

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Определения в области стандартизации. Стандартизация в медицине.

Стандартизация - специфическая нормотворческая и нормоприменительная деятельность, осуществляемая в большинстве отраслей производства товаров, работ и услуг, деятельность по установлению норм, правил и характеристик в определенной области человеческой деятельности. В современном обществе стандартизация служит интересам и потребителей товаров и услуг, и их производителей. Медицинская стандартизация - деятельность по установлению научно обоснованных оптимальных медицинских норм, правил и характеристик в целях обеспечения оптимального интегрального качества и медико-социальной эффективности медицинских услуг.

По аналогии с определениями, содержащимися в нормативных документах, регламентирующих систему стандартизации, объект медицинской стандартизации - производственный медицинский процесс и (или) обеспечиваемая им медицинская услуга определенного вида и конкретного назначения, а медицинский стандарт - нормативный документ по медицинской стандартизации, принятый (утвержденный) компетентным государственным органом.

В здравоохранении традиционные направления стандартизации используемой в нем продукции, а также неспецифических работ завоевало свои позиции давно, прочно и широко. Стандартизация распространялась на сферу оказания медицинских услуг, начиная с конца XIX - начала XX веков. Стандартизовались технические требования к медицинскому оборудованию, хирургическим инструментам, зданиям и сооружениям, их освещению, отоплению, специальным медицинским автотранспортным средствам и др.

Собственно медицинская стандартизация, связанная с разработкой и применением в здравоохранении исключительно специфических по своему профилю и содержанию медицинских стандартов, приобрела особую активность во второй половине XX века. Это было связано, в первую очередь, с процессами специализации в медицине и бурным ростом медицинских технологий.

Координирующую роль в разработке медицинских стандартов играли профессиональные медицинские объединения, особенно “узких” специалистов, чья помощь обычно технологически конкретна и легко учитывается. Крайне осторожную позицию в отношении стандартизации медицинских услуг заняли объединения врачей - общих практиков, работающих в разнообразной сфере первичной медицинской помощи.

Вскоре инициативу перехватили экономисты здравоохранения, анализировавшие рост затрат на охрану здоровья и лечение. В результате были разработаны медико-экономические стандарты, система контрольных показателей, характеризующих расходование ресурсов больниц, при лечении однотипных групп больных, а также распределение этих расходов больниц по типам затрат, использующихся для оплаты больничных услуг и для анализа деятельности больницы.

Применение медицинских стандартов

Рассматривая технологию и показатели экспертной оценки КМП, следует отметить, что, несмотря на все многообразие форм и методов, исследователи считают проблему контроля качества медицинского обслуживания разрешимой только при наличии разработанных стандартов медицинской помощи.

На основе стандартизации различных аспектов деятельности системы оказания медицинской помощи обеспечиваются четкая организация медицинского обслуживания, регламентация труда исполнителей, структуры и объема помощи на всех этапах реализации медицинского технологического процесса, оптимальное размещение всех видов ресурсов и контроль за их использованием.

Необходимость стандартизации медицинских услуг определяется потребностями системы здравоохранения и ОМС, быстрым развитием этих сфер деятельности, появлением новых технологий, лекарственных средств.

Классификации медицинских стандартов, как правило, основаны на использовании триединого подхода к оценке КМП (структура, технология, результат) и включают группы нормативных документов, использующихся при анализе соответствующего критерия КМП:

1. Стандарты на ресурсы здравоохранения.
2. Стандарты организации медицинских служб и учреждений.
3. Структурно-организационные стандарты (стандарты для лицензирования и аккредитации).
3. Технологические стандарты.
4. Стандарты программ медицинской помощи.
5. Медико-экономические стандарты.

Стандарты на ресурсы здравоохранения (структурные стандарты, паспорта оснащенности) содержат требования к квалификации специалистов-медиков, к недвижимости и оборудованию медицинских учреждений, к используемым медикаментам и материалам, а также требования к их изготовлению и т.п. Примерами таких стандартов являются квалификационные требования к специалистам, программам их обучения и аттестации, требования к медицинским зданиям (сооружениям) и стандарты на их проектирование, таблицы оснащенности ЛПУ медицинским и другим оборудованием, требования к производству и испытанию лекарственных средств и многое другое. Стандарты на ресурсы здравоохранения часто имеют силу закона, многие из них имеют национальный, и даже международный статус.

Организационные стандарты содержат требования к системам организации и эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения. Они касаются систем управления, организации лечебно-диагностического процесса, информационного обеспечения, программ контроля качества и обеспечения безопасности медицинских учреждений. Используются при оценке организационных (управленческих) технологий на уровне подразделения ЛПУ или учреждения в целом. Представляют собой совокупность нормативных документов (приказов, методических рекомендаций и др.), регламентирующих деятельность определенных служб (подразделений) медицинского учреждения.

Структурно-организационные стандарты играют роль в создании структурных гарантий и являются важным механизмом обеспечения КМП. Во многих странах структурно-организационные стандарты используются при решении вопроса о выдаче лицензии, а также при текущих проверках, выполняемых органами государственного надзора. Они предназначены для использования при лицензировании учреждений здравоохранения и являются критериями, при обеспечении которых разрешается деятельность медицинских учреждений по заявленной специальности.

Технологические стандарты регламентируют процесс оказания медицинской помощи.

Врачи с незапамятных времен руководствуются в своей работе традициями и рекомендациями по ведению больных, преобразуемых на современном этапе в технологические стандарты (протоколы ведения больных, клинические рекомендации). Такие документы могут использоваться как информационная поддержка (врач не обязан следовать стандарту, имеет свободу принятия клинического решения) или в качестве минимального (обязательно-го) набора процедур.

Однако некоторые авторы считают, что связывать оценку технологии только с соблюдением стандарта было бы неправильно. Необходимость строгого следования стандарту равносильна директивному ограничению врачебного творчества, фактическому запрету на поиск новых методов лечения. Принуждение к неуклонному выполнению стандартов может привести к назначению ненужных конкретному пациенту мероприятий или, наоборот, к не использованию отдельных эффективных процедур, мероприятий.

В российском врачебном менталитете распространено мнение о невозможности стандартизации в области медицинской технологии. Исходя из тезисов, что необходимо лечить не болезнь, а больного, что каждый случай диагностики и лечения абсолютно индивидуален и не может быть сведен к унифицированным формам, существует точка зрения, что вообще применение стандартов в области медицинской технологии невозможно, и более того вредно, так как применение стандартов снижает творческую активность врача, делает его ремесленником, заставляет действовать по шаблону, снижает его возможности клинически мыслить и т.д.

Вместе с тем, следует признать, что оказание медицинской помощи превратилось в чрезвычайно сложное производство с использованием огромного количества ресурсов, техники, людского потенциала и не может обойтись без стандартизации технологий. Несмотря на строго индивидуальный характер этого процесса, в нем можно выявить некоторые более или менее постоянные основные компоненты. В типичном случае «производственная линия» по оказанию медицинской помощи включает: сбор анамнеза, физикальное исследование больного, ряд диагностических и лечебных процедур, услуги по уходу и реабилитации и т.п. Каждая из перечисленных составляющих является как бы технологической единицей процесса оказания медицинской помощи и выполняется в соответствии с установленными традициями или письменными правилами.

Технологические стандарты могут носить рекомендательный характер, а могут и быть оформленными в виде требований для неукоснительного исполнения в рамках медицинского учреждения (локальный стандарт), территории (региональный стандарт), государства (национальный стандарт). Невыполнение таких рекомендаций и требований в случае неудачного исхода лечения и возбуждения судебного иска может рассматриваться судом как нарушение.

Технологические стандарты чрезвычайно широко используются в высокотехнологичных областях медицины (специализированная, больничная помощь) и гораздо реже - в сфере первичной медико-социальной и долговременной помощи, которая не отличается насыщенностью высокими технологиями.

Оптимальным принципом составления технологических стандартов и клинических рекомендаций считается использование медицины, основанной на доказательствах. В клинические рекомендации в этом случае включаются только те вмешательства, эффективность и безопасность которых можно считать доказанной.

В последние годы делаются попытки распространить технологические стандарты с простейших лечебно-диагностических процедур на весь процесс медицинского обслуживания определенных групп пациентов. К примеру, программа лечения больных со стафилококковой пневмонией, план ведения беременности у старой первородящей, программа диспансеризации людей прибывших из малярийных районов. Возникли **стандарты программ медицинской помощи**, которые регламентируют проведение комплекса медицинских мероприятий, осуществляемых для определенных групп пациентов, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии и условиям труда и т.п.

Они включают в себя рекомендации в отношении комплекса мер, которые следует предпринимать различным категориям медицинского персонала на разных уровнях (этапах) медицинского обслуживания для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с определенной патологией.

При разработке и внедрении программ обслуживания стремятся решить следующие задачи:

- обеспечить эффективное взаимодействие различных этапов медицинского обслуживания;
- уменьшить дублирование работы медицинских служб;
- сократить продолжительность стационарного лечения;
- повысить безопасность больных;
- усилить защиту медицинских работников от несправедливых обвинений;
- обеспечить механизм для оценки необходимых ресурсов.

Медико-экономический стандарт - документ, определяющий объем диагностических и лечебных процедур, требования к результатам лечения при определенных заболеваниях, а также объем соответствующего финансового обеспечения.

Задача медико-экономического стандарта состоит в регламентации финансовых затрат при лечении определенных категорий пациентов (с одним заболеванием, состоянием и т.п.). Стандарт содержит технологическую часть в сокращенном варианте, т.е. не все медицинские действия, а только существенные манипуляции, с точки зрения влияния на стоимость медицинского обслуживания и качество лечения. По сравнению с технологическим стандартом он расширен за счет наличия двух групп экономических показателей (количественных (объемных) и стоимостных).

Медико-экономические стандарты используются для унификации взаимодействия между медицинским учреждением и финансирующими организациями (ТФОМС и СМО), позволяют плательщику и ЛПУ разрешить спорные вопросы при оплате медицинских услуг и оценке качества медицинской помощи.

В большинстве классификаций отсутствуют медицинские стандарты, регламентирующие такой компонент КМП, как результативность, так как попытки разработать стандарты результатов медицинского обслуживания сталкиваются с серьезными методологическими проблемами. Разработка критериев для оценки медицинской помощи в стационарах и амбулаториях требует четкой формулировки того, что представляет собой конечный результат деятельности той или иной медицинской службы с точки зрения ее влияния на здоровье разных групп обслуживаемых жителей. К примеру, успех деятельности службы онкологии следует оценивать не только по показателям больничной летальности или послеоперационных осложнений, но, главным образом, по средним срокам длительности жизни после операции, по частоте рецидивов, а также по качеству жизни прооперированных или пролеченных пациентов.

Система стандартизации в здравоохранении РФ.

Система стандартизации в здравоохранении РФ - это совокупность нормативных документов и организационно-технических мероприятий, охватывающая все стадии жизненного цикла нормативного документа, содержащего требования к объектам стандартизации в сфере здравоохранения. Систему стандартизации в здравоохранении РФ регламентирует отраслевой стандарт “Система стандартизации в здравоохранении основные положения” (ОСТ 91500.01.0007-2001), утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 04.06.2001 года No 181.

Система стандартизации в здравоохранении направлена на совершенствование управления отраслью, обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации, на повышение качества медицинской помощи, рациональное использование кадровых и материальных ресурсов, оптимизацию лечебно-диагностического процесса, интеграцию отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Нормативные документы системы стандартизации в здравоохранении должны способствовать обеспечению решения следующих задач:

- нормативного обеспечения реализации законов в области охраны здоровья граждан;
- создания единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно-обоснованных требований к их номенклатуре и объему;
- обеспечение взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи;
- установления требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, технической, технологической и информационной совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, лекарственных средств и других компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи;
- нормативного обеспечения метрологического и точностного контроля в здравоохранении;
- установления единых требований к аккредитации медицинских учреждений, подготовке и сертификации специалистов;

- нормативного обеспечения сертификации и оценки качества медицинских услуг;
- создания и обеспечения функционирования систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении;
- экономии всех видов ресурсов.

Стандартизация в здравоохранении базируется на соблюдении следующих основных принципов:

- принцип согласия - взаимное стремление всех субъектов к достижению согласия при разработке и введении в действие нормативных документов системы стандартизации;
- принцип единообразия - единый порядок разработки, согласования, принятия и введение в действие нормативных документов, надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов по стандартизации;
- принцип значимости - социальная, научная и экономическая целесообразность разработки и применения нормативных документов в практическом здравоохранении;
- принцип актуальности - соответствие требованиям законодательства и нормативно- правовым актам Российской Федерации, международным нормативным документам и со- временным достижениям науки;
- принцип комплексности — согласование предъявляемых к объектам стандартизации требований между собой;
- принцип проверяемости - обеспечение возможности контроля заданных в нормативных документах требований объективными методами.

Система стандартизации развивается на основе общей классификационной структуры объектов стандартизации с определением категорий и видов конкретных групп или отдельных нормативных документов.

Выбор объектов стандартизации в здравоохранении осуществляется на основе единых принципов их классификации, систематизации и структурирования, с учетом обязательного установления функциональной взаимосвязи между ними и возможности расширения их номенклатуры.

Основными объектами стандартизации в здравоохранении являются: организационные технологии;

- медицинские услуги;
- технологии выполнения медицинских услуг;
- техническое обеспечение выполнения медицинских услуг;
- качество медицинских услуг;
- квалификация медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала;
- производство, условия реализации, качество лекарственных средств и изделий медицинской техники;
- учетно-отчетная документация, используемая в системе здравоохранения и медицинского страхования;
- информационные технологии;
- экономические аспекты здравоохранения;
- получение, переработка и введение в организм органов и тканей, полученных от донора;
- обеспечение этических правил в здравоохранении.

На основании установленных объектов стандартизации структура системы нормативных документов по стандартизации включает в себя следующие группы документов:

ГРУППА	01.	Общие	положения.
ГРУППА 02. Требования к организационным технологиям в здравоохранении.			
ГРУППА 03. Требования к техническому оснащению учреждений здравоохранения.			
ГРУППА	04.	Требования	к персоналу.
ГРУППА	05.	Требования	к лекарственному обеспечению.
ГРУППА	06.	Санитарно-гигиенические	методы контроля.
ГРУППА	07.	Требования к медицинской технике и изделиям	медицинского назначения.
ГРУППА 08. Требования к диетическому питанию.			

- ГРУППА 09. Классификация и систематизация медицинских услуг.
- ГРУППА 10. Требования к оценке лечебно-диагностических и профилактических возможностей медицинских учреждений.
- ГРУППА 11. Требования к оказанию медицинских услуг.
- ГРУППА 12. Требования к профилактике заболеваний, защите здоровья- населения от повреждающих факторов, охране репродуктивного здоровья и оказанию медико-социальной помощи.
- ГРУППА 13. Требования к качеству медицинских услуг.
- ГРУППА 14. Требования к экономическим показателям в здравоохранении.
- ГРУППА 15. Требования к документации в здравоохранении.
- ГРУППА 16. Требования к средствам информатизации в здравоохранении.
- ГРУППА 17. Требования к системам жизнеобеспечения в экстремальных ситуациях и специальным системам.
- ГРУППА 18. Требования к продуктам крови, трансплантатам.
- ГРУППА 19. Требования к обеспечению этических правил в здравоохранении.
- ГРУППА 20. Требования к производству лекарственных средств и изделий медицинской техники.
- ГРУППА 21. Нормы и правила научных исследований в здравоохранении.

Каждая классификационная группа объектов стандартизации в здравоохранении может регламентироваться набором нормативных документов, объединенных общими классификационными признаками и функциональным назначением.

Каждая классификационная группа объектов стандартизации в здравоохранении может регламентироваться набором нормативных документов, объединенных общими классификационными признаками и функциональным назначением.

К нормативным документам по стандартизации в области здравоохранения относятся:

- государственные стандарты РФ на объекты стандартизации в области здравоохранения; применяемые в установленном порядке международные (региональные) стандарты, правила, нормы и рекомендации по стандартизации в области здравоохранения; общероссийские классификаторы технико-экономической информации,
- отраслевые стандарты и классификаторы в области здравоохранения;
- стандарты и классификаторы в области здравоохранения, принимаемые на административно-территориальном уровне субъектом РФ;
- стандарты и классификаторы в области здравоохранения, принимаемые на уровне медицинских организаций, предприятий и учреждений;
- стандарты и классификаторы в области здравоохранения, принимаемые на уровне научных обществ и общественных организаций;
- руководящие документы, правила и нормы, рекомендации в области здравоохранения, принимаемые на отраслевом уровне, на уровне субъекта РФ, учреждений и предприятий, осуществляющих медицинскую, фармацевтическую деятельность и деятельность, связанную с медицинской техникой, а также ассоциаций, научных обществ, иных общественных организаций.

Система стандартизации в здравоохранении предусматривает разработку и принятие стандартов следующих видов в зависимости от специфики объектов стандартизации: основополагающие стандарты; стандарты на продукцию (услуги); стандарты на работы (процессы); стандарты на методы контроля (испытаний, измерений, анализа).

Основными направлениями стандартизации, обеспечивающими реализацию положений Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ и создающими систему управления качеством в здравоохранении, являются:

- стандартизация в области ресурсов здравоохранения;
- стандартизация в области технологий, используемых в здравоохранении;
- стандартизация в области результатов применения технологий, используемых в здравоохранении.

Стандартизация медицинских технологий является одним из важнейших направлений работ в развитии системы стандартизации в здравоохранении. Технологии, используемые при оказании медицинской помощи, разделяют на следующие уровни:

- технология выполнения простых медицинских услуг;
- технологии выполнения медицинской помощи при определенном заболевании, которую можно рассматривать как комплекс простых услуг, находящихся между собой в причинно-следственных и временных взаимоотношениях;
- технологии выполнения манипуляций, исследований и процедур;
- технологии выполнения услуг медицинского сервиса.

Общие требования по созданию нормативных документов по стандартизации, регламентирующих технологии выполнения простых медицинских услуг, определяются ОСТ 91500.01.0004-2000 (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2000 года № 299 “О введении в действие отраслевого стандарта “Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования”).

Общие требования по созданию протоколов ведения больных определяются ОСТ 91500.09.0001- 1999 (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.08.99 № 303 “О введении в действие отраслевого стандарта “Протоколы ведения больных. Общие требования”).

Протокол ведения больного – нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Протоколы ведения больных, являясь важным элементом системы стандартизации в здравоохранении, охватывают широкий спектр диагностических и лечебных услуг, классифицированных по клиническому состоянию, используются для определения минимального набора медицинских мероприятий в конкретном клиническом случае.

Разрабатываемые клинические руководства и стандарты содержат алгоритмы диагностики и лечения, формулярные статьи лекарственных средств, позволяющие врачу самостоятельно принимать решения в рамках, обусловленных требованиями протокола.

Протоколы ведения больных разрабатываются на следующие разновидности моделей пациента:

- нозологическая модель,
- синдромальная модель,
- ситуационная модель.

В основе нозологической модели лежит заболевание с учетом стадии или фазы заболевания и возможные осложнения. В основе синдромальной модели пациента лежит определенный синдром, его стадия (фаза) и осложнения. Ситуационная модель определяется клинической ситуацией – поступление экстренного больного в стационар, проведение анестезиологического пособия и т.д. Она связана с группой заболеваний, профильностью и функциональным назначением подразделения медицинского учреждения.

Протоколы ведения больных состоят из четырех основных частей:

- введение,
- характеристика требований протокола,
- графическое, схематическое и табличное представление протокола,
- мониторинг протокола.

Во введении формулируются цели и задачи разработки и внедрения данного протокола и его концепция, область применения, литературные ссылки. Дается расширенное определение заболевания (синдрома, клинической ситуации), отражающее этиологию, патогенез, клиническую картину, вопросы терапии. Приводятся данные эпидемиологии, обосновывается медико-социальная значимость разработки данного протокола.

В разделе требования протокола ведения больных выделяют следующие обязательные компоненты:

- модель пациента,
- критерии и признаки диагностики заболевания, синдрома, выделения стадии и фазы заболевания, определения клинической ситуации и осложнений,
- порядок включения пациента в протокол,
- условия оказания медицинской помощи и функциональное назначение медицинской помощи,
- перечни простых медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента,
- характеристика алгоритмов и особенностей выполнения простых медицинских услуг при данной модели пациента с указанием предпочтительных методик, безопасности, экономических особенностей, доказательности диагностических и терапевтических эффектов, осложнений и т.д.,
- перечни фармакотерапевтических групп лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента,
- характеристика алгоритмов и особенностей медикаментозного лечения при данной модели пациента с приведением формулярных статей лекарственных средств,
- требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации,
- требования к диетическим назначениям и ограничениям,
- форма информированного согласия пациента при выполнении протокола, дополнительная информация для пациента и членов его семьи,
- правила изменения требований при выполнении протокола и порядок исключения пациента из протокола,

- возможные исходы для данной модели с учетом каждого этапа диагностики и лечения, временных параметров достижения исхода,
- характеристика исхода,
- стоимость протокола.

Протоколы ведения больных разрабатываются рабочей группой, состоящей из экспертов – специалистов в определенной области медицины. При разработке протоколов и выборе простых медицинских услуг для внесения их в перечень обязательного ассортимента эксперты должны проанализировать научные доказательства эффективности, безопасности, экономичности методов диагностики, лечения или фармакотерапевтической группы лекарственных препаратов для данной модели пациента, и оценить ряд других параметров (например, степень доступности метода).

Стандартизация в области результатов применения технологий, используемых в здравоохранения, направлена на оценку качества и эффективности производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения, других компонентов оказания медицинской помощи и, в первую очередь, на формирование требований к результатам выполнения медицинской помощи. Последние можно разделять на социальные результаты (инвалидизация, смертность, изменение качества жизни), медико-биологические (исходы заболеваний), экономические.

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Территориальная система управления качества медицинской помощи.

Одно из направлений реформирования системы оказания медицинской помощи - децентрализация системы здравоохранения привело к смещению управления отраслью преимущественно на региональный уровень, в связи с чем акценты деятельности по обеспечению КМП также переместились на уровень субъекта РФ.

Территориальная система управления КМП – это совокупность субъектов, объединенных единой целенаправленной деятельностью по созданию и обеспечению условий для оказания гражданам медицинской помощи установленного объема и качества на основе эффективного использования ресурсов здравоохранения.

Создание единой системы управления КМП в территории необходимо с целью решения следующих задач:

- защита прав потребителей (пациентов) в части предоставления им медицинской помощи гарантированного объема и качества;
- создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения;
- создание механизма возмещения ущерба здоровью граждан, возникшего по вине учреждений здравоохранения и медицинских работников.

Современной нормативно-распорядительной базой управления КМП является действующее российское законодательство по здравоохранению и, прежде всего, Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», который в общих чертах определяет составляющие, обеспечивающие КМП со стороны субъектов ОМС. В здравоохранении в новых правовых условиях наряду с действующей ведомственной системой экспертизы КМП стала формироваться вневедомственная система.

Развитие вневедомственного контроля КМП связано с реформированием системы здравоохранения и становлением системы медицинского страхования, возникновением у медицинских учреждений гражданско-правовых обязательств перед другими субъектами, которые не входят в систему здравоохранения. Например, в соответствии со ст.15 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», страховые медицинские организации обязаны контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказываемой лечебно-профилактическими учреждениями в соответствии с условиями договора о предоставлении медицинской помощи в системе ОМС.

Субъекты управления качества медицинской помощи.

Сложность построения системы управления КМП в территории связана со значительным количеством заинтересованных организаций и ведомств, численность которых превышает число субъектов ОМС и здравоохранения. В число субъектов, заинтересованных в КМП включают потребителей медицинских услуг (пациентов) и их общественные организации (общества защиты прав пациентов); территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации; медицинские учреждения и медицинский персонал, а также их объединения (профессиональные медицинские ассоциации и ассоциации медицинских учреждений); органы управления здравоохранения и органы лицензирования и аккредитации (рис. 10). При создании территориальной системы управления КМП важно учесть интересы каждого субъекта и конкретизировать их функции и задачи.

Проблемы контроля КМП с точки зрения потребителя заключаются в том, что он, как правило, некомпетентен и, поэтому, оценить КМП может только в крайних позициях: стало лучше (выздоровел, восстановил трудоспособность) - помощь качественная, не стало легче (не восстановил трудоспособность) - помощь некачественная.

С целью оказания помощи потребителям медицинских услуг по оценке качества полученных ими медицинской помощи создаются общества потребителей (пациентов) - общественные организации, которые занимаются защитой прав потребителя (пациента). В их компетенцию входит изучение общественного мнения о качестве оказываемой медицинской помощи, информирование субъектов контроля качества о дефектах в оказании медицинской помощи и защита прав пациента путем представления их интересов в административных и судебных органах. Представители этих обществ могут обратиться к компетентному лицу (эксперту) в целях независимой оценки качества и эффективности медицинской помощи.

Следующей группой субъектов, контролирующих КМП, являются плательщики. Это организации, которые финансируют медицинскую помощь и, передавая средства на ее оказание, вправе спросить с производителя, насколько медицинская услуга была качественной, адекватной тому финансированию, которое на ее предоставление было передано:

- территориальный фонд ОМС (в случае выполнения функций страховщика);
- страховая медицинская организация, проводящая операции ОМС;
- органы управления здравоохранения, которые используют средства государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В компетенцию территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций входит:

- организация и осуществление в рамках заключенных договоров обязательного и добровольного медицинского страхования контроля качества, объема и сроков оказания медицинской помощи;
- определение соответствия выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги их истинному объему, качеству и территориальной программе ОМС с правом частично или полностью не возмещать затраты на оказание медицинских услуг;
- предъявление претензий и исков лечебно-профилактическим учреждениям по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам.

Базой контроля КМП с точки зрения плательщика в системе ОМС должны выступать медико-экономические стандарты. Именно с их помощью плательщик должен эффективно контролировать расходование средств, передаваемых им на ОМС.

Следующим субъектом являются органы лицензирования, которые проводят экспертизу структурного компонента КМП и выдают разрешение медицинским учреждениям на медицинскую деятельность.

В компетенцию лицензионных органов входит исполнение следующих функций:

- контроль за безопасностью медицинских услуг для пациентов и персонала и их соответствием установленным стандартам;
- контроль за выполнением учреждениями здравоохранения и физическими лицами лицензионных условий;
- выдача лицензии и сертификатов юридическим лицам и гражданам;
- участие в формировании регистра экспертов на территории субъекта Российской Федерации.

Основными задачами и направлениями деятельности профессиональных медицинских ассоциаций являются разработка медицинских стандартов для осуществления контроля качества медицинской технологии; участие в разработке программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, соглашений по тарифам на медицинские услуги; участие в формировании регистра экспертов; участие в работе комиссий по аттестации медицинских работников, аккредитации и лицензированию деятельности учреждений здравоохранения, квалификационных экзаменационных комиссиях.

Органы управления здравоохранения осуществляют административный контроль деятельности ЛПУ по оказанию медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества.

Лечебно-профилактическое учреждение в области обеспечения КМП осуществляет самоконтроль.

Взаимодействие субъектов в территориальной системе обеспечения качества медицинской помощи.

В соответствии с целями и задачами обеспечения КМП в территории проводятся три вида экспертиз:

- выявление соответствия фактически оказанных медицинских услуг тем требованиям, которые приняты на территориальном или федеральном уровне,
- выявление соответствия фактических затрат на оказание медицинских услуг тем нормативным затратам, которые заложены в объемы финансирования территориальной системы здравоохранения,
- установление факта причинения и степени вреда жизни и здоровью пациента некачественно оказанной медицинской помощью.

Целью осуществления ведомственного контроля КМП является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий.

Ведомственный контроль КМП осуществляется экспертным путем должностными лицами ЛПУ и органов управления здравоохранением, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения. Этот вид контроля качества и эффективности медицинской помощи является основным видом контроля, наиболее приближенным к исполнителям медицинских услуг. Его результаты используются и сопоставляются с данными вневедомственной экспертизы.

Под системой вневедомственного контроля понимается оценка КМП субъектами, не входящими в государственную систему здравоохранения. Она создается в территории в целях защиты прав граждан на охрану здоровья и содействия органам государственного управления в решении задач по совершенствованию деятельности учреждений здравоохранения.

Основной задачей субъектов вневедомственного контроля является организация в пределах своей компетенции медицинской или медико-экономической экспертизы с целью обеспечения права граждан на получение медицинской помощи надлежащего объема и качества и проверки эффективности использования ресурсов здравоохранения, а также финансовых средств ОМС и социального страхования.

Субъекты вневедомственного контроля могут в соответствии с действующим порядком на основании запроса получить результаты ведомственного контроля КМП и, в случае согласия с ними, принять необходимые решения по поводу частичной или полной неоплаты конкретного случая оказания медицинских услуг по данным сведениям. В случае несогласия с ними, могут требовать проведения дополнительной вневедомственной экспертизы.

Классификатор способов контроля качества медицинской помощи.

Способы контроля КМП целесообразно классифицировать по следующим признакам:

- по типу контролирующего органа;
- по времени проведения;
- по уровню контроля;
- по направлению контроля;
- по полноте охвата контролем;
- по форме проведения.

1). По типу контролирующего органа следует выделить:

- внутренний (ведомственный) контроль, который проводится должностными лицами ЛПУ и органов управления здравоохранения, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения;
- внешний (вневедомственный) контроль за деятельностью учреждений здравоохранения, который осуществляется лицензирующими органами, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами ОМС, страхователями, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ, профессиональными медицинскими ассоциациями, обществами защиты прав потребителей и др.

2). По времени проведения различают следующие виды контроля:

- предварительный (предупредительный) контроль;
- текущий контроль;
- итоговый контроль.

Предварительный контроль проводится до начала оказания медицинской помощи пациентам и имеет, прежде всего, разрешительный характер. Целью предварительного контроля является определение возможностей медицинского учреждения или физического лица оказывать заявленные виды медицинской помощи, а также соответствия их деятельности установленным стандартам. Он призван оценить качество и уровень безопасности работы медицинского учреждения для пациента до получения им разрешения на оказание медицинских услуг населению. Реализуется этот вид контроля через систему лицензирования и осуществляется лицензирующими органами, аттестационными и сертификационными комиссиями.

Текущий контроль проводится в период от начала до окончания обслуживания пациента. Его могут осуществлять сами лечебные учреждения, пациенты, органы управления здравоохранения.

Итоговый контроль проводится по результатам оказания медицинской помощи и, как правило, после выписки пациента из лечебного процесса. Итоговый контроль осуществляется в двух основных формах - плановый и внеплановый (целевой) контроль. Целью контроля является оценка качества выполненной медицинской услуги конкретному пациенту. Субъектами данного вида контроля качества могут быть сами лечебные учреждения, органы управления здравоохранения, а также учреждения и организации, которые не входят в систему здравоохранения, но в установленном законом или иными нормативными актами порядке в пределах своей компетенции имеют право контроля КМП.

Плановые проверки проводят эксперты СМО, ТФОМС с периодичностью, предусмотренной по договору с ЛПУ по оказанию медицинских услуг по программе ОМС. Сроки плановых проверок заранее согласовываются с медицинским учреждением.

3). По уровню контроля КМП можно выделить:

- индивидуальный - контроль и оценка качества медицинской услуги, оказанной конкретному пациенту;
- групповой - контроль и оценка качества медицинских услуг, оказанных группе пациентов: пациентам конкретного врача, пациентам с одной нозологической формой заболевания, одним исходом заболевания, пациентам отделения или службы лечебного учреждения;
- учрежденческий - контроль и оценка качества медицинских услуг, оказанных пациентам лечебным учреждением в целом;
- территориальный - контроль и оценка качества медицинских услуг, оказанных населению области, края, республики, города, района.

4). По направлению экспертизы различают: контроль структурных компонентов КМП; контроль медико-технологических компонентов; контроль различных видов результативности.

5). Контроль качества по глубине экспертизы осуществляется в форме:

- скрининга, основанного на различных тестовых системах;
- комплексной, развернутой экспертизы, которая должна включать в себя все анализируемые компоненты.

6). По форме проведения контроля качества различают:

- натурное наблюдение, в т.ч. обходы (медицинский и административный), консилиум;
- изучение медицинской документации (текущей (истории болезни, амбулаторные карты), статистических отчетов за определенный период);
- клинические и патологоанатомические конференции;
- опросы пациентов и медицинского персонала;
- статистический и экономический анализ результатов деятельности ЛПУ, его подразделений.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КМП В ЛПУ.

**СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
В МЕД. УЧРЕЖДЕНИЯХ СТАЦИОНАРНОГО И АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ТИПОВ**

Организационная структура системы управления качеством медицинской помощи в лечебном учреждении.

Внутриучрежденческая система управления КМП представляет совокупность организационной структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для административного управления качеством.

Организационная структура внутриучрежденческой системы управления КМП представлена следующими субъектами. Общее руководство осуществляет главный врач ЛПУ, в ведении которого находятся структурные компоненты КМП, кадровое, материально-техническое и ресурсное обеспечение лечебно-диагностического процесса.

Главный врач осуществляет взаимодействие с субъектами вневедомственной системы управления КМП: заключает договоры со страховщиками, подписывает акты вневедомственной экспертизы КМП, возглавляет врачебную комиссию ЛПУ.

Клинико-экспертная работа в медицинском учреждении осуществляется на трех основных уровнях:

I - экспертиза качества диагностики, лечения и реабилитации пациентов, проводимая заведующим отделением;

II - экспертиза качества оказания медицинской помощи в подразделениях ЛПУ, осуществляемая заместителями главного врача по медицинской части и по экспертизе временной нетрудоспособности;

III - экспертиза КМП, осуществляемая врачебной комиссией лечебного учреждения.

Для коллегиального обсуждения и принятия решений по всем наиболее значимым клинико-экспертным вопросам диагностики, лечения, тактики ведения, реабилитации, определения трудоспособности и профессиональной пригодности, а также для разрешения конфликтных ситуаций и рассмотрения претензий пациентов в ЛПУ создается врачебная комиссия, возглавляемая руководителем медицинской организации или одним из его заместителей, имеющим высшее медицинское образование.

Вторую ступень иерархической лестницы занимают заместители главного врача по медицинской части и по экспертизе временной нетрудоспособности и по экономике, а также главная медицинская сестра.

Основными задачами заместителя руководителя по медицинской части являются:

- руководство профилактическими, лечебно-диагностическими и реабилитационными мероприятиями;
- организация внедрения и применения в практике работы отделений, и кабинетов современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- обеспечение внедрения в деятельность медицинских организаций стандартов медицинской помощи;
- оценка качества и эффективности профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий на разных сроках лечения, проводимых лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- проведение анализа заболеваемости прикрепленного населения, обеспечение разработки и реализации мероприятий по ее снижению;
- обеспечение контроля за осуществлением медицинской деятельности подразделения- ми медицинской организации и отдельными специалистами;
- разработка и организация мероприятий по улучшению качества и доступности медицинской помощи населению;
- оценка эффективности проводимых индивидуальных программ реабилитации;
- организация врачебных конференций по вопросам повышения и обеспечения качества профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий;
- взаимодействие с медико-социальными экспертными комиссиями, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ по вопросам, относящимся к компетенции;
- участие в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам оказания медицинской помощи населению;
- контроль за деятельностью медицинских работников в пределах своей компетенции;
- контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по вопросам, относящимся к компетенции.

Основными направлениями работы заместителя руководителя по экспертизе временной нетрудоспособности являются:

- контроль за организацией и проведением экспертизы временной нетрудоспособности в медицинской организации;
- проведение анализа заболеваемости населения с временной утратой трудоспособности, первичного выхода больных на инвалидность, обеспечение разработки и реализации мероприятий по их снижению;
- участие в подготовке документов, регламентирующих организацию и проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- оценка экспертной деятельности лечащих врачей и организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности заведующих отделениями медицинской организации;
- контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности;
- обеспечение повышения квалификации специалистов медицинской организации по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация врачебных конференций по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
- принятие участия в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
- контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по курируемым разделам работы;
- осуществление взаимодействия с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ, другими медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения.

Основной задачей заместителя главного врача по экономическим вопросам является оптимизация расходов ЛПУ на оказание медицинской помощи без ухудшения показателей, отражающих надлежащий уровень КМП. Он проводит анализ эффективности использования финансовых средств ЛПУ путем сопоставления нормативных расходов на оказание конкретной услуги с фактическими расходами; расчет экономического эффекта, полученного от внедрения новой медицинской технологии (нового метода лечения, нового вида оборудования); выявление внутренних резервов интенсификации лечебно-диагностического процесса.

Функции заведующего отделением в плане обеспечения КМП:

- контроль за обоснованностью выдачи и продлением сверх предусмотренных нормативных сроков документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность;
- экспертная оценка качества оказания медицинской помощи;
- контроль за оформлением медицинской документации;
- контроль за своевременностью и обоснованностью направления больных на клинико-экспертную, медико-социальную экспертную комиссии.

Анализ ошибок и дефектов позволяет заведующему отделением оценить степень клинической и экспертной подготовки врачей, определить тематику научно-практических конференций отделения, проведение которых является одной из форм учебных мероприятий с целью повышения квалификации медицинского персонала.

Необходимо также обеспечить проведение экспертизы, осуществляемой лечащим врачом в ходе лечебно-диагностического процесса в порядке самоконтроля (так называемый нулевой уровень экспертизы КМП).

Необходимо, чтобы информация, получаемая на каждом этапе, при соблюдении субординации была доступна другим участникам лечебно-диагностического процесса. Налаживание эффективных прямых и обратных связей, согласование и коррекция целей в иерархии управления - важнейшие механизмы функционирования внутриучрежденческой системы обеспечения КМП.

Направления экспертизы и показатели качества медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях.

Для организации эффективной деятельности в сфере обеспечения качества помощи в лечебно-профилактическом учреждении необходимо выбрать направления экспертной работы (ориентиром является триединый подход к обеспечению КМП – структура, технология, результат) и разработать набор показателей, характеризующий деятельность организации в целом (определенных служб, подразделений) с учетом их специфики (стационар, поликлиника, диспансер, станция скорой помощи и т.п.), особенностей лечебно-диагностического процесса и основных результатов.

Оценка качества медицинской помощи, оказываемой средним медперсоналом.

Одним из основоположников создания системы контроля КМП является английская медицинская сестра Флоренс Найтингейл, которая во время Крымской войны путём сравнительного анализа мероприятий на различных этапах оказания медицинской помощи раненым в английских и французских госпиталях находит грубые нарушения санитарно-эпидемиологического режима, и посредством преобразований в организации лечебно-диагностического процесса, контроля работы медицинских работников добивается существенного снижения показателей летальности раненых.

Благодаря усилиям Ф. Найтингейл принципиально изменяется роль медицинской сестры и одновременно формируется система контроля КМП, включающая такие составляющие, как идентификация проблемы, элементы сравнительного анализа различных этапов лечебно-диагностического процесса, индивидуальная, направленная на достижение запланированного результата, работа с медицинским персоналом, которая в дальнейшем будет названа медицинским аудитом.

Одной из важнейших проблем в управленческой деятельности руководителей медсестринских служб является обеспечение высокого качества ухода за пациентами. Как указывают эксперты ВОЗ, важнейшими инструментами управленческой деятельности руководителей сестринских служб по обеспечению высокого качества сестринского ухода являются:

1. Обучение медицинских сестер требованиям должностных инструкций.
2. Обеспечение систематического контроля за работой медицинских сестер и старших медицинских сестер по выполнению ими своих должностных инструкций.
3. Создание надлежащих условий для работы медицинских сестер и пребывания в лечебно-профилактическом учреждении пациентов.

4. Надлежащее материально-техническое и лекарственное обеспечение деятельности медицинских сестер.

5. Создание в трудовом коллективе благоприятного психологического климата.

Повышению качества сестринского ухода способствует также стандартизация сестринских услуг, однако, медико-технологические протоколы сестринских манипуляций – стандарты находятся в стадии разработки. Между тем именно эти документы должны регламентировать нормативные требования к выполнению сестринских манипуляций и являться «эталоном» для определения правильности и оценки качества их выполнения. При разработке сестринских стандартов следует ориентироваться на составляющие сестринского процесса.

ВОЗ выделяет четыре компонента сестринского процесса: оценку ситуации, планирование, осуществление действий, оценку результатов, т.е. результатов, связанных с качественной характеристикой сестринских функций.

Для повышения результативности контроля КМП, оказываемой средним медицинским персоналом, необходима регистрация сестринского наблюдения и ухода. Это позволит выявить дефекты обслуживания пациента, раскрыть полную информацию о проделанной медицинской сестрой работе, установить, кем, когда и какого рода уход был обеспечен, наглядно проследить динамику состояния пациента, оценить преемственность в обслуживании.

В числе показателей, характеризующих КМП, оказываемой средним медперсоналом, предлагается использовать:

- своевременное выполнение назначений лечащего врача;
- выполнение манипуляций в соответствии со стандартами;
- отсутствие осложнений у пациента, связанного с деятельностью медсестры;
- высокий профессиональный уровень сестринского персонала, позволяющий ему ассистировать врачу при сложных манипуляциях;
- обеспечение инфекционной безопасности;
- обеспечение надлежащего ухода за пациентами (отсутствие пролежней, застойной пневмонии, мышечной атонии, сроки перехода пациента от состояния зависимости в уходе за ним к самоуходу и др.);
- ведение надлежащим образом медицинской документации;
- соблюдение правил медицинской этики и деонтологии при общении медсестры с пациентом, родственниками пациента, коллегами;
- отсутствие жалоб со стороны пациентов, родственников пациентов, врачей.

**ЗАРУБЕЖНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕЖДУНАРОДНОЕ
СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ВОЗ.**

История создания Всемирной Организации Здравоохранения.

В настоящее время активно работают более 200 международных организаций, ассоциаций, в том числе такие правительственные как Организация Общественных Наций (ООН), МОТ (международная организация труда), ЮНИСЕФ (международный детский фонд), ЮНЕСКО (организация объединенных наций по науке и культуре), Международная продовольственная организация, МАГАТЭ (международное агентство по атомной энергии).

Самой крупной из них и самой значимой среди медицинских является Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), которая сотрудничает со 180 международными медицинскими организациями, агентствами, ассоциациями.

История международных медицинских организаций началась с созыва в 1851 г. в Париже Международной конференции по борьбе с эпидемиями. Эта и последующие международные конференции принимали санитарные конвенции по совместным мерам государств в преодолении эпидемических заболеваний.

Международная санитарная конференция в Риме в 1907 г. учредила первую международную медицинскую организацию – международное бюро общественной гигиены (МБОГ), которое работало до 1946 г. в Париже. В него вошли 55 государств, в том числе и Россия. Бюро наблюдало за выполнение международных санитарных конвенций и карантинных правил и обеспечивало информацию о карантинных заболеваниях. Кроме того оно организовывало консультативную и техническую помощь странам по проблемам здравоохранения.

Вскоре после создания Лиги наций в 1923 г., при ней была создана так называемая Организация здравоохранения Лиги наций. В ее задачи входили задачи аналогичные задачам международного бюро общественной гигиены, кроме того, она оказывала большую помощь в области здравоохранения по подготовке кадров, научным исследованиям, программам борьбы с заболеваниями. Эта организация привлекала известных специалистов, консультантов, публиковала информационные и другие материалы по актуальным проблемам медицины.

На первой генеральной ассамблее ООН в феврале 1946 г. в Филадельфии, было решено создать новую международную организацию здравоохранения с передачей ей функций Лиги наций и в том же 1946 г. в Нью-Йорке на международной конференции собравшей делегатов из 51 страны, был обсужден и принят устав новой всемирной организации здравоохранения, и протокол о роспуске МБОГ, и секции Лиги наций, приемниками которых стала ВОЗ.

7 апреля 1948 г. 26 государств, членов ООН, учредителей ВОЗ, ратифицировали ее устав, и с этого дня ВОЗ, получившая юридическое оформление, стала полноправным членом ООН, т.е. специализированным ее агентством в области здравоохранения. В честь этого события 7 апреля каждого года отмечается как международный день здоровья. В настоящее время членами ВОЗ являются 190 государств.

Структура Всемирной Организации Здравоохранения.

Высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства-члены ВОЗ. От каждой страны выделяется не более трех делегатов, один из которых является главой делегации. Делегаты, как правило, являются сотрудниками ведомства здравоохранения своей страны.

Являясь специализированной организацией ООН, ВОЗ принимает в свои ряды членов этой организации, хотя устав позволяет принимать и не членов ООН.

Очередные сессии Ассамблеи созываются ежегодно. Ассамблеи определяют направление ВОЗ, рассматриваются и утверждаются перспективные и годовые планы работы, назначается генеральный директор ВОЗ, рассматриваются вопросы сотрудничества с другими организациями, устанавливаются санитарные и карантинные требования, правила-стандарты в отношении безвредности, чистоты и силы биологических и фармацевтических продуктов, имеющих обращение в международной торговле. Кроме того, Ассамблея ВОЗ рассматривает рекомендации Генеральной Ассамблеи, Экономического и Социального советов и Совета Безопасности ООН по вопросам здравоохранения и представляет им доклады о мерах, принятых ВОЗ.

Между сессиями Ассамблеи высшим органом ВОЗ является Исполнительный комитет, который собирается на очередные сессии 2 раза в год. Исполком состоит из 30 членов – представителей государств, избираемых на 3 года. Исполком рассматривает программу и бюджет организации, проводит в жизнь решения Ассамблеи и готовит для нее рекомендации. Исполком имеет право принимать чрезвычайные меры в случаях, не терпящих отлагательства (эпидемии, стихийные бедствия)

Центральный административный орган ВОЗ – это секретариат, возглавляемый генеральным директором, который избирается Ассамблеей сроком на 5 лет по представлению Исполкома. Штаб-квартира секретариата находится в Женеве. Генеральный директор ежегодно представляет Ассамблее отчеты о работе организации.

Большая часть отделов секретариата ВОЗ объединена в 5 групп:

- отдел гигиены окружающей среды и отдел санитарной статистики;
- отдел укрепления служб здравоохранения и охраны здоровья семьи;
- отдел неинфекционных болезней, развития кадров здравоохранения и лекарственных средств;
- отдел административного руководства и персонала;
- отдел бюджета и финансов.

Чтобы лучше учитывать местные условия и эффективнее оказывать государствам помощь, в рамках ВОЗ создано 6 региональных организаций. Каждая такая организация имеет региональный комитет, который состоит из представителей государств-членов ВОЗ, входящих в данный географический район. Исполнительными органами этих организаций являются региональные бюро.

В настоящее время существуют следующие региональные организации:

- Европейская – бюро в Копенгагене;
- Африканская – бюро в Браззавиле (Конго);
- Восточно-Средиземноморская – бюро в Александрии;
- Юго-восточная Азия – бюро в Дели;
- Западная часть Тихого океана – бюро в Маниле;
- Американская – бюро в Вашингтоне.

Официальными языками ВОЗ являются английский и французский. Ряд докладов, а также перевод выступлений делегатов на ассамблеях, в комитетах проводится на рабочих языках – русском, китайском, испанском, арабском, немецком.

Регулярный бюджет ВОЗ составляют взносы стран-членов. В последние годы почти половину всего бюджета Организации составили взносы государств-членов Европейского региона. США вносит в бюджет 15-17%. Большая часть этих взносов ассигнуется в регионы, составляющие развивающегося мира, и лишь приблизительно 6% общего бюджета предоставляется в распоряжение Европейского регионального бюро на мероприятия в самом регионе.

Кроме того, деятельность ВОЗ финансирует Добровольный фонд укрепления здоровья, учрежденный в 1960 г. Этот фонд складывается из добровольных пожертвований и добровольных взносов стран-членов ВОЗ. С каждым годом внебюджетные ассигнования увеличиваются и приближаются к величинам регулярного бюджета.

Направления деятельности Всемирной Организации Здравоохранения.

Целью ВОЗ, как гласит ее устав, является «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья».

В уставе было провозглашено право каждого человека на здоровье, утверждено принцип ответственности правительства за здоровье своих народов.

Согласно уставу, ВОЗ функционирует как руководящий и координирующий орган в международной работе по здравоохранению.

Деятельность ВОЗ проходит в соответствии с общими программами на 5-7 лет, планирование осуществляется на 2 года. Основными направлениями деятельности являются:

- развитие систем здравоохранения в странах в соответствии с резолюцией об основных принципах национального здравоохранения, т.е. ответственности государства, профилактики, участия населения в охране здоровья, использования достижений науки и др.;
- развитие первичной медико-санитарной помощи;
- подготовка и усовершенствование кадров;
- охрана и укрепление здоровья различных групп населения;
- охрана окружающей среды;
- борьба с инфекционными и паразитарными заболеваниями, иммунизация и вакцинация;
- охрана и укрепление психического здоровья;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- обеспечение информацией по здравоохранению (совершенствование санитарной статистики);
- подготовка медицинских кадров;
- расширенная программа научных медицинских исследований, развитие медико-биологических исследований;
- консультативная и техническая помощь странам по актуальным направлениям медицины.

С 1981 г. ВОЗ действует, руководствуясь общей стратегией, которая была определена, как «достижение здоровья для всех к 2000 году». Эта, казалось бы, утопическая цель (достичь здоровья для всех во всех странах с разным уровнем здравоохранения и разными социально-экономическими условиями) определена как социально-экономическая задача. Эта задача была сформулирована так: достижение каждым человеком и каждой семьей такого благополучия, которое позволило бы вести «продуктивный» образ жизни (здоровый образ жизни). Помимо такого общего понимания этой цели, ВОЗ попыталась определить более конкретно достижение «здоровья для всех» на основе медико-демографических и социологических показателей. Были названы десятки критериев, в т.ч. уровень младенческой смертности, масса тела при рождении, средняя продолжительность жизни, а также водоснабжение, питание, требования к организации медицинской помощи, грамотности населения и т.д.

В отношении медицинской помощи важнейшим считается развитие первичной медико-социальной помощи, которой посвящена и специальная программа ВОЗ.

В регионах на основе общей стратегии и достижения здоровья для всех разработаны региональные стратегии и программы.

На ВОЗ возлагается консультативная, экспертная и техническая помощь странам, а также предоставление необходимой информации. Когда-то ее генеральный директор, много лет руководивший ВОЗ, М. Кандау сказал, что назначение ВОЗ «научить страны помогать себе в решении проблем здоровья».

ВОЗ привлекает для обсуждения проблем и консультаций тысячи известных специалистов, проводящих заседания экспертных комитетов и советов, готовящих технические, научные, информационные и другие материалы.

ВОЗ публикует более 20 изданий, в т.ч. рабочие документы – отчеты Генерального директора о деятельности ВОЗ, статистические материалы, документы комитетов и совещаний, в том числе отчеты ассамблеи, исполнительных комитетов, сборники резолюций и решений, а также журналы – «Бюллетень ВОЗ», «Международный форум здоровья», «Здоровье мира», серию монографий и технических докладов.

ВОЗ разрабатывает и совершенствует международные стандарты, номенклатуру и классификации, содействует их распространению.

Кроме того, ВОЗ проверяет и проводит медицинские исследования, оказывает техническое содействие правительствам в укреплении национального здравоохранения. ВОЗ содействует принятию и выполнению международных конвенций, соглашений и правил в области здравоохранения.

ВОЗ принадлежит большая роль в успешном решении ряда проблем международного и национального здравоохранения. По ее инициативе была осуществлена глобальная кампания по ликвидации оспы в мире (последний случай зарегистрирован в 1981 г.); ощутимых результатов достигла кампания борьбы с малярией, распространенность которой сократилась более чем в 2 раза, программа иммунизации против 6 инфекционных заболеваний, организация выявления и борьбы с ВИЧ, создание справочных и других научных центров во многих странах, организации служб ПМСП, медицинских школ и многое другое.