

Модуль 2 «Лечебно-профилактическая работа».

Лекция № 5.

Тема: Организация лечебно-профилактической помощи населению. Поликлиническая и стационарная помощь.

План:

1. Организация лечебно-профилактической помощи населению.
2. Организация и показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений
3. Организация и показатели деятельности стационаров

I Организация лечебно-профилактической помощи населению.

Медицинская помощь – совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах.

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями, а также врачами, занимающимися частной медицинской практикой, в соответствии с:

- порядками оказания медицинской помощи
- стандартами медицинской помощи

Первичная медико-санитарная помощь, приближенная к месту жительства или работы граждан, представляющая собой, как правило, первый уровень контакта граждан с системой здравоохранения и первый этап непрерывного процесса охраны здоровья, является основой системы оказания медицинской помощи и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению и медицинской реабилитации наиболее распространенных, неосложненных заболеваний и состояний, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому образованию населения.

1. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляется по территориально-участковому принципу.

2. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами, другими средними медицинскими работниками.

3. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами).

4. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами разного профиля.

5. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной форме в амбулаторных условиях.

Таким образом, первичная медико-санитарная помощь, включает первичную доврачебную, врачебную и специализированную медико-санитарную помощь

Оказание лечебно-профилактической помощи строится в соответствии с определенными принципами:

1. Доступность и бесплатность гарантированного объема медицинской помощи.
2. Преемственность учреждений здравоохранения.
3. Участковость.
4. Диспансерный метод.
5. Преимущество в оказании МП работающим.
6. Неразрывность лечебного дела и профилактики.

Доступность и бесплатность. Принцип доступности обеспечивается и её бесплатностью в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. В программе определены виды, объемы, порядок и условия оказания бесплатной МП населению. ППГ ежегодно пересматривается.

Доступность медицинской помощи обеспечивается:

- 1) сбалансированностью возможностей государства и медицинских ресурсов страны;
- 2) наличием и уровнем квалификации медицинских кадров;
- 3) достаточностью финансовых ресурсов;
- 4) транспортной доступностью медицинских организаций и медицинских работников;
- 5) возможностью свободного выбора медицинской организации и медработника, имеющих право на осуществление соответствующих видов мед. деятельности,
- 6) стандартизацией медицинской помощи.

Преемственность учреждений. Для организации качественной медицинской помощи осуществляется преемственность между скорой помощью, поликлиникой, стационаром, роддомом, женской консультацией. Преемственность достигается путем обмена информацией между врачами ЛПУ, проведения совместных клинических конференций, консультаций – это позволяет повысить квалификацию медицинского персонала, исключить дублирование диагностических исследований, лечения больного. Преемственность ЛПУ обеспечивает комплексность в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации больных.

Участковый принцип – это прикрепление к участковому врачу определенного контингента населения

Приказ МЗ и СР РФ от 4 августа 2006 г. №584 г. Москва

«О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу»

Участковый принцип является основной формой организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению муниципальных образований.

Медицинское обслуживание населения по участковому принципу осуществляется:

- в городском округе – поликлиникой, в том числе детской, центром (отделением) общей врачебной (семейной) практики; поликлиническим отделением стационарно-поликлинического учреждения;

- в муниципальном районе — поликлиникой, в том числе детской, центром (отделением) общей врачебной (семейной) практики, поликлиническим отделением стационарно-поликлинического учреждения, амбулаторией.

В амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждениях могут быть организованы врачебные участки:

- ▶ - терапевтический;
- ▶ - педиатрический;
- ▶ - врача общей практики;
- ▶ - семейного врача;
- ▶ - комплексный терапевтический участок.

Обслуживание населения на врачебных участках осуществляется:

▶ - врачом-терапевтом участковым, медицинской сестрой участковой на терапевтическом участке;

▶ - врачом педиатром-участковым, медицинской сестрой участковой на педиатрическом участке;

▶ - врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача);

▶ - врачом-терапевтом участковым, фельдшером (акушеркой), медицинской сестрой участковой на комплексном терапевтическом участке.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках, в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет;

Ø на терапевтическом участке – 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

Ø на педиатрическом участке — 800 детей в возрасте 0-17 лет включительно;

Ø на участке врача общей практики - 1500 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

Ø на участке семейного врача - 1200 человек взрослого и детского населения;

Ø на комплексном терапевтическом участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения.

Комплексный терапевтический участок формируется из населения врачебного участка амбулаторно-поликлинического или стационарно-поликлинического учреждения с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом амбулатории и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими пунктами).

ПРИКАЗ Минздравсоцразвития России от 07.12.05 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового». Врач-терапевт участковый осуществляет свою деятельность по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях преимущественно

муниципальной системы здравоохранения

- ▶ - поликлиниках;
- ▶ - амбулаториях;
- ▶ - стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения;
- ▶ - других лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

II Организация и показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений

АПУ являются теми учреждениями, которые будут преимущественно развиваться, они являются основным звеном профилактики. Одним из достоинств АПУ является приближенность специализированной медицинской помощи к населению.

Мощность учреждения определяется количеством посещений в смену

1. Амбулатория отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом деятельности. В амбулатории прием ведется по небольшому числу основных специальностей: терапии, хирургия, акушерству и гинекологии, педиатрии.

2. Поликлиника – это специализированное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь на приеме и на дому.

Структура поликлиники

Состав руководства (если объединенная больница, то зам. главного врача по поликлинике)

- главный врач
- и его заместители - по медицинской части
- по экспертизе клиничко-экспертной работе
- по АХЧ
- по экономике
- главная медсестра – управление сестринской

деятельностью Примерная структура поликлиники для взрослых

1. Регистратура (может быть выделен кабинет для регистрации справок, ЛН; справочно-регистратурная служба, кабинет или стол приема вызова на дом, электронная регистратура, единый Call-центр)

2. Отделение профилактики:

- кабинет доврачебного приема
- смотровой кабинет
- кабинет диспансеризации и контроля за декретированным населением
- кабинет мед. профилактики (в дет. пол. кабинет здорового ребенка)

3. Лечебно-профилактическое отделение (кабинеты врачей-специалистов)

4. Вспомогательно-диагностическое отделение

- рентген
- лаборатория
- эндоскопия
- функциональная диагностика

5. Кабинет мед. статистики. Орг.метод. кабинет

6. Отдел восстановительного лечения: (физиотерапевтические кабинеты, кабинеты ЛФК, массажа, механотерапии, водолечения, иглорефлексотерапия, соляные шахты и пр.).
7. Могут быть: хозрасчетное отделение, отделение медико-социальной реабилитации, дневной стационар, центры амбулаторной хирургии
8. Пункт неотложной помощи
9. Аптечный пункт

Функции поликлиники

1. оказание квалифицированной, специализированной МП.
2. оказание врачебной мед. помощи на дому
3. диспансеризация населения
4. реабилитация больных
5. экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности
6. санитарно - просветительная работа
7. противоэпидемическая работа
8. ведение учетной и отчетной документации
9. повышение квалификации врачей и среднего мед. персонала

Показатели поликлиники

Число врачебных учреждений, оказывающих АПП в РБ

Количественные:

- число посещений на 1 жителя в год

На каждое посещение заполняется «талон амбулаторного пациента».

- нагрузка на врачебную должность (число посещений) за год, месяц, 1 час.

- показатели укомплектованности кадрами.

- уровень квалификации врачей.

- финансовые

Качественные показатели:

качество диагностики (% расхождения диагноза поликлиники с клиническим диагнозом стационара. Экспертная оценка проводится специалистами ФОМС, врачебных ассоциаций, органов лицензирования и аккредитации)

качество диспансеризации населения

летальность

показатели здоровья населения

показатели заболеваемости (структура, уровень).

демографические показатели.

Диспансерный метод.

Диспансеризация – это активное наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению их условий труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

В организационном процессе диспансеризации выделяются следующие этапы:

1. отбор контингентов путем активного выявления, их регистрации.
2. проведение комплекса лечебных и социально-профилактических мероприятий, т.е. осуществление собственно диспансерного наблюдения, оценка результатов эффективности диспансеризации.

Выявление лиц, подлежащих диспансеризации, производится, как правило, при приеме пациентов врачом в поликлинике или их на дому и в результате различных профилактических осмотров, где выявляются наиболее ранние стадии заболеваний.

В настоящее время метод применяется в работе с определенным контингентом населения:

- Дети до 18 лет,
- Беременные женщины.
- Учащиеся и студенты очного отделения,
- Инвалиды Войн,
- Спортсмены,
- Отдельные группы населения в соответствии с базовой ППГ
- больные, подлежащие Д наблюдению.

В поликлинике выделяются диспансерные дни для работы с диспансерными больными.

Диспансеризация проводится в 2 этапа.

Показатели 1 этапа:

1. Полнота охвата мед. осмотрами (д.б. 100%), (контингент, подвергаемый обязательному медицинскому осмотру) примерно 80% населения охвачено диспансерным наблюдением
2. Распределение по группам здоровья.

Динамическое наблюдение I группы (здоровые) осуществляется путем ежегодных профилактических медицинских осмотров. Для этой группы диспансерного наблюдения составляется общий план лечебно-оздоровительных профилактических и социальных мероприятий, который включает мероприятия по улучшению условий труда и быта, по санитарно-гигиеническому образованию и пропаганде здорового образа жизни.

Динамическое наблюдение II группы имеет своей целью устранение или уменьшение влияния факторов риска, повышение резистентности и компенсаторных возможностей организма.

Показатели II этапа

Показатели эффективности

1. Полнота охвата диспансерным наблюдением (в поликлиниках примерно 60%).
2. Полнота охвата диспансеризацией по отдельным нозологическим формам:
3. Своевременность взятия больных на диспансерный учет
4. Процент больных, переведенных на инвалидность
5. Переводы из одной группы диспансерного наблюдения в другую:
6. Снятие с учета
7. Снижение ВУТ
8. Удлинение ремиссии

9. Снижение частоты обострения

10. Снижение инвалидности

11. Снижение летальности

О качестве проведения диспансеризации мы судим по показателям здоровья населения.

Дополнительная диспансеризация в рамках национального проекта «здоровье» работающего контингента.

По итогам диспансеризации врач-терапевт участковый, ВОП распределяет граждан, прошедших диспансеризацию, по 5 группам состояния здоровья:

I – «практически здоров», граждане не нуждаются в диспансерном наблюдении, с ними проводится профилактическая беседа по здоровому образу жизни (23,5% РБ 2009г.)

II – «с высоким риском развития заболевания, нуждающиеся в профилактических мероприятиях», составляется программа профилактических мероприятий, осуществляемых в данном АПУ (21,0% РБ 2009г.)

III – «нуждающиеся в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях», назначаются дополнительные обследования и при необходимости – лечение в амбулаторных условиях (54,2% РБ 2009г.)

IV – «нуждающиеся в дообследовании и лечении в стационарных условиях», назначаются дополнительные обследования и при необходимости – лечение в стационарных условиях (1,3% РБ 2009г.)

V – «нуждающиеся в высокотехнологичных видах медицинской помощи» направляются в Комиссию органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации по отбору нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи (0,03% РБ 2009г. – 16 пациентов).

В 2009г. выявлено 328 случаев социально-значимых заболеваний

III Организация и показатели деятельности стационаров

Классификация больничных учреждений

Категории стационара по мощности (коечному фонду)

I 1210 и более

II от 810 до 1200 ГКБ № 21 (984) БСМП (800)

III от 510 до 800 ГКБ № 13 (580)

IV от 260 до 500 ГКБ № 8 (500)

V свыше 50 до 250

По административно-территориальному принципу: областные, краевые, республиканские, муниципальные

Ведомств. принадлежность: (МЗ, ОАО РЖД, Министерство обороны, МВД) По профилю:

1. общего профиля (мощностью 400-500 коек с 6-8 специализированных отделениями)

2. межрайонные и муниципальные многопрофильные 8-10 специализ. отделений. Мощностью 500-600 коек оказывают узкоспец. мед. помощь населению города, крупного сельского района или нескольким сельским районам

3. многопрофильные клинические больницы 800-1000 коек, 10-14

отделениями, оказывают узкоспец. помощь населению области, края, республики.

4. специализированные больницы и диспансеры с мощностью более 400 коек

5. Сверхмощные больницы на 1200 коек и более

Структура стационара:

Администрация:

главный врач,

- заместитель главного врача по медицинской части (начмед),
- заместитель главного врача по поликлинике,
- заместитель главного врача по клинико-экспертной работе,
- заместитель главного врача по хирургии (не менее 300 хирургических коек),
- главная медицинская сестра,
- заместитель главного врача по административно-хозяйственной части.

Стационар – приемное отделение, профильные отделения, операционный блок.

Лечебно-диагностические подразделения – лаборатория, отделение эндоскопической диагностики, отделение ультразвуковой диагностики, отделение функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделение, патологоанатомическое отделение.

Административно-хозяйственная часть – бухгалтерия, пищеблок, прачечная, аптека, центральное стерилизационное отделение, гараж, архив.

Показатели деятельности стационара

1. Показатели использования коечного фонда – СГЗК

СДПБ = К/д : Б

Оборот койки = СГЗК : СДПБ = Б: К.

Время простоя коек

Показатели обеспеченности стационарной помощью:

Уровень госпитализации населения на круглосуточной койке

– число госпитализируемых больных в течение года в расчете на 100 населения.

Показатели характеризующие нагрузку медперсонала

Укомплектованность СМП в %.

Число коек на 1 врача

Показатели качества и эффективности стационарной помощи

- Летальность
- Послеоперационные осложнения (в %)
- Качество диагностики
- Распределение выписанных больных по исходам заболевания (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, летальный исход)
- Повторность госпитализации
- Частота ВБИ.
- Стационарзамещающие технологии

Дневные стационары

ДС является структурным подразделением ЛПУ, предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного

медицинского наблюдения.

Скорая медицинская помощь (СМП)

СМП – это самый массовый вид медицинской помощи. Организация работы службы СМП осуществляется на основании следующих нормативных документов:

«Кодекса РБ об охране здоровья граждан»

Приказа № 100 МЗ РФ (от 1999г.) «О совершенствовании организации СМП населению РФ» и др.

Приказа № 179 от 23.11 2004 г. «Об утверждении порядка оказания СМП» (с 1.01.2005г.).

Приказ № 942 от 2.12.2009г. новые учетно-отчетные формы

Контрольные вопросы:

1. Медицинская помощь – определение.
2. Первичная медико-санитарная помощь – определение.
3. Принципы оказания лечебно-профилактической помощи.
4. Амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения.
5. Структура поликлиники.
6. Функции поликлиники.
7. Основные показатели деятельности поликлиники.
8. Диспансеризация – как один из показателей деятельности поликлиники.
9. Классификация больничных учреждений.
10. Структура стационара.
11. Основные показатели деятельности стационара.

Литература:

Основная:

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]:учебник/Медик В.А., Юрьев В.К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 420 с.
2. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство [Электронный ресурс]. - 2014. – 624.

Дополнительная:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: практикум [Электронный ресурс]:учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицин, А. В. Прохорова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428696.html>
2. Двойников С.И. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс]: учеб. пособие/С.И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

Лекция № 6.

Тема: Первичная медицинская документация лечебно-профилактических учреждений.

План:

1. Первичные учетные и статистические документы, правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения.
2. Нормативные документы в деятельности медработника, должностные инструкции медицинских работников;
3. Первичная медицинская документация стационаров.
4. Первичная медицинская документация амбулаторно-поликлинических учреждений.

I Первичные учетные и статистические документы, правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения

Для всех органов и учреждений здравоохранения существуют единые формы статистической отчетности, утверждаемые Федеральной службой государственной статистики (Росстат), а также единые формы учета и инструкции по их заполнению. Это позволяет выполнять одно из важнейших требований к медицинской статистике — обобщать в государственном масштабе статистический материал по здравоохранению и сравнивать результаты по субъектам федерации, городам и районам.

Важными принципиальными особенностями медицинской статистики являются:

во-первых, ее связь с процессом управления, использование статистических данных для планирования мероприятий в области здравоохранения и для оценки их реализации, иллюстрацией чему служат ежемесячные, ежеквартальные и годовые сообщения Росстата в частности, в области охраны здоровья населения;

во-вторых, тесная взаимосвязь с практическими задачами организации здравоохранения: статистические данные ориентируют руководителей органов и учреждений здравоохранения в отношении состояния сети, кадров и лечебно-профилактической деятельности учреждений, указывают на имеющиеся достижения, вскрывают недостатки и тем самым содействуют определению путей дальнейшего развития здравоохранения в стране.

Статистические данные о сети, кадрах и деятельности органов и учреждений здравоохранения по району, городу, области, республике и по России в целом формируются на основании сводки материалов статистической отчетности отдельных учреждений здравоохранения. В силу этого обеспечение полноты и достоверности статистической отчетности любого лечебно-профилактического учреждения и органов управления здравоохранением является важной государственной обязанностью каждого организатора здравоохранения.

Статистический учет и отчетность в значительной степени необходимы для работников медицинского учреждения и его руководителя в первую очередь. Годовой медицинский статистический отчет представляет сводку данных об объемах и характере работы учреждения, условиях, в которых протекала за

отчетный период деятельности учреждения.

Анализ этих данных помогает вскрывать причины отрицательных показателей работы учреждения в целом или его отдельных структурных подразделений. В то же время, являясь как бы летописью учреждения, последовательно из года в год составляемый годовой отчет содержит сведения, необходимые для всякого рода справок, докладов и т. д.

Если годовые отчетные данные освещают существующее положение дела текущего времени, то анализ материалов за более длительный период позволяет определить динамику отраженных в отчете явлений, указывает направление, в котором развивается та или иная сторона деятельности лечебно-профилактического учреждения.

Фундаментом, который кладется в основу государственной отчетности и обеспечивает ее достоверность, является учет, проводимый по единым формам и правилам. При правильном ведении учета составление государственного отчета не представляет трудностей.

Учет деятельности ЛПУ осуществляется на основе медицинской документации, содержащей большое количество характеристик. Медицинская документация представляет собой набор документов, предназначенных для записи данных о состоянии здоровья населения и отдельных лиц, отражающих характер, объем и качество оказываемой медицинской помощи, для ее организации и управления службами здравоохранения.

Существуют 13 групп медицинской документации:

- Медицинская учетная документация, используемая в стационарах.
- Медицинская учетная документация, используемая в поликлиниках (амбулаториях).
- Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках (амбулаториях).
- Медицинская учетная документация для других типов лечебно-профилактических учреждений.
- Медицинская учетная документация для учреждений судебно-медицинской экспертизы.
- Медицинская учетная документация для лаборатории в составе лечебно-профилактических учреждений.
- Медицинская документация, используемая при комплектовании и медицинском освидетельствовании доноров.
- Медицинская документация, используемая при заготовке крови и ее компонентов.
- Медицинская документация, используемая в экспедиции.
- Медицинская документация, используемая в резус-лаборатории (клинической лаборатории).
- Медицинская документация, используемая в лаборатории стандартных сывороток.
- Документация, используемая в отделении по изготовлению сухой плазмы и высушиванию препаратов крови лиофильным методом.
- Документация, используемая в отделе технического контроля

Правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения.

Медицинские документы являются важнейшей составляющей лечебно-

диагностического процесса, обеспечивая взаимодействие медицинских работников. Увеличение количества досудебных и судебных разбирательств, развитие системы вневедомственного и ведомственного контроля объемов и качества медицинской помощи значительно повышают требования к ведению медицинской документации.

Медицинские документы должны:

1. заполняться своевременно и отражать сведения о состоянии пациента и результатах получаемого лечения;
2. выявлять факторы, приведшие к нарушению принятого стандарта или возникновению риска для больного;
3. содержать терминологию, понятную для пациента в случаях, когда это возможно;
4. обеспечивать "защиту" медицинского персонала от необоснованных жалоб или судебных исков;
5. обеспечивать наличие даты и подписи под записями, сделанными дополнительно;
6. обеспечивать датирование всех изменений, исправлений и зачеркиваний;
7. не допускать сокращений;
8. уделять особое внимание записям экстренных больных и больным со сложными диагностическими случаями.

В соответствии со статьей 22 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Также пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

II Нормативные документы в деятельности медработника, должностные инструкции медицинских работников

Приказы, регламентирующие работу медсестры, позволяют ей качественно выполнять свои обязанности, а также эффективно решать различные юридические проблемы в своей деятельности. Ситуация осложняется тем, что единый медицинский правовой кодекс отсутствует, и специалистам тяжело ориентироваться в многообразии нормативно-правовых актов.

Медицинская сестра является квалифицированным медработником, который на высоком профессиональном уровне выполняет определенный круг профессиональных обязанностей. В своей деятельности она соблюдает действующие приказы МЗ РФ для медучреждения, а также федеральные законы и инструкции. В связи с этим, к специалисту предъявляются высокие требования, с учетом которых происходит постоянная оптимизация труда медсестер для повышения качества их работы.

Перечень основных нормативных документов

документов, регламентирующие работу медсестры:

1. Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. СанПиН 2.1.3.2630-10 от 17.09.2010 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
3. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
4. ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения».
5. Методические указания МУ-287-113 по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения (утв. департаментом Госсанэпиднадзора Минздрава 30.12.1998).
6. Методические указания МУ 11-16/03-06 от 28.02.1995 по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях.
7. СП 3.1.2663-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах».
8. СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции». Санитарно-эпидемиологические правила
9. СП 3.1.1.2341-08 от 28.02.2008 «Профилактика вирусного гепатита В».
10. Приказ Минздрава от 13.08.2003 № 410 «Об утверждении учетной формы № 089/У-ТУБ "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза"».
11. Приказ Минздрава от 26.11.1998 № 342 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом».
12. Методические указания МУ 3.5.736-99 от 16.03.1999 «Технология обработки белья в медицинских учреждениях».
13. Приказ Минздрава СССР от 30.08.1991 № 245 «О нормативах потребления этилового спирта для учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения».
14. Приказ Минздрава от 12.11.1997 № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств».
15. Постановление Правительства от 31.12.2009 № 1148 «О порядке хранения наркотических средств и психотропных веществ»
16. Приказ Минздравсоцразвития от 23.08.2010 № 706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств» (в ред. приказа Минздравсоцразвития от 28.12.2010 № 1221н).
17. Приказ Минздрава от 17.06.2013 № 378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету».

Приказы для медицинских сестер не обязательно непосредственно связаны с ее основной деятельностью. Вопрос контроля качества медпомощи также касается и работы среднего медперсонала, поскольку он непосредственно принимает участие в оказании медпомощи пациентам. Контроль в

здравоохранении можно разделить на два блока – внешний (ведомственный) и внутренний. В организации внешнего контроля участвуют различные надзорные органы и органы управления здравоохранением, за организацию внутреннего контроля отвечает само медучреждение. Также приказы, приказы регламентирующие работу ЛПУ позволяют выделить третье направление контроля – вневедомственный контроль. В его проведении участвуют как получатели медуслуг – пациенты, так и организации, оплачивающие медпомощь. К последним относятся страховые медицинские организации, которые осуществляют контроль, опираясь на положения приказа ФФОМС № 230 от 01.12.2010 года.

Проверка учреждений здравоохранения основывается на медицинских стандартах и порядках. В частности, оценивается выбор того или иного способа лечения заболевания, а также те результаты, которые были достигнуты с учетом предполагаемых результатов.

Приказы регламентирующие работу медсестры позволяют сделать вывод о том, что в большинстве случаев средний медперсонал оказывает пациентам простые медицинские услуги.

III Первичная медицинская документация стационаров

№ формы	Наименование	№ приказа, утвердившего данную учетную форму	Срок хранения
001/у	Журнал учета приема больных и отказа в госпитализации	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
001-1/у	Журнал учета больных, которым предоставлен лечебный отпуск	МЗ СССР от 02.02.1984 №125	1 год
002/у	Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	50 лет
003/у	Медицинская карта стационарного больного	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
003-1/у	Медицинская карта прерывания беременности	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	5 лет
004/у	Температурный лист	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
005/у	Лист регистрации переливания трансфузионных сред	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
006/у	Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	5 лет
007/у-02	Листок ежедневного учета больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении	МЗ РФ от 30.12.2002г. №413	1 год

№ формы	Наименование	№ приказа, утвердившего данную учетную форму	Срок хранения
008/y	Журнал записи оперативных вмешательств	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	Постоянно
009/y	Журнал регистрации переливания трансфузионных сред	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	5 лет
010/y	Журнал записи родов в стационаре	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
011/y	Лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии с диагнозом _____	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
012/y	Лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии кардиологического отделения с диагнозом _____	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
013/y	Протокол (карта) патологоанатомического исследования	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	10 лет
014/y	Направление на патологогистологическое исследование	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	1 год
015/y	Журнал регистрации поступления и выдачи трупов	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	5 лет
016/y-02	Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного пребывания при больничном учреждении	МЗ РФ от 30.12.2002г. №413	1 год
018/y	Карта учета изъятия тканей	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	5 лет
020/y	Паспорт на гомотрансплант	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	1 год
021/y	Карта донора (трупа)	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	5 лет
022/y	Журнал учета замороженного костного мозга, находящегося на хранении	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	3 года
023/y	Журнал учета костного мозга, заготовленного для консервации	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	3 года
024/y	Журнал учета консервированного костного мозга	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	3 года
027-1/y	Выписка из медицинской карты	МЗ РФ от 19.04.1999г.	10 лет

№ формы	Наименование	№ приказа, утвердившего данную учетную форму	Срок хранения
	стационарного больного злокачественными новообразованиями	№135	
027-2/у	Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа IV)	МЗ РФ от 19.04.1999г. №135	5 лет
034/у	Этикетка на флакон с костным мозгом, заготовленным для замораживания	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
041/у	Этикетка на флакон с костным мозгом, размороженным для трансплантации	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
042/у	Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	1 год
58-ДТП-1/у	Извещение о раненом, скончавшемся от последствий дорожно-транспортного происшествия	МЗиСР РФ от 26.01.2009 №18	
58-ДТП-2/у	Извещение о раненом в дорожно-транспортном происшествии	МЗиСР РФ от 26.01.2009 №18	
066/у-02	Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому	МЗ РФ от 30.12.2002г. №413	10 лет
066-1/у-02	Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара	МЗ РФ от 31.12.2002г. №420	50 лет
096/у	История родов	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
097/у	История развития новорожденного	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	25 лет
097-1/у-95	Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале	МЗ РФ от 28.12.1995г. №372	25 лет
102/у	Журнал отделения (палаты) для новорожденных	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	5 лет
104/у	Акт психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	МЗ РФ от 04.10.1980г. №1030	Постоянно
103/у	Медицинское свидетельство о рождении	МЗиСР РФ от	1 год

№ формы	Наименование	№ приказа, утвердившего данную учетную форму	Срок хранения
		27.12.2011г. №1687н	
312/у	Стат. карта беспризорного и безнадзорного несовершеннолетнего, доставленного в ЛПУ, имеющее стационар	МЗ РФ от 16.09.2003г. №441	1 год

IV Первичная медицинская документация амбулаторно-поликлинических учреждений.

№	Документ	Учетная форма	Вид документации	Срок хранения
1.	Медицинская карта ребенка	026/у-2000	Тетрадь 11с.	10 лет
2.	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у	Тетрадь 24 с.	25 лет
3.	История развития ребенка	112/у	Тетрадь 8 с.	25 лет
4.	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у	Бланк	5 лет
5.	Карта профилактических прививок	063/у	Бланк	5 лет
6.	Журнал учета профилактических прививок	064/у	Журнал в обложке 48с.	3 года
7.	Талон на прием к врачу	025-4/у	Бланк	до конца года
8.	Карточка предварительной записи на прием к врачу	040/у	Бланк	1 год
9.	Книга записи вызовов врача на дом	031/у	Книга в обложке 96 с	3 года
10.	Журнал записей амбулаторных операций	069/у	Журнал в обложке 48с.	5 лет
11.	Журнал регистрации посещения изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники	059/у	Журнал в обложке 48с.	3 года
12.	Справка для получения путевки	070/у	Бланк	3 года
13.	Санаторно-курортная карта	072/у	Бланк	3 года
14.	Санаторно-курортная карта для детей и подростков	076/у	Бланк	3 года

15.	Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь	079/у	Бланк	3 года
16.	Медицинское заключение на ребенка (подростка) инвалида с детства в возрасте до 16 лет	080/у	Бланк	3 года
17.	Медицинская справка (для выезжающего за границу)	082/у	Бланк	3 года
18.	Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/у	Тетрадь в обложке 24 с.	5 лет
19.	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2/у	Бланк	до конца года
20.	Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении	071/у	Бланк	1 год
21.	Сводная ведомость учета впервые выявленных несчастных случаев, отравлений, травм	071-1/у	Бланк	1 год
22.	Дневник работы врача поликлиники (амбулатории, диспансера, консультации)	039/у	Бланк	1 год
23.	Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории, диспансера, консультации, здравпункта, ФАП)	039-1/у	Бланк	1 год
24.	Талон направления на консультацию, госпитализацию и во вспомогательные кабинеты	028/у	Бланк	1 год
25.	Обменная карта роддома или родильного отделения больницы	113/у	Бланк	1 год
26.	Журнал учета инфекционных заболеваний	060/у	Журнал в обложке 96 с.	3 года
27.	Журнал учета сан.просветительной работы	038-0/у	Журнал в обложке 48 с	1 год
28.	Путевка в детский санаторий	077/у	—	—
29.	Рецептурный бланк	107/у	—	—
30.	Экстренное извещение об инфекционном больном	058/у	Бланк	1 год
31.	Карта записей амбулаторных больных	074/у	Бланк	3 года

32.	Книга санитарного состояния учреждения	153/у	Бланк	—
33.	Медицинская справка для поступающих в высшее учебное заведение или техникум	286/у	Бланк	1 месяц
34.	Вкладной лист на подростка к медицинской карте	25-Ю	Бланк	1 год
35.	Результаты осмотра по классам	278	—	1 год
36.	Профильный журнал (паспорт участка)	75-а	—	1 год
37.	Журнал учета осмотра на педикулез и чесотку		Тетрадь	1 год
38.	Бракеражный журнал		Тетрадь	1 год
39.	Направление на анализы	200/у		1 год
40.	Наряд на эвакуацию инфекционного больного	348/у	Бланк	1 год
41.	Извещение о побочном действии лекарственного препарата	093/у	Бланк	1 год
42.	Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/у	Бланк	

Контрольные вопросы:

1. Основные виды первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений.
2. Правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения.
3. Нормативные документы в деятельности медработника, должностные инструкции медицинских работников;
4. Первичная медицинская документация стационаров.
5. Первичная медицинская документация амбулаторно-поликлинических учреждений.

Литература:

Основная:

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник/Медик В.А., Юрьев В.К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 420 с.
2. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство [Электронный ресурс]. - 2014. – 624.

Дополнительная:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: практикум [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицин, А. В. Прохорова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428696.html>
2. Двойников С.И. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс]: учеб. пособие/С.И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>

Лекция № 7.

Тема: Основы обеспечения и управления качеством медицинской помощи.

План:

1. Основы качества медицинской помощи.
2. Современные модели управления качеством медицинской помощи
3. Контроль качества медицинской помощи

I Основы качества медицинской помощи.

Качество медицинской помощи это:

- слуга удовлетворяющие спрос потребителя.
- деятельность направленная на создание условий, которые позволяют выполнить гарантии в соответствии с установленными нормами и стандартами.
- результат медицинского обеспечения, который увеличивает возможные результаты лечения и соответствует современному научному знанию.

Качество медицинской помощи включает:

- Качество структуры – кадровое, административное, материальное, финансовое).
- Качество процесса - технологии в здравоохранении, все процессы связанные с мед. обеспечением.
- Качество результата - результат лечения, эффективность, экономичность, доступность.

Критерии качества медицинской помощи:

- Доступность обеспечения медицинской помощи.
- Достаточность обеспечения медицинской помощи.
- Приемственность, непрерывность оказания медицинской помощи.
- Эффективность использование финансовых средств.
- Оценка методов лечения по ожидаемым результатам.
- Экономичность, представляет отношение планов сметы расходов к фактической стоимости.
- Социальная удовлетворенность пациента и его семьи.
- Безопасность медицинской помощи для окружающей среды.
- Своевременность оказания медицинской помощи отвечающая мнению и потребностям больного.

II Современные модели управления качеством медицинской помощи

технологическим стандартам и ожиданиям пациентов, но и обеспечивает скрытые их потребности в медицинской помощи.

Вопросы управления качеством медицинской помощи являются многоуровневыми и лежат в различных плоскостях. Для их решения необходимо создать систему управления качеством, разработать и внедрить клиническую и экономическую оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению.

Управление качеством — деятельность, направленная на установление определенного порядка работы и стандартов, мониторинг и улучшение качества работы таким образом, чтобы оказываемая помощь была наиболее результативной и безопасной.

По мере расширения знаний и накопления опыта в области изучения качества медицинской помощи менялись основные способы обеспечения качества и подходы к его управлению, являющемуся одним из важнейших направлений совершенствования систем здравоохранения в различных странах мира. Помимо контроля и экспертизы качества, стандартизации медицинской помощи стали использоваться заимствованные из промышленного производства индустриальные технологии управления качеством — непрерывное повышение качества, TQM.

Применительно к системе здравоохранения выделяют три основные модели управления качеством медицинской помощи: профессиональную, административную и индустриальную.

Профессиональная модель управления качеством медицинской помощи — форма управления, сложившаяся в медицинской среде, где критерием качества являются индивидуальное профессиональное мастерство медицинского работника, уровень его теоретических знаний и практических навыков.

Данная модель управления, основанная только на интуитивном мышлении врача, оказалась малоэффективной в условиях оказания высокотехнологических видов медицинской помощи, требующих скоординированного участия большого числа специалистов различных специальностей и повышения интеллектуальности врачебной работы.

Ее существенными недостатками является то, что оценка результатов медицинской помощи проводится непосредственными участниками лечебно-

диагностического процесса, самими лечащими врачами. При этом социально-экономическая составляющая качества в этой модели практически не учитывается.

Реформирование здравоохранения, введение системы ОМС, повышение стоимости практически всех видов медицинской помощи при одновременном сокращении финансирования системы здравоохранения потребовало поиска новых методов и форм организации работы медицинского персонала, стандартизации и оценки качества медицинских услуг и обусловило постепенный переход отечественного здравоохранения от профессиональной к административной модели управления качеством.

Административная или, как еще ее называют, командно-административная, бюрократическая модель управления качеством медицинской помощи, базируется на двух концептуальных подходах менеджмента качества: стандартизации объемов работы и результатов

медицинской помощи и на инспекционном контроле качества.

Управлением качеством медицинской помощи занимаются органы здравоохранения, администрация и руководители лечебно-диагностических подразделений учреждений здравоохранения. Главенствует организационно-распорядительный подход, основанный на авторитете власти (указы, инструкции, обязанности и т.п.), при этом сохраняется вся атрибутика профессиональной модели управления.

Административная модель управления качеством медицинской помощи в настоящее время является преобладающей в учреждениях здравоохранения. С одной стороны, ее внедрение стало прогрессивным шагом в работе по улучшению качества и привело к некоторому уменьшению стоимости лечения при незначительном росте его клинической эффективности. С другой — стали более очевидными ее отрицательные стороны.

К ним можно отнести несовершенство разработанных стандартов, недостаточную достоверность основных индикаторов качества лечебно-диагностического процесса, антагонистические отношения между управленческим аппаратом учреждения и его персоналом, не позволяющие в максимальной степени реализовать творческие возможности большинства сотрудников.

При этой модели администрация в основном контролирует процессы обеспечения ресурсами, глубоко не вникая в действующую технологию лечебно-диагностического процесса, не имеет действенных инструментов для управления качеством медицинской помощи. Анализ и оценку результатов оказания медицинской помощи выполняют сами руководители лечебных подразделений, а иногда и не проводят их совсем. При административной модели управления отсутствует прямая связь между результатами труда и материальным поощрением.

В рамках данной модели стал широко использоваться термин «обеспечение качества», понимаемый как комплекс видов деятельности (в том числе и планирование), осуществляемых для обеспечения и выполнения требований к качеству продукции (оказываемых медицинских услуг).

В начале 90-х годов XX в. в ряде зарубежных клиник стала разрабатываться индустриальная модель управления качеством медицинской помощи. Если профессиональная и бюрократическая модели управления качеством базируются на «функциональном» подходе, особенно характерном для российского производства, то индустриальная модель — на «процессном» подходе как обязательном требовании для современных систем управления качеством. Основой индустриальной модели управления качеством, как уже было отмечено выше, является модель, разработанная Э. Демингом для промышленного производства. В его варианте теории управления качеством статистические методы — лишь инструмент, а главное — философия нравственности, основанная на уважении к работнику как к личности, вовлеченность в процесс решения текущих проблем всех сотрудников организации, создание психологической атмосферы, искореняющей страх и создающей почву для раскрытия творческого потенциала человека.

Основными характеристиками индустриальной модели являются:

- непрерывное повышение качества медицинской помощи;
- управление качеством результата путем совершенствования и

управления процессами;

- максимальное вовлечение в управление всего персонала с использованием самоконтроля со стороны исполнителей процессов;

- стратегическое планирование с учетом будущих потребностей потребителей — пациентов — в характере и объеме медицинских услуг.

Использование индустриальной модели в работе учреждений здравоохранения позволяет добиться революционных преобразований в управлении качеством медицинской помощи — увеличить клиническую результативность, доступность и безопасность медицинских услуг, снизить ее стоимость и ресурсоемкость.

Внедрение индустриальной модели управления качеством медицинской помощи имеет определенные трудности, психологические сложности в изменении отношения персонала к происходящим переменам, противодействие представителей профессиональной школы управления, неготовность многих руководителей и требует порой жесткой регламентации, строгой последовательности.

Индустриальная модель — динамичный системный подход в управлении качеством медицинской помощи, интегрирующий основные методы различных школ управления, используя предыдущие эволюционные этапы представлений о качестве и включая их последовательно в систему управления качеством. Она постоянно эволюционирует вместе с модификациями самой концепции о непрерывном улучшении качества процессов оказания медицинской помощи, лежащей в ее основе.

В рамках индустриальной модели сформировался термин «улучшение качества», понимаемый как комплекс мероприятий, направленных на более эффективную и результативную деятельность организации для увеличения прибыли и повышения потребительских свойств продукции, качества медицинских услуг.

В настоящее время формируется единая система управления качеством, которая включает такие важные компоненты, как лицензирование, подтверждение соответствия, стандартизация, аккредитация. Все они не исключают, а дополняют друг друга.

III Контроль качества медицинской помощи

Функция контроля качества оказываемой медицинской помощи имеет важное значение в описанной выше административной модели управления качеством в здравоохранении. Принципы и порядок осуществления контроля были сформулированы в совместном приказе Минздравсоцразвития и ФФОМС России № 363/77 от 24 октября 1996г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации».

Контроль качества медицинской помощи принято делить на две большие составные части: ведомственный и вневедомственный.

Целью ведомственного контроля КМП является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий.

Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая

собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов.

Система ведомственного контроля качества медицинской помощи включает следующие элементы:

- оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения;
- экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;
- изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения;
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- подготовку рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий;
- контроль за реализацией управленческих решений.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется экспертным путем должностными лицами учреждений и органов управления здравоохранением, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения. В необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники вузов, научных центров, НИИ и других учреждений на договорной основе.

На уровне учреждений здравоохранения экспертиза качества медицинской помощи является функцией заведующих подразделениями (первая ступень экспертизы), заместителей руководителя учреждения по клинико-экспертной работе, лечебной работе, амбулаторно-поликлинической помощи (вторая ступень экспертизы), клинико-экспертных комиссий учреждения (третья ступень экспертизы).

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении случаям. Экспертиза, как правило, проводится по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, карте амбулаторного больного и др.). При необходимости может быть проведена и очная экспертиза (с участием пациента).

Экспертиза качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые, как правило, содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней. Ведущая роль при экспертизе качества медицинской помощи принадлежит заключению эксперта, который

кроме выполнения стандартов учитывает все особенности данного индивидуального случая.

Под системой вневедомственного контроля понимается оценка качества медицинской помощи субъектами, не входящими в государственную систему здравоохранения, в пределах своей компетенции.

Вневедомственный контроль деятельности учреждений здравоохранения, а также физических лиц осуществляют:

- лицензионно-аккредитационные комиссии;
- страховые медицинские организации;
- территориальные фонды обязательного медицинского страхования (в случае выполнения ими функций страховщика);
- страхователи;
- исполнительные органы Фонда социального страхования РФ;
- профессиональные медицинские ассоциации;
- общества (ассоциации) защиты прав потребителей.

Основная задача субъектов вневедомственного контроля качества медицинской помощи — организация в пределах своей компетенции медицинской и медико-экономической экспертиз 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.

Вневедомственный контроль качества осуществляется по следующим направлениям:

- анализ результатов оказания медицинской помощи населению;
- подготовка рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контроль их выполнения;
- изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;
- оценка возможностей учреждения здравоохранения гарантировать требуемый уровень качества медицинской помощи;
- правильность применения тарифов и соответствие предъявленных к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи и др.

Основные причины назначения вневедомственной медицинской экспертизы для страховых медицинских организаций:

- жалобы пациентов или страхователей на качество и культуру оказания медицинской помощи;
- неблагоприятный исход заболевания, прямо связанный с недостатками в проведении медицинских мероприятий;
- наличие многочисленных дефектов в оказании медицинской помощи у отдельных специалистов, подразделений, учреждений;
- несоответствие проведенного лечения диагнозу заболевания, повлиявшее на стоимость лечения.

Для исполнительных органов Фонда социального страхования РФ:

- представление к оплате документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, оформленных с нарушением уста
- сомнения в обоснованности выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, сроков временной

нетрудоспособности, сроков направления на медико-социальную экспертизу.

Для лицензионно-аккредитационных комиссий:

- необходимость проведения лицензирования и аккредитации юридических и физических лиц и сертификации специалистов с привлечением внештатных экспертов;

- обеспечение контроля за выполнением лицензионных условий с проведением ведомственной и вневедомственной экспертизы.

Вневедомственный контроль может осуществляться в виде: предупредительного контроля, контроля результата, целевого контроля, планового контроля.

Предупредительный контроль осуществляет лицензионно-аккредитационная комиссия перед проведением лицензирования и аккредитации медицинского учреждения или физического лица. Его цель — определение возможностей медицинского учреждения или физического лица оказывать заявленные виды медицинской помощи, а также соответствия их деятельности установленным стандартам.

Предупредительный контроль призван оценить качество и уровень безопасности работы медицинского учреждения для пациента до получения им разрешения на оказание медицинских услуг населению. В ходе предупредительного контроля оцениваются:

Структура медицинского учреждения, включая оценку организации работы структурных подразделений медицинского учреждения и организации работы персонала; квалификации медицинского персонала; материально-технического и ресурсного обеспечения; финансирования.

Качество лечебно-диагностического процесса, включая оценку: организации обследования, лечения и ухода за больными, объема деятельности и взаимодействия лечебных и параклинических подразделений; научно-технологического уровня лечебно-диагностического процесса; качества ведения медицинской документации; исходов и результатов лечения.

Предупредительный контроль осуществляется на основе стандартов. В случаях отсутствия федеральных стандартов используются территориальные стандарты, утверждаемые органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Контроль результата осуществляют субъекты вневедомственного контроля. Его цель — оценка качества выполненной медицинской услуги конкретному пациенту.

В ходе экспертизы качества медицинской услуги оцениваются:

- медицинская эффективность услуги;
- экономическая эффективность;
- соответствие выбранной медицинской технологии патологическому процессу, его тяжести и течению.

Под медицинской эффективностью понимается степень достижения поставленной цели. Медицинская эффективность тем выше, чем ближе медицинский работник по результатам лечения находится к критериям и параметрам результативности лечения, заложенной в стандарте для данной патологии.

Экономическая эффективность оценивается на основе экономического

стандарта, характеризующего максимально допустимые затраты на лечение типичного случая для каждой нозологии. Если при выполнении лечебно-диагностического процесса и достижении при этом максимально возможной для данного случая медицинской эффективности затраты не превышают максимальной границы нормы, то следует считать экономическую эффективность достигнутой.

Качество лечебно-диагностического процесса оценивается по стандарту, включающему в себя следующие элементы:

- качественный сбор информации о больном (диагностические мероприятия для данной нозологии);
- правильную постановку и обоснование диагноза;
- качественно выполненные лечебные мероприятия.

В случае необходимости для разрешения спорного случая субъект вневедомственного контроля может принять решение о проведении целевого контроля с привлечением внештатных экспертов. Страховая медицинская организация имеет право проверки только случаев оказания медицинской помощи пациентам, имеющим полис ОМС, выданный данной страховой организацией, и по видам медицинской помощи, входящим в территориальную программу ОМС.

Плановый контроль качества медицинской помощи со стороны страховой медицинской организации осуществляется в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию. В этих случаях страховая медицинская организация составляет график планового контроля медицинских учреждений, который доводится до сведения последних.

Созданные на основе указанного выше отраслевого приказа территориальные системы контроля качества медицинской помощи продолжают работать, совершенствоваться в связи с развитием нормативно-правовой базы и изменением уровня предоставляемых медицинских услуг.

Контрольные вопросы:

1. Качество медицинской помощи – определение.
2. Что включает в себя качество медицинской помощи?
3. Основные критерии качества медицинской помощи.
4. Основные модели управления качеством медицинской помощи.
5. Вневедомственный контроль качества медицинской помощи.
6. Ведомственный контроль качества медицинской помощи.

Литература:

Основная:

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник/Медик В.А., Юрьев В.К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 420 с.
4. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство [Электронный ресурс]. - 2014. – 624.

Дополнительная:

3. Общественное здоровье и здравоохранение: практикум [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицин, А. В. Прохорова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
- <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428696.html>

4. Двойников С.И. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс]: учеб. пособие/С.И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с.
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437537.html>