

Комаров Ю.М., д.м.н., проф., засл. деят. науки РФ

- -действительный член Всемирного (ISQua) и Европейского (EQuIP) обществ по обеспечению качества медицинской помощи
- -член Всероссийской организации качества
- -национальный координатор европейских проектов COMAQ по качеству стационарной помощи, 1989-90 гг., и BIOMED (1991-1994)
- -изучение опыта создания аналитических обзоров по клиническим проблемам и применению методов мета-анализа, Оксфорд, 1991 г.
- -член Комитета экспертов ЕРБ ВОЗ и рабочей группы по качеству в здравоохранении (1991-1996)
- -соруководитель проекта по доступности качественной медицинской помощи (Комиссия Гор-Черномырдин)
- -член международной группы экспертов по разработке медицинских стандартов в Украине (2005-2006)
- -участник и докладчик на многих международных и внутренних конференциях по качеству медицинской помощи
- -автор многих статей и книг по качеству медицинской помощи
- -участник циклов обучения руководящих кадров здравоохранения по качеству



Современные представления о стандартах качества медицинской помощи

(международный опыт)

E-mail: drkomarov@mail.ru

site: viperson.ru

tel. 499-153-2759, 8-903-237-0308

**Возможности современной медицины
расширяются**

Это хорошо...

**Значительная часть населения
не удовлетворена качеством
медицинской помощи**

Это плохо...

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

```
graph TD; A[КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ] --- B[Что это такое?]; A --- C[Управление качеством]; A --- D[Обеспечение качества]; A --- E[Выбор и оценка технологий]; A --- F[Оценка качества];
```

Что это такое?

Управление качеством

Обеспечение качества

Выбор и оценка технологий

Оценка качества

Многоаспектная
проблема

Что такое качество медицинской помощи?

Это – совокупность множества характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии

(Глоссарий, Россия-США, 1999)

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

```
graph TD; A[КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ] --- B[Что это такое?]; A --- C[Оценка качества]; A --- D[Выбор и оценка технологий]; A --- E[Обеспечение качества]; A --- F[Управление качеством];
```

Что это такое?

Многоаспектная
проблема

Оценка качества

Выбор и оценка
технологий

Обеспечение качества

Управление качеством

Качество как многоаспектная проблема

- Адекватность (appropriateness)
- Доступность (availability)
- Преемственность и непрерывность (continuity)
- Действенность (efficacy)
- Результативность (effectiveness)
- Безопасность (safety)
- Своевременность (timeliness)
- Удовлетворенность потребности и ожидания (satisfaction)
- Стабильность процесса и результата (stability)
- Постоянное совершенствование и улучшение (improvement)

(Глоссарий, Россия-США, 1999)

Условия: профессиональная компетентность и межличностные взаимоотношения.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

```
graph TD; A[КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ] --- B[Что это такое?]; A --- C[Многоаспектная проблема]; A --- D[Оценка качества]; A --- E[Выбор и оценка технологий]; A --- F[Управление качеством]; A --- G[Обеспечение качества]; style D fill:#90EE90
```

Что это такое?

Многоаспектная
проблема

Оценка качества

Управление качеством

Обеспечение качества

Выбор и оценка
технологий

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА
Quality assessment



Профиль индикаторов качества для оценки доступности медицинской помощи в Великобритании

- Продолжительность ожидания плановой операции
- Соотношение пациентов, ожидающих операцию и госпитализированных
- Ожидание плановой операции свыше 6 и 12 мес.
- Частота отмены операции
- Задержка выписки
- Ожидание приема амбулаторными пациентами
- Ожидание скорой помощи и БИТ
- Ожидание пациентами ИБС коронарографии, реваскуляризации
- Ожидание онкологическими больными начала лечения от момента постановки диагноза

Фрагмент профиля из 26 индикаторов качества ведения амбулаторных пациентов («оплата по выполнению» в США)

ПРОФИЛАКТИКА

1. Скрининг рака молочной железы

- Доля женщин, которым проведена маммография в течение текущего или предшествующего годов

2. Скрининг рака толстой кишки

- Доля взрослых, у которых выполнено по крайней мере 1 или более исследований:
 - Исследование кала на скрытую кровь в течение года
 - Сигмоскопия - в течение года или 4 предшествующих
 - Иригоскопия - в течение года или 4 предшествующих
 - Колоноскопия – в течение года или 5 предшествовавших

3. Скрининг рака шейки матки

- Доля женщин, которым выполнен по крайней мере 1 или более мазков на онкоцитологию в течение года или предшествующих 2 лет

4. Табакокурение

- Доля взрослых, с которыми проведена беседа о курении 1 или 2 раза в течение последних 2 лет

5. Отказ от курения

- Доля пациентов, которые отказались от курения

6. Вакцинация против гриппа

- Доля пациентов в возрасте 50-64 лет. Которые вакцинированы против гриппа

7. Пневмония

- Доля пациентов, которые получили противопневмококковую вакцину

Ишемическая болезнь сердца

8. Назначение гиполипидемических препаратов

- Доля пациентов с ИБС, которым назначена гиполипидемическая терапия на основании клинических рекомендаций АКА

9. Назначение б-блокаторов после ОКС

- Доля пациентов, перенесших ИМ, которым предписаны б-блокаторы в течение 7 дней после выписки

10. Назначение б-блокаторов после ИМ

- Доля пациентов, перенесших ИМ, которые получают постоянную терапию б-блокаторами в течение 6 месяцев после выписки

Термины	Определения	Примеры
Индикатор качества помощи (indicator)	Ретроспективно измеряемый элемент оценки медицинской помощи, относительно которого имеются доказательства или признанное мнение, что его изменение связано с качеством помощи	Доля больных с АД >160/90 mm Hg, которым проведено повторное измерение АД в течение 3 месяцев
Стандарт (standard)	Степень соответствия индикатору или критерию оценки. Имеет очень малую степень свободы	Минимум у 90% больных с АД >160/90 mm Hg должны быть проведены повторные измерения АД в течение 3 месяцев

Мировые тенденции

От оценки качества к его обеспечению и управлению им. Оценить- это не значит улучшить качество. Обеспечить должный уровень качества- более сложная задача, требующая выбора адекватной и безопасной для пациента технологии, создания необходимых по количеству и качеству условий работы и всех видов ресурсов.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

```
graph TD; A[КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ] --- B[Что это такое?]; A --- C[Многоаспектная проблема]; A --- D[Оценка качества]; A --- E[Выбор и оценка технологий]; A --- F[Обеспечение качества]; A --- G[Управление качеством];
```

Что это такое?

Многоаспектная
проблема

Оценка качества

Выбор и оценка
технологий

Управление качеством

Обеспечение качества

ВЫБОР И ОЦЕНКА ТЕХНОЛОГИЙ
Health technology assessment

**Клинические
технологии**

Клинические рекомендации
**Медицинские стандарты на
результаты**
**Локальные клинические
протоколы**

**Доказательная
медицина**

**Организационные
технологии**

ISO - 9000

Клиническое обеспечение качества



Применение адекватных и доказанных клинико-организационных технологий, основанных на принципах Доказательной медицины и международных стандартах ИСО серии 9000

Клиническая эпидемиология – это отрасль медицинской науки, основанная на методах эпидемиологического и статистического анализа в клинической практике.

Клиническая эпидемиология позволила статистически связать (с определенной вероятностью и расчетом статистических погрешностей) результаты клинических вмешательств с самими клиническими вмешательствами. Тем самым она явилась основой для развития Доказательной медицины.

Доказательная медицина – это принципиально новая технология сбора, анализа, синтеза и использования медицинской информации, позволяющая принимать оптимальные клинические решения

Источники и причины появления Доказательной медицины

Бурный рост числа клинических исследований в последние десятилетия

Развитие новых медицинских технологий и систематический рост затрат на медицину (каждая последующая технология всегда дороже предыдущей)

Появление новой фундаментальной дисциплины – клинической эпидемиологии, составившей методическую основу для ДМ

Развитие информационных технологий и новые подходы к решению проблем поиска и распространения информации

Определение

Клинические рекомендации- КР (clinical practice guidelines)- это утверждения, разработанные с помощью определенной методологии и призванные помочь врачу и больному принять решение о рациональной помощи в различных клинических ситуациях.

(Институт медицины США)

Клинические рекомендации- это оптимальное ведение групп пациентов, соответствующее их потребностям

Зачем нужны клинические рекомендации

Клинические рекомендации необходимы для:

- оценки применяемых медицинских технологий
- определения набора бесплатных (дотируемых) медицинских услуг
- разработки медицинских стандартов
- составления локальных клинических протоколов
- составления формуляров, списка жизненно важных лекарственных средств

Доказательная медицина и практика

Не выдерживают никакой критики и не являются доказанными мировой практикой гипербарическая оксигенация, иридодиагностика, применение пищевых добавок и т.д. А разрекламированное ранее применение лидокаина для уменьшения риска фибрилляции желудочков в первые двое суток острого инфаркта миокарда оказалось недоказанным и приводило к росту летальности. В результате в новом издании «Болезни сердца» авторы признали использование лидокаина ошибкой и даже вредным. Аналогичная история недавно произошла с арбидолом, который Минздравсоцразвития РФ продвигал на рынок в качестве противогриппозного средства, а оказалось, что это простой общеукрепляющий препарат, не доказанный ДМ.

Содержание клинических рекомендаций

В международной практике клинические рекомендации - это рекомендательный документ (не стандарт), служащий информационной поддержкой для врача и пациента относительно наилучшей медицинской практики, результативность которой научно доказана.

Они основываются на систематизированных обзорах (рандомизированных) клинических исследований и имеют определенную градацию по силе доказательства. В них представлена «эталонная» медицинская практика по диагностике и лечению конкретных заболеваний. Они являются надежным источником для разработки МС и ЛКП.

Некоторые национальные базы данных клинических практических рекомендаций - 1

Соединенные Штаты Америки

- US National Guideline Clearinghouse™ (NGC)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Health Services Technology Assessment Text (HSTAT) and National Library of Medicine (NLM)
- American Medical Association (AMA)
- AWHONN
- American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)
- Institute for Clinical System Improvement (ICSI)
- U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF)
- American Academy of Pediatrics (AAP) Clinical Practice Guidelines
- American Academy of Family Physicians (AAFP)
- American College of Physicians (ACP) deprinciples.org medline.com
- Medscape Women's Health discovery.health.com freemedicaljournals.com
- Medscape Multispecialty aol.health.aol onhealth.com AMA.com Pubmed.com
- National Institutes of Health ncbi.nlm.nih.gov pubmedcentral.nih.gov
- NLM Health Services / Technology Assessment
- University of California San Francisco
- Dr.Koop com (Dr Everett Koop)

Некоторые национальные базы данных клинических практических рекомендаций - 2

Канада

- Canadian Medical Association (CMA) infobase
- Health Canada – Population and Public Health Branch (PPHB)
- Canada Periodic Task Force on Preventive Health Care
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC)
- Ontario Association of Medical Laboratories (OAML)
- Canadian Pediatric Society (CPS)
- Queen's University (Kingston, Ontario)
- Department of Family Medicine, University of Laval (Quebec)

Великобритания

- National Institute for Clinical Excellence (NICE)
- eGuidelines
- Sheffield Evidence for Effectiveness and Knowledge (SEEK)
- National electronic Library for Health (NeLH)
- PRODIGY Clinical Guidance
- Scottish Intercollegiate Network (SIGN)
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)

Некоторые национальные базы данных клинических практических рекомендаций - 3

- Education and Quality Care (EQUIP)
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST)
- Core Library for Evidence-Based Practice
- Well Close Square
- Royal College of General Practitioners (RCGP)
- Royal College of Physicians (RCP)
- U.K. Medic8.com
- TRIP Database

Германия

- German Guideline Information Service (GERGIS)

Финляндия

- Evidence-Based Medicine Guidelines

Австрия

- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC)
- Monash University Center for Clinical Effectiveness

Россия

- Международное общество специалистов ДМ (ОСДМ) elibrary.ru
- Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ

Дополнительные базы данных

- Cochrane library (Кохрейновская библиотека)
- DynaMed- ebsohost.com (по нозологиям)
- Harrisons online (терапия Харрисона)
- HSTAT- ncbi.nlm.nih.gov(нац.мед.библ.США)
- Journal citation reports (Швеция)
- Medweb (клинические руководства)
- PRQ on CancerNet (руководства по раку)
- Merck manual (учебник по америк. терапии)
- Spriline Project (проекты в здравоохранении)

Стандартизация

Стандарт- нормативный документ, регламентирующий набор правил, норм и требований к объекту стандартизации, утвержденный компетентным органом.

«Стандарт» качества (quality standard of Health care)- реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период времени **уровень** медицинской помощи.

(Глоссарий Россия-США, 1999)

Стандартизация

Медицинский стандарт, как правило, является обязательным для исполнения. Некоторые стандарты должны быть законодательно регламентированными и жестко исполняться (бактерийные и вирусные препараты, вакцины и сыворотки, производство лекарств и изделий медицинской техники и т.д.).

В конечном итоге медицинские стандарты, разрабатываемые на основе клинических рекомендаций, демонстрируют критерии качества, как обязательные, так и желаемые **результаты**, которые необходимо достичь в процессе медицинской деятельности.

Объем и перечень медицинских услуг, а также медицинские технологии не могут быть объектом стандартизации.

Медицинские стандарты не следует путать с экономическими стандартами (во многих странах это DRG)

DRG представляет собой матрицу из заболевания, видов помощи и медицинских услуг (процедур, вмешательств) с базовой стоимостью, определенной в отдельном соглашении, и установлением тарифов. Может включать одно заболевание, несколько сходных по стоимости или по услугам, или только часть заболевания или часть услуг. Базовые значения стоимости рассчитываются по данным за предыдущий год и с учетом предложений научных обществ и профессиональных ассоциаций. Для этого необходимо введение подушевого финансирования и передача соответствующих полномочий саморегулирующимся организациям.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

```
graph TD; A[КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ] --- B[Что это такое?]; A --- C[Многоаспектная проблема]; A --- D[Оценка качества]; A --- E[Выбор и оценка технологий]; A --- F[Обеспечение качества]; A --- G[Управление качеством];
```

Что это такое?

Многоаспектная
проблема

Оценка качества

Управление качеством

Обеспечение качества

Выбор и оценка
технологий

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА Quality assurance

Ресурсы

Общие условия

Аккредитация

Финансовые

Достаточность?

Материально-технические

Табель оснащения

Кадровые

Квалификация

Лицензирование

Медицинская этика и деонтология

Сертификация

Минимизация ошибок

Работа в команде

Мотивация и поощрения

Лидерство

Интеллектуальная собственность

Обучение

Модели обеспечения качества медицинской помощи

1. Профессиональная модель
2. Административная модель
3. Индустриальная модель

Роль лидерства

Вы не задумывались над тем, почему значение профессионального лидера в здравоохранении в целом и в обеспечении качества медицинской помощи, в частности, сейчас особенно важно, как никогда ранее?

Качество и лидерство

Этого можно добиться только путем реализации принципа «работа в команде», но в любой команде, как и в любом деле обязательно проявляются лидеры (формальные или неформальные)

Врачебные ошибки

- * Эта проблема изучается со времен Гиппократа.
- * Ей уделяли большое внимание Пирогов, Боткин, Спасокукоцкий, Вересаев, Давыдовский, Эльштейн и др.
- * Н.И. Пирогов подчеркивал значимость критического отношения врачей к своим ошибкам с тем, чтобы не повторять их, и это он рассматривал в качестве расплаты за высокую цену ошибок.
- * Одним из принципов Л.Дж. Питера является «...чтобы избежать ошибок, нужно набираться опыта, а чтобы набраться опыта, нужно делать ошибки».

Предтеча масштабного исследования в США

Предварительные исследования показали, что различные врачебные ошибки встречались у 3-4% пациентов, а при оказании интенсивной помощи - не менее 2 ошибок в день, 20% которых приводили к тяжелым последствиям и фатальным исходам. Только в больницах предотвратимые ошибки могли бы снизить затраты на 2 млрд. долл. Обследование больниц в штате Нью-Йорк показало, что 30% случаев смерти были обусловлены ошибками в медикаментозных назначениях. Все это и побудило Институт медицины США провести углубленное исследование этой проблемы и оценить ее последствия.

Врачебные ошибки в США

1. Доклад Института медицины США 30.11.99 г о результатах многолетних исследований : В США ежегодно от врачебных ошибок погибает от 44 до 98 тысяч пациентов (8-я причина смерти). От СПИДа погибает в 4,5 раза меньше, от рака груди – в 2,5 раза меньше, в ДТП – в 2 раза меньше. Ежегодные экономические потери составили 38 млрд.долл. (в то время это почти весь наш федеральный бюджет), в т.ч. вследствие предотвратимых врачебных ошибок от 17 до 29 млрд. долл. в год
2. Выступление Президента США в Конгрессе по поводу врачебных ошибок 7.12.99 г. в 11-45. Поручение созданной при Президенте США в 1997 г. Комиссии по качеству медицинской помощи и потреблению.
3. Доклад комиссии Президенту «Что нужно сделать для безопасности пациентов»- 17 февраля 2000 г. Цель: снизить предотвратимые врачебные ошибки на 50% в течение 5 лет. Национальная проблема.
4. Утверждение доклада и плана действий Президентом-19.02.2000 г.
5. Отчет Секретаря департамента здравоохранения Томми Томпсона в Конгрессе 24.05.2001 г. о ходе работ по уменьшению врачебных ошибок. Устранение предотвратимых ошибок в больницах снижает стоимость стационарной помощи на 2 млрд.долл.
6. Отчет «Качество и безопасность в здравоохранении» на основе анализа 50 тыс. жалоб на ВОП показал, что в 23% они обусловлены врачебными ошибками, приведшими в 3% случаев к летальным исходам- апрель 2004 г.
7. По данным National Academy for State Health Policy к концу 2004 г. в 22 штатах были созданы системы слежения за врачебными ошибками с их анализом, во многих штатах созданы центры по безопасности пациентов и намеченная цель снижения в 2 раза частоты предотвратимых врачебных ошибок была достигнута.

Медицинские ошибки в Европе

Комиссар ЕС по вопросам здравоохранения Андрулла Василиу сообщила в 2009 г.:

1. Каждый год в арбитражные суды поступают 10 тыс. жалоб, в которых в 52% случаев определяются врачебные ошибки, на 25% связанные с хирургическими вмешательствами, на 10%- с послеоперационным лечением и диагностикой.
2. Только за год в больницах стран ЕС из-за медицинских ошибок страдают 15 млн. чел.
3. Если в целом по ЕС каждый десятый случай лечения наносит ущерб пациентам, то в Германии доля врачебных ошибок ничтожно мала- всего 0.35% от числа обращений к врачам.

Продолжение

В Канаде из-за врачебных ошибок (2004-06 гг.) и их осложнений дополнительно требуется 1.1 млн. койко-дней, а 24 тыс. пациентов ежегодно погибает из-за неэффективного лечения.

В Британии и Финляндии врачи назначали препараты со множеством противопоказаний.

В Италии ведется следствие против 4 тыс. врачей. Имеются и другие примеры.

Публикация в Daily Mail и Telegraph за
26.02.2010 г.

Только в одной больнице в г. Стаффорд (на родине терьера) за 3 года из-за халатности врачей погибло почти 1200 пациентов. Отношение всего медперсонала к больным было отвратительным. В дело вмешался бывший тогда премьер-министром Г.Браун, обещая наказать виновных. Бывший директор фонда страхования в Стаффорде 51-летний Martin Yeates, финансировавший эту больницу, получил от фонда незаконно 400 000 ф.ст.

Врачебные ошибки в России

1. Масштабных исследований не проводилось, но, судя по публикациям, отдельным исследованиям и судебным искам, их у нас никак не меньше.
2. Исследования в 1970-х годах показало, что участковый терапевт допускает ошибки с каждым вторым пациентом, а объем его знаний тогда был недостаточным.
3. Проведенное с нашим участием исследование работы акушеров-гинекологов показало, что ими допускается немало ошибок диагностического и лечебного характера, они не всегда владеют нужными навыками в работе, а если и владеют, то не всегда их применяют, что приводило к тяжелым последствиям и требовало улучшение качества их подготовки.
4. В.Ф.Чавпецов из Санкт-Петербурга обоснованно классифицирует врачебные ошибки в зависимости от их последствий для здоровья пациентов, что легло в основу разработанной им специальной компьютерной системы, внедренной на Северо-Западе РФ.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

```
graph TD; A[КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ] --- B[Управление качеством]; A --- C[Обеспечение качества]; A --- D[Выбор и оценка технологий]; A --- E[Оценка качества]; A --- F[Многоаспектная проблема]; A --- G[Что это такое?];
```

Управление качеством

Обеспечение качества

Выбор и оценка технологий

Оценка качества

Многоаспектная
проблема

Что это такое?

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

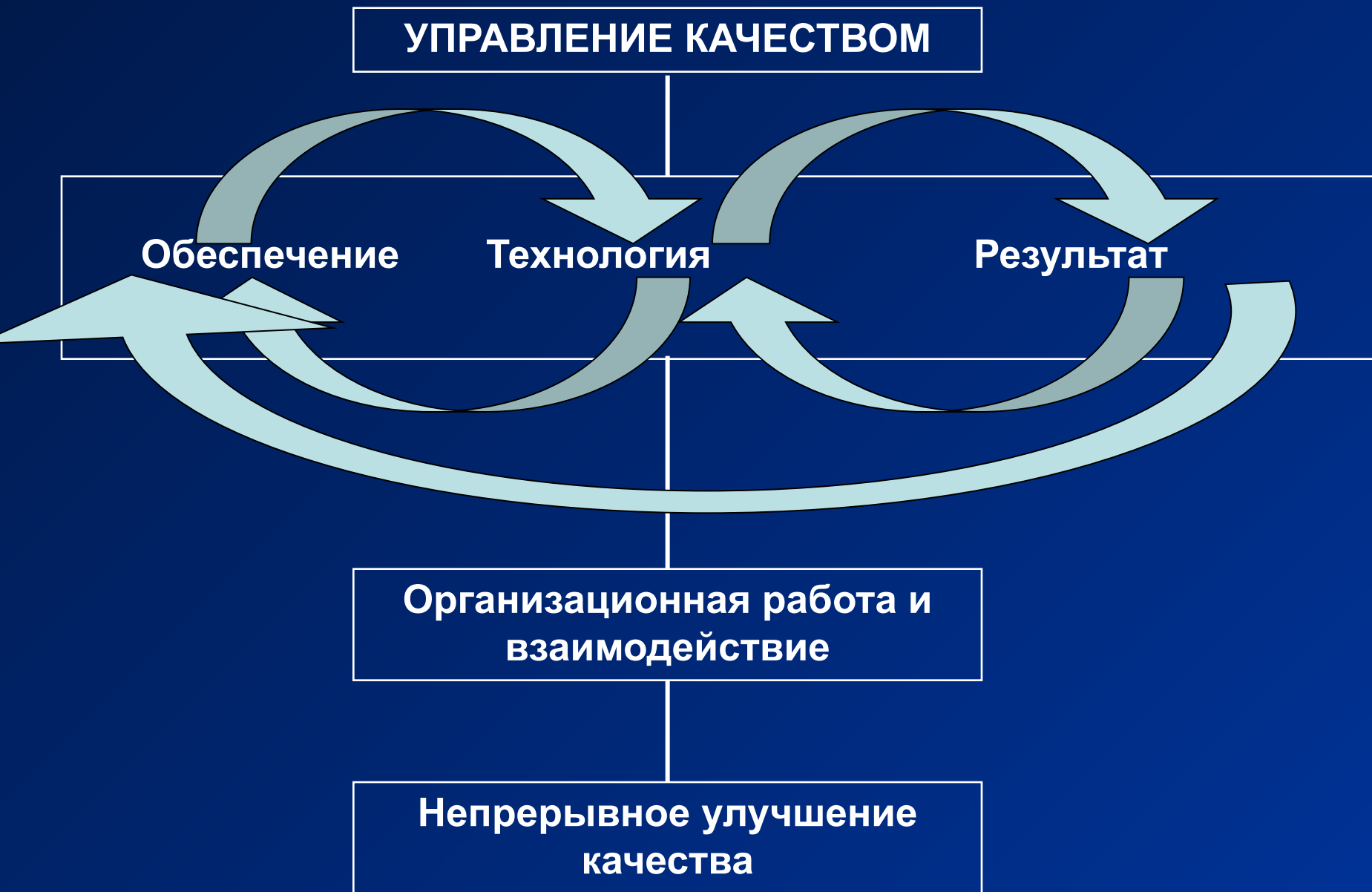
Обеспечение

Технология

Результат

Организационная работа и
взаимодействие

Непрерывное улучшение
качества



Концепция всеобщего менеджмента качества (TQM) в здравоохранении

- ориентация на пациента, соответствие его ожиданиям и современному уровню развития науки и технологии
- лидирующая роль руководства в создании необходимых условий
- вовлеченность всего медперсонала ЛПУ в деятельность по управлению качеством
- процессный подход к ресурсам и деятельности
- системный подход, объединяющий все процессы в ЛПУ и направленный на пациента
- постоянное улучшение и совершенствование процессов, основанных на результатах
- принятие решений, основанных на доказанных фактах и доказанных медицинских технологиях
- организация взаимодействия с другими ЛПУ в интересах пациента.

Организационно-управленческое обеспечение качества

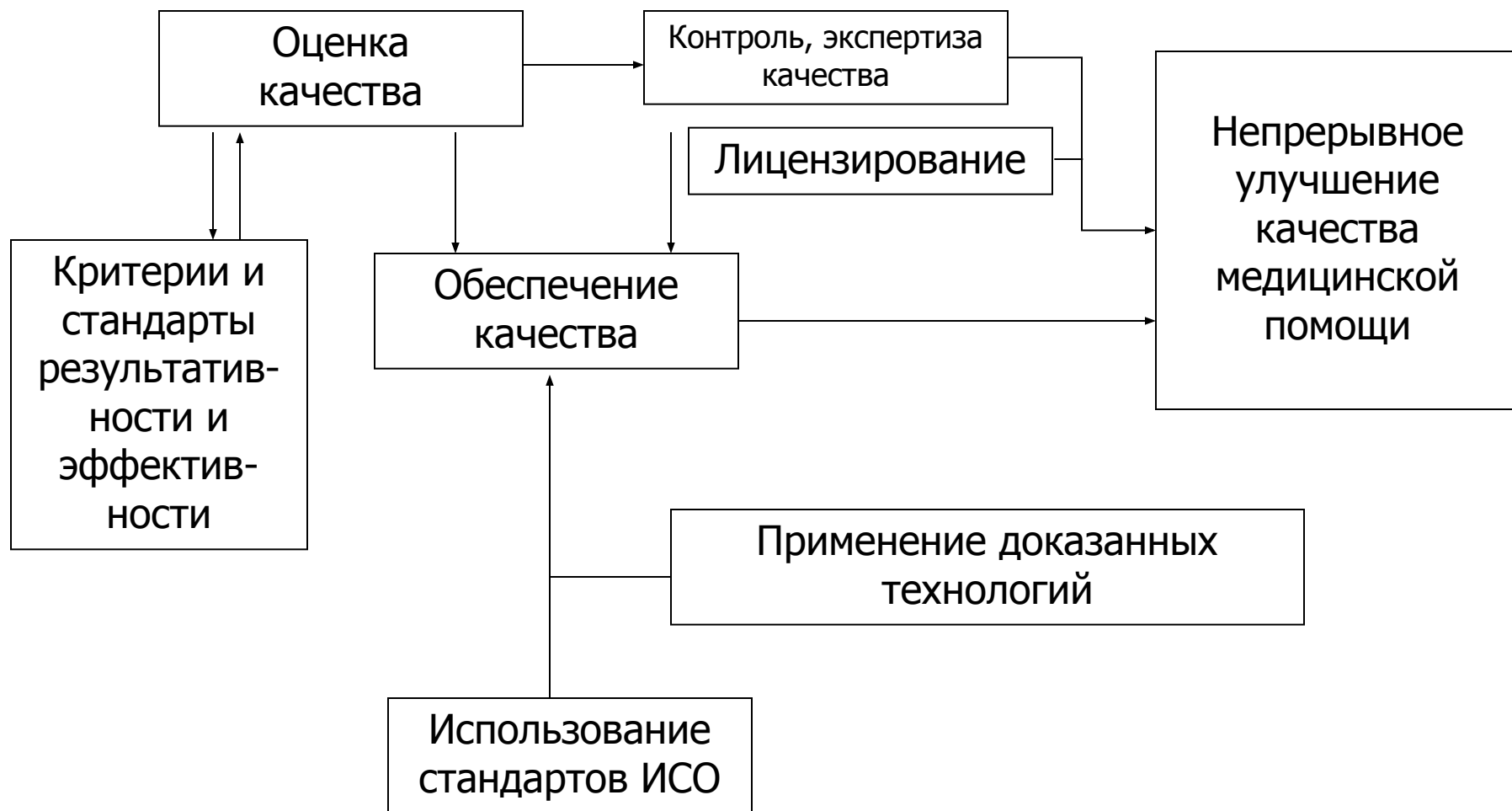
- поддержка медицинских технологий необходимым ресурсным обеспечением (кадровые, материально-технические, информационные ресурсы)
- профилактика и возможно раннее выявление заболеваний
- качественная и своевременная диагностика
- отработка маршрутов движения пациентов
- четкая организация этапности медицинской помощи и взаимодействия между ЛПУ и другими службами
- обучение руководителей и врачей, работа в команде
- аккредитация медицинских учреждений и лицензирование медицинских работников

«Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей пользой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом – это степень достижения вышеупомянутого баланса пользы и риска.»

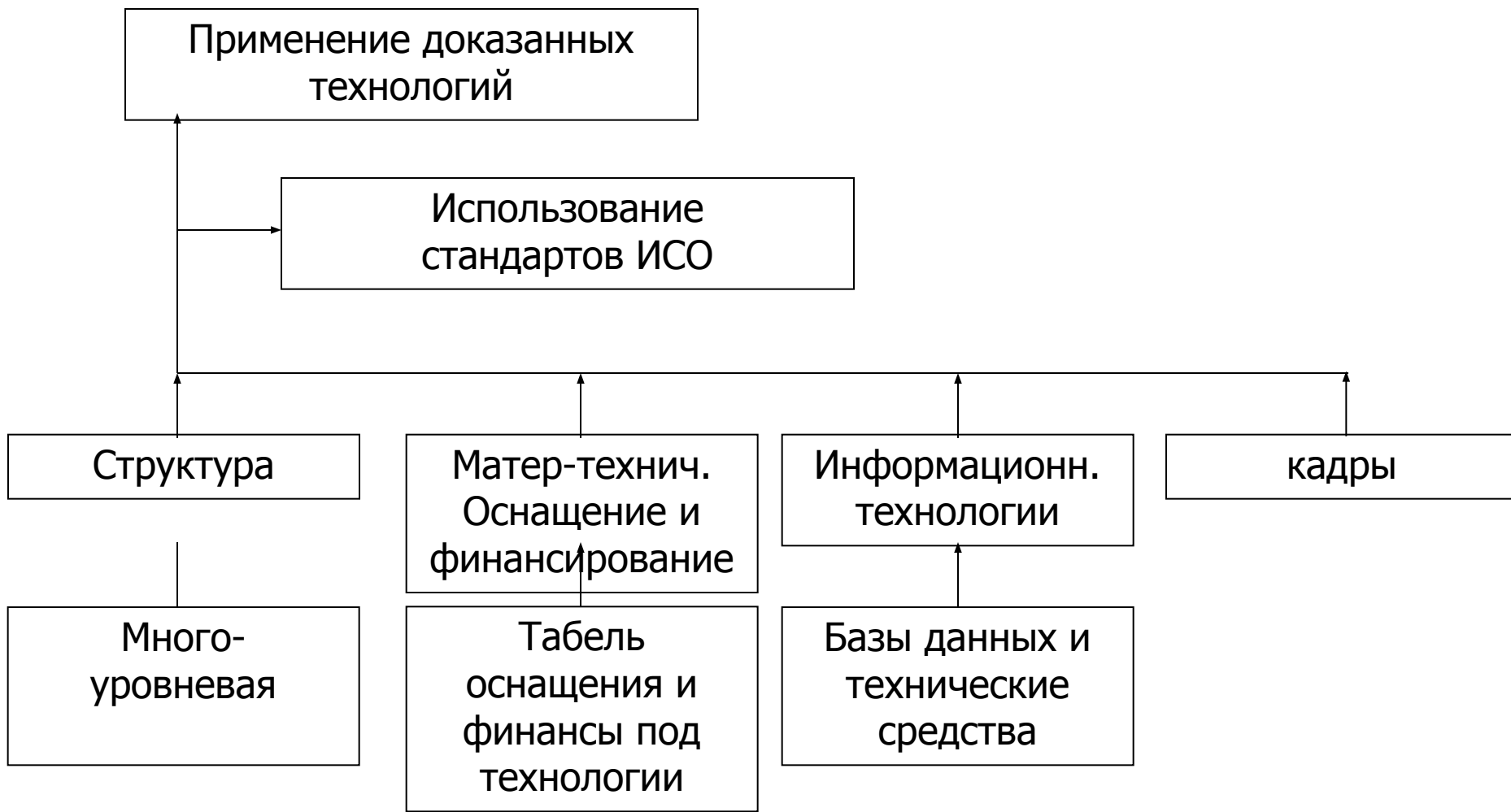
- *Аведис Донабедиан, 1980*
- *Донабедиановские центры обеспечения качества созданы в Париже (Александра Жиро), Барселоне (Роза Суньол) и в других местах.*



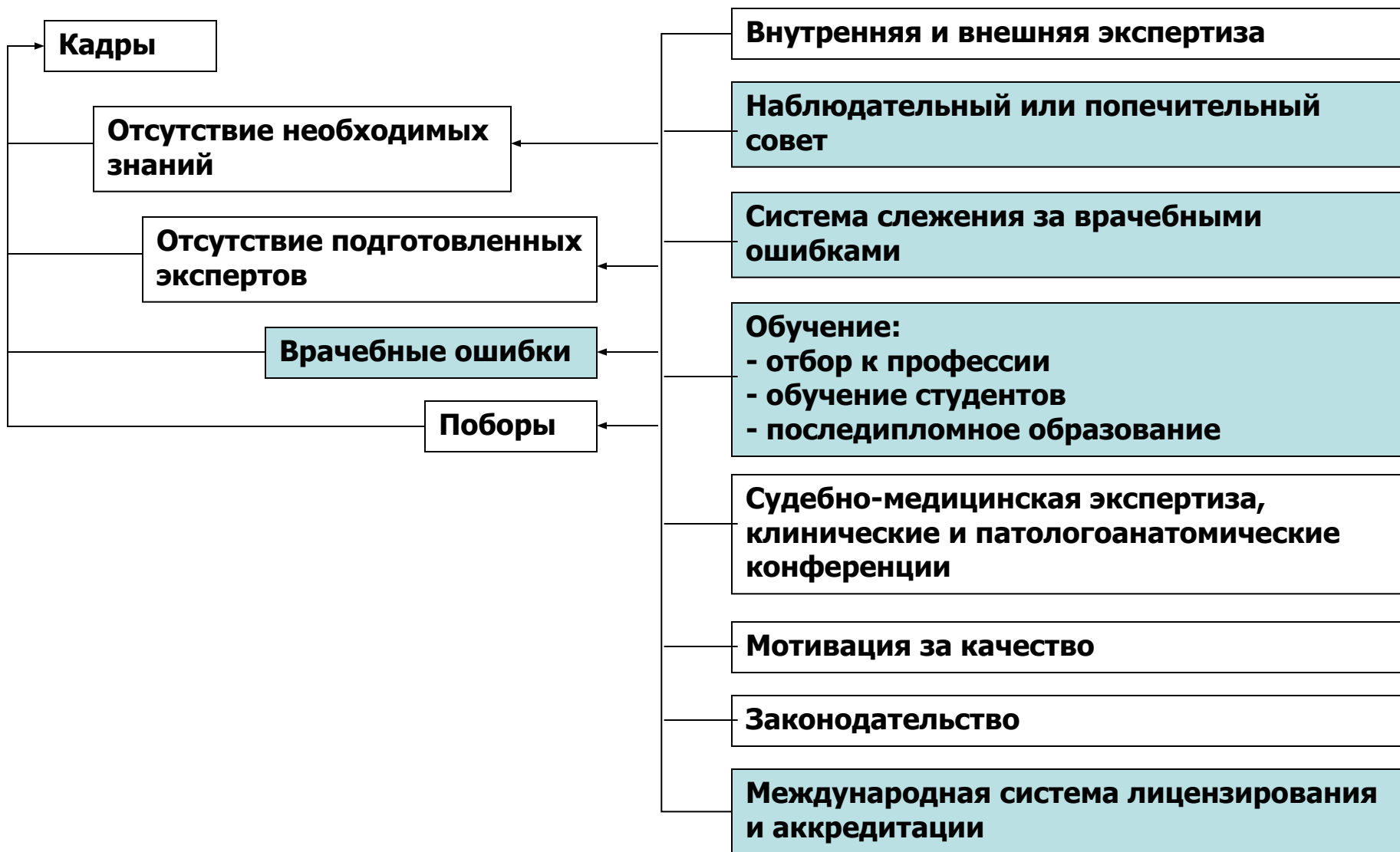
Развитие идей Донабедиана-1



Развитие идей Донабедиана-2



Развитие идей Донабедиана-3



Лицензия-1

Специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности, выданное уполномоченным на то органом. Поскольку деятельность осуществляют не столько учреждения (здания, площади, оснащение и т.д.), сколько люди в них работающие (в нашем случае- врачи), то они, в основном, и должны получать разрешение на деятельность, без привязки к какому-либо конкретному медицинскому учреждению.

Лицензия-2

В России лицензию на деятельность пока получает медицинское учреждение, независимо от форм собственности (ФЗ №1499-1 о медицинском страховании от 28 июня 1991 г.), что противоречит любой логике.

1. Больница имела разрешение на производство аппендэктомии, а врач, ее делавший, уволился. Больных туда продолжают направлять. Кто в ответе?
2. Врача без лицензии защищать трудно, трудно и страховать его профессиональную деятельность.
3. Сейчас врач- объект права, а должен стать субъектом права. Врач без лицензии- пациент без гарантии.
4. Пример с водительскими правами.

Лицензия-3

С 2011 г. лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, производства и технического обслуживания медтехники, а также лицензирование медицинских учреждений в РФ будет отменено. Вместо него вводится уведомительный порядок и упрощенная процедура получения разрешительных документов. Ясно, что от этого могут выиграть ЛПУ, но как это повлияет на качество медицинской помощи и лучше ли от этого будет пациентам?

Лицензия-4

В разных странах лицензию нужно подтверждать в срок от 1 до 5 лет, оптимально- через 3 года, т.к. именно за этот период обновляется медицинская информация. Для подтверждения лицензии врач должен:

- доказать, что он владеет всей информацией по проблеме и знает о новых, доказанных и разрешенных клинических методах, а также применяет их на практике.
- иметь сертификат специалиста, подтверждающий его обучение на курсах усовершенствования
- предоставить документ об образовании и справку о физическом и психическом здоровье.

Диплом- документ, подтверждающий у врача наличие высшего базового образования. Аттестация при этом не нужна. Не может быть врач какой-то категории, он либо имеет лицензию и работает, или ее не имеет.

Таким образом, лицензия выдается на определенный период и может действовать в пределах одной территории (в США – в пределах одного штата)

Лицензия-5

Обзор лицензирования врачей в Европе выполнен под эгидой ВОЗ. В нем по каждой стране представлены законодательная основа лицензирования врачей, критерии, порядок и периодичность лицензирования, необходимое образование, лицензионный орган, требования к врачам, проходящим лицензирование, в т.ч. получивших квалификацию за пределами этой страны.

Если лицензия только для ЛПУ, которое будет страховать свою ответственность

У врачей нет стимулирующих факторов, а нередко и возможностей для систематического пополнения знаний. К этому можно добавить потребительское отношение к врачам в нашем обществе, что обуславливает и престиж профессии и ее оплату. На следующем слайде показан рейтинг специальностей по материалам Фонда общественного мнения и журнала Wall Street.

100-бальная система оценок

профессия	США	Россия
ученые	100	4
врачи	50	10
бизнесмены	30	100
юристы	8	50
банкиры	7	23
Преступные авторитеты	0.05	20
проститутки	0.05	8

Аккредитация-1

Определение соответствия конкретного медицинского учреждения специально установленным стандартам или критериям. Фактически аккредитация- это проверка условий работы в медицинском учреждении на соответствие установленным требованиям с тем, чтобы врач, имеющий лицензию, мог нормально там работать. В разных странах используют неодинаковые критерии, но все они направлены на улучшение условий для обеспечения должного качества медицинской помощи.

Развитие аккредитации в здравоохранении-2

1. В 1910 г. врач Э. Кодман (США) предложил оценить результаты системы больничной стандартизации
2. 1913 г. – основан американский колледж хирургов (АКХ)
3. 1917 г. – АКХ разработал стандарты для больниц
4. 1918 г. – начало проверки больниц по этим стандартам, 13% из них им соответствовали
5. 1926 г. – первое руководство по аккредитации (США)
6. 1951 г. – АМА, КМА, Американская больничная ассоциация создали объединенную комиссию по аккредитации (ОКА)
7. 1953 г. – ОКА представила вариант стандартов для аккредитации больниц
8. 1959 г. – КМА вышла из ОКА и создала собственную аккредитационную организацию
9. Сейчас ОКА – лидирующая в мире организация. Только в США ее оценочными программами охвачены 20.000 медицинских организаций

Аккредитация-3

Наиболее распространенными и признаваемыми в мире являются аккредитационные системы Канады (Канадский совет по аккредитации служб здравоохранения) и США (Объединенная комиссия по международной аккредитации учреждений здравоохранения). Аккредитация является добровольной и осуществляется в 2 этапа: самооценка учреждения и внешняя экспертиза условий работы. При этом, как правило, проводятся специальные социологические исследования, опрашиваются пациенты и медицинские работники

Аккредитация-4

В качестве примера критериев и требований по аккредитации можно представить два документа Объединенной комиссии по аккредитации:

1. Стандарты для аккредитации больниц
2. Всеобъемлющее пособие по аккредитации больниц. Официальное руководство.

От оценки (контроля, экспертизы, надзора) качества к его обеспечению и управлению им.

1. Качество можно и нужно оценивать через стандарты на **результаты** деятельности
2. На структуру и ресурсы можно воздействовать через соблюдение требований для аккредитации.
3. На технологии или процессы можно воздействовать, применяя «золотые правила» клинических рекомендаций, ЕВМ и международные стандарты ISO, а также путем непрерывного обучения медперсонала (в том числе принципам работы в команде) и лицензированием врачей.
4. Все это вместе и составит систему управления качеством медицинской помощи.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

```
graph TD; A[КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ] --- B[Что это такое?]; A --- C[Многоаспектная проблема]; A --- D[Оценка качества]; A --- E[Управление качеством]; A --- F[Обеспечение качества]; A --- G[Выбор и оценка технологий];
```

Что это такое?

Многоаспектная
проблема

Оценка качества

Управление качеством

Обеспечение качества

Выбор и оценка
технологий

Благодарю за
внимание и
понимание!

Экономический анализ

- Результаты-затраты
- 1. Проблемы терминологии
- 2. Оценка результативности
- 3. Анализ затрат (постоянные-переменные, средние- предельные, прямые-косвенные, инкрементные, дополнительные)

