

Общественное здоровье

Лекция 3.

Часть 1.

Планирование в здравоохранении

Планирование здравоохранения — это обоснование и разработка определенного соотношения потребностей населения в медицинской помощи, лекарственном обеспечении и санитарно-противоэпидемическом обслуживании с возможностями их удовлетворения.

Основные принципы планирования здравоохранения:

- Научно-техническая обоснованность планов.
- Выделение приоритетных проблем.
- Сочетание текущего и перспективного планирования.
- Сочетание отраслевого и территориального планирования.
- Экономическая эффективность планов.

Основными задачами планирования являются:

- **Обеспечение** населения гарантированными видами и объемами медицинской помощи.
- **Оптимизация** бюджетных расходов.
- Эффективное **использование** ресурсов

Общая схема планирования:

1. **Определение основных целей и функций** медицинского учреждения (стационарная или амбулаторная помощь; консультативная или лечебная; специализация и пр.)
2. **Определение видов и объемов медицинской помощи**, оказание которых ведет к достижению поставленных целей (методы лечения, виды диагностики и пр.).
3. **Формирование структуры ЛПУ** (состав подразделений, система управления и пр.).
4. **Определение потребности** в финансовых, материальных и трудовых ресурсах, необходимых для выполнения объемов лечения.
5. **Расчет** предполагаемых поступлений средств.
6. **Корректировка** плановых показателей.
7. **Определение показателей**, наиболее точно характеризующих степень достижения целей и которые необходимо стимулировать.

В условиях разграничения полномочий между органами власти необходимо обеспечить **непрерывность и преемственность властных полномочий** с наибольшей эффективностью функционирования отрасли на принципах **программно-целевого планирования и финансирования** здравоохранения, а именно:

- Обеспечение населения гарантированными видами и объемами медицинской помощи.
- Оптимизация бюджетных расходов.
- Переход к финансированию, ориентированному на конечные результаты.
- Эффективное использование ресурсов.
- Переход на систему планов-заданий и договоров с медицинскими учреждениями для обеспечения прозрачности финансовых расходов и соблюдения гарантий.
- Изменение статуса медицинских учреждений.

В настоящее время **планирование здравоохранения** проводится на 3-х уровнях:

- федеральном;
- региональном (в субъекте РФ);
- муниципальном.

При планировании на федеральном уровне (Правительство РФ, Министерство здравоохранения и социального развития РФ) решаются следующие задачи:

- ✓ разработка федерального законодательства в сфере охраны здоровья и медико-социального обеспечения населения и представление его проектов Федеральному Собранию РФ на рассмотрение и утверждение;
- ✓ реализация основных направлений социальной политики государства по предоставлению населению бесплатной, доступной и квалифицированной медико-социальной помощи;

- ✓ определение приоритетных проблем по улучшению общественного здоровья и развитию системы здравоохранения;
- ✓ обоснование стратегических направлений развития здравоохранения РФ;
- ✓ разработка и утверждение федеральных целевых программ по совершенствованию охраны здоровья населения и улучшению его медико-социального обеспечения;
- ✓ обеспечение стратегического планирования — формирование программы госгарантий;
- ✓ принятие отраслевой программы повышения структурной эффективности сети медицинских учреждений;
- ✓ развитие различных систем и форм здравоохранения;
- ✓ разработка и утверждение федеральных норм, нормативов, формирование минимальных социальных стандартов в сфере здравоохранения.

Планирование здравоохранения на уровне субъекта РФ (региональном уровне) решает следующие задачи:

- ✓ планирование объемов и видов медицинской помощи с учетом мощности, структуры учреждения, численности прикрепленного населения;
- ✓ использование нормативного метода в определении потребности в медицинской помощи (с учетом норм нагрузки на медицинский персонал);
- ✓ оказание медицинской помощи населению в соответствии с протоколами ведения больных и классификаторами услуг;
- ✓ формирование годовых заявок на реализацию программы госгарантий;
- ✓ распределение заданий по профилям отделений и уровням оказания медицинской помощи;
- ✓ развитие различных форм деятельности медицинских учреждений.

При планировании здравоохранения на уровне муниципального образования учитывается:

- ✓ планирование гарантированных объемов и видов медицинской помощи на основе подушевого принципа;
- ✓ использование нормативного метода;
- ✓ обеспечение сбалансированности видов и объемов медицинской помощи с объемами финансирования;
- ✓ обеспечение стратегического и текущего планирования — территориальной программы госгарантий и формирование муниципального заказа;
- ✓ принятие территориальной программы повышения структурной эффективности сети медицинских учреждений;
- ✓ развитие различных систем и форм здравоохранения.

При планировании работы лечебно-профилактического учреждения решаются следующие задачи:

- ✓ планируются виды и объемы амбулаторно-поликлинической помощи;
- ✓ при наличии стационара планируются виды и объемы стационарной медицинской помощи;
- ✓ составляется финансовый план (смета) лечебного учреждения;
- ✓ планируется работа по повышению квалификации медицинского персонала, его сертификации и аттестации;
- ✓ планируется работа по внедрению новых медицинских технологий, повышению качества медицинской помощи населению;
- ✓ планируются мероприятия по обеспечению необходимого санитарно-эпидемиологического состояния подразделений ЛПУ, профилактике внутрибольничных инфекций.

При планировании здравоохранения как отрасли социальной сферы необходимо учитывать следующие данные:

1. Половозрастную структуру населения, являющуюся одним из основных факторов, определяющих уровень заболеваемости населения.
2. Климатогеографические особенности территории и уровень доступности медицинской помощи.

3. Уровень заболеваемости, определяемый, кроме половозрастного состава, экологическими, социально-экономическими и иными условиями.
4. Уровень и структуру обращаемости населения за медицинской помощью во все типы учреждений независимо от форм собственности и организационно-правовой структуры, в том числе госпитализации в стационары.
5. Структуру и мощность амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, их развитие.
6. Существующие тенденции в совершенствовании организации медицинской помощи (реорганизация первичной медико-социальной помощи на принципах врача общей практики, развитие альтернативных форм стационарного медицинского обслуживания, реорганизация скорой и неотложной медицинской помощи).
7. Организационную структуру и совершенствование управления экстренной медицинской помощью в чрезвычайных ситуациях.
8. Дифференциацию коечного фонда по степени интенсивности лечения и медицинского ухода.
9. Внедрение современных технологий профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной работы.
10. Финансовые затраты на лечение больных в других ЛПУ по сравнению с затратами на лечение в данном ЛПУ.

С учетом **решаемых целей и задач** в здравоохранении в настоящее время могут использоваться следующие виды планирования:

- стратегическое планирование и его разновидность — программно-целевое планирование;
- перспективное планирование;
- текущее планирование.

Стратегическое планирование, характеризуется как система, охватывающая многообразие видов деятельности учреждений здравоохранения.

Разновидности стратегического планирования:

- ✓ долгосрочное,
- ✓ среднесрочное,
- ✓ годовое,
- ✓ оперативное ,
- ✓ функциональное планирование.

Важной отличительной чертой стратегического планирования является гибкость, обусловленная широким диапазоном выбора плановых перспектив.

Принципы стратегического планирования:

- ситуационный анализ, включающий оценку состояния системы, характеристику внешней среды, изучение потребительского спроса;
- прогноз развития системы здравоохранения в зависимости от благоприятного и неблагоприятного стечения обстоятельств;
- определение направлений и целей развития;
- разработка конкретных мероприятий по срокам и исполнителям;
- ресурсное обеспечение достижения целей;
- контроль, оценка выполнения и оценка эффективности.

Одним из методов перспективного планирования при государственной системе здравоохранения является стратегическое планирование на основе программно-целевого метода.

Программно-целевой метод стратегического планирования имеет следующие преимущества в обеспечении:

- целевого распределения бюджетных средств;
- привлечения дополнительных источников для финансирования конкретных целей;
- комплексного решения проблем за счет создания условий для вертикального и горизонтального взаимодействия;
- мониторинга за процессом достижения целей, их своевременной корректировки и оценки эффективности;
- в использовании на всех уровнях управления.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения, как правило, на региональном и муниципальном уровнях на достаточно длительную перспективу (сроком до 3-5 лет).

Текущее планирование проводится в большинстве случаев на период до 1 года и используется при разработке планов и программ региональной и муниципальной систем здравоохранения или отдельных медицинских учреждений.

При планировании здравоохранения используются следующие **методы**:

- ✓ **аналитический метод**, позволяющий оценить исходный и достигнутый уровни при составлении плана и анализе его выполнения;
- ✓ **балансовый метод**, обеспечивающий пропорции в разрабатываемых планах и позволяющий своевременно вскрыть намечающиеся диспропорции во время их реализации;

- ✓ в здравоохранении широко используется **нормативный метод**, применяемый для обеспечения пропорциональности развития отрасли;
- ✓ **экономико-математический метод** позволяет обосновать оптимальные варианты плана;
- ✓ **метод линейного программирования** дает возможность оптимального размещения объектов здравоохранения с учетом местных особенностей;
- ✓ **бюджетный метод** широко используется для изучения трудовых затрат медицинского персонала и бюджета времени населения для получения медицинской помощи;
- ✓ вышеперечисленные методы практически в полном объеме используются в **экспериментальном методе**, любое нововведение обязательно испытывается и оценивается в эксперименте.

При планировании здравоохранения, особенно на муниципальном и региональном уровнях, до настоящего времени не потерял своей актуальности так называемый **нормативный метод планирования**, основанный на использовании соответствующих норм и нормативов.

Под **нормами** понимаются научно обоснованные количественные показатели лечебно-профилактической помощи, а также регламентируемые показатели деятельности медицинских учреждений, нагрузки медперсонала.

К ним относятся:

- ✓ **нормы обеспечения** населения лечебно-профилактической помощью (количество больничных коек на 1000 населения, число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя);

- ✓ нормы нагрузки медицинского персонала, прежде всего врачей (в амбулаторно-поликлинических учреждениях — число больных на 1 час амбулаторного приема, функция врачебной должности; в стационарах — число больных на 1 врачебную должность);
- ✓ определение потребности в койках исходя из уровня госпитализации;
- ✓ норматив обеспеченности средствами малой механизации для всех учреждений здравоохранения и социальной защиты;
- ✓ норматив оснащенности оборудованием, инструментами, медицинскими изделиями, предметами ухода за больными по видам учреждений;
- ✓ норматив обеспеченности санитарным транспортом по видам учреждений;
- ✓ нормы потребности в медикаментах и перевязочных средствах и пр.;
- ✓ нормативы — расчетные показатели;

- ✓ нормативы организации лечебно-профилактического обслуживания по участкам (численность населения на участке взрослых, детей);
- ✓ нормативы среднегодовой занятости койки в стационаре;
- ✓ штатные нормативы медицинского персонала в различных медицинских учреждениях и пр.

Основными элементами планирования лечебно-профилактической помощи являются планирование:

- а) амбулаторно-поликлинической помощи,
- б) стационарной медицинской помощи,
- в) скорой медицинской помощи,
- г) деятельности лечебно-диагностических служб.

Общественное здоровье

Лекция 3.

Часть 2.

Организация работы среднего медицинского персонала в амбулаторно- поликлинических учреждениях

К основным типам амбулаторно-поликлинических учреждений относятся:

- поликлиники (для взрослых, детей, стоматологические),
- диспансеры,
- центры общей врачебной (семейной) практики,
- женские консультации и др.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Городская поликлиника для взрослых является учреждением здравоохранения, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь населению в возрасте 18 лет и старше.

Основные задачи поликлиники:

- оказание медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение среди прикрепленного населения комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- осуществление диспансеризации населения и, прежде всего, лиц с повышенным риском заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических и других социально-значимых болезней;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, формированию здорового образа жизни.

Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых



Поликлинику возглавляет **главный врач**, который несет ответственность за качество медицинской помощи, а также организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность.

Для организации работы среднего и младшего медицинского персонала главный врач из числа наиболее опытных медицинских сестер, обладающих организационными способностями, назначает **главную (старшую) медицинскую сестру**. В ее непосредственном подчинении находится весь средний и младший медицинский персонал поликлиники.

Основная задача главной (старшей) медицинской сестры - **рациональная организация труда среднего и младшего медицинского персонала**, включая своевременное и качественное выполнение врачебных назначений больным в поликлинике и на дому.

Для выполнения этой задачи **главная (старшая) медицинская сестра** поликлиники **обязана обеспечить:**

- вводный инструктаж принимаемых на работу средних и младших медицинских работников по охране труда и технике безопасности, по противопожарной безопасности, действиях в экстремальных условиях;
- ознакомление средних и младших медицинских работников с должностными инструкциями, правилами внутреннего трудового распорядка и другими распорядительными документами;
- составление рациональных графиков работы и правильную расстановку среднего и младшего медицинского персонала;
- оперативное замещение медицинских сестер и санитарок, не вышедших на работу;
- систематический контроль над своевременным и квалифицированным выполнением медицинскими сестрами лечебных и диагностических назначений врачей в поликлинике и на дому;

- своевременную выписку, правильный учет, распределение и использование медикаментов, изделий медицинского назначения, бланков специального учета (листок нетрудоспособности, врачебных свидетельств о смерти, бланков рецептов на наркотические средства и др.);
- четкую работу регистратуры, справочно-информационной службы;
- контроль над санитарно-гигиеническим состоянием поликлиники, проведением средним и младшим медицинским персоналом комплекса необходимых противоэпидемических мероприятий;
- контроль над исправностью и сохранностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременностью их ремонта и списания;
- своевременное представление медицинской документации амбулаторного больного, направленного в стационар, а также контроль над получением выписок и других медицинских документов из стационара и др.

Главная (старшая) медицинская сестра принимает активное участие в управлении учреждением. Она вправе:

- ✓ принимать участие в решении вопросов найма и увольнения средних и младших медицинских работников,
- ✓ вносить главному врачу предложения об их поощрении или наложении дисциплинарных взысканий,
- ✓ осуществлять в случае производственной необходимости временную перестановку средних и младших медицинских работников поликлиники,
- ✓ контролировать их деятельность,
- ✓ отдавать им в рамках своих полномочий распоряжения и указания.

Одна из **важнейших задач** главной (старшей) медицинской сестры, совместно с руководством поликлиники, **разработка и реализация планов повышения квалификации** средних медицинских работников путем проведения сестринских конференций, направление их на курсы повышения квалификации и специализации, организации освоения ими смежных специальностей, а также специальной подготовки младшего медицинского персонала.

Городская поликлиника работает по участковому принципу - за ней закреплена определенная территория, которая, в свою очередь, разделена на территориальные участки.



Регистратура:

- ✓ осуществление записи на прием к врачам при непосредственном обращении и по телефону;
- ✓ регулирование интенсивности потока пациентов с целью обеспечения равномерной нагрузки на приеме, распределение больных по видам оказываемой помощи;
- ✓ своевременный подбор медицинской документации и доставка ее в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки.

Четыре основных способа организации записи пациентов к врачу:

- **талонная система** - первичные пациенты обращаются в регистратуру и получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием
- **самозапись** - посетители сами вписывают в специальные листы свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приема в папки листов самозаписи в холле поликлиники. Дежурный регистратор дает необходимые устные справки, в отдельных случаях помогает посетителям записаться на прием к врачу
- **запись через центр координации** – пациенты звонят по телефону и записываются на прием к врачу. За день приема робот обзванивает всех пациентов с напоминанием о предстоящем приеме
- **комбинированный способ** - в лист самозаписи записываются только первичные пациенты. За 15-20 мин до начала приема пациент получает в регистратуре заранее заготовленный талон. При такой системе регистратор знает, сколько человек не явилось на прием к врачу (из числа записавшихся) и имеет право по истечении определенного времени выдать талоны другим пациентам, желающим попасть на прием в это время.

Оптимальна форма работы регистратуры с использованием электронных (бесбумажных) технологий хранения информации по локальной сети.

Кабинет доврачебного приема

Организуется в поликлинике для **регулирования потока** посетителей и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции. Для работы в нем подбираются наиболее опытные медицинские сестры. В задачи кабинета доврачебного приема входит:

- ✓ распределение пациентов по срочности направления их к врачу;
- ✓ направление на лабораторные и другие диагностические исследования больных, которые не нуждаются в день обращения во врачебном приеме;
- ✓ проведение антропометрии, измерение артериального и глазного давления, температуры тела и др.;
- ✓ заполнение паспортной части «Санаторно-курортной карты» (ф. 072/у), «Направления на медико-социальную экспертизу» (ф. 088/у), а также внесения в них данных лабораторных и других диагностических исследований, оформление справок, выписок и других медицинских документов;
- ✓ участие в организации и проведении медицинских осмотров.

Медицинская сестра участковая

Основная ее задача - это выполнение лечебных и диагностических назначений врача в поликлинике и на дому, а также проведение профилактических и санитарно-просветительных мероприятий среди населения участка.

Для решения этой задачи медицинская сестра участковая имеет широкий круг обязанностей:

- ✓ формирует совместно с врачом-терапевтом участковым паспорт врачебного (терапевтического) участка из прикрепленного к нему населения, ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участвует в формировании групп диспансерных больных, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг;
- ✓ организует амбулаторный прием врача-терапевта участкового, подготавливает к работе приборы, инструменты, обеспечивает бланками рецептов, направлений;

- ✓ проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни;
- ✓ осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет занятия в школах здоровья;
- ✓ организует проведение диагностики и лечения заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- ✓ проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью в медицинской карте амбулаторного больного;
- ✓ оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре, на дому;

- ✓ в соответствии с назначением врача выполняет медицинские манипуляции и производит забор материала для бактериологических исследований;
- ✓ оформляет документы для направления больных на консультации к врачам-специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- ✓ проводит мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- ✓ оформляет документацию по экспертизе временной нетрудоспособности в установленном порядке и документы для направления на медико-социальную экспертизу;
- ✓ оформляет документы для направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- ✓ организует совместно с органами социальной защиты населения медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;

- ✓ заполняет под контролем врача «Талоны амбулаторного пациента», «Экстренные извещения», бланки направлений на лечебно-диагностические исследования, вносит в индивидуальную карту амбулаторного больного данные флюорографического и других исследований, помогает заполнять «Направление на медико-социальную экспертизу» (ф. 088/у-97), «Санаторно-курортные карты» (ф. 072/у), выписки из «Медицинских карт амбулаторного больного» и др.;
- ✓ проводит под контролем врача профилактические прививки и мероприятия по дегельминтизации населения;
- ✓ ведет «Дневник учета работы медицинской сестры участковой» (ф. 039-1/у-06).

Помимо участковых врачей, в поликлинике работают **врачи узких специальностей** - врачи-специалисты, каждому из которых помогают медицинские сестры (медицинская сестра патронажная, медицинский статистик, медицинская сестра хирургического кабинета, медицинская сестра офтальмологического кабинета, медицинская сестра функциональной диагностики и др.).

СТАТИСТИКА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Для оценки работы поликлиники используется целый ряд статистических показателей, основные из которых:

- показатель **среднего числа посещений** на 1 жителя;

$$\text{Среднее число посещений на 1 жителя} = \frac{\text{Число врачебных посещений в поликлинике и на дому} + \text{Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием)}}{\text{Среднегодовая численность населения}}.$$

- показатель удельного веса профилактических посещений в поликлинику;

$$\text{Удельный вес профилактических посещений в поликлинику} = \frac{\text{Число врачебных посещений} + \text{Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) с профилактической целью}}{\text{Общее число врачебных посещений} + \text{Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием)}} \times 100.$$

- показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением;

$$\text{Полнота охвата населения диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число лиц, состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 1000.$$

- показатель доли больных, состоящих на диспансерном учете;

$$\text{Доля больных, состоящих на диспансерном учете} = \frac{\text{Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}}{\text{Общее число зарегистрированных больных с данным заболеванием на конец отчетного года}} \times 100.$$

- показатель эффективности диспансеризации.

$$\text{Эффективность диспансеризации} = \frac{\text{Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года}}{\text{Общее число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}} \times 100.$$

Организация работы среднего медицинского персонала в больничных учреждениях



Возглавляет больницу **главный врач**, который отвечает за всю **лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую работу**.

Деятельностью среднего и младшего медицинского персонала руководит **главная медицинская сестра**.

На должность главной медицинской сестры больницы назначается лицо с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или со средним медицинским образованием, имеющее диплом по одной из специальностей: «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат по специальности «Организация сестринского дела», обладающее организаторскими способностями.

Главная медицинская сестра назначается и увольняется главным врачом больницы, а непосредственно подчиняется заместителю главного врача по медицинской части. Распоряжения главной медицинской сестры являются **обязательными** для среднего и младшего медицинского персонала больницы.

Основные обязанности главной медицинской сестры:

- ✓ **разработка** перспективных и текущих **планов повышения квалификации** медицинских сестер больницы;
- ✓ **формирование резерва** и подготовка медицинских сестер для выдвижения на должность старших медицинских сестер;
- ✓ **организация получения, хранения и распределения** по отделениям в соответствии с их требованиями **медикаментов**, в том числе наркотических, ядовитых и сильнодействующих препаратов;
- ✓ **контроль** своевременного и четкого **выполнения** средним медицинским персоналом **врачебных назначений**, **правильности учета**, распределения, расходования и хранения медикаментов (в том числе наркотических, ядовитых и сильнодействующих) и перевязочных материалов;
- ✓ **контроль над соблюдением требований санитарно-противоэпидемического режима, качеством оформления** медицинской документации средним медицинским персоналом.

Для выполнения своих обязанностей главная медицинская сестра больницы имеет право:

- ✓ отдавать распоряжения среднему и младшему медицинскому персоналу и контролировать их выполнение;
- ✓ вносить предложения главному врачу больницы о поощрении и наложении взысканий среднему и младшему медицинскому персоналу;
- ✓ вносить предложения аттестационной комиссии о присвоении очередной квалификационной категории среднему медицинскому персоналу;
- ✓ поручать медицинским сестрам проверки работы среднего и младшего медицинского персонала подразделений больницы.

Приемное отделение

Приемное отделение может быть **централизованным и децентрализованным.**

В приемное отделение больницы пациенты могут попасть разными путями:

- ✓ по направлению врачей из амбулаторно-поликлинических учреждений (плановая госпитализация),
- ✓ в экстренном порядке (при доставке их бригадой скорой помощи),
- ✓ путем перевода из другого стационара,
- ✓ самостоятельно обратившиеся в приемное отделение («самотек»).

В задачи приемного отделения входит:

- прием больных, постановка предварительного диагноза и решение вопроса о необходимости и профиле отделения для госпитализации;
- оказание при необходимости экстренной медицинской помощи;
- санитарная обработка больных;
- выполнение функций справочно-информационного центра о состоянии больных.

Работу среднего и младшего медицинского персонала приемного отделения организует **старшая медицинская сестра приемного отделения.**

На должность старшей медицинской сестры приемного отделения может назначаться лицо с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или со средним медицинским образованием, имеющее диплом по одной из специальностей: «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат по специальности «Организация сестринского дела», обладающее организаторскими способностями.

Старшая медицинская сестра приемного отделения назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению заведующего отделением, которому она непосредственно подчиняется.

Распоряжения старшей медицинской сестры являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала отделения.

В приемном отделении должна быть обеспечена возможность проведения:

- ✓ срочных рентгенологических исследований,
- ✓ эндоскопических исследований,
- ✓ экспресс-анализов и т.д.

Для оказания экстренной медицинской помощи в приемном отделении должен находиться постоянный набор необходимых лекарств, медицинских инструментов и т.д. При приемном отделении крупных больниц организуются палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Медицинская сестра приемного отделения выполняет большой круг обязанностей:

- знакомится с направлением больного и сопровождает его в кабинет дежурного врача;

- выслушивает жалобы больного, поступившего «самотеком», и направляет его к дежурному врачу;
- заполняет паспортную часть «Медицинской карты стационарного больного» (ф. 003/у);
- ведет «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации» (ф. 001/у);
- осуществляет по указанию дежурного врача вызов консультантов и лаборантов в приемное отделение;
- следит за состоянием больных, находящихся в изоляторе, и своевременно выполняет все указания врача по их обследованию и лечению;
- своевременно передает телефонограммы в отделение милиции, активные вызовы в поликлиники города, экстренные извещения на инфекционные заболевания в соответствующий территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора);
- осуществляет забор кала, мочи, рвотных масс и промывных вод для лабораторного исследования;

- получает у старшей медицинской сестры медикаменты и обеспечивает их хранение;
- следит за санитарным состоянием в отделении и контролирует работу младшего медицинского персонала;
- своевременно сдает сестре-хозяйке отделения аппаратуру и инструменты для ремонта.

Из приемного отделения больной поступает в **стационарное отделение**. Возглавляет работу лечебного отделения **заведующий**. Труд среднего и младшего медицинского персонала отделения организует **старшая медицинская сестра отделения**.

Главная фигура отделения - лечащий врач (ординатор), ему помогают **палатные медицинские сестры**, которые непосредственно подчиняются старшей медицинской сестре отделения и выполняют следующие обязанности:

- своевременное и точное выполнение предписаний лечащего врача;

- организация своевременного обследования больных в лаборатории, диагностических кабинетах, у врачей-консультантов;
- наблюдение за состоянием больного: физиологическими отправлениями, сном, весом, пульсом, дыханием, температурой;
- немедленная информация лечащему врачу (в его отсутствие - заведующему отделением или дежурному врачу) о внезапном ухудшении состояния больного;
- оказание экстренной доврачебной помощи;
- санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных (умывание, кормление, промывание по мере надобности рта, глаз, ушей и т.д.);
- изоляция больных в агональном состоянии, вызов врача для констатации смерти, подготовка трупов умерших для передачи их в морг.

Работа в отделении утром начинается с утренней конференции, («пятиминутки»), где ординатор отделения получает информацию от ночного дежурного медицинского персонала о:

- ✓ состоянии больных и происшедших в их здоровье изменениях,
- ✓ вновь поступивших больных,
- ✓ результатах лабораторных, рентгенологических и других исследований,
- ✓ проводит обход больных.

Выделяют две системы организации ухода за больными:

- **двухстепенную** - непосредственное участие в уходе за больным принимают врачи и медицинские сестры. В этом случае младший медицинский персонал помогает в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении (осуществляет уборку помещений и т. д.).
- **трехстепенную**, где младшие медицинские сестры принимают участие в непосредственном уходе за больными.

На должность **младшей медицинской сестры по уходу за больными** назначается лицо, окончившее курсы младших медицинских сестер по уходу за больными. Она непосредственно подчиняется медицинской сестре палатной.

В больнице строго должны соблюдаться **противоэпидемический и лечебно-охранительный режимы**.

Контроль над соблюдением **противоэпидемиологического режима** осуществляется специалистами территориальных органов Роспотребнадзора.

Лечебно-охранительный режим - это система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания пациентов в больнице.

Важная роль в соблюдении лечебно-охранительного режима отводится медицинским сестрам. К основным элементам лечебно-охранительного режима относятся:

- ✓ рациональная планировка, размещение и оборудование палат и отделений (изоляция операционных блоков, перевязочных, организация 1-2-местных палат и др.);
- ✓ устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (неудобные постели, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура в палатах, дурные запахи, стоны или крики больных, шум, невкусно приготовленная и несвоевременно поданная пища и др.);

- ✓ борьба с болью и страхом боли (психологическая подготовка к операциям, применение анестезирующих средств при болезненных перевязках, использование эффективных болеутоляющих средств, высокое мастерство техники инъекции и других манипуляций, должная острота игл и скальпелей, отказ от бесцельных исследований);
- ✓ меры, предупреждающие возможность ухода больного в болезнь и преувеличенных представлений о неблагоприятных последствиях (художественная литература, любимая музыка, увлекательные беседы, живопись, телевидение, возможность заняться каким-либо любимым делом, прогулки по территории больницы для ходячих больных, трудотерапия в отделениях для хронических больных, воспитательно-педагогическая работа в детских больницах и др.);
- ✓ организация режима дня больного (удлинение физиологического сна, сочетание покоя с допустимой физической активностью, общение больного с родственниками и близкими);
- ✓ разумное использование слова - одного из сильнейших условных раздражителей, способного оказать значительное воздействие на течение патологического процесса и его исход (недопущение ятрогений);

- ✓ соблюдение персоналом принципов медицинской этики (высокая культура медицинского персонала, чуткое, внимательное отношение к больному, его родственникам, соблюдение медицинской тайны, доброжелательные взаимоотношения между медицинским персоналом).

Выписка пациента из больницы производится в следующих случаях:

- ✓ при полном его выздоровлении;
- ✓ при необходимости перевода в другие лечебные учреждения;
- ✓ при стойком улучшении состоянии больного, когда дальнейшая госпитализация уже не нужна;
- ✓ при хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении.

СТАТИСТИКА БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Основные формы первичной учетной медицинской документации

больничных учреждений:

- ✓ листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, ф. 007/у-02;
- ✓ статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому, ф. 066/у-02.

Основные показатели медицинской деятельности стационара:

- показатель обеспеченности населения больничными койками;

$$\text{Обеспеченность населения} \\ \text{больничными койками} = \frac{\text{Число больничных коек}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000.$$

- показатель частоты (уровня) госпитализации;

$$* \text{Частота (уровень госпитализации)} = \frac{\text{Число поступивших в стационар за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100.$$

* Показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

- показатель среднего числа дней занятости койки в году (функция больничной койки);

<i>Среднее число дней занятости койки в году (функция больничной койки)</i>	=	<i>Число койко-дней, проведенных больными в стационаре в течение года</i> <i>Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)</i>
--	---	--

- показатель средней длительности пребывания больного на койке;

$$\text{Средняя длительность пребывания больного на койке} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{1/2 (\text{поступивших} + \text{выписанных} + \text{умерших}) \text{ больных}}.$$

- показатель больничной летальности.

$$\text{* Больничная летальность} = \frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100.$$

* Показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

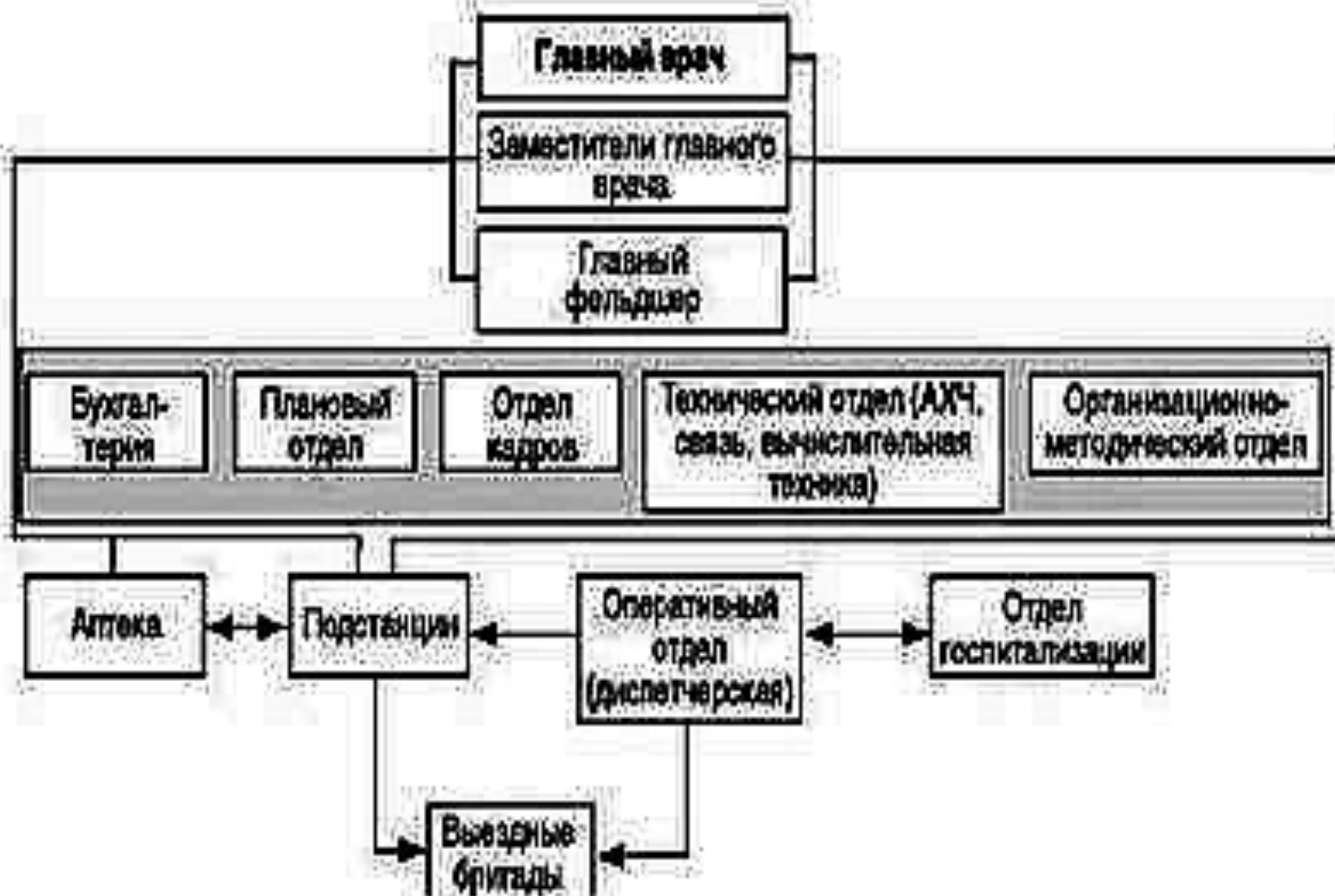
Организация работы среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь (СМП) оказывается гражданам при обстоятельствах, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), она осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности.

Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и гражданам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно.

В структуру службы СМП входят:

- ✓ **станции** - самостоятельные лечебно-профилактические учреждения создаются в городах с населением свыше 50 тыс. человек,
- ✓ **подстанции** – в городах с населением более 100 тыс. человек, с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности, организуются как подразделения станций (в зоне двадцатиминутной доступности).
- ✓ **отделения СМП в составе больниц** – организуются в составе городских, центральных, районных и других больниц, в населенных пунктах с численностью жителей до 50 тыс. человек ,
- ✓ **больницы скорой медицинской помощи.**



ЗАДАЧИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Учреждения скорой медицинской помощи предназначены для решения следующего комплекса медицинских задач:

- оказания **круглосуточной своевременной и качественной медицинской помощи** заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений, а также при катастрофах и стихийных бедствиях;
- осуществления **своевременной транспортировки** больных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи;
- **оказания медицинской помощи** больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию и отделения СМП.

Возглавляет работу станций скорой медицинской помощи **главный врач**, а подстанций и отделений - **заведующий**. В работе им помогает, **главный фельдшер станции** (подстанции, отделения).

Основная функциональная единица станций (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи - **выездная бригада**, которая может быть фельдшерской или врачебной.

Фельдшерская бригада включает в свой состав 2 фельдшеров, санитар и водителя.

Во **врачебную бригаду** входят 1 врач, 2 фельдшера (либо фельдшер и медицинская сестра-анестезистка), санитар и водитель.

Кроме того, врачебные бригады делятся на **общепрофильные и специализированные**.

Выделяют следующие виды **специализированных бригад**:

- ✓ педиатрическая,
- ✓ анестезиолого-реанимационная,
- ✓ неврологическая,
- ✓ кардиологическая,
- ✓ психиатрическая,
- ✓ травматологическая,
- ✓ нейрореанимационная,
- ✓ пульмонологическая,
- ✓ гематологическая и др.

Выездная бригада скорой медицинской помощи решает следующие **задачи**:

- **немедленный выезд и прибытие к пациенту** (на место происшествия) в пределах норматива времени, установленного для данной административной территории;

- **установление диагноза**, осуществление мероприятий, способствующих **стабилизации или улучшению состояния здоровья пациента** и, при наличии медицинских показаний, **транспортировка** его в стационар;
- **передача пациента** и соответствующей медицинской документации **дежурному врачу** стационара;
- **обеспечение сортировки больных** или пострадавших и установление последовательности оказания медицинской помощи **при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и при других чрезвычайных ситуациях**;
- **проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий** на месте вызова.

При выполнении обязанностей по оказанию скорой медицинской помощи в составе фельдшерской бригады **фельдшер** является ответственным исполнителем, а в составе врачебной бригады он действует под руководством **врача**.

Фельдшер выездной бригады скорой медицинской помощи обязан:

- ✓ обеспечивать немедленный выезд бригады после получения вызова и прибытие ее к пациенту на место происшествия в пределах норматива времени, установленного на данной административной территории;
- ✓ оказывать скорую медицинскую помощь больным и пострадавшим на месте происшествия и во время транспортировки в стационары в соответствии с утвержденными правилами и стандартами;
- ✓ обеспечивать эпидемиологическую безопасность: при выявлении у больного карантинной инфекции оказать ему необходимую медицинскую помощь, соблюдая меры предосторожности, и информировать старшего врача смены о клинико-эпидемиологических и паспортных данных больного;
- ✓ по требованию сотрудников правоохранительных органов остановиться для оказания медицинской помощи независимо от места нахождения больного (пострадавшего) и др.

- ✓ при обнаружении трупа умершего или погибшего бригада обязана срочно известить об этом органы внутренних дел и зафиксировать в «Карте вызова скорой медицинской помощи» (ф. 110/у) все необходимые сведения.

Эвакуация трупа с места происшествия **не допускается**.

В случае смерти больного в салоне санитарного автомобиля бригада **обязана сообщить фельдшеру оперативного отдела** о факте смерти и **получить разрешение на доставку трупа в судебно-медицинский морг**.

Оперативный отдел (диспетчерская) обеспечивает:

- круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) населения,
- своевременное направление выездных бригад на место происшествия,
- оперативное управление их работой.

В его структуру входят диспетчерская приема и передачи вызовов и стол справок. Дежурный персонал оперативного отдела имеет необходимые средства связи со всеми структурными подразделениями станции СМП, подстанциями, выездными бригадами, лечебно-профилактическими учреждениями, а также прямую связь с оперативными службами. Отдел должен иметь автоматизированные рабочие места, компьютерную систему управления.

Оперативный отдел выполняет следующие основные функции:

- **прием вызовов** с обязательной записью диалога на электронный носитель, подлежащий хранению 6 месяцев;
- **сортировка вызовов** по срочности и своевременная передача их выездным бригадам;
- **осуществление контроля** над своевременной доставкой больных, рожениц, пострадавших в приемные отделения соответствующих стационаров;
- **сбор оперативной статистической информации**, ее анализ, подготовка ежедневных сводок для руководства станции СМП;
- **обеспечение взаимодействия** с УВД, ГИБДД, управлением по чрезвычайным ситуациям (ЧС) и другими оперативными службами.

Санитарный автотранспорт бригад скорой медицинской помощи должен систематически подвергаться **дезинфекционной обработке** в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологической службы. В случаях, когда транспортом станций скорой медицинской помощи перевезен **инфекционный больной**, автомашина подлежит **обязательной дезинфекции, которая осуществляется персоналом больницы, принявшей больного.**

Станция (подстанция, отделение) СМП:

- ✓ **не выдает** документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, судебно-медицинских заключений,
- ✓ **не проводит** экспертизу алкогольного опьянения.

Однако **при необходимости может** выдавать **справки** произвольной формы с указанием даты, времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению.

Станция (подстанция, отделение) СМП **обязана выдавать устные справки** о месте нахождения больных и пострадавших при личном обращении населения или по телефону.

Оказание **специализированной экстренной и плановой консультативной помощи** пациентам, находящимся на лечении в муниципальных учреждениях здравоохранения возложено на **отделения экстренной и планово-консультативной помощи**, которые создаются в структуре областных (краевых, окружных, республиканских) больниц.

Основные формы первичной учетной медицинской

документации станции (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи и отделений экстренной и планово-консультативной помощи:

- ✓ Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи, ф. 109/у;
- ✓ Карта вызова скорой медицинской помощи, ф. 110/у;
- ✓ Сопроводительный лист станции скорой помощи с талоном к нему, ф. 114/у;
- ✓ Дневник работы станции скорой медицинской помощи, ф. 115/у;
- ✓ Журнал регистрации приема вызовов и их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи, ф. 117/у;
- ✓ Задание на санитарный полет, ф. 118/у;
- ✓ Задание врачу-консультанту, ф. 119/у;
- ✓ Журнал регистрации плановых выездов (вылетов), ф. 120/у.

Медицинские работники скорой медицинской помощи должны уметь вычислять и анализировать основные **статистические показатели**:

- своевременности выездов бригад СМП;

$$\text{Своевременность выездов бригад СМП} = \frac{\text{Число выездов СМП в течение 4 мин с момента вызова}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100.$$

- расхождения диагнозов СМП и стационара;
- удельного веса госпитализированных больных;

$$\text{Расхождение диагнозов СМП и стационара} = \frac{\text{Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационара}}{\text{Общее число больных, доставленных СМП в стационар}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес госпитализированных больных} = \frac{\text{Число госпитализированных больных, доставленных СМП в стационар}}{\text{Общее число больных, доставленных СМП в стационар на госпитализацию}} \times 100.$$

- удельного веса повторных вызовов (рекомендуемый показатель – 1%);
- удельного веса успешных реанимаций (рекомендуемый показатель – 10%);
- удельного веса летальных исходов (рекомендуемый показатель – 0.06%);

$$\text{Удельный вес повторных вызовов} = \frac{\text{Число повторных вызовов СМП в течение суток}}{\text{Общее число вызовов СМП в течение суток}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес успешных реанимаций} = \frac{\text{Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП}}{\text{Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес летальных исходов} = \frac{\text{Число летальных исходов в присутствии бригады СМП}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100.$$

- удельного веса «ЛОЖНЫХ» ВЫЗОВОВ.

$$\text{Удельный вес «ЛОЖНЫХ» вызовов} = \frac{\text{Число «ложных» вызовов СМП}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100.$$

Общественное здоровье

Лекция 3.

Часть 3.

Управление качеством медицинской помощи

1. Общие характеристики качества оказания медицинской помощи.

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам.

Выделяют следующие **характеристики качества медицинской помощи**:

- ✓ профессиональная компетенция;
- ✓ доступность;
- ✓ межличностные взаимоотношения;
- ✓ эффективность;
- ✓ непрерывность;
- ✓ безопасность;
- ✓ удобство;
- ✓ соответствие ожиданиям пациентов.

Профессиональная компетенция - наличие теоретических знаний и практических навыков медицинских работников, вспомогательного персонала и то, как они используют их в своей работе, следуя клиническим руководствам, протоколам и стандартам.

Компетенции руководителя, то это, прежде всего, **профессиональные навыки в выработке и принятии управленческих решений**.

Для **врачей** это знания и навыки постановки диагноза и лечения больного.

Недостаток профессиональной компетенции может выражаться как в небольших отклонениях от существующих стандартов, так и в грубых ошибках, снижающих результативность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

Доступность медицинской помощи - означает, что медицинская помощь не должна зависеть от:

- ✓ географических,
- ✓ экономических,
- ✓ Социальных (культурных),
- ✓ организационных,
- ✓ языковых барьеров.

Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать получению пациентом необходимой помощи.

Экономическая доступность определяется возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и качества независимо от материального положения больного.

Социальная, или культурная, доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете культурных ценностей пациента, его вероисповедания.

Организационная доступность подразумевает оптимизацию в режиме работы отдельных медицинских служб.

Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью, и т.д.

Межличностные взаимоотношения – это взаимоотношения между:

- ✓ работниками здравоохранения и пациентами,
- ✓ медицинским персоналом и их руководством,
- ✓ системой здравоохранения и населением в целом.

Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия.

Важные элементы этих взаимоотношений - искусство слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивной установки пациента на проводимое лечение.

Эффективность - отношение достигнутого экономического эффекта к затратам. Важность этой характеристики определяется тем, что ресурсы здравоохранения обычно ограничены, при этом эффективно функционирующая система здравоохранения должна обеспечивать **оптимальное качество медицинской помощи за счет рационального использования имеющихся ресурсов.**

Непрерывность – это получение пациентом всей необходимой медицинской помощи без задержки, неоправданных перерывов или необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист, обеспечивая преемственность в работе с коллегами. Несоблюдение этого принципа негативно влияет на результативность, снижает эффективность и ухудшает межличностные взаимоотношения врача с пациентом.

Безопасность - сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других проявлений ятрогении. Это относится как к медицинским работникам, так и к пациентам. Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи. При решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии ожидаемые результаты обязательно должны соизмеряться с потенциальным риском.

Удобство - система мер, направленных на создание оптимального лечебно-охранительного режима:

- ✓ обеспечение комфорта и чистоты в медицинских учреждениях,
- ✓ рациональное размещение палат и лечебно-диагностических подразделений,
- ✓ оснащение их современной функциональной медицинской мебелью,
- ✓ организация режима дня больного,
- ✓ устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и др.

Соответствие ожиданиям пациентов

Для пациентов в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и оказывается своевременной. Пациенты чаще всего обращают внимание на удобство, результативность, доступность, непрерывность медицинской помощи, на взаимоотношения между ними и медицинском персоналом. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью зависит от оценки качества жизни, связанного со здоровьем.

2. Компоненты качества медицинской помощи

Качество медицинской помощи включает в себя три основных компонента, соответствующие по сути трем подходам к его обеспечению и оценке:

- качество структур (структурный подход к обеспечению и оценке);
- качество технологии (процессуальный подход к обеспечению и оценке);
- качество результата (результативный подход к обеспечению и оценке).

Качество структуры характеризует **условия** оказания медицинской помощи населению. Оно определяется по отношению:

- ✓ к системе здравоохранения в целом,
- ✓ медицинскому учреждению,
- ✓ отдельному его структурному подразделению,
- ✓ конкретному медицинскому работнику в отдельности.

Характеризуют такие параметры, как:

- ✓ санитарно-техническое состояние зданий и сооружений, в которых функционирует медицинское учреждение;
- ✓ обеспеченность кадрами и их квалификация;
- ✓ техническое состояние медицинского оборудования (его моральный и физический износ);
- ✓ соответствие уровня обеспеченности лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, лечебным питанием, установленным стандартам;
- ✓ уровень сервисных услуг и др.

При оценке качества по отношению к медицинскому работнику оцениваются их профессиональные характеристики, как сумма теоретических знаний и практических навыков для выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций.

Качество технологии характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи.

Качество технологии дает представление о:

- ✓ соблюдении стандартов медицинской помощи,
- ✓ правильности выбора тактики,
- ✓ качестве выполненной работы.

Оно характеризует, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, соответствовал установленным стандартам медицинских технологий.

Если на оказание медицинской помощи больному было затрачено средств больше, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, такая помощь не будет признана качественной даже в случае достижения ожидаемых результатов лечения.

Качество технологии оценивается только на одном уровне - по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов. Одним из параметров, характеризующих качество технологии, может служить наличие или отсутствие врачебных ошибок.

Качество результата характеризует итог оказания медицинской помощи, т.е.

позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым.

Обычно качество результата оценивают на трех уровнях:

- ✓ по отношению к конкретному пациенту - дает возможность оценить, насколько достигнутые результаты лечения конкретного больного близки к ожидаемым с учетом клинического диагноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов,
- ✓ по отношению всем больным в медицинском учреждении - оценивается за какой-либо конкретный период времени (чаще за год),
- ✓ по отношению к населению в целом - характеризуется показателями общественного здоровья..

При **стационарном лечении** принято выделять шесть вариантов исхода госпитализации:

- «выздоровление»,
- «улучшение»,
- «без перемен»,
- «ухудшение»,
- «перевод»,
- «смерть».

По завершении **амбулаторно-поликлинического лечения** больного возможными исходами могут быть:

- «выздоровление»,
- «ремиссия»,
- «госпитализация»,
- «перевод в другое медицинское учреждение»,
- «инвалидизация»,
- «смерть».

В практике ЛПУ для оценки качества результата по отношению ко всем больным обычно используют различные качественные показатели:

- летальность,
- частоту послеоперационных осложнений,
- расхождение клинических и патолого-анатомических диагнозов,
- запущенность по онкологии,
- соотношение вылеченных и удаленных зубов и др.

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. Нарушение технологии диагностики и лечения в большинстве случаев приводит к неблагоприятным результатам лечения. Вместе с тем высокий уровень качества структуры - только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологии и результата.

СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Управление качеством медицинской помощи включает в себя организацию и контроль над деятельностью системы здравоохранения в реализации потребностей населения в получении качественной медицинской помощи.

В современных условиях система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью. Эта система основывается на следующих принципах:

- использование достижений доказательной медицины;
- проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);
- единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи;
- использование административных, экономических и правовых методов для управления качеством медицинской помощи;
- анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;
- проведение социологического мониторинга качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи состоит из четырех **основных видов деятельности:**

- ✓ дизайн качества,
- ✓ обеспечение качества,
- ✓ контроль качества,
- ✓ непрерывное повышение качества.

Дизайн качества - это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью.

Дизайн качества включает:

- ✓ определение целевой группы потребителей медицинских услуг;
- ✓ изучение запросов потребителей;
- ✓ определение результата, отвечающего запросам потребителей;
- ✓ разработку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

Обеспечение качества - это виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы:

- ✓ разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи;
- ✓ приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных);
- ✓ создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты;
- ✓ эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

Контроль качества - это система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, определения соответствия ее принятым стандартам служит **экспертиза**.

Система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов:

- участников контроля;
- средств контроля;
- механизмов контроля.

Действующие нормативно-правовые документы в зависимости от участников контроля предусматривают два вида контроля:
ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи.

Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и органы управления здравоохранением.

Вневедомственный - страховые медицинские организации, ТФОМС, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, общественные объединения потребителей и др.

Соответственно составу участников контролирующих органов контроль качества медицинской помощи осуществляется по следующим направлениям:

- контроль со стороны **производителей** медицинских услуг;
- контроль со стороны **потребителей** медицинских услуг;
- контроль со стороны организаций, **независимых от потребителей и производителей** медицинских услуг.

В настоящее время используются различные методы и средства контроля качества медицинской помощи. К ним относятся:

- ✓ медицинские стандарты,
- ✓ показатели деятельности организации здравоохранения (модели конечных результатов),
- ✓ экспертная оценка качества и др.

Механизм контроля качества медицинской помощи достаточно сложен и включает в себя набор следующих основных процедур:

- лицензирование медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья населения;
- аккредитацию медицинских учреждений;
- аттестацию медицинских работников;
- сертификацию лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
- лицензирование, аттестацию и аккредитацию образовательных медицинских учреждений и др.

Управление качеством медицинской помощи подразумевает непрерывное повышение его уровня.

Для этого руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить **комплекс мероприятий**, направленный на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников.

При этом в процессе повышения качества медицинской помощи четко просматриваются две взаимосвязанные и взаимообуславливающие составляющие:

1. постоянное повышение самого уровня стандартов (протоколов) ведения больных.
2. непрерывный процесс достижения этих стандартов.