

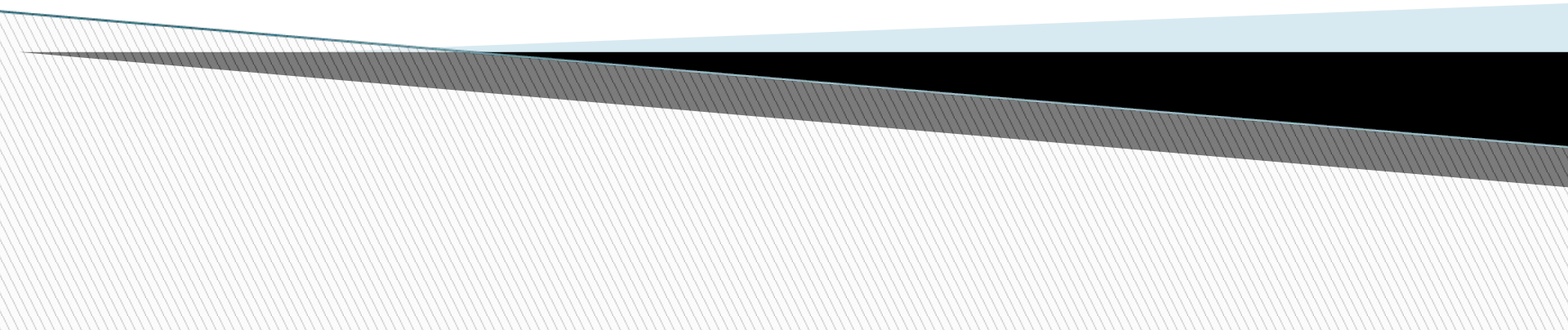
- Ужгородський національний університет
 - Факультет післядипломної освіти
 - Кафедра громадського здоров'я

□ Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я та оцінка якості медичної допомоги

□

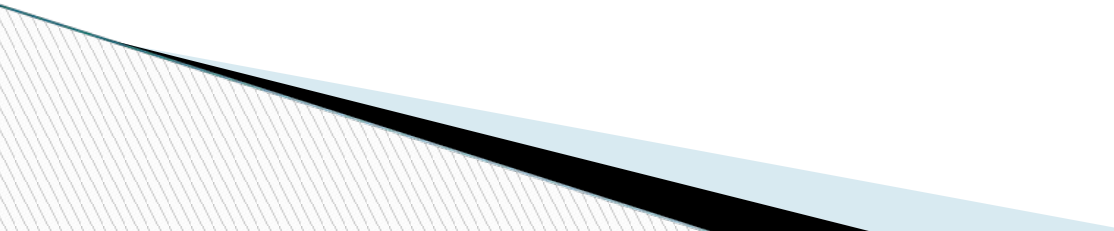
Доц. Качала Л.О.

План

1. **Методологічне завдання аналізу діяльності закладів охорони здоров'я. Система показників.**
 2. **Показники діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів.**
 3. **Показники діяльності стаціонарних закладів.**
 4. **Поняття “якість”: визначення, види, форми, складові.**
 5. **Методи оцінки якості медичної допомоги.**
 6. **Ступені контролю якості медичної допомоги.**
- 

Головним методологічним завданням аналізу діяльності закладів охорони здоров'я та якості медичної допомоги є вибір системи показників та принципу їх узагальнення, тобто отримання певних комплексних оцінок.

Система показників може визначатись на основі затверджених форм облікової та звітної документації, наприклад Талона амбулаторного пацієнта, медичної карти стаціонарного хворого, звіту лікувально – профілактичного закладу та ін.

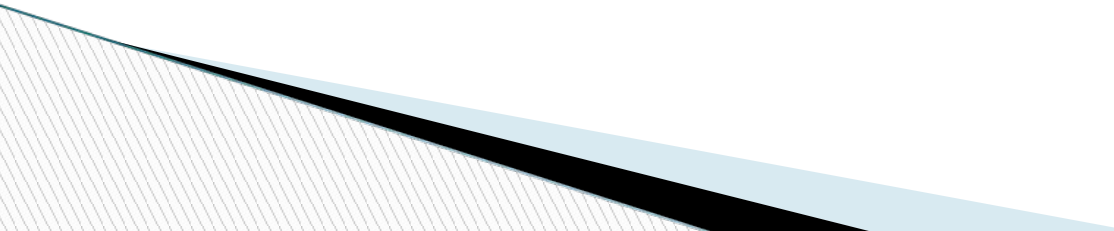


Аналіз діяльності проводиться диференційовано:

- у розрізі окремих видів медичних закладів (амбулаторно – поліклінічних, стаціонарів, диспансерів, санітарно – епідеміологічних та ін.);
 - у розрізі окремих служб або профілів (онкологічної, терапевтичної тощо).
- 

Розглянемо систему цих показників:

***Показники діяльності амбулаторно –
поліклінічних закладів:***

- забезпеченість населення амбулаторно – поліклінічною допомогою;
 - навантаження медичного персоналу;
 - матеріально – технічна та клініко – діагностична забезпеченість;
 - якість та ефективність медичної допомоги.
- 

Розглянемо систему цих показників:

Забезпеченість населення амбулаторно – поліклінічною допомогою характеризується:

- кількістю лікарняних посад амбулаторно – поліклінічних закладів на 1 0000 населення;
- кількістю відвідувань у середньому на одного жителя за рік.

Крім визначення цих показників необхідно проводити аналіз інформації баз даних, сформованих на основі Талона амбулаторного пацієнта.

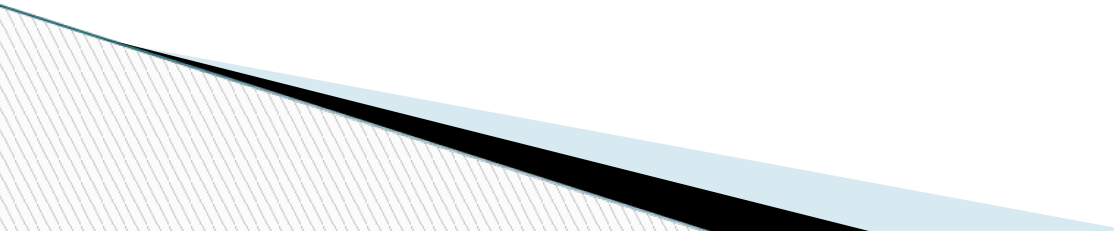
Навантаження медичного персоналу

під час прийомів у поліклініці та на дому характеризується кількістю пацієнтів, яким була надана допомога, за одну годину роботи лікаря.

Показниками **якості амбулаторно – поліклінічної допомоги** є активність відвідувань хворих на дому, якість (точність) діагностики, виконання плану профілактичних заходів, рівень захворюваності, летальності та смертності, коефіцієнт закріплення (дільничності). Він обчислюється як відношення кількості відвідувань хворими конкретної дільниці лікаря, що за нею закріплений, до загальної кількості відвідувань терапевтів поліклініки.

Хорошими вважаються результати роботи із значеннями 0,8 і більше. При обчисленні коефіцієнта слід брати до уваги укомплектованість штатних одиниць дільничних лікарів, чисельність населення дільниці порівняно з нормативами, змінність роботи дільничних терапевтів та ін. Якість діагностики оцінюється питомою часткою діагнозів, що були поставлені в амбулаторно – поліклінічному закладі і підтвердились у стаціонарі.

Профілактичну діяльність поліклінічних закладів характеризують:

- рівень охоплення населення диспансеризацією;
 - зниження рівнів захворюваності, інвалідності і летальності серед диспансеризованих;
 - обсяг щеплення населення та ін.
- 

Діяльність стаціонарних закладів

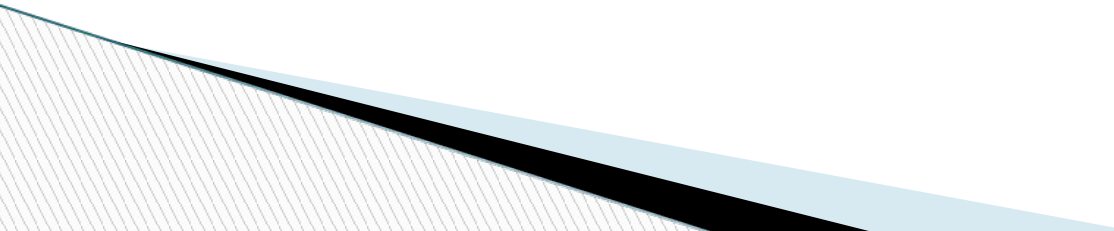
характеризується показниками, серед яких слід виділити такі групи:

- ▣ забезпеченість населення стаціонарною допомогою;
- ▣ навантаження медичного персоналу;
- ▣ матеріально – технічна забезпеченість;
- ▣ якість стаціонарної допомоги та її ефективність.

Забезпеченість стаціонарною допомогою визначається, у першу чергу, кількістю ліжок, кількістю хворих, що прибули на лікування протягом певного періоду, та кількістю днів перебування хворого в ліжку.

Для характеристики використання ліжкового фонду можуть бути використані наступні показники:

- ▣ **забезпеченість ліжками** – кількість ліжок на 1 0000 населення;
- ▣ **рівень госпіталізації** – кількість госпіталізованих у лікувальних закладах на 1 0000 населення;
- ▣ **використання ліжкового фонду** – відношення кількості проведених у лікарні ліжок - днів до середньорічної кількості фактично розгорнутих ліжок. Добуток цієї величини на кількість днів роботи закладу характеризує його пропускну спроможність;

- ▣ **оборот лікарняного ліжка** – середня кількість хворих, які пройшли курс лікування на одному ліжку за рік. Обчислюється як відношення кількості вибулих із стаціонару хворих на середньорічну кількість ліжок у лікарні;
 - ▣ **зайнятість лікарняного ліжка** – середня кількість днів зайнятості ліжка на рік. Обчислюється , в цілому, по стаціонарах та окремих відділеннях як відношення ліжка – днів, проведених хворими у стаціонарі протягом року, до середньої кількості ліжок;
 - ▣ **середня тривалість перебування хворого на ліжку** – обчислюється як відношення кількості проведених хворими ліжка – днів до кількості вибулих хворих (виписаних та померлих);
 - ▣ **летальність** – обчислюється як відношення кількості померлих у стаціонарі за звітний період до кількості вибулих (виписаних та померлих) за цей період.
- 

Що стосується показників якості та ефективності, то їх перш за все слід обчислювати за даними, що містяться у звіті лікувально – профілактичного закладу, картці вибулого зі стаціонару, картці стаціонарного хворого.

- 1.** Результати захворювань – кількість хворих, що вибули зі стаціонару (виписані і померлі) зіставляється з іншими результатами: кількістю випадків покращення стану здоров'я, без змін, погіршення стану здоров'я, летальні випадки.
- 2.** Летальність у стаціонарі – відношення кількості хворих, що померли у стаціонарі, до кількості хворих, що вибули зі стаціонару.

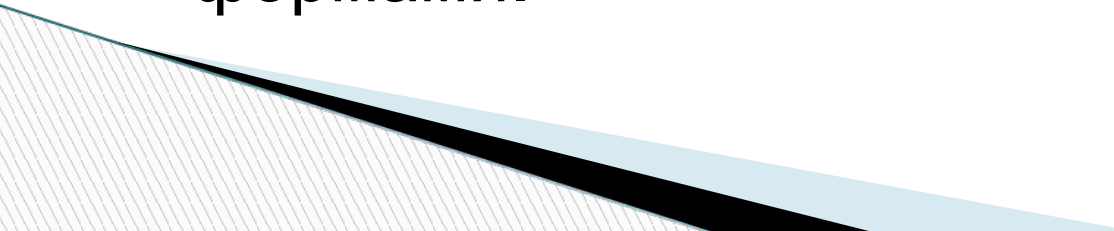
Названі показники вивчаються в цілому по стаціонару, спеціалізованих відділеннях та в розрізі захворювань, що найбільш часто потребують госпіталізації.

- 3.** Середня тривалість лікування хворого з даною нозологічною формою захворювання – відношення середньої кількості ліжок – днів, що проведені виписаними хворими з даною нозологією, котрі були виписані.
- 4.** Розподіл хворих за частотою тривалості перебування в стаціонарі – відношення кількості хворих із даною нозологічною формою, що лікувались у стаціонарі протягом визначеного періоду t , до кількості хворих з тією ж нозологією, що були виписані зі стаціонару. На практиці t : 1 – 3 дні; 4 – 7; 8 – 14; 15 – 30; більше 30 днів.

5. Охоплення хворих спеціальними методами обстеження (рентгенологічне, електрокардіологічне та ін.) – являє собою частку відповідних хворих у загальній кількості хворих, які були виписані зі стаціонару.

6. Середня кількість спеціальних обстежень на одного хворого – відношення кількості обстежень конкретного виду, що були проведені в стаціонарі, до кількості хворих, що були виписані зі стаціонару.

Показники 5, 6 обчислюються в цілому по стаціонару за окремими нозологічними формами.



- 7.** Частка хворих, що були проконсультовані лікарями – спеціалістами.
- 8.** Своєчасність та якість діагностики. Може бути визначена за допомогою таких коефіцієнтів:

$$K_1 = \frac{\text{Кількість випадків установлення клінічного діагнозу на 1, 2, ... день перебування хворого в стаціонарі}}{\text{Кількість хворих, що вибули зі стаціонару}}$$
$$K_2 = \frac{\text{Кількість випадків розбіжності між клінічним діагнозом та діагнозом на момент виписки}}{\text{Кількість хворих, що вибули зі стаціонару}}$$
$$K_3 = \frac{\text{Кількість випадків розбіжності між клінічним діагнозом та патологоанатомічним}}{\text{Кількість проведених розтинів}}$$

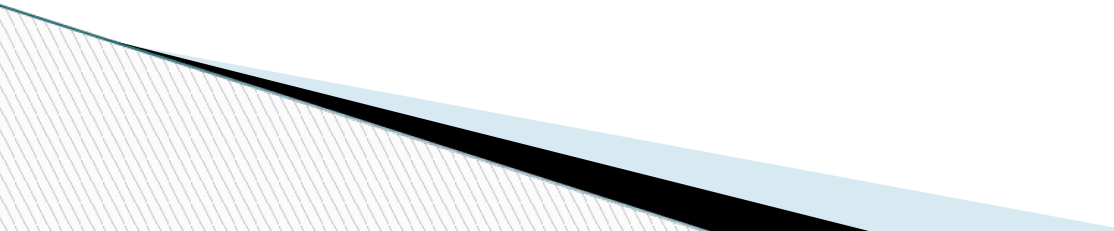
9. Частота побічної дії лікарських препаратів – відношення кількості випадків побічної дії до кількості хворих, що вибули зі стаціонару.

10. Середня кількість процедур, наданих одному хворому – відношення кількості наданих процедур до кількості хворих, що вибули зі стаціонару.

Показники 9, 10 обчислюються по спеціалізованих відділеннях та за окремими нозологічними формами захворювань.

11. Хірургічна активність стаціонару – відношення кількості хворих, що були прооперовані в стаціонарі (відділенні), до кількості хворих, що вибули зі стаціонару (відділення).

Показник характеризує частоту застосування хірургічних втручань при лікуванні хворих у стаціонарі. Під час оцінки діяльності хірургічних відділень цей показник слід розраховувати окремо для різних профілів закладів, складу госпіталізованих хворих, хірургічної активності лікарів.

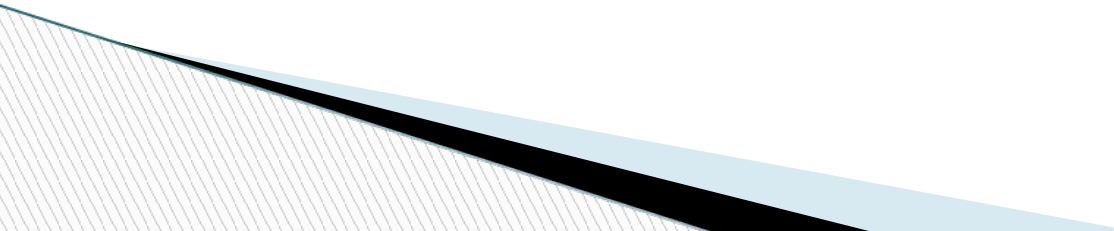


12. Питома частка планових операцій у загальному обсязі хірургічних втручань.

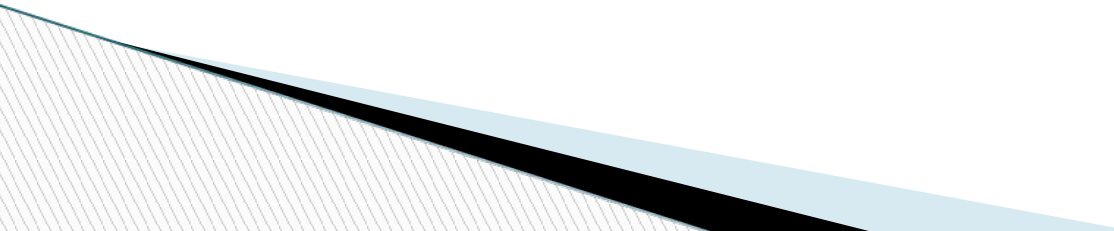
Кожен випадок смерті у стаціонарі є підставою для ретельної перевірки обґрунтованості діагнозу захворювання і призначеного лікування для виявлення можливих помилок і недоліків медичного обслуговування. Процедура розтину відповідним чином задокументовується. У випадку наявності розбіжності між клінічним та патологоанатомічним діагнозами є обов'язковою реєстрація причин цього: недостатнє обстеження хворого, об'єктивні ускладнення (перебування хворого в несвідомості та ін.), невідповідність даних анамнезу, лабораторних і клінічних досліджень тощо.

13. Частота патологоанатомічних розтинів обчислюється як відношення кількості проведених за період патологоанатомічних розтинів до кількості хворих, що померли у стаціонарі.

Якість та ефективність стаціонарної медичної допомоги характеризують також такими показниками:

- летальність;
 - частота розбіжностей між клінічними та патологоанатомічними діагнозами;
 - частота післяопераційних ускладнень;
 - строки госпіталізації хворих, які потребували екстреного хірургічного втручання.
- 

Особливої уваги потребує вивчення причин смерті хворих протягом першої доби перебування в стаціонарі. Проводячи аналіз летальності, слід порівнювати показники летальності хворих на конкретну хворобу в стаціонарі та летальності вдома. При цьому може виявитись той факт, що вдома померли тяжко хворі або такі, що були безпідставно рано виписані зі стаціонару, або такі, котрі не були госпіталізовані, але потребували цього.

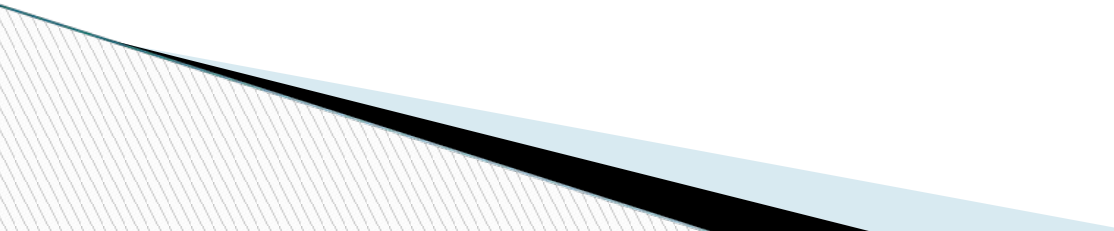


Щодо оцінки ***якості медичної допомоги***.

Оцінка якості медичної допомоги є однією з найважливіших задач управління діяльністю медичних закладів. Система оцінки якості забезпечується поєднанням відомчого (внутрішнього) та позавідомчого (зовнішнього) контролю.

Зовнішній (позавідомчий) контроль передбачає контроль за дотриманням встановлених вимог органом, який не є складовою частиною закладу охорони здоров'я.

До основних форм позавідомчого контролю належать:

- ліцензування;
 - акредитація;
 - атестація медичного персоналу.
- 

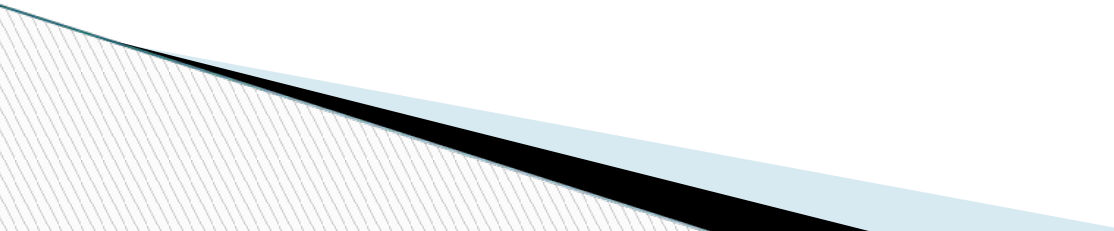
Внутрішній (відомчий) контроль якості являє собою оцінку роботи медичного персоналу особами, які задіяні у процесі надання медичної допомоги – колегами або адміністрацією. Внутрішній контроль якості медичної допомоги звичайно здійснюється шляхом порівняння із загальноприйнятими стандартами медичної практики.

ЕКСПЕРТИЗА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Експертна оцінка втручань є надзвичайно важливим елементом у характеристиці якості медичної допомоги. Вона передбачає визначення відповідності конкретних результатів діагностики, лікування, профілактики захворювань та реабілітації хворих та інвалідів, так званим стандартам якості.

Під стандартом якості розуміють реальний для досягнення і нормативно затверджений на певний період часу рівень медичної допомоги. Стандарти якості встановлюються на структуру (ресурси), технології (процес) і результати медичної допомоги.

Загальноприйнятою у світовій практиці на сучасному етапі нормою стандартів технологій є клінічні керівництва (синоніми – клінічні протоколи, алгоритми дій), що являють собою формалізований опис технології процесів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації для окремих груп пацієнтів, що базується на наукових доказах результативності або на стійких успішних результатах практичної діяльності.

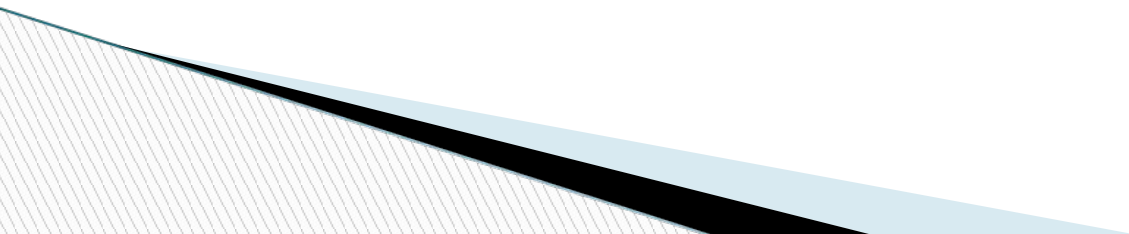


Слово “експерт” походить від латинського “досвідчений”. Тому до експертизи слід залучати найбільш кваліфікованих спеціалістів, здатних до аналізу і розробки конструктивних заходів, спрямованих на покращення якості медичної допомоги.

Експертиза процесу надання медичної допомоги може здійснюватися як на рівні медичного закладу, так і відповідними органами управління, яким ці заклади підпорядковуються. На рівні органів управління експертизу здійснюють головні штатні та позаштатні спеціалісти.

На рівні закладу експертами звичайно виступають завідувачі відділень, заступники головних лікарів із лікувальної (поліклінічної, клініко - експертної) роботи. Розвиток мережі самотійних загальнолікарських практик (амбулаторій) потребує нових форм експертизи якості.

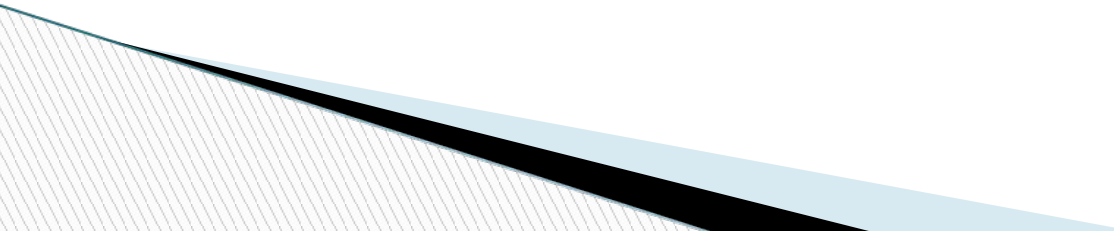
Однією із таких форм є створення декількома
практиками спеціальних комісій контролю
якості, до яких входять як керівники закладів
первинної допомоги, так і практикуючі у них
лікарі загальної практики.

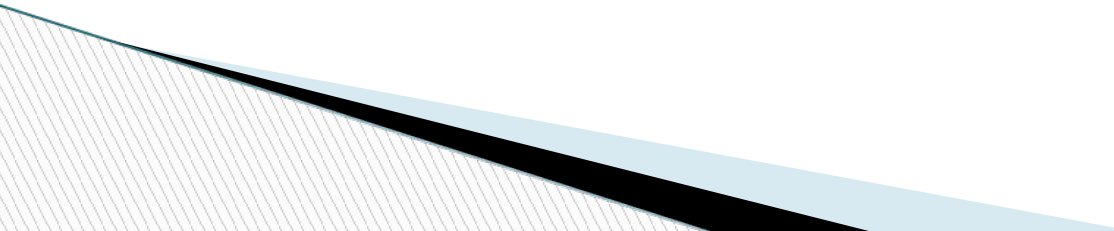


Мета комісії полягає в тому, щоб розробити дієву програму систематичного підвищення якості медичної допомоги на основі поглибленого аналізу прийнятих для оцінки показників, окремих помилок та упущень, нещасних випадків, скарг пацієнтів, пропозицій лікарів і медичних сестер, літературних даних.

Щоб залучити лікарів до активної роботи у комісії, необхідно переконати їх в тому, що це орган, покликаний об'єднати зусилля всіх лікарів у підвищенні якості медичної допомоги шляхом спільного пошуку шляхів усунення дефектів, а не для критики або покарання окремих осіб.

Для забезпечення об'єктивізації висновків експертизи рекомендується відбирати документи методом випадкової вибірки кількістю не менше 25 штук по кожному лікарю, діяльність якого аналізується. Крім того, обов'язковій експертизі підлягають випадки:

- 1.** смерті хворих;
 - 2.** виявлення хворих із занедбаними формами онкологічних захворювань, туберкульозу;
 - 3.** первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку;
- 

- 4.** повторної госпіталізації з приводу одного і того ж захворювання протягом року;
 - 5.** захворювань із великими або малими термінами лікування (або тимчасової непрацездатності);
 - 6.** розходження діагнозів;
 - 7.** що супроводжувалися скаргами пацієнтів.
- 

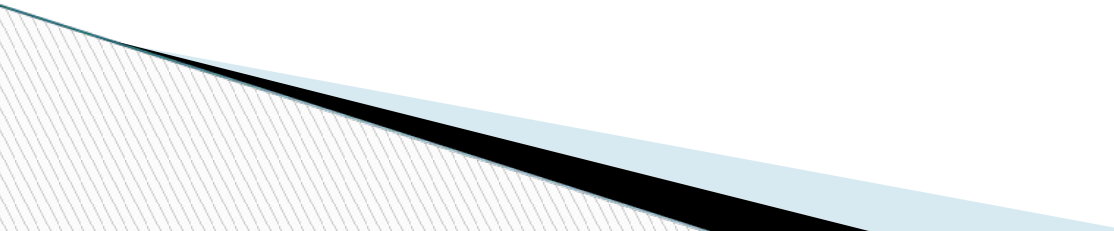
Якість медичної допомоги – це відповідність потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умови ефективного використання наявних ресурсів.

Виділяють такі складові якості та підходи до її забезпечення та оцінки:

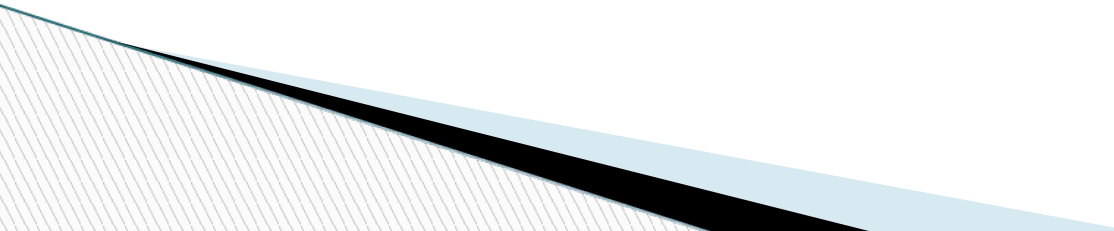
- **структурна якість**, тобто умови надання медичної допомоги;
- **якість технології**, при оцінці якої визначають оптимальність набору лікувально-діагностичних заходів, стосовно конкретного хворого;
- **якість результату** - коли оцінюється співвідношення фактично досягнутих і запланованих результатів. До останніх результатів відносять динаміку стану здоров'я пацієнта, результати лікування всіх хворих за звітний період, окремі показники стану здоров'я населення певної території.

Оцінка якості медичної допомоги
може ґрунтуватись на визначенні сукупності
результатів профілактики, діагностики та
лікування захворювань згідно з відповідними
вимогами.

Для визначення якості застосовують такі показники діяльності закладів охорони здоров'я:

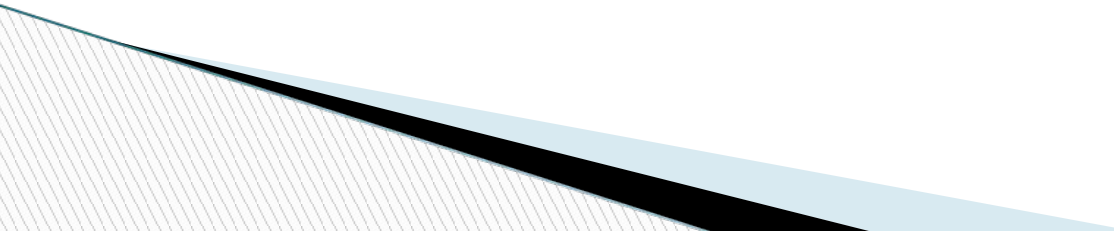
- частота ускладнень чи загострень хвороби;
 - результати лікування (покращання, погіршення стану, без змін);
 - летальність;
 - первинний вихід на інвалідність;
 - зміни в структурі диспансерних груп.
- 

Спеціалістами Європейського регіонального бюро ВООЗ запропоновано такі **складові якості медичної допомоги**:

- ▣ **Технологічне виконання**: ступінь виконання персоналом і закладом технічних вимог якості (дотримання стандартів).
 - ▣ **Результативність послуг**: ступінь досягнення бажаного результату.
 - ▣ **Ефективність послуг**: співвідношення результатів послуг до витрат на їх надання.
 - ▣ **Безпека**: ступінь мінімізації ризиків травм, інфікування або побічної дії втручань.
- 

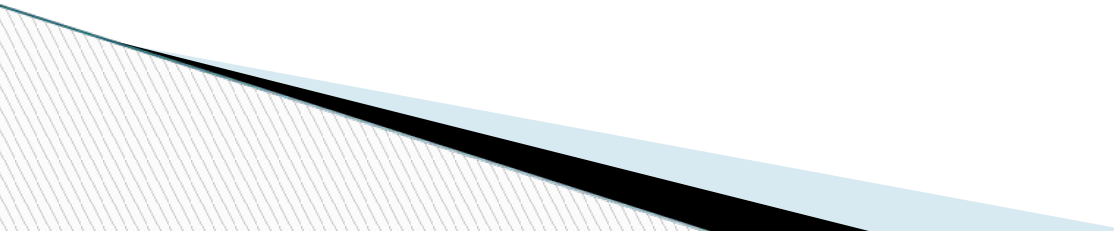
- ▣ **Доступність послуг:** ступінь відсутності для медичних послуг географічних, економічних, соціальних, організаційних чи мовних бар'єрів.
- ▣ **Міжособисті відносини:** наявність довіри, поваги, конфіденційності, співчуття, вміння слухати і розуміти один одного між надавачом послуг і їх споживачем.
- ▣ **Безперервність послуг:** надання послуг одним і тим самим надавачом протягом всього курсу лікування (спостереження) або адекватний і своєчасний зв'язок між надавачами послуг.
- ▣ **Інфраструктура та комфорт:** зовнішній вигляд медичного закладу, чистота, комфорт, приватність та інші аспекти, важливі для пацієнтів.
- ▣ **Вибір:** можливість вибору споживачем надавача послуги, страхового плану або способу лікування.

Оптимальна методика оцінки якості повинна відповідати таким вимогам:

- бути придатною для використання на будь - яких етапах надання медичної допомоги;
 - зводити до мінімуму суб'єктивізм оцінки;
 - відображати суть лікарської діяльності та визначати типові помилки лікарів;
 - надавати можливість кількісної оцінки якості;
 - визначати раціональність використання медичним закладом або лікарем існуючих ресурсів.
- 

Модель кінцевих результатів (МКР) - це узагальнений якісний показник, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікувально-профілактичного закладу.

МКР включає:

- **показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД);**
 - **нормативні значення (НЗ) показників;**
 - **шкалу оцінки досягнутих результатів.**
- 

Показники результативності (ПР)

максимально відображають кінцевий результат (розповсюдженість окремих захворювань, смертність, відновлення працездатності, рівень якості лікування та ін.). Ними можна визначити ступінь досягнення цілей колективом і виконання основних функцій шляхом визначення ступеня відповідності реально досягнутих значень ПР до запланованих нормативних.

Нормативи встановлюють з урахуванням:

- багаторічної динаміки показників у місті, регіоні, області;
- середнього рівня;
- темпів передбачуваних змін показника в результаті виконання відповідних організаційних і лікувально-профілактичних заходів.

Бажано, щоб норматив не менше, ніж на 5 % перевищував найкращий попередній рівень. Це потребує значних зусиль і суттєвого покращення якості медичної допомоги.

Показники дефектів (ПД) нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю (наприклад: наявність занедбаних випадків соціально-значущих захворювань; випадків раптової смерті осіб, які не знаходилися під спостереженням лікарів; обґрунтовані скарги та ін.). ПД вимірюють у відносних і абсолютних величинах.

Показники результативності та дефектів підбирають із урахуванням специфіки закладів.

Для кожного ПР експертним шляхом встановлюється оцінка досягнення нормативного значення від 1 до 10 балів, яка визначає відносну важливість його серед інших.

Для одиниці відхилення кожного ПР і ПД
встановлено ціну в балах (таблиця 1)

Таблиця 1
Зразок типової моделі кінцевих результатів

Найменування показників	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка в балах		
			Норматива	Відхилення	
				Знак	На одиницю вимірюванн я
Показники результативності					
Первинний вихід на інвалідність	На 10000 населення	40,0	4	—	1
Реабілітація інвалідів	% до тих, що мають інвалідність	12	3	+	1
Рівень якості лікування	% від стандарту	100	5	+	0,05
Середня тривалість лікування у стаціонарі	День	12	6	—	0,3

Таблиця 1
Зразок типової моделі кінцевих результатів

Найменування показників	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка в балах		
			Норматива	Відхилення	
				Знак	На одиницю вимірювання
Показники дефектів					
Обґрунтовані скарги	На 10000 населення	—	—	—	0,3
Виявлення хворих на туберкульоз у пізніх стадіях	На 10000 населення	—	—	—	0,1

Показник результативності (ПР) визначається за формулою:

$$\text{ПР} = \text{НЗ} + (\text{ФП} - \text{НП}) \cdot \text{ОВ}, \text{ де}$$

- ПР - показник результативності;
- НЗ - нормативне значення даної моделі в балах;
- ФП - фактичний показник;
- НП - нормативний показник;
- ОВ - одиниця вимірювання.

У наведеному прикладі для першого показника результативності – первинного виходу на інвалідність – нормативне значення 40,0 оцінюється у 4 бали (таблиця 1).

Відхилення, яке дорівнює 1 на 10 тисяч населення, оцінюється в 1 бал.

При цьому знак “-” у п’ятій колонці означає, що при збільшенні значення показника відносно до нормативу оцінка в балах буде зменшена.

Показники дефектів (ПД) визначаються як добуток фактичного показника на одиницю вимірювання.

Після підрахунку всіх ПР і ПД розраховуємо **коефіцієнт досягнення результату**. **КДР** визначається відношенням різниці між реально досягнутою сумою балів показників результативності та сумою балів дефектів до суми нормативних значень всіх показників результативності.

$$КДР = \frac{(ПР1 + ПР2 + \dots + ПРn) - (ПД1 + ПД2 + \dots + ПДn)}{НЗ1 + НЗ2 + \dots + НЗn}$$

Оцінюють отриманий КДР у динаміці, порівнюючи з даними аналогічних лікувально-профілактичних закладів (відділень). Бажано, щоб величина КДР наближалася до одиниці.

До моделей включають також показники, отримані за даними **експертних оцінок** або **методу рівня якості лікування (РЯЛ)**.

Рівень якості лікування слід визначати за такою формулою:

$$\text{РЯЛ} = (\text{ОНЗ} + \text{ОЯ}) : 200 \%, \text{ де}$$

- ▣ **РЯЛ** - рівень якості лікування;
- ▣ **ОНЗ** - оцінка виконання набору діагностичних, лікувально-оздоровчих заходів і правильність постановки діагнозу;
- ▣ **ОЯ** - оцінка якості лікування (стан здоров'я пацієнта після закінченого лікування).

У свою чергу, **ОНЗ** визначають за формулою:

$$\mathbf{ОНЗ = ОДЗ + ОД + ОЛЗ}, \text{ де}$$

- ▣ **ОДЗ** - оцінка виконання діагностичних заходів;
- ▣ **ОД** - оцінка діагнозу;
- ▣ **ОЛЗ** - оцінка лікувально - оздоровчих заходів.

Для оцінки ОДЗ, ОД, ОЛЗ і ОЯ пропонуються такі шкали (табл. 2, 3, 4, 5).

Таблиця 2

Шкала оцінки діагностичних заходів (ОДЗ, %)

Діагностичне обстеження не проведене	0
Виконані окремі малоінформативні обстеження	25
Обстеження проведено на половину	50
Обстеження проведено майже повністю	75
Обстеження проведено повністю	100

Таблиця 3

Шкала оцінки діагнозу (ОД, %)

Невідповідність між встановленим діагнозом і клініко – діагностичними даними	0
Відсутність розгорнутого клінічного діагнозу з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	50
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз із вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	75
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз основного та супутніх захворювань	100

Шкала оцінки лікувально – оздоровчих заходів (ОЛЗ, %)

Лікувально – оздоровчі заходи практично не проводились	0
Виконані окремі малоефективні процедури, маніпуляції та заходи	25
Лікувально - оздоровчі заходи виконані на половину	50
Лікувально - оздоровчі заходи виконані майже повністю; окремі недоліки	75
Набір лікувально – оздоровчих заходів виконано повністю	100

Таблиця 5

Шкала оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування та реабілітації (ОЯ, %)

Очікувані результати лікувально – профілактичного процесу та реабілітації практично відсутні	0
Незначне покращення стану здоров'я при явних відхиленнях результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	50
Досягнуто очікуваних результатів лікувально – профілактичного процесу та реабілітації, проте спостерігаються помірні відхилення результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	75
Отримані результати лікувально – профілактичного процесу та реабілітації повністю відповідають очікуваним результатам	100

При проведенні інтегральної оцінки рівня якості лікування (РЯЛ) слід враховувати значущість складових частин за допомогою відповідних індексів.

Для оцінки діагностичних заходів запропоновано індекс, що дорівнює 0,5; для оцінки діагнозу індекс – 0,1; для оцінки лікувально – оздоровчих заходів – 0,4; для оцінки якості – 1.

Виходячи з цього, РЯЛ визначається за формулою:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \cdot \text{ОДЗ} + 0,1 \cdot \text{ОД} + 0,4 \cdot \text{ОЛЗ} + 1 \cdot \text{ОЯ}) : 200 \%$$

Бажано, щоб величина РЯЛ наближалася до одиниці.

Види експертної оцінки:

А. Експертна оцінка якості медичної допомоги в стаціонарі.

1. Госпіталізація та якість обстеження.

2. Якість діагностики.

3. Якість лікування і консультативної допомоги.

4. Контроль завідуючим відділення за веденням хворого.

5. Обґрунтованість виписки та заходи по закріпленню ефективності стаціонарного лікування, наступність лікування.

6. Оформлення історії хвороби.

Види експертної оцінки:

Б. Експертна оцінка якості надання медичної допомоги в поліклініці.

1.Якість діагностики.

2.Якість лікування.

3.Експертиза рівня проведення лікувально – профілактичних заходів по диспансерній групі хворих.

4.Експертиза довготи та повноти обстеження хворих у поліклініці.

Види експертної оцінки:

В. Експертна оцінка якості медичної допомоги вагітних у жіночій консультації.

1. Взяття на облік.

2. Обстеження вагітної.

3. Патронаж та оздоровлення вагітної.

4. Якість обслуговування та ведення медичної документації.

Види експертної оцінки:

Г. Експертна оцінка якості спостереження і лікування дітей першого року життя.

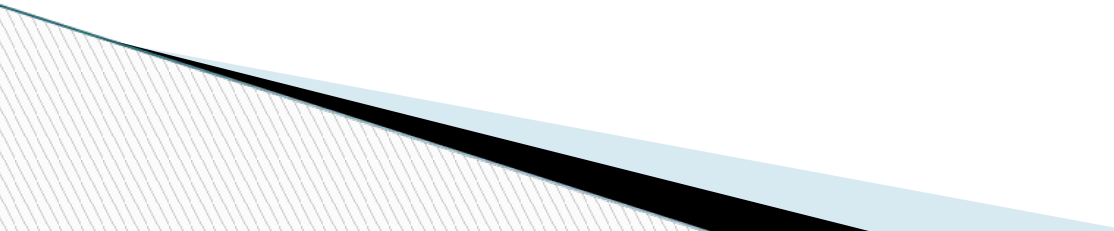
1.Якість патронажного спостереження.

2.Годування дитини.

3.Профілактика рахіту та регулярність спостереження.

4.Якість профілактичних щеплень.

5.Надання допомоги хворим дітям.



Види експертної оцінки:

Д. Експертна оцінка надання позалікарняної екстренної медичної допомоги.

1.Строки надання допомоги.

2.Час, витрачений на виконання виклику.

3.Якість діагностики.

4.Якість медичної допомоги.

Методика визначення

інтегрального коефіцієнта ефективності (K_i)

K_i визначають за формулою: $K_i = K_m \times K_s \times K_v$, де

K_m – коефіцієнт медичної ефективності – відношення кількості досягнутих медичних результатів до загальної кількості оцінюваних випадків;

K_s – коефіцієнт соціальної ефективності – відношення випадків задоволення до загальної кількості випадків, що оцінювали пацієнти;

K_v – коефіцієнт співвідношення витрат – відношення нормативних витрат до фактичних витрат в оцінюваних випадках надання медичної допомоги.

Якщо виникають ускладнення, можна обмежитися K_i , який включає тільки 2 коефіцієнти, наприклад, **$K_m \times K_s$** , при цьому K_m і K_s можна спочатку визначити не стосовно кожного медичного працівника, а щодо підрозділу в цілому.

Взагалі система контролю якості передбачає оцінку кінцевого результату діяльності на всіх рівнях надання медичної допомоги. Вона може проводитись поетапно та включати низку ступенів контролю.

Ступені контролю якості медичної допомоги в умовах державної системи охорони здоров'я

Перший ступінь контролю - завідуючий структурним підрозділом поліклініки чи стаціонару оцінює якість медичної допомоги, наданої окремим лікарем пацієнтам, які закінчили лікування в поліклініці (не менше 30 % хворих) і в стаціонарі (усіх хворих).

Другий ступінь контролю - заступники головного лікаря лікувально - профілактичного закладу (ЛПЗ), що відповідають за роботу поліклініки чи стаціонару, використовуючи основні облікові документи, проводять щоденно експертну оцінку не менше 10 % пацієнтів, які проліковані у поліклініці, та не менше 20 % осіб, які закінчили лікування в стаціонарі.

Ступені контролю якості медичної допомоги в умовах державної системи охорони здоров'я

Третій ступінь контролю - експертна комісія ЛПЗ оцінює якість роботи підрозділів щомісячно.

Четвертий ступінь контролю - експертна комісія при міському відділі (управлінні) охорони здоров'я (чи при ТМО) оцінює якість діяльності кожного ЛПЗ щоквартально.

П'ятий ступінь контролю - експертна комісія при обласному відділі (управлінні) охорони здоров'я оцінює діяльність ТМО та обласних ЛПЗ щоквартально.

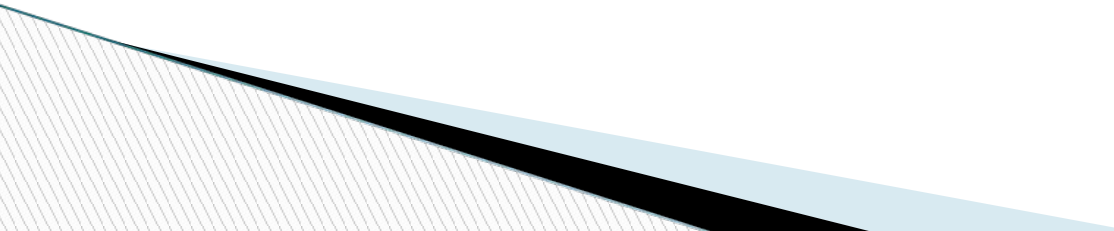
Контроль якості медичної допомоги за описаною схемою здійснюється в умовах державної системи охорони здоров'я.

Якщо медична допомога надається на засадах медичного страхування, його доцільно проводити за триступеневою схемою.

На I ступені внутрішньовідомча оцінка діяльності ЛПЗ проводиться експертною комісією відповідних органів охорони здоров'я.

На II ступені експертна комісія страхової медичної організації проводить позавідомчий контроль.

На III ступені контроль здійснює незалежна експертна комісія у випадку виникнення конфліктів.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!