



Оценка качества медицинской помощи. Формирование стандартов качества медицинской помощи.

Лектор: канд.мед.наук, доцент Пономарьова Лілія
Іванівна

Оценка качества медицинской помощи

- На современном этапе развития системы здравоохранения эффективность управления деятельностью учреждений здравоохранения определяется не столько показателями объема их работы, насколько показателями **качества оказанной медицинской помощи**.
- **Оценка качества медицинской помощи (ОКМП)** в системе здравоохранения является одной из актуальных проблем совершенствования медицинского обеспечения.

Существует множество параметров качества, в зависимости от заинтересованной стороны:

- **пациент** – облегчение симптомов, вежливое отношение персонала
- **врач** – современное техническое оснащение, свобода действий на пользу пациента
- **инвесторы** (администрация, финансируемая сторона) – эффективное использование ресурсов, максимальное снижение нетрудоспособности.



Оценка качества медицинской помощи

- Существуют различные подходы к определению понятия «качество медицинской помощи» и его составляющих. Оно определяется не только уровнем научно-технического обеспечения и специализации, а собственно организацией всего лечебно-диагностического процесса, уровнем квалификации и профессионализма медицинского персонала, соблюдением морально-этических правил и т.д.
- Под **качеством медицинской помощи** необходимо понимать её соответствие потребностям пациентов с учетом современных возможностей медицинской науки и практики при условии эффективного использования имеющихся ресурсов.



Оценка качества медицинской помощи

предусматривает потребность оценивания:

- своевременности и полноты обследования;
- преемственности в работе поликлиники и стационара;
- обоснованности госпитализации;
- использования современных методов диагностики и лечения в полном объеме;
- осуществления систематического анализа деятельности соответствующих подразделений;
- состояния обеспеченности медицинской техникой, медикаментами и т.д.



Составляющие качества медицинской помощи

Специалистами Европейского регионального бюро ВОЗ предложены следующие составляющие качества медицинской помощи.

- **Эффективность** – соотношение между фактическим и максимальным действием, которое возможно в идеальных условиях.
- **Адекватность** – удовлетворение потребностей населения.
- **Экономичность** – соотношение между фактическим действием и его ценой.
- **Научно-технический уровень** – степень использования соответствующих знаний и техники при оказании медицинской помощи.



В здравоохранении обеспечивается или контролируется качество:

- 1) медицинских учреждений;
- 2) специалистов (качество медицинских работников определяется системой медицинского образования, аттестации и сертификации специалистов, созданием экономических стимулов высококвалифицированного и качественного труда;
- 3) медицинских услуг (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и других);
- 4) предметов медицинского назначения (лекарств, перевязочных средств, оборудования);
- 5) медицинской информации (медицинская литература, новые методы, интернет).



Оценка качества медицинской помощи

- При проведении экспертных оценок анализируется первичная учетная медицинская документация (медицинская карта стационарного больного, история развития новорожденного, медицинская карта амбулаторного больного и др.).
- Объектом экспертизы могут выступать и работа отдельных медицинских служб ЛПУ, и работа всей медицинской службы в целом, на определенной территории.
- Субъектом экспертизы является врач, который имеет высокий уровень профессиональных знаний.

Различается несколько видов экспертиз, среди которых: групповые экспертизы, независимые, поправочные экспертизы, экспресс-экспертизы. При непонятных или конфликтных случаях, может быть проведено повторное исследование (мета-экспертиза).



Виды контроля качества медицинской помощи:

1. Внутриведомственный (комиссии органов здравоохранения, территориальные комиссии, комиссии ЛПУ, заместители главного врача ЛПУ, заведующие отделениями ЛПУ);
2. Вневедомственный (общества защиты прав потребителей (в т.ч. медицинских услуг), медицинские ассоциации, страховые медицинские организации);
3. Независимый (независимые эксперты, аудит).



Степени контроля в условиях государственной системы здравоохранения

- **Первая** – заведующий структурным подразделением поликлиники или стационара оценивает качество медицинской помощи, оказанной отдельным врачом пациентам, которые окончили лечение в поликлинике (не менее 30 % больных) и в стационаре (все больные).
- **Вторая** – заместители главного врача ЛПУ, которые отвечают за работу поликлиники или стационара, используя основные учетные документы, проводят ежедневную экспертную оценку не менее 10 % пациентов, пролеченных в поликлинике, и не менее 20 % лиц, закончивших лечение в стационаре.
- **Третья** – экспертная комиссия ЛПУ оценивает работу подразделений ежемесячно.
- **Четвертая** – экспертная комиссия при городском отделе (управлении) здравоохранения (или при ТМО) оценивает качество деятельности каждого ЛПУ ежеквартально.
- **Пятая** – экспертная комиссия при областном отделе (управлении) здравоохранения оценивает деятельность ТМО и областных ЛПУ ежеквартально.



Степени контроля при медицинском страховании

- **Первая** – внутриведомственная оценка деятельности ЛПУ проводится экспертной комиссией соответствующих органов здравоохранения.
- **Вторая** – экспертная комиссия страховой медицинской организации проводит вневедомственный контроль.
- **Третья** – контроль осуществляет независимая экспертная комиссия в случае возникновения конфликта.

Для анализа и оценки качества лечебно-профилактической помощи используют также **стандарты медицинских технологий**.



Оценка качества медицинской помощи

Различают 3 типа подходов к контролю качества в здравоохранении:

1. Структурный - условия оказания медицинской помощи (основные фонды, материальные, кадровые и финансовые ресурсы) – реализуется в лицензировании и аккредитации медицинских учреждений, аттестации и сертификации специалистов.

2. Процессуальный - (медицинские технологии: хирургические операции, терапевтические методы лечения, уход, питание и т.п., т.е. оценка оптимальности набора лечебно-диагностических мероприятий в отношении конкретного больного);

3. По конечным результатам (контроль эффективности) - расчет уровня качества лечения (УКЛ), моделей конечных результатов (МКР), интегрального коэффициента эффективности.



Оценка качества медицинской помощи

Большое место в оценке качества принадлежит **стандартам** и особенно **медико-экономическим стандартам**, которые имеют непосредственное отношение и к структурному, и к процессуальному подходу, и к контролю качества медицинского обслуживания по конечному результату.



Подходы к контролю качества в здравоохранении

Структурный

условия оказания
медицинской помощи
(основные фонды,
материальные,
кадровые и финансовые
ресурсы)

реализуется в
- лицензировании и
- аккредитации
медицинских учреждений,
аттестации и сертификации
специалистов.

Процессуальный

(медицинские технологии:
хирургические операции,
терапевтические методы лечения,
уход, питание и т.п., т.е. оценка
оптимальности набора лечебно-
диагностических мероприятий в
отношении конкретного больного)

По конечным результатам

(контроль
эффективности)

- расчет уровня качества
лечения (УКЛ),
- моделей конечных
результатов (МКР),
- интегрального
коэффициента
эффективности.

Стандарты

Лицензирование

- Значение проведения лицензирования и аккредитации заключается, в первую очередь, в определении возможностей и подтверждении права ЛПУ или физического лица оказывать медицинскую помощь в объеме и на уровне не ниже установленных стандартов. Это должно обеспечить защиту интересов потребителя медицинской помощи и услуг на государственном уровне, что является основной целью управления деятельностью ЛПУ.
- Лицензирование – процесс оценки соответствия медицинского учреждения **минимуму требований** относительно структуры и ресурсов, которые позволяют обеспечить оказание медицинской помощи.



Аккредитация

- **Аккредитация учреждения здравоохранения** - это официальное признание наличия в ЛПУ условий для качественного, своевременного, определенного уровня медицинского обслуживания населения, соблюдения им стандартов в сфере здравоохранения, соответствия медицинских (фармацевтических) работников единым квалификационным требованиям.
- Аккредитации подлежат все учреждения здравоохранения Украины, которая проводится **1 раз в три года**, независимо от форм собственности.



Аккредитация

- Первая аккредитация ЛПУ проводится через **два года** после начала осуществления деятельности.
- Следующие аккредитации проводятся **каждые три года**.
- Для организации и проведения аккредитации учреждений здравоохранения разрабатывают стандарты качества аккредитации.



Категории аккредитации

- **Наказ МОЗ України №142 от 2011 г. , Наказ МОЗ України №1116 от 2013 г.**

Заведения, оказывающие первичную медицинскую помощь:

- **высшая категория** - сумма набранных ЛПУ баллов составляет 90-100 % от максимально возможной;
- **1 категория** - сумма набранных ЛПУ баллов составляет не ниже 80-89 % от максимально возможной;
- **2 категория** - сумма набранных ЛПУ баллов составляет не ниже 70-79 % от максимально возможной.

Заведения, оказывающие вторичную (специализированную) медицинскую помощь:

- **высшая категория** - сумма набранных ЛПУ баллов составляет 90-100 % от максимально возможной (при условии наличия сертификата о соответствии системы управления качеством, внедренной в заведении, требованиям национального стандарта ДСТУ ISO серии 9000);
- **1 категория** - сумма набранных ЛПУ баллов составляет не ниже 85-100 % от максимально возможной;
- **2 категория** - сумма набранных ЛПУ баллов составляет не ниже 70-84 % от максимально возможной.



Контроль эффективности (оценка качества по конечным результатам)

- **Уровень качества лечения** - это показатель, который дает числовую оценку лечебно-диагностического процесса с учетом результата и определяет степень достижения стандарта качества лечения, определяется по формуле:
- $УКЛ = (ОНМ + ОКЛ) : 200 \%$, где
УКЛ – уровень качества лечения;
ОНМ – оценка выполнения набора диагностических, лечебно-оздоровительных мероприятий и правильность постановки диагноза;
ОКЛ – оценка качества лечения (состояние здоровья пациента после лечения).
- $ОНМ = ОДМ + ОД + ОЛМ$, где
ОДМ – оценка диагностических мероприятий;
ОД – оценка диагноза;
ОЛМ – оценка лечебно-оздоровительных мероприятий.
- Для определения ОДМ, ОД, ОЛМ и ОКЛ используются специальные шкалы.



Шкалы определения ОДМ, ОД, ОЛМ и ОКЛ

Шкала оценки диагностических мероприятий (ОДМ, %)

Диагностическое обследование не проведено	0
Выполнены отдельные малоинформативные обследования	25
Обследование проведено наполовину	50
Обследование проведено почти полностью	75
Обследование проведено полностью	100

Шкала оценки диагноза (ОД,%)

Несоответствие между поставленным диагнозом и клинико-диагностическими данными	0
Отсутствие развернутого клинического диагноза с указанием стадии, локализации, нарушения функции, наличия осложнений	50
Поставлен развернутый клинический диагноз с указанием стадии, локализации, нарушения функции, наличия осложнений	75
Поставлен развернутый клинический диагноз основного и сопутствующих заболеваний	100

Шкалы определения ОДМ, ОД, ОЛМ и ОКЛ

Шкала оценки лечебно-оздоровительных мероприятий

(ОЛМ, %)

Лечебно-оздоровительные мероприятия практически не проводились	0
Выполнены отдельные малоэффективные процедуры, манипуляции и мероприятия	25
Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину	50
Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью; есть отдельные недостатки	75
Набор лечебно-оздоровительных мероприятий выполнен полностью	100



Шкалы определения ОДМ, ОД, ОЛМ и ОКЛ

Шкала оценки состояния здоровья пациента после окончания лечения и реабилитации (ОКЛ, %)

Ожидаемые результаты лечебно-профилактического процесса и реабилитации практически отсутствуют	0
Незначительное улучшение состояния здоровья при явных отклонениях результатов параклинических исследований от нормальных значений	50
Достигнуты ожидаемые результаты лечебно-профилактического процесса и реабилитации, но наблюдаются умеренные отклонения результатов параклинических исследований от нормативных значений	75
Полученные результаты лечебно-профилактического процесса и реабилитации полностью отвечают ожидаемым результатам	100

Оценка уровня качества лечения

- При проведении интегральной оценки уровня качества лечения (УКЛ) необходимо учитывать значительность составляющих частей с помощью соответствующих **индексов оценки**.
- **Индексы оценки:**
 - диагностических мероприятий – 0,5;
 - диагноза – 0,1;
 - лечебно-оздоровительных мероприятий – 0,4;
 - качества – 1,0.
- Исходя из этого, УКЛ определяется по формуле:
$$\text{УКЛ} = (0,5 \cdot \text{ОДМ} + 0,1 \cdot \text{ОД} + 0,4 \cdot \text{ОЛМ} + 1,0 \cdot \text{ОКЛ}) : 200 \%$$
- Желательно, чтобы величина УКЛ приближалась к единице.



Модель конечных результатов

- **Модель конечных результатов (МКР)** – это обобщенный качественный показатель, характеризующий эффективность деятельности и дефекты в работе ЛПУ.
- **МКР включает:**
 - показатели результативности (ПР);
 - показатели дефектов (ПД);
 - нормативные значения (НЗ) показателей;
 - шкалу оценки достигнутых результатов.



Показатели МКР

- **Показатели результативности (ПР)** – максимально отображают конечный результат (распространенность отдельных заболеваний, смертность, восстановление трудоспособности, уровень качества лечения и др.). С их помощью определяют степень достижения целей и выполнения основных функций путем определения степени соответствия реально достигнутых значений ПР к запланированным нормативным.
- **Нормативы** устанавливают с учетом:
 - многолетней динамики показателей;
 - среднего уровня;
 - темпов предусмотренных изменений показателя в результате выполнения соответствующих организационных и лечебно-профилактических мероприятий.

Желательно, чтобы норматив не менее, чем на 5 % превышал наилучший предшествующий уровень. В качестве норматива используют производные величины (относительные и средние). Отклонение от нормативных значений позволяет оценить достигнутый результат в относительных единицах.



Показатели результативности

- ПР определяется по формуле:

$ПР = НЗ + (ФП - НП) \times ЕИ$, где

ПР – показатель результативности;

НЗ – нормативное значение данной модели в баллах;

ФП – фактический показатель;

НП – нормативный показатель;

ЕИ – единица измерения.



Показатели МКР

- **Показатели дефектов (ПД)** – это показатели, которые ухудшают деятельность ЛПУ, их не должно быть, поэтому нормативных значений они не имеют, поскольку их значение должно быть равно нулю (например: наличие заброшенных случаев социально значимых заболеваний; случаев внезапной смерти лиц, не находившихся под наблюдением у врача; обоснованные жалобы и т.п.).



Образец типовой МКР

Показатели	Единица измерения	Норматив	Оценка в баллах		
			норматива	отклонения	
				знак	на ед. измерен.
Показатели результативности					
Первичный выход на инвалидность	На 10 тыс. населения	40,0	4	-	1
Реабилитация инвалидов	% от числа имеющих инвалидность	12	3	+	1
Уровень качества лечения	% от стандарта	100	5	+	0,05
Средняя длительность лечения в стационаре	День	12	6	-	0,3
Показатели дефектов					
Обоснованные жалобы	На 10 тыс. населения	-	-	-	0,3
Выявление больных туберкулезом в поздних стадиях	На 10 тыс. населения	-	-	-	0,1

Коэффициент достигнутого результата

- **Коэффициент достигнутого результата (КДР)** определяется отношением разницы между реально полученной суммой баллов показателей результативности и суммой баллов дефектов к сумме нормативных значений всех показателей результативности.
- КДР определяется по формуле:

$$\text{КДР} = ((\text{ПР1} + \text{ПР2} + \text{ПРn}) - (\text{ПД1} + \text{ПД2} + \text{ПДn})) : (\text{НЗ1} + \text{НЗ2} + \text{НЗn})$$

- Оценивают полученный КДР в динамике, сравнивая с данными аналогичных ЛПУ (отделений). Желательно, чтобы величина КДР приближалась к единице.
- О крайне неудовлетворительное состояние медицинской помощи свидетельствует КДР выраженный отрицательным числом (в случае, если сумма показателей дефектов превышает сумму показателей результативности).



Стандарт качества

- Работа врача предполагает принятие множества решений. Эти решения обусловлены с одной стороны индивидуальными особенностями больного, с другой – знаниями и опытом врача. Также, клиницисты полагаются на интуицию и общепринятую практику.
- Однако взгляды медицинских авторитетов отличаются, возникла необходимость объективной оценки врачебных решений на основании новейшей и достоверной информации.
- **Доказательная медицина** – концепция использования в медицинской практике научно-обоснованных фактов в ходе проведенных клинических исследований.



Стандарты медицинских технологий

- В Украине разработаны «Временные отраслевые унифицированные стандарты медицинских технологий лечебно-диагностического процесса стационарной помощи взрослому населению Украины» и аналогично детям.
- Методические рекомендации их использования утверждены приказом МЗ Украины № 226 от 27.07.1998 г.
- Главная цель применения стандартов медицинских технологий заключается в использовании их для контроля качества лечебно-диагностического процесса и разработки **медико-экономических стандартов**, которые в свою очередь можно использовать для определения потребности ЛПУ в медикаментах, медицинской технологии и т.д.
- Цель разработки и внедрения Государственных унифицированных стандартов медицинских технологий стационарной помощи заключается в **обеспечении больному гарантированного уровня медицинской помощи**.



Стандарт качества

- **Стандарт** – нормативный документ, включающий перечень правил, норм и требований относительно оказания качественной медицинской помощи.
- Стандартизации подлежат – технологии оказания мед.помощи, техническое обеспечение, качество мед.услуг, квалификация персонала, медикаментозное обеспечение, учетно-отчетная документация и т.д.
- **Стандарт качества** (СК) – это перечень оптимально-необходимых, при данном заболевании, лабораторно-инструментальных обследований, основных лечебных мероприятий, осмотров больных другими специалистами, которые должны быть сделаны при их лечении и при этом достигнуты критерии выздоровления.



Стандарты медицинских технологий

включают:

- наименование и номер класса болезней, наименование нозологических форм и других групп соответственно МКБ-10;
- перечень обязательных обследований (объем необходимых диагностических процедур при каждой нозологической форме, их последовательность и кратность);
- перечень лечебных мероприятий (объем необходимых лечебных мероприятий с указанием необходимых групп препаратов, последовательность и длительность их использования, комбинация разных методов лечения);
- требования к результатам лечения (желательные результаты как критерий качества);
- средняя длительность лечения.



Стандарты медицинских технологий

№	Нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Перечень диагностических обследований	Объем лечебных мероприятий	Критерии качества (желательные результаты лечения)	Средняя продолжительность лечения
1	2	3	4	5	6	7
Класс III. Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма (D 50 – D 89)						
1	Железодефицитная анемия	D 50	1. Общий анализ крови и мочи. 2. Биохимическое исследование крови. 3. УЗИ и Рентгенография органов по показаниям. 4. Консультации смежных специалистов.	1. Препараты железа: тардиферон, гемостимулин, фероградумет, фероплекс. 2. Аскорбиновая кислота, поливитамины, десферал. При наличии противопоказаний для приема препаратов железа перорально необходимо вводить их в/в или в/м.	Выздоровление	1,5 мес.