

Литература по КМП

- Уайба В.В. Общетеоретические основы управления качеством медицинской помощи.-Проблемы управления здравоохранением. М.: 2005.№ 5, с.22-30.
- Программа МЗ РФ «Управление качеством в здравоохранении на 2003-2007 годы: отраслевая программа» от 20 марта 2002 г.
- Назаренко Г.И., Полубенцева Е.Н. Управление качеством медицинской помощи.-М.: Медицина, 2000,-386 с.
- Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С. и др. Клинико-экономический анализ: Оценка, выбор медицинских технологий, и управление качеством медицинской помощи.-М.: Ньюдиамед.2004.-403 с.
- Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи-журнал

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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.
- Формирование необходимой системы контроля за качеством медицинской помощи (КМП) застрахованным гражданам запаздывает.
- Определение качества медицинской помощи, как объекта оценки, необходимо для выбора цели, стратегии, постановки адекватных им задач и обоснования критериев их реализации.

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.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Особенностью “качества” в отношении 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 современной медицины.
- Надлежащее КМП - это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям 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 МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- **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 науки, 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).

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.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Актуальность:
- 98 тысяч летальных исходов связаны с врачебными ошибками;
- Только 55% МП оказывается в соответствии с принципами доказательной медицины

Экономические стимулы повышения качества

- Недостаточное финансирование здравоохранения
- и связанное с этим сокращение количества закупаемого медицинского оборудования,
- снижение уровня оплаты труда медицинских работников,
- отток из отрасли работников привели
- к снижению качества медицинской помощи.

Понятие КМП

1. КМП 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.

Уровень КМП – это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья (Донабедиан)

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:

- **Профессиональный уровень**
- **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 уровень.**
- **Приемлимость**-соответствие М П ожиданиям.
- **Законность**-выражена в законах, этических принципах, нормах и правилах.

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.

Виды деятельности по управлению КМП

- Дизайн-конструкция КМП
- Контроль КМП
- Улучшение КМП

Выделяют три подхода конструкции КМП:

- Структурный.
- Процессуальный.
- Результативный - по конечному результату.

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

Пока не будет оплаты за качество МП - не будет и качественной МП!

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 – 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.

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

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.

Стандарты

По обязательности выполнения различают:

- федеральные стандарты;
- региональные 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.

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 состояние больного при выписке.

Основные требования, предъявляемые к стандарту

-
- **Стандарт качества лечения и диагностики должен:**
- - быть единым, принятым на территории региона;
- - быть единым для поликлиники и единым для стационара;
- - характеризовать не 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.
-

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.

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

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.

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.

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 затратам.**

Субъекты контроля качества медицинской помощи и их интересы

Субъекты	Интересы
Пациент - потребитель медицинских услуг	Адекватность медицинской услуги, ее безопасность, субъективная оценка качества медицинской помощи
Общества защиты прав потребителей	Объективная оценка качества медицинских услуг гарантирует отсутствие монополии на оказание того или иного вида медицинских услуг
Страховые медицинские организации, территориальные фонды ОМС	Объективная оценка медицинской помощи - вневедомственный контроль
Лицензионно-аккредитационные комиссии	Оценивают структуру, сеть ЛПУ, технологию и результативность работы ЛПУ
Профессиональные медицинские ассоциации	Разработка и утверждение медико-экономических стандартов и квалификационных требований, на основании которых осуществляется контроль качества медицинской помощи
Орган управления здравоохранением	Внутриведомственный контроль (сочетание объективной и частично субъективной оценок качества медицинской помощи), координация деятельности сети ЛПУ, территориальной лицензионно-аккредитационной комиссии в соответствии с потребностями населения
ЛПУ	Внутриведомственный контроль (самоконтроль)

Основанием для внеплановых проверок могут

быть:

- - жалоба на низкий уровень качества медицинской помощи либо дефекты в оказании медицинской помощи в медицинском учреждении, поступившая от граждан, предприятий или организаций;
- - несоответствие представленного финансового счета объему, качеству и продолжительности оказанных медицинских услуг;
- - случай летального исхода;
- - расхождение диагнозов (при направлении и при поступлении, заключительного клинического и патологоанатомического);
- - отказы в направлении на госпитализацию и в госпитализации;
- - случай внутрибольничного инфицирования;
- - осложнения, возникшие по вине медицинских работников;
- - случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- - случаи заболевания с удлинёнными или укороченными сроками лечения более чем на 15 (30)% от средней длительности;
- - повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение года.
- Проверка проводится по медицинской, учетно-отчетной финансовой и статистической документации. Контроль осуществляется на основании случайных выборок или по фактической причине проверки.

Экспертиза КМП

- Контроль КМП по конечному результату в системе обязательного медицинского страхования обеспечивается экспертной оценкой.
- Экспертиза КМП и ее стоимости осуществляется врачами-экспертами страховых медицинских организаций, территориальных фондов ОМС. При необходимости к экспертизе привлекаются независимые эксперты любой специальности, а также юристы.
- Эксперт КМП - это врач, имеющий право и специальную подготовку для обоснованной оценки содержания деятельности другого врача.
- Оценка КМП основывается на сопоставлении реальных действий врача и представлений о том, какими они должны быть с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи.
- Процесс оценки КМП включает три основных этапа:
 - 1) выявление врачебных ошибок;
 - 2) обоснование врачебных ошибок;
 - 3) обоснование рекомендаций по предотвращению врачебных ошибок на основе выяснения причин их возникновения.

Врачебная ошибка

- Врачебная ошибка - это такое действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновению нового патологического процесса неоптимальному использованию ресурсов медицины и неудовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения.

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

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

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

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

№№	Перечень дефектов, нарушений
1.	Нарушение прав застрахованных, предусмотренных территориальной программой ОМС
1.1.	Необоснованный отказ медицинского учреждения в предоставлении застрахованному медицинской услуги, предусмотренной территориальной программой ОМС, в том числе при нахождении застрахованного вне постоянного места жительства
1.2.	Отказ в предоставлении или неполное предоставление сервисных услуг, предусмотренных договором на оказание медицинских услуг, в том числе требующих дополнительных расходов на лечение и проведение реабилитации по данному осложнению
1.3.	Взимание платы с застрахованного или страхователя за медицинские услуги, предусмотренные программой ОМС, в том числе приобретение за их счет медикаментов при стационарном лечении
1.4.	Обоснованные претензии застрахованных на организацию медицинской помощи (нарушение режима работы медицинского учреждения, отказ в выдаче необходимой медицинской документации и т.д.)

2.

Дефекты лечебно-диагностического процесса в том числе:

- необоснованный отказ в госпитализации;
- необоснованный отказ в направлении на госпитализацию;
- несвоевременное направление на госпитализацию;
- необоснованная госпитализация больного;
- нарушение правил транспортировки больного и преемственности в оказании медицинской помощи;
- несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических мероприятий; (манипуляций, исследований, консультаций);
- некачественное выполнение диагностических мероприятий (манипуляций, исследований, консультаций), а также лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий;
- неверная трактовка данных клинико-диагностического и инструментального обследования, приведшая к выбору ошибочной тактики лечения;
- преждевременное прекращение лечения, кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента или его родственников;
- заболевания или осложнения, возникшие у пациента по вине медицинских работников (вирусный гепатит, СПИД, кишечная инфекция, травмы, отравления, ожоги и пр.)

2.1.	Дефекты лечебно-диагностического процесса, не причинившие ущерб здоровью пациента
2.2.	Дефекты лечебно-диагностического процесса, приведшие к диагностической ошибке, ухудшению состояния пациента, осложнению, смерти, удлинению сроков и удорожанию лечения
3.	Дефекты медицинской, финансовой и иной документации, наносящие экономический ущерб страховщику
3.1.	Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы объема и качества медицинской помощи
3.2.	Отсутствие, без уважительных причин медицинской документации, подтверждающей факт оказания медицинских услуг
3.3.	Предоставление финансовой документации (счета, реестры и пр.), сформированной на основе недостоверной статистической информации об оказанных медицинских услугах
3.4.	Оформление рецептов на лекарственные препараты, назначение которых не соответствует состоянию или заболеванию пациента
4.	Отказ администрации медицинского учреждения в предоставлении экспертам страховщика медицинской, финансовой или иной документации

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.

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

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- "Экспертиза" - исследование каких-либо вопросов лицами (экспертами), владеющими специальными знаниями в соответствующей области с вынесением определенного суждения (заключения).

Можно различать 5 аспектов ККМП

1. По оперативности: плановый контроль (с предупреждением проверяемых ЛПУ о сроках и направлениях, внеплановый – при наличии жалоб и грубейших ошибок, когда срочно требуется вмешательство, во избежании их повторений).
2. По времени: ретроспективный, текущий, этапный
3. По направлению : экспертиза структуры, технологии, результата.
4. По глубине: скрининг контроль, развернутая экспертиза.
5. По типу контролирующего органа. К числу участников контроля относятся свыше 16 групп учреждений.

Нормативная база делит участников на два звена- ведомственные и вневедомственные звенья КМП. Ведомственные -медучреждения и органы управления здравоохранением.



Современные подходы к КМП

- Процессуальный подход призван ответить на вопрос: как соблюдается технология лечебно-диагностического процесса? Основным методом в рамках процессуального подхода, в том числе и в отечественном здравоохранении, долгие годы является метод экспертной оценки медицинской помощи по первичной документации.
- Результативный подход – оценка качества медицинской помощи по результатам. Основывается на оценке степени достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи. Трудность заключается в сложности определения, что есть цель и конечный результат деятельности различных специалистов и учреждений системы здравоохранения.

Инструменты:

- Схемы процессов, диаграммы развития, причинно-следственные диаграммы, график Парето, гистограммы, контрольный график, критические пути.

Методы:

- Системный подход, совершенствование процесса, уменьшение отклонений, рабочие группы, непрерывное обучение

Принципы:

- Сосредоточение на проблеме
- Качество во всем
- Профилактика вместо выявления
- Постепенность
- Доверительность, достаточность

Основа ВУК -системный подход, управление процессами.

- **Процесс**- это специфически упорядоченная совокупность работ, заданий во времени и пространстве с указанием начала и конца и точным определением входов и выходов.

Признаки «синдрома слабости процессов»:

- Недовольство внутренних или внешних потребителей.
- Превышение бюджета и снижение производительности
- Возвраты продукции или жалобы на услуги
- Разногласия между сотрудниками и отделениями. Ухудшение психологического климата и текучесть кадров

В рамках закона управления процесс должен быть выявлен, спланирован, подробно изучен, должна быть предложена методика по его мониторингованию и устранению отклонений.

Основные этапы изучения технологических процессов.

Идентификация процессов.

- Создание многопрофильной рабочей группы по изучению процессов.

- Группа должна:

- сформулировать задачи деятельности,

- методы анализа качества изучаемого процесса,

- дать описание элементов, которые необходимо совершенствовать,

- представить методы улучшения,

- разработать план-сетку конкретных мероприятий.

Важным условием является поддержка их высшим руководством и право одного из менеджеров группы принимать решение о внедрении предложенной разработки.

Анализ структуры процесса и измерение основных параметров.

- Система ВУК требует использования специальных статистических методов оценки. Статистические методы анализа технологических процессов хорошо стандартизованы:

- Диаграмма потока

- Причинно-следственная диаграмма- диаграмма Исикавы –«рыбий скелет». Разделяет проблемы и отклонения на несколько групп: люди, методы, материалы, оборудование... Анализируются возможные причина проблем, каждому ответу соответствует ответвление на схеме.

- Диаграмма Парето. Ранжирование по частоте и величине влияния на проблему.

- Гистограмма, количество столбцов соответствует наблюдениям. помогает выявить отклонения, возникающие в процессе.

- Диаграмма рассеяния используется для анализа взаимосвязи двух переменных величин. Временной ряд отражает последовательное изменение анализируемых данных в течение определенного времени.

- Контрольная диаграмма-инструмент мониторинга процесса. Заданы верхние и нижние контрольные пределы.

Измерение процесса предусматривает его контроль.

- Предварительный контроль. Вступает в действие до начала процесса и предусматривает создание правил, протоколов. Затрагивает персонал, материалы и финансы.

- Текущий контроль осуществляется в ходе проведения работ, оперативная связь используется для устранения проблем.

- Заключительный контроль не устраняет уже выявленные проблемы, но влияет на планирование, предупреждение обнаруженных отклонений и формирование мотивации.

- *В процессе контроля заключены три вида деятельности:*

- Создание стандарта и выработка критериев

- Сопоставление с выработанными критериями реальных результатов

- Принятие решений о необходимых действиях по результатам контроля.

- Экономическая эффективность контроля возрастает при осуществлении управления по принципу «исключения». То есть система контроля реагирует только на значимые отклонения.

Эффективный контроль должен отвечать следующим критериям:

- Иметь стратегическую направленность

- Быть ориентирован на результаты

- Быть адекватным

- Быть своевременным

- Быть гибким, простым и экономичным.

Определение типа отклонений в течение процесса.

- **Рядовые отклонения.** Колеблются в контрольных пределах, зависят от несогласованности в системе и могут быть уменьшены.
- **Особые отклонения.** Выходят за контрольные пределы. Вызваны внешними воздействиями. Требуют выявления причины и ее устранения.

Управление отклонениями позволяет управлять результатом.

- **Особенностью непрерывного повышения качества является отказ от заключительного контроля как ненужного вследствие правильного осуществления всех этапов! (контролирует потребитель!).**
- **Изучение процессов завершается описанием их структуры, идентификацией отклонений, определением их типа и методологии коррекции.**

Замкнутый цикл управления качеством



В США в здравоохранении рекомендована 10-ступенчатая система мониторингования и оценки КМП:

- 1. Назначение ответственных за КМП**
- 2. Установление пределов профессионально деятельности организации**
- 3. Определение наиболее важных аспектов оказания МП, подлежащих контролю**
- 4. Определение индикаторов качества**
- 5. Определение контрольных пределов значений индикаторов**
- 6. Сбор и систематизация данных**
- 7. Оценка медицинской помощи при достижении контрольных пределов**
- 8. Внесение изменений для улучшения МП**
- 9. Оценка эффективности внесенных изменений и их законодательное закрепление**
- 10. Передача результатов мониторингования всем сотрудникам и организациям, участвующих в осуществлении повышения КМП**

Основная трудность возникает при сравнении результата со стандартами

- **В медицине отслеживаются не истинные отклонения, а умозрительно выявленные показатели.**
- **Отклонения не выявляются, о них пытаются догадаться! Поэтому возникла необходимость введения понятия индикаторов качества при адаптации принципов управления в здравоохранении.**
- **В медицине нет единых стандартов технологических процессов, то есть реальный процесс в большинстве случаев сравнивать не с чем.**

Методология организации работ по проектированию и совершенствованию процессов.

Применяется метод структурного анализа и проектирования.

Этапы создания нового процесса и системы:

- Анализ- определение того, что система будет делать
- Проектирование- определение подсистем и их взаимодействие
- Реализация, разработка подсистем по отдельности
- Объединение-соединение подсистем в единое целое
- Тестирование-проверка системы в действие
- Установка-внедрение системы в действие
- Функционирование-использование системы.

Основные этапы проектирования.

1. **Определение объекта проектирования**
2. **Определение цели модели**
3. **Определение точки зрения модели**
4. **Определение типа создаваемой модели и технологического процесса**
5. **Сбор информации**
6. **Декомпозиция:**
 - **Составление списка объектов системы**
 - **Функции системы**
 - **Объединение функций в блоки**
 - **Перечень стандартных и нестандартных ситуаций**
 - **выявление обратных связей**
 - **список потенциальных ошибок**
7. **Обобщение декомпозиции:**
 - **Определение названия системы**
 - **Определение важных входов**
 - **Определение важных выходов**
 - **Формирование взаимосвязей между блоками**
 - **Обеспечение минимального объема, необходимого для эффективной деятельности**
 - **Определение контрольных точек**
 - **Определение критериев правильного выполнения для каждого блока функций**
 - **Определение перечня запрещенных функций и операций**
 - **Определение путей управления**

Управление проектом

- **Формирование технологического задания**
- **Организация группы аналитиков**
- **Организация информационной поддержки компьютерными технологиями**
- **Составление плана графика работ**
- **Контроль выполнение плана работ**
- **Экспериментальное внедрение модели проекта в практику**
- **Анализ полученных результатов**
- **Внесение изменений в проект модели**
- **Экспериментальное внедрение улучшенной модели в практику**
- **Анализ полученных результатов**
- **Организация практического внедрения технологического процесса**

Для управления реализацией проектов создания технологических процессов существуют стандартные инструменты и методы.

Метод критического пути. (Дюпон и Ремингтон).

Рассматривает проект как сеть отдельных событий и работ.

Построение критического пути предусматривает выполнение основных этапов:

- Определение целей и ограничений проекта, стоимости, качества, объема, ресурсов.
- Определение перечня работ,
- Расчет необходимых затрат времени на каждую операцию -структурное планирование.
- Создание сетевого графика работ
- Создание календарного сетевого графика.
- Оперативное управление-контроль.

Создание корпоративной культуры

Три основополагающих принципа (Деминг).

- Получение удовольствия от выполняемой работы
- Новаторство
- Сотрудничество

Основной целью создания новой культуры является обеспечение мотивации.

Мотивация- это процесс стимулирования кого-либо к деятельности, направленной на достижение целей организации.

Ситуационный подход к управлению учитывает три главных аспекта человеческого фактора:

- Поведение отдельных людей
- Поведение людей в группах
- Роль лидера и его влияние на поведение отдельных людей и групп.

Система ВУК выделяет в работе по созданию мотивации три главных направления:

- Работа с индивидуумом
- Организация работы в группах
- Поддержание адекватного задачам стиля лидерства.
- Более 50% успеха зависит от желания руководителя!

Основной путь к преобразованию индивидуума

Внедрение системы непрерывного обучения и обеспечение нового уровня знаний. Обучать необходимо по следующим направлениям:

- Системный подход и его преимущества
- Учение об отклонениях
- Основы теории познания
- Основы психологии
- Необходимо научить правильно мыслить категориями процесса. Это позволит отойти от традиционного вопроса «Кто виноват?».
- Причина кроется не в людях, а в системе.
- Руководство должно овладеть основами теории поведения человека. Формальные факторы (зарплата, условия труда, межличностные отношения) не даются развиваться чувству неудовлетворенности работой,
- Для создания мотивации развития качества необходимо ощущение успеха, продвижение по службе, признание ответственности, профессионального роста.

Формирование организации нового типа.

Критерии:

- 1. Любой сотрудник в любое время имеет представление о цели организации.**
- 2. Любой сотрудник может конкретно объяснить свою конкретную роль в достижении целей организации**
- 3. Каждый человек знает, что его работа должна соответствовать требованиям как внешних, так и внутренних заказчиков. Установлена обратная связь с заказчиками, которая позволяет постоянно улучшать технологию**
- 4. Организация имеет небольшое количество постоянных поставщиков, которые работают совместно с организацией над оптимизацией издержек.**
- 5. Любое задание имеет стандарт, в котором доступно изложены технологические пути выполнения задания.**
- 6. Методы приема на работу строго отработаны и включают оценку знаний**
- 7. Каждый член организации имеет несколько ключевых показателей выполнения.**
- 8. Люди работают вместе и с удовольствием. Они улыбаются и гордятся результатами своего труда.**

Выводы:

- 1. Концепция ВУК является новым научным направлением теории управления. Качество создается качественными процессами. Качество во всем- основной принцип, позволяющий отказаться от заключительного контроля качества.**
- 2. Сосредоточить усилия необходимо не на проверке индивидуального выполнения, а над управлением процессами, 85% успеха зависит от организации технологии.**
- 3. Изучение процессов позволяет выявлять отклонения и идентифицировать причины**
- 4. Управление отклонениями позволяет управлять результатом, снижать стоимость продукции и повышать удовлетворенность потребителя.**
- 5. Работа по управлению процессами предусматривает создание «организации нового типа», в которой люди с радостью работают вместе.**

Работа в команде, анализ и улучшение процессов

- Определение миссии, цели деятельности.
- Аналитическая деятельность; сбор и анализ данных для выяснения коренных причин возникновения проблемы.
- Составление диаграммы процессов в системе.
- Определение проблемы и ключевых критических процессов в системе. Результат определяется системой.
- Улучшить работу системы могут только ее работники –команда.
- Работа в командах. Команда- это группа людей, работающая вместе над достижением общей цели. Главное отличие от группы состоит в том, что в команде люди выполняют общие задачи для достижения одной цели, при этом тесно сотрудничают, взаимодействуют в процессе работы, обсуждают вопросы и принимают решения совместно, помогают друг другу.

Критерии для создания команды:

- Команда состоит из 5-9 человек, лучше 6-7. Остальные могут служить консультантами.
- Лидер группы имеет полномочия на внедрение результата работы для апробации в деятельность системы.
- Члены группы могут (и должны) быть основными заказчиками и теми, кто определяют процесс.
- Избегайте команды, состоящей только из менеджеров, должно быть больше профессионалов каждого участка процесса.
- При этом необходимо знать роли и обязанности каждого члена в команде.
- Каждый понимает цель работы команды. Непонятное разъясняется, а разногласия улаживаются.
- Члены группы устанавливают правила, нормы, сроки деятельности, основные принципы решения возможных конфликтов и принятия решения.
- Распределение ролей (лидер, инструктор, консультант, секретарь, член...). Причем предполагается равноправное партнерство в процессе работы. Каждый вносит максимально возможный вклад в успех.
- Команда определяет план работы, план обучения и совершенствования членов коллектива.
- Члены команды поддерживают деловой стиль общения, дают право на высказывание каждому, выслушивают друг друга.
- Понимают разницу между фактами и мнениями. Высказывают свои суждения на основе сбора и анализа данных.

Образец правил поведения:

- Уважать всех членов команды
- Делить ответственность между собой
- Критиковать идеи, а не людей
- Сохранять открытый ум
- Активно участвовать и интересоваться
- Быть вовремя и быть готовым вносить вклад в работу
- Доводить до конца задания команды
- Активно слушать
- Быть конструктивным

Этапы развития команды.

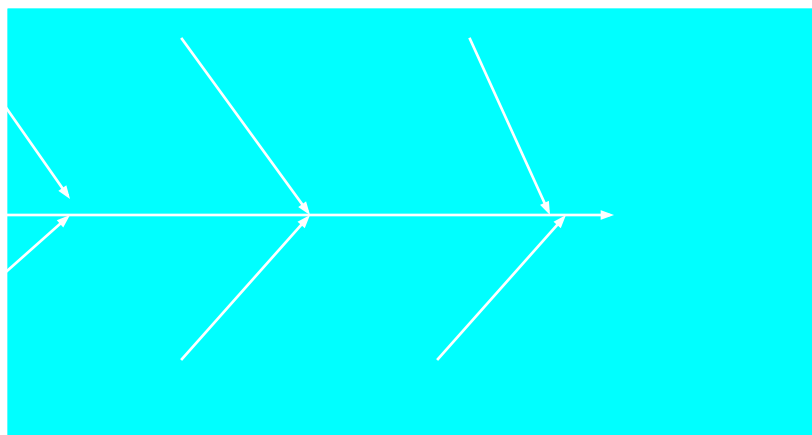
- **Формирование.**
- **Шторм.** Это деятельность команды, предназначенная для выработки большого количества идей в короткий период времени. Четко определить тему. Выработать как можно больше идей. Поощрять творческие и необычные идеи. Избегать негативных замечаний.
- **Нормализация.** Члены начинают «принимать» команду, конфликтность сглаживается, растет взаимопонимание и сотрудничество.
- **Деятельность.** Команда определяет и решает проблемы, внедряет изменения.
- **Завершение деятельности, особый этап.**

Характеристики эффективно работающих команд.

- **Высокий уровень заинтересованности. Климат доверия. Признание усилий каждого члена команды. Внимание к нуждам и мнениям каждого.**
- **Четкое обозначение заданий. Хорошая подготовка. Тщательный контроль времени. Ведение записей. Периодическая оценка работы в команде.**
- **Коммуникации в командах. Обратная связь. Поддерживающая обратная связь заключается в продвижении эффективных методов работы к желаемым результатам. Коррективная – направлена на изменение существующего поведения, устранение отклонений и ошибок.**
- **Принятие решения в командах: голосованием, экспертное решение, консенсус, «групповое мышление».**
- **Цикл Деминга – Шухарда: План – проба – проверка-действие.**

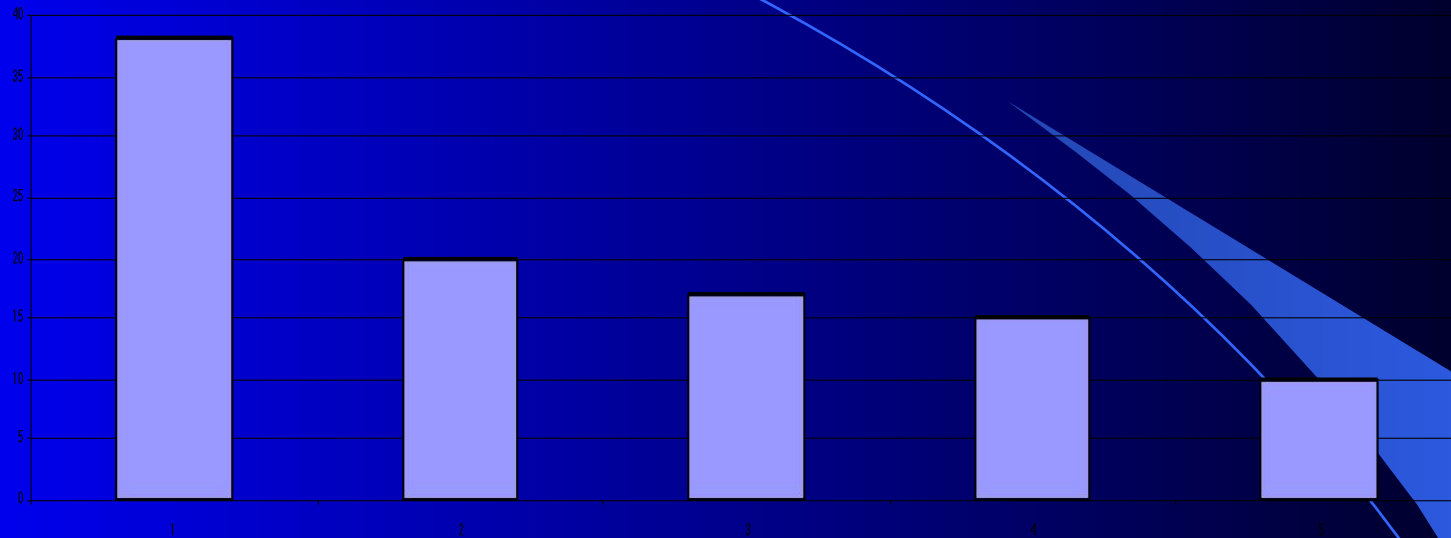
Инструменты описания процесса, обработки и анализа

- Причинно-следственная диаграмма (Ишикавы, рыбьего скелета, елочная диаграмма).
- Причинно-следственный анализ (ПСА) порождает и сортирует идеи, гипотезы относительно возможных причин проблем в процессе и представляет их в графическом виде.
- ПСА включает в себя большой объем информации, ясно показывает связи между событиями и проблемами, уровни категорий причинности



Причинно-следственная диаграмма Ишикавы

Диаграмма Парето



Принцип Паретто: при большом количестве факторов, оказывающих влияние на ситуацию, только некоторые оказывают весомое воздействие, которое необходимо учитывать.

Располагает данные, факты по их приоритету, в порядке убывания, оценивает вклад каждого фактора.

Основные принципы УКМП

- Качество для потребителя
- Результат определяется системой
- Улучшать систему могут только ее работники-команда
- Измерять научно. Принцип научного улучшения системы управления

Инструменты методологии УКМП

- Индикаторы качества-информационная основа УКМП
- Доказательная медицина-клиническая основа УКМП
- Анализ затрат и результатов-экономическая основа УКМП
- Разработка клинико-организационных руководств-организационная основа УКМП

Анализ затрат и результатов-экономическая основа УКМП

- Затраты не могут быть сокращены без понижения КМП
- КМП может быть улучшено без повышения затрат
- Затраты могут быть сокращены при улучшении КМП (при инновациях и изменении системы с увеличением эффективности)