

# Качество медицинской ПОМОЩИ

Кафедра организации  
здравоохранения и  
общественного здоровья,  
доцент, к.м.н., Образцова Е.Н.

Получение качественной МП- основная цель  
пациента- потребителя  
и обеспечение ее- основная проблема системы  
здравоохранения.

Политики и организаторы здравоохранения заняты разработкой различных реформ, цель которых - усилить гарантии социальной защищенности населения в сфере здравоохранения и обеспечить повышение уровня и качества медицинских услуг.

Определение качества медицинской помощи, как объекта оценки, необходимо для выбора цели, стратегии, постановки адекватных им задач и обоснования критериев их реализации.

**Медицинские услуги —**  
вид взаимоотношений по  
предоставлению медицинской  
помощи, урегулированный  
соглашением (договором на  
оказание медицинской услуги).

**К медицинской услуге**, имеющей своей целью оказание медицинской помощи пациенту, российским законодательством предъявляется требование полноты осуществления сторонами договора своих обязанностей.

Так, пациент должен соответствующим образом информировать персонал медицинского учреждения о состоянии своего здоровья, соблюдать все врачебные предписания и оплачивать медицинские действия согласно действующему в медицинском учреждении порядку. Персонал медицинского учреждения, в свою очередь, обязуется предоставить пациенту медицинскую помощь должного качества и объёма. Остановимся на указанном обстоятельстве

***Медицинская помощь –***  
совокупность лечебных и  
профилактических мероприятий,  
проводимых при заболеваниях,  
травмах, беременности и родах, а  
также с целью предупреждения  
заболеваний и травм.

Медицинская помощь  
оказывается людьми,  
имеющими медицинское  
образование и  
сертифицированными для  
оказания такой помощи.

# Понятие качества

Понятие качества товара или услуги в сфере производства и рыночной экономики тесно связано с их потребительскими свойствами.

При оценке качества товаров и услуг отдельно рассматриваются две характеристики качества:

*качество исполнения и качество соответствия.*

Качество исполнения - характеристика, отражающая степень, в которой товар или предоставляемые организацией (группой лиц, объединенных одной целью) услуги фактически удовлетворяют потребности клиентов.

Качество соответствия - характеристика, отражающая степень, в которой продукция или услуги, предоставляемые организацией соответствует внутренним спецификациям товара и услуги.

**Особенностью “качества” в приложении к медицинской помощи является то, что исполнение обследования и лечения больного не всегда полностью удовлетворяет пациента. Это связано с отсутствием у него объективного представления о возможностях коррекции реального патологического состояния средствами**



**Надлежащее КМП - это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлением о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения**

**Ненадлежащее КМП - это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлениям о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.**

***Качество***- свойство товара или услуги удовлетворять спрос потребителя.

***Качество медицинской помощи (КМП)***- совокупность свойств и характеристик, подтверждающих соответствие оказанной МП имеющимся потребностям пациента, современному уровню доказательной медицинской наук при оптимальном использовании ресурсов.

**По определению ФФ ОМС: «КМП- это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, то есть способности снижать риск прогрессирования имеющего у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать объективные условия удовлетворенности пациента о его взаимодействия с медицинской подсистемой (врачом, отделением, учреждением).**

# Понятие КМП

1. Качество медицинской помощи - есть содержание медицинской деятельности в процессе оказания медицинских услуг (МУ). КМП есть содержание взаимодействия врача и пациента.

2. КМП – степень совершенства, пригодности медицинского процесса, степень соответствия должному, желаемому уровню.

**ВОЗ при определении КМП  
рекомендовано учитывать и оценивать  
четыре основных компонента (признака):**

- **-безопасность МП- риск травм и заболеваний в результате медицинского вмешательства, соблюдение медицинских технологий,**
- **-доступность МП- соотношение между числом пациентов, своевременно получившим адекватную помощь, и общим количеством нуждающихся.**
- **-оптимальность использования ресурсов,**
- **-удовлетворенность пациента МП.**

# В КМП по другим критерием включают:

- Адекватность - соотношение фактического обслуживания его целям и методам реализации.
- Своевременность - соотношение между временем получения адекватной помощи от момента потребности и минимальным временем, которое бы понадобилось для оказания такой помощи в идеальных условиях.
- Результативность - внешняя эффективность соотношение между фактическим действием службы и возможным максимальным результатом, который мог быть достигнут в идеальных условиях. Стремиться к 100%.
- Внутренняя эффективность-снижение стоимости МП без снижения ее результативности.
- Научно-технический Профессиональный уровень уровень.
- Приемлемость - соответствие М П ожиданиям.
- Законность - выражена в законах, этических принципах, нормах и правилах.

# Характеристика качества для здравоохранения

**Профилактика проблем, связанных со здоровьем.**

**Влияние на физические, социальные, биологические и умственные способности функционирования (результаты здоровья).**

**Способность определить проблему, связанную со здоровьем.**

**Соответствие между диагнозом, прогнозом и лечением.**

**Продолжительность оказания услуги.**

**Доступ к лечению.**

**Взаимодействие между людьми.**

**Уровень заботы, касающейся лечения.**

**Информация, полезная для управления индивидуальным состоянием здоровья.**



# Терминология

В отношении КМП используются основные термины:

- Оценка-установление реальных значений показателей КМП в сравнении с базовыми, стандартными.
- Уровень -количественная величина, получаемая при комплексной оценке КМП.
- Контроль –методы и виды деятельности оперативного характера, наблюдение с целью проверки. Проводится с помощью экспертизы.
- Обеспечение качества МП -принятие действенных мер по созданию качества медицинского обслуживания в соответствии заданными целями.

# ТРИ ЗВЕНА СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Международный стандарт ISO 9001 описывает систему качества как совокупность организационной структуры, ответственности, процедур и ресурсов, направленных на внедрение административного управления качеством.*

**Актуальность вопросов контроля качества медицинской помощи определяется следующими тремя обстоятельствами:**

- появлением медицинских учреждений негосударственных форм собственности;**
- проводимыми в отечественном здравоохранении реформами, которые направлены, прежде всего, на экономические аспекты, т. е. отрасль в целом и каждое ЛПУ в отдельности заняты поиском не только дополнительного финансирования, но и путей снижения издержек на оказание медицинской помощи, что в свою очередь может неблагоприятно сказаться на качестве медицинской помощи;**
- неотработанностью правовой базы контроля качества медицинской помощи.**

**В последнем случае можно выделить два аспекта:**

**— в нормативных документах не дано определение понятию "качество медицинской помощи", что не позволяет в должной мере использовать положения Закона "О медицинском страховании...", других подзаконных актов;**

**— появление значительного числа субъектов, в задачи которых входит контроль качества медицинской помощи при отсутствии распределения полномочий между ними, что ведет к неоправданному дублированию их функций.**

**Для формирования эффективной системы контроля качества медицинской помощи необходимо определить:**

- 1) круг участников контроля, распределение полномочий между ними и правила их взаимодействия;**
- 2) механизмы;**
- 3) средства контроля.**

# Законодательная база к числу участников контроля качества медицинской помощи

## ОТНОСИТ:

- **медицинские учреждения;**
- **общественные объединения потребителей;**
- **лицензирующие органы;**
- **страховые медицинские организации;**
- **профессиональные медицинские ассоциации;**
- **фонды обязательного медицинского страхования;**
- **государственные медицинские образовательные учреждения;**  
**медицинские научно-исследовательские учреждения,**  
**осуществляющие послевузовское или дополнительное**  
**профессиональное образование специалистов;**
- **страхователи;**
- **Госстандарт России и его территориальные органы;**
- **Роспотребнадзор;**
- **Органы государственного пожарного надзора;**
- **Государственная инспекция по охране труда;**
- **Комитеты по управлению государственным имуществом;**
- **Исполнительные органы фонда социального**

**Обычно принято выделять ведомственное и вневедомственное звенья системы контроля качества медицинской помощи. К ведомственному звену относят медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, а к вневедомственному — всех остальных.**

**Такая классификация была прогрессивна в период, когда система контроля была фактически представлена только ведомственным звеном.**

**Сейчас число участников контроля, не зависящих от системы здравоохранения, значительно превышает количество субъектов ведомственного звена, однако нормативная база не определяет распределение их полномочий и для обоснования распределения полномочий участников контроля качества медицинской помощи необходима новая классификация.**

**Предлагается выделять три звена системы контроля:**

- контроль со стороны производителя медицинских услуг (внутренний контроль качества);**
- контроль со стороны потребителя медицинских услуг (потребительский контроль качества);**
- контроль со стороны организаций, не зависящих от потребителей и производителей медицинских услуг (внешний контроль качества).**



**Каждое звено системы так или иначе должно быть связано со всеми компонентами качества медицинской помощи: структурным качеством, качеством технологии и качеством результата.**

# Выделяют три подхода конструкции КМП:

- Структурный.
- Процессуальный - качество технологий.
- Результативный - качество результата.

**Структурное качество – это компонент качества медицинской помощи, описывающий условия ее оказания. В понятие «условия» включаются:**

**- квалификация кадров, наличие и состояние оборудования, рациональность использования оборудования, состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение в медицинском учреждении, наличие и пополнение расходных материалов и т.д.**

**Структурное качество может определяться как по отношению к медицинскому учреждению в целом, с его материально-технической базой, кадровым обеспечением, организацией работы, сервисными условиями ( в этом случае говорят о возможностях ЛПУ оказывать медицинские услуги должного уровня), так и к каждому медицинскому работнику в отдельности.**

**В последнем случае оцениваются его профессиональные качества,, т.е. сумма умений, знаний, навыков выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций.**

## **Качество технологии**

**( процессуальный) – это компонент медицинской помощи, описывающий, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, был оптимален.**

**Важный принцип, лежащий в основе процессуального подхода к системе обеспечения качества, - это создание таких условий, когда ошибка конкретного исполнителя или случайное отклонение от нормального процесса выполнения медицинской технологии не приводит к ухудшению результатов медицинской помощи..**

**Качество результата** – это компонент качества медицинской помощи, описывающий отношение фактически достигнутых результатов с реально достижимыми (планируемыми).

В зависимости от оцениваемого объекта под планируемыми результатами можно понимать:

- динамику состояния здоровья конкретного пациента;
- результаты лечения всех больных в ЛПУ за отчетный период;
- состояние здоровья населения территории.

**В зависимости от оцениваемого объекта под планируемыми результатами можно понимать:**

- динамику состояния здоровья конкретного пациента;**
- результаты лечения всех больных в ЛПУ за отчетный период;**
- состояние здоровья населения территории.**

**Лицензионно-аккредитационные комиссии должны заниматься, прежде всего, контролем структурного качества деятельности ЛПУ в целом;**

**- профессиональные медицинские ассоциации — оценкой профессиональных качеств каждого медицинского работника;**

**- страховщики — контролем качества результата по отношению к конкретному застрахованному и оценкой качества технологии.**

**- органы управления здравоохранением должны осуществлять контроль качества результата медицинской помощи населению территории и качества результата по отношению ко всем пролеченным в ЛПУ за отчетный период, т. е. субъекты внешнего звена должны контролировать не каждый из компонентов качества медицинской помощи, а только соответствующий.**



**Этот принцип является  
основой разделения  
полномочий между субъектами,  
составляющими внешнее звено  
контроля качества.**

**Лицензирование и аккредитация  
ЛПУ - наиболее мощный рычаг  
обеспечения контроля за КМП.**

**В настоящее время  
используется более десятка  
различных методов и  
соответствующих им средств  
контроля качества медицинской  
помощи.**

**Основными средствами  
контроля являются  
медицинские стандарты,  
показатели деятельности ЛПУ,  
экспертные оценки.**

**В соответствии с "Временным положением о медицинских стандартах", утвержденным приказом МЗ РФ № 277 от 16.10.92 г., выделяют следующие виды медицинских стандартов:**

**1. По административно-территориальному делению:**

**международные,  
национальные,  
территориальные,  
локальные.**

**2. По объектам стандартизации:**

**структурно-организационные стандарты,  
профессиональные стандарты,  
технологические стандарты.**

**3. По механизму использования:**

**простые,  
групповые.**

**В мировой практике сложилось два подхода к созданию и использованию стандартов.**

**Первый предусматривает наличие только одного стандарта на продукцию или услугу (простой стандарт).**

**Поэтому определение соответствия продукции (услуги) стандарту осуществляется по схеме: "соответствует — не соответствует". Несоответствие обуславливает отказ в выдаче сертификата.**

**Второй подход предусматривает разработку и использование комплекса стандартов одного вида, иерархически связанных между собой (групповой стандарт).**

**Определение соответствия услуги определяется в этом случае по схеме: "соответствует стандарту высшей категории (класса, разряда), соответствует стандарту первой категории, соответствует стандарту общей (базовой) категории, не соответствует ни одному из стандартов".**

**Отказ в выдаче сертификата возникает лишь в случае, когда объект не соответствует ни одному из стандартов.**

# Стандарты.

Важнейшим условием проведения оценки качества медицинской помощи является наличие стандартов качества медицинской помощи.

“Стандарт качества медицинской помощи” это нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения.

**По обязательности  
выполнения различают:**

- рекомендательные стандарты;**
- законодательные стандарты.**

По уровню в общей иерархии и области применения различают: локальные, региональные, национальные, международные стандарты.

По видам: стандарты на ресурсы здравоохранения; стандарты организации медицинской службы и учреждений; технологические стандарты; стандарты программ медицинской помощи; медико-экономические стандарты; комплексные стандарты.



**Обязательные требования стандартов должны быть соотнесены с основными направлениями, определяющими задачи и содержание деятельности по обеспечению качества медицинской помощи.**

**Выделяют следующие направления:**

- безопасность медицинской помощи;**
- гарантированность объема и качества медицинской помощи соответствующих уровней;**
- оптимальность медицинской помощи;**
- удовлетворенность пациента.**

При проверке качества медицинской помощи часто используют стандарт качества. Основу стандарта качества медицинской помощи составляют три основных блока.

1. Набор мероприятий, характеризующих объем обследования больного.

2. Набор параметров и мероприятий, характеризующих объем лечебно-реабилитационных мер.

3. Набор параметров и критериев, характеризующих должное

# Основные требования, предъявляемые к стандарту

**Стандарт качества лечения и диагностики должен:**

- быть единым, принятым на территории региона;
- быть единым для поликлиники и для стационара;
- характеризовать на фактическое состояние медицинской помощи, а максимально достигнутый уровень медицинской помощи при современном развитии науки и практики;
- характеризовать степень соответствия лечения конкретного больного его состоянию и течению болезни;
- разрабатываться на основе либо синдрома, либо состояния больного;
- быть достоверным;
- давать возможность ранней постановки диагноза на его основе;
- иметь необходимый и достаточный объем исследований;
- быть экономичным.

**Чтобы служить перечисленным  
выше целям стандарты должны:**

- объективно отражать  
действительность;**
- содержать оптимальное решение  
задачи;**
- быть практически выполнимыми;**
- быть стабильными и одновременно  
динамичными;**
- обладать организующей ролью;**
- обеспечивать преемственность при  
организации процесса  
производства.**

# КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Целью осуществления контроля качества является обеспечение права граждан на получение медицинской помощи, соответствующей гарантиям базовой (территориальной) программы ОМС, а также обеспечение эффективности и рациональности использования финансовых средств ОМС.

Контроль качества медицинской помощи в системе ОМС осуществляется путем:

- экспертной оценки лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с территориальной программой ОМС;
- проверки правильности оплаты медицинской помощи.

# Система контроля КМП

*Система контроля\_КМП* создается с целью решения задач:

**1. Защита прав пациентов в части предоставления гарантированного объема и качества медицинской помощи.**

**2. Создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, возникающих по вине лечебно-профилактических учреждений.**

**3. Создание рациональной, эффективной системы контроля за использованием финансовых средств лечебно-профилактическими учреждениями.**

**Система контроля КМП должна определять соответствие фактически проводимых лечебно-диагностических мероприятий тем мерам, которые гарантированы гражданам нормативными документами, принятыми в субъектах Российской Федерации.**

# Система обеспечения качества медицинской помощи состоит из 3 элементов. К ним относятся:

- участники контроля (т.е. те, кто должен осуществлять контроль);
- средства (с помощью чего осуществляется контроль);
- механизмы контроля (каким образом осуществляется контроль, последовательность действий).

**Нормативная база делит всех перечисленных участников контроля на 2 звена.**

**Принято выделять ведомственные и вневедомственные звенья качества медицинской помощи. При этом к ведомственному звену относятся медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, к вневедомственной относятся все остальные.**



# Перечень территориальных нормативных документов

**Включает:**

- территориальную программу ОМС,
- территориальные правила ОМС,
  - перечень медицинских услуг, выполняемых за счет государственной и муниципальной систем здравоохранения,
  - перечень дорогостоящих видов медицинской помощи, финансируемых за счет бюджетов всех уровней,
  - положение о порядке проведения экспертизы КМП,
- медико-экономические стандарты.

# Контроль КМП

Контроль КМП следует проводить по двум направлениям:

- на соответствие фактически оказанных медицинских услуг возможностям лечебно-профилактического учреждения,
- на соответствие фактических затрат на оказание медицинских услуг нормативным финансовым

# Организация контроля качества медицинской помощи

Решение задачи по измерению процесса предусматривает организацию его контроля.

Контроль – это процесс, обеспечивающий достижение целей организации. Существует несколько классификаций видов контроля медицинской деятельности, ее объемов и качества.

## СТРУКТУРА

<b>Здания, сооружения</b>	<b>Медицинская техника</b>	<b>Вспомогательная и организационная</b>	<b>Кадры</b>	<b>Ресурсы (лекарственные и иные)</b>
---------------------------	----------------------------	--	--------------	---------------------------------------

## ТЕХНОЛОГИЯ

**Медицинская**

**Управленческая**

## РЕЗУЛЬТАТ

**Показатели объема деятельности**

**Показатели результативности**

**Медицинские**

**Экономические**

**Медицинские**

**Экономические**

**Социальные**

***Элементы качества медицинской помощи***

Направления экспертизы	Основные показатели Стационарной деятельности
Структура	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показатели кадрового потенциала;</li> <li>• Уровень материально-технического обеспечения;</li> <li>• Показатели обеспеченности ресурсами</li> </ul>
Преимущества с догоспитальным этапом - адекватность и своевременность госпитализации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Срок ожидания и сроки поступления в стационар;</li> <li>• Количество полностью обследованных больных на догоспитальном этапе из числа направленных на плановую госпитализацию;</li> <li>• Количество расхождений направляющего и заключительного диагнозов;</li> <li>• Частота отказов в госпитализации;</li> <li>• Частота повторных госпитализаций в календарном году по соответствующим нозологическим формам;</li> <li>• Показатели летальности (досуточная летальность, летальность на дому);</li> <li>• Обоснованность показаний к госпитализации</li> </ul>

<b>Технология лечебно- диагностическог о процесса</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Организация обследования, лечения и ухода за больным, объем деятельности, осуществляемый лечебными и поликлиническими подразделениями - научно-технологический уровень лечебно-диагностического процесса;</li><li>• Комплексность, полнота обследования и его обоснованность, соответствие медико-экономическим стандартам;</li><li>• Взаимосвязь в работе отдельных подразделений стационара;</li><li>• Исходы заболеваний и результаты лечения;</li><li>• Качество ведения медицинской документации;</li><li>• Средняя длительность пребывания больного на койке;</li><li>• Длительность послеоперационного периода по нозологиям</li></ul>
<b>Оценка достижения результатов лечения</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Общий показатель летальности по стационару;</li><li>• Показатель послеоперационной летальности;</li><li>• Летальность по специализированным подразделениям</li></ul>
<b>Оценка управления стационаром</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Показатели работы койки;</li><li>• Показатели планирования деятельности стационара;</li><li>• Оценка информационного обеспечения;</li><li>• Сверхнормативные сроки пребывания в стационаре;</li><li>• Показатель повторных госпитализаций</li></ul>

<b>Направления экспертизы</b>	<b>Основные показатели Амбулаторно-поликлинической д-ти</b>
<b>Структура</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Показатели кадрового потенциала;</li><li>• Уровень материально-технического обеспечения;</li><li>• Показатели обеспечения ресурсами</li></ul>
<b>Преимственность</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Объем догоспитального обследования;</li><li>• Обоснованность направлений на госпитализацию;</li><li>• Оценка возможности оказания неотложной помощи в поликлинике</li></ul>
<b>Технология лечебно-диагностического процесса</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Функция врача;</li><li>• Оценка полноты, своевременности и обоснованности лечебных и диагностических мероприятий;</li><li>• Соответствие оказанной медицинской помощи медико-экономическим стандартам;</li><li>• Оценка полноты и своевременности профилактических мероприятий;</li><li>• Полнота и качество ведения медицинской документации</li></ul>

<b>Оценка управления</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Показатели планирования;</li><li>• Оценка информационного обеспечения;</li><li>• Анализ причин инвалидации, запущенности онкологических заболеваний, туберкулеза</li></ul>
<b>Оценка результатов деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Степень охвата нуждающихся в диспансерном наблюдении;</li><li>• Уровень первичного выхода на инвалидность;</li><li>• Уровень распространенности хронических и запущенных форм заболеваний;</li><li>• Степень выявления ранних форм онкологических, гинекологических заболеваний, глаукомы, туберкулеза и пр.</li></ul>



**В зависимости от этапов управления процессом выделяют следующие виды контроля:**

- предварительный
- текущий
- заключительный.

## **Предварительный контроль**

предусматривает создание определенных правил, протоколов до начала работ. Он затрагивает три основные сферы организации: персонал, материалы и финансы. Предварительный контроль на уровне персонала включает осуществление продуманной системы найма на работу, дополнительного обучения и последующего повышения квалификации.

## **Текущий контроль**

осуществляется непосредственно в ходе проведения работ. Обратная связь при таком виде контроля используется для оперативного решения возникающих проблем.

## **Заключительный контроль**

проводится после завершения работы, что не позволяет отреагировать на выявленные проблемы в момент их появления. Однако у заключительного контроля есть две важные функции: воздействия на планирование для предупреждения новых проблем и формирование мотивации.

# Эффективный контроль должен:

- иметь стратегическую направленность, то есть отражать приоритеты организации;
- - быть ориентирован на результаты, то есть на те аспекты деятельности, которые могут быть реально улучшены;
- - быть адекватным (характер контроля должен соответствовать контролируемому виду деятельности – например, нельзя контролировать качество лечения по количеству принятых пациентами таблеток);
- - быть своевременным, то есть должен быть установлен соответствующий интервал между проводимыми проверками;
- - быть гибким, простым и экономичны

# ВСЕОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

## Модели управление КМП.

- Профессиональная - предусматривает высокий квалификационный уровень врача, как единственный гарант КМП. Оценка правильности лечения лежит в сфере профессиональной экспертизы. В основе управления законы и принципы корпоративной культуры.
- Бюрократическая модель. Иерархический тип управления. Аудиторский принцип контроля деятельности. Требуется сертификат, широко практикуются отчеты, проверки. Показателями качества является соответствие стандартам, низкие негативные результаты. Не учитывается мнение пациента о степени достижения ожидаемого результата. Вызывает естественное сопротивление людей, заинтересованных не в выявлении причин недостатков и дефектов в качестве, а в их сокрытии. Такой способ не стимулирует выявление отклонений и их анализ, отстраняясь от возможности управлять результатами МП.
- Индустриальная модель предусматривает постоянное совершенствование КМП. В России находится на стадии осмысления модели.

Определено и 7 «смертельных болезней», которые мешают внедрению новой программы управления качеством:

- **Отсутствие постоянной цели;**
  - **Тяга к краткосрочным проектам;**
  - **Текучесть руководящих кадров;**
  - **Оценка индивидуального выполнения, производительности, ежегодной аттестации;**
  - **Принятие руководством решений на основе поверхностных показателей**
- Особое непонимание вызывали п.11 и 12.. Это наиболее проблематичная часть концепции.**

**Врачебная ошибка –**  
незлоумышленное заблуждение  
врача ( или любого другого  
медицинского работника) в его  
профессиональной деятельности,  
если при этом исключается  
халатность или  
недобросовестность.



# Правовая сторона

Законодательству термин «врачебная ошибка» неизвестен, поэтому юристы его как правило не употребляют. Он имеет распространение преимущественно в медицинской литературе, но и здесь не существует общепринятого понятия этого термина.

Врачебной ошибке можно дать несколько определений:

**Врачебная ошибка** – ошибка врача в профессиональной деятельности, вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества.

**Врачебная ошибка** – ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступков.

**Врачебная ошибка** - неправильное определение болезни врачом ( диагностическая ошибка) или неправильное врачебное мероприятие ( операция, назначение лекарства и др.), обусловленные добросовестным заблуждением врача.

**Врачебная ошибка** – неправильное действие ( или бездействие) врача, имеющее в своей основе несовершенство современной науки, незнание или неспособность использовать имеющиеся знания на практике

*Людские нужды заставляют нас решать и действовать. Но если мы будем требовательны к себе, но не только успехи, но и ошибки станут источником знания*

***Гиппократ***

# Медицинская сторона

В медицинской среде считается, что врачебная ошибка вне зависимости от тяжести последствий не наказуема юридически; она является не уголовно-правовой проблемой, а медицинской (организационно-методической). Подмена понятия «врачебная ошибка» на «врачебное преступление» недопустима, так как приводит к деструктивному конфликту интересов пациентов и медработников.

# Этапы процесса диагностики

- Оценка симптомов.
- Постановка предварительного диагноза.
- Дифференциальная диагностика.
- Постановка клинического диагноза.
- Анализ причинно-следственных отношений.

## **Оценка симптомов -**

возможно, любые болезни, любые проблемы, любые неожиданности. Выяснить ведущий симптом – основная жалоба больного.

# **Постановка**

предварительного диагноза –  
на основании жалоб больного,  
мышление, логика,  
профессионализм.



## **Дифференциальная**

**диагностика** – скептически относиться к первоначальным гипотезам и искать дополнительные данные, которые могли бы подтвердить или опровергнуть первые подозрения. Диффдиагностика помогает сформулировать вопросы, на которые следует ответить, прежде чем принять или отбросить первоначальные предположения.

**Постановка клинического диагноза – сбор дополнительных данных, обследование больного позволяет определиться с диагнозом**

**Анализ причинно-  
следственных отношений –**  
проверка того, действительно ли  
выявленная болезнь объясняют все  
имеющиеся симптомы или, по  
крайней мере, значительную часть.

**В полном виде диагноз  
должен выглядеть так:**

**причина - болезнь -  
симптомы.**

**Диагноз** в его полном виде включает в себя нечто большее, чем просто перечень этих трех компонентов; он предполагает, что эти компоненты соответствуют друг другу и взаимосвязаны: симптомы обусловлены болезнью, которой в свою очередь предшествуют одна или несколько причин, повышающих вероятность ее возникновения.

# Взаимоотношения врача и больного

**На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и больным было и остается доверие.**

**Еще недавно все сводилось к тому, что больной доверял врачу право принимать решения. Врач же «исключительно в интересах больного» поступал так как считал нужным. Раньше думали, что держать больного в неведении гуманнее, чем вовлекать его в решение сложных медицинских проблем. Больной доверял врачу – врач брал на себя заботу о нем и не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду.**

В современной медицине врач и больной **сотрудничает, делятся** сомнениями и **сообщают** друг другу полную правду. Это три обязательных компонента современного медицинского подхода

# Стиль отношений- сотрудничество

Доверие к врачу – как и прежде, обязательный компонент лечебно-диагностического процесса.

Взаимоотношения врача и больного – не просто обмен сведениями; это – часть лечения.



Сотрудничество состоит из  
четырех главных компонентов:

- поддержки;
- понимания;
- уважения;
- сочувствия.

**Поддержка** – одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и больного.

**Поддержка** означает, что врач стремится быть полезным больному.

Однако бывают случаи, когда больной не уверен, что врач отстаивает его интересы

Когда врач проявляет **понимание**, больной уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача.

Это чувство укрепляется, когда врач говорит: «Я вас слышу и понимаю».

Нужно уметь распознать случаи, когда убедить больного в своем понимании не удастся и разбираться в причинах этого.

Невыполнение врачебных рекомендаций ( и вследствие этого – неуспех лечения) может быть единственным признаком того, что больной не доверяет врачу

Уважение подразумевает признание ценности больного как индивида и важности его забот. Главное показать, что его слова произвели на вас впечатление, необходимо признать значительность происходящих с больным событий.

Чтобы продемонстрировать уважение, нужно ознакомиться с обстоятельствами жизни больного настолько подробно, чтобы общаться с ним как с личностью, а не только как с носителем болезни.

**Сочувствие** – ключ к установлению сотрудничества между врачом и больным. Нужно уметь поставить себя на место больного, взглянуть на мир его глазами.

Врач должен терпеливо выслушать больного, даже когда тот повторяется, давать больному возможность обсуждать причины и возможные последствия болезни, свою будущую жизнь

Взаимодействие между врачом и больным в ходе оказания медицинской помощи – один из главных компонентов успеха.

Налаженные взаимоотношения врача и больного не только целительны сами по себе, они усиливают и облегчают воздействие других лечебных вмешательств

Однако бывают и исключения, когда сотрудничество не удастся наладить. К ним относятся следующие категории больных:

- больные, не склонные сотрудничать с врачом;
- больные, имеющие цели, далекие от лечения;
- больные, с которыми трудно наладить взаимодействие;
- больные, доверительные отношения с которыми мешают увидеть всю полноту картины.

# Больные, не склонные сотрудничать с врачом

Не все больные верят, что врач хочет и может им помочь. Такие больные не готовы к установлению сотрудничества в процессе лечения. Распознать такого скептически настроенного больного не трудно, но избежать его отрицательной или оборонительной реакции гораздо сложнее. Тем не менее важно отличать таких людей от прочих и не пытаться убеждать их словами, а убеждать действиями и полезно дать человеку понять, что его внимательно выслушали. Дать больному возможность расслабиться помогают простые реплики типа : «Я вас внимательно слушаю» или « Я кое-что посоветую, но решать вы, конечно, будете сами»



# Больные, имеющие цели, далекие от лечения

Труднее бывает распознать больных, стремящихся установить доверительные отношения с врачом, чтобы использовать их в целях, не имеющих ничего общего с лечением. Они выглядят настроенными на плодотворное сотрудничество, благодарными и полностью доверяющими врачу. На самом деле те из них, кто особенно усердствует в похвалах, чаще других вступают с врачом в конфликт. Существует два типа ситуаций:

1. Когда больной своими поступками пытается склонить врача к выступлению на своей стороне против других членов семьи, врач становится оружием, которое больной использует против своих близких и просит врача вмешаться в домашний конфликт.

Подобные просьбы следует расценивать как сигнал, предупреждающий о опасности. Лучше сразу обезопасить себя – принимать такого больного в присутствии третьего лица: так вы сможете избежать искажения смысла ваших слов.

2. Когда болезнь или нездоровый образ жизни сулят больному определенные выгоды. Другими словами, болезненное состояние приносит ему какую-то пользу, и в результате он всячески стремится его сохранить. Больному хочется быть больным, и он использует свои отношения с врачом для получения «официального подтверждения» своего состояния.

Врач должен быть очень осторожен с такими больными, не позволять манипулировать собой и давать только абсолютно обоснованные заключения

Наконец, еще один редкий тип людей, не склонных к установлению плодотворного сотрудничества с врачом, можно назвать «сутяжным». Это люди с установкой на судебный процесс и извлечения своей выгоды.

Главное – предельно четкая документация

## **Больные, с которыми трудно наладить взаимодействие.**

Делятся на три типа:

- настырно-требовательные, которые могут обосновать свои самые бессмысленные требования;
- вязкие, которые пользуются медицинской помощью столь интенсивно, что часто вызывают раздражение и досаду;
- хронически недовольные, которые изводят и часто подвергают врачей в отчаяние, постоянно сообщая им о неэффективности применяемого лечения.

Важно однако не перепутать в перечисленными типами совсем другую категорию «трудных» больных – тех, кому действительно трудно поставить диагноз из-за атипичных симптомов болезни

Настырно-требовательному больному нужно разъяснить его право на хорошее медицинское обслуживание, которое однако, не обязательно включает выполнение каждого конкретного требования. Предоставление возможности выбора, но одновременно твердое проведение своей линии помогают овладеть ситуацией.

В случае вязких больных рекомендуют регулярные короткие осмотры в строго установленные часы.

Сложнее всего с хронически недовольными. Важно наладить хорошее отношение с больным.

## **Когда доверительные отношения мешают.**

Необходимо признать, что доверительные отношения с больными иногда мешают объективно взглянуть на ситуацию и понять реальный ход вещей. Можно не заметить наркоманию, лекарственную зависимость или тот факт, что больной одновременно лечится у другого врача и следует рекомендациям, которые противоречат вашим. Бывает, что доверительные отношения с больным мешают врачу объективно оценивать ситуацию

*Благодарю*

*за внимание*