

Одним из направлений реформирования системы здравоохранения является повышение качества и эффективности медицинской помощи населению, что нашло отражение во многих законодательных и нормативных актах последних лет. Анализ зарубежной литературы [2,3,4,15,16] свидетельствует о нарастающем интересе к качеству медицинской помощи во всех ее аспектах, а именно терминологическому определению понятия качества в приложении к медицинской деятельности, к обеспечению и оценке качества медицинской помощи, наконец, к способам и формам ее повышения. В США еще в 60-70 гг. прошлого века создан ряд официальных учреждений (Организация контроля профессиональных стандартов) и внесударственных органов (Объединенная комиссия по проверке больниц). Главной задачей которых является оценка качества медицинской помощи и контроль за качеством. По мнению ведущего эксперта ВОЗ Х.В.Вуори [3], создание системы постоянного обеспечения качества медицинского обслуживания с учетом социальных, экономических, региональных и профессиональных особенностей каждого государства является в настоящее время и актуальной научной задачей, и важнейшей потребностью практической медицины. Понятие «качество» помимо чисто философского аспекта, когда оно употребляется с целью отметить устойчивость различий каких-либо явлений или процессов, широко используется на практике и в самых разнообразных отраслях производства при сравнении однотипной продукции по степени ее совершенства, пригодности. По мнению О.П.Щепина [14], в рыночных условиях использование в здравоохранении такой «немедицинской» трактовки понятия качества не только закономерно, но и необходимо. Действительно, одна и та же продукция (услуга) различных медицинских учреждений может существенно отличаться, а соответственно от ее качества зависит и ее цена, что крайне важно для всех участников медицинского процесса: государству, лечебно-профилактическому учреждению (ЛПУ), пациенту. Существующие в настоящее время трактовки понятия «качество медицинской помощи» (КМП) содержат много противоречий, что, несомненно, отражается на практике организации оценки и контроля КМП. Причины терминологической путаницы заключаются в том, что, несмотря на кажущуюся простоту, дать однозначное определение качества медицинской помощи непросто. Представленные в литературе десятки определений [1,5,6,7,8] КМП различаются не только деталями, но часто прямо противоречат друг другу. По мнению О.П.Щепина [14], отмечаемые терминологические различия обусловлены исключительной сложностью и многоплановостью рассматриваемого понятия «качество медицинской помощи», постоянным изменением требований к уровню оказываемой медицинской помощи. Различные оценочные критерии (со стороны пациентов, врачей и органов управления) закономерно препятствуют разработке единых методологических подходов для оценки всех видов медицинской помощи. По единодушному мнению многих авторитетных специалистов [5,6,7],

понятие КМП следует использовать не в общем универсальном смысле, а применительно к конкретному больному, виду медицинской деятельности, структурному медицинскому подразделению или лечебно-профилактическому учреждению в целом. По определению Американской ассоциации общественного здравоохранения, содержание понятия «качество», утвержденного исследовательской группой ВОЗ, подразумевает отдельные компоненты: адекватность, эффективность, экономичность, научно-технический уровень, удовлетворенность потребителей и поставщиков медицинской помощи, доступность, преемственность [1]. Все указанные отдельные компоненты поддаются определению и измерению. Обеспечение качества ориентировано на конкретные действия в целях изменения обслуживания в желаемом направлении. Таким образом, обеспечение качества всегда преследует цель – улучшение качества. Методологические подходы к оценке качества медицинской помощи, представленные в литературе, разработаны на основе методики A.Donabedian [2], предложившего структурный, процессуальный и результирующий подходы к оценке качества медицинской помощи. Деление на три основных принципа (структурный, процессуальный и результирующий) стало общепринятым при разработке программ обеспечения качества, что нашло отражение в приказе МЗ РФ №1212 от 19.01.98г. «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении». Одним из важнейших направлений совершенствования охраны здоровья населения является обеспечение качества и безопасности медицинской помощи путем проведения работ по стандартизации, лицензированию, аккредитации и сертификации. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» (вступил в силу с 1.01.2012) и Федеральный закон от 04.05.2011 N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" (принят ГД ФС РФ 22.04.2011) вступил в силу 6 ноября 2011 года отражают основные направления по обеспечению качества и контролю медицинской деятельности в РФ. Структурный подход предполагает аккредитацию ресурсной базы и аттестацию кадров. Аккредитация – процесс, посредством которого тот или иной орган или организация оценивает и признает, что данное учреждение соответствует заранее установленным стандартам и может выполнить поставленные перед ним задачи [3]. Этот процесс направлен на защиту интересов как населения, так и профессиональных работников, обеспечивая гарантию качества их работы. Переход служб здравоохранения нашей страны к системам медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", предусматривает систему обязательной аккредитации лечебных учреждений. Заинтересованность ЛПУ в получении статуса аккредитованного учреждения демонстрирует его готовность иметь то качество обслуживания, которое имеют другие, хорошо зарекомендовавшие себя медицинские

учреждения. Что касается аттестации медицинского персонала, то она представляет собой процесс, посредством которого государственный орган или ассоциация признает, что определенное лицо имеет соответствующую квалификацию, завершение подготовки по утвержденной программе, наличие определенного стажа работы, позволяющие ему заниматься той или иной деятельностью. Также одним из действующих инструментов структурного подхода является лицензирование. Лицензирование - деятельность лицензирующих органов по предоставлению, переоформлению лицензий, продлению срока действия лицензий в случае, если ограничение срока действия лицензий предусмотрено федеральными законами, осуществлению лицензионного контроля, приостановлению, возобновлению, прекращению действия и аннулированию лицензий, формированию и ведению реестра лицензий, формированию государственного информационного ресурса, а также по предоставлению в установленном порядке информации по вопросам лицензирования. Таким образом, в основе структурного подхода лежит положение, что благоприятные предпосылки с большей вероятностью, чем неблагоприятные, приводят к более высокому уровню оказания медицинской помощи. При использовании структурного подхода учитывают все ресурсы (персонал, материальная часть, помещения, оборудование) и сопоставляют их с установленными стандартами. Процессуальный подход основан на положении, что если на всех этапах медицинского обслуживания в полной мере применяются медицинские знания и технологии, то вероятность получения хороших результатов выше, чем тогда, когда они используются не полностью. Методы оценки качества в соответствии с методикой A. Donabedian классифицируются на внешние и внутренние, каждый из которых предусматривает проведение административной и профессиональной оценки. Внутренняя оценка осуществляется персоналом самого медицинского учреждения. Внешняя - проводится любой группой специалистов вне пределов обследуемого учреждения. Административная оценка предполагает контроль эффективности использования ресурсной базы при производстве медицинских услуг, при этом эффективнее по большинству литературных данных внешняя оценка. Профессиональную оценку качества медицинских услуг предпочтительнее проводить с использованием внутренних экспертов. Сочетание внутренних и внешних методов оценки качества, с точки зрения Л.А.Панченко [8], наиболее рационально для создания системы непрерывного обеспечения качества, более предпочтительны при этом внутренние методы. Тем не менее, периодически проводимые внешние проверки будут стимулировать ЛПУ к оказанию квалифицированной и результативной медицинской помощи. Это теоретическое положение соответствует системе контроля в Чистопольском районе РТ. Внутриведомственная система контроля осуществляется органами здравоохранения, вневедомственная - экспертами

страховых служб. Текущая оценка качества перинатального центра определяется соответствием конкретных результатов ожидаемым. Наиболее часто используемым методом оценки качества медицинской помощи является медицинская ревизия или экспертный метод оценки качества (ЭМОК).

Медицинская ревизия означает ретроспективную оценку качества медицинской помощи на основе изучения медицинской документации и позволяет установить уровень соответствия фактически проведенного медицинского обслуживания оптимальной модели, предусмотренной стандартом качества для данного учреждения. Методологические формы экспертизы качества медицинских услуг в настоящее время активно разрабатываются. Однако, по мнению многих исследователей, в условиях многоукладности российского здравоохранения методологические формы экспертных оценок должны быть адаптированы к конкретным типам учреждений. Другим методом оценки качества является контроль за соблюдением технологических стандартов. Технологические стандарты качества регламентируют процесс оказания медицинской помощи [4].

Начало новой стадии технологизации медицины положила разработанная в США система стандартизации технологии диагностики и лечения больных [5], которая предусматривает упорядочение использования дорогостоящего оборудования в родственные группы. Составляющие «производственной линии» являются технологическими единицами единого процесса и выполняются в соответствии с установленными традициями и правилами. Эти правила могут носить рекомендательный характер, а могут быть сформулированы в виде требований для неукоснительного исполнения в рамках медицинского учреждения (локальный стандарт), территории (региональный стандарт), государства (национальный стандарт) [6]. Таким образом, экспертная оценка соблюдения диагностических, медико-экономических и клинических стандартов позволяет оценить качество предоставляемой медицинской помощи.

Результирующий подход предполагает сравнительную оценку конечных результатов деятельности, то есть изменения состояния здоровья.

Исследователи, занимающиеся этим подходом, указывают на отсутствие единых критериев оценки конечных результатов работы учреждений такого типа. Существующие формы статистической отчетности не отражают в полной мере состояние деятельности ЛПУ и не позволяют провести его анализ. Методология оценки качества медицинской помощи - предмет активных научных исследований. В настоящее время широко распространен метод экспертных оценок, который требует многофакторного анализа и позволяет уточнить значимость отдельных показателей качества. Другим способом контроля КМП является непосредственный контроль КМП, осуществляемый, например, заведующим отделением. В последние годы активно разрабатывается метод социологических исследований, имеющий целью выяснить мнение пациентов - потребителей о КМП, который позволяет судить о степени реализации

потребностей респондентов в медицинских услугах, получить данные об эффективности деятельности медицинского персонала. Несмотря на достигнутые в последние годы результаты в разработке мероприятий по обеспечению качества медицинской помощи, критериев ее оценки и способов повышения, проблема качества медицинской помощи далека от разрешения. Многоплановость проблемы КМП, постоянное изменение требований к уровню оказываемой медицинской помощи диктуют необходимость разработки критериев и методологических форм оценки качества, эффективных мер управления качеством в различных структурных подразделениях здравоохранения.