



QUALITY CONTROL

Корпоративный фонд «University Medical Center»

Экспертная оценка качества медицинских услуг в организациях, оказывающих специализированную и высокоспециализированную медицинскую помощь

Исатаева Нагима Мухамедрахимовна, Департамент
организации медицинской помощи, к.м.н.



Основные понятия, используемые в представленном материале* (1)

- 1) аккредитация — процедура признания особого статуса и правомочий физических и юридических лиц для осуществления медицинской и фармацевтической деятельности, а также для проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения в соответствии с установленными стандартами аккредитации;
- 2) профильный специалист — медицинский работник с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат по определенной специальности клинического профиля;
- 3) врачебная деятельность — профессиональная деятельность физических или юридических лиц, направленная на охрану здоровья граждан, осуществляемая специалистами с высшим медицинским образованием, имеющими соответствующий сертификат;



Основные понятия, используемые в представленном материале (2)

4) здравоохранение — совокупность медицинских, социально-экономических, политических и иных мер, направленных на охрану здоровья граждан;

5) система здравоохранения — совокупность государственных органов и субъектов здравоохранения, деятельность которых направлена на обеспечение прав граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи;

6) уполномоченный орган в области здравоохранения — центральный исполнительный орган, осуществляющий государственное регулирование в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств, контроля за качеством медицинских услуг;

7) субъекты здравоохранения — организации здравоохранения и физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой;



Основные понятия, используемые в представленном материале (3)

8) органы управления здравоохранением — уполномоченный орган в области здравоохранения, местные органы государственного управления здравоохранением области (города республиканского значения, столицы), органы медицинских служб Республики Казахстан;

9) организация здравоохранения — юридическое лицо, осуществляющее деятельность в области здравоохранения;

10) диагностика — комплекс медицинских услуг, направленных на установление диагноза заболевания;

11) лечение — комплекс медицинских услуг, направленных на устранение и (или) приостановление заболевания, а также предупреждение его прогрессирования;



Основные понятия, используемые в представленном материале (4)

- 12) медицинская помощь — комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения;
- 13) качество медицинской помощи — мера соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологий;
- 14) медицинская деятельность — профессиональная деятельность физических лиц, получивших высшее или среднее профессиональное медицинское образование, а также юридических лиц, направленная на охрану здоровья граждан;
- 15) медицинские услуги — действия медицинских работников, имеющих профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность по отношению к конкретному человеку;



Основные понятия, используемые в представленном материале (5)

16) государственный контроль в сфере оказания медицинских услуг — проверка, проводимая государственным органом по контролю в сфере оказания медицинских услуг, субъектов здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности по исполнению ими нормативных правовых и правовых актов в области здравоохранения;

17) медицинская экспертиза — совокупность организационных, аналитических и практических мероприятий, направленных на установление уровня, качества и степени состояния различных сфер деятельности в здравоохранении;

18) медицинские организации — организации здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению;

19) профилактика — комплекс медицинских услуг, направленных на формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения заболеваний (и их прогрессирования);



Основные понятия, используемые в представленном материале (6)

- 20) независимая экспертиза — процедура, проводимая в целях обеспечения прозрачности и объективности оценки деятельности физических и юридических лиц, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность;
- 21) независимый эксперт — физическое или юридическое лицо, аккредитованное в установленном порядке для проведения независимой экспертизы деятельности субъектов здравоохранения;
- 22) банк данных независимых экспертов — реестр физических и юридических лиц, аккредитованных в установленном порядке, имеющих статус и полномочия для осуществления независимой экспертизы;
- 23) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи — единый по перечню медицинских услуг объем медицинской помощи, оказываемой гражданам Республики Казахстан, определяемый Правительством Республики Казахстан;



Основные понятия, используемые в представленном материале (7)

24) народная медицина (целительство) — совокупность накопленных народом эмпирических сведений о целительных средствах, а также лечебных и гигиенических приемов и навыков и их практическое применение для сохранения здоровья, предупреждения и лечения болезней.

25) индикаторы качества медицинских услуг - критерии, отражающие показатель эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в сфере здравоохранения, включающие:

26) индикаторы структуры - критерии обеспеченности человеческими, финансовыми и техническими ресурсами;

27) индикаторы процесса - критерии оценки выполнения технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

28) индикаторы результата медицинских услуг - критерии оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи медицинскими организациями или физическими лицами;



Основные понятия, используемые в представленном материале (8)

29) первичная медицинская документация - набор документов, предназначенных для записи данных о состоянии здоровья населения и отдельных лиц, отражающих характер, объем и качество оказываемой медицинской помощи, для ее организации и управления службами здравоохранения, в том числе медицинская карта амбулаторного и стационарного больного, медицинская карта донора, карта вызова бригады станции скорой медицинской помощи (далее - медицинская карта);

30) медицинские стандарты - это разработанные, унифицированные эталоны необходимого объема диагностических, лечебных, профилактических мероприятий и технологий их выполнения, а также сроков и результатов лечения конкретных заболеваний на всех этапах оказания медицинской помощи.



Основные понятия, используемые в представленном материале* (9)

- 31) клинический протокол - документ, устанавливающий общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании или клинической ситуации;
- 32) Стандарты в области здравоохранения (Статья 16)**
1. Виды стандартов в области здравоохранения:
- 1) стандарты аккредитации организаций здравоохранения;
 - 2) стандарты операционных процедур в области здравоохранения;
 - 3) стандарты медицинского и фармацевтического образования;
 - 4) стандарты в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
 - 5) стандарты организации оказания медицинской помощи;
 - 6) стандарты информатизации в области здравоохранения.

* КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (с [изменениями и дополнениями](#) по состоянию на 01.01.2016 г.)



Качество медицинской помощи

определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей пользой для здоровья человека, при этом без увеличения риска.

Уровень качества – это степень достижения вышеупомянутого баланса пользы и риска.

(Аведис Донабедиан, 1980)



История развития системы управления качеством медицинской помощи в Казахстане (1)

- За годы независимости Казахстана система здравоохранения республики претерпела ряд изменений: переход от старой, оставшейся от советских времен, модели к современной модели, основанной на условиях экономических взаимоотношений, новых методах управления отраслью, научно обоснованной оценке потребности населения в медицинской помощи и, главным образом, внедрении системы управления качеством медицинских услуг.
- При введении обязательного медицинского страхования в республике впервые появились рыночные взаимоотношения и элементы конкуренции в отрасли, оказывающие свое влияние на качество предоставляемой помощи и общий рейтинг медицинских организаций, начала формироваться система оценки и контроля качества медицинских услуг.



История развития системы управления качеством медицинской помощи в Казахстане (2)

Приказ Председателя Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 14 июля 2000 года № 439 «О проведении анализа и оценки качества медицинской помощи населению Республики Казахстан»

100% экспертиза проводилась по:

- материнской смертности,
- младенческой смертности,
- послеоперационной летальности,
- запущенных форм туберкулеза у детей, подростков и лиц трудоспособного возраста,
- запущенных форм онкозаболеваний у детей, подростков и лиц трудоспособного возраста,
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста,
- смертности от сердечно-сосудистых заболеваний детей, подростков и лиц трудоспособного возраста,
- смертности от сахарного диабета,
- внутрибольничных инфекций,
- жалоб и обращений пациентов на некачественную медицинскую помощь и несоблюдение медицинской этики, деонтологии.



История развития системы управления качеством медицинской помощи в Казахстане (3)

- С внедрением ОМС было проведено реформирование финансирования здравоохранения - введение взаиморасчетов с лечебно-профилактическими организациями (далее – ЛПО) за предоставленный объем медицинских услуг населению и организована система вневедомственного контроля качества медицинской помощи с применением к ЛПО штрафных санкций, как за превышение объемов медицинской помощи, так и низкое качество лечения.
- В 1999 году с момента реорганизации Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) в Центр по оплате медицинских услуг (ЦОМУ), система вневедомственного контроля качества медицинской помощи была преобразована в ведомственную и штрафные санкции предъявлялись только к превышению (приписке) объемов медицинских услуг.
- В связи с реорганизацией ЦОМУ с 2000 года в Республиканское государственное казенное предприятие «Денсаулык», для обеспечения прав граждан на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи надлежащего качества, на него возложена функция организации в пределах своих полномочий *анализа и оценки качества медицинской помощи*. При этом в корне изменились подходы к управлению качеством медицинской помощи.



Обзор международного опыта в области управления качеством медицинской помощи (1)

В Российской Федерации основные факторы, способствующие созданию механизмов управления качеством медицинской помощи, были заложены в систему обязательного медицинского страхования.

В настоящее время в медицинских учреждениях РФ, действующих в системе обязательного медицинского страхования, осуществляются ведомственный, вневедомственный и независимый контроль качества медицинской помощи, которым занимаются страховые медицинские организации либо фонды, выступающие в качестве страховщиков.

Базой системы управления качеством медицинской помощи в большинстве **европейских стран** является система лицензирования и аккредитации организаций здравоохранения, основанная на утвержденных стандартах медицинской помощи.

В **Германии** Пятый социальный акт, принятый в 1991 году обязывает организации здравоохранения ввести в действие системы поддержки качества на уровне структурной организации, практических действий и результатов.



Обзор международного опыта в области управления качеством медицинской помощи (2)

В Австрии был принят закон, обязывающий организации системы здравоохранения ввести систему поддержки качества на уровне структуры, процессов и результатов. Каждая организация должна иметь свой комитет поддержки качества, задача которого состоит в стимулировании и координации проектов, направленных на улучшение качества.

Согласно **итальянскому** законодательству все государственные учреждения должны доказывать свое соответствие некоторым минимальным стандартам. Стандарты предписывают медицинским учреждениям иметь службы занимающиеся улучшением качества, эти службы несут ответственность за нормальный ход процедур, за управление людскими резервами, за обучение персонала, за информационные системы.



Обзор международного опыта в области управления качеством медицинской помощи (3)

В Нидерландах были приняты два закона. Первый контролирует профессиональную практику, основанную на принципе саморегулирования профессиональными объединениями, второй предписывает медицинским учреждениям иметь собственные системы поддержки качества.

Во Франции была введена национальная система аккредитации, а **в Великобритании** принят закон о создании двух национальных ассоциаций, одна из которых будет контролировать разработку директив по клинической практике, а другая инспектировать качество управления клиниками.



Обзор международного опыта в области управления качеством медицинской помощи (4)

Зарубежный опыт свидетельствует о необходимости непрерывного повышения качества медицинской помощи путем управления всеми ее составляющими: структурой, процессом и результатом.

Вместе с тем, вышеизложенное свидетельствует о том, что в разных странах приняты разные модели отслеживания процессов, направленных на поддержку качества, разнообразность моделей отражает различия в структурах финансирования и подотчетности. Внутри каждой модели сочетаются элементы аккредитации и внутренней инспекции. Однако, тот или иной способ оценки работы организации призван обеспечить коллективу достаточную мотивацию для постоянного стремления к повышению качества.



Трехкомпонентная система управления качеством в здравоохранении





QUALITY CONTROL

Инструменты оценки качества медицинской помощи

Медико-экономические стандарты, протоколы ведения пациентов, стандарты деятельности

Критерии оценки деятельности персонала

Система индикаторов

Экспертиза оказания медицинской помощи с использованием формализованной методики



QUALITY CONTROL

В рамках системы управления качеством определены следующие направления деятельности (1):

1. Меры, направленные на профилактику дефектов в оказании медицинской помощи:

Законодательное определение дефектов в оказании медицинской помощи и механизмов реализации моральной, административной, экономической и юридической ответственности медицинских работников перед пациентами

Соблюдение строгих правил к допуску на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности (государственная система сертификации, лицензирования и аккредитации)

Стандартизация медицинской и фармацевтической деятельности, определение индикаторов качества выполнения медицинской помощи и индикаторов качества обеспечения выполнения ГОБМП

Существование и развитие государственных и негосударственных (общественных) институтов защиты прав пациентов



В рамках системы управления качеством определены следующие направления деятельности (2):

2. Меры, направленные на устранение выявленных дефектов в оказании медицинской помощи:

- Введение реестра специалистов, медицинских организаций и мониторинг дефектов оказания медицинской помощи;
- Установление мер ответственности за непредставление информации о дефектах медицинской и фармацевтической деятельности;

- Создание фонда (ассоциации) страхования профессиональной ответственности и страхование профессиональной ответственности;
- Обеспечение доступности и бесплатности юридического рассмотрения и медицинской экспертизы обращений граждан в органы государственного надзора и контроля в сфере здравоохранения

- Установление регламента взаимодействия пациента (страховой компании) и врача (медицинской организации) при участии ККМФД и фонда (ассоциации) страхования профессиональной ответственности, как основного пути для досудебного разрешения спора о качестве медицинской помощи;
- „Second Opinion“



Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»



Организация и проведение внутренней экспертизы (1)

1. Внутренняя экспертиза осуществляется **Службой поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита)** (далее – Служба) , при необходимости привлекаются представители общественных объединений, профессиональных ассоциаций.

7. Структура и состав Службы утверждаются руководителем организации здравоохранения.

8. **К функциям Службы** относится:

1) анализ эффективности деятельности подразделений организации здравоохранения по оценке собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения, применению внутренних индикаторов;

2) анализ деятельности внутрибольничных комиссий;

3) представление руководству организации здравоохранения информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия соответствующих управленческих решений;

4) обучение и методическая помощь персоналу по вопросам обеспечения качества оказания медицинских услуг;



Функции Службы

5) изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации;

6) координация деятельности по управлению качеством медицинских услуг по следующим направлениям:

решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления в срок, не превышающий 5-и календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством анкетирования;

оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов;

оценка технологий оказания медицинских услуг пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;

соблюдение правил обеспечения получения гражданами ГОБМП, утверждаемых в соответствии с [подпунктом 77\) пункта 1 статьи 7](#) Кодекса;

разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности оказания медицинских услуг.



Основная цель экспертизы качества медицинской помощи –

приобретение главными врачами, заместителями главных врачей по лечебной работе, специалистами по внутреннему аудиту, врачами медицинских организаций знаний, профессиональных умений и навыков в области экспертизы качества медицинской помощи в здравоохранения.

Уметь распознать и отличить врачебную ошибку от халатности и сделать предварительное заключение.



Обеспечение качества

- анонимное анкетирование персонала и представителей кафедр;
-

- ответственное лицо по управлению качеством в масштабах всего учреждения и в каждом подразделении;

Quick Survey



- обучение заместителей по качеству
- индикаторы качества для измерения лечебно-диагностического процесса

внутренняя документация для контроля качества диагностики и лечения

- анонимное анкетирование пациентов



QUALITY CONTROL

Этапы экспертизы

Анализ учетной и отчетной документации субъекта здравоохранения проводится с целью сравнительного анализа показателей деятельности субъекта здравоохранения за определенный период работы, с показателями за предыдущий период работы, а также с республиканскими и областными показателями состояния здоровья населения

Проведение клинического аудита путем изучения подробного ретроспективного и/или текущего анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам в области здравоохранения

Определение степени удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемых медицинских услуг проводится путем анкетирования пациентов и (или) их родственников и по количеству обоснованных обращений граждан на деятельность субъекта здравоохранения

Анализ и обобщение результатов экспертизы

Принятие мер, направленных на устранение и предупреждение выявленных недостатков по результатам внутренней экспертизы



Экспертиза осуществляется путем проведения:

- 1) **текущего анализа**, в ходе которого изучается медицинская документация пациентов, получающих медицинские услуги на момент проведения экспертизы;
- 2) **ретроспективного анализа**, в ходе которого изучается медицинская документация пациентов, получивших медицинские услуги на момент проведения экспертизы.



Качество сбора анамнеза оценивается по четырем критериям:

- 1)** отсутствие сбора анамнеза;
- 2)** отсутствие системности сбора с частичными или полными упущениями по основным составляющим (аллергологическая часть, гемотрансфузионная часть, перенесенные заболевания, лекарственная часть, отягощенная наследственность);
- 3)** при полном сборе анамнеза отсутствие выделения существенных деталей, имеющих важное значение в трактовке данного случая;
- 4)** некачественный сбор анамнеза явился причиной тактических ошибок, повлекших возникновение осложнений.



QUALITY CONTROL

При оценке соответствия диагностических исследований учитываются пять критериев:

- 1) диагностические мероприятия и обследования не проводились;
- 2) диагностические мероприятия имеют неправильную трактовку или отсутствуют, что приводит к неправильной постановке диагноза и подбору тактики лечения;
- 3) не проведены диагностические исследования, предусмотренные протоколами диагностики и лечения заболеваний;
- 4) имеется чрезмерный набор диагностических процедур и дополнительных исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента;
- 5) имеется чрезмерный набор диагностических процедур и дополнительных исследований, приведший к необоснованному удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения, и не принесший информацию для постановки правильного диагноза.

Объективные причины непроведения диагностических процедур и мероприятий, необходимых в соответствии с требованиями протоколов диагностики и лечения заболеваний, такие как отсутствие оборудования, недостаточная квалификация врача, затруднение проведения диагностических исследований из-за крайней тяжести состояния больного и экстренных показаний к реанимационным мероприятиям или оперативному пособию, отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния невыполнения стандарта по обследованию на последующие этапы оказания медицинских услуг.



Оценка правильности и точности постановки клинического диагноза проводится по четырем критериям:

- 1)** диагноз поставлен неправильно или отсутствует, в том числе диагноз неполный, не соответствует международной классификации болезней или общепринятым классификациям;
- 2)** не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания, а также осложнения;
- 3)** диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром, выделены осложнения, но не распознаны важные для исхода сопутствующие заболевания;
- 4)** диагноз основного заболевания правильный, однако, не диагностированы сопутствующие заболевания, важные для результата лечения.

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики, такие, как атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение тяжелого сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания, отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг.



Оценка своевременности и качества консультаций специалистов осуществляется по четырем критериям:

- 1)** консультации не проведены, что привело к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, которые отрицательно повлияли на исход заболевания;
- 2)** консультации проведены вовремя, но мнение консультанта не учтено при постановке правильного диагноза, что частично повлияло на исход заболевания;
- 3)** консультации проведены вовремя, мнение консультанта учтено при определении правильного диагноза, но не выполнены рекомендации консультанта по лечению, что частично повлияло на исход заболевания;
- 4)** мнение консультанта ошибочно, что повлияло на исход заболевания.

В случаях проведения консультаций с опозданием, проводится оценка объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг.

Оценка назначенных лечебных мероприятий проводится по следующим критериям:



- 1) отсутствие лечения при наличии показаний;
- 2) лечение назначено без показаний;
- 3) при лечении назначены малоэффективные лечебные мероприятия без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений;
- 4) лечебные мероприятия выполнены не полностью, без учета функциональной недостаточности органов и систем, особенностей механизма действия лекарственных веществ;
- 5) преждевременное прекращение лечения при недооценке клинического эффекта и/или утяжелении течения заболевания, кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента;
- 6) значительное отклонение от протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличие полипрагмазии без тяжелого побочного действия лекарств и развития нового патологического синдрома;
- 7) полное отклонение от требований протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента.

При оценке лечебных мероприятий учитывается и отражается в результатах экспертизы наличие обстоятельств, создающих затруднение или невозможность проведения эффективных лечебных мероприятий, и оказавших или способствовавших оказанию влияния на исход заболевания.



Оценка достигнутого результата проводится по следующим критериям:

- 1) достижение ожидаемого клинического эффекта** при соблюдении технологии оказания медицинских услуг;
- 2) отсутствие клинического эффекта** лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного проведения диагностических мероприятий (неполный сбор анамнеза, отсутствие или неправильная интерпретация результатов обследования, установление неправильного или неточного диагноза);
- 3) не достигнут ожидаемый клинический эффект** вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений, особенностей механизма действия лекарственных веществ;
- 4) наличие полипрагмазии**, обусловившее развитие нежелательных последствий.



Особенности экспертизы на уровне стационара

Оценка обоснованности **отказов в госпитализации**, оценка качества оказания медицинских услуг в приемных отделениях стационаров, наличие **преимущества** со станциями (отделениями) скорой помощи, **доступности** населения к стационарной помощи.

Оценке качества медицинских услуг подлежат возникшие **осложнения** и осложнения, обусловленные низким техническим качеством исполнения операции, послеоперационные осложнения, являющиеся следствием выполнения хирургических манипуляций и применения других методов исследования.

Качество ведения медицинской документации определяется по наличию, полноте и качеству записей в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденными **приказом** исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697.

В ходе проведения экспертизы оценивается оформление информированного согласия пациента на проведение инвазивных вмешательств, отказа от предлагаемого лечения, а также обоснованность непроведения патологоанатомического исследования, за исключением случаев, установленных **пунктом 2 статьи 56** Кодекса.



Случаи (разделы деятельности), подлежащие внутренней экспертизе и периодичность проведения внутренней экспертизы

Все случаи:

- 1) летальных исходов;
- 2) фактов возникновения внутрибольничных инфекций;
- 3) осложнений, в том числе послеоперационных;
- 4) повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;
- 5) удлинения или укорочения сроков лечения;
- 6) расхождений диагнозов;
- 7) необоснованной госпитализации – не менее 5% пролеченных случаев в квартал



Экспертиза средней длительности лечения (1)

I период – от поступления больного до начала обследования – потери 1-3 дня

II период – клинико-диагностические исследования:

- недостаточная преемственность
- «поликлиника-стационар»
- неполное обследование
- дублирование обследований в стационаре
- недостаточная организация работы диагностических служб, укомплектование кадрами



Экпертиза средней длительности лечения (2)

III период – лечение больного

- квалификация врачей
- тактика ведения больного
- техническая оснащенность
- применение современных и эффективных методов лечения

IV период – подготовка к выписке больного
– задержка связана с недостаточной организацией



QUALITY CONTROL

Проверка соблюдения правил формулировки диагнозов (1)

Требования к формулировке заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов являются едиными и должны неукоснительно соблюдаться врачами всех специальностей и во всех медицинских организациях

1. Не допускается в качестве основного заболевания указывать только групповые (родовые) понятия, такие как "Ишемическая болезнь сердца", "Хроническая ишемическая болезнь сердца", "Цереброваскулярная болезнь", "Хроническая обструктивная болезнь легких" и др., без последующего (после двоеточия) уточнения конкретной нозологической единицы (соответственно, например, "острый инфаркт миокарда", "постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз", "ишемический инфаркт головного мозга", "хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения" и др.).



QUALITY CONTROL

Проверка соблюдения правил формулировки диагнозов (2)

2. Не допускается в любой рубрике диагноза употребление некорректных терминов: "коронаросклероз", "коронарокардиосклероз", "церебро-склероз", а также неточных: "смешанная энцефалопатия", "цирроз-рак печени", "асцит-перитонит", "инфаркт-пневмония" и т. п.

3. Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть рубрифицированы, т. е. всегда записаны в виде следующих трех рубрик диагноза:

1) "Основное заболевание": при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой), при бикаузальном ("Комбинированное основное заболевание") - двумя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями), при мультикаузальном ("Полипатии") - тремя и более заболеваниями. Следует по возможности избегать формулировки диагноза с указанием более двух основных заболеваний и ограничиваться моно- или бикаузальным вариантами из-за особенностей дальнейшей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза;



Проверка соблюдения правил формулировки диагнозов (3)

QUALITY CONTROL

2) "Осложнения основного заболевания", включая смертельное осложнение при наступлении летального исхода;

3) "Сопутствующие заболевания".

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились.

Не следует употреблять словосочетание "Состояние после ... (операции и др.)", а должно быть указано полное наименование (из медицинской карты больного) той или иной операции, медицинской манипуляции или процедуры и дата их проведения.

Необходимо рассматривать оперативные вмешательства как прямые последствия хирургического заболевания и, в соответствии с требованиями МКБ-10, считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4 недель после хирургического вмешательства.



QUALITY CONTROL

Проверка соблюдения правил формулировки диагнозов (4)

Нерубрифицированные заключительный клинический или патологоанатомический диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению (сличению заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов).

Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от своего содержания, расценивается как неверно оформленный.

В случае нерубрифицированного заключительного клинического диагноза, независимо от результатов патологоанатомического вскрытия, **выставляется расхождение диагнозов по второй категории и субъективной причине** - неверная формулировка (оформление) заключительного клинического диагноза.



QUALITY CONTROL

Проверка соблюдения правил формулировки диагнозов (4)

4. В рубриках диагноза "Основное заболевание" и "Сопутствующие заболевания" на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица (заболевание, травма, если это невозможно - синдром), имеющая код в МКБ-10.

Далее идет уточнение ее формы, особенностей пато-, морфо- и танатогенеза, указываются ее проявления.

При необходимости эти проявления дополняются лабораторными, бактериологическими, биохимическими и другими данными.

Патологоанатомический диагноз - всегда развернутый, комплексный, включающий все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные.



QUALITY CONTROL

Проверка соблюдения правил формулировки диагнозов (5)

5. Перечислять осложнения необходимо в патогенетической или временной последовательности.

Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее - смертельное осложнение (непосредственная причина смерти).

Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет.

Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики "Осложнения основного заболевания", нарушая их патогенетическую или временную последовательность.



Проверка соблюдения правил формулировки диагнозов (6)

6. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики "Осложнения основного заболевания" и перед рубрикой «Сопутствующие заболевания».

Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями, - это особый вид ятрогенных патологических процессов.



QUALITY CONTROL

Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации (1)

К дефектам оформления первичной медицинской документации, приведшим к невозможности оценить динамику состояния больного, объем и характер медицинской помощи, относят нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления, в т. ч.:

- 1. Отсутствие обоснования предварительного диагноза (диагнозов), тактики ведения (наблюдения) больного.**
- 2. Отсутствие обоснования клинического диагноза (по результатам дополнительного обследования), формулировка диагноза не соответствует МКБ-10.**
- 3. Отсутствие рубрификации заключительного клинического диагноза на три рубрики.**
- 4. Отсутствие в заключительном клиническом диагнозе формулировки о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи.**
Для кодирования случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин, используются соответствующие коды, входящие в блоки рубрик 19-го и 20-го классов: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84.



Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации (2)

При летальных исходах, связанных с терапевтическими, хирургическими и диагностическими вмешательствами, важно получить информацию об их отрицательных эффектах. Поэтому в качестве истинных ятрогенных болезней, приведших к смерти больного (ятрогенных осложнений, возведенных в понятие основных заболеваний), указываются и кодируются:

передозировка правильно назначенного лечебного средства;

прием ошибочно назначенного лекарственного вещества;

все непрофессионально выполненные диагностические, терапевтические и хирургические вмешательства и лечебные манипуляции;

смертельные осложнения профилактических мероприятий, вакцинации;

смертельные осложнения косметологических медицинских мероприятий;

анафилактический шок;

смертельные осложнения наркоза, других мероприятий, связанных с обезболиванием.



Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации (3)

5. Отсутствие обоснования лечебно-диагностического плана ведения пациента.

6. Нарушения в протоколировании ведения больного (заполнении дневниковых записей): отсутствие необходимых результатов врачебного осмотра пациента, анализа результатов проведенных диагностических исследований, нарушение регулярности ведения дневниковых записей (при плановом ведении больного - ежедневно, при динамическом наблюдении - не реже 3-4 раз в сутки, при интенсивном наблюдении - каждые 2-4 ч).



Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации (4)

При заполнении "Медицинской карты стационарного больного":

- **жалобы больного** при поступлении и анамнез настоящего заболевания должны записываться кратко, с указанием лишь патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию;
- **данные общего анамнеза** фиксируются в истории болезни только в тех случаях, когда это необходимо врачу для установления диагноза, оценки состояния больного и определения плана лечения;
- **данные первичного обследования** заполняются кратко, с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного;
- **протоколы записей консультантов** должны вестись кратко с указанием патологических изменений и рекомендуемых назначений;
- **ведение врачом дневников** (данные динамического наблюдения) должно осуществляться по необходимости, в зависимости от состояния больного, кратко и четко, не реже 5-и раз в неделю, за исключением находящихся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести;
- **детям до 3 лет** дневники заполняются ежедневно.



QUALITY CONTROL

Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации (5)

7. Отсутствие или небрежное заполнение листа врачебных назначений с отметками о выполнении.

Функция лечащего врача - обоснование назначения и назначение препарата, определение дозового режима и длительности курса, мониторинг эффективности применения, определение показаний и даты отмены назначения препарата. Назначение лекарственного препарата врачом фиксируется датой и подписью.

Мониторинг эффективности применения, определение показаний и даты отмены назначения препарата невозможны без наличия отметок о введении препарата медицинской сестрой. В отсутствие отметок о введении и подписи лица, осуществившего введение, отсутствуют письменные доказательства этого введения.



QUALITY CONTROL

Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации (6)

- 8. Отсутствие или небрежное заполнение температурного листа.**
- 9. Отсутствие результатов назначенного дополнительного обследования (лабораторного, рентгенологического, функционально-диагностического, инструментального и т. д.) в соответствии с листом назначений.**
- 10. Отсутствие или небрежное заполнение протоколов осмотров консультантов, зав. отд., зам.гл. вр. и т.д., а также при превышении контрольных сроков госпитализации (без обоснования необходимости задержки пациента), отсутствие анализа реализации лечебно-диагностического плана ведения пациента, отсутствие оценки эффективности примененных методов лечения и обоснования продолжения лечения или изменения его тактики.**



QUALITY CONTROL

Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации (7)

11. Отсутствие или небрежное заполнение выписного эпикриза, необходимого для соблюдения преемственности в оказании медицинской помощи,

- без правильно рубрифицированной формулировки заключительного клинического диагноза,
- без описания результатов диагностического исследования
- без перечисления применяемых методов лечения с указанием наименований и дозировок фармакологических препаратов,
- без описания динамики и итогового состояния больного,
- без оценки результата (исхода) лечения,
- без рекомендаций пациенту после выписки из МО.



Дефекты оформления первичной медицинской документации (ПМД) в медицинской организации:

- непредставление ПМД, подтверждающей факт оказания МП, без объективных причин;
- дефекты оформления ПМД, препятствующие проведению экспертизы КМП (невозможность оценить динамику состояния здоровья, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи);
- отсутствие в ПМД: информированного добровольного согласия или отказа от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в установленных законодательством РК случаях;
- наличие признаков фальсификации ПМД (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картины заболевания);
- дата оказания МП, зарегистрированная в ПМД и счетов-реестров, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание МП в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т. п.);
- несоответствие данных ПМД данным счетов-реестров, в т. ч.:
 - включение в счет на оплату МП и счетов-реестров посещений, койко-дней и др., не подтвержденных ПМД;
 - несоответствие сроков лечения, согласно ПМД срокам, указанным в счете-реестре



QUALITY CONTROL

Алгоритм проверки назначения лекарственных средств в стационаре (1)

Дефектом качества медицинской помощи является нарушение общих правил назначения лекарственных средств:

1. В случаях типичного течения болезни назначение лекарственных средств осуществляется:

- исходя из тяжести и характера заболевания,
- согласно утвержденным протоколами диагностики и лечения,
- в соответствии с Лекарственным формуляром.



QUALITY CONTROL

Алгоритм проверки назначения лекарственных средств в стационаре (2)

2. Разовые, суточные и курсовые дозы при назначении лекарственных средств определяются лечащим врачом исходя из возраста больного, тяжести и характера заболевания согласно протоколам диагностики и лечения.

3. Назначение лекарственных средств (наименование препаратов, разовая доза, способ и кратность приема или введения, ориентировочная длительность курса, обоснование назначения лекарственных средств) **фиксируется в медицинских документах больного** (истории болезни, амбулаторной карте, листе записи консультационного осмотра и пр.)".



QUALITY CONTROL

Алгоритм проверки назначения лекарственных средств в стационаре (3)

4. Дефектом качества медицинской помощи является нарушение нормы о назначении лекарственных средств с учетом необходимости согласования с врачом-специалистом или заведующим отделением:

во время нахождения больного на стационарном лечении – согласование с заведующим отделением, а в экстренных случаях - с ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача МО, а также с клиническим фармакологом необходимо в случаях:

- а) одномоментного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному больному;
- б) назначения наркотических средств, психотропных веществ, иных лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, анаболических гормонов;
- в) необходимости назначения лекарственных средств, не входящих в Лекарственный формуляр, при нетипичном течении болезни, наличии осложнений основного заболевания и (или) сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при непереносимости лекарственных средств.

Назначение лекарственных средств в этих случаях фиксируется в медицинских документах больного и заверяется подписью лечащего врача (дежурного врача) и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица).



QUALITY CONTROL

Алгоритм проверки назначения лекарственных средств в стационаре (4)

5. В МО, в которых работает один врач (участковая больница, родильный дом, расположенные в сельской местности, и пр.), назначение лекарственных средств осуществляется лечащим врачом единолично и фиксируется в медицинских документах больного.

При этом текущий и плановый контроль за обоснованностью и правильностью назначения лекарственных средств проводится в установленном порядке УЗ, ТД ККМФД.



QUALITY CONTROL

Алгоритм проверки назначения лекарственных средств в стационаре (5)

6. Назначение нижеперечисленных специальных лекарственных средств больному, находящемуся в неспециализированном стационаре (отделении), осуществляется лечащим врачом по согласованию с врачом-специалистом, о чем делается соответствующая запись в истории болезни:

- иммунодепрессантов - гематологом и (или) онкологом (после пересадки костного мозга), трансплантологом (после пересадки органов и тканей), ревматологом и иными специалистами;
- иммуностимуляторов - иммунологом (больным СПИД или другими тяжелыми нарушениями иммунитета) или иными специалистами;
- противоопухолевых - гематологом и (или) онкологом;
- противотуберкулезных - фтизиатром;
- противодиабетических (больным сахарным диабетом) и прочих лекарственных средств, влияющих на эндокринную систему, - эндокринологом, за исключением случаев:



QUALITY CONTROL

Алгоритм проверки назначения лекарственных средств в стационаре (6)

а) одномоментного внутривенного или внутриартериального введения лекарственных средств, содержащих более 10 г глюкозы в пересчете на чистую глюкозу, когда назначение инсулина производится по согласованию с заведующим отделением, врачом отделения интенсивной терапии или реаниматологом, в экстренных случаях - ответственным дежурным;

б) назначения кортикостероидов больным с острой сосудистой (сердечно-сосудистой) недостаточностью различного генеза, если доза вводимого препарата не превышает курсовую терапевтическую дозу.

Назначение кортикостероидов, входящих в традиционные схемы химиотерапевтического лечения онкологических/гематологических больных, больных, страдающих ревматологическими заболеваниями и т. п., осуществляется по согласованию с соответствующим врачом-специалистом.



QUALITY CONTROL

Алгоритм проверки назначения лекарственных средств в стационаре (7)

Таким образом, обязательными для соблюдения правилами назначения лекарственных средств являются:

- ✓ обязательное наличие и бесплатное для пациента применение в стационаре лекарственных препаратов, включенных в Лекарственный формуляр;
- ✓ назначение и использование лекарственного средства в строгом соответствии с утвержденной инструкцией по его применению (с учетом показаний и противопоказаний, соблюдением разрешенных методов введения и дозирования);
- ✓ учет анамнестических данных о непереносимости лекарственных средств в прошлом;
- ✓ назначение лекарственных средств с учетом их взаимодействия;
- ✓ учет возрастной коррекции дозы лекарственного средства;
- ✓ наличие добровольного информированного согласия пациента на избранные лечащим врачом методы и способы лекарственной терапии, в т. ч. на применение лекарственных средств у больных по жизненным показаниям;
- ✓ избегание полипрагмазии и политерапии без соответствующих показаний;
- ✓ неиспользование лекарственных средств, затрудняющих стабилизацию или увеличивающих риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания;
- ✓ неиспользование лекарственных средств, повышающих риск возникновения нового патологического процесса;
- ✓ неиспользование лекарственных средств, приводящих к неоптимальному использованию ресурсов медицинской организации.



Имеющийся опыт проведения экспертизы качества в стационаре позволил прийти к некоторым выводам:

1. Недостатки в оказании медицинской помощи включают в себя категории врачебных ошибок и других дефектов оказания неотложной помощи.
2. Ошибки носят диагностический, лечебный и тактический характер.
3. Выявляют недостаточную подготовку врачей в вопросах диагностики и лечения больных с угрожаемыми синдромами (шок, сепсис, асфиксия, терминальное состояние).

Причем некоторые недостатки носят системный характер, отражают сложившуюся практику в ряде МО, базирующуюся в том числе и на противоречивых данных из литературы.

Это, в частности, касается тактики проведения респираторной, метаболической поддержки, инфузионной терапии, т.е. основных компонентов интенсивной терапии.



Предметом экспертизы качества медицинских услуг

является анализ и оценка
результатов оказанных
медицинских услуг на
основании индикаторов,
определяющих уровень
качества медицинских услуг



Классическое определение индикатора качества медицинской помощи (А. Донабедиан)

«Индикатор качества медицинской помощи – количественный показатель, отражающий структуру, процесс или результат оказания медицинской помощи»



QUALITY CONTROL

Индикаторы качества медицинской помощи должны отражать ее основные характеристики:

- ✓ **эффективность,**
- ✓ **безопасность,**
- ✓ **своевременность,**
- ✓ **способность удовлетворить ожидания и потребности пациента,**
- ✓ **стабильность осуществления лечебного процесса и результата,**
- ✓ **адекватность,**
- ✓ **доступность,**
- ✓ **преимственность и непрерывность**



Индикаторы качества медицинских услуг – критерии, отражающие показатель эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в сфере здравоохранения, включающие:

- 1) **индикаторы структуры** - критерии обеспеченности человеческими, финансовыми и техническими ресурсами;
- 2) **индикаторы процесса** - критерии оценки выполнения технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- 3) **индикаторы результата медицинских услуг** - критерии оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи медицинскими организациями или физическими лицами.



QUALITY CONTROL

Экспертиза по индикаторам

При экспертизе по **индикаторам структуры** оценивается соответствие ресурсного обеспечения медицинской организации установленным нормативам и требованиям.

При экспертизе по **индикаторам процесса** сопоставляются технологии оказанных медицинских услуг со стандартами конкретному пациенту.

Обязательно оценивается объем и своевременность диагностических мероприятий, точность постановки диагноза, адекватность выбора, объем и своевременность лечебных мероприятий, привлечения к лечению необходимых специалистов, проведения консилиумов, использование возможных стационарозамещающих лечебных технологий, своевременность направления на консультацию и госпитализацию в медицинские организации, интенсивность лечебно-диагностического процесса, адекватность средств, затраченных на лечение пациента, достигнутому результату, обоснованность выдачи листка нетрудоспособности.

При экспертизе по **индикаторам результата** анализируются показатели эффективности деятельности медицинской организации.

Внутренние индикаторы оценки для организаций, оказывающих стационарную помощь (1)

№	Наименование индикаторов	Периодичность информации	Источник информации	Пороговое значение
1	Удельный вес случаев умерших при плановой госпитализации	Ежемесячно	Отчетные данные, мед. карта стационарного больного (форма 003/у)	Значение индикатора стремится к нулю
2	Показатель досуточной летальности в стационаре	Ежеквартально	Мед. карта стационарного больного (форма 003/у), стат. карта выбывшего из стационара (форма 066/у)	Значение индикатора не превышает 4%
3	Послеоперационная летальность при плановой госпитализации	Ежемесячно	Отчетные данные, мед. карта стационарного больного (форма 003/у)	Значение индикатора стремится к нулю
1)	Удельный вес интраоперационных осложнений	Ежеквартально	Отчетные данные, мед. карта стационарного больного (форма 003/у), журнал записи оперативных вмешательств (форма 008/у)	Значение индикатора не превышает 5%
2)	Удельный вес послеоперационных осложнений	Ежеквартально	Отчетные данные, мед. карта стационарного больного (форма 003/у), журнал записи оперативных вмешательств (форма 008/у)	Значение индикатора не превышает 3%
4	Число случаев матер. смертности, из них от: акуш. кровотечений; гестозов; аборт; экстраген. пат.	Ежедневно	Данные мониторинга беременных, родильниц, карта учета матер. смертности (форма 2009-1/у)	Значение индикатора стремится к нулю по управл. причинам
1)	Уд. вес случаев родового травматизма	Ежеквартально	История родов (форма 096/у), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у)	Значение индикатора стремится к нулю
2)	Уд. вес экстренных кесаревых сечений из общего числа кесаревых сечений	Ежеквартально	История родов (форма 096/у), журнал записи оперативных вмешательств (форма 008/у)	Значение индикатора не превышает 20%
3)	Уд. вес берем. женщин, пост-х в стационар в течение суток после отказа в госпитализации	Ежеквартально	Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у)	Значение индикатора стремится к нулю



Внутренние индикаторы оценки для организаций, оказывающих стационарную помощь (2)

№	Наименование индикаторов	Периодичность информации	Источник информации	Пороговое значение
4)	Полнота выявления экстрагенитальной патологии при поступлении в стационар	Ежеквартально	История родов (форма 096/у), мед. карта стац. больного (форма 003/у), стат. карта выбывшего из стационара (форма 066/у)	Значение индикатора стремится к 100%
5	Количество случаев детской смертности от 0 до 5 лет, из них от: заб. орг. дыхания; кишеч. инф; ВПР; причин перинатального периода	Ежемесячно	Карта учета материнской смертности (форма 2009/у)	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
1)	Удельный вес случаев травматизма новорожденных	Ежеквартально	История родов (форма 096/у), история развития новорожденного (форма 097/у)	Значение индикатора стремится к нулю
2)	Показатель интранатальной гибели плода на 100 родившихся живыми и мертвыми	Ежеквартально	История родов (форма 096/у)	Уменьш. знач. показ. по сравнению с предыдущим на 10%
3)	Показатель соблюдения тепловой цепочки под термоконтролем (мониторинг темпер-го режима)	Ежеквартально	История развития новорожденного (форма 097/у); история родов (форма 096/у)	Значение индикатора не превышает 0,5%
4)	Показатель ранней неонатальной смертности (до 7 суток жизни) на 1000 родившихся живыми	Ежеквартально	История развития новорожденного (форма 097/у)	Уменьш. знач. показ. по сравнению с предыдущим на 5%
6	Показатель ВБИ	Ежемесячно	Журнал учета инф.заб. (форма 060/у)	Стремится к нулю
1)	Уд.вес гнойно-септических процессов после операций	Ежемесячно	Мед.карта стац. больного (форма 003/у)	Значение индикатора не превышает 1%
2)	Удельный вес гнойно-септических процессов у новорожденных	Ежемесячно	История развития новорожденного (форма 097/у)	Значение индикатора стремится к нулю
7	Показатель повторного поступления (в течение 1 мес. по поводу одного и того же заболевания)	Ежемесячно	Отчетные данные, мед. карта стац. больного (форма 003/у), стат. карта выбывшего из стационара (форма 066/у)	Значение индикатора стремится к нулю
8	Случаи расхождения клин. и патологоанат. диагнозов	Ежемесячно	Протокол патологоанатомического исследования (форма 013/у)	Значение индикатора стремится к нулю
9	Общее количество обосн. жалоб по	Ежемесячно	Журнал регистрации обращений	Значение индикатора



Примеры дополнительных индикаторов качества медицинской помощи на региональном уровне (1):

Сахарный диабет

- Процент больных сахарным диабетом (СД), которым в течение последнего года был сделан тест на гликированный гемоглобин
- Осмотр глазного дна у больных сахарным диабетом
- Кол-во больных СД среди лиц, перенесших ампутации конечностей

Лимфогрануломатоз

- Количество больных лимфогрануломатозом, проживших 5 лет с момента постановки диагноза

Рак прямой кишки

- Процент лиц старше 50 лет, которым была выполнена колоноскопия или сигмоскопия
- Кол-во запущенных случаев колоректального рака
- Кол-во впервые выявленных случаев колоректального рака



Примеры дополнительных индикаторов качества медицинской помощи на региональном уровне (2):

Сердечно-сосудистая патология

- Кол-во тромбозисов у больных ОИМ
- Кол-во операций на коронарных сосудах на 100 000 населения старше 40 лет
- Количество Эхо-КГ на 100 000 населения
- Объем продаж ИАПФ
- Объем продаж бета-блокаторов
- Летальность при ОИМ
- Первичная заболеваемость эссенциальной артериальной гипертензией
- Процент больных с АГ, которые взяты на ДУ



Примеры дополнительных индикаторов качества медицинской помощи на региональном уровне (3):

Другие

- Кол-во социальных коек на 100 000 населения старше 65 лет
- Кол-во коек сестринского ухода на 100 000 населения
- Трансфузионные реакции
- Забытые инородные тела
- Количество удовлетворенных судебных исков по вопросам оказания медицинской помощи
- Процент выполнения квот на дорогостоящую помощь по региону
- Число заполненных форм о побочных эффектах лекарственных средств и медицинских технологий
- Число стационаров, в которых есть формулярная комиссия
- Число медицинских организаций, в которых есть локальные сети
- Число медицинских организаций, в которых есть выход в Интернет

Благодарю за внимание!