Оценка качества работы в здравоохранении

Зав. кафедрой ОЗиЗ
К. м. н. Шульмин А. В.

Программа менеджмента качества, предложенная Демингом в 1950 году

1. Любая деятельность может рассматриваться как технологический процесс и потому может быть улучшена..
2. Производство должно рассматриваться как система , находящаяся в стабильном или нестабильном состоянии. При этом статистический анализ производства для управляющего очень высок.
3. Изменить или улучшить производственный процесс могут только систематические меры, применяемые руководством , а не стихийная инициатива отдельных работников.

В соответствии с философией качества Деминга необходимо :

1. Иметь постоянной целью стремление к непрерывному совершенствованию качества продукции и услуг.
2. Применять новую философию качества, изменить стиль управления совершенствования качества продукции и услуг.
3. Устранить необходимость в массовом контроле, как способа достижения качества. Требовать от изготовителей и потребителей статистических доказательств того, что качество заложено в продукт.
4. Прекратить заключать контракты, руководствуясь только низкой ценой.
5. Совершенствовать систему планирования производства и обслуживания, чтобы повышать качество и снижать затраты.

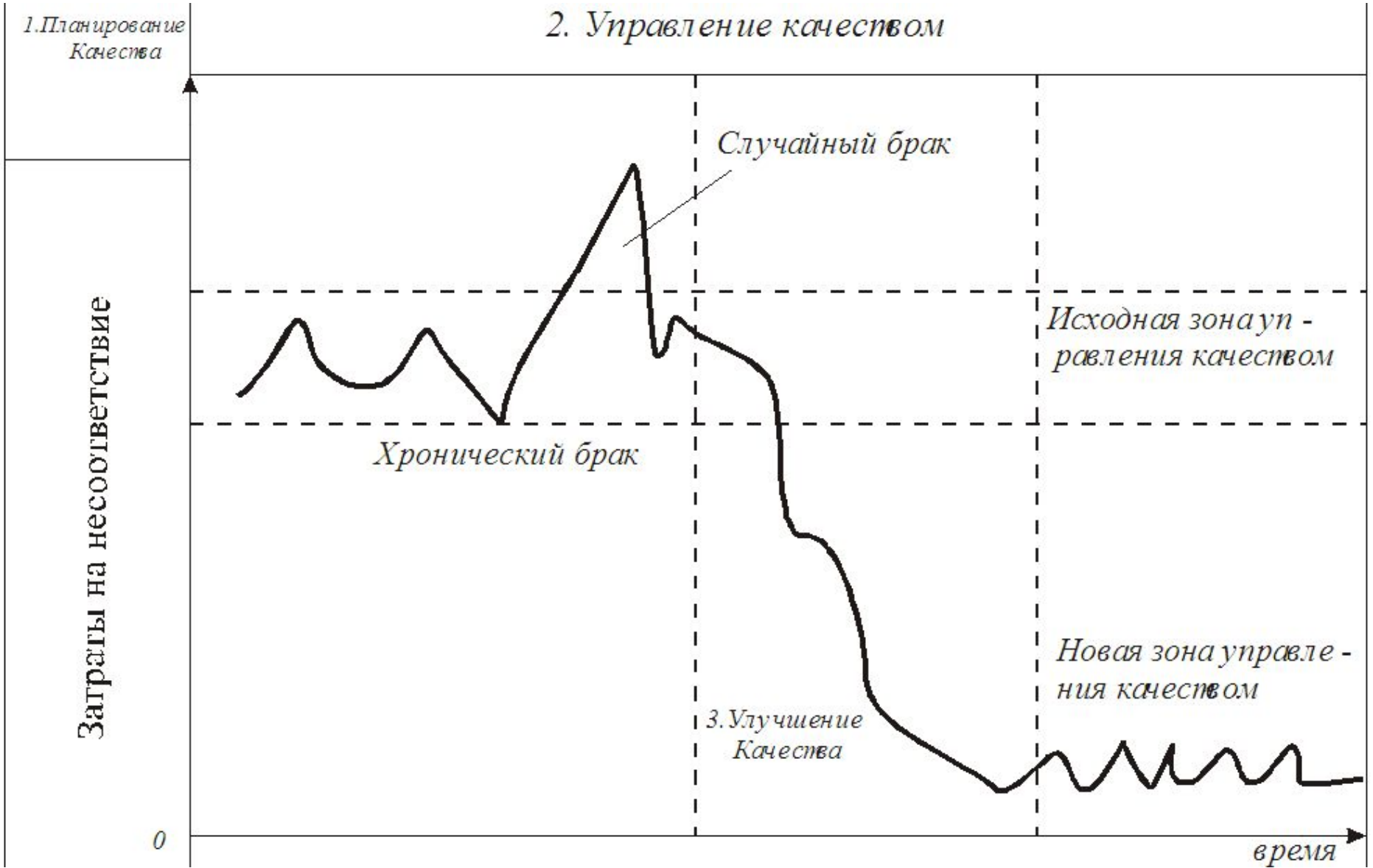
В соответствии с философией качества Деминга необходимо :

6. Создать систему подготовки кадров на рабочих местах. При этом вводить современные методы обучения и переподготовки, исходя из принципа “ничто не заменит знания”. Важной частью этого обучения должны стать статистические методы регулирования технологического процесса.
7. Утверждать систему эффективного руководства.
8. Ликвидировать атмосферу страха.
9. Уничтожать разобщенность подразделений.
10. Отбросить лозунги и призывы, призывающие к нулевому браку и достижению новых уровней производительности.

В соответствии с философией качества Деминга необходимо :

11. Исключить количественные нормы для рабочих и количественные показатели для администрации.
12. Устранить все препятствия, лишающие работников предприятия права гордиться своей работой.
13. Поощрять самообразование и самосовершенствование.
14. Четко устанавливать обязанности руководства высшего уровня по улучшению качества.

Согласно классической схеме, разработанной Джураном, затраты, связанные с плохим качеством могут быть разделены на затраты, связанные с хроническим уровнем брака и затраты, связанные с эпизодическим случайным браком.



В качестве отдельных шагов решение проблем улучшения качества Джуран выделяет следующие этапы :

1. Определение и организация проекта.
2. Диагностика.
3. Поиск решения.
4. Получение результата.

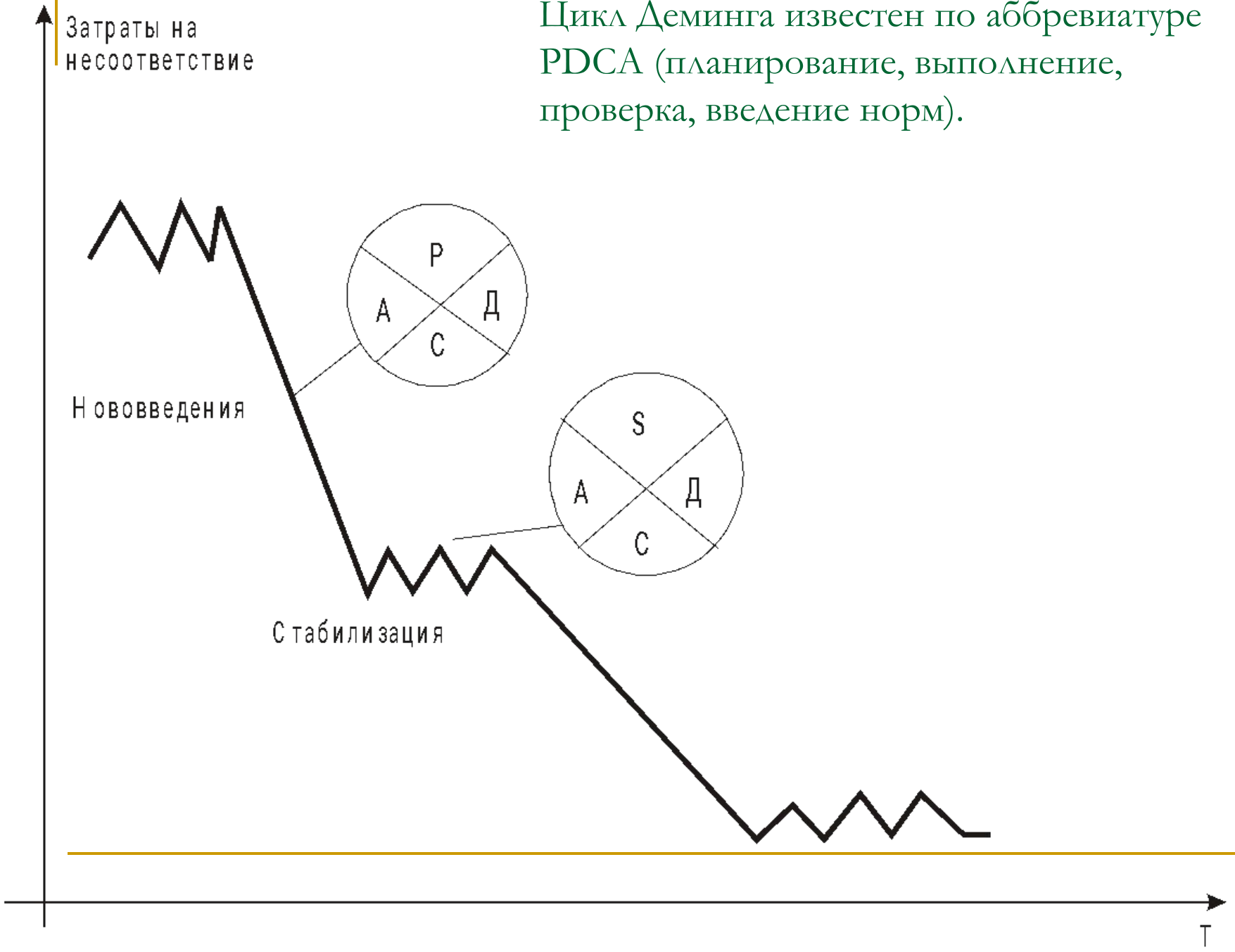
- *Первый этап* заключает в формулировке проекта улучшения. Основные шаги представляют собой составления перечня проблем, определение их приоритетности для компаний, определение многофункциональной рабочей группы, которая формально уполномочена проанализировать каждую из проблем и выработать решение.

- *Второй этап* выполняется группой в соответствии с классическим методом медицинской диагностики : анализ симптомов, формулирование гипотез и выявление основных причин. При этом все шаги должны быть выполнены в правильной последовательности и полностью.

- *Третий этап* – поиск решени: анализ альтернативных решений, нахождение оптимальных решений, разработка мероприятий, преодоление сопротивления изменениям, внедрение решений.

- *Четвертый этап* – удержание достигнутых результатов: проверка эффективности результатов внедрения, регулярное сравнение достигнутых результатов с запланированными. Основная задача этого этапа заключается в станартизации нового решения на уровне подразделения.

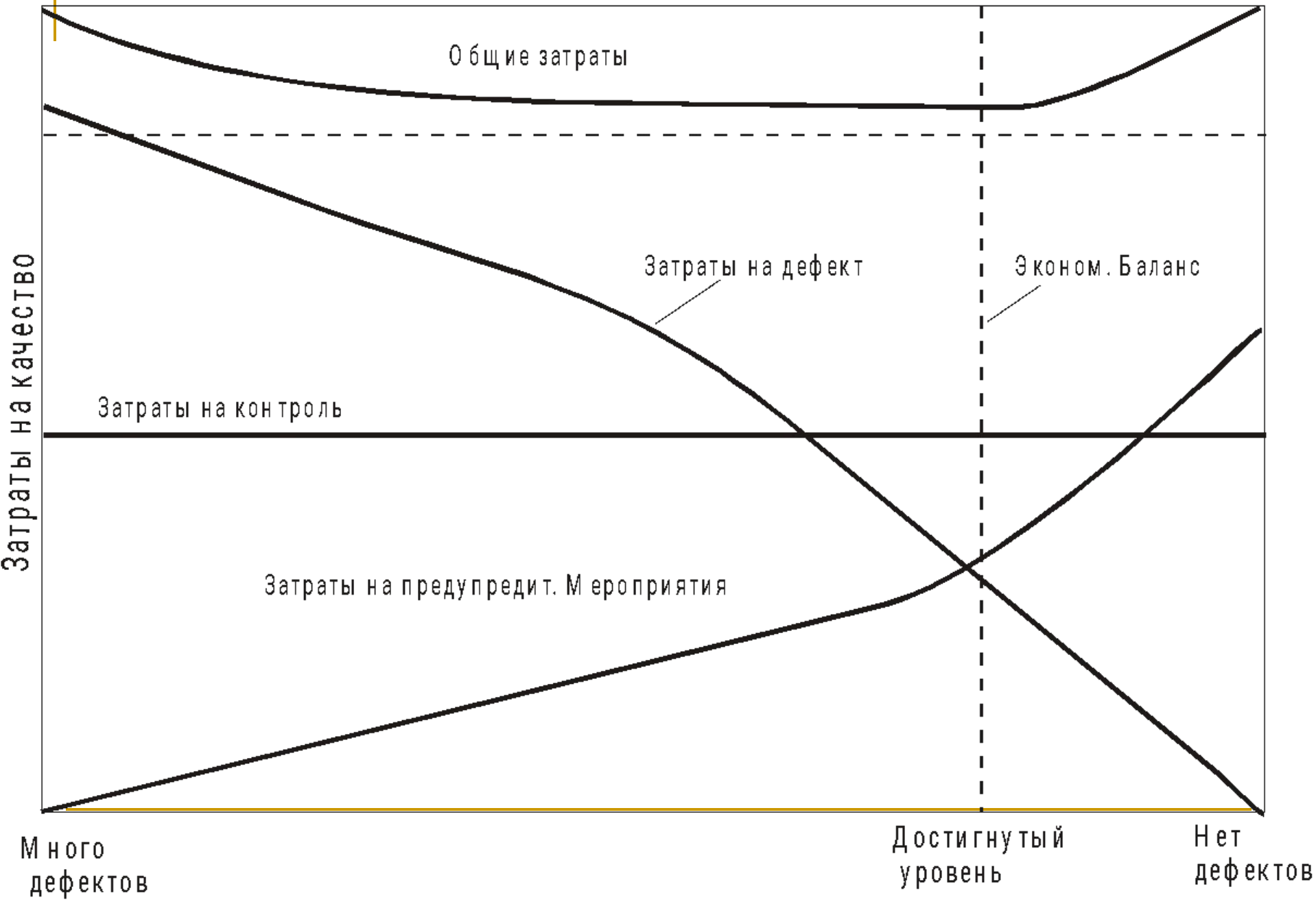
Цикл Деминга известен по аббревиатуре PDCA (планирование, выполнение, проверка, введение норм).



Затраты на качество обычно делятся на следующие категории:

- Затраты на предотвращение дефектов (предупредительные затраты), т.е. затраты, связанные с какой либо деятельностью, которая снижает или полностью предотвращает возможность появления дефектов или потерь.
- Затраты на контроль, т.е. затраты на определение и подтверждение достигнутого уровня качества.
- Внутренние затраты на дефект – это затраты, понесенные внутри организации, когда оговоренный уровень качества не достигнут, т.е. до того, как продукт был продан (внутренние потери).
- Внешние затраты на дефект – это затраты, понесенные вне организации, когда оговоренный уровень качества не достигнут, т.е. после того, когда продукт был продан (внешние потери).

Взаимосвязь между всеми затратами на качество, общими затратами на качество и уровнем достигнутого качества



- **Квалиметрия** – научная дисциплина, изучающая методологию и проблемы комплексного количественного оценивания качества объектов любой природы.
- Квалиметрия подразделяется на теоретическую и прикладную.

- Квалиметрия, от латинского корня «квали» (образующего слова qualitas - качество, свойство, характер, и qualis - какой, какого качества) и древнегреческого слова «метрео» - мерить, измерять.
- Корень «метрео» стал общеупотребительным в международном научном лексиконе. Что же касается корня «квали», то производные от него как в русском языке (квалификация, квалифицировать и т. д.), так и в языках большинства стран мира означают «качество». Например, в английском - quality («кволити»), в испанском- cualidad («квадидад:»), во французском - qualite («калите»), в итальянском - qualita («квалита»), в голландском - kwaliteit («квалитайт»), в немецком - qualitat («квалитет»).
- В квалиметрии употребляются два термина - измерение и оценка. Если в метрологии измерение рассматривается как частный случай оценок, то в квалиметрии они характеризуют два не соподчиненных понятия. Под количественной оценкой в квалиметрии понимается некоторая функция отношения (выраженная чаще всего в процентах) показателя качества рассматриваемой продукции к показателю качества продукции, принятой за эталон.

- **Дифференциальным** называется метод, основанный на сравнении единичных показателей качества рассматриваемого образца продукции с такими же показателями качества базового образца.

- **Комплексный показатель** характеризует совокупность взаимосвязанных свойств (сложное свойство) из всего множества свойств, образующих качество продукции и выражается одним числом, что позволяет на практике сравнивать большое число показателей качество продукции с таким же количеством базовых показателей. Он отражает такую совокупность свойств продукции, по которой принято решение оценивать качество продукции. Комплексные показатели определяют для усечённого и иерархического «деревьев» свойств качества.

- Комплексный метод оценки уровня качества продукции осуществляется с использованием комплексных (обобщённых) показателей качества.
- Следует обратить внимание, что комплексная оценка не даёт представления об отдельных свойствах продукции; комплексные показатели можно получать при разном сочетании единичных показателей. Поэтому комплексные показатели должны дополнять, а не заменять отдельные показатели качества.

Что такое качество?

- **Качество** – это совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности

(стандарт ISO -9000:1994)

Показатели качества

- **единичный показатель качества продукции** - показатель качества продукции, относящийся только к одному из ее свойств;
- **комплексный показатель качества продукции** - показатель качества продукции, относящийся к нескольким ее свойствам;
- **интегральный показатель качества продукции** - комплексный показатель качества продукции, отражающий соотношение суммарного полезного эффекта от эксплуатации или потребления продукции и суммарных затрат на ее создание и эксплуатацию или потребление.

- **г л а в н о е (единичное) к а ч е с т в о** - качество, отождествляемое с каким-то одним определяющим. доминирующим свойством, характеризующим потребительную стоимость данного продукта труда, при условном абстрагировании от всех остальных его свойств. Выбор такого свойства должен быть обусловлен и подкреплен достаточно длительной и устойчивой практикой его применения именно как синонима качества этого продукта труда. Например, по отношению к бетону главным качеством может являться прочность; для наручных часов - средний суточный ход (точность);
- **и н т е г р а л ь н о е к а ч е с т в о** - качество, определяемое совокупностью всех функциональных, эстетических и экономических свойств, т.е. выражаемое совокупностью потребительной стоимости и суммарных затрат на производство и потребление этого продукта труда.

ISO – что это?

ISO (International Organization for Standartization) – Международная организация по сертификации (Женева, Швейцария, 1947 год), русская аббревиатура – ИСО

Неправительственная организация объединяет 110 национальных органов по стандартизации. Входит 91 страна мира.

180 профильных технических комитетов

65 подкомитетов

2840 специализированных групп

30 тыс.экспертов

500 международных организаций

10 тыс. международных стандартов

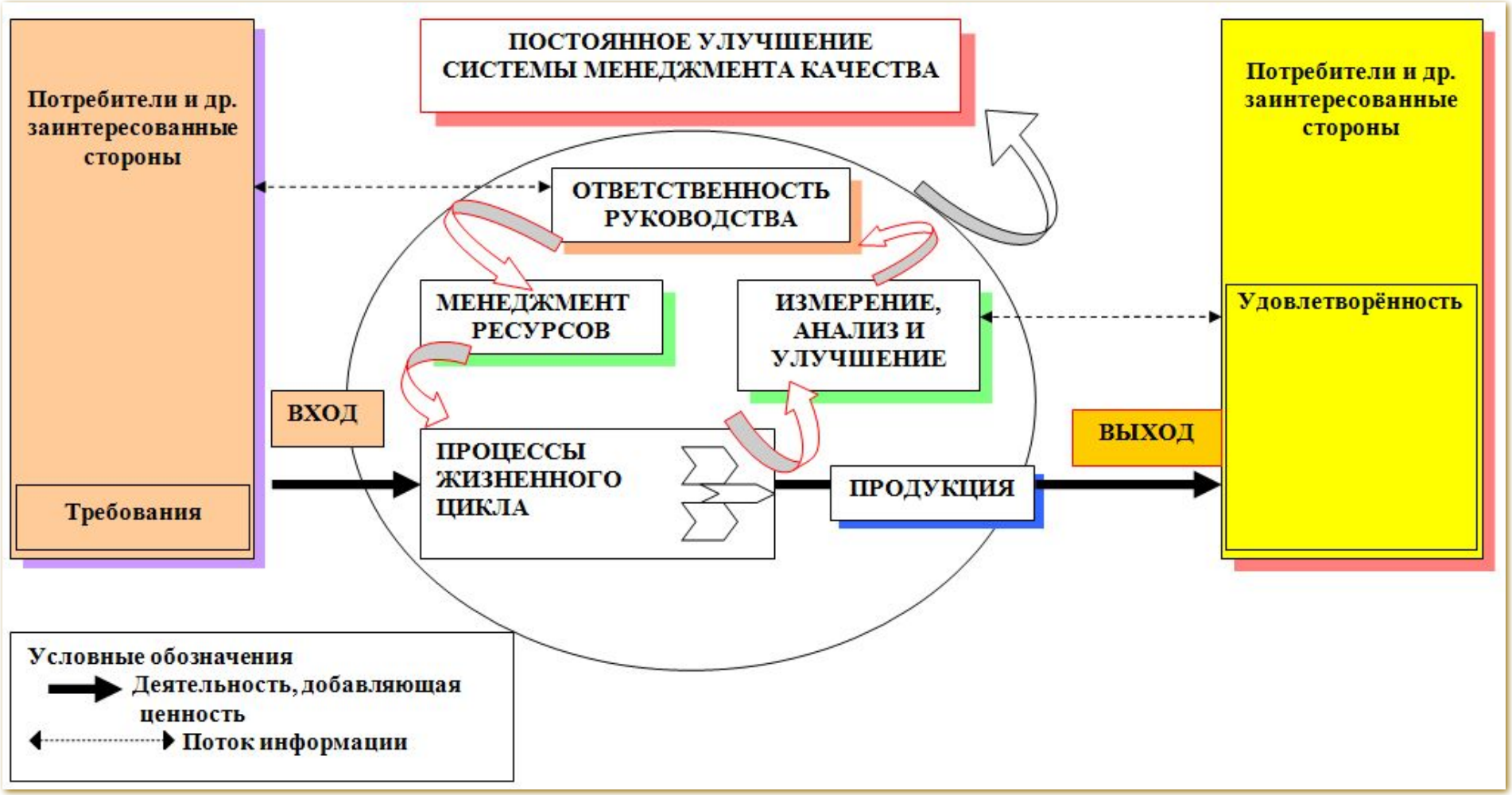
Задача ИСО: содействовать разработке повсеместно признаваемых стандартов, правил и других аналогичных документов в целях облегчения международного обмена товарами и услугами

Международные стандарты качества

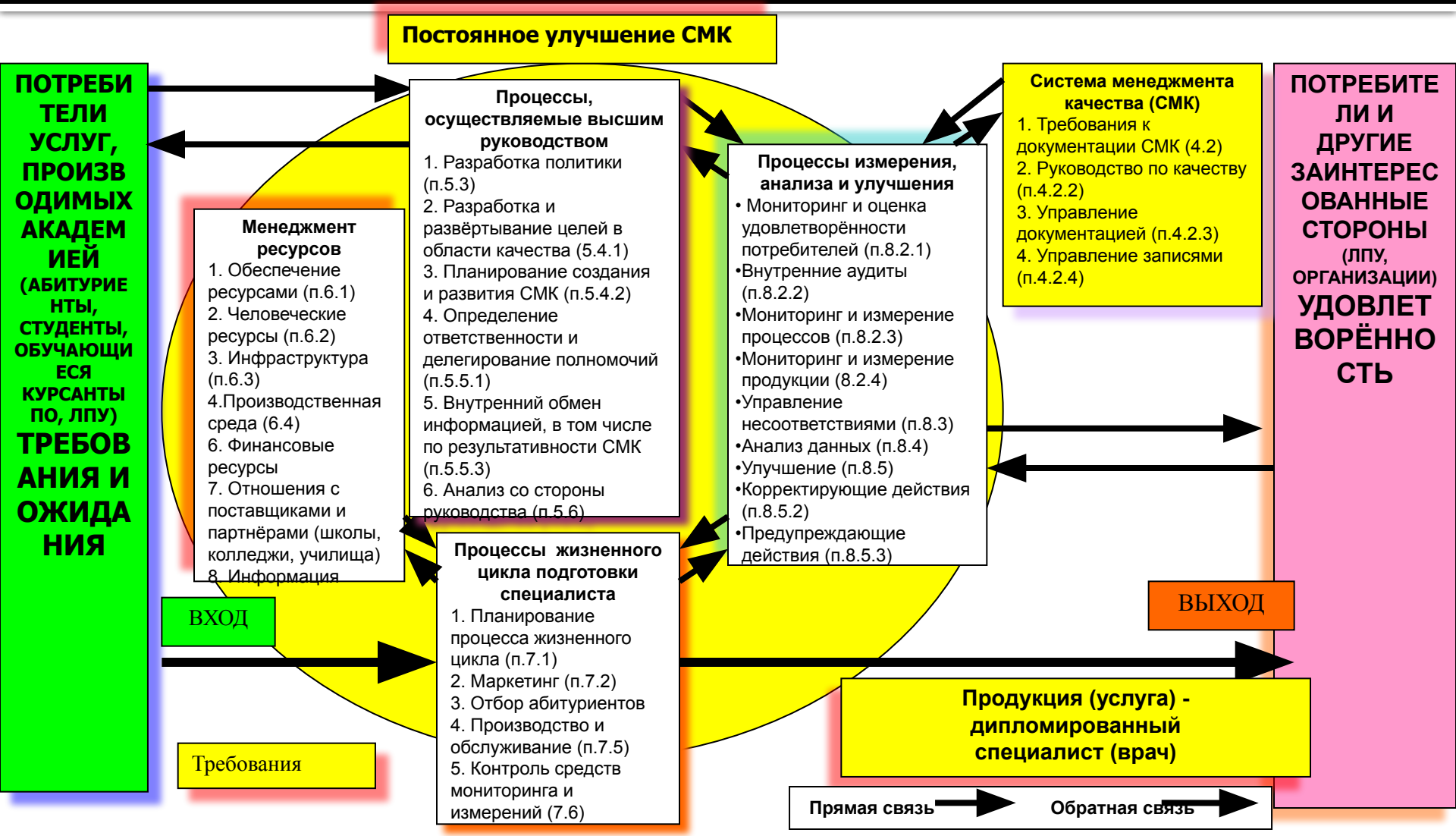
- Серия семейства ISO 8000
  - ИСО 8204 (словарь терминов)
- Серия семейства ISO 9000
- Указания по применению стандартов ИСО 9000-1, 9000-2, 9000-4, 9004-2, 9004-3, 9004-4
- Стандарты на системы качества ИСО 9000:1987, ИСО 9001, ИСО 9002, ИСО 9004
- Серия семейства ISO 10000
- Руководящие документы по проверке систем качества
- ИСО 10011-1, ИСО 10011-2, 10011-4
- Серия семейства ISO 14000
- Стандарты на экологический менеджмент ИСО 14001

Звезда качества

Модель СМК, основанная на процессном подходе



Модель СМК в образовательной деятельности ГОУ ВПО КрасГМА (соответственно пунктам ГОСТ Р ИСО 9001:2001)



ОТДЕЛ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ (ОУК)
ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОУК

СТАНДАРТИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО

1. Обеспечение нормативными документами подразделений академии.
2. Актуализация нормативных документов.
3. Консультации.
4. Нормоконтроль.
5. Разработка внутренних нормативных документов.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

1. Консультации по СМК.
2. Документирование СМК академии.
3. Самооценка деятельности академии.
4. Анкетирование преподавателей, студентов и сотрудников.
5. Внутренний аудит подразделений академии.

ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО СМК

1. ГОСТ Р ИСО 9000-2001. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
2. ГОСТ Р ИСО 9001:2001. Системы менеджмента качества. Требования.
3. ИСО 10013-95 Руководящие указания по разработке руководства по качеству.
4. Политика руководства в области качества.
5. СТА 4.2.02-06 СМК Руководство по качеству.
6. СТА 4.2.03-06 СМК Управление документацией.
6. СТА 4.2.04-06 СМК Управление записями
7. СТА 8.2.02-05 СМК Внутренний аудит
8. СТА 8.3-06 СМК Управление несоответствиями
9. СТА 8.5.02-06 СМК Корректирующие действия
10. СТА 8.5.03-06 СМК Предупреждающие действия
11. СТА 7.3.01-06 СМК Управление процессом подготовки приказов по личному составу (студентов)
12. СТА 7.3.01-06 СМК Управление процессом учебно-методической деятельности
13. СТА 7.3.01-06 СМК Управление процессом подготовки к ИГА

Схема функционирования СМК в ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава

Эволюция методов обеспечения качества

1. Фаза отбраковки
2. Фаза контроля качества
3. Фаза управления качеством
4. Фаза менеджмента качества
5. Фаза качества среды

Современная концепция управления качеством

- Всеобщее управление качеством (Total Management – TQM)

Фирмы, которые не усвоят культуру всеобщего качества, обречены на поражение, они не выдержат конкуренции

(Дональд Питер)

Принципы всеобщего качества

- **Качество – неотъемлемый элемент любого производственного или иного процесса (а не некая самостоятельная функция управления**
- **Качество – это то, что говорит потребитель, а не изготовитель**
- **Ответственность за качество должна быть адресной**
- **Для реального повышения качества нужны новые технологии**
- **Повысит качество можно только усилиями всех работников предприятия**
- **Контролировать процесс управления всегда эффективнее, чем результат**
- **Политика в области качества должна быть частью общей политики предприятия**

По материалам и рекомендациям ЕРБ ВОЗ следует выделять следующие основные компоненты:

- квалификация врача,
- оптимальность использования ресурсов,
- риск для пациентов,
- удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью.

При оценке качества товаров и услуг рассматривается две характеристики:

- 1. качество исполнения;
- — это характеристика, отражающая степень удовлетворения запросов, потребностей пациентов.
- 2. качество соответствия.
- — это характеристика, отражающая степень соответствия принятым стандартам, внутренним спецификациям и пр.

- Первая характеристика качества не всегда может быть обеспечена, потому что требования потребителя/пациента к качеству исполнения всегда завышены, а возможности исполнителя/врача всегда имеют ограниченную степень свободы (ограничение ресурсов обеспечения медицинских технологий, ограничение технического уровня самого исполнителя и пр.).
- Вторая характеристика качества может быть обеспечена в большинстве случаев, поскольку ее параметры определяются стандартами, которые вырабатываются внутри системы здравоохранения под существующие технологии.

Базовые варианты анализа качества медицинской помощи

- анализ отклонения от установленной «нормы»;
- многофакторный анализ деятельности ЛПУ или отдельного врача;
- анализ структуры ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ технологий ЛПУ или системы здравоохранения;
- анализ результатов деятельности ЛПУ или системы здравоохранения;

Базовые варианты анализа качества медицинской помощи

- анализ стоимости медицинских услуг;
- анализ опроса населения, врачей, медицинского персонала и пр.;
- анализ деятельности ЛПУ на основании скрининговых программ соответствия заданным критериям качества;
- анализ деятельности ЛПУ по программе, составленной из комбинации перечисленных выше методов.

По обязательности выполнения требований следует различать:

- рекомендательные стандарты (стандарты в виде методических рекомендаций, инструктивных писем и т. п., выполнение которых не требует жесткого следования одной раз и навсегда утвержденной методике, в их исполнении возможны варианты);
- законодательные стандарты (стандарты в виде законов, постановлений, приказов и т. п., обязательность выполнения которых приравнивается к силе закона).

По уровню и общей иерархии системы применения различают:

- локальные (стандарты, применяемые в одном или нескольких ЛПУ, или в пределах управления здравоохранения города, района);
- региональные (стандарты, применение которых ограничено регионом);
- национальные (стандарты, применяемые на уровне государства);
- международные (стандарты, применяемые на международном уровне).

По видам различают следующие стандарты:

- Стандарты на ресурсы здравоохранения (стандарты, в которых содержатся требования к основным фондам ЛПУ, кадрам, финансам, к используемым медикаментам, оборудованию и пр.). Стандарты на ресурсы здравоохранения разработаны достаточно глубоко и часто имеют силу закона, многие из них имеют национальный и даже международный уровень.
- Стандарты организации медицинских служб и учреждений (стандарты, в которых содержатся требования к системам организации эффективного использования ресурсов здравоохранения). Они касаются систем управления, организации лечебного процесса, информационного обеспечения, систем контроля качества и безопасности медицинской помощи.

По видам различают следующие стандарты:

- Технологические стандарты (стандарты, регламентирующие процесс оказания медицинской помощи). Они могут носить рекомендательный и законодательный характер и использоваться как локальный, территориальный и национальный стандарт.
- Стандарты программ медицинской помощи (эти стандарты регламентируют проведение комплекса мер, осуществляемых для отдельных групп населения, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии, условиям труда и пр.). Как правило, эти программы являются законодательным стандартом.

По видам различают следующие стандарты:

- Медико-экономические стандарты (эти стандарты сочетают в себе стандарт диагностики лечения в сочетании со стоимостью медицинских услуг). Они чаще могут носить рекомендательный характер и используются как локальные.
- Комплексные стандарты (набор структурно-организационных, технологических стандартов и стандартов организационных программ, регламентирующих деятельность определенной медицинской специальности или службы). В качестве примера комплексного стандарта можно рассматривать работу МНТК «Микрохирургия глаза».

Источники информации для осуществления качества:

- Вторичные данные — это данные, существующие до того, как возникла необходимость в них.
- Первичные данные — это данные, специально собранные для определенных целей в момент возникновения необходимости в них.

Методы сбора информации для оценки КМП (R. H. Brook, 1976)

Методы сбора	Структура	Процесс	Результат	Комбинация данных
Отчетные данные	ґ	ґ	ґ	ґ
Карты выбывшего из стационара		ґ	ґ	ґ
Формы регистрации нуждаемости, заявки		ґ		
Формы регистрации обращаемости		ґ	ґ	ґ
Формы, ориентированные на источники информации		ґ	ґ	ґ
Проблемно-ориентированные формы регистрации		ґ	ґ	ґ
Прямые наблюдения за работой врача			ґ	
Методы моделирования	ґ	ґ		
Экспертная оценка случаев госпитализации и обращений		ґ	ґ	ґ
Стратегия слежения за развитием болезни		ґ	ґ	ґ
Опрос населения		ґ	ґ	ґ
Комбинация методов	ґ	ґ	ґ	ґ

- Только около 20% ошибок медицинского персонала связано с их личными качествами (низкая квалификация, безалаберность, халатность, равнодушие и пр.), а 80% зависит от дефектов организационных и медицинских технологий, уровня используемого оборудования, реактивов, расходных материалов и уровня подготовки администрации ЛПУ.

Оценивая качество и эффективность медицинской помощи, необходимо опираться на две группы факторов.

- Первая — это выбор медицинских технологий, обусловленных исходным состоянием основных фондов ЛПУ, обеспеченностью кадровыми, финансовыми, материальными и интеллектуальными ресурсами, организационными формами работы.
- Вторая — это адекватность медицинских и организационных технологий, их соблюдение, что в первую очередь зависит от профессионального уровня врачей и медицинских работников, включающего квалификацию, моральные принципы, призвание, деонтологические установки.

Коллектив ВНИИ им. Семашко несколько лет назад предложил систему, основанную на единых для всех типов ЛПУ принципах в виде специального показателя качества и эффективности интегрального коэффициента эффективности (Ки), представляющего собой произведение коэффициентов медицинской эффективности (Км), социальной эффективности (Кс) и коэффициента соотношения затрат (Кз):

Ки = Км × Кс × Кз, где

Ки = Км × Кс × Кз, где

- Км = (число случаев достигнутых медицинских результатов)/(общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи);
- Кс = (число случаев удовлетворенности потребителя)/(общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи);
- Кз = (нормативные затраты)/(фактически произведенные затраты на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи).

Наиболее распространенным в России в последние годы методом оценки качества и эффективности медицинской помощи стал метод, основанный на сравнении фактически оказанной медицинской помощи с медико-экономическим стандартом (МЭС, КСГ).

Для оценки уровня КМП отдельного врача, подразделения ЛПУ, ЛПУ в целом используется следующая формула:

$$Ужо = \frac{мнМЂ + мж}{200\%}, УжЂ = \frac{мнМЂ + мж}{200\%}$$

- УКЛ — уровень качества лечения,
- УКД — уровень качества диспансеризации,
- ОНМД — оценка выполненного набора диагностических, лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических мероприятий и правильности постановки диагноза,
- ОК — оценка качества лечения (диспансеризации), т. е. состояния здоровья пациента по окончании лечения, реабилитации, диспансеризации.

ОНМД = ОДМ + ОД + ОЛМ, где

- ОДМ — оценка выполненного набора диагностических мероприятий,
- ОД — оценка диагноза,
- ОЛМ — оценка выполнения набора лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических и др. мероприятий.

- В последующем в эти понятия были внесены «весовые» коэффициенты, для ОНМД — 1,0; ОДМ — 0,5; ОД — 0,2; ОЛМ — 0,3 и ОК — 1,0, после чего формула определения УКЛ (УКД) приобрела следующий вид:

$$\text{УКЛ(УКД)} = \frac{0{,}5 \times \text{О}ДМ + 0{,}2 \times ОД + 0{,}3 \times ОЛМ + 1{,}0 \times ОК}{200\%}$$

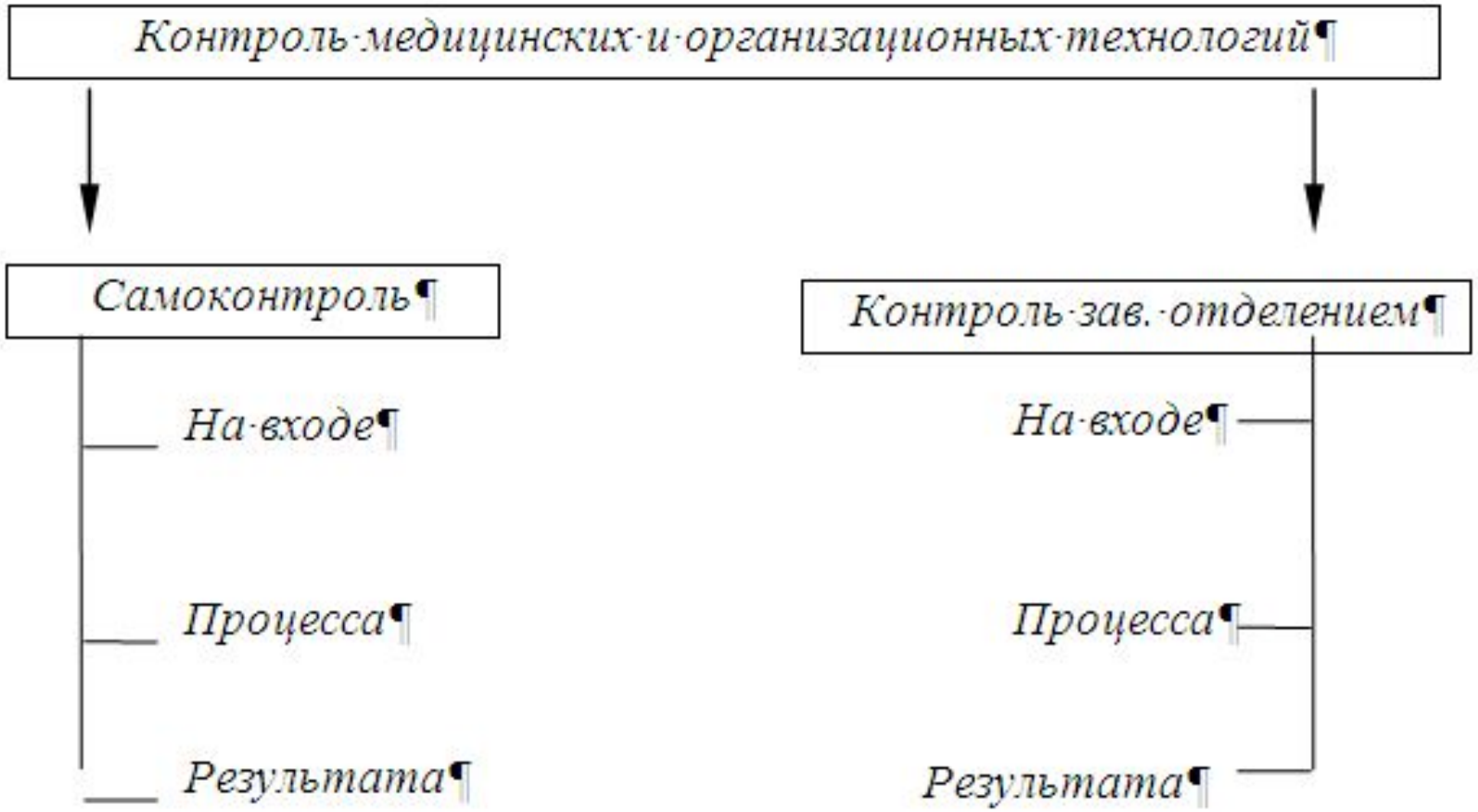
Система контроля качества:

- 1. Производители медицинских услуг, по функциональным признакам их представляют ЛПУ, аптечные учреждения, органы управления здравоохранением, местная администрация, профессиональные медицинские ассоциации, научно-исследовательские учреждения медицинского профиля.
- 2. Потребители медицинских услуг, их представляют пациенты-граждане РФ, страхователи работающих и неработающих граждан, профсоюзы и другие общественные организации, в т. ч. Союз потребителей РФ.
- 3. Страховые медицинские организации — Фонды ОМС, территориальные комитеты по антимонопольной политике, а также территориальные отделения Госстандарта РФ.

Внутриведомственная система КМП осуществляется органами и учреждениями здравоохранения. Эта система реализуется через достаточно сложную структуру обеспечения КМП, где существует три уровня контроля.

- Первый уровень контроля КМП анализирует взаимоотношения в системе врач-пациент (медицинская сестра-пациент), которые разбиты на значительное число отдельных элементов, складывающихся в целом в организационную или медицинскую технологию (процесс). Разделение процесса на отдельные элементы, операции позволяет контролировать, в первую очередь, отдельные элементы, а в конечном итоге, и весь технологический процесс.

Контроль процесса и результатов на первом уровне:



Второй уровень контроля КМП оценивает деятельность по оказанию медицинской помощи на уровне ЛПУ, причем оценка деятельности складывается из интегральной оценки деятельности всех индивидуальных уровней, а также степени достижения утвержденной модели конечных результатов деятельности ЛПУ. Этот уровень контроля осуществляется заместителем главного врача ЛПУ по экспертизе КМП и Клинико-экспертной комиссией ЛПУ.

На этом уровне контроля КМП целесообразно использовать три основных направления экспертизы:

- оценка КМП по случаям законченного лечения выписанных пациентов;
- оценка выявленных дефектов оказания медицинской помощи (грубые дефекты диагностики и лечения, приведшие к развитию нового патологического состояния или резкому ухудшению основного заболевания; внутрибольничные инфекции; неоправданные оперативные вмешательства; нарушение санитарно-эпидемиологического режима);
- оценка уровня летальности как в целом по ЛПУ, так и по его подразделениям.

Третий уровень контроля КМП оценивает деятельность системы здравоохранения на уровне территории (город, район, край). На этом уровне весьма целесообразно проводить оценку по отдельным службам систем здравоохранения (охрана здоровья матери и ребенка, терапевтическая, хирургическая, онкологическая и пр.). Критериями оценки, интегральными показателями всех служб должны являться коэффициенты достижения конечных результатов деятельности службы.

Под системой вневедомственного контроля понимается оценка качества медицинской помощи субъектами, не входящими в государственную систему здравоохранения, в пределах своей компетенции.

Вневедомственный контроль за деятельностью учреждений здравоохранения, а также физических лиц, осуществляют:

- Росздравнадзор;
- страховые медицинские организации, фонды обязательного медицинского страхования;
- страхователи; исполнительные органы Фонда социального страхования РФ;
- профессиональные медицинские ассоциации;
- общества защиты прав потребителя.

Лицензирование медицинской деятельности.

- В системе мер государственного регулирования медицинской и фармацевтической деятельности с 1992 г. важное место отводится лицензированию. Лицензия (от лат. licentia - свобода, право) - специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при обязательном соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю (ст. 2 Закона о лицензировании отдельных видов деятельности).

Сертификация медицинской деятельности

- Сертификат подтверждает сертификацию специалиста. Он выдается на основании послевузовского профессионального образования (интернатуры, клинической ординатуры, аспирантуры), а также врачей со стажем - дополнительного образования на курсах и факультетах повышения; квалификации с последующим проверочным испытанием.

Рекомендуемые критерии качества деятельности врачей

Стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:

- **1.1. Туберкулез:**
- - число вновь выявленных больных;
- - охват флюорографическим обследованием населения более чем на 90 % от числа подлежащих;
- - отсутствие повторных случаев в очагах активного туберкулеза;
- - отсутствие запущенных случаев ТВС.
- **1.2. Артериальная гипертония:**
- - число вновь выявленных больных;
- - снижение уровня заболеваемости ИБС на 10%;
- - снижение инвалидизации в результате инфаркта миокарда и инсульта на 10 %;
- - снижение смертности от инфарктов миокарда и инсультов на 8 %.
- **1.3. Сахарный диабет:**
- - число вновь выявленных больных;
- - число больных сахарным диабетом с компенсированным статусом (содержание сахара в крови в течение года не более 6,1) более 50% от всех стоящих на учете;
- - отсутствие госпитализации в связи с обострением;
- - отсутствие случаев диабетических ком

Рекомендуемые критерии качества деятельности врачей

- Уровень госпитализации населения на участке;
- Частота вызовов скорой медицинской помощи;
- Число посещений прикрепленного населения с профилактической целью;
- Полнота охвата диспансеризацией;
- Показатель иммунизации прикрепленного населения;
- Показатель охвата флюорографией;
- Показатель младенческой смертности;
- Показатель смертности населения на дому:
  - при сердечно-сосудистых заболеваниях;
  - при туберкулезе;
  - при сахарном диабете;
- Число лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни.

Показатели оценки эффективности деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений

1. Уровень госпитализации.
   Число госпитализаций на 1000 прикрепленных.

2. Количество пролеченных в дневном стационаре
   к общему количеству пролеченных в круглосуточном и дневном стационарах.

3. Доля профилактических посещений
   в общем количестве посещений.

4. Наличие необоснованно выписанных льготных рецептов.

5. Укомплектованность участковыми врачами и медицинскими сестрами.

Оценка диспансеризации

Основные критерии:

1) Выздоровление;
2) Улучшение;
3) Состояние без перемен;
4) Ухудшение;
5) Смерть.

Оценка диспансеризации

Анализ результатов проводится:

1) По основным нозологиям.
2) По полу.
3) По возрасту.

Оценка диспансеризации

Анализ результатов.

$$\text{Своевременность взятия на диспансерный учет} = \frac{\text{Число больных, взятых под наблюдение, из числа лиц с впервые установленным диагнозом}}{\text{Число заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом в данном году}} \times 100$$

Оценка диспансеризации

Анализ результатов.

$$\text{Полнота охвата диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число диспансеризуемых по отдельному заболеванию}}{\text{Число заболеваний}} \times 100$$

$$\text{Полнота охвата диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число диспансеризуемых}}{\text{Прикрепленное население}} \times 1000$$

Оценка диспансеризации

Анализ результатов.

$$\text{Перевод из одной группы диспансерного наблюдения в другую} = \frac{\text{Число лиц переведенных из одной группы диспансерного наблюдения в другую более легкую (тяжелую) группу}}{\text{Число диспансеризуемых}} \times 100$$

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ)

П Р И К А З

19.04.2007 Г. Г. МОСКВА N 282 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА–ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162; 2006, № 19, ст. 2080), и в целях дальнейшего совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению п р и к а з ы в а ю:

П Р И К А З 19.04.2007 г. N 282 Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача–терапевта участкового

- 1. Утвердить критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового согласно приложению.
- 2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации руководствоваться настоящим приказом при организации работы врачей-терапевтов участковых.
- 3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра В.И. Стародубова.
-
- Министр М.Ю. Зурабов

- Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от «19» апреля 2007 г. № 282

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 1 . Основной целью введения критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового является оперативный анализ внутри лечебно-профилактического учреждения диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы на терапевтическом участке для улучшения качества оказания медицинской помощи и мониторинга состояния здоровья прикрепленного населения.

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 2. Основными учетными медицинскими документами при оценке эффективности работы врача-терапевта участкового являются:
- - медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у-04);
- - паспорт врачебного участка (учетная форма № 030/у-тер);
- - ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому (учетная форма № 039/у-02);
- - контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030/у-04)
- - талон амбулаторного пациента (учетная форма № 025-12/у);
- - карта гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, по учету отпуска лекарственных средств (учетная форма № 030-Л/у).

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 3. При оценке эффективности работы врачей-терапевтов участковых рекомендуется использовать следующие критерии деятельности врача-терапевта участкового:
- 3.1 стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;
- 3.2 снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;
- 3.3 увеличение числа посещений прикрепленного населения с профилактической целью;
- 3.4. полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 3.5 полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения:
- - против дифтерии - не менее 90% в каждой возрастной группе;
- - против гепатита В - не менее 90% лиц в возрасте до 35 лет;
- - против краснухи - не менее 90% женщин в возрасте до 25 лет;
- - выполнение плана профилактических прививок против гриппа.

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 3.6 стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому:
- - при сердечно-сосудистых заболеваниях;
- - при туберкулезе;
- - при сахарном диабете;

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 3.7 снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни;

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 3.8 стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:
- 3.8.1 туберкулез:
- - число вновь выявленных больных;
- - полнота охвата флюорографическим обследованием лиц, более чем на 90% от числа подлежащих;
- - полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц, более чем на 90% от числа подлежащих;
- - отсутствие повторных случаев у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;
- - отсутствие запущенных случаев туберкулеза.

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 3.8 стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:
- 3.8.2 артериальная гипертония:
- - число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;
- - снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца;
- - снижение инвалидизации в результате инфаркта миокарда и инсульта;
- - снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов.

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 3.8 стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:
- 3.8.3 сахарный диабет:
- - число вновь выявленных больных сахарным диабетом;
- - число больных сахарным диабетом с компенсированным статусом более 50% от всех стоящих на учете лиц;
- - снижение числа осложнений сахарного диабета;

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 3.8 стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:
- 3.8.4 онкологические заболевания:
- - отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3-4 клинических стадиях;

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 3.9 полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, в том числе лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения.
- 3.10 обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение выписки рецептов пациентам, в том числе имеющим право на получение набора социальных услуг.

Критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового

- 4. Конкретные показатели критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового определяются руководителем учреждения здравоохранения с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей.
- 5. При необходимости по решению руководителя учреждения здравоохранения могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового.

- Благодарю за внимание