

**МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ
ЭКОНОМИКИ И ПРАВА
при МПА ЕВРАЗЭС**

на правах рукописи

**ЛЫМАРЕНКО
Валерий Михайлович**

«Управление качеством медицинского обеспечения»

**доцент, к.м.н.
Лымаренко В.М.**

**Санкт-Петербург
2017**

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1. Методология управления качеством медицинского обеспечения...	5
2. Подходы к оценке качества медицинского обеспечения.....	10
3. Основные характеристики качества медицинского обеспечения.....	14
4. Система управления качеством медицинского обеспечения.....	20
Заключение.....	24
Библиография.....	25

1. МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Основным критерием деятельности системы здравоохранения и основной целевой функцией от высшего звена - Министерства здравоохранения до низового - лечебно-профилактического учреждения является качество медицинского обеспечения.

Качественное медицинское обеспечение – это ключевое понятие, являющееся индикатором соблюдения прав человека, гарантированных Конституцией Российской Федерации, в сфере здравоохранения. Недостаточная четкость ключевого понятийного аппарата в области качества медицинской помощи может приводить к несоответствию конечного результата лечения ожиданиям пациента, а также к повышению расходов государства.

Деятельность всех составляющих элементов системы здравоохранения: организационных, материально-технических, финансовых, кадровых, научных, интеллектуальных, информационных и других направлено на обеспечение качества медицинского обеспечения. Порядок взаимодействия этих элементов, их взаимодействие и функционирование обеспечивают результат деятельности всей системы. И для того, чтобы изменить качество медицинского обеспечения необходимо изменение самой системы [3, с. 34].

Поддержание работоспособности и изменение результатов деятельности системы здравоохранения выполняют управляющие структуры и механизмы.

Необходимость в разработке единой концепции качества медицинского обеспечения Российской Федерации была обусловлена отсутствием единого подхода к управлению качеством медицинской помощи.

В последние годы созданы несколько специальных структур по управлению качеством медицинского обеспечения:

- Экспертный Совет по рассмотрению проектов нормативных документов по стандартизации в здравоохранении Министерства здравоохранения;

- Методический Центр по обеспечению качеством медицинской помощи при ЦНИИ ОИЗ МЗ РФ;

- Лаборатория проблем стандартизации при Московской медицинской академии им И.М. Сеченова;

- Центр Доказательной Медицины при Московской медицинской академии им И.М. Сеченова.

Методология управления качеством, успешно используемая в других странах, в рамках приоритетного направления «Доступность качественной медицинской помощи», была адаптированная федеральным научно-методическим Центром по управлению качеством ЦНИИОИЗ МЗ РФ и апробированная на отдельных российских территориях.

На основе этой методологии с 2011 года проводятся работы по улучшению качества медицинского обеспечения [5, с. 16].

Результатом проводимой работы в рамках выбранных клинических проблем и служб здравоохранения явилось структурное изменение в системе медицинского обеспечения. Были разработаны индикаторы мониторинга изменений всей системы, а также процессов оказания медицинского обеспечения и качественных показателей оценки медицинской помощи.

Так, реализация проекта по улучшению качества медицинского обеспечения больных артериальной гипертензией (АГ) успешно отразилась на результатах. Изменение системы медицинского обеспечения врачом общей практики больных артериальной гипертензией привело не только к изменению организации и тактики медицинской помощи, но и позволили развить профилактическую деятельность, разработать и внедрить скрининговые и оздоровительные программы. Результатом чего явился рост впервые выявленных больных с артериальной гипертензией (на 27%), основную часть из которых составили больные с начальной стадией

заболевания, что является одним из наиболее показательных индикаторов улучшения качества медицинского обеспечения. Вместе с этим снизилось количество гипертонических кризов у больных артериальной гипертензией (на 87%), находящихся под наблюдением врача, а также число госпитализаций. Профилактическая работа привела к тому, что каждый десятый больной (10%) изменил образ жизни, отказавшись от вредных привычек (курения, избыточного потребления соли), снизил вес и т.д. [8, с. 3].

Методология управления качеством медицинского обеспечения включает в себя четыре принципа [3, с. 22]:

1. Удовлетворение потребностей и ожиданий внешнего потребителя (пациента) и внутреннего потребителя (медицинского работника). В основе этого принципа лежит определение потребностей потребителя. Только ожидания и удовлетворенность потребителей заставляют изменить всю систему медицинского обеспечения и построить ее в соответствии с этими ожиданиями, что позволяет правильно оценить направление в поиске решений улучшения качества медицинского обеспечения.

2. Системный подход. Работа системы здравоохранения является совокупностью работы её подсистем и происходящих в них процессов. Для получения наилучших результатов медицинского обеспечения необходимо провести анализ системы, определить приоритетные проблемы и найти возможные решения по ее изменению.

3. Работа в рабочих группах (командах). Она объединяет представителей различных сторон медицинского обеспечения: пациентов, врачей, администраторов, средний медицинский персонал, представителей фармацевтических фирм, должностных лиц здравоохранения и др. специалистов. Наличие представителей в команде позволяет использовать глубокие детальные знания каждого о соответствующем элементе системы, что является принципиально важным для нахождения оптимального решения изменения процессов системы и её самой в целом.

4. Научный подход. Он даёт возможность выбрать приоритетную проблему на основе имеющихся данных, оценить ее размеры и значимость, разработать план действий, включающий преобразование процессов системы и самой системы; поставить эксперимент для проверки правильности намеченных изменений, оценить результаты эксперимента, внедрить в практику здравоохранения изменения, приведшие к улучшению качества.

Результаты деятельности любой имеющейся системы определяются ее строением и функционированием. Это значит, что если деятельность будет протекать без структурных изменений, то новых результатов получить невозможно. Для того, чтобы добиться других - лучших - результатов, необходимо изменить имеющуюся систему.

Применение методологии управления качеством медицинского обеспечения в работе доказали правильность совмещения методологии управления качеством, традиционных путей внедрения в практику новых клинических технологий и принципов доказательной медицины.

Методология управления качеством медицинского обеспечения является многоэтапной и включает в себя элементы [6, с. 41]:

- определение проблемы;
- анализ системы,
- разработку плана действий;
- апробирование внесенных изменений в пилотных учреждениях;
- внедрение в практику здравоохранения.

Для практического осуществления изменений системы медицинского обеспечения, разработки и внедрения клиничко-организационных стандартов, согласно методологии, необходимо:

- изучить имеющуюся систему оказания медицинской помощи;
- четко определить клиническое и организационное содержание проблемы на каждом этапе процесса оказания медицинской помощи (если проблема существует);
- собрать научные данные доказательной медицины по клинической

проблеме;

- обновить клиническое содержание руководства в соответствии с новыми знаниями доказательной медицины;
- внести изменения в систему медицинского обеспечения для обеспечения возможности выполнения новой клинической технологии;
- разработать индикаторы для проверки изменений в клинической практике и в системе медицинского обеспечения.

Исследователи считают, что высокий уровень современных технологий оказания медицинской помощи в мировой практике, функционирование и развитие института доказательной медицины, требуют пересмотра акцентов в формировании политики качества в российском здравоохранении.

Качество медицинского обеспечения определяется самой системой организации здравоохранения в целом и каждой его отраслью в отдельности, которые осуществляют своё функционирование на основе законодательных и нормативных документов.

Практика показывает, что в настоящее время в Российской Федерации многие нормативные и методические документы имеют истоки с 80-90-х годов прошлого столетия и не отвечают современным научным и практическим представлениям в медицине [9, с. 3].

С развитием доказательной медицины становится очевидным, что многие клинические и организационные аспекты медицинского обеспечения требуют пересмотра законодательных и регулирующих механизмов.

Функционирующая сегодня система здравоохранения России нуждается не только в новых концептуальных подходах, но и в комплексных преобразованиях. И качество медицинского обеспечения является интегрирующей оценкой системы здравоохранения, напрямую отражает ее функционирование.

Население, правительство, представители министерства здравоохранения, руководители региональной исполнительной власти, работодатели и медицинские работники – все заинтересованы в улучшении

качества медицинского обеспечения. Следовательно, только государственный и межотраслевой подход к формированию политики качества медицинского обеспечения позволит обеспечить его высокие показатели.

Только согласованное взаимодействие всех звеньев механизма улучшения качества медицинского обеспечения приведёт к эффективности и четкости функционирования системы. Руководящие органы здравоохранения федерального и территориального уровней, страховые медицинские организации, врачебные ассоциации, учебные заведения, осуществляющие подготовку и последипломное обучение медицинских кадров, медицинские учреждения, непосредственно оказывающие медицинскую помощь, должны руководствоваться единой стратегией улучшения качества медицинского обеспечения. Для этого необходима разработка комплексной программы управления качеством медицинской помощи. Её выполнение связано с четким разграничением обязанностей и ответственности.

2. ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

В практической деятельности «качество медицинского обеспечения» часто сравнивается с термином «качество продукции», что является неверным толкованием.

Законодательно понятие «качество медицинского обеспечения» определено в Федеральном законе Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в соответствии с которым, качество медицинского обеспечения - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [2].

Оценки качества в различных сферах человеческой деятельности (а медицинские услуги представляют собой деятельность по поддержанию и восстановлению функционирования биологических систем человеческого организма) регламентированы международными стандартами ИСО 9000, ИСО 10000, которые распространяются на сферу производства и услуг, в том числе услуг медицинских. В соответствии с этими стандартами, качество медицинского обеспечения (quality of medical care) - это совокупность показателей, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся на данный момент потребностям (или состоянию) пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии [7, с. 26].

Полученные в ходе исследований по этой проблеме данные говорят, что у пациентов, медицинских работников и инвесторов несхожие требования к медицинскому обеспечению.

Точка зрения пациента определяет, что качественное медицинское обеспечение - это:

- использование своих прав, интересов в сфере оказания медицинских услуг;
- решение проблем возникающих в состоянии здоровья человека;
- оптимальный результат затрат: средств, энергии (умственной и физической) пациента, администраторов здравоохранения, медработника и времени.

Точка зрения медицинских работников определяет, что качественное медицинское обеспечение - это соответствие оказываемой медицинской помощи современному техническому оснащению и технологиям, свобода действий в интересах пациента.

Точка зрения медицинских администраторов и инвесторов определяет, что качественное медицинское обеспечение – это эффективное использование имеющихся медицинских ресурсов здравоохранения, снижение нетрудоспособности за счёт действенных медицинских технологий.

Подходы к оценке качества медицинского обеспечения населения состоят из следующих компонентов [6, с. 27]:

- качество структур (структурный подход к обеспечению и оценке);
- качество технологии (процессуальный подход к обеспечению и оценке);
- качество результата (результативный подход к обеспечению и оценке).

Качество структуры является характеристикой условий оказания медицинской помощи населению. Этот показатель определяется по отношению к системе здравоохранения в целом, медицинскому учреждению, отдельному его структурному подразделению или конкретному медицинскому работнику. Данный компонент качества характеризуют такие параметры, как санитарно-техническое состояние зданий и сооружений, в которых функционирует медицинское учреждение; обеспеченность кадрами и их квалификация; техническое состояние медицинского оборудования (его

моральный и физический износ); соответствие уровня обеспеченности лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, лечебным питанием, установленным стандартам; уровень сервисных услуг и др. При оценке качества по отношению к медицинскому работнику оцениваются его профессиональные характеристики (сумма теоретических знаний и практических навыков) для выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций.

Качество технологии является характеристикой всех этапов процесса оказания медицинской помощи. Она дает представление о правильности выбора тактики лечения, соблюдении стандартов медицинской помощи и о качестве выполненной работы. Качество технологии характеризует соответствие комплекса лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, установленным стандартам медицинских технологий. Если было затрачено средств больше на оказание медицинской помощи больному, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, то такая помощь признаётся некачественной даже в случае достижения ожидаемых результатов лечения. Качество технологии можно оценить только на одном уровне - по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов. Одним из параметров, характеризующих качество технологии, может служить наличие или отсутствие врачебных ошибок.

Качество результата является итоговой характеристикой оказания медицинской помощи и позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым. Качество результата оценивают на трех уровнях: по отношению к конкретному пациенту, по отношению ко всем больным в медицинском учреждении и по отношению к населению региона в целом. Проводимый анализ качества результата по отношению к конкретному пациенту позволяет оценить и сравнить достигнутые результаты лечения конкретного больного с

ожидаемым результатами, с учетом возраста, клинического диагноза, сопутствующих заболеваний и других влияющих на исход факторов. Для примера: у одного больного результатом лечения может быть его полное выздоровление с нормализацией всех данных клинико-биохимических, функциональных и других видов исследований, а у другого больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным влажной гангреной, результатом лечения может явиться ампутация нижней конечности. В настоящее время в системе оценки исходов лечения выделяют: «выздоровление», «ремиссия», «госпитализация», «улучшение», «без перемен», «ухудшение», «перевод», «инвалидизация», «смерть». Качество результата по отношению ко всем больным в медицинском учреждении оценивается за конкретный период времени (чаще за год). В практике медицинских учреждений обычно используют различные качественные показатели: летальность, частота послеоперационных осложнений, расхождение клинических и патолого-анатомических диагнозов, запущенность по онкологии и др. Качество результата по отношению к населению в целом характеризуют показатели общественного здоровья.

Компоненты качества тесно связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. При низком уровне качества структуры невозможно обеспечить приемлемый уровень качества технологии. Нарушение технологии диагностики и лечения приводит к неблагоприятным результатам лечения. Высокий уровень качества структуры, без качества технологии не реализует высокого уровня качества результата.

3. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Потребности человека определяют основные характеристики составляющие понятие «качество медицинского обеспечения». Наиболее удачным является обобщение, сделанное и представленное ниже [7, с. 27].

Качество медицинского обеспечения – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам.

Авторы выделяют следующие характеристики качества медицинского обеспечения:

- профессиональная компетенция;
- доступность;
- своевременность;
- эффективность;
- непрерывность;
- безопасность;
- удобство;
- межличностные взаимоотношения;
- соответствие ожиданиям пациентов.

Профессиональная компетенция определяет наличие теоретических знаний и практических навыков у медицинских работников и вспомогательного персонала. Умение их использовать в своей практической деятельности, в соответствии со стандартами оказания медицинских услуг и методическими рекомендациями главных специалистов. Компетенции медицинского администратора - это профессиональные навыки в выработке и принятии управленческих решений. Компетенции для врачей - это знания и умения постановки диагноза и выбора лечения для пациента. Знания и умения вспомогательного персонала зависит от конкретно занимаемой

должности. Для примера: профессионально подготовленный регистратор в медицинском учреждении обязан предоставить необходимую информацию в ответ на любые обращения пациентов. Грубые ошибки и даже небольшие отклонения от существующих стандартов говорят о недостатках профессиональной компетенции работников и их руководителей, снижают результативность лечения или приводят к угрозе здоровью и жизни пациента. Все оказываемые пациенту медицинские услуги должны быть направлены на решение той проблемы со здоровьем, которая фактически существует. Человеку может быть оказан ряд качественных медицинских услуг, но если они проведены в направлении, не связанном с реальной проблемой здоровья конкретного человека (для примера: его активно лечили, но по поводу неправильно распознанного другого заболевания), оказанная ему медицинская помощь будет некачественна.

Доступность медицинского обеспечения определяет состояние системы здравоохранения, когда медицинское обеспечение не зависит от географических, организационных, экономических, финансовых, социальных, культурных, языковых и других барьеров. Географическая доступность измеряется параметрами: расстояние, время в пути, наличие транспорта – всем тем, что может препятствовать получению пациентом необходимой медицинской помощи. Организационная доступность оптимизирует режим работы отдельных медицинских служб. Для примера: расписание работы медицинских учреждений не может препятствовать возможности обращения пациентов за медицинской помощью в удобное для них время, в том числе отсутствие вечерних приемов исключает доступность для тех людей, которые работают в течение дня. Экономическая доступность медицинского обеспечения определяется возможностью независимо от материального положения больного получения необходимой помощи гарантированного объема и качества. Финансовая доступность медицинского обеспечения определяется достаточным финансированием медицинских учреждений для оказания медицинских услуг (в том числе на содержание

учреждений, выплату заработной платы, закупки оборудования и лекарственных средств). Если большая часть нуждающихся в определенных медицинских услугах граждан не имеют к ним реального доступа из-за дороговизны технологий, медицинская помощь, предоставляемая системой здравоохранения, является некачественной по критерию доступности. Для примера: российская система здравоохранения пока не может считаться для большинства граждан качественной по критерию доступности эффективных способов лечения заболевания, называемого убийцей № 1 - ишемической болезни сердца. Нашим гражданам пока реально малодоступны такие рядовые в развитых странах процедуры, как коронарография (диагностика степени сужения артерий сердца) и стентирование коронарных артерий (установка в суженную часть коронарной артерии трубчатого имплантата-расширителя - стента), хотя в этом направлении государством в настоящее время прикладываются значительные усилия. Социальная и культурная доступность медицинского обеспечения относится к восприятию медицинской помощи в свете культурных ценностей пациента, его вероисповедания. Для примера: служба планирования семьи может быть не востребована пациентами, как противоречащая их нравственным ценностям и религии. Языковая доступность медицинского обеспечения означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью и т.д.

Своевременность медицинского обеспечения определяется тем, что медицинская помощь предполагает организацию взаимодействия человека со службами здравоохранения и технологию лечебно-диагностического процесса таким образом, что обеспечивается возможность своевременного обращения человека за помощью в оптимальный промежуток времени. Для примера: в России до 40 % онкологических заболеваний выявляются уже в неоперабельных стадиях, что говорит о несвоевременности медицинской помощи.

Эффективность медицинского обеспечения определяется как отношение достигнутого экономического эффекта к произведённым затратам. Эта характеристика является одной из важнейших, так как ресурсы здравоохранения ограничены, но при этом система здравоохранения обязана обеспечить оптимальное качество медицинской помощи за счет рационального использования имеющихся ресурсов. Качественная медицинская помощь должна дать определенный положительный эффект в отношении здоровья пациента. Отсутствие эффекта от совокупности даже блестяще проведенных медицинских услуг позволяют в большинстве случаев сделать вывод о некачественной в целом оказании человеку медицинской помощи по критерию ее эффективности. Исключением являются те случаи, когда медицина оказывается бессильной.

Непрерывность медицинского обеспечения определяется тем, что пациент получает в процессе диагностики и лечения необходимый объём медицинской помощи без задержки, неоправданных перерывов или необоснованных повторов. Соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист (его лечащий врач), который согласовывает преемственность в работе с коллегами, оказывающими диагностические и консультационные услуги. Нарушение этого принципа снижает эффективность и результативность лечения, ухудшает межличностные взаимоотношения врачей с пациентами. Медицинская помощь состоит из последовательности взаимосвязанных медицинских услуг (профилактика - диагностика - лечение - реабилитация). Если человеку оказана качественно лишь часть из них (для примера: проведена современная эффективная диагностика, но лечение не осуществлено, либо при наличии современных технологий лечение проведено устаревшими методами) - речь идет о некачественном оказанию медицинской помощи по критерию преемственности и непрерывности.

Безопасность медицинского обеспечения определяется тем, что сводит к минимальным рискам возникновение побочных эффектов от диагностики,

лечения и других проявлений ятрогении. Для примера: пациенты могут быть инфицированы другими больными во время ожидания приема врача, плохой дезинфекции инструмента, при несоблюдении необходимых противоэпидемических мер. Медицинские услуги в своем большинстве - это вмешательства в деятельность очень сложной системы - человеческого организма (тела и психики). Современные медицинские знания не могут исключить вероятность того, что вмешательство приведет к ухудшению состояния здоровья пациента. Ожидаемые результаты от лечения при решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии обязательно должны соизмеряться с потенциальным риском. Если у пациента в ходе лечения появляются новые заболевания и патологические состояния или идёт обострение имеющихся, то эта медицинская помощь является некачественной. Для примера: развитие у пациентов во время госпитализации в дополнение к основному заболеванию так называемых внутрибольничных инфекций является формой некачественной медицинской помощи. Безопасность относится как к пациентам, так и к медицинским работникам.

Удобство медицинского обеспечения определяется тем, что создаётся система мер направленных на создание оптимального лечебно-ограничительного режима: рациональное размещение и достаточный объём палат и лечебно-диагностических подразделений, комфорт и чистота в медицинских учреждениях, оснащение их современной функциональной медицинской мебелью, организация режима дня больного, устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и др.

Межличностные взаимоотношения медицинского обеспечения определяется тем, что создаются корректные взаимоотношения между работниками здравоохранения и пациентами, медицинским персоналом и их руководством, системой здравоохранения и населением в целом. Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта,

конфиденциальности, взаимного уважения и доверия. Одними из важных элементов этих взаимоотношений является этика и деонтология, искусство слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивного настроя пациента на проводимую терапию.

Соответствие медицинского обеспечения ожиданиям пациентов определяется тем, что в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи отвечает потребностям, ожиданиям пациентов и оказывается своевременной. Человек, обращаясь за медицинской помощью, имеет определенный объем ожиданий. Эти ожидания бывают удовлетворены системой здравоохранения, а бывают не удовлетворены. Показатель удовлетворенности пациента (то есть удовлетворенности и самим процессом и результатом оказания медицинской помощи) базируется на представлениях о том, что относится к правомерным притязаниям пациента в сфере оказания медицинских услуг. К правомерным притязаниям пациента относятся его ожидания признания, соблюдения и защиты его прав и законных интересов. Соблюдение прав и законных интересов пациента может в силу неосведомленности человека не входить в объем его ожиданий, но они относятся к объективным потребностям его личной безопасности. В связи с этим, признаком качественной медицинской помощи является соблюдение прав пациента, права выбора медицинской организации, права на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Пациенты чаще всего обращают внимание на доступность, результативность, непрерывность медицинской помощи, удобство, на взаимоотношения между ними и медицинским персоналом. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью зависит от их оценки качества своей жизни, связанного со здоровьем.

Качественное медицинское обеспечение - это такое оказание медицинских услуг, которое соответствует имеющейся у человека медицинской проблеме, соответствует современным достижениям медицинской науки и практики, осуществляются своевременно, в

необходимой последовательности, обеспечивают положительный эффект и не приводят к ухудшению здоровья пациента, удовлетворяя его правомерные притязания.

4. СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Управление качеством медицинского обеспечения включает в себя организацию и контроль над деятельностью системы здравоохранения в реализации потребностей населения в получении качественной медицинской помощи. В современных условиях система управления качеством медицинского обеспечения представляет собой совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью. Эта система основывается на следующих принципах [11, с. 23]:

- применение доказательной медицины;
- проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);
- использование административных, экономических и правовых методов для управления качеством медицинской помощи;
- анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;
- проведение социологического мониторинга качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных видов деятельности: дизайн качества, обеспечение качества, контроль качества, непрерывное повышение качества.

Дизайн качества определяется тем, что разрабатывается система обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн качества состоит из следующих элементов: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение результата, отвечающего запросам потребителей; разработка механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

Обеспечение качества определяется видами деятельности, планируемыми и реализуемыми в рамках системы управления качеством.

Для деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы: соответствующая законодательная и нормативно-правовая база по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; структуры и ресурсы (кадровые, финансовые, материальные и информационные) в соответствии с нормативно-правовой базой; технологические стандарты и стандарты на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

Контроль качества определяется тем, что создаётся система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Экспертиза является одним из механизмов контроля качества медицинской помощи.

Система контроля качества медицинского обеспечения состоит из трех элементов:

- участников контроля;
- средств контроля;
- механизмов контроля.

В зависимости от участников контроля, организовано два вида контроля: ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, вневедомственный - страховые медицинские организации, ТФОМС, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, общественные объединения потребителей и др.

От состава участников контролирующих органов контроль качества медицинского обеспечения осуществляется по следующим направлениям:

- контроль со стороны производителей медицинских услуг;
- контроль со стороны потребителей медицинских услуг;
- контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг.

В настоящее время используются различные методы и средства контроля качества медицинской помощи. К ним относятся медицинские стандарты, показатели деятельности организации здравоохранения (модели конечных результатов), экспертная оценка качества и др.

Механизм контроля качества медицинского обеспечения достаточно сложен и включает в себя набор следующих основных процедур [11, с. 24]:

- лицензирование медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья населения;
- аккредитацию медицинских учреждений;
- аттестацию медицинских работников;
- сертификацию лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
- лицензирование, аттестацию и аккредитацию образовательных медицинских учреждений и др.

Организация и порядок проведения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи регламентируются приказами МЗиСР РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС).

Управление качеством медицинского обеспечения подразумевает непрерывное повышение его уровня. Для этого руководители органов и учреждений здравоохранения постоянно разрабатывают и проводят комплекс мероприятий, направленный на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников. При этом в процессе повышения качества медицинской помощи четко просматриваются две взаимосвязанные и взаимообуславливающие составляющие: первая - постоянное повышение самого уровня стандартов (протоколов) ведения больных и вторая - непрерывный процесс достижения этих стандартов.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Конституция Российской Федерации, принятая всенародным голосованием 12.12.93г. / (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ);
2. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
3. Дьяченко В.Г., Солохина Л.В., Дьяченко С.В. Управление качеством медицинской помощи / Дьяченко В.Г., Солохина Л.В., Дьяченко С.В. Учебник: Издательство ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет, 2015 – 655 с.
4. Накатис Я. А., Кадыров Ф. Н. Современные методы управления и финансовый менеджмент учреждения здравоохранения / Накатис Я. А., Кадыров Ф. Н. — М.: ГРАНТЬ, 2012. – 267 с.
5. Гольшев А.Я., Рожков Н.Н. Качество медицинской услуги // Менеджер здравоохранения. 2013. – № 7 – С. 16 – 18.
6. Донабедиан А. Качество медицинской помощи: как оно может быть оценено? // Качество медицинской помощи. — 2012. – №1 – С. 41 – 42.
7. Дуглас Дж. Ланска, Артур Дж. Харц. Оценка качества медицинского обслуживания // Международный медицинский журнал. — 2011. – № 4 – С. 26 – 29.
8. Мохов, А.А. Некачественное медицинское обслуживание как источник повышенной опасности для окружающих // Современное право. — 2014. – № 10. – С. 2 – 6.
9. Смольников, В.П., Стеценко, С.Г. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (X – XVII в.в.) / В.П. Смольников, С.Г. Стеценко // Журнал российского права. — 2012. – № 4. – С. 143-151.
10. Чучалин А.Г. Профилактика пульмонологических заболеваний

в России// Материалы III Международного Форума по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь». 2013. С. 44 – 47.

11. Хабриев Р. У., Серегина И. Ф. Контроль и надзор - неотъемлемые элементы обеспечения доступности и качества медицинской помощи, - Здравоохранение, 2013. – № 1 – С. 23 – 25.

12. Информационно-образовательный портал СПбУУЭ. [Электронный ресурс] — <http://e.spbame.ru/>. (дата обращения 11.10.2016)

13. Электронная библиотека СПбУУЭ. [Электронный ресурс] — <http://library.ime.ru>. (дата обращения 12.10.2016)

14. Справочная правовая система «Консультант Плюс». [Электронный ресурс] — URL: www.consultant.ru. (дата обращения 10.10.2016)

15. <http://journal.vlsu.ru>. [Электронный ресурс] (дата обращения 12.10.2016)