Управление качеством медицинской помощи

ПРОФ. Л.В. СОЛОХИНА

Главная цель государственной политики в области здравоохранения -

ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ *ДОСТУПНОСТЬ* МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И *ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ* МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, КАЧЕСТВО КОТОРЫХ ДОЛЖНО СООТВЕТСТВОВАТЬ ПОТРЕБНОСТЯМ НАСЕЛЕНИЯ И ПЕРЕДОВЫМ ДОСТИЖЕНИЯМ НАУКИ.

«**Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей пользой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом – это степень достижения вышеупомянутого баланса пользы и риска»**

Аведис Донабедиан, 1980

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Качество медицинской помощи **- совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата**

MyShared

Факторы, обеспечивающие качество медицинской помощи

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ, ПРОФ.НАВЫКИ И КВАЛИФИКАЦИЯ)

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА (ОСНАЩЁННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКОЙ, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕД. ТЕХНОЛОГИЙ)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ

КОНТРОЛЬ СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИЛИ ОСЛОЖНЕНИЯ ИМЕЮЩЕГОСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ.

Тренды качественной медицины

1. **ЭФФЕКТИВНОСТЬ-** МЕДИЦИНА СТАНДАРТИЗОВАНА И БАЗИРУЕТСЯ НА НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ
2. **БЕРЕЖЛИВОСТЬ –** ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ
3. **ДОСТУПНОСТЬ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ -** ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ НЕОБХОДИМОЙ ПОМОЩИ В НЕОБХОДИМЫЕ СРОКИ
4. **СПРАВЕДЛИВОСТЬ –** КМП ОДИНАКОВО ДЛЯ ВСЕХ
5. **БЕЗОПАСНОСТЬ –** ГАРАНТИИ

---

6. **ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ - КОРПОРАТИВНАЯ КУЛЬТУРА**

Национальный проект «Здравоохранение» (Указ Президента РФ от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»)

1. Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи
2. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями
3. Борьба с онкологическими заболеваниями
4. Развитие детского здравоохранения
5. Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами
6. Методическое руководство национальными медицинскимиисследовательскими центрами
7. Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)
8. Развитие экспорта медицинских услуг

Три подхода оценки КМП

Главная заслуга в конкретизации трех основных компонентов качества (структура, процесс, результат) принадлежит выдающемуся организатору здравоохранения, ливанцу армянского происхождения Аведису Донабедиану (1919-2000).

«Donabedian A. Evaluating the Quality of Med Care // Millbank Memorial Fund Quaterly. - 1966. -Vol. 44.-P. 166- 206.»

Триада А. Донабедиана

СТРУКТУРА → **ПРОЦЕСС** → **РЕЗУЛЬТАТ**

Стандартизация
.Расположения
Приказ МЗ РФ№132н
2016.
2. Оснащения
Стандарты оснащения
3. Помешения
Снипы, санпины

Стандартизация
1. Оказание мед. Помощи
Клинические Рекомендации
Приказ МЗ 381 н, 2019
2. Лекарственное обеспечение
3. Информиция и коммуникации
ФЗ 242,
ПП 555 от 2018г.

Оценка КМП
Приказ МЗ РФ 203н
Мониторинг результатов

Основные компоненты контроля качества медицинской помощи

1. **КАЧЕСТВО СТРУКТУРЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

(СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ)

2. КАЧЕСТВО ТЕХНОЛОГИИ (ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

3. КАЧЕСТВО РЕЗУЛЬТАТА (РЕЗУЛЬТАТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

СИСТЕМА СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ТЕХНИЧЕСКИЕ РЕГЛАМЕНТЫ

(Закон, обязательные требования к безопасности)

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ

(Технические комитеты при Ростехрегулировании России, добровольные требования к качеству медицинских технологий)

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(Минздравсоцразвития России, экономические подходы к расчету затрат на оказание медицинской помощи)

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ (РЕГИОНАЛЬНЫЕ)

(Органы управления здравоохранением, организационные технологии, расчет затрат)

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, СОПы

(Медицинские организации, организационные технологии, расчет затрат, система управления качеством медицинской организации)

Пример национальных стандартов

Принятые национальные стандарты

ГОСТ Р 52636-2006
«Электронная история болезни. Общие положения»

ГОСТ Р ИСО/ТС 18308-2008
«Информатизация здоровья. Требования к архитектуре электронных записей в здравоохранении»

MyShared

Задачи стандартизации в здравоохранении

- нормативное обеспечение *реализации законов в области охраны здоровья* граждан Российской Федерации;
- создание *единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг*;
- установление требований к *условиям оказания медицинской помощи*, эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, медикаментов и других компонентов, применяемых в здравоохранении;
- нормативное обеспечение *метрологического контроля*;

Процесс производства медицинских услуг

Медицинские технологии, технологии здравоохранения

Технология здравоохранения - любое вмешательство, которое может быть использовано для укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения болезни, реабилитации пациентов или обеспечения ухода, включая лекарства, медицинские изделия, процедуры и организационные системы

Health Technology Assessment (HTA) Glossary. INAHTA, 2006. http://www.inahta.net/

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Стандарт медицинской помощи - унифицированная совокупность медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи гражданину при определенном заболевании (состоянии).

Стандарт медицинской помощи разрабатывается с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти

Стандарт медицинской помощи может включать:

- Перечень диагностических медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления
- Перечень используемых лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, с указанием суточных и курсовых доз
- Перечень компонентов крови и препаратов крови с указанием количества и частоты их предоставления
- Перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления
- Перечень медицинских изделий
- Перечень видов диетического и лечебного питания с указанием количества и частоты их предоставления

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи обязательны для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями.

Зачем нужны стандарты и порядки оказания медицинской помощи?

Кому?	Врачу	Руководителю	Пациенту	Страховой компании
Для чего?	Чтобы понять ограничения	Чтобы определить и обеспечить необходимое и достаточное	Чтобы знать, на что претендовать	Чтобы оплачивать и контролировать медицинскую помощь

Стандарты и порядки это ответы на вопросы о том, что делать для пациента, исходя из диагноза

Стандарт задаёт рамки, внутри которых врач принимает решение, оплачиваемое по ОМС. Порядок обязателен для исполнения.

Порядок оказания медицинской помощи– формализованное описание оказания медицинской помощи населения при различных нозологиях в медицинских организациях.

Структура порядка медицинской помощи:	Порядок оказания медицинской помощи (виды медицинской помощи, кем оказывается, маршрутизация пациентов)
	Положение о деятельности кабинета (отделения)
	Рекомендуемые штатные нормативы
	Стандарт оснащения

Стандартизация в области результатов применения технологий, использующихся в здравоохранении, направлена:	на оценку качества и эффективности производства лекарственных средств
	изделий медицинского назначения
	других компонентов оказания медицинской помощи
	формирование требований к результатам выполнения медицинской помощи (медицинская эффективность, социальная, экономическая).

СТАНДАРТИЗАЦИЯ – это инструмент

Использование стандартов медицинской помощи позволяет:

- управлять качеством медицинской помощи

- рассчитывать затраты на оказание медицинской помощи

- формировать формулярные перечни лекарственных средств

- формировать перечни оснащения кабинетов, отделений и т.д.

Достоинства и недостатки стандартизации в медицине

Достоинства стандартов

1. Относительно высокая объективность (по сравнению с экспертной оценкой)

2. Высокая «пропускная способность» -возможность оценки большего числа объектов

Недостатки стандартов

1. Значительные финансовые и трудовые затраты при разработке стандартов.

2. Необходимость регулярного пересмотра стандартов

3. Далеко не везде можно разработать и применить стандарты

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В здравоохранении стандарты необходимы

В медицине значение стандартов ограничено (метрология, оборудование, техническое обеспечение)

В диагностике и лечении больных стандарт или протокол должен быть только ориентировочной основой действия врача

В ближайшие годы предстоит постепенный переход к персональной медицине

Приказ Министерства здравоохранения РФ от **24** апреля **2018** г**. N 186** **«**Об утверждении Концепции предиктивной**,** превентивной и персонализированной медицины**». URL:** http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/ **(**дата обращения **14.07.2018)**

Клинические рекомендации

Медицинская помощь оказывается на основе клинических рекомендаций (ФЗ 323, ст. 37)

с 2013 разработано 1200 клинических рекомендаций

Создан Свод Национальных рекомендаций

Критерии качества медицинской помощи вошли в систему законодательства об охране здоровья

Критерии оценки качества – ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В целях унификации подходов Минздрав России наделяется полномочиями по утверждению:

Перечня заболеваний и состояний, для которых обязательна разработка Рекомендаций

Порядка разработки, пересмотра, согласования и утверждения Рекомендаций

Согласование Рекомендаций с Минздравом России позволит консенсусно принимать единые национальные Рекомендации, одобренные всеми медицинскими организациями по профилю заболевания

Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 101н
(вступил в силу с 09.06.2019)

Достоверность доказательств

Достоверность рекомендаций	Уровень достоверности	Мероприятие
A	1a	Систематический обзор РКИ
	1b	РКИ
B	2a	Систематический обзор когортных исследований
	2b	Когортное исследование
	3a	Систематический обзор «случай – контроль» исследований
	3b	Исследование «случай- контроль»
C	4	Серия случаев
D	5	Мнения экспертов

Клинические рекомендации « Рак молочной железы» Ассоциация онкологов, 2017 г.

Критерии качества	Уровень достоверности	Критерии качества РМЖ (Приказ МЗ РФ 203 н)	
1.Выполнено клиническое обследование (для оценки степени распространения болезни) до начала лечения в соответствии с рекомендациями	1 а	1.Выполнено ультразвуковое исследование аксиллярных и надключичных и подключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)	Да/нет
2. Выполнено иммуногистохимическое исследование (рецепторы эстрогенов, HER2, Ki67) у больных, которым на первом этапе планируется лекарственная терапии	1.а	2.Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)	Да/нет
3. Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика	1 а	3.выполнено иммуногистохимическое исследование биоптата	Да/нет

БЕРЕЖЛИВОСТЬ: НОВАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Функции по **определению соответствия медицинских организаций** Требованиям к «**Новой модели медицинской организации**, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» **(«Бережливой поликлиники») возложены на Росздравнадзор**

Этапы процедуры определения соответствия:

1.Медицинская организация проводит самооценку на соответствие требованиям и аправляет заявление на проведение процедуры определения соответствия

2. Учреждение рассматривает заявление(в течение 10 рабочих дней) и определяет дату и продолжительность процедуры (не более 10 рабочих дней)

3.Группа специалистов (не менее 2 чел.) проводит процедуру определения соответствия на основе критериев

4. На основании составленного специалистами отчета МО присваивается один из уровней развития

БЕРЕЖЛИВОСТЬ: НОВАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Эти проблемы **не могут** быть решены методами бережливого производства:

- Нехватка врачей в России
- Бюджетная обеспеченность –% от ВПП страны
- Уровень заработной платы
- Взаимоотношения с платной медициной
- Обучение медперсонала IT-навыкам
- Отношение граждан к своему здоровью и медицинской помощи
- Недостаточная культура общения

Эти проблемы **могут быть** решены методами бережливого производства:

- Неравномерная загрузка врачей и медицинского персонала
- Пересечение потоков больных и здоровых пациентов, платных и бесплатных услуг
- Потери на поиск приспособлений. Рабочие места не стандартизированы. Много времени врача тратится на работу с бумагами
- Лишние походы пациентов и лишние движения медперсонала.
- Очередь пациентов перед регистратурой.

СВОЕВРЕМЕННОСТЬ: «ЦЕЛОСТНОСТЬ» МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Своевременная диагностика	Специализированное лечение Преемственность Лекарственная безопасность Хирургическая Безопасность Эпид безопасность Неотложная помощь…	Анестезиология и реанимация	Ранняя Реабилитация: Физиотерапия Сестринское дело Реабитология…

Безопасная среда и инфраструктура, безопасный уход

ОБОСНОВАННОСТЬ РАЗМЕЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ИСХОДЯ ИЗ ПОТРЕБНОСТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ

Приказ МЗ РФ от 27.02.2016 №132н	
2-10 тыс. чел.	Амбулатория, в том числе врачебная, Общая врачебная практика
5-10 тыс. чел	Участковая больница
20-50 тыс. чел.	Поликлиника
10-30 тыс. детей	Детская поликлиника
20-300 тыс. чел.	Городская больница
20-200 тыс. детей	Детская больница
Не менее 1 на субъект	Диспансеры

ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА В КОНТРОЛЕ

РИСК-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Функции Росздравнадзора

2. Перечень объектов контроля (надзора)

3. Группировка объектов контроля по группам риска

4. Формы стандартизованных проверочных листов

5 Электронные проверочные листы по видам государственного контроля/надзора

БЕЗОПАСНОСТЬ: МИНИМИЗАЦИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ВРЕДА МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НЕ ДОЛЖНА ПРИЧИНЯТЬ ВРЕДА НИКОМУ

-небезопасное оказание медицинской помощи является одной из 10 основных причин смерти и инвалидности во всем мире

- неточная или несвоевременная постановка диагноза — одна из наиболее распространенных причин причинения

вреда пациентам, от которой страдают миллионы человек - 6-17% всех опасных событий в больницах являются следствием ошибок при постановке диагноза

- из каждых 100 госпитализированных пациентов внутрибольничными инфекциями заражаются 7-10 пациентов

- вред, причиняемый пациентам, в результате ряда нежелательных событий, можно предотвратить почти в 50% случаев

БЕЗОПАСНОСТЬ: МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Мониторинг безопасности медицинской деятельности по случаям, представляющим угрозу жизни или здоровья граждан

- Безопасность лекарственных средств
- Безопасность медицинских изделий
- Безопасность медицинской деятельности

Единая система регистрации и расследования неблагоприятных событий

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ ПО ВНЕДРЕНИЮ РЕКОМЕНДАЦИЙ РОСЗДРАВНАДЗОРА

по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации

Разделы рекомендаций:

1. Организация помощи на основе данных доказательной медицины
2. Управление персоналом
3. Эпидемиологическая безопасность
4. Лекарственная безопасность
5. Хирургическая безопасность
6. Организация работы приемного отделения
7. Преемственность
8. Безопасность медицинской среды и др.

ИЗМЕРИМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ РОСЗДРАВНАДЗОРА

-Снижение летальности: общей летальности, досуточной летальности от ОИМ, летальности от ОНМК, сочетанной тяжелой травмы и др

-увеличение показателей удовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи

-Увеличение эффективности оборота койки, снижение длительности лечения, оптимизация коечного фонда в медицинских организациях

-Оптимизация ресурсного управления (снижение неэффективных финансовых затрат в результате рационального использования лекарственных средств, уменьшение числа дублирующих клинических анализов, снижение количества штрафных санкций)

Управление качеством медицинской помощи -

ЭТО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ,

НАПРАВЛЕННАЯ НА СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ

МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ

СТАНДАРТАМ И ПОРЯДКАМ, КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

В современных условиях эффективное управление системой здравоохранения заключается в **управлении качеством медицинской помощи**

Управление качеством медицинской помощи - организация и контроль над деятельностью системы здравоохранения в реализации потребностей населения в получении качественной медицинской помощи.

Система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью.

Международный стандарт определяет систему качества как совокупность организационных структур, ответственности, методик, процессов и ресурсов, необходимых для общего управления качеством

Система управления качеством включает три взаимосвязанных компонента:

участники контроля или те, кто осуществляет контроль

средства контроля или то, с помощью чего осуществляется контроль

механизмы контроля или то, каким образом осуществляется контроль

Принципы системы управления качеством медицинской помощи:	**использование достижений доказательной медицины**
	проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов, клинических рекомендаций)
	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

Участники контроля качества в российском здравоохранении

Ведомственный (государственный) контроль качества медицинской помощи:	Медицинские учреждения (внутренний контроль)
	Органы управления здравоохранением
	Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)
	Федеральная служба в сфере здравоохранения (Росздравнадзор)
Вневедомственный контроль качества медицинской помощи:	Фонд обязательного медицинского страхования
	Страховые медицинские компании
	Внештатный врач эксперт

Организация контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения и органах управления здравоохранением

Целью проведения контроля является:			
совершенствование качества медицинской помощи	выявление ошибок и нарушений в действиях врачей	анализ причин и их устранение	оценка полноты и эффективности использования имеющихся ресурсов

Контроль качества

Это система мероприятий, направленных на проверку соблюдения установленных норм и правил

В медицинских учреждениях функции контроля качества медицинской помощи выполняют

Заведующие отделениями

Заместители руководителей учреждений по клинико-экспертной работе, лечебной работе, по амбулаторно-поликлинической помощи и др.

Клинико-экспертные комиссии учреждений (в ее состав входят (комиссия по экспертизе временной нетрудоспособности, лечебно-контрольная комиссия, комиссия по изучению летальных исходов)

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской помощи

Ст.90 ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ (РЕД. ОТ 13.07.2015)
"ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности
медицинской деятельности в порядке, установленном руководителем указанных органов и учреждений.

Приказ Минздрав России от 7 июня 2019 г. N 381н
"Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности"

устанавливает единые Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Российской Федерации

ЦЕЛЬ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ

обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

Задачи внутреннего контроля

-совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;

-обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья

-обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

-обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи;

- выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

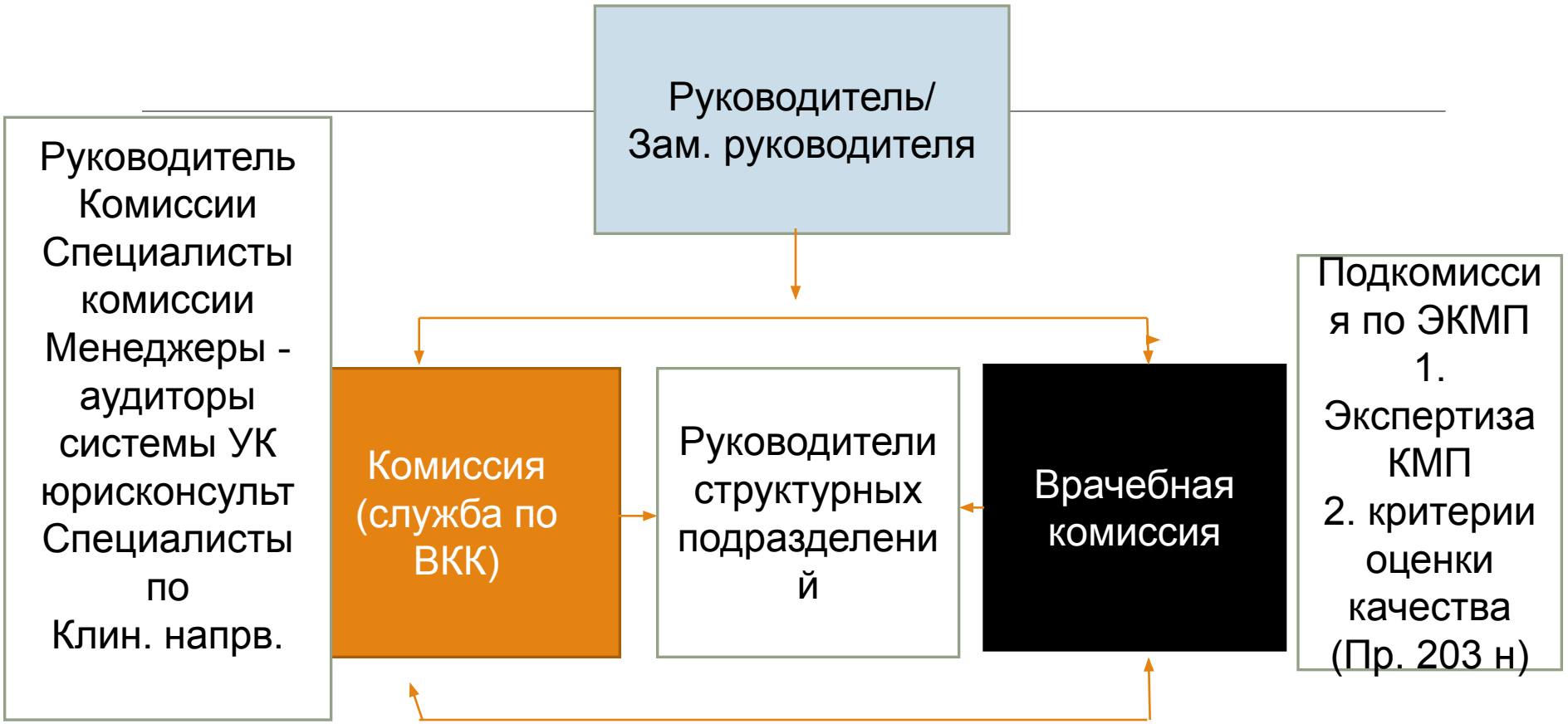
-предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, в результате несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;

-принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями

Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является руководитель медицинской организации либо заместитель руководителя.

В зависимости от вида медицинской организации по решению руководителя медицинской организации внутренний контроль организуется и проводится Комиссией (Службой) по внутреннему контролю, включающей работников медицинской организации, и (или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности

Структура внутреннего контроля в МО



МЕРОПРИЯТИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ

-оценка качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, её структурных подразделений путем **проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок**

- сбор статистических данных, характеризующих КМП

- **учет нежелательных событий**

- **мониторинг лекарственного обеспечения**

- **анализ информации о побочных действиях лекарственных препаратов**

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Регламентирует

- функции и порядок взаимодействия Комиссии (Службы) и (или) Уполномоченного лица, руководителей и (или) уполномоченных работников структурных подразделений медицинской организации, врачебной комиссии медицинской организации в рамках организации и проведения внутреннего контроля

- цель, задачи и сроки проведения внутреннего контроля

- основания для проведения внутреннего контроля

- права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля

-порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля

-порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ

Отчет

По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом составляется отчет, включающий в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности медицинской организации

Анализ

Комиссией (Службой) и (или) Уполномоченным лицом не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года, формируется сводный отчет на основании которого руководителем медицинской организации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер

Совершенствование

-разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация

- анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению

- обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

Критерии применяются в целях оценки своевременности оказания помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Они дифференцированы по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

Критерии качества в амбулаторных условиях:

-ведение медицинской документации

- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство

-оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания

-установление предварительного диагноза лечащим врачом

-формирование плана обследования пациента при первичном осмотре

-формирование плана лечения при первичном осмотре

-Назначение лекарственных препаратов

- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения

Критерии качества в стационарных условиях:

-ведение медицинской документации

- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство

-установление предварительного диагноза лечащим врачом не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

- установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

- установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

Критерии качества специализированной медицинской помощи детям и взрослым по МКБ 10

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при прободной язве (коды по МКБ - 10: К25.1 - К25.2; К25.5 - К25.6; К26.1 - К26.2; К26.5 - К26.6; К27.1 - К27.2; К27.5 - К27.6)

Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	**Да/Нет**
Выполнена обзорная рентгенография или компьютерная томография органов брюшной полости не позднее 1,5 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет

Приказ Росздравнадзора от 20.12.2017 N 10450 **"Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов),** используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности" (Зарегистрировано в Минюсте России 26.01.2018 N 49793)

ВНЕДРЕНИЕ В КОНТРОЛЬНУЮ И НАДЗОРНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПРОВЕРОЧНЫХ ЛИСТОВ

Вневедомственный контроль осуществляют:

- СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
- ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОМС
- СТРАХОВАТЕЛИ
- ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНЫ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ
- ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ АССОЦИАЦИИ
- ОБЩЕСТВО ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Направления вневедомственного контроля:

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ ОКАЗАННОЙ МЕДПОМОЩИ ФИНАНСОВЫМ ЗАТРАТАМ
2. УСТАНОВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ ОКАЗАННОЙ МЕДПОМОЩИ ПРОГРАММАМ ОМС, СТАНДАРТАМ
3. КОНТРОЛЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ
4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ ТАРИФА НА ОКАЗАНИЕ МЕДПОМОЩИ ПРОИЗВЕДЁННЫМ ЗАТРАТАМ
5. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕМОГО СПОСОБА ОПЛАТЫ (ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ДОСТИЖЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДПОМОЩИ)
6. ВЫЯВЛЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА МЕДПОМОЩЬЮ И СЕРВИСНЫМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ
7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

Приказ ФФОМ № 36 от 2 февраля 2019

Об утверждении Порядка организации

и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Медико-экономический контроль

– установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Проводится специалистами СМО, ТФОМС в течение 3 дней после предоставления реестров.

При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в целях:

проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;

идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);

проверки соответствия оказанной медицинской помощи территориальной программе обязательного медицинского страхования, условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи

проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги

ФЗ №326

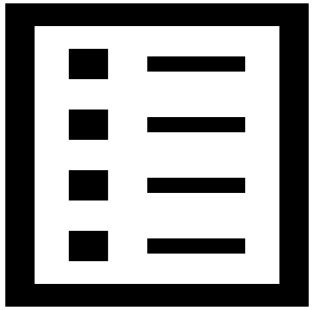
Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

& ***Медико-экономическая экспертиза*** – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Может быть

Плановой

Целевой



Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:

повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи и стационарной, и в течение 24 часов - при повторном вызове скорой помощи;

получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.

- несвоевременной постановки на диспансерный учет

плановая медико-экономическая экспертиза:

Проводится по принятым к оплате случаям:

1. Случайным отбором

2. Типологическим (тематическом) отбором

Объем ежемесячных медико – экономических экспертиз составляет:

1. вне МО – 3%

2. Амбулаторно -0,8%

3. Дневной стационар – 8%

4. Стационарное лечение -8%

В соответствии со статьей 40 326-ФЗ ЭКМП – **Экспертиза качества медицинской помощи выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.**

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. **Экспертом качества медицинской помощи является врач - специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.** Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

Экспертиза качества проводится

1. Плановая

2. Целевая

Объем ежемесячных экспертиз КМП составляет:

1. вне МО – 1,5%
2. Амбулаторно -0,5%
3. Дневной стационар – 5%
4. Стационарное лечение -5%

Экспертному контролю обязательно подлежат все случаи:

летальных исходов

внутрибольничного инфицирования

первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста

повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение одного месяца

расхождения клинического и паталогоанатомического диагнозов

сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников

Различные пути улучшения качества

Путём постепенного накопления опыта и знаний

В результате научного открытия

Методом проб и ошибок

В результате экспериментирования

На основании теории улучшения качества

Стадии процесса управления качеством (УК)

Разработка концепции управления качеством

Планирование управления качеством

Организация и осуществление контроля качества

Анализ состояния и обеспечение качества

Завершение управления качеством

Международная ассоциация управления проектами IPMA

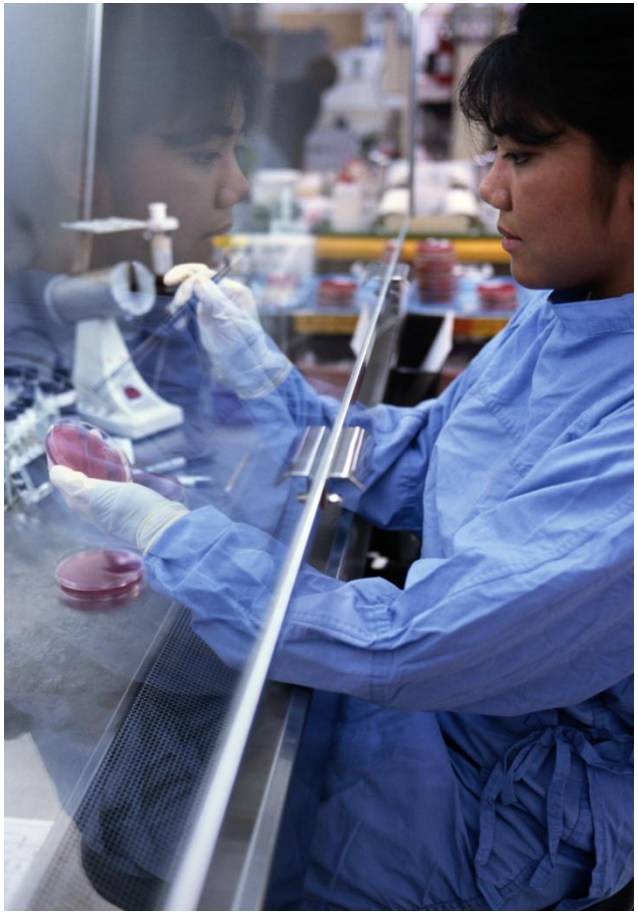
«14 пунктов» Эдварда Деминга

1. Стремление к совершенствованию
2. Новая философия *(лидерство руководителя)*
3. Прекращение массовых проверок
4. Осторожность при дешевых закупках
5. Постоянное совершенствование систем *(поиск причин дефектов)*
6. Система подготовки кадров *(на рабочих местах)*
7. Эффективное руководство *(руководитель - помощник)*
8. Устранение атмосферы страха
9. Устранение барьеров
0. Отказ от лозунгов
1. Отказ от произвольно установленных количественных квот для рабочих и количественных целей работы администрации
2. Возможность гордиться своей работой
3. Поощрение обучения
4. Преобразования – дело каждого

Современная модель управления качеством включает

1. Создание оптимальной структуры для оказания медицинской помощи
2. Организация и управление медицинскими технологическими процессами
3. Управление результатами
4. Внедрение информационно- вычислительных технологий
5. Непрерывное обучение персонала
6. Дифференцированная оплата труда (в зависимости от качества)

Методология TQM



- **Принципы**
- Технология действий
- Инструменты
- Руководство

Принципы:

1. **Система – для потребителя**
2. **Система определяет результат**
3. **Только работники системы знают как и могут ее изменить**
4. **Изменять – научно**
5. **Данные доказательной медицины – основа выбора клинических технологий**
6. **Анализ эффективности затрат – основа выбора альтернатив**
7. **Институционализация разработанных улучшений**

Принцип 1
Система – для потребителя

- Программа-школа укрепления здоровья больных артериальной гипертензией
  - ↓ 24 часа – 12 занятий
    - Как измерять давление
    - Как купировать криз
    - Какой образ жизни вест

Принцип 2
Система определяет результат

- «Система – совокупность взаимосвязанных элементов, вовлеченных в процесс получения результата»
- Результаты деятельности системы определяются ее построением
- Хочешь получить результаты, лучше тех, которые имеешь, – измени систему

Принцип 3

Только работники системы знают как и могут ее изменить!

Принцип 4

Изменять – научно!

План – гипотеза об улучшении

Испытание – эксперимент

Анализ результатов

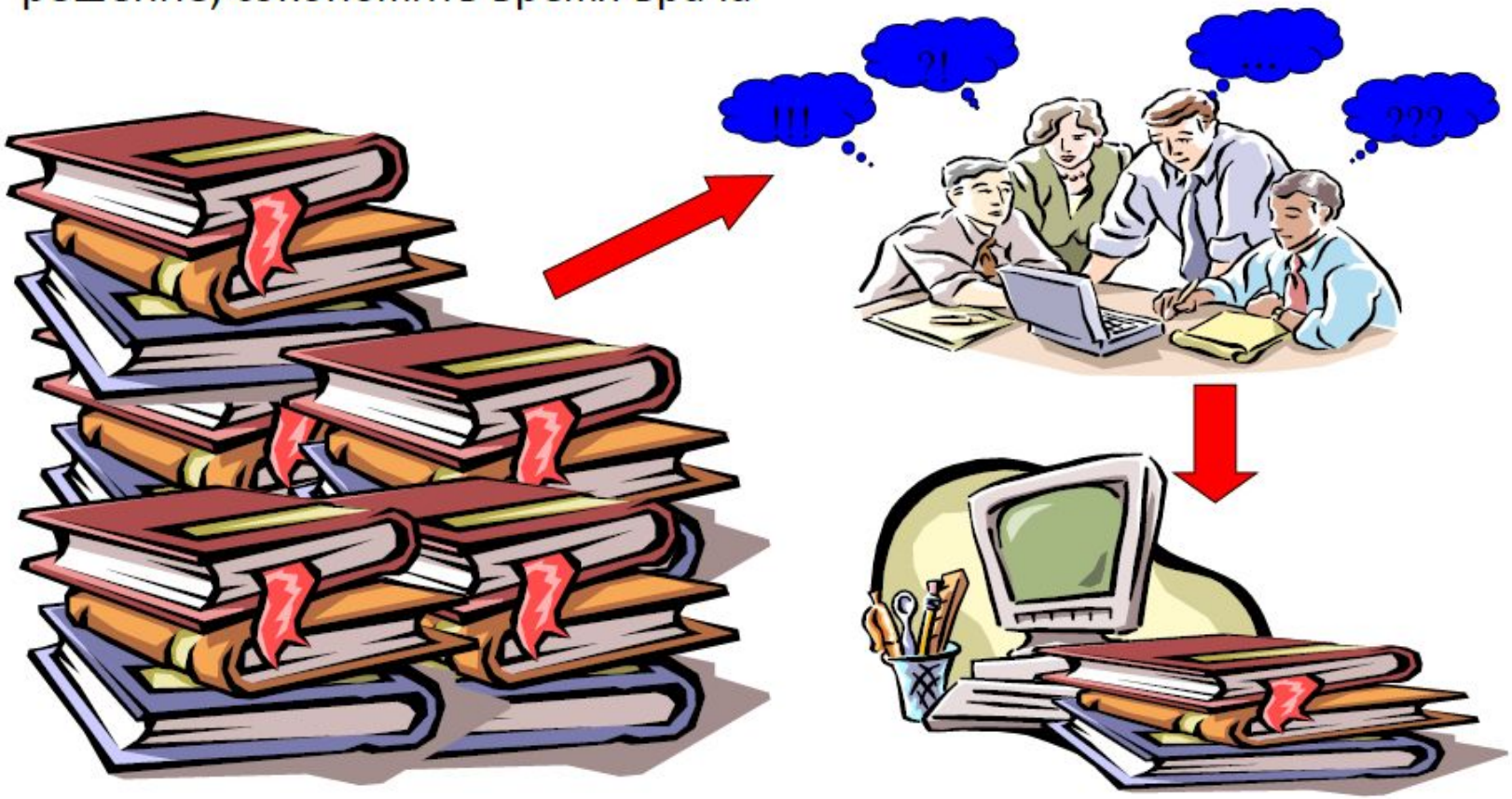
Внедрение

Принцип 5

Данные доказательной медицины – основа выбора клинических рекомендаций

Клинические рекомендации –это систематически разработанный документ, содержащий сведения по профилактике, диагностике, лечению конкретных заболеваний, и синдромов, помогающий врачу принимать правильные клинические решения

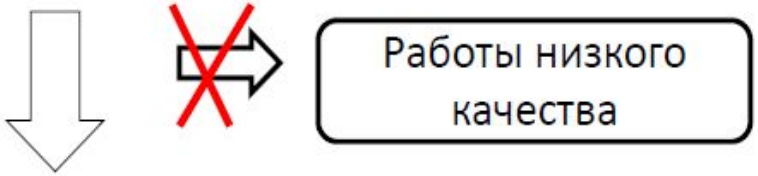
- **Клинические руководства (рекомендации)** – утверждения, разработанные с помощью определенной методологии и призванные помочь врачу и больному принять решение о рациональной помощи в различных клинических ситуациях
- Создаются с целью представить большой объем медицинских знаний в краткой, удобной для применения форме, трансформировать знания в решение, сэкономить время врача



ХОРОШЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ - рандомизированное клиническое исследование, качественно спланированное и выполненное

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАК ОСНОВА РУКОВОДСТВ

Поиск и анализ качества научных исследований



Обобщение: систематический обзор

Обсуждение: клиническая значимость имеющихся данных, практический опыт, реальная практика, мнение пациентов

Рекомендации по применению технологии

Алгоритм действий при оценке медицинских технологий

Специалисты по ОТЗ

Главные специалисты

Другие (неглавные) специалисты

Пациенты

И прочая, и прочая…

!?

Эффективность по уровням достоверности

A	**Высокая достоверность**	**Основана на заключениях систематических обзоров рандомизированных испытаний**
B	Умеренная достоверность	На результатах не менее одного рандомизированного клинического испытания
C	Ограниченная достоверность	Основана на результатах не менее одного клинического испытания
D	Неопределенная достоверность	На мнении экспертов

Клинические рекомендации – основа для планирования тактики ведения больного, формирования индикаторов качества, сформировать научно обоснованный оптимальный объем медицинских вмешательств, обеспечить результативность, безопасность и оптимальное расходование ресурсов

На основании клинических рекомендаций ЛПУ разного уровня

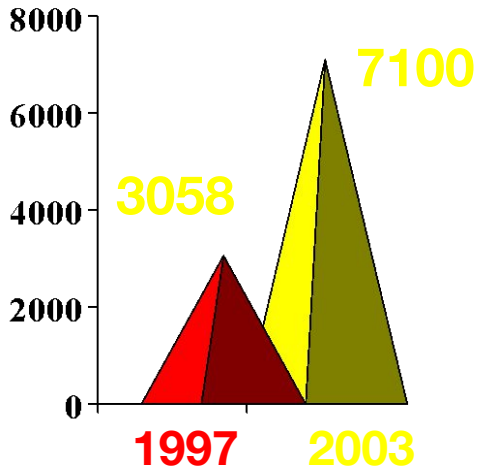
Создают планы ведения больных

План – документ рекомендательного характера, устанавливающий требования к оказанию медицинской помощи

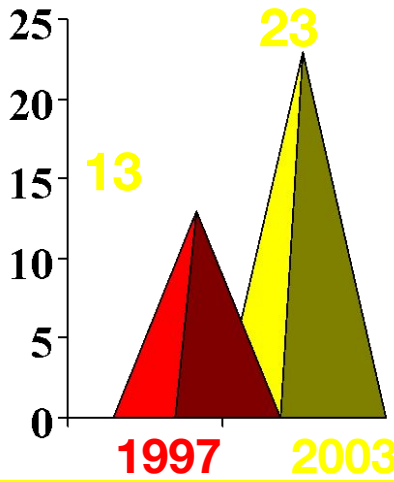
Внедрение планов ведения больных в развитых странах позволило снизить частоту осложнений на 40 %, стоимость лечения на 10-20% при улучшении результатов.

Пример результатов

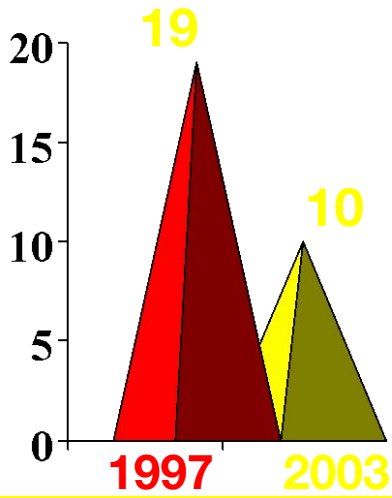
Число больных



Оборот койки



Длительность



Затраты на лекарства и расходные материалы снижены на 20%

Индикаторы качества

Числовые показатели для оценки качества медицинской помощи с позиций структуры, процессов результатов

Индикаторы, характеризующие техническое состояние зданий

	Целевой уровень	Факт. уровень
Число зданий, нуждающихся в капитальном ремонте		
Число коечных отделений, нуждающихся в текущем ремонте		

Индикаторы, характеризующие техническую оснащенность ЛПУ

	Целевой уровень	Факт. уровень
Доля диагностических центров в субъекте, оснащенных в соответствии с табелем		

Индикаторы, характеризующие эффективное использование оборудования

	Целевой уровень	Факт. уровень
Число пациентов , ожидающих плановое УЗИ исследование больше месяца (%)		

Индикаторы, характеризующие кадры

	Целевой уровень	Факт. уровень
Число вакантных должностей участковых врачей (%)		
Доля врачей, использующих клинические рекомендации		

Статистические методы оценки КМП

- **использование статистических пакетов прикладных программ;**
- **диаграммы алгоритма, которая позволяет демонстрировать реальную или оптимальную последовательность этапов технологического процесса;**
- **листа подсчета, который используется для сбора выборочных данных с целью обнаружения закономерности функционирования процесса;**
- **диаграммы Парето — разновидности столбчатой диаграммы, которая позволяет верно определить, какие проблемы и в какой последовательности необходимо решать для обеспечения КМП;**
- **диаграммы Ишикавы, или «елочки», позволяющей установить, объяснить и наглядно представить взаимосвязь многих факторов, которые способствуют или препятствуют достижению желаемого результата;**
- **гистограмм, которые используются для выявления и изображения характера статистического распределения данных;**
- **графиков корреляции, которые позволяют наглядно представить, как изменяется одна переменная по мере изменения другой, а также проверить предположение о том, что эти переменные взаимосвязаны;**
- **контрольных графиков, позволяющих выяснить, какая доля вариативности процесса обусловлена случайными причинами и какая доля —особыми причинами, отдельными событиями и т. п.**

Инструменты качества

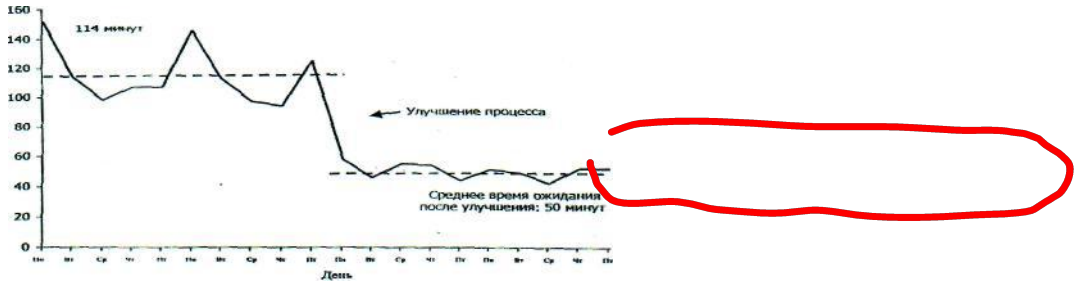
Контрольные графики

Разработаны в конце 20-х годов доктором Вальтером А. Шухартом.

"Экономический контроль за качеством производимого продукта"

Шухарт научно обосновал, каким образом фокусировка на значительных изменениях и игнорирование случайных отклонений - могут привести к более стабильному выпуску продукции при более низких затратах.

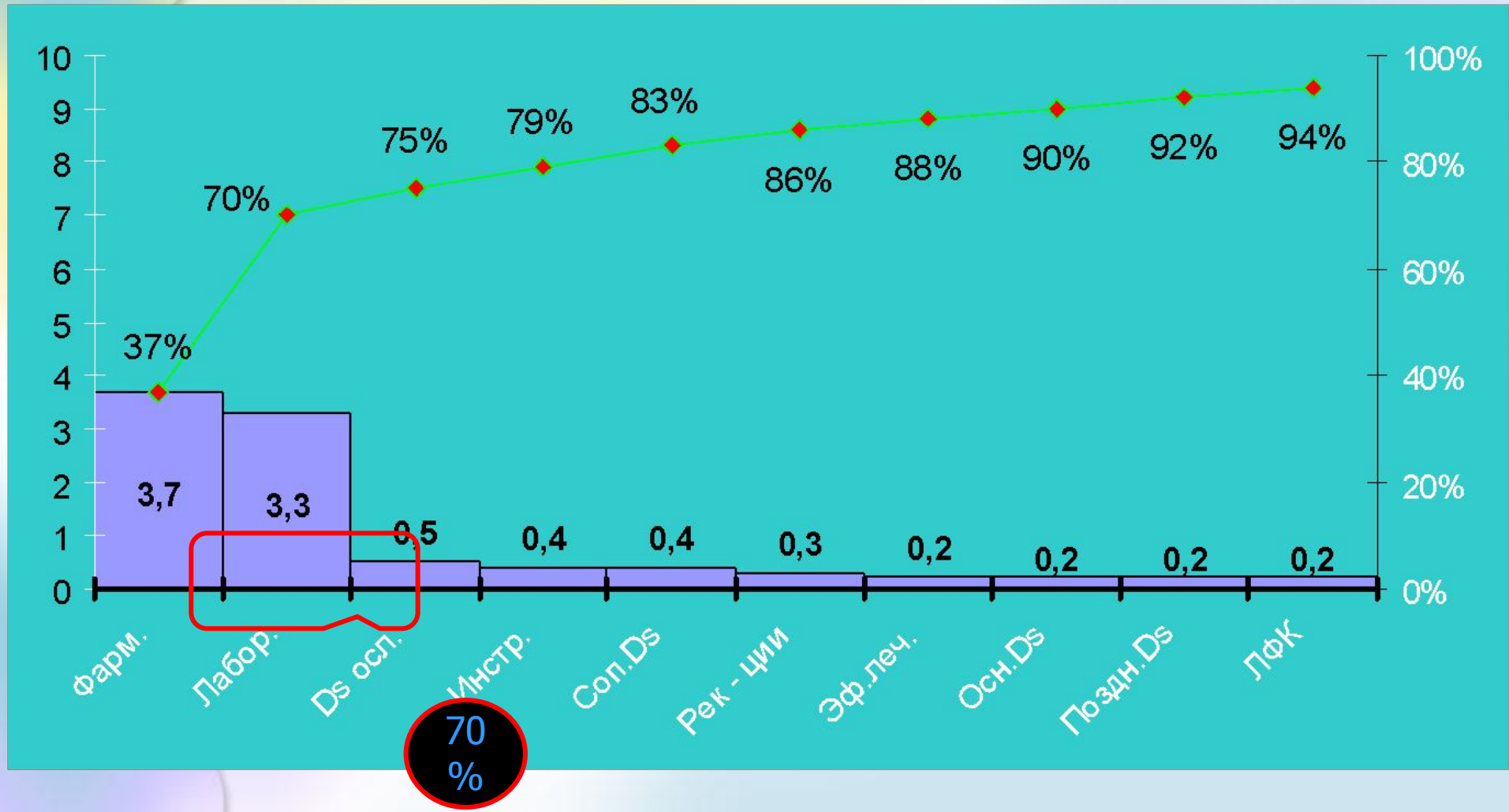
ЛИНЕЙНЫЙ ГРАФИК ВРЕМЕНИ ОЖИДАНИЯ ДО И ПОСЛЕ УЛУЧШЕНИЯ ПРОЦЕССА

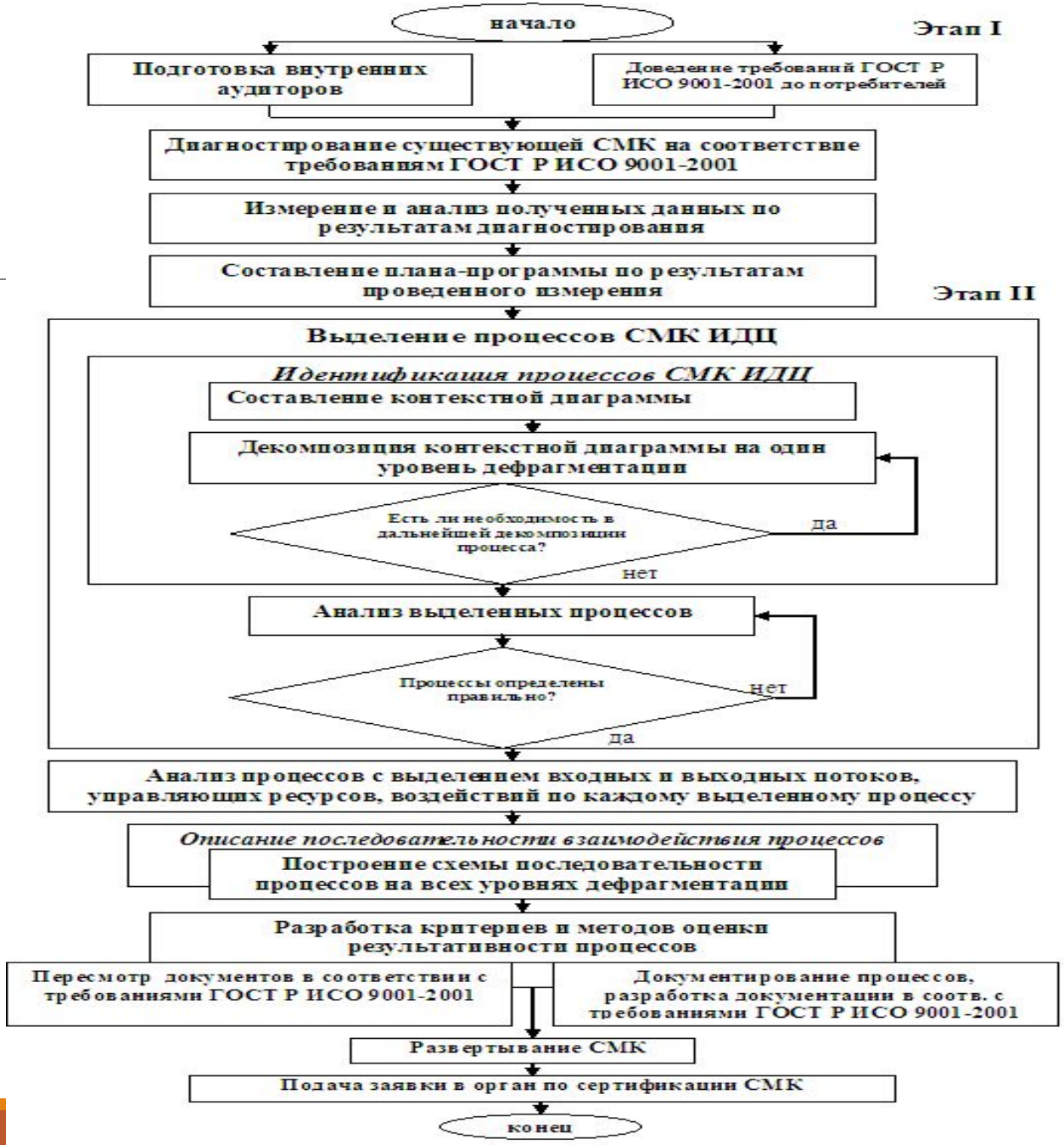


Карта средних значений
Среднее средних: 13.4880
Среднеквадратич. откл.: 1.56492
Объем выборки n=5
Границы предупредительные
Границы регулирования
16
15
14
13
12
11
10
15.5876
14.538
13.4880
12.438
11.3884
5
10
15
20
25
Номер выборки

Диаграмма Парето **для составляющих показателя риска врачебных ошибок при ОИМ**

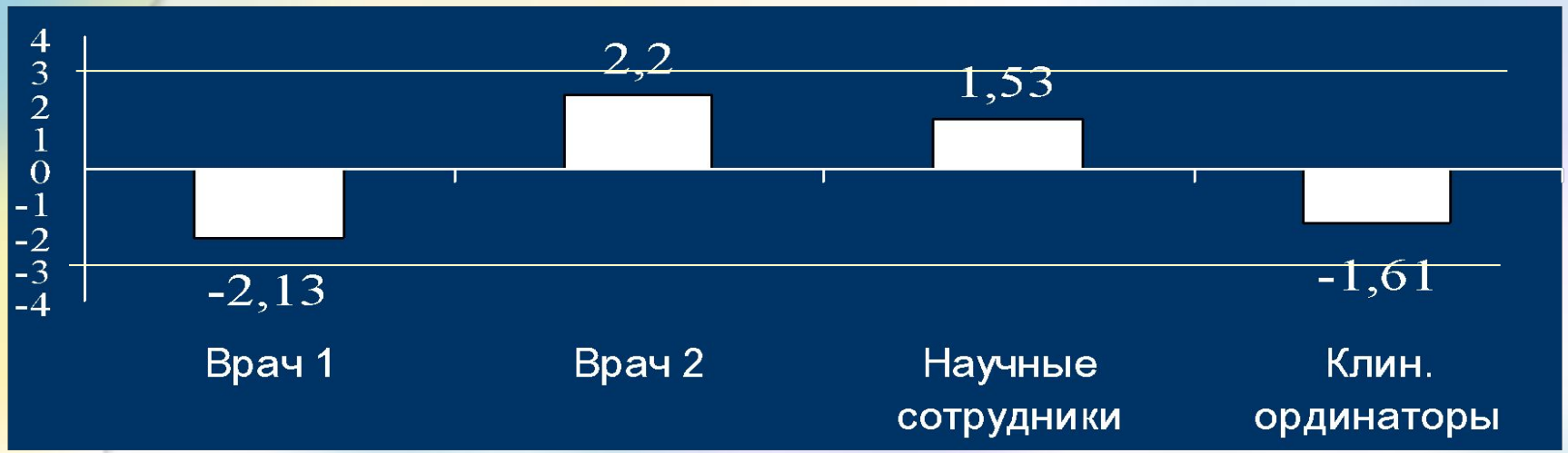
Риск врачебных ошибок (10,2)




начало
Этап I
Подготовка внутренних аудиторов
Доведение требований ГОСТ Р ИСО 9001-2001 до потребителей
Диагностирование существующей СМК на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2001
Измерение и анализ полученных данных по результатам диагностирования
Составление плана-программы по результатам проведенного измерения
Этап II
Выделение процессов СМК ИДЦ
Идентификация процессов СМК ИДЦ
Составление контекстной диаграммы
Декомпозиция контекстной диаграммы на один уровень дефрагментации
Есть ли необходимость в дальнейшей декомпозиции процесса?
да
нет
Анализ выделенных процессов
Процессы определены правильно?
нет
да
Анализ процессов с выделением входных и выходных потоков, управляющих ресурсов, воздействий по каждому выделенному процессу
Описание последовательности взаимодействия процессов
Построение схемы последовательности процессов на всех уровнях дефрагментации
Разработка критериев и методов оценки результативности процессов
Пересмотр документов в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2001
Документирование процессов, разработка документации в соотв. с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2001
Развертывание СМК
Подача заявки в орган по сертификации СМК
конец

ОЦЕНКА СТАТИСТИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ
(на примере 2-х кардиологических отделений)

а) стабильная система



б) нестабильная система

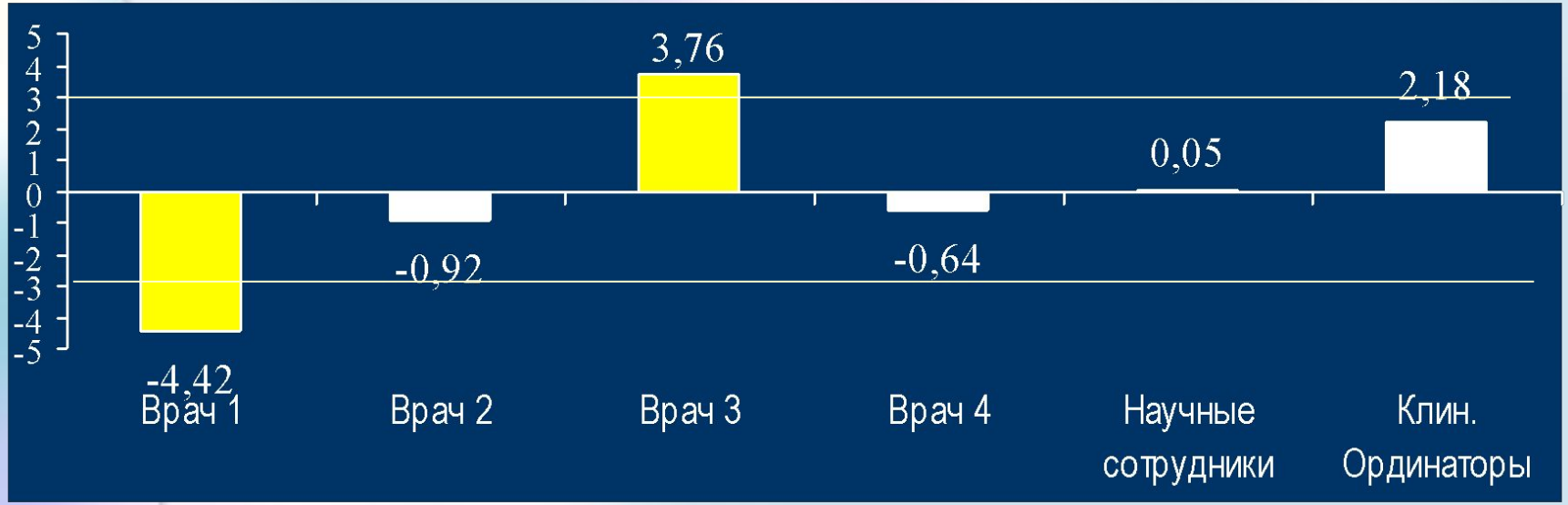
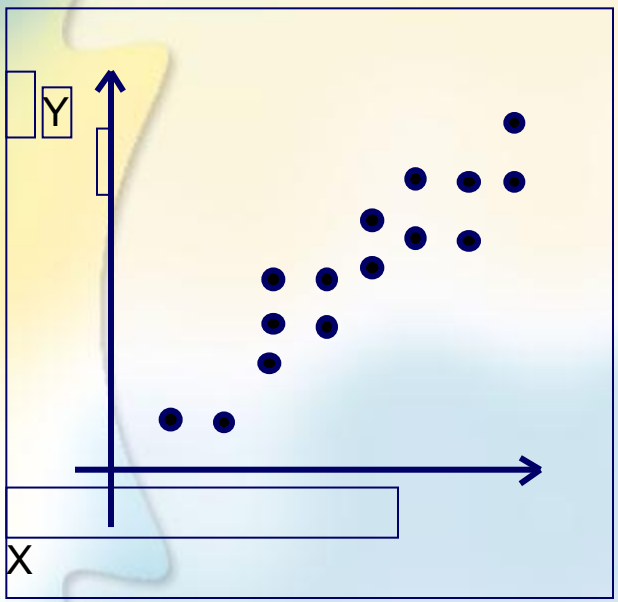


Диаграмма разброса



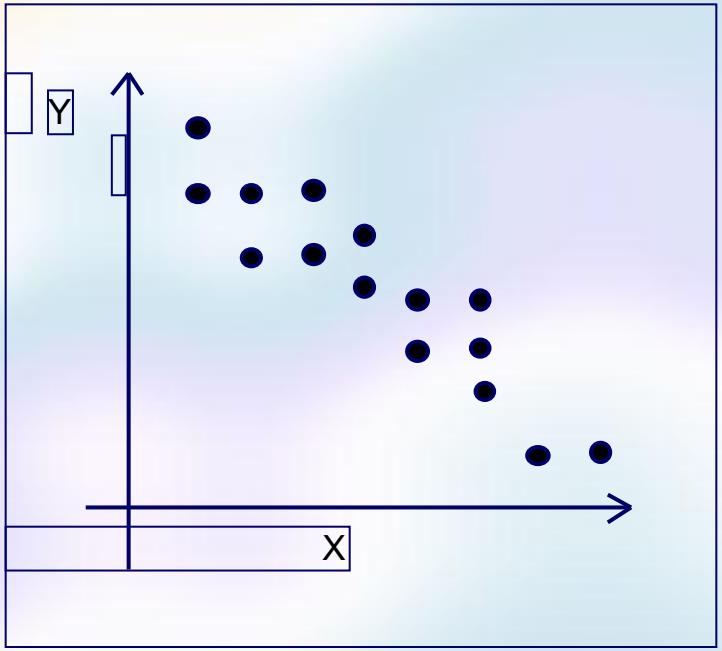
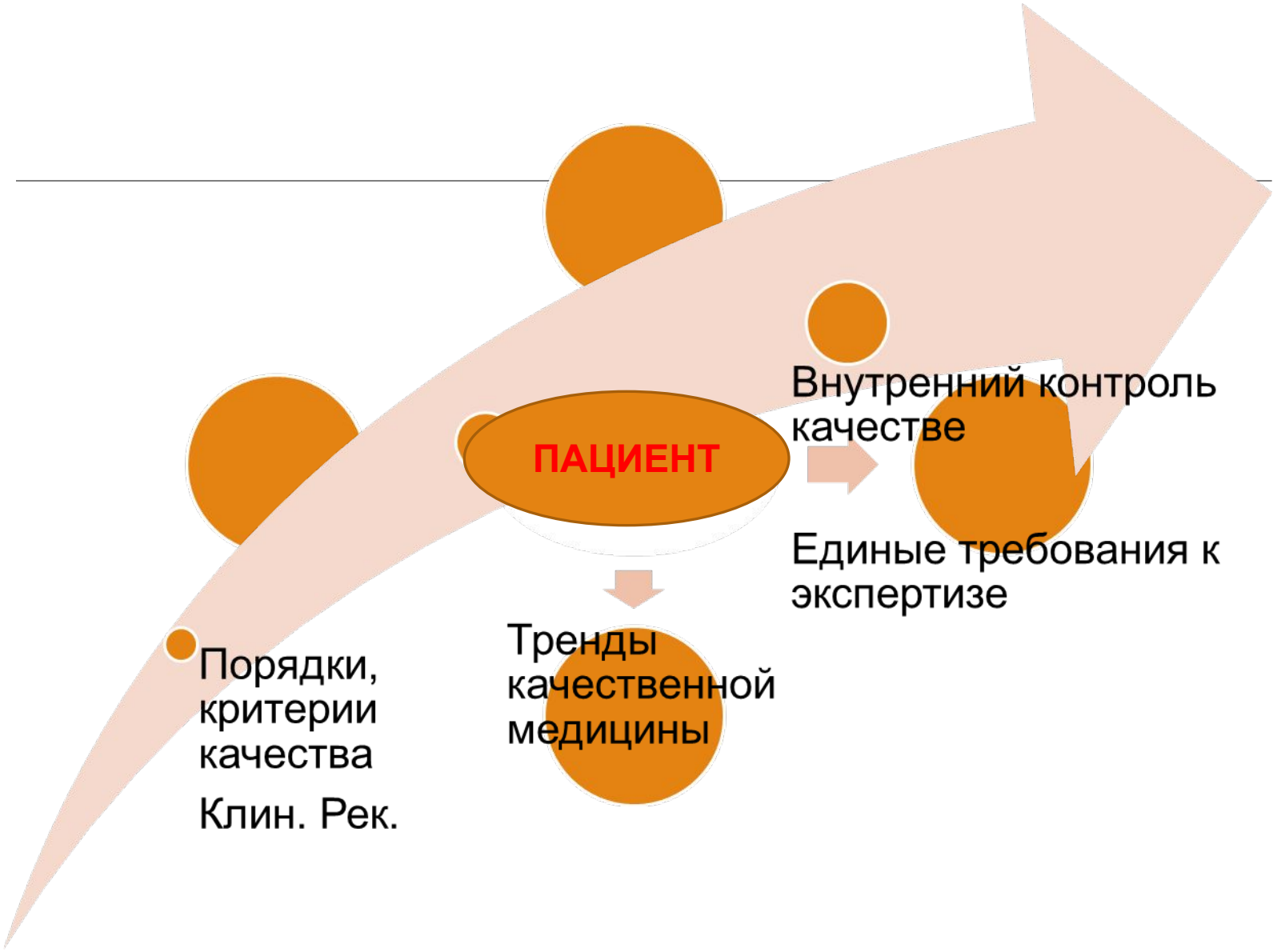


Диаграмма Каору Ишикавы

ПРИЧИНЫ ВАРИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПАЦИЕНТОРИЕНТИРОВАННОСТЬ: