства / Общее число оперативных вмешательств) x 1000
10.	Частота осложнений, связанных с установкой центральных сосудистых катетеров (Д), на 1000 манипуляций	(Число зарегистрированных осложнений, связанных с установкой центральных сосудистых катетеров / Общее число соответствующих манипуляций) x 1000
11.	Число суицидов на 100 000 населения	(Число суицидов / Среднегодовая численность населения) x 100 000
12.	Больничная летальность, на 100 выбывших из стационара	(Число умерших в стационаре / Общее число больных, выбывших из стационара (является суммой выписанных из стационара и умерших в стационаре)) x 100
13.	Летальность больных, доставленных в стационар по экстренным хирургическим показаниям (всего), на 100 госпитализированных	(Число умерших больных с острой хирургической патологией (оперированных и неоперированных) / Общее число больных, поступивших в стационар по экстренным хирургическим показаниям) x 100
14.	Процент расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов у умерших в стационаре, %	(Число расхождений патолого-анатомического и клинического диагнозов / Общее число патолого-анатомических исследований) x 100%

Практическое использование индикаторов КОМП и КМП. Из множества индикаторов КОМП и КМП руководители органов управления здравоохранением и ЛПУ должны выбрать наиболее значимые для них, позволяющие мониторировать реализацию программ повышения КОМП и КМП по приоритетным в данный момент направлениям.

Полученная информация может быть использована для выявления проблем, возникающих при ведении больных, определения причин этих проблем, а также для организации мероприятий по устранению недостатков и оценки эффективности принятых управленческих решений.

Целесообразно устанавливать пороговые (целевые) значения индикатора - интервал значений, установленный как целевой или допустимый. 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.

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.

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 (Буори Х. В., 1985; Кимболл А. М., 1997; *Donabedian A.*, 1978; 1988; 1993; *Sackett D. L. et al.*, 1991; *Ellis R.*, 1996).

1.4. Методология управления качеством медицинского обслуживания

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 «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (2010 г.), приказом ФФОМС об утверждении Порядка организации и проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС» (2010 г.), 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 медицинского обслуживания включает следующие задачи:

- межведомственное взаимодействие структур управления, медицинских организаций и субъектов 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 систем мониторинга в здравоохранении, направленных 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 медицинского обслуживания должна заключаться в принятии управленческих решений на основе анализа целевых показателей (или результатов) деятельности, которые имеют многоступенчатую (иерархическую) структуру и формируются по принципу «дерева целей» для системы здравоохранения в целом, каждого управленческого блока (вида деятельности), отдельно взятой медицинской организации, ее подразделения, медицинских работников.

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 (1987), 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 $\pm 6 \delta$ от среднего значения.

Считается, что повышение качества медицинского обслуживания неизбежно требует дополнительных затрат времени, усилий и ресурсов. Однако привлечение дополнительных ресурсов вовсе не гарантирует повышение качества медицинского обслуживания.

В то же время «выравниванию» качества и минимизации расходов может способствовать внедрение стандартов. В частности, повышение КМП способствует росту эффективности ее оказания,

сокращению сроков лечения, снижению частоты повторных госпитализаций и осложнений, что существенно уменьшает расходы на здравоохранение.

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

С развитием доказательной медицины становится очевидным, что многие клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи требуют пересмотра законодательных и регулирующих механизмов. 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 (Омельченко В.Н. и соавт., 1999; Яковлев Е.П. и соавт., 2004; *Sacker D.L. et al.* 1999;).

Важное значение имеет создание института стандартизации медицинской помощи, осуществляемой на основании клинических руководств, протоколов ведения больных, стандартов диагностики и лечения, имеющих соответствующий правовой статус.

В конечном итоге системная стандартизация в сфере здравоохранения направлена на создание и совершенствование нормативного регулирования отрасли, обеспечивающего доступность и гарантию высокого качества медицинского обслуживания 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.

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 *ИНАНТА* – 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 (Вялков А.И. и соавт., 2001; Вялков А.И. 2004; Мыльникова И.С. и соавт., 1993) .

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.

ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

2.1. Проблемы кадровых ресурсов в здравоохранении

Ведущими проблемами состояния и развития кадровых ресурсов здравоохранения являются (Вялков А.И. и соавт., 1998; 2004; Гайдаров Г.М. и соавт., 2000; Гусарова Г.И. и соавт., 2004; Стародубов В.И. и соавт., 2000; 2001):

– несовершенство управления уровнем обеспечения отрасли медицинским персоналом.

Подход к управлению кадровым потенциалом не учитывает организационную структуру кадров, оптимальное распределение ресурсов, согласованное с задачами и направлениями развития здравоохранения в целом. Отмечаются выраженные региональные различия между максимальными и минимальными значениями обеспеченности врачебными кадровым персоналом, составляющие от двух раз и более. Имеется значимая непропорциональность в соответствии численности врачебного и сестринского персонала. Регистрируется рост кадров врачей специализированного профиля при снижении численности специалистов врачебной практики.

– отсутствие координированных действий по планированию и прогнозированию численности медицинского персонала.

В последние годы предпринимается ряд мер по сохранению и развитию кадрового потенциала, оптимизации его численности и состава, на государственном уровне принята Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.07.02 № 210). Однако до настоящего времени не реализуется процесс разработки планов формирования и развития качественных и количественных параметров кадрового обеспечения медицинскими работниками здравоохранения РФ в целом, его территориальных служб. Отсутствует целенаправленность в деле подготовки и расстановки кадров в субъектах РФ и в том числе в УР, что приводит к значимым диспропорциям в обеспеченности врачебной помощью городских и сельских жителей, дискрими-

нации основного принципа здравоохранения – доступности медицинских услуг для любого гражданина страны (Духанина И.В. и соавт., 2005; Ковалевский М.А. и соавт., 2002).

Несмотря на осуществляемые в отрасли мероприятия по реструктуризации (уменьшение коечного фонда, развитие альтернативных форм медицинской помощи) и модернизации (внедрение новых специальностей – сестринское дело, врачебная общая практика, экономика, клиническая психология, социальная работа и др.) система планирования и распределения кадровых ресурсов, их выравнивание в зависимости от нуждаемости конкретных территорий не реализуется. В сфере кадрового обеспечения здравоохранения не в полной мере используются разработанные ранее методологические принципы и методические подходы к совершенствованию кадрового состава отрасли, не реализуется процесс непрерывного улучшения качества кадровых ресурсов.

– недостаточная эффективность комплексного улучшения качества теоретических знаний и практических навыков врачебного и сестринского медицинского персонала на этапах профессионального до- и последипломного обучения.

Обеспечение качества медицинского обслуживания определяется не только уровнем оплаты трудовой деятельности, но и реальной возможностью использования современной техники и оборудования, новых и новейших высоких технологий, информационных данных по соответствующим профессиональным направлениям. Вместе с тем, к 2009 году примерно 30% врачей первичного звена медицинской помощи не повышали квалификационный уровень знаний и умений в течение пяти и более лет (Щепин О.П. и соавт.; 2010). Каждый четвертый врач не имеет сертификата специалиста, каждый третий врач – не аттестован, т.е. врачебным персоналом в практической работе используются устаревшие руководства и рекомендации, тогда как новые сведения по различным разделам медицины удваиваются почти каждое пятилетие. Нуждается в коренной реорганизации материально-техническая база учебных заведений сети дополнительного профессионального образования, необходимо повысить уровень специальной и педагогической подготовки профессорско-преподавательского состава системы последипломного образования.

– недостаточность проработки нормативно-правовой базы кадрового обеспечения системы здравоохранения.

Решение кадровых вопросов не обеспечивается в достаточном объеме адекватной правовой поддержкой, законодательными и нормативными актами. Отсутствуют правовые решения по формированию договорных, контрактных отношений между подготавливаемыми специалистами, органами управления здравоохранением, высшими учебными учреждениями, программы целевого распределения дипломированных контингентов. Усиливается неравномерность распределения медицинских работников внутри региона и низкая обеспеченность кадрами сельского населения.

– неустойчивость социального статуса медицинской профессии.

До настоящего времени имеет место недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения, особую остроту приобретают социально-экономические условия их жизнеобеспечения. Представителей медицинской профессии характеризует неудовлетворенность получаемой за труд компенсации, дискомфорт условий проживания (преимущественно в сельских поселениях), что не способствует мотивации труда, снижая заинтересованность в результативности производственной деятельности. Данные факты, в свою очередь, усиливают внутрироссийскую и внешнюю миграционную мобильность кадровых ресурсов, перемещение врачебных кадров в другие области трудовой деятельности преимущественно в субъектах, имеющих более низкий, в сравнении со средним по России, социально-экономический уровень.

Увеличение в последние годы числа вакансий акушерок, фельдшеров, лаборантов определяется интенсификацией условий труда, ухода за пациентами в стационарах при неадекватной заработной плате. Имеет место профессиональная неудовлетворенность вследствие выполнения специалистами со средним профессиональным образованием вспомогательных технических функций, не требующих специальной компетенции.

В силу особенностей медицинской профессии, связанной с характером труда в ночное время и выходные дни, врачебный и сестринский персонал испытывает дополнительные физические и психологические перегрузки, нуждается в создании условий для восстановления трудо-

способности. В структуре заболеваемости медицинских работников, обусловленной профессиональными особенностями деятельности, преобладают болезни органов дыхания, кровообращения, значимое место занимают болезни костно-мышечной системы, травматические поражения. Среди медицинского персонала противотуберкулезных диспансеров численность пораженных туберкулезной инфекцией на 10 тыс. работающих, выше, чем среди населения в целом.

В связи с опасными для здоровья условиями труда Федеральный Закон РФ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (2001 г.) установил для медицинских работников, оказывающих противотуберкулезную помощь, право на сокращенную продолжительность рабочего времени и дополнительный отпуск.

С 2008 года вступил в силу Федеральный закон «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации» в связи с принятием новых Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 28.08.2004 г. №122. В соответствии с утвержденными законодательными актами внесены изменения в ранее принятые правовые документы (196 актов), включая 10 федеральных законов в сфере охраны здоровья граждан и их социальной защиты.

Целью принятия установленных дополнений является разграничение полномочий между федеральными органами, органами власти субъектов РФ и местного самоуправления. Вместе с тем, общая позитивная направленность новых законодательных актов на изменение системы межбюджетных отношений пока не привела к согласованности действий исполнительных органов государственной власти по стабилизации финансирования социальной поддержки и правовой защиты медицинских работников РФ.

Так, в новом законодательстве (в соответствии со статьей 63 «Социальная поддержка и правовая защита медицинских и фармацевтических работников») исключено право медперсонала на привилегии в получении жилья, установку телефонной связи, предоставление детям

мест воспитания в детских дошкольных и лечения в санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта для выполнения профессиональных обязанностей участкового врача, врача общей практики (семейного) в условиях сельской местности с большим объемом выездной работы. Исключено право врачей, сестринского персонала, работающего в сельских поселениях и поселках городского типа, на бесплатное предоставление квартир с отоплением и освещением.

В обновленном законодательстве предусмотрены мероприятия, регламентируемые Правительством Российской Федерации по социальной поддержке работников сферы здравоохранения федеральных специализированных медицинских учреждений. Меры содействия медицинским кадрам учреждений и организаций, находящихся в ведении субъектов РФ, в настоящее время возложены на органы государственной власти соответствующих субъектов, социальной защиты медицинских работников муниципальных организаций здравоохранения – на органы местного самоуправления.

Законодательное положение о разделении полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов Российской Федерации, успешно действующее в некоторых других сферах трудовой деятельности, при решении вопросов социального содействия и помощи медицинским кадрам, в определенной степени, обуславливает социально-правовое неравенство в отрасли, способствуя оттоку врачебного и сестринского медицинского персонала из организаций здравоохранения городских округов, сельских районов. В итоге снижается привлекательность работы в муниципальном здравоохранении для молодых специалистов.

Принцип разграничения полномочий государственной власти в Российской Федерации на разных уровнях утверждается также в статье 64 вышеуказанного закона, посвященной обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых сопровождается угрозой для их жизни и здоровья. Порядок предоставления гарантий (сокращение продолжительности рабочего времени, дополнительный отпуск) и установление надбавок к должностным

окладам за работу в тяжелых и опасных для здоровья условиях труда определяется для медицинского персонала федеральных учреждений здравоохранения Правительством Российской Федерации, для работников территориальных медицинских учреждений – органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

– нереализованные возможности совершенствования оплаты труда врачей и сестринского звена работников здравоохранения.

Актуальность изыскания и реализации различных форм и методов оплаты медицинской деятельности сформулирована еще в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 г. № 1387. Однако до настоящего времени имеет место отставание среднего уровня заработной платы в отрасли здравоохранения от доходов тружеников промышленной сферы и, по многим медицинским специальностям – от среднего уровня заработной платы в целом по стране.

Сложившаяся ситуация, в немалой степени, способствует потенцированию дефицита врачебного и сестринского персонала в практических городских и сельских учреждениях системы здравоохранения, их неполноценной укомплектованности молодыми кадрами. К проблемам существующей системы оплаты труда медицинского персонала относится недооценка особенностей выполняемых обязанностей по профилям профессиональной деятельности, обуславливающая непропорциональность заработной платы у различных категорий работников здравоохранения.

В нынешних условиях функционирования системы национального здравоохранения в качестве каналов финансирования утвердились: бюджет, обязательное медицинское страхование (ОМС), добровольное медицинское страхование (ДМС), оплата за медицинские и сервисные услуги, инвестиционные поступления из других, независимых источников, что, в свою очередь, способствовало сближению вариантов оплаты труда производителей медицинских услуг в нашей стране с основными зарубежными аналогами (плата за услугу, устойчивая заработная плата, подушевой доход с возможными поощрительными доплатами по каждому виду и др.) (Гололобова Т.В., 2001; Линденбратен А.Л. и соавт., 1997).

Бюджетное финансирование является ведущим источником дохода, составляя до 75-96% для федеральных медицинских учреждений, областных кожно-венерологических и противотуберкулезных диспансеров. Городские поликлиники, больницы (областные, республиканские) получают доход от средств ОМС в объеме до 46%, являясь также и распорядителями средств бюджета от 20 до 45%. Финансирование за счет средств ОМС служит доминирующим источником (до 70%) в городских и центральных районных больницах. Негосударственные источники (платные услуги, ДМС и другие) – основные в финансовом обеспечении коммерческих и частных медицинских организаций, достигая 85% и более (Новокрещенова Г.И., 2007; Омельченко В.Н. и соавт., 1999; Щепин О.П., 2001).

В структуре расходов, выделяемых на заработную плату персонала медицинских учреждений, около 60% составляют денежные средства ОМС, немногим более 40% – средства бюджета. На оплату труда выделяется примерно 50% дохода, получаемого от предоставления платных услуг.

В ходе реализации национального проекта «Здоровье» повышена заработная плата врачам и медицинским сестрам, оказывающим первичную медицинскую помощь по участковому принципу (с 2006 г.). Вместе с тем, заложенный в основу расчета оплаты труда тарифный принцип в сочетании с невысокими подушевыми нормативами финансовых средств не позволяет реализовать в государственных учреждениях здравоохранения более гибкую систему, ориентированную, прежде всего, на объем выполняемой медицинской помощи и ее надлежащий уровень. В настоящее время в учреждениях системы здравоохранения формируется отчетливая тенденция к увеличению предоставления платных лечебно-диагностических, восстановительных и профилактических услуг, в меньшей степени – программ добровольного медицинского страхования, которые в совокупности, по сути, являются единственным резервом осуществления и расширения диапазона обеспечения медицинских организаций – кадрами, финансами, материально-техническими ресурсами.

Ввод платных медицинских услуг определен Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 г. № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению

медицинскими учреждениями». Вместе с тем, несбалансированная активизация в увеличении объемов платных услуг не соответствует законодательным положениям Конституции РФ, устанавливающей право российских граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Позитивные изменения возможны при формировании соответствующей государственной политики в отношении ресурсов здравоохранения, среди которых ведущая роль принадлежит кадрам. От состояния кадров, их расстановки, условий труда и технологического обеспечения трудового процесса, уровня социальной удовлетворенности, квалификации непосредственно зависит как качество медицинского обслуживания населения, так и эффективное использование других ресурсных составляющих – финансовых и материально-технических средств.

2.2. Основные направления решения вопросов кадрового обеспечения

Развитие отечественного здравоохранения в качестве одного из главных компонентов предусматривает формирование моделей кадрового обеспечения, устранение избыточности и диспропорции его объемных параметров на региональном уровне.

Модернизация и координация кадровой политики предусматривает научное обоснование более совершенных и инновационных методов управления, программно-целевую ориентацию и внедрение современных информационных технологий, способствующих эффективному использованию ресурсного потенциала системы здравоохранения (Гайдаров Г.М. и соавт., 2000; Денисов И.Н., 2005; Духанина И.В. и соавт., 2005; Щепин О.П., 2001):

1. Формирование кадровой стратегии как важнейшего элемента общепромышленного направления деятельности, нацеленного на гармонизированное соответствие объема подготавливаемых кадровых ресурсов с потребностью в них общественного здравоохранения.

2. Оптимизация численности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, достижение пропорциональности их структурного соотношения. Достижение снижения совмещения должностей врачебным и сестринским медицинским персоналом в учреждениях первичного звена здравоохранения. Планирование

модулей нуждаемости в кадровом составе на среднесрочный период (пятилетие), долгосрочную перспективу. Прогнозирование требований к кадровым ресурсам при реализации долгосрочных масштабов медицинской помощи с учетом разнообразных вариантов (при сохранении потребности на постоянном уровне, на уровне складывающихся тенденций, чередовании адаптивного и стабильного уровня). Рациональное размещение кадров по административно-территориальным городским и сельским поселениям.

При определении потребности в кадрах на отраслевом уровне более адекватным является применение аналитического метода с использованием популяционных прогнозов, статистических данных, нормативов объемов медицинской помощи (по ее видам), определяемых Программой государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. На уровне субъекта Российской Федерации в качестве инструмента выявления нуждаемости возможен эпидемиологический подход, включающий оценку состояния заболеваемости населения региона в аспекте гендерных, возрастных различий, а также использование результатов социологических исследований; в условиях городского, районного муниципального образования – балансовый метод.

3. Построение адекватной системы финансирования отрасли здравоохранения и социального развития, направленной, в том числе, на изыскание и выделение финансовых средств на поддержание кадровых ресурсов, кадровое ресурсосбережение (с учетом индикаторов оплаты труда и денежных пособий на содержание медработников различных категорий). Ведение национальных счетов здравоохранения по статье «кадровые ресурсы здравоохранения».

4. Мониторинг и аналитическая оценка динамики статистики кадровых ресурсов ежеквартально (включая миграционное перемещение кадрового состава) с использованием информационно-аналитических систем. Отбор индикативных критериев для формирования электронной базы. Создание Национального реестра специалистов-профессионалов в сфере здравоохранения (единый Федеральный банк) с регулярным обновлением данных по целевой популяции. Формирование сертификационной электронной базы информации по медицинским специальностям.

5. Совершенствование классификации (номенклатуры) медицинских специальностей с позиции – от узкой специализации к интеграции, адаптация отечественной номенклатуры с учетом международных (Болонское соглашение) индикаторов качества подготовки кадров, в соответствии со сложностью выполнения профессиональных обязанностей, специализацией владения медицинской техникой и оборудованием (*ISCO*). Формирование единого справочника должностей работников здравоохранения Российской Федерации.

6. Непрерывное улучшение качества обучения кадров: от профориентации и начальной подготовки на довузовском этапе до совершенствования знаний и практических умений в высшем учебном заведении. Совершенствование качества обучающего персонала и учебных баз, корректировка учебных программ и программ переподготовки кадров в соответствии с приоритетами отрасли здравоохранения и социального развития. Перманентное последипломное обучение, в том числе и на коммерческой основе, с расширением использования дистанционных форм. Разработка и внедрение в практику накопительных кредитов (рейтингов) в профессиональном дополнительном образовании. Разработка электронных информационно-образовательных систем – руководств, консультативных материалов по направлениям медицинской деятельности для врачебного и сестринского персонала. Организация Федерального центра по тестированию уровня квалификации высших и сестринских медицинских кадров (аттестация, аккредитация специалистов, рейтинговый контроль знаний).

7. Нарращивание потенциала для внутрисекторального партнерства (соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и сетью поставщиков медицинских услуг). Межведомственное партнерство основных структур, принимающих участие в формировании кадрового состава (Министерство финансов, Министерство образования Российской Федерации и др.). Привлечение медицинских коммерческих структур к реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на договорной основе.

8. Поддержание социального престижа медицинского персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь (дополнительное финансирование, предусмотренное приоритетным Национальным

проектом). Укрепление первичного звена здравоохранения на основе совершенствования правовых основ (расширение обязанностей сестринского медицинского персонала с расширением выполнения ими ряда врачебных функций), защита безопасности труда и условий трудовой деятельности работников здравоохранения. Значимой и нуждающейся в научном анализе проблемой является изучение состояния здоровья медицинских кадров.

9. Внедрение многосторонних юридических договорных взаимоотношений (между абитуриентом, высшим медицинским учебным учреждением, территориальными органами управления здравоохранением). Обеспечение на основе трудовых договоров, контрактов социальных гарантий специалистам высшего и сестринского звена (выделение льготных кредитов на приобретение жилья и других привилегий.).

10. В целях укрепления мотивации медицинского персонала к надлежащему выполнению профессиональной деятельности способствовать совершенствованию системы оплаты их труда – внедрению дифференцированных, стимулирующих вариантов оплаты, ориентированных на применение новых и новейших медицинских технологий, объем выполненной работы, качество лечебно-диагностического процесса, достижение медицинской результативности, социального и экономического эффекта. Выделение приоритетности оплаты труда медицинских кадров, работающих в сельской местности, использование «надтарифной» ее доли (доплаты, надбавки, премии), применение гонорарного принципа. Внесение изменений в тарифно-квалификационные характеристики по должностям работников здравоохранения, связанные с реализацией национального проекта «Здоровье» и разработка их для новых специальностей. Совершенствование оценки труда медицинских работников при оказании платных услуг, обоснование соответствующих нормативных документов.

11. Повышение роли врачебного и сестринского персонала в учреждениях и организациях практического здравоохранения, изменение отношения к нему менеджеров здравоохранения – стимулирование коллективного управления и интеллектуальной специализации. Использование в целях профессиональной активизации разнообразных форм статусного, морального поощрения сотрудников медицинских

учреждений, работающих ответственно и продуктивно. Совершенствование кадровой работы, расширение функции кадровых служб медицинских учреждений от преимущественно учетных до аналитических и организационных.

2.3. Основные показатели обеспеченности кадрами в системе здравоохранения УР

Показатели обеспеченности кадрами в системе здравоохранения являются одним из критериев качества организации медицинской помощи.

Важнейшей составляющей ресурсного обеспечения здравоохранения является его кадровый потенциал. Наличие кадров, их квалификация и распределение, условия деятельности, социальное благополучие, материально-техническое и технологическое обеспечение трудового процесса обуславливают должный уровень оказания медицинской помощи населению (Гайдаров Г.М. и соавт., 2000; Духанина И.В. и соавт., 2005; Назаренко Е.А., 1999; Стародубов В.И., 2000; 2001).

Основой стратегии развития медицинских кадров является необходимость подготовки и повышения квалификации специалистов отрасли с учетом потребности субъектов Российской Федерации в конкретных специалистах. Рост профессиональных знаний и практических навыков современных медицинских кадров, рациональное использование их потенциала, в свою очередь, окажет системное влияние на иные, не менее значимые, объёмные параметры здравоохранения – финансовые и производственные ресурсы.

Повышение доступности и качества медицинской помощи населению в значительной степени определяется кадровым потенциалом отрасли, его профессиональным уровнем и качеством подготовки. Этот раздел постоянно находится в центре внимания Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (УР) (Гасников В.К. и соавт., 2005; 2009; 2010; Музлов В.М. и соавт., 2010).

Число врачей в УР, как и в среднем по РФ, выше, чем в странах ЕС (рис. 2.1). Однако при общей обеспеченности врачами 48,8 на 10 тыс. населения, что выше, чем в странах ЕС, число средних медицинских работников в УР составляет 114,8 на 10 тыс. населения. Соотношение врач/средний медицинский работник в УР составляет в целом 1:2,3, в госсекторе – 1:2,1.

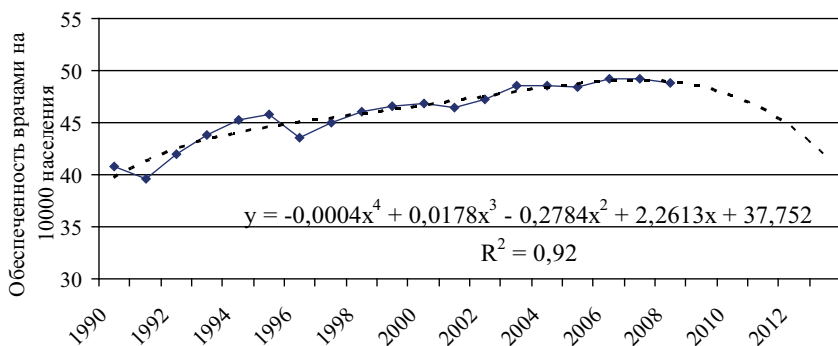


Рис. 2.1 Прогностическая оценка численности врачей до 2015 г.

На рис. 2.2. на основе анализа баланса кадров за предшествующий 20-летний период представлена динамика обеспеченности населения средним медицинским персоналом в УР за период с 1990 по 2010 гг.

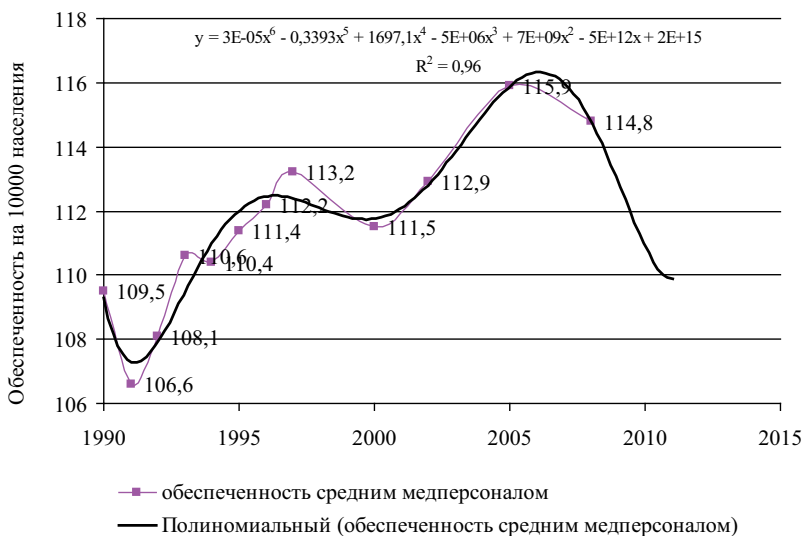


Рис. 2.2. Динамика обеспеченности населения средним медицинским персоналом в Удмуртской Республике за период с 1990 по 2010 гг.

За последние 10 лет в УР ежегодный баланс кадров (разница между пришедшими на работу и ушедшими) в госсекторе был отрицательным: число врачей за год уменьшались на 124, средних медицинских работников – на 578 (55,6 % из них уходили в частный

сектор здравоохранения и другие сектора экономики). Вместе с тем из ежегодного выпуска Ижевской государственной медицинской академии врачей в госсектор приходило всего 72,6 %, а из выпуска медицинских училищ – только 40,8 %. Единственный год позитивного баланса кадров за последние 10 лет – 2006 г. (начало реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и повышение заработной платы).

На основании этих расчетов составлен прогноз кадровых изменений до 2015 г. При отсутствии каких-либо действий со стороны органов управления здравоохранением (например, увеличение заработной платы медицинским работникам) численность кадров в госсекторе к этому сроку сократится до критического уровня, что не позволит обеспечить необходимые объемы медицинской помощи по программе государственных гарантий, особенно принимая во внимание рост заболеваемости. К 2015 г. численность врачей сократится до 31,6 на 10 тыс. населения, а медицинских сестер до 80,4 на 10 тыс. населения.

Следует учесть, что сегодня в государственном секторе возросло до 16,5% (2002 г. – 7,4 %) число пенсионеров (по возрасту и инвалидности). Кроме того, ежегодный выпуск медицинских вузов и училищ будет сокращаться из-за демографического провала. Все это может ускорить динамику снижения численности медицинских кадров в УР, т.е. к 2013 г. их число может сократиться в большей степени, чем ожидается.

Коэффициент совместительства среди медицинских работников УР в среднем составляет 1,5. Обеспеченность некоторыми специалистами (фтизиатры, врачи-лаборанты, врачи-анестезиологи, врачи-патологоанатомы, врачи-рентгенологии) из-за невысокой заработной платы крайне низкая – до 50,0 %. В УР также имеется дефицит фармацевтических кадров. В большей степени нехватка всех специалистов ощущается в сельской местности. Кадры частной системы здравоохранения в большинстве случаев не могут рассматриваться как резерв для оказания услуг по программе государственных гарантий, поскольку в основном это представители таких специальностей, как стоматология, дерматовенерология, урология, офтальмология.

В системе здравоохранения УР наблюдается не только нехватка медицинских сестер (и как следствие дисбаланс в соотношении врач/средний медицинский работник), но и дисбаланс в соотношении: врачи первичного контакта/«узкие специалисты» (работающие в поликлиниках и стационарах). Это соотношение в УР составляет 1:3,5 (в странах ЕС – 1:2). Вместе с тем именно врачи первичного звена должны нести основную ответственность за здоровье прикрепленного населения и организацию медицинской помощи пациентам.

Динамический анализ уровня обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом населения УР выявил следующие особенности.

Показатель обеспеченности врачебным персоналом составил в 2009 году 48,8 (2001 г.- 46,9, 1996 г.- 43,2) на 10 тыс. населения, из них по клиническим специальностям – в пределах 26,7 – 28,8.

Укомплектованность медицинских учреждений врачами существенно не изменилась, достигнув к 2009 г. 88,6%, в амбулаторно-поликлинических учреждениях она составляет 50-65%, при коэффициенте совместительства должностей – до 1,5.

Обеспеченность населения УР врачами, являющимися поставщиками первичной медицинской помощи – участковыми терапевтами снизилась с 2,1 (1996, 2001 гг.) до 2,0 (2009 г.) на 10 тыс. населения.

Возросший к 2001 году, по сравнению с 1996 годом, показатель обеспечения детского населения участковыми педиатрами к 2009 г. снизился с темпом убыли, составившим за 1996 – 2009 гг. – 9,4%, а с 2001 по 2009 годы – 16,3%.

Состояние обеспечения населения УР врачами общей практики (ВОП) к 2009 году характеризуется увеличением до 0,34 (2001 г.- 0,13, 1996 г.- 0,04) на 10 тыс. населения. Значимо отличается российский уровень обеспечения ВОП от соответствующего показателя в странах Европейского региона и Евросоюза, составляющего 6,6 – 9,9 на 10 тыс. населения.

Наблюдается рост численности врачей-специалистов – за 2001–2009 гг. их количество выросло как в стационарах (на 19,7%), так и амбулаторно-поликлинических учреждениях (на 13,2%). По ряду

видов специализированной медицинской помощи выявляются более высокие темпы прироста численности специалистов соответствующего профиля. Возросла наполняемость врачебным персоналом хирургического профиля деятельности (прирост + 5,0%), из них специалистов по сердечнососудистой хирургии – на 8,3%, нейрохирургии – 5,8%, хирургии – 1,1%. Темп прироста к 2009 г., в сравнении с 2001 годом, врачей-специалистов в области эндокринологии составляет +9,4%, урологии +7,6%, травматологии и ортопедии +6,7%, неврологии +6,0%, стоматологии +3,7%, дерматовенерологии + 1,4%, психиатрии +1,0%. Уровень обеспеченности врачами ультразвуковой, функциональной диагностики и судебно-медицинской экспертизы возрос соответственно на 25,4, 18,5 и 12,1%, психиатрами наркологами – на 5,1%. Наблюдается ежегодный прирост специалистов в области организации сестринского дела в диапазоне от 3,0 до 7,0%. К 2009 году отмечено незначительное увеличение численности специалистов по акушерству и гинекологии (+0,4%).

За вышеуказанный период времени уменьшилось число врачей терапевтического профиля (на 20,4%), врачей-педиатров (на 5,3%). На 30,7% сократилось количество врачей санитарно-эпидемиологической группы, на 8,3% – врачей скорой помощи. Снизилась обеспеченность врачами-неонатологами (на 9,4%), гастроэнтерологами (7,6%), специалистами по инфекционным болезням (6,4%), детскими стоматологами – на 13,5%. Темп убыли врачей восстановительной медицины – физиотерапевтов составил к 2009 году – 8,0%.

Сохраняется стабильность в уровне обеспечения населения в УР врачами-отоларингологами, офтальмологами, нефрологами, гематологами, аллергологами-иммунологами, токсикологами, врачами по лечебной физической культуре и другими специалистами. Численность врачей фтизиатров стабильно составляет до 0,63 на 10 тыс. населения.

Снижение показателей обеспеченности населения медицинским персоналом среднего звена обуславливается преимущественно за счет уменьшения численности акушерок, фельдшеров, лаборантов. Абсолютная численность медицинских сестер за предыдущее деся-

тилетие выросла на 1,5%, обеспеченность сестринским персоналом, составившая в 1996 году 110,8, в 2001 и 2009 году достигла 111,5 и 114,8 на 10 тыс. населения УР соответственно. Прирост данного показателя нагляднее проявляется по специальности «сестринское дело в педиатрии», составив с 2001 по 2008 гг. +13,5%. Вместе с тем, наблюдается тенденция к уменьшению сестринского персонала, чья профессиональная деятельность связана с осуществлением общей практики. Его абсолютная численность к 2009 году по отношению к 2001 году уменьшилась на 23,4%, уровень обеспеченности – с 0,47 до 0,37 на 10 тыс. населения.

Сертифицированы в 2009 году по сестринскому делу 71,7% работников (2001 год -51,8%). Укомплектованность медицинским персоналом со средним профессиональным образованием достигает 75,0%.

Более половины коечного фонда УР (74,5%) сосредоточено в городских и центральных районных больницах, медицинскую помощь населению обеспечивают 60,5% всех занятых в больницах врачебных должностей, 60,9% сестринского персонала. Городские больницы относятся к наиболее мощным учреждениям по укомплектованности кадрами высшего и среднего звена здравоохранения. В сельской местности развернуто 43,2% лечебно-профилактических учреждений, из них амбулаторно-поликлинические составляют 65,3%. Почти 15% из их числа не обеспечены врачебным персоналом.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что число врачей и среднего персонала в республике уменьшается. Среди основных причин, объясняющих снижение числа врачебного и среднего медицинского персонала, следует назвать их низкую заработную плату. Остаются низкими показатели обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Только за период реализации ПНП «Здоровье» в некоторой степени удалось решить проблему укомплектованности первичного звена здравоохранения участковыми врачами и медицинскими сестрами.

На протяжении ряда лет остается неблагоприятной и усугубляется ситуация с медицинскими кадрами в сельской местности. Показатель обеспеченности сельского населения врачами по-прежнему более чем в два раза ниже, чем городского. Доля аттестованных врачей и средних медицинских работников в сельской местности ниже, чем по республике в целом.

2.4. Квалификация медицинских кадров

Квалификация медицинских кадров представляет собой категорию, которая, прежде всего, характеризует качество оказываемой медицинской помощи.

Основным пробелом в этом направлении является отсутствие в РФ, в том числе и в УР, ежегодного повышения квалификации медицинских работников и ежедневного использования ими на рабочих местах современных руководств.

Министерство здравоохранения УР постоянно принимает меры по повышению эффективности системы аттестации специалистов на присвоение им квалификационных категорий.

Число аттестованных врачей с 1990 г. увеличилось на 324 человека и в 2009 г. составило 4016 человек (56,0%), из них:

- с высшей категорией – 1216 человек (30,3%);
- с первой категорией – 2019 человек (50,5%);
- со второй категорией – 771 человек (19,2%) (рис. 2.3).

Ниже среднереспубликанских показателей процент аттестованных врачей в Балезинской (39,0%), Вавожской (40,0%), Глазовской (22,4%), Дебесской (42,2%), Кизнерской (48,3%), Киясовской (38,5%), Красногорской (48,6%), Ярской (22,5%) центральных районных больницах, Республиканском наркологическом диспансере (47,5%), Республиканской больнице восстановительного лечения (33,4%).

Число среднего медицинского персонала, имеющего квалификационную категорию, с 1990 г. увеличилось на 420 человек и в 2009 г. составило 11825 человек (70,0%), в том числе:

- с высшей категорией – 912 человек (7,7%);
- с первой категорией – 8219 человек (69,5%);
- со второй категорией – 2694 человека (22,8%).

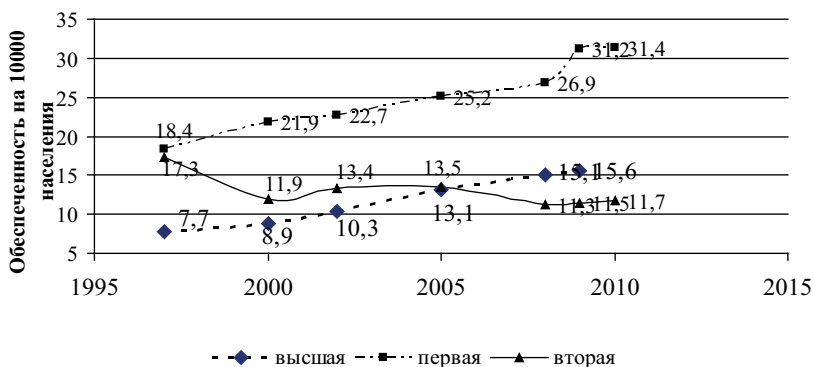


Рис. 2.3. Распределение врачей в соответствии с аттестационными категориями за период с 1997 по 2010 гг. (на 10000 населения)

Ниже среднереспубликанского уровня показатель аттестации СМП в Алнашской (62,5%), Вавожской (58,4%), Дебесской (61,9%) центральных районных больницах.

Таким образом, необходимы срочные меры по сохранению кадрового потенциала отрасли, изменению соотношения между врачами первичного контакта и узкими специалистами, повышению квалификации медицинских кадров, в том числе необходимо внедрение системы непрерывного медицинского образования и оснащение рабочих мест врачей современными руководствами и системами поддержки при принятии клинических решений.

ГЛАВА 3.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В РЕГИОНЕ

3.1. Контроль качества медицинского обслуживания в УР

Принципиальная основа проведения контроля качества медицинского обслуживания в медицинских учреждениях республики включает в себя следующие компоненты, рекомендуемые рядом авторов (Муравьева М.М., 2003; Нестеренко Е.И. и соавт., 2004; Найговзина Б.Н., 1998; Тишук Е.А. и соавт., 2003; Щепин О.П. и соавт., 2002).

Регулярность – осуществление контроля в соответствии с определенной периодичностью в зависимости от целей и задач.

Объективность – использование подходов к контролю качества медицинского обслуживания и анализу его результатов, основанных на критериях, которые не зависят от конкретной производственной ситуации, взаимоотношений проверяемого и проверяющего.

Целенаправленность – ориентация контроля качества медицинского обслуживания на параметры медицинской деятельности, оказывающие существенное влияние, или на параметры, являющиеся актуальными в конкретной управленческой ситуации.

Наличие нескольких уровней контроля.

Использование реально достижимых в конкретных условиях контрольных показателей.

Своевременное информирование всех причастных к контролируемой деятельности:

- о плановых и внеплановых проверках;
- о результатах проведенных контрольных мероприятий;
- о принятых по результатам проверок управленческих решениях.

Ориентация контроля качества медицинского обслуживания на установление причин выявленных дефектов с целью их устранения.

Независимость.

Системность.

Контролируемые структурные подразделения медицинских учреждений рассматриваются как подразделения, ориентированные на достижение единой цели и на достижение целей, присущих только конкретному структурному подразделению.

Своевременное принятие по результатам контроля адекватных управленческих решений и неукоснительное их выполнение.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится:

– По отдельным «завершенным» случаям или оказанной медицинской услуге по медицинской документации (медицинская карта стационарного больного, медицинская карта амбулаторного больного и др.). В случае необходимости может быть проведена очная экспертиза.

– На различных этапах лечебно-диагностического процесса (оперативный или «промежуточный» контроль). «Промежуточный» контроль имеет значение для оценки динамики состояния КМП, оценки эффективности проводимых лечебно-диагностических мероприятий и своевременного внесения необходимых корректив.

При проведении проверок оцениваются показатели, характеризующие качество медицинской помощи:

1) качество и эффективность проведенных лечебно-диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий.

2) своевременность и достаточность проведения диагностических мероприятий, организации консультаций специалистов и консилиумов.

3) своевременность и правильность постановки клинического диагноза, правильная его формулировка.

4) адекватность проводимых лечебных мероприятий установленному клиническому диагнозу.

Также оцениваются показатели, характеризующие качество организации медицинской помощи:

1) возможность применения стационарозамещающих лечебных технологий;

2) обоснованность направления на госпитализацию, обоснованность госпитализации, профильность госпитализации;

3) качество оформления и ведения первичной медицинской документации. Оценивается с точки зрения её соответствия установленным требованиям. В том числе оценивается: оформление титульного листа медицинской карты стационарного больного, паспортной части медицинской карты амбулаторного больного и др.;

4) работа руководителей структурных подразделений;

- 5) качество организации лечебно – диагностического процесса;
- 6) адекватность затраченных пациентом средств достигнутому результату при оказании медицинской помощи на платной основе.

Обязательному экспертному контролю подлежат:

- случаи летальных исходов (в амбулаторно-поликлинической службе анализируются случаи летальных исходов на дому лиц трудоспособного возраста);
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи оказания медицинской помощи, повлекшие за собой развитие осложнений вследствие действий медицинского персонала;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста (поликлиника);
- случаи повторного обоснованного обращения пациента за медицинской помощью по поводу одного и того же заболевания в течение 10 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 30 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие не достижения результата предыдущего этапа лечения (за исключением некурабельных случаев);
- случаи повторного посещения врача одной и той же специальности в один день;
- случаи развития ятрогенной патологии;
- случаи необоснованного направления на госпитализацию, случаи необоснованной и непрофильной госпитализации пациентов;
- случаи расхождения диагнозов поликлиники и стационара;
- случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.
- случаи, сопровождающиеся обоснованными жалобами пациентов или их родственников;
- случаи поздней диагностики онкологических заболеваний, туберкулеза;
- все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается статистическим методом «случайной» выборки.

Эталоном для оценки качества медицинской помощи (услуг) являются медицинские стандарты, определяющие объем диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных

нозологических формах заболеваний (травм). Контролировать следует не только результат, но и соблюдение основных требований к организации лечебно – диагностического процесса.

В случаях отступления от стандартов лечения (наличие сопутствующих заболеваний, непереносимость того или иного лекарственного препарата и другие свойственные конкретному больному факторы) или стандартов обследования необходимо обоснование данных фактов в первичной медицинской документации. Если пациент отказывается от какого-либо медицинского вмешательства или метода лечения, следует документально оформить отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст.33 (Отказ от медицинского вмешательства) Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Контроль качества медицинской помощи в медицинских учреждениях УР осуществляется на всех этапах взаимодействия медицинских учреждений и пациентов (рис. 3.1). Контроль предполагает несколько этапов. Экспертиза КМП осуществляется руководителями структурных подразделений, заместителями главного врача, врачебной комиссией.

Уровни контроля качества (экспертизы) медицинской помощи



Рис. 3.1. Уровни организации контроля качества медицинской помощи

I уровень контроля

Самоконтроль врача

Лечащий врач соблюдает требования к ведению первичной медицинской документации. Проверяет соответствие назначений, сделанных пациенту, медицинским стандартам, современным требованиям к лечебно-диагностическому процессу. В первичной медицинской документации отражает выполнение медицинских стандартов и обосновывает причины отклонений от них. Помимо этого лечащий врач должен контролировать выполнение врачебных предписаний пациентом и выполнение врачебных назначений медицинской сестрой.

II уровень контроля

Заведующие отделениями

1. Стационар.

1.1. Профильные отделения.

Обязанностью заведующего отделением стационара является оценка результатов по каждому законченному случаю, когда он также контролирует соответствие технологии установленным стандартам, анализирует отклонения от медицинских стандартов в ту или другую сторону. По всем «законченным» случаям определяют уровень качества лечения (УКЛ).

$$УКЛ = \frac{ОНМД + ОК}{200\%}, \text{ где}$$

ОНМД – оценка выполненного набора диагностических, лечебно-оздоровительных, реабилитационных и профилактических мероприятий и правильности постановки диагноза,

ОК – оценка качества лечения, т. е. состояния здоровья пациента по окончании лечения, реабилитации.

$$ОНМД = ОДМ + ОД + ОЛМ, \text{ где}$$

ОДМ – оценка выполненного набора диагностических мероприятий,

ОД – оценка диагноза,

ОЛМ – оценка выполнения набора лечебно-оздоровительных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Интегральная оценка уровня качества лечения должна проводиться с учетом значимости составляющих его компонентов с акцентом на конечный результат деятельности – состояние здоровья пациента после лечения, реабилитации.

В последующем в эти понятия были внесены «весовые» коэффициенты, для ОНМД – 1,0; ОДМ – 0,5; ОД – 0,2; ОЛМ – 0,3 и ОК – 1,0, после чего формула определения УКЛ приобрела следующий вид:

$$УКЛ = \frac{0,5 \times ОДМ + 0,2 \times ОД + 0,3 \times ОЛМ + 1,0 \times ОК}{200\%}$$

Во многих территориях России, в т.ч. в УР, используются подобные формулы для оценки уровня КМП с определенными коррективами. Корректировке, как правило, подвергается понятие сложности курации или операции, поскольку это позволяет более точно оценивать КМП, а также дифференцировать оплату труда персонала ЛПУ.

Заведующие отделениями стационара оценивают качество медицинской помощи, которая оказана пациентам, выполнение медицинских стандартов. Согласовывают с лечащим врачом одномоментное назначение пяти и более лекарственных препаратов, а также назначение лекарственных средств, не входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Осматривают всех больных госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток, пациентов, госпитализированных в плановом порядке – в первые три дня, в дальнейшем не реже одного раза в десять дней.

Кроме того, оценивается качество медицинской помощи на промежуточных этапах лечения («текущий (оперативный) контроль»), качество ведения и оформления первичной медицинской документации. Осуществляя контроль качества ведения первичной медицинской документации, необходимо принимать меры по обеспечению правильного её ведения. «Текущий контроль» может осуществляться при проведении обходов заведующих отделениями в отделениях.

Заведующие отделениями анестезиологии и реанимации проводят экспертизу качества выполненного анестезиологического пособия. Оценивают показания, противопоказания и адекватность выбранного метода анестезии. При неадекватном выборе метода анестезии оценивают его влияние на проведение оперативного вмешательства, а также развитие осложнений.

1.2. Приёмные отделения.

Заведующие приёмными отделениями ежедневно оценивают качество оказания медицинской помощи на этапе наблюдения пациентов в приёмном отделении. В обязательном порядке оценивается оказанная неотложная помощь, её своевременность и соответствие установленному предварительному диагнозу. Полученная информация оценивается с учётом её дальнейшего влияния на тактику ведения больного и правильной постановки клинического диагноза на последующих этапах наблюдения.

В обязательном порядке оценивается качество оформления первичной медицинской документации. Осуществляя контроль качества ведения первичной медицинской документации в приёмном отделении, необходимо принимать меры по обеспечению правильного её ведения.

2. Поликлиники. Женские консультации.

Заведующие отделениями поликлиники и заведующие женскими консультациями анализируют не менее 25 медицинских карт амбулаторного больного в неделю (по «законченным случаям»). В обязательном порядке проводится экспертиза качества всех случаев, подлежащих обязательной экспертной оценке по утверждённому перечню. Оценивается качество медицинской помощи на разных сроках лечения (промежуточный контроль) – не менее 25 медицинских карт амбулаторного больного и др. в неделю, качество ведения и оформления первичной медицинской документации. Осуществляя контроль качества ведения первичной медицинской документации, необходимо принимать меры по обеспечению правильного её ведения. Заведующие отделениями поликлиник, женских консультаций проводят экспертизу всех случаев осложнений лечения, летальных исходов и первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, обоснованность назначения лекарственных средств льготной категории граждан, выполнение медицинских стандартов.

Учитывая большой объем работы по диспансеризации, по формуле, аналогичной вышеприведенной для оценки уровня качества лечения, проводится оценка уровня качества диспансеризации (УКД):

$$УКД = \frac{ОНДМ + ОК}{200\%}$$

3. Клинико-диагностические лаборатории, отделения функциональной диагностики, отделения лучевой диагностики.

В обязательном порядке оценивается качество оформления медицинской документации, проводится метрологический контроль существующего оборудования, а также используются стандартные тесты для оценки качества диагностики.

УКЛ II уровня определяется отдельно по каждому врачу и отделению в целом.

Одной из основных задач заведующих отделениями является оценка правильности выбора медицинских технологий, соблюдение сроков лечения и качества оказываемой медицинской помощи (услуг), соответствия их медицинским стандартам.

В своей работе все заведующие отделениями руководствуются действующим законодательством, нормативно-правовыми документами, регулирующими правоотношения в системе контроля качества медицинской помощи.

Действия заведующих отделениями при проведении контроля не должны противоречить профессиональной этике и медицинской деонтологии.

Результаты контроля должны быть проанализированы и подтверждены документально в электронном варианте или на бумажном носителе.

III уровень контроля Заместители главного врача

Контролирующие функции заместителей главных врачей разграничиваются в зависимости от их должностных обязанностей и курируемых направлений. На III уровне контроля проводится не менее 30 – 50 экспертиз в квартал с разбором итогов контроля в структурных подразделениях.

При проведении проверок оценивается качество и эффективность проведенных профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, своевременность назначения консультаций специалистов, организации консилиумов, обоснованность направления на госпитализацию, выявление случаев непрофильной

госпитализации, адекватность затраченных средств на лечение пациента достигнутому результату. В обязательном порядке оценивается качество организации медицинской помощи в отделениях, а также ведения и оформления первичной медицинской документации. Осуществляя контроль качества ведения первичной медицинской документации, заместители главного врача принимают меры по обеспечению правильного её ведения.

Персонально оценивается работа заведующего отделением. При оценке работы заведующего отделением обращается внимание на своевременность первичного и повторных осмотров пациентов, внесение рекомендаций по тактике обследования и лечения, контроль ведения первичной медицинской документации. Необходимо оценить влияние дефектов работы заведующего отделением на исход заболевания.

В обязательном порядке проводится экспертиза качества, по утвержденному перечню, всех случаев, подлежащих обязательной экспертной оценке.

На III уровне контроля оценивается качество работы отдельных врачей и отделений в целом.

Возможна ситуативная экспертиза медицинской документации в связи с недовольством пациента лечебно-диагностическим процессом или высказываниями врача о возникших, в ходе лечения, сомнениях.

Заместитель главного врача по медицинской части (поликлиники) при осуществлении контроля качества медицинской помощи оценивает обоснованность и рациональность назначения лекарственных препаратов льготной категории граждан, качество проведения периодических и предварительных медицинских осмотров, качество организации и проведения «стационаров на дому», «дневных» стационаров, диспансерного наблюдения, а также другие направления по курируемому разделу работы.

Заместитель главного врача по медицинской части (стационары) оценивает качество медицинской помощи, оказанной пациентам, сроки пребывания которых в стационаре превышают сроки, предусмотренные медицинскими стандартами, или укорочены. Анализирует все случаи досуточной летальности, случаи с расхождением патологоанатомического и клинического диагнозов и др. Контролирует обоснован-

ность длительности пребывания пациентов в стационаре. Анализирует причины её увеличения или укорочения по сравнению с медицинскими стандартами. Осуществляет контроль обоснованности назначения лекарственных средств и дополнительных обследований, не предусмотренных медицинскими стандартами. Контролирует организацию проведения контроля качества лабораторно-диагностических исследований и организацию контроля КМП в приёмном отделении.

Заместитель главного врача по хирургии проводит контроль качества медицинской помощи в отделениях хирургического профиля по тем же направлениям, которые регламентированы для заместителя главного врача по медицинской части. Кроме того, оценивается своевременность и необходимость выполненного оперативного вмешательства, интраоперационные и послеоперационные осложнения, их влияние на сроки лечения пациентов и исход заболевания. Анализируется обоснованность сроков предоперационного и послеоперационного пребывания.

Заместитель главного врача по хирургии оценивает качество выполненного анестезиологического пособия, показания, противопоказания и адекватность выбранного метода анестезии. При неадекватном выборе метода анестезии оценивает его влияние на проведение оперативного вмешательства, а также развитие осложнений.

Заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности оценивает в медицинском учреждении качество организации и проведения экспертизы временной нетрудоспособности. Помимо этого оценивает качество медицинской помощи в отделениях поликлиники, стационара и женской консультации у пациентов, находящихся на листках нетрудоспособности, в том числе с удлинёнными и укороченными сроками временной нетрудоспособности по сравнению с ориентировочными сроками, а также у пациентов, впервые получивших группу инвалидности и др.

Одновременно оценивает и контролирует качество организации медицинской помощи в отделениях поликлиники, стационара, женской консультации.

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии проводит контроль качества медицинской помощи в стационаре и женской консультации по тем же направлениям, которые регламентированы

для заместителя главного врача по медицинской части. Кроме того, оценивается своевременность и необходимость выполненного оперативного вмешательства, интраоперационные и послеоперационные осложнения, их влияние на сроки лечения пациентов и исход заболевания. Анализируется обоснованность сроков предоперационного и послеоперационного пребывания.

Оценивает качество выполненного анестезиологического пособия, показания, противопоказания и адекватность выбранного метода анестезии. При неадекватном выборе метода анестезии оценивает его влияние на проведение оперативного вмешательства, а также развитие осложнений.

Контролирует организацию контроля КМП в приёмном отделении больным акушерско-гинекологического профиля.

В своей работе все заместители главного врача руководствуются действующим законодательством, нормативно-правовыми документами, регулирующими правоотношения в системе контроля качества медицинской помощи.

Действия заместителей главных врачей при проведении контроля качества не должны противоречить профессиональной этике и медицинской деонтологии.

Результаты контроля должны быть подтверждены документально в электронном варианте или на бумажном носителе.

IV уровень контроля Врачебные комиссии медицинских учреждений

Основной формой взаимодействия всех уровней контроля являются врачебные комиссии. Это врачебная комиссия по экспертизе временной нетрудоспособности, лечебно-контрольная врачебная комиссия, врачебная комиссия по изучению летальных исходов, врачебная комиссия по организации лекарственного обеспечения и др.

Источником информации для IV уровня контроля могут быть и результаты проверок III уровня.

Врачебные комиссии организуют свою работу в соответствии с Положениями, разработанными в медицинских учреждениях и утверждёнными приказом главного врача.

При проведении плановых и внеплановых заседаний врачебной комиссии выявленные дефекты необходимо фиксировать в «Журнале учёта клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения» (ф.035/у – 02). Следует заполнять графы: 12 – «Отклонение от стандартов», 13 – «Дефекты, нарушения, ошибки и др.», 14 – «Достижения результата этапа или исхода лечебно-профилактического мероприятия».

Выявленные дефекты обобщаются и анализируются. Информация, полученная в результате оценки качества медицинской помощи на IV ступени контроля, доводится до сведения главного врача и является предметом обсуждения в структурных подразделениях медицинских учреждений и на врачебных конференциях.

На всех уровнях контроля оценивается качество оформления первичной медицинской документации с точки зрения её соответствия установленным требованиям.

Оформление результатов экспертизы

При проведении контроля КМП по «законченным» случаям:

- оформляется реестр экспертных случаев. Реестр экспертных случаев может не оформляться при наличии списка проверенных медицинских карт стационарного (амбулаторного) больного в акте проверки (аналитической справке);
- на каждый случай экспертной оценки (при УКЛ 0,85 и ниже) заведующим отделением заполняется «Карта экспертной оценки качества лечения» (II уровень контроля);
- в обязательном порядке фиксируется причина, по которой снижена та или иная составляющая УКЛ (ОД, ОДМ, ОЛМ, ОК);
- при контроле качества медицинской помощи, осуществляемой заместителями главного врача, ВК возможно заполнение «Карты экспертной оценки качества лечения» (III и IV уровни контроля);
- результаты проверок, проведённых заведующими отделениями и заместителями главного врача, должны быть проанализированы, сделаны выводы. По результатам должна быть составлена аналитическая справка, отражающая выявленные недостатки и даны конкретные рекомендации. Результаты проверок доводятся до сведения проверяемых и администрации;

- необходимо оценить влияние допущенных дефектов на конечный результат. Персонально (в зависимости от уровня контроля) оценивается работа заведующих отделениями по организации и проведению контроля КМП и оценке ее эффективности;

- заместителями главного врача аналитическая справка оформляется по результатам проверки каждого структурного подразделения. Заведующие отделениями аналитические справки оформляют ежеквартально.

При проведении контроля на этапах лечения («промежуточный» (оперативный) контроль):

- оформляется реестр экспертных случаев. Реестр экспертных случаев может не оформляться в случае наличия списка проверенных медицинских карт стационарного (амбулаторного) больного в акте проверки (аналитической справке);

- результаты контроля оформляются аналитической справкой, обобщаются, указывается абсолютное количество выявленных дефектов и их процент. Заместителями главного врача аналитической справкой оформляется проверка каждого структурного подразделения. Заведующие отделениями аналитические справки оформляют ежеквартально;

- оформление результатов проверки возможно как в электронном, так и в бумажном вариантах.

Значение УКЛ расценивается следующим образом:

- УКЛ 0,00 – 0,29 – случай лечения неудовлетворительного качества;

- УКЛ 0,3 – 0,84 – случай лечения ненадлежащего качества;

- УКЛ 0,85 – 1,0 – случай лечения удовлетворительного качества;

К нарушениям не относятся случаи медицинской помощи (услуг), обусловленные объективными, не зависящими от медицинского персонала и руководителей медицинских учреждений причинами. Например, атипичным течением заболевания (травмы), не поддающаяся коррекции индивидуальная реактивность организма пациента и др.

При проведении контроля КМП, в целях соблюдения конфиденциальности сведений, составляющих согласно статье 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан врачебную тайну, необходимо руководствоваться Федеральным законом от 20.12.1995 г. № 24-ФЗ «Об информации, информатизации и защите информации» и Указом Президента РФ от 06.03.1997 г. № 188 «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера».

3.2. Взаимодействие ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи

Обеспечение КМП является одной из актуальных проблем здравоохранения. Процесс реформирования отрасли осуществляется в условиях возрастающей роли системы ОМС, одной из важнейших задач которой является защита прав застрахованных граждан на получение качественной медицинской помощи, что осуществляется с учетом функционирования экспертного института в здравоохранении.

Введение системы ОМС, основанное на гражданско-правовом характере взаимоотношений ее субъектов, побуждает их внедрять и развивать системы обеспечения КМП.

Такого рода деятельность регламентируется в настоящее время Законом Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29. 11. 2010 г., приказом ФФОМС «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС» от 2010 г., а также рядом иных нормативных актов и осуществляется путем экспертизы КМП.

Согласно Закону Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г., экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе – оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Являясь эффективным механизмом воздействия на качество, экспертиза КМП представляет собой исследование объектов (явлений) профессионально компетентным специалистом (экспертом качества медицинской помощи) с целью установления заключения по существу поставленных задач и подготовки предложений для принятия какого-либо решения.

Статья 40 Закона Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29. 11. 2010 г. определяет требования, предъявляемые к эксперту качества медицинской помощи. Это специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста

или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Основным назначением экспертизы КМП является защита прав пациента при оказании медицинской помощи путем выявления причин, влекущих за собой снижение КМП, описание их реальных и возможных последствий, составление рекомендаций по их устранению и предотвращению. Однако, по мнению некоторых авторов, конечным практическим результатом этой работы становится обоснование экономических санкций и статистический учет нарушений. Эффективность экспертизы КМП в данном случае приобретает статус одной из ключевых проблем организации ОМС.

Отрасль здравоохранения оперирует значительными объемами общей и персонифицированной информации, поэтому эффективность управления экспертной работой в системе ОМС во многом зависит от оптимальности информационного взаимодействия двух ее важнейших участников – страховщика и медицинского учреждения. Деятельность института экспертизы КМП сформировала особый класс специалистов – экспертов КМП, заключения которых могут иметь весомые экономические и организационные последствия, поэтому в последние годы для эффективного управления здравоохранением большое внимание уделяется данным экспертных оценок, полученных от специалистов органов управления здравоохранением, страховых компаний и фондов медицинского или социального страхования. Экспертные оценки по степени важности, объективности и информативности среди источников информации, используемой для принятия управленческих решений, занимают второе место после статистической информации, значительно опережая данные социологических опросов и разного рода обобщающих справок, обзоров. В то же время некоторые исследователи считают главной проблемой в управленческой деятельности современного профессионала в области здравоохранения принятие управленческих решений в условиях недостатка информационных ресурсов. Существующее противоречие определяется диссонансом между идеалом оказания медицин-

ской помощи, при котором ее предоставление всем по потребности и на высоком технологическом уровне не подкреплено фактическим наличием систем здравоохранения, отвечающих этим требованиям.

Современный этап научного осмысления реформ здравоохранения характеризуется тенденцией к анализу состояния системы ОМС и результатов экспертной работы как в целом по России, так и в отдельных регионах. При этом одной из наиболее актуальных проблем становится организация эффективного взаимодействия медицинского учреждения и страховщика с целью принятия обоснованных управленческих решений по результатам экспертизы КМП.

Проведенное исследование результативности экспертной работы в системе ОМС за период 2000 по 2009 гг. на уровне субъекта РФ (Удмуртская Республика) и сравнительный анализ результативности систем вневедомственного и ведомственного контроля КМП позволяет констатировать следующее:

1. В рассматриваемом периоде наблюдается постоянный рост объема экспертной работы в УР. При этом фиксируется рост уровня дефектов КМП, что свидетельствует об отсутствии результативности от проведения экспертизы КМП (рис. 3.2). Подобная тенденция свидетельствует о недостаточно эффективной работе страховщиков по систематическому улучшению КМП. Одной из существенных причин этого является неэффективная организация информационного взаимодействия субъектов экспертизы КМП.

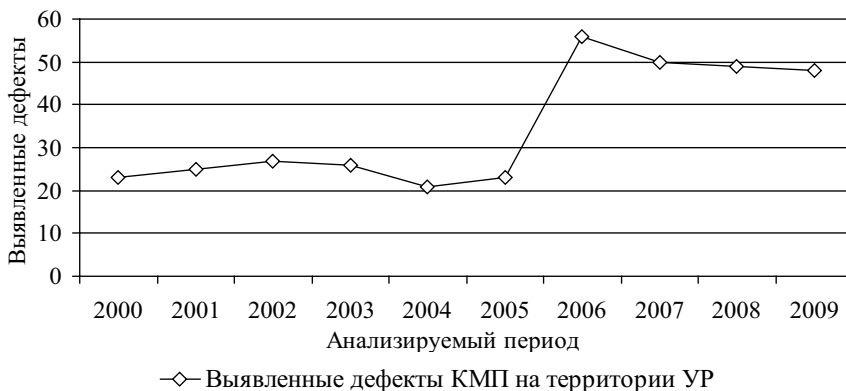


Рис. 3.2. Сравнительная динамика дефектов, выявленных по результатам экспертизы КМП в УР в 2000-2010 гг.

2. Реально существующий порядок расходования средств, полученных от финансовых санкций по результатам экспертизы КМП, не соответствует рекомендованному Федеральным фондом ОМС (70,5 % использовать на устранение причин неудовлетворительного КМП в медицинских учреждениях; 10,6 % направлять в резерв оплаты медицинских услуг; 18,9 % использовать на оплату расходов по ведению дела страховой медицинской организации, и в первую очередь, на организацию и проведение экспертизы КМП) на уровне УР (табл. 3.5).

3. В системах ведомственной и вневедомственной экспертизы КМП отсутствует стабильная тенденция к снижению уровня дефектов (Рис.3.3).

4. В структуре нарушений преобладают дефекты, связанные с качеством оформления медицинской документации, поэтому существующая медицинская документация не может являться надежным источником экспертной информации.

5. Имеет место частичное дублирование функций ведомственной и вневедомственной экспертных систем, что проявляется выявлением идентичных показателей работы медицинских учреждений.

Полученные результаты изучения эффективности существующих экспертных систем позволяют считать, что целенаправленная и объективная работа по обеспечению КМП на уровне отдельного субъекта (УР) ограничивается констатацией дефектов, выявленных при экспертизе КМП.

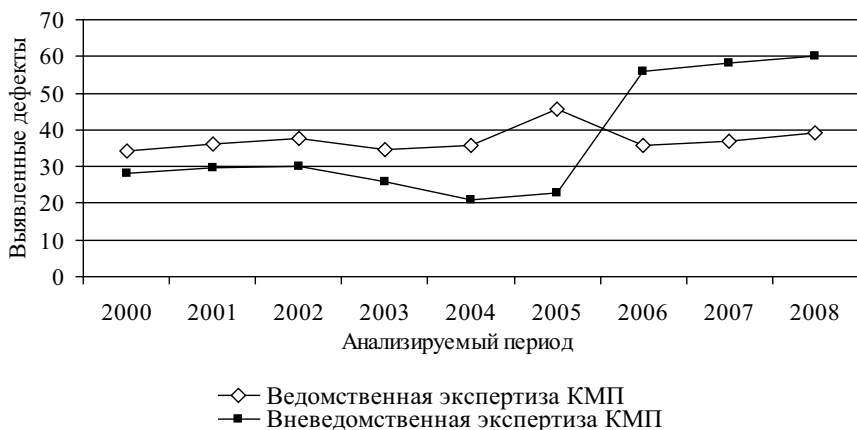


Рис. 3.3. Сравнительная динамика дефектов, выявленных по результатам ведомственной и вневедомственной экспертизы КМП на территории УР

Таблица 3.5. Структура расходования недоплаченных средств по результатам экспертизы КМП в 2000-2008 гг. в УР (%)

№ п/п	Цель расходования	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
		Удмуртская Республика								
1.	Устранение причин ненадлежащего оказания медицинской помощи	12,6	13,2	13,4	14,5	13,8	11,4	12,3	11,9	10,8
2.	Резерв оплаты медицинских услуг	82,1	82,7	82,7	80,0	81,5	84,6	83,4	84,1	85,1
3.	На ведение дела СМО	3,1	2,6	2,1	2,8	3,1	1,9	2,0	2,2	2,1
4.	Другие цели	2,2	1,5	1,8	2,7	1,6	2,1	2,3	1,8	2,0
5.	ВСЕГО	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Подробный и многоаспектный анализ мнений экспертов КМП позволяет нам резюмировать его результаты в соответствии с нижеследующей структурой.

Эффективность существующей экспертной практики.

Существует значительное расхождение во мнениях экспертов по вопросу влияния существующей экспертной практики на эффективность деятельности медицинских учреждений. Влияние существующей практики экспертизы КМП на повышение эффективности деятельности медицинских учреждений признают 52,3% опрошенных экспертов. В то же время 47,7% опрошенных экспертов указывает на ее невысокую эффективность в настоящее время. По поводу практики принятия управленческих решений по результатам экспертизы КМП мнения экспертов также расходятся – 44,8% считает, что по результатам экспертизы принимаются управленческие решения. С другой стороны, 45,1% респондентов не утверждает однозначно, что по результатам экспертной работы принимаются управленческие решения (16,1% констатируют отсутствие управленческих решений и 29,0% затрудняются с ответом). Большинство опрошенных экспертов считает, что в принятии управленческих решений по результатам экспертизы КМП должны участвовать коллегиально орган управления здравоохранением и территориальный фонд ОМС

(61,2%), а также непосредственно медицинские учреждения (58,4%). Из общего числа опрошенных только 12,8% респондентов согласны с тем, что территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации могут вырабатывать управленческие решения в одностороннем порядке.

Актуализация задач, стоящих перед экспертизой и ее итогов.

По результатам опроса респондентов было установлено, что наиболее актуальными задачами экспертизы КМП респонденты считают грамотное формулирование экспертных результатов с последующим принятием эффективных управленческих решений (80,6%) и выявление ошибок и дефектов при оказании медицинской помощи (30,5%). Принимая во внимание тот факт, что основным итогом экспертизы КМП 80,5% респондентов считает подготовку рекомендаций, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов, можно констатировать недостаточно полноценное подкрепление приоритетности итогов и приоритетностью задач. При обсуждении эффективности мероприятий по устранению ошибок и дефектов КМП, главные позиции, по мнению опрошенных, занимают такие решения, как направление медицинских работников на курсы повышения квалификации (74,6%), закупка современного медицинского оборудования (62,4%) и медикаментов (45,4 %) в должном объеме.

Оптимизация информационного взаимодействия путем создания единого информационного пространства и электронного документооборота в здравоохранении.

При формировании единого информационного пространства здравоохранения перспективным направлением представляется создание компьютеризированных логически и формально взаимосвязанных форм истории болезни, экспертной карты и экспертного заключения. Данный подход к организации информационного взаимодействия субъектов экспертизы КМП практически единогласно поддерживается респондентами (только 3,4% экспертов не видит в этом необходимости). С целесообразностью создания единой базы данных экспертных заключений согласны 80,5% респондентов, что говорит об актуальности для медицинского экспертного сообщества

подобного массива информации. Вместе с этим, 82,2% экспертов уверены, что переход учреждений здравоохранения к электронному документообороту повысит эффективность экспертной работы (в частности, сократит время работы с документами), но при должном уровне защиты информации. Но потребности экспертов не подкреплены реальной практикой – на сегодняшний день электронная история болезни является источником экспертной информации менее чем для десятой части экспертов КМП, так как 98,4% опрошенных экспертов не используют электронную историю болезни в качестве источника экспертной информации. Электронная первичная медицинская документация в каждом учреждении, как правило, уникальна и несопоставима в плане информационного обмена на региональном (муниципальном) и, тем более, федеральном уровне. По результатам проведенного опроса современный уровень организации информационного обмена между медицинским учреждением и страховщиком устраивает только 18,6% экспертов.

Проблемы документационного обеспечения экспертной деятельности.

Несмотря на то, что наиболее часто в экспертной работе используются экспертные карты (53,1 на 100 опрошенных) и экспертные заключения (61,2), 64,1 не удовлетворены формой экспертного заключения, 56,6 считают его непригодным для компьютерной обработки. Так как 80,4% экспертов однозначно не считают экспертное заключение надежным источником экспертной статистической информации, оно становится малоприменимым в условиях конструирования единого информационного пространства здравоохранения. Экспертные карты в своей работе используют только 53,1% респондентов, что не может считаться приемлемым с позиции формализованного подхода к экспертной работе. Несмотря на то, что 95,4% экспертов считает наиболее ценным источником информации первичную медицинскую документацию, в то же время, полностью удовлетворяющей требованиям к источнику экспертной информации ее признает только 17,6% респондентов, а 70,6% опрошенных специалистов считает, что существующая медицинская документация нуждается в дальнейшей формализации.

3.3. Модели информационного взаимодействия страховой медицинской организации и медицинского учреждения при проведении экспертизы КМП

На современном этапе необходимо отходить от практики экспертизы качества, в которых учитываются единичные случаи оказания медицинской помощи. Для выработки действительно эффективных управленческих решений и рекомендаций по ее результатам необходимо проводить экспертизу совокупных случаев по определенной проблеме с целью выявления причин ненадлежащего качества, что соответствует принципам медицинского аудита. Однако страховые медицинские организации зачастую ограничиваются выявлением нарушений и применением по результатам экспертизы КМП карательных санкций по отношению к медицинскому учреждению. Неэффективность подобной экспертной практики обусловлена поверхностным информационным обменом между страховой медицинской организацией и медицинским учреждением, основанным, прежде всего, на обмене медико-экономической информацией. Поэтому оптимизация именно информационного взаимодействия указанных субъектов экспертизы, с целью выявления причин выявленных нарушений, составления рекомендаций по устранению причин и их предотвращению является эффективным механизмом улучшения КМП без привлечения дополнительных ресурсов здравоохранения.

Можно сформулировать 7 взаимосвязанных проблем организации информационного взаимодействия страховой медицинской организации и медицинского учреждения, возникающих при экспертизе КМП.

1. Недостаток экспертной информации в индивидуальных счетах пациентов, и, как следствие, в реестрах счетов.

2. Принятие решений, на какие мероприятия направить денежные средства, полученные в результате финансовых санкций по результатам медико-экономической экспертизы (первичного экспертного контроля).

3. Организация экспертизы КМП. В рамках данной проблемы важными являются следующие вопросы:

- постановка экспертных задач;
- определение объема экспертной информации;

4. Использование процедуры документирования на всех уровнях экспертизы. Эффективное решение этой проблемы возможно при использовании единых для страховой медицинской организации и медицинского учреждения экспертных карт. При этом экспертные заключения должны содержать единый в рамках региона перечень дефектов КМП и их причин.

5. Необходимость формирования баз данных медицинских стандартов, экспертных карт и экспертных заключений.

6. Актуальность разработки единого перечня нарушений и размеров уменьшения оплаты медицинских услуг по результатам экспертизы КМП, действующего на всей территории РФ. Это позволит исключить существующую в настоящее время практику неоднозначной трактовки положения о частичном или полном не возмещении затрат медицинского учреждения по оказанию медицинских услуг в различных субъектах РФ.

7. Необходимость организации статистической обработки результатов определенной совокупности экспертиз КМП на уровне субъекта РФ.

Для реализации поставленных задач необходимо сформулировать модель информационного взаимодействия страховой медицинской организации и медицинского учреждения при проведении экспертизы КМП, которая может быть описана следующим образом:

1. Главным источником экспертной информации является медицинская карта стационарного или амбулаторного больного (ф. 003/у или ф. 025/у).

2. На основании данных медицинской карты в сопоставлении со стандартами медицинской помощи врач-эксперт медицинского учреждения заполняет экспертную карту.

3. Страховая медицинская организация в регламентированном договором порядке запрашивает заполненные в медицинском учреждении экспертные карты, на основании которых формируются экспертные заключения с кодами нарушений в соответствии с перечнем нарушений, принятом на территории. Подобный порядок взаимодействия определяется структурным и содержательным соответствием медицинской карты, экспертной карты и экспертного заключения,

что создает основу для унификации информационного обмена между субъектами экспертизы КМП. Одним из достоинств предлагаемой модели является то, что в экспертном заключении должны быть сформулированы причины дефектов КМП, которые также должны кодироваться в соответствии с перечнем причин дефектов КМП.

4. На основании данных экспертных заключений формируется единая база данных экспертных заключений территории.

5. Аналитическая обработка базы данных экспертных заключений позволяет производить отбор типичных для конкретного медицинского учреждения или группы медицинских учреждений дефектов КМП.

6. На основании обнаруженных страховой медицинской организацией отклонений в КМП ею выносятся решение о назначении тематической экспертизы КМП и производится запрос медицинских карт по анализируемой проблеме.

7. На основании отобранных медицинских карт врачи-эксперты страховых медицинских организаций заполняют экспертные карты, формулируют экспертные заключения, в которых устанавливают причины дефектов КМП, то есть проводят свою экспертизу КМП.

8. После проведения экспертизы страховой медицинской организацией и установления причин дефектов КМП совместно с медицинским учреждением производится разработка управленческого решения по их устранению.

9. В дальнейшем страховой медицинской организацией проводится оценка эффективности разработанного решения.

10. При необходимости экспертный цикл может быть повторен.

Таким образом, представленная модель информационного взаимодействия соотносится с принципами медицинского аудита, что делает ее пригодной для эффективного управления КМП.

3.4. Удовлетворенность амбулаторно-поликлинической помощью пациентов и медицинских работников в Удмуртской Республике

Удовлетворенность медицинской помощью – оценочный показатель, интегрирующий отражение объективного состояния системы здравоохранения и эмоциональное восприятие ее личностью. Изучение удовлетворенности позволяет выявлять социальные, медико-биологические и медико-организационные факторы, влияющие на каче-

ство помощи, своевременно и с высокой достоверностью оценивать имеющиеся проблемы в организации деятельности лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) и предпринимать необходимые усилия для их разрешения. Наиболее оперативную информацию для этих целей позволяют получить социологические опросы.

Следует отметить, что пациенты оценивать качество медицинской помощи, как таковое, как правило, не могут. И здесь правильнее говорить в целом о качестве медицинского обслуживания или более конкретно – о качестве организации медицинской помощи.

На протяжении последних лет в республике продолжается медико-социологический мониторинг удовлетворенности качеством медицинского обслуживания населения с помощью метода анкетирования пациентов и медицинских работников ЛПУ республики специалистами УТФОМС и СМО, МЗ УР и сотрудниками Ижевской государственной медицинской академии.

Нами изучена удовлетворенность потребителей медицинских услуг их качеством по данным опроса во время их оказания, ее пространственные и временные различия, степень обоснованности с использованием предложенных в исследовании количественных индексов и классификации по категориям удовлетворенности.

Базами исследования явились поликлиники УР (объем выборки – 1200, из них – 974 пациента и 226 врачей), период наблюдения – с 2008 по 2010 год.

Программа обработки материала включала группировку данных по двум пространственным характеристикам (территория, профиль оказанной услуги), расчет предложенных индексов удовлетворенности населения медицинскими услугами по категориям и структурным компонентам удовлетворенности, оценки достоверности различия показателей по критерию *t*.

Удовлетворенность поликлиническим обслуживанием отмечает половина участников опроса, в том числе полностью им удовлетворены 22,2%, удовлетворены в основном 29,6%. Четвертая часть пациентов удовлетворены лишь частично (28,3%). Вместе с тем, каждый пятый пациент остается неудовлетворенным: недостаточно удовлетворены 11,4%, неудовлетворены полностью 8,5%.

Удовлетворенность пациентов качеством медицинского обслуживания в значительной степени зависит от их возраста и уровня образования. Так, с возрастом доля положительных оценок снижается. Среди молодых (до 30 лет) удовлетворены поликлинической помощью в основном и удовлетворены полностью 55,9%, тогда как в предпенсионном возрасте (50-59 лет) – 40,6% ($p < 0,05$). Неудовлетворенность качеством медицинского обслуживания чаще других отмечают пациенты с высшим образованием – 22,6%, реже – с неполным средним – 12,3% ($p < 0,05$).

Большинство опрошенных пациентов (79,5%) удовлетворены разъяснениями врача об особенностях заболевания, возможных причинах его возникновения и прогнозе и лишь 5,0% ответили, что врач отказался разговаривать на эту тему, еще 16,5% респондентов отметили, что разговор состоялся только после того, как пациент сам задал вопрос о своем заболевании.

Большинство пациентов (60,5%) ответили, что врач рассказал о возможных побочных эффектах лечения только после того, как ему был задан соответствующий вопрос. Врачи же (61,4%) уверены, что всегда предупреждают пациентов об этом и 40,5% пациентов всегда предупреждены о возможных побочных эффектах лечения. Важно отметить, что 4,5% врачей признали, что иногда не предупреждают пациентов об этом.

Оценивая организацию диагностической работы в поликлинике, врачи и пациенты отвечали довольно однородно. Большинство опрошенных пациентов (79,5%) и врачей (61,5%) считают, что врачи уделяет диагностике столько времени, сколько необходимо для того, чтобы составить верное представление о состоянии пациента.

Интересные результаты дал опрос врачей о качестве вузовского образования: 43,5% врачей считают, что вузовского образования недостаточно для обеспечения высокого уровня качества медицинской практики, 17,5% опрошенных ответили, что вузовского образования вполне достаточно.

В зависимости от принадлежности респондента к одной из двух групп изменяется восприятие качества работы медицинских сестер. Врачи склонны более критично оценивать выполнение ими своих обязанностей. Многие из врачей (52,0%), и большинство пациентов

(70,0%), считают, что медицинские сестры, с которыми им приходилось иметь дело – квалифицированные специалисты, качественно выполняющие свою работу, 5,0% пациентов и 4,5% врачей считают, что медсестры чаще неаккуратны при выполнении своих обязанностей.

Интересные результаты дает оценка соблюдения врачами такого принципа работы как сохранение врачебной тайны: 65,5% пациентов считают, что врач делает все возможное, чтобы их разговор не услышали посторонние. Интересно, что ни один из опрошенных пациентов не считает, что врач беседует с ним в присутствии других лиц, однако, 39,3% врачей ответили, что им часто приходится вести беседу с пациентом в присутствии других пациентов или посторонних лиц.

Оценка качества организации медицинской помощи в зависимости от оплаты услуг проводилась, используя результаты ответов врачей и пациентов по следующим направлениям: бесплатность медицинской помощи, различия в качестве бесплатных и платных медицинских услуг.

Две группы респондентов по-разному оценивают количество платных услуг в поликлинике. Большинство пациентов (55,4%) ответили, что им почти никогда не приходилось оплачивать услуги в ЛПУ, чтобы получить более качественное лечение, 13,5% врачей отметили, что пациентам почти всегда приходится оплачивать услуги. С ними согласилось 10,5% пациентов, хотя 26,4% врачей и 35,5% пациентов утверждают, что услуги почти никогда не являются платными.

Большинство пациентов и врачей согласно с тем, что оказание медицинских услуг за плату или по добровольному медицинскому страхованию никак не отражается на их качестве. Это подтвердили 79,0% врачей и 59,3% пациентов. Однако 18,1% врачей считают, что оказание медицинских услуг на платной основе или по добровольному медицинскому страхованию возлагает на медицинских работников большую ответственность, а 14,3% пациентов считают, что платные медицинские услуги намного надежнее.

Подводя итог оценки платных услуг в поликлинике с позиции врача и пациента, можно сделать вывод о том, что мнения обеих групп респондентов по этому вопросу довольно однородны.

Взаимоотношения врачей, пациентов и медицинских сестер в ходе лечебного процесса оказывают непосредственное влияние на качество и эффективность медицинской помощи. Взаимоотношения, складывающиеся между врачами и пациентами, влияют на удовлетворенность медицинской помощью, определяют степень доверия больного к медицинскому работнику.

Врачи склонны положительно оценивать свои взаимоотношения с пациентами. По результатам опроса, 90,5% врачей и 52,9% пациентов считают, что они могут обсуждать все волнующие вопросы о заболевании и его лечении, пациент может даже поделиться личными проблемами, 5,2% пациентов ответили, что они обмениваются информацией только через медсестру, получающую распоряжения от врача о процедурах, 42,5% опрошенных пациентов подтвердили то, что их общение с врачом сводится лишь к получению информации о состоянии здоровья и результатах лечения.

Опрос респондентов о взаимоотношениях медицинских сестер и пациентов свидетельствует об их положительном характере: 78,2% пациентов удовлетворены их взаимоотношениями со средним медицинским персоналом, 66,2% врачей также считают, что медсестры внимательны к пациентам.

Необходимой составляющей деятельности ЛПУ, определяющей качество, является результативность самого процесса (технологии) оказания медицинской помощи, которая тесно связана с удовлетворенностью пациентов.

Для оценки качества технологии оказания медицинской помощи одним из важных показателей выступают сроки ее выполнения: 27,1% опрошенных пациентов ответили, что врач наметил им сроки выздоровления при соблюдении ими всех предписаний. Однако 32,5% утверждают, что ни о каких сроках не шла речь. Половина врачей (51,0%) уверены, что всегда указывают планируемые сроки выздоровления, лишь 22,5% отметили, что это скорее невозможно.

Проведенный анализ выявил критерии, определяющие качество медицинского обслуживания с позиции врача и пациента, ведущими из которых являются взаимоотношения между медицинским работником и пациентом.

3.5. Удовлетворенность стационарной помощью пациентов и медицинских работников в Удмуртской Республике

Для изучения удовлетворенности медицинской помощью в стационаре базами исследования явились стационары УР. Сбор информации проведен методом социологического опроса пациентов. Программа обработки материала включала группировку данных по двум пространственным характеристикам (территория, профиль оказанной услуги), расчет предложенных индексов удовлетворенности пациентов медицинскими услугами по категориям и структурным компонентам удовлетворенности, оценку достоверности различия показателей по критерию *t*.

Для определения различий временных характеристик удовлетворенности потребителей медицинскими услугами был проведен сбор информации об изменении оценок на протяжении этапа оказания стационарной помощи (при поступлении и при выписке из стационара). Формирование исследуемой совокупности потребителей осуществлено методом сплошного наблюдения всех, поступивших в кардиологическое, эндокринологическое и пульмонологическое отделения за календарный месяц. Всего было опрошено 650 респондентов (из них – 464 пациента и 186 врачей).

Анкеты для обеих групп респондентов включали вопросы по следующим параметрам:

- оценка материально-технического обеспечения;
- оценка качества работы персонала больницы с позиции врача и пациента;
- оценка медицинской помощи в зависимости от оплаты услуг;
- взаимоотношения пациентов с медицинским персоналом;
- оценка результативности технологии (процесса) работы.

Большинство опрошенных пациентов (79%) удовлетворены разъяснениями врача об особенностях заболевания, возможных причинах его возникновения и прогнозе и лишь 5% ответили, что врач отказался разговаривать на эту тему, 16% респондентов отметили, что разговор состоялся только после того, как пациент сам задал вопрос о своем заболевании. Большинство врачей (87%) ответили, что всегда разъясняют пациенту особенности заболевания, возможные причины

его возникновения и прогноз, 13% опрошенных врачей подтвердили, что соглашаются разговаривать на эту тему только, когда пациент сам спрашивает об этом. Ни один опрошенный врач не согласился с тем, что иногда отказывается разговаривать об этом.

Большинство пациентов (60%) ответили, что врач рассказал о возможных побочных эффектах лечения только после того, как ему был задан соответствующий вопрос. Большинство врачей (61%) уверены, что всегда предупреждают пациентов об этом, и 40% пациентов отмечают, что они были предупреждены о возможных побочных эффектах лечения. Важно отметить, что 4% врачей признали, что иногда не предупреждают пациентов об этом.

Оценивая диагностическую работу в больнице, врачи и пациенты отвечали довольно однородно. Большинство опрошенных пациентов (79%) и врачей (61%) считают, что врачи уделяет диагностике столько времени, сколько необходимо для того, чтобы составить верное представление о состоянии пациента.

Интересные результаты дал опрос врачей о качестве вузовского образования: 43% врачей считают, что вузовского образования недостаточно для обеспечения высокого уровня качества медицинской практики; 17% опрошенных ответили, что вузовского образования вполне достаточно.

В зависимости от принадлежности респондента к одной из двух групп изменяется восприятие качества работы медицинских сестер. Врачи склонны более критично оценивать выполнение ими своих обязанностей. Многие из врачей (52%) и большинство пациентов (70%) считают, что медицинские сестры, с которыми им приходилось иметь дело – квалифицированные специалисты, качественно выполняющие свою работу, никто из пациентов и 4% врачей считают, что медсестры чаще неаккуратны при выполнении своих обязанностей.

Интересные результаты дает оценка соблюдения врачами такого принципа работы как сохранение врачебной тайны: 67% пациентов считают, что врач делает все возможное, чтобы их разговор не услышали посторонние. Интересно, что ни один из опрошенных пациентов не считает, что врач беседует с ним в присутствии других лиц, однако, 39% врачей ответили, что им часто приходится вести беседу с пациентом в присутствии больных или посторонних лиц.

Комплексный сравнительный анализ работы персонала больницы с позиции врача и пациента показал, что как врачи, так и пациенты в большинстве удовлетворены результатами и процессом оказания медицинской помощи. Респонденты, неудовлетворенные качеством работы сотрудников стационара, встречались крайне редко.

Оценка медицинской помощи в зависимости от оплаты услуг проводилась, используя результаты ответов врачей и пациентов по следующим направлениям: бесплатность медицинской помощи, различия в качестве бесплатных и платных медицинских услуг.

Две группы респондентов по-разному оценивают количество платных услуг в больнице. Большинство пациентов (55%) ответили, что им почти никогда не приходилось оплачивать услуги в больнице, чтобы получить более качественное лечение; 61% опрошенных врачей считают, что им часто приходится предлагать оплачивать некоторые услуги больницы самостоятельно; 13% врачей отметили, что пациентам почти всегда приходится оплачивать услуги. С ними согласилось 10% пациентов, хотя 26% врачей и 35% пациентов утверждают, что услуги почти никогда не являются платными.

Пациенты и врачи согласны с тем, что оказание медицинских услуг за плату или по добровольному медицинскому страхованию никак не отражается на их качестве. Это подтвердили 78% врачей и 60% пациентов. Однако 17% врачей считают, что оказание медицинских услуг за плату или по добровольному медицинскому страхованию возлагает на медицинских работников большую ответственность, 15% пациентов считают, что платные медицинские услуги намного надежнее.

Взаимоотношения врачей, пациентов и медицинских сестер в ходе лечебного процесса оказывают непосредственное влияние на качество и эффективность медицинской помощи. Взаимоотношения, складывающиеся между врачами и пациентами, влияют на удовлетворенность медицинской помощью, определяют степень доверия больного к медицинскому работнику.

Врачи склонны положительно оценивать свои взаимоотношения с пациентами. По результатам опроса 53% пациентов и 91% врачей считают, что они могут обсуждать все волнующие вопросы о заболевании и его лечении, а пациент даже может поделиться личными про-

блемами; 5% пациентов ответили, что они обмениваются информацией только через медсестру, получающую информацию о процедурах. Ни один врач не согласился с этим, а 42% опрошенных пациентов подтвердили, что их общение с врачом сводится лишь к получению информации о состоянии здоровья и результатах лечения. С этим согласно 9% врачей; 89% пациентов чувствуют эмоциональную поддержку со стороны врача, и такое же количество врачей считают себя готовыми оказать такую поддержку пациенту.

Опрос респондентов о взаимоотношениях медицинских сестер и пациентов свидетельствует об их положительном характере: 79% пациентов удовлетворены их взаимоотношениями со средним медицинским персоналом; 65% врачей также считают, что медсестры внимательны к пациентам.

Пациенты, как потребители медицинской помощи, руководствуются собственными впечатлениями от пребывания в стационаре. Положительные оценки работы всего персонала больницы могут быть связаны с повышением доброжелательности врачей и медицинских сестер.

Для оценки качества технологии работы важным показателем выступают сроки ее выполнения: 26% опрошенных пациентов ответили, что врач наметил им сроки выздоровления при соблюдении ими всех предписаний. Однако 32% утверждают, что ни о каких сроках не шла речь. Каждый второй врач (52%) уверен, что всегда указывает планируемые сроки выздоровления, лишь 22% отметили, что это скорее невозможно.

В целом, оценка технологии работы стационара дает следующие результаты: 46% пациентов и 26% врачей удовлетворены организацией процесса лечения; 29% пациентов и 16,5% врачей недовольны технологией работы стационара. Из показателей видно, что врачи не дают столь позитивные оценки как пациенты, а скорее выбирают средние показатели.

Улучшение самочувствия пациента в больнице - важный показатель качества работы персонала медицинского учреждения. Более половины (55%) пациентов считают, что за время нахождения в больнице их состояние улучшилось, они идут на поправку, а 15% считают, что за время нахождения в больнице их состояние не изменилось.

Большинство врачей (78 %) связывают отсутствие улучшения самочувствия пациентов с наличием сопутствующего заболевания и лишь 7% – с недостаточным уровнем качества медицинской помощи; 30% опрошенных пациентов ответили, что почувствовали себя лучше в первый день пребывания в стационаре и лишь 15% – не испытали улучшения самочувствия.

Врачам было также предложено оценить причины недостаточной эффективности использования коечного фонда стационара. Из них 59% считают, что недостатки в использовании коечного фонда стационара связаны исключительно с недостатками организационной работы, 41% видят причину в недостаточном лекарственном и техническом обеспечении. Ни один врач не связывает неэффективное использование коечного фонда стационара с недостатками своей работы или работы своих коллег.

В целом, качество медицинского обслуживания в стационаре было оценено по пяти параметрам, используя критерий удовлетворенности врачей и пациентов. Результаты итогового анализа приведены в таблице 3.4.

Таблица 3.4. Оценка качества медицинского обслуживания в стационаре

Параметры	Удовлетворены		Не удовлетворены	
	пациенты	врачи	пациенты	врачи
Материально-техническое обеспечение	39,6%	22,8%	15,4%	19,2%
Качество работы персонала	67%	60%	1%	3,4%
Взаимоотношения пациентов с медицинским персоналом	73,7%	81%	1,7%	0%
Оценка качества медицинской помощи в зависимости от оплаты услуг	57,5%	52%	12,5%	15%
Качество технологии (процесса работы)	45,75%	26%	28,75	16,5%

По-разному оценивают респонденты качество медицинского обслуживания в стационаре в целом. Мнение врачей достаточно однородно – 72% опрошенных считают, что качество оказания медицинской помощи в стационаре высокое и 28% – среднее. Более половины пациентов (53%) полагают, что качество медицинского обслуживания высокое, треть (37%) – среднее, 11% пациентов оценили качество медицинского обслуживания в больнице как низкое; из врачей никто не дал такой оценки.

Проведенный факторный анализ выявил основные факторы, определяющие качество медицинского обслуживания с позиции врача и пациента:

– ведущими факторами, непосредственно влияющими на целостную оценку пациентами качества медицинского обслуживания в соматическом стационаре, являются качество взаимоотношений между врачом и пациентом и соблюдение «принципа бесплатности» оказываемой помощи. Санитарно-бытовые условия стационара оказывают опосредованное влияние на оценку оказываемой помощи, позитивно или негативно сказываясь на отношениях с лечащим врачом.

– возможность врача реализовать на практике «золотые стандарты» диагностики и лечения заболеваний, и выполнение пациентом врачебных рекомендаций являются ведущими факторами, определяющими оценку врачом качества оказываемой им помощи.

Заключение

Процесс планирования качества начинается с формирования политики качества на уровне государственных структур: Это предполагает, что:

1) цели, приоритеты и мероприятия в этом направлении ясно и четко изложены и понятны всем участникам системы – пациентам, страховщикам, поставщикам медицинских услуг;

2) планируемые мероприятия носят комплексный и системный характер, взаимосогласованы с другими регулирующими мерами;

3) определены ответственные за повышение качества медицинского обслуживания и прописаны их функции;

4) мероприятия по управлению качеством медицинского обслуживания реализуются на всех уровнях системы – медицинские работники, медицинские организации, органы управления здравоохранения.

Принципы организации системы управления качеством медицинского обслуживания можно представить следующим образом:

1) координацией усилий занимается Министерство здравоохранения и социального развития, которое координирует работу всех участников системы, распространение информации и международное сотрудничество;

2) должна быть разработана единая методология по управлению качеством медицинского обслуживания и система отчетности;

3) для поддержания работы по управлению качеством медицинского обслуживания необходимо создать как государственные структуры, так и общественные комиссии;

4) в реализацию мероприятий по повышению качества медицинского обслуживания вовлекаются организации всех уровней и форм собственности.

Медицинские кадры должны быть высококвалифицированными, достигается это через повышение качества базового медицинского образования и непрерывного медицинского образования, систему регистрации ошибок и дефектов в работе медицинского персонала.

Стандарты, клинические рекомендации и другая современная медицинская информация должна быть доступна для медицинских работников на рабочих местах (медицинские библиотеки, системы поддержки принятия клинических решений).

В бюджетах всех уровней должны быть предусмотрены достаточные средства на управление качеством медицинского обслуживания, а именно: сбор, анализ и распространение информации, на научные исследования в этом направлении.

Таким образом, для повышения качества медицинского обслуживания необходимо разработать национальную политику по управлению качеством, единые методы оценки качества, в том числе систему индикаторов и ежегодно публиковать отчет о качестве медицинского обслуживания на всех уровнях. Целевые значения показателей качества медицинского обслуживания необходимо установить для каждого уровня управления здравоохранением в соответствии с лучшими показателями в субъектах РФ и за рубежом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автоматизация системы управленческого учета – инструмент многофакторного анализа использования ресурсов путем мониторинга деятельности ЛПУ. /П.П. Кузнецов и др. // Экономика здравоохранения – 2002 – №3. – С. 70-78.
2. **Айвазян, А.** Прикладная статистика и основы эконометрики / А. Айвазян, В.С. Мхитарян // ЮНИТИ, М., 1998. – 217 с.
3. **Андреева, О.В.** Контроль качества медицинской помощи – основа защиты прав пациентов / О.В. Андреева, В.И. Турицын // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. – 2003. – № 3 . – С. 4-10.
4. **Андреева, О.В.** Контроль качества медицинской помощи – основа защиты прав пациентов /О.В. Андреева, Н.Д. Тэгай //Здравоохранение. – 2003. – № 1. – С. 29-39.
5. **Артюхов, А.С.** Пути реструктуризации стационарной помощи в период реформирования здравоохранения / А.С. Артюхов // Рос. мед. журн. – 1999. – № 3. – С. 7-10.
6. **Балахонова, Т.П.** Управление качеством медицинской помощи. Перспективы решения проблем Псковского областного фонда обязательного медицинского страхования / Т.П. Балахонова, А.М. Васильева // Главврач. – 2002. — №4. – С.13-16.
7. **Балахонова, Т.П.** Этапы формирования территориальной системы управления качеством медицинской помощи / Т.П. Балахонова, А.М. Васильев, Н.Т. Гончар // Пробл. стандартизации в здравоохранении. – 2002. – №2. – С.25-31.
8. **Белин, Н.Б.** Оценка качества медицинской помощи : Мнение медицинских работников / Н.Б. Белин, Л.В. Гусева, Л.Г. Ананьина //Здравоохранение. – 1999. – №8. – С. 15-17.
9. **Белокопытов, В.В.** Разработка статистических методов планирования и обработки данных массовых медицинских исследований: автореф. дис. ... канд. техн. наук / В.В. Белокопытов ; АН СССР, институт проблемы управления. – М., 1988. – 24 с.
10. **Белявский, А.И.** Система слежения за качеством медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности трудящихся топливной промышленности / А.И. Белявский, Г.И. Чеченин // Медицина труда и промышленная экология. – 2002. – № 10. – С. 23-26.
11. **Борисов, А.И.** О контроле качества медицинской помощи /А.И. Борисов, А.А. Борисова //Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. – № 3. – С. 34-37.
12. **Бутман, Я.** Международный опыт в области непрерывного повышения качества медицинской помощи (на примере Нидерландов) / Я. Бутман // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. – №3. – С. 18-23.

13. **Венедиктов, Д.Д.** Медицинский информационно-аналитический центр как новая организационная технология управления здравоохранением /Д.Д. Венедиктов, П.П. Кузнецов //Здравоохранение. – 2003. – № 6. – С. 175-178.
14. **Вишняков, Н.И.** Анкетирование посетителей как метод оперативного контроля качества организации лечебного процесса / Н.И. Вишняков //Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. – №1. – С. 48-50.
15. **Вишняков, Н.И.** Три звена системы контроля качества медицинской помощи /Н.И. Вишняков, В.В. Стожаров, Е.Ю. Муратова //Экономика здравоохранения. – 1997. – № 2. – С.26-28.
16. **Воловец, С.А.** Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб. – М.: ГРАНТЪ, 2002. – 504 с.
17. **Воротников, А.А.** Индустриальные методы управления качеством медицинской помощи в травматолого-ортопедическом отделении многопрофильного лечебно–профилактического учреждения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Воротников – М., 2005. – 26 с.
18. **Вуори, Х.В.** Обеспечение качества медицинского обслуживания / Х.В. Вуори, – Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 1985. – 177 с.
19. **Вялков, А.И.** Задачи и перспективы развития стандартизации в здравоохранении России /А.И. Вялков //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. – № 2. – С. 3-8.
20. **Вялков, А.И.** Здравоохранение Российской Федерации: развитие медицины, основанной на доказательствах /А.И. Вялков, П.А. Воробьев //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1. – С.3-8.
21. **Вялков, А.И.** Информационные технологии в управлении лечебно- профилактическими учреждениями в условиях ОМС /А.И. Вялков, В.А. Гройсман //Вестник обязательного медицинского страхования. – 2001. – № 1. – С. 4-8.
22. **Вялков, А.И.** О задачах по реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в 2001-2005 годах и на период до 2010 года /А.И. Вялков //Экономика здравоохранения. – 2001. – № 4-5. – С. 5-9.
23. **Вялков, А.И.** О формировании системы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью /А.И. Вялков // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 6. – С. 5-10.
24. **Вялков, А.И.** Проблемы стандартизации в здравоохранении / А.И. Вялков. – 2004. – № 3 – С.3-11.
25. **Вялков, А.И.** Управление качеством в здравоохранении / А.И. Вялков // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. – № 3. – С. 3-10.
26. **Гаджиев, Р.С.** Качество медицинской помощи городскому населению / Р.С. Гаджиев, З.С. Назарлиева // Пробл. соц. гигиены и история медицины. — 2002. – №4. – С. 32-35.
27. **Галанова, Г.И.** К вопросу о качестве оказания медицинской помощи населению: материалы опроса руководителей здравоохранения / Г.И. Галанова // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 5/6. – С. 40-41.

28. **Гарина, М.Г.** Концептуальные подходы к оценке качества медицинской деятельности /М.Г. Гарина // Журнал дерматологии и венерологии. – 1998 — №2. – С. 8-10.

29. **Гасников, В.К.** Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики за годы реформ. / В.К. Гасников и соавт. // Информационно-аналитический сборник, выпуск пятый – Ижевск, 2005. С. 105.

30. **Глейзин, Б.** Новости германского здравоохранения / Б. Глейзин // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2003. – № 6. – С. 84.

31. **Голованова, О.Ю.** Принципы развития оценки качества как системы управления лечебно-профилактическим учреждением / О.Ю. Голованова // Главный врач. – 2003. – №6. – С. 58-62.

32. **Гололобова, Т.В.** Формы и механизмы участия населения в оплате медицинской помощи: Автореферат дисс.канд.мед.наук / Т.В. Гололобова. – Москва, – 2001. – 24 с.

33. **Голухов, Г.Н.** Медико-социальный комплекс: здоровье, экономика, управление / Г.Н. Голухов, А.С. Акопян, Ю.В. Шиленко. – М.: Фонд «Клиника XXI века», 2002. – 208 с.

34. **Гончаренко, В.Л.** Совершенствование управления социальной работой и повышение эффективности медико-социальной помощи / В.Л. Гончаренко, А.В. Мартыненко, В.И. Стародубов // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1998. – № 3. – С. 17-20.

35. **Горбунов, В.А.** Социально-гигиенический мониторинг на уровне первичного звена медицинской помощи и его значение для профилактических мероприятий / В.А. Горбунов // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 11/49. – С. 10-14.

36. Государственная политика в области информатизации здравоохранения в Российской Федерации / А.И. Вялков, Р.А. Хальфин, А.Н. Разумов, С.Б. Ткаченко // Справочник врача общей практики: ежемесячный научно-практический журнал. – 2008. – N 5. – С. 5-18. 37. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2009 году /Музлов В.М. и соавт. // Ижевск 2010. – 279 с.

38. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 году // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2006. – №5. – С. 3-24.

39. Гражданский кодекс Российской Федерации: (текст с изменениями и дополнениями на 1 октября 2006 г.). – М.: Эксмо, 2006. – 544 с.

40. **Гребенников, В.И.** Экономические регуляторы в деятельности больницы / В.И. Гребенников // Главврач. – 2004. – №9. – С. 12-16.

41. **Гурдус, В.О.** Медицинское страхование в России: проблемы и перспективы / В.О. Гурдус // Менеджер здравоохранения. – 2004. – №5. – С. 12-15.

42. **Даненков, А.С.** О повышении эффективности работы дневного стационара / А.С. Даненков, Н.А. Даненкова // *Здравоохранение.* – 2004. – №5. – С. 37-39.
43. **Денисов, И.Н.** Развитие семейной медицины / И.Н. Денисов // *Заместитель главного врача.* – 2006. – №5. – С. 28-35.
44. **Денисов, И.Н.** Экономическое обоснование развития общей врачебной практики и семейной медицины / И.Н. Денисов, В.З. Кучеренко, Н.Г. Шамшурина // *Главврач.* – 2005. – №8. – С. 9-13.
45. Доказательная медицина в России: заключительный отчет по проекту: пер. с англ. / D.L. Sacker et alt. – М., 1999. – С. 18.
46. **Духанина, И.В.** Мотивационное управление лечебно-профилактическим учреждением / И.В. Духанина, М.В. Духанина. // *Главврач.* – 2005. – №7. – С. 33-38.
47. **Духанина, И.В.** Перспективы количественной оценки затрат труда медицинского персонала / И.В. Духанина, М.В. Духанина // *Главврач.* – 2005. – №9. – С. 34-39.
48. **Железняк, Е.С.** Новые подходы к проведению социологических опросов о качестве медицинской помощи / Е.С. Железняк, Н.Г. Петрова, Е.Н. Пенюги-на // *Проблемы социальной гигиены и истории медицины.* – 1999. – № 4. – С. 11-14.
49. **Жигалова, Н.И.** Медицинская экспертиза при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.И. Жигалова, К.А. Саркисов // *Заместитель главного врача.* – 2007. – № 8 (15). – С. 50-53.
50. **Жуков, В.А.** Механизм перераспределения ресурсов с госпитального звена на амбулаторное / В.А. Жуков, В.Т. Карташов // *Экономика здравоохранения.* – 2000. – № 12. – С. 25-29.
51. **Жуков, В.А.** Мнение практических врачей о путях повышения качества медицинской помощи / В.А. Жуков, И.М. Габайдулин, А.С. Ширяева // *Бюллетень НИИ СГ, Э и УЗ.* – 1996. – Вып.3. – С. 200-201.
52. **Жуковский, Г.С.** Проблемы стандартизации в здравоохранении / Г.С. Жуковский, А. Мартынчик. – 2002. – №1. – С. 3-13.
53. **Закотнова, Н.В.** Управление обеспечением качества медицинских услуг в сельском здравоохранении на основе информационных технологий: автореф. дис. . . канд. мед. наук / Н.В. Закотнова ; Кемеровская гос. мед. ун-т. – Кемерово, 2005.-27 с.
54. **Захаров, В.П.** Оптимизация медицинской помощи населению городского района на базе компьютерной технологии: автореф. дис. . . . канд. мед. наук // В.П. Захаров; Рязанский гос. мед. ун-т. -Рязань, 1997. – 23 с.
55. **Зимин, В.П.** Мониторинг качества медицинской помощи: связь с управлением, экономикой стационара и страховой медицинской организацией / В.П. Зимин // *Здравоохранение.* – 1999. – № 9. – С. 145-148.
56. **Индейкин, Е.Н.** Качество медицинской помощи – библиография англоязычной литературы / Е.Н. Индейкин // *Качество мед. помощи.* – 2002. – №2. – С. 54-58.

57. **Индейкин, Е.Н.** Клинический аудит: опыт Великобритании / Е.Н. Индейкин // Качество медицинской помощи. – 2002. – №2. – С. 45-53.
58. **Исикава, К.** Японские методы управления качеством / К. Исикава. – М., 1988. – 200 с.
59. Как далеко можно зайти на пути обеспечения качества медицинской помощи / А.И. Вялков и др. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – №11. – С. 3-6.
60. **Камаев, И.А.** Контроль качества медицинской помощи в условиях центральной районной больницы /И.А. Камаев, М.С. Иксанов, А. Молодцов // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1997 – № 3 – С. 20-21.
61. **Кимболл, А.М.** Система здравоохранения США: сравнительное исследование / А.М. Кимболл // Управление в здравоохранении России и США: Опыт и проблемы: сб. науч. тр. – Новосибирск: НГАЭиУ, 1997. – 190 с.
62. **Кирбасова, Н.П.** Научное обоснование и разработка современных технологий управления в акушерстве и гинекологии. : автореф. дис. . . д-ра мед. наук / Н.П. Кирбасова. – М., 2005. – 32 с.
63. **Китавина, Н.В.** Оценка удовлетворённости пациентов медицинским обслуживанием в стационаре медико-санитарной части / Н.В. Китавина, Н.Г. Астафьева // Главный врач. – 2005. – №5. –С. 57-61.
64. **Кицул, И.С.** Современное состояние здравоохранения США: взгляд американских ученых/ И.С. Кицул // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1997. – № 6. – С. 31-33.
65. **Кицул, И.С.** Мнение пациентов о состоянии своего здоровья и результатах оказанной медицинской помощи / И.С. Кицул // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. – №4 – С. 7-8.
66. Клинико – экономический анализ / под ред. П.А. Воробьёва. – М.: Нью- диамед, 2004. – 245 с.
67. **Комаров, Н.В.** Оценка качества медицинской помощи на основе социологических опросов врачей и пациентов / Н.В. Комаров, Р.Н. Комаров // Главный врач. – 2005. – №12. – С. 42-45.
68. **Комаров, Ю.М.** Что нас ожидает в следующем поколении: прогноз здоровья населения России на 2040 год / Ю.М. Комаров // Экономика здравоохранения. – 1997. – №12/24. – С. 19-24.
69. **Короткова, А.В.** Новая методология улучшения качества медицинской помощи в России / А.В. Короткова // Главный врач. – 2003. – №2. – С. 46-49.
70. **Короткова, А.В.** Опыт развития и применения методологии управления качеством медицинской помощи в Тверской и Тульской областях / Короткова А.В. // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – №1. – С. 29-31.
71. **Кучеренко, В.З.** Информационные технологии и экспертиза качества медицинской помощи / В.З. Кучеренко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – №2. – С. 46-50.

72. **Кучеренко, В.З.** К оценке качества медицинской помощи в новых условиях хозяйствования / В.З. Кучеренко, И.С. Мыльникова // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 1991. – № 3. – С. 5-8.

73. **Кучеренко, В.З.** Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса / В.З. Кучеренко, Е.П. Яковлев, Ю.Н. Кудрявцев // *Проблемы управления здравоохранением*. – 2003. – № 1. – С. 13-17.

74. **Лаврова, Ю.А.** Организация контроля качества оказания медицинской помощи в системе медицинского страхования / Ю.А. Лаврова // *Проблемы управления здравоохранением*. – 2003. – №1. – С. 44-47.

75. **Ластовецкий, А.Г.** Механизм реализации контроля за качеством / А.Г. Ластовецкий // *Экономика здравоохранения*. – 1998. – №3. – С. 31-34.

76. **Ластовецкий, А.Г.** Проблемы развития системы качества медицинской помощи / А.Г. Ластовецкий // *Главный врач*. – 2003. – №1. – С. 25-27.

77. **Линденбратен, А.Л.** О формах участия населения в оплате медицинской помощи / А.Л. Линденбратен, Т.В. Гололобова // *Проблемы городского здравоохранения* : сб. науч. трудов. – СПб., 1999. – С. 41-44.

78. **Линденбратен, А.Л.** Совершенствование деятельности системы обязательного медицинского страхования / А.Л. Линденбратен, В.О. Щепин // *Проблемы социальной гигиены и история медицины*. – 1997. – №2. – С. 33-36.

79. **Лисицын, Ю.П.** Общественное здоровье и здравоохранение :учебник для ВУЗов /ЮЛ. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2002. – 287 с.

80. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения: Европейская конференция ВОЗ по реформам в области здравоохранения, 17-20 июня 1996 г.- Любляна, Словения. WHO, 1996 (EUR) ICP/CARE 94.01/CW01).

81. **Миронов, А.А.** Медицинское страхование/ А.А. Миронов, А.М. Таранов, А.М. Чейда. – М., 1994. – 311 с.

82. **Муравьева, М.М.** Медико-экономическая экспертиза качества лечебно-профилактической помощи / М.М. Муравьева// *Пробл. управления здравоохранением*. – 2003. – №1. – С. 41-43.

83. **Мыльникова, И.С.** Стандарты медицинской помощи / И.С. Мыльникова, В.И. Кричагин, Е.Н. Индейкин . – М.: Присельс, 1993. – С. 18-27.

84. **Назаренко, Г.** Менталитет медицинских работников и его влияние на успешность внедрениям практику технологической модели непрерывного повышения качества медицинской «помощи / Г. Назаренко, Е. Полубенцева, В. Паршин // *Главврач*. – 2004. – №5. – С. 45-53. 85. Назаренко Е.А. Оптимизация управления организационной и лечебно-диагностической деятельностью многопрофильного стационара / Е.А. Назаренко // *Моделирование, оптимизация и компьютеризация в сложных системах*. – Воронеж, 1999. – Кн. 6. – С. 86-94.

86. **Найговзина, Н.Б.** Качество медицинской помощи и его экспертиза / Н.Б. Найговзина // *Экономика здравоохранения*. – 1998. – №1. – С. 7-14.

87. **Накатис, Я.А.** Реализация стратегического плана развития информационной системы многопрофильной клиники / Я.А. Накатис, Е.И. Коган // *Здравоохранение*. – 2001. – № 6. – С. 171-176.
88. **Нестеренко, Е.И.** Методологический подход к экспертному анализу заболевания и качества медицинской помощи / Е.И. Нестеренко, Н.В. Полунина, С.О. Захарова, В.В. Сергеев // *Менеджер здравоохранения*. – 2004. – №2. – С. 46-53.
89. **Низамов, И.Р.** Цель ОМС – повышение качества медицинской помощи населению / И.Р. Низамов // *Медицинское страхование*. – 1996. – №13-14. – С. 38-41.
90. **Новокрещенова, И.Г.** Современные подходы к финансовому планированию и прогнозированию в здравоохранении / И.Г. Новокрещенова // *Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы*. – Саратов: СГМУ, 2007. – С. 12-16.
91. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации / закон Российской Федерации от 28.06.1991 г. № 1499-1 (в ред. от 23.07.2008 №160-ФЗ). – [http:// www.ffoms.ru/](http://www.ffoms.ru/).
92. О методологических основах реформирования и оценки эффективности системы здравоохранения / Ю.А. Воронин и др. // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 1998. – № 6. – С. 16-18.
93. О роли стандартизации в повышении структурной эффективности системы здравоохранения / Г.И. Гусарова и др. // *Главврач*. – 2004.-№3. – С. 55-58.
94. Обеспечение государственных гарантий бесплатной стационарной помощи населению района / Г.А. Пономарева и др. // *Здравоохранение*. – 2000. – № 8. – С. 21-30.
95. Обеспечение качества медицинской помощи на основе международных стандартов ИСО серии 9000 / М.А. Садовой и др.. // *Главный врач*. – 2005. – №5. – С. 36-41.
96. Обеспечение качества медицинской помощи с использованием подходов доказательной медицины / Под. ред. А.М. Таранова, О.В. Андреевой. – М.: ФОМС, 2003. – 275 с.
97. Общефилософские проблемы теории и методологии качества деятельности // *Качество деятельности в механизме общественного прогресса: тезисы докладов Всесоюзной научной конференции*. – Омск, 1990. 276 с.
98. **Омельченко, В.Н.** Современные подходы к управлению ресурсами здравоохранения на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений / В.Н. Омельченко, Н.И. Кремлева // *Главный врач*. – 1999. – №3. – С. 96-104.
99. **Омельченко, В.Н.** Финансовое управление стационаром, работающим в условиях глобального бюджета / В.Н. Омельченко, Н.И. Кремлева // *Главный врач*. – 1999. – № 3. – С. 45-53.
100. Оплата труда врачей общей практики (семейных врачей) / И.Н. Денисов и др. // *Главврач*. – 2005. – №12. – С. 88-91.

101. Опыт управления качеством медицинской помощи в учреждениях системы здравоохранения / Н.К. Поволокин, В.Ф. Задорин, В.А. Данилов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2002. – №3. – С. 46-51.
102. Организационные и экономические технологии управления рациональным использованием ресурсов / Е.П. Яковлев и др. // Главврач. – 2004 – №9 – С 48-54.
103. Организация системы стандартизации для оценки и повышения качества оказания стоматологической помощи / О.Ю. Любова, Е.С. Тучик, Т.Г. Попова, С.А. Коврик // Медицинское право: федеральный научно-практический журнал. – 2008. – N 2. – С. 44-47.
104. Основные направления модернизации обязательного медицинского страхования и здравоохранения / М.А. Ковалевский, Н.Н. Лебедева, Н.Б. Найговзина и др.// Социология медицины. – 2002. – №1. – С. 15-21.
105. Относительные коэффициенты стоимости одного койко-дня госпитализации по уровням оказания медицинской помощи: нормативные документы и комментарии // Здравоохранение. – 2005. – №11. – С. 110.
106. Относительные коэффициенты стоимости одного пациенто-дня лечения в дневных стационарах по специальностям: нормативные документы и комментарии // Здравоохранение. – 2005. – №11. – С. 112.
107. Относительные коэффициенты стоимости одного посещения по специальностям: нормативные документы и комментарии // Здравоохранение. – 2005. – №11. – С. 111.
108. **Паскаль, А.В.** Научное обоснование организационных форм и пути повышения эффективности и качества внебольничной помощи сельскому населению района (на примере Саратовской области): автореф. дис. канд. мед. наук / А.В. Паскаль. – СПб., 2002. 65 с.
109. **Пахарин, В.** Качество: мифы и реальность / В. Пахарин // Главврач. -2004. – №3. – С. 45.
110. **Петрашевич, В.Д.** Новые подходы к системе оплаты труда медицинских работников / В.Д. Петрашевич, Н.Г. Петрова // Экономика здравоохранения.- 1999. – № 9, 10/40. – С. 25-26.
111. **Пленкин, В.А.** К вопросу о собственности муниципальных лечебно- профилактических учреждений при оказании платных медицинских услуг / В.А.Пленкин//Здравоохранение. – 2001. – № 12. – С. 44-49.
112. **Салеев, В.Б.** Влияние специализации скорой медицинской помощи на показатели качества / В.Б. Салеев, Е.А. Морозова // Главный врач. – 2005. – №1. – С. 34-41.
113. **Светличная, Т.Г.** К проблеме оценки качества медицинской помощи / Т.Г. Светличная // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – №3. – С. 29-31.
114. **Синявский, В.М.** Автоматизированная экспертиза медицинской помощи и контроль качества оказанных услуг в Торжокской ЦРБ / В.М. Синявский // Здравоохранение. – 2000. – № 6. –С. 53-57.

115. **Синявский, В.М.** Современные информационные технологии по экспертизе и контролю за рациональным использованием медикаментов в ЛПУ и системе ОМС / В.М. Синявский, Е. Филипова, М. Шишкин // *Здравоохранение.* – 1999. – №11. – С. 171-175.

116. **Соколович, Г.Е.** Применение компьютерных технологий в амбулаторно- поликлинической практике / Г.Е. Соколович, В.А. Бауэр, И.О. Гибадулина // *Материалы I Российского научного форума МедКомТех 2003.* – М., 2003 – С. 110-111.

117. **Стародубов, В.И.** Клиническое управление в реализации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению / В.И. Стародубов, Т.К. Луговкина // *Вестн. ОМС.* – 2001. – №4. – С. 16-23.

118. **Стародубов, В.И.** Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ: автореф. дис... д-ра мед. наук / В.И. Стародубов ; Рос. гос. мед. ун-т. – М., 1997. – 60 с.

119. **Стародубов, В.И.** О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением / В.И. Стародубов, В.Л. Гон-чаренко, Ф.Н. Кадыров // *Здравоохранение.* – 2000. – № 2. – С. 9-14.

120. **Стародубов, В.И.** О состоянии здравоохранения и мерах, направленных на его улучшение / В.И. Стародубов // *Здравоохранение Рос. Федерации.* – 1999. – № 2. – С. 3-6.

121. **Стародубов, В.И.** Обоснование необходимости повышения структурной эффективности отрасли здравоохранения / В.И. Стародубов, Р.А. Хальфин // *Менеджер здравоохранения.* – 2004. – №6. – С. 4-9.

122. **Стародубов, В.И.** Опыт внедрения экономических и информационных методов управления в лечебно-профилактические учреждения муниципального уровня / В.И. Стародубов, В.А. Гройсман // *Вестн. ОМС.* – 2000. – № 4.- С. 19-22.

123. **Стародубов, В.И.** Основные положения концепции стандартизации медицинских услуг / В.И. Стародубов // *Экономика здравоохранения.* – 1997-№10.-С. 5-7.

124. **Стародубов, В.И.** Приоритеты концепции развития здравоохранения РФ (интервью) / В.И. Стародубов // *Экономика здравоохранения.* – 1997. – №7/19. – С. 11-16.

125. **Стародубов, В.И.** Прогноз развития системы здравоохранения Российской Федерации / В.И. Стародубов // *Менеджер здравоохранения.* – 2004. – №2. – С. 4-10.

126. **Стародубов, В.И.** Результаты реформирования здравоохранения / В.И. Стародубов // *Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения.* – 2006. – № 12. – С. 8-12.

127. **Стародубов, В.И.** Реформы российского здравоохранения: настоящее и будущее / В.И. Стародубов // *Здравоохранение.* – 1999. – №4. – С. 7-12.

128. **Старченко, А.А.** Качество медицинской помощи как предмет судебного производства / А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк, Г.А. Кочергина // *Здравоохранение*. – 2003. – №3. – С. 41-48.
129. **Тишук, Е.А.** Современные проблемы качества медицинской помощи / Е.А. Тишук, В.О. Щепин, П.Е. Чесноков // *Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2003. – №3. – С. 13-19.
130. **Щепин, В.О.** Динамика структурно-функциональных преобразований в системе лечебно-профилактической помощи населения Российской Федерации / В.О. Щепин // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 1997. – №3. – С. 12-15.
131. **Щепин, В.О.** О концепции формирования муниципальных систем здравоохранения / В.О. Щепин, Б.Л. Винокуров // *Пробл. соц. гигиены и история медицины*. – 1995. – № 5. – С. 3-6.
132. **Щепин, В.О.** Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения / В.О. Щепин, Е.С. Пояркова // *Экономика здравоохранения*. – 2007. – №11. – С. 73-76.
133. **Щепин, В.О.** Структурные преобразования в здравоохранении: Монография / В.О.Щепин. – М.: ТОО «Рарочь», 1997. – 224 с.
134. **Щепин, В.О.** Теоретические и организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи в России / О.П. Щепин, Н.В. Дмитриева, Р.В. Коротких // *Пробл. соц. гигиены и история медицины*. – 1996. – № 2. – С. 3-7.
135. **Щепин, О.П.** Здоровье населения Российской Федерации: Проблемы и перспективы / О.П. Щепин // *Вестн. РАМН*. – 1996. – № 6. – С. 11-15.
136. **Щепин, О.П.** Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен. – М.: «Медицина», 2002. – 176 с.
137. **Щепин, О.П.** Современный этап реформы здравоохранения и обеспечение доступной медицинской помощи в Российской Федерации / О.П. Щепин и соавт. // *Пробл. соц. гигиены и история медицины*. – 1999. – № 3. – С. 7-10.
138. **Щепин, О.П.** Фундаментальные основы политики здравоохранения / О.П. Щепин и соавт. – М.: Эски, 2001. – 352 с.
139. **Эдлинский, И.Б.** Контроль качества медицинской помощи в системе здравоохранения / И.Б. Эдлинский // *Заместитель главного врача*. – 2007. – №5. – С. 114-117.
140. *Экономика и управление здравоохранением* / Л.Ю. Трушкина и др. – Р. н/Д., 2003. – 284 с.
141. *Adequacy of national mortality data for internal hospital use: a case study* A.J. Hartz, E.M. Kuhn, Z. Yuan et al. *Inti J Qual Health Care*. 1995. – №7. – P.109-118.
142. **Andersen, B.** *Methodological errors in medical research* B.Andersen. Boston: Blackwell Scientific Publications, 1990. 240 p.

143. **Annas, G.** *The right of patients* G. Annas Humana Press, Totova, New Jersey 1992. 314 p.
144. **Berwick, D.M.** *Harvesting knowledge from improvement: (editorial)* / D.M. Berwick // *JAMA*. – 1996. – Vol.275. – P.877-878.
145. **Berwick, D.M.** *Continuous improvement as an ideal in health care* D.M. Berwick *N Engl J Med*. 1989. 320. P.53-56.
146. **Beske, F.** *Deas Gesundheitwesen in Deutschland* / F. Beske, J.G. Brecht, A.M. Reinkemeier // *Deutscher Arzte-Verland*. – Koln, 1993. – 221 s.
147. **Bruce, C.V.** *Medicare hospitals payment by Diagnosis — Related Groups* / C.V. Bruce // *Ann of Inter.Med*. – 1984. – Vol. 100, №4. – P. 576-591.
148. *Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies* / D.A. Davis et. al. // *JAMA*. – 1995. – Vol.274. – P.700-705.
149. *Clinical Epidemiology* / D.L. Sackett et al. // *Basic Science for Clinical Medicine.- 2-nd. ed.- New York: Little. Brown & Co, 1991. – P.305-306.*
149. *Clinical practice guidelines for screening, evaluation and management of high cholesterol. Kaiser Permanente Northern California Region. – California, 1995.*
150. *Cost-effectiveness in health and medicine* M.R. Gold, J.E. Siegel, L.B. Russel, M.C. Weinstein.-New York: Oxford University Press, 1996. – 230 p.
155. *Council on Medical Service, American Medical Association.- Quality of care* *JAMA*. 1986. 256. – P.1032-1034.
156. **Davey Smith G.** *Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk* / Smith G. Davey, F. Song, T.A. Sheldon // *BMJ* 1993. – Vol.306. – P.1367-1373.
157. **Deming W.E.** *New Economik for Industry. Education. Government* / W.E. Deming.- MA: Massachusetts Institute of Technology. Centre for Advanced Engineering Study, 1993. – 356 p.
158. **Deming, W.E.** *Out of the Crisis*/W. E. Deming. – Cambridge, Mass: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study, 1986. – 235p.
159. *Department of Health – Medical Audit: White Book. – London. 1989. – 689p.*
160. **Deyo, R.A.** *Reproducibility and responsiveness of health status measures: Statistics and strategies for evaluation* R. A. Deyo, P. Dier, D.L. Patrick *Contr. Clin. Trials*. 1991. Vol. 12. – P.142-158.
161. **Dixon, N.** *Medical Audit primer* /N. Dixon. – Hampshire. 1991. – 342p.
161. **Donabedian, A.** – *The Criteria and Standards of Quality* / A. Donabedian // *JAMA*. – 1988. -Vol. 260. – P. 1743 – 1748.
162. **Donabedian, A.** *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* / A. Donabedian. – Mich: Health Administration Press, 1982. – 251 p.
163. **Donabedian, A.** *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment* / A. Donabedian. -Michigan: Health Administration Press, 1980. – 457 p.

164. **Donabedian, A.** *Models of quality assurance / A. Donabedian // Leonard S. Osenfeld Memorial Lecture / S. Leonard; School of Public Health University of north Carolina in Chapel Hill. – Chapel Hill, 1993. – P. 25 – 35.*

165. **Donabedian, A.** *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring / A. Donabedian. – Michigan: Health Administration Press. 1985. – 900p.*

166. **Donabedian, A.** *The Quality of Care: How Can It Be Assessed? / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol.260. – P. 1743-1748.*

167. **Donabedian, A.** *The quality of medical care methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs / A. Donabedian // Science. – 1978. – Vol. 200. – P. 856-864.*

168. **Ellis, B.** *Innovations in Health Care Financing / B. Ellis // Br. Med. J. – 1989. – Vol. 298. – P.1635-1637.*

169. **Ellis, R.** *Quality Assurance in Health Care: a Handbook / R. Ellis, Dr Whittington. – London (England): Edward Arnold, 1996. – P. 62.*

170. **Epstein, A.** *Performance reports on quality: prototypes, problems, and prospects/A. Epstein //N. Engl. J. Med. – 1995. – Vol.333. – P.57-61.*

171. **Epstein, A.** *Quality of medicine / A. Epstein //JAMA. – 1998. – Vol.279. – P.1691-1696.*

172. **Fisher, R.** *Based Audit in General Practice / R. Fisher, M. Lakhani, R. Baker. – Oxford, 1998. – 328 p.*

173. **Gay, E.** *Reputation retrenchment the DRG experience: problems from changing reimbursement practice / E. Gay, G. Kronenfeld. // Soc. So Med. – 1996. – Vol.31, № 10. – P. 1103–1118.*

174. **Glasser, W.** *Paying the Hospital: DRGs in International Perspective / W. Glasser // Annual Meeting of the American Public health Association. – N.Y., 1993. – P. 1-2.*

175. **Goodman, D.C.** *Theophylline in Acute Childhood Asthma. A Meta – Analysis of its Efficacy / D.C.Goodman, B.Linnenberg; G.T.O Connor // Pediatric Pulmonology. – 1996. – Vol. 21, № 3. – P. 281-284.*

176. **Hancock, B.** *Five common causes of pain / B. Hancock // Br. Med. J. – 1990. – Vol.301-P.911-912.*

177. **Heath, D.** *Health Trends / D. Heath // Br. Med. J. – 1986. – Vol.18 – P.74 -76.*

177. **Holmer, C.J.** *Improvement quality of health care for children in public health , systems /C.J. Holmer, L.C. Kleinman, D.A. Goldman-Oxford, 1997. – 30 p.*

178. **Houser, J.** *Using the data management process to improve performance/ J. Houser // Managing Performance Data in Health Care: Oakbrook Terrase, IL. – London, 2001. 323 p.*

179. **Kemper, D.W.** *The Health Wise Handbook: Kaiser Permanente Edition / D:W. Kemper, K.E. Mcintosh, T.M. Roberts. – Boise: Healthwise, 1994. – 234 p.*

180. **Lanska, D.J.** *Length of stay for patients admitted with stroke in the United States: Professional Activity Study, 1963-1991. / D.J. Lanska //J Neurol Sci 1994. – 127. – P.214-220.*

181. **Lanska, D.J.** Medicare hospital utilization review for ischemic cerebrovascular disease / D.J. Lanska *Neurology*. 1993. №43. – P.650-654.
182. **Lanska, D.J.** Task Force on Hospital Utilization for Stroke, American Academy of Neurology. Review criteria for hospital utilization for patients with cerebrovascular disease D.J. Lanska *Neurology*. 1994. №44. – P.1531-1532.
183. **Lanska, D.J.** The geographic distribution of hospital admissions, case fatality, and mortality from stroke among Medicare enrollees D.J. Lanska, R. Kryscio *Neurology*. 1994. №44. – P.1541-1550.
184. **Leape, L.L.** Error in medicine L.L.Leape *JAMA*. 1994. №272. P.1851-1857.
185. **Lezzoni, L.I.** «Black box» medical information systems: a technology needing assessment / L.I. Lezzoni // *JAMA*. – 1991. – Vol.265. – P.306 – 307.
186. **Lezzoni, L.I.** «Black box» medical information systems: a technology needing assessment / L.I.Lezzoni *JAMA*. 1991. №265. – P.3006-3007.
187. **Longo, D.R.** The Quality of ambulatory based primary care a framework and recommendations / D.R. Longo, J.D. Allen // *International journal for Quality in Health care*. – 1994. – Vol. 6, № 2, – P. 133-146.
188. **Macdonald, J.J.** *Primary Health Care: Medicine in Its Place* / J.J. Macdonald. – London, 1993. – Ch. 3, 4, 6.
189. **Malek M.** Health economics of heart failure / M.Malek *Heart* 1999. 82 (suppl IV). P.IV11-IV13
190. **Mark, D.B.** Economics of treating heart failure / D.B.Mark *Am J Cardiol*. 1997. 80(8B). 33H-38H.
191. **Mark, D.B.** Fundamentals of economic analysis / D.B.Mark, T.A.Simons *Am Heart J*. 1999. 137(5). P.38-40
192. Racial and community factors associated with coronary artery bypass graft surgery rates for all 1986 Medicare patients / K.C. Goldberg, A.J. Hartz, S.J. Jacobsen et al. *JAMA*. 1992. 267. – P.1473-1477.
193. Reduction in resource utilization by an asthma outreach program / D.K.Greineder et al. // *Arch Pediatr Adolesc Med*. – 1995. – Vol.149. – P. 415-420.
194. Results of a computerized screening of stroke patients for unjustified hospital stay / R.S. Goidman, A.J. Hartz, D.J. Lanska, C.E. Guse. *Stroke*. 1996. – 27. – P.639-644.
195. **Robinson, K.** *Whatis health?* / K. Robinson. – New York, 1991. – P. 18-21. 436. Shaw C.D. Health services accreditation's: Report of a pilot programme for community hospitals / C.D. Shaw, C.D. Collins // *BMJ*. – 1995. – Vol. 310, № 6982. – P. 781-784.
196. **Tarimo, E.** *Towards a Healthy District: Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care* / E. Tarimo.- Geneva, 1991. 234 c.
197. Variations in the use of medical and surgical services by the Medicare population / M.R. Chassin, R.H. Brook, R.E. Park et al. *N Engi J Med*. 1986. №314. – P.285-290.
198. **Wennberg, J.E.** Are hospital services rationed in New Haven or over- utilized in Boston / J.E. Wennberg, J.L. Freeman, W.J.Gulp *Lancet*. 1987. – P.1185-1189.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ И УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	6
1.1. Основные категории и критерии качества организации медицин- ской помощи	7
1.2. Основные категории и критерии качества медицинской помощи	11
1.3. Индикаторы качества медицинского обслуживания	16
1.4. Методология управления качеством медицинского обслуживания	27
ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕ- СТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	31
2.1. Проблемы кадровых ресурсов в здравоохранении	31
2.2. Основные направления решения вопросов кадрового обеспечения	38
2.3. Основные показатели обеспеченности кадрами в системе здраво- охранения УР	42
2.4. Квалификация медицинских кадров	48
ГЛАВА 3. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В РЕГИОНЕ	50
3.1. Контроль качества медицинского обслуживания в УР	50
3.2. Взаимодействие ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи	63
3.3. Модели информационного взаимодействия страховой медицинской организации и медицинского учреждения при проведении экспертизы КМП	70
3.4. Удовлетворенность амбулаторно-поликлинической помощью пациентов и медицинских работников в Удмуртской Республике	72
3.5. Удовлетворенность стационарной помощью пациентов и медицин- ских работников в Удмуртской Республике	77
Заключение	82
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	84

**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Монография

**Авторы: Александр Леонидович Линденбратен,
Владимир Никифорович Савельев,
Сергей Михайлович Дунаев,
Татьяна Валентиновна Виноградова**

В авторской редакции

Компьютерный набор: *Т.В. Виноградова*
Верстка и оригинал-макет: *П.П. Корепанов*

Подписано в печать 05.10.2011. Формат 60×90/16
Гарнитура *Times New Roman*. Уч.-изд. л. 4,8. Усл. печ. л. 6,1
Тираж 1000 экз. Зак. 0.

Отпечатано в типографии
ГОУ ВПО «Удмуртский государственный университет»
г. Ижевск, 426034, ул. Университетская – д. 1, корп. 4.
Отпечатано с оригинал-макета заказчика