


Тема:
**«Повышение качества
медицинской помощи»**

д.м.н., профессор, **Чеченин Геннадий Ионович**

Новокузнецк, 2008

Причины неудовлетворенности населения существующей организацией медицинской помощи (результаты социологических исследований) по данным Ю.М. Комарова



В поликлинике

Причины неудовлетворённости в %	Вся выборка	рабочие	служащие	пенсионеры
Плохое обеспечение лекарствами	48	42	50	49
Плохая материальная база	40	33	46	32
Очереди	32	34	33	21
Отсутствие выбора врача	23	16	31	13
Низкая квалификация врачей	17	12	23	11
Недоступность узких специалистов	15	12	19	11
Низкая культура обслуживания	14	13	15	13

Причины неудовлетворенности населения существующей организацией медицинской помощи

(результаты социологических исследований) по данным Ю.М. Комарова



В стационаре

Причины неудовлетворённости в %	Вся выборка	рабочие	служащие	пенсионеры
Плохое обеспечение лекарствами	38	35	43	34
Плохая материальная база	38	34	43	32
Отсутствие выбора врача	18	14	24	11
Очереди	12	12	14	6
Низкая культура обслуживания	11	7	14	14
Низкая квалификация врачей	9	7	12	2
Недоступность узких специалистов	9	6	12	4

Недостатки лечения больных гипертонической болезнью

(результаты социологического исследования на 100 больных по данным Ю.М. Комарова



№	Недостатки лечения	Всего	Из них:	
			состояли на Д.	не состояли на Д.
1	Назначение малоэффективных аппаратов	76,5	80,0	75,0
2	Назначение эффективных аппаратов в малоэффективных дозах	72,4	86,7	66,2
3	Назначение нерационального сочетания медикаментов	51,0	73,3	41,2
4	Отсутствие комбинированного лечения	30,6	16,7	36,8
5	Несистематическое лечение	73,5	53,3	82,4

Экспертиза лечебно-диагностических навыков акушеров-гинекологов

(на 100 врачей исследуемой группы) Калуга, Челябинск, Тверь



Методы исследования	Не владеют	Владеют, но не применяют
Колькоскопия	17,6	59,6
Диастермокоагуляция	2,0	80,4
Электоионизация	33,1	68,9
Криотерапия	70,3	79,7
Лазерная терапия	75,0	91,9
Вакуум-аспирация	21,6	76,7
Гистероскопия	84,3	89,3
Гистеросальпингография	26,4	66,2
УЗ-исследование шейки матки	28,4	67,6
Наложение шипцов	36,5	75,7
Плодоразрушающие операции	40,0	67,6

В Кемеровской области уровень качества клинической диагностики умерших в АПУ области в 2007 г.:

- 1) Расхождение диагнозов по основному заболеванию - отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде - 33,3%
 - болезни мочеполовой системы - 25,0%
 - болезни органов дыхания - 10,2%
- 2) Нераспознанные при жизни смертельные осложнения:
 - болезни мочеполовой системы - 12,5%
 - болезни нервной системы - 7,8%
 - новообразования - 4,4%

Ведущими причинами расхождений прижизненного и посмертного диагнозов явились:

Причины	ЛПУ, %	АПУ, %
- объективные трудности диагностики	56,2	41,0
- недостаточность обследования больных	20,8	41,4

Из числа нераспознанных при жизни основных заболеваний в ЛПУ:

- беременность, роды и послеродовый период	30,0%
- травмы и отравления	20,8%
- болезни мочеполовой системы	17,74%

Из числа нераспознанных при жизни смертельных осложнений в ЛПУ:

- болезни кожи и подкожной клетчатки	11,9%
- болезни крови, кроветворных органов	10,7%
- болезни мочеполовой системы	9,5%

- «Среди осложнений общей и региональной анестезии доминирующими (60-87%) являются «человеческий фактор», обусловленный незнанием и недостаточным клиническим опытом, пренебрежением безопасностью, а также связанный с манипуляционными ошибками и усталостью врачей».
- То есть, главной причиной является – недостаточный уровень профессиональной подготовки специалистов.
- «Если в Евросоюзе, США подготовка врачей-специалистов занимает от 3 до 7 лет, то в РФ обучение ведется от 4-6 месяцев до 2 лет».

(Академик РАМН Армен Артавазович Бунятян, 2008).

Проблемы здравоохранения сегодняшнего дня

- отсутствие единой команды, где каждый член команды выполнял бы специальные действия по достижению конечной цели. Создается разрыв между управленцами и специалистами, выполняющими лечебно-диагностический процесс. Нет разделения труда и нацеленности на конечный результат. Управленцы не обеспечивают процесс, а занимаются отпискам, учетом, и отчетностью, в том числе ненужной отчетностью. Важным моментом является постановка цели (общественно-обусловленная цель трудовой деятельности) на достижение которой должна быть направлена деятельность всех членов команды. Цель должна быть четко представлена в сознании каждого члена команды и модель продукта деятельности.

Состав медико-санитарного обслуживания





Ведущие
субъекты
и участники
лечебно-
диагностическог
о
процесса



Работодатели
(страхователи)

Работающие

Страховщики

Лечебно-профилактические
учреждения

Территориальный фонд
ОМС

Органы здравоохранения

ЦГСЭН

Союз потребителей

ЛАК и др. (13)

Виды деятельности



- ◆ Оказание медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий и ее финансовое обеспечение
- ◆ Удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, и обеспечении санэпидблагополучия
- ◆ Оценка и контроль качества МП
- ◆ Выполнение гарантий по удовлетворению потребности населения в медицинских услугах соответствующего качества

Участники лечебно-диагностического процесса



I группа

учреждения-
производители
медицинских услуг

II группа

потребители
медицинских услуг

III группа

учреждения,
защищающие
права потребителей
медицинских услуг



Функции управления качеством:

- Оценка и контроль
(экспертиза качества)
- Обеспечение уровня КМП
- Повышение уровня КМП
- Принятие решений и их
реализация

Непрерывное улучшение качества (НУК)

(continuous quality improvement)

- Управленческая деятельность по непрерывному изучению и усовершенствованию процессов оказания медицинской помощи с целью удовлетворения потребностей пациентов и других потребителей. НУК направлено на улучшение результатов работы системы в целом путем постоянной модификации и усовершенствования самой системы, а не путем выявления и отказа от людей или процессов, практика или результаты которых не соответствуют установленным нормам. НУК часто считают синонимом «общего управления качеством».

Концептуальные подходы к управлению качеством МСО населения



- ◆ Организм индивидуума рассматривается как целостная открытая биосоциальная система, находящаяся во взаимодействии с постоянно изменяющейся средой.
- ◆ При определении генеральной цели и её декомпозиции необходимо учитывать следующие требования:
 - цель должна иметь количественные измерители;
 - не должно быть смешения целей и способов её достижения, смешения задач и проблем;
 - в состав индикаторов включаются показатели отражающие мнение пациентов.
- ◆ Межведомственный, многоуровневый подход при организации и управлении МСО.

Концептуальные подходы к управлению качеством МСО населения (продолжение)



- ◆ Стандарты разрабатываются на результаты (конечные продукты) и ресурсы.
- ◆ При оценке качества медицинских услуг учитываются мнения специалистов смежных этапов.
- ◆ При принятии решения (при необходимости) учитываются результаты трех видов экспертиз: ведомственной, вневедомственной и независимой.
- ◆ Информационное обеспечение управления создается на единых методических подходах, нормативно-справочном фонде для всех субъектов и участников с учетом выполняемых функций.
- ◆ Система управления качеством МСО должна охватывать весь управленческий цикл: информационное обеспечение, формирование управляющего решения и реализация принятого решения.

Основные пути и методы повышения уровня качества МСО



- ◆ Повышение профессионального мастерства производителей медицинских услуг.
- ◆ Внедрение новых организационных и медицинских технологий.
- ◆ Адекватное потребности ресурсное и материальное обеспечение.
- ◆ Мотивация сотрудников субъектов и участников процесса МСО и работающих в повышении качества и эффективности управления.
- ◆ Совершенствование системы экспертизы временной нетрудоспособности и экспертизы качества медицинской помощи на всех этапах её оказания.
- ◆ Разработка и внедрение мониторинга за целевыми показателями (индикаторами), объективно отображающими уровень качества.
- ◆ Совершенствование системы управления качеством МСО.

Конкретные первоочередные мероприятия



- ◆ Используя опыт организации контроля и обеспечения качества г. Тольятти и опыт МЛПУ №1 по клинико-экспертной работе в больнице организовать единую функциональную клинико-экспертную службу при управлении здравоохранения.
- ◆ Считать целесообразным разработку и внедрение среднесрочной межведомственной комплексной программы «Повышение качества медицинской помощи населению города» на период 2008-2010 гг.
- ◆ Одну из очередных научно-практических конференций ГОУ ДПО НГИУВа посвятить полностью вопросам качества медицинской помощи.
- ◆ Изучить возможность увеличения доли патологоанатомических вскрытий умерших на дому лиц трудоспособного возраста в г. Новокузнецке до уровня ведущих Центров страны (Санкт-Петербург, Москва).

Выводы



- ◆ Оказание медицинской помощи населению является составной частью более общей системы медико-санитарного обслуживания. Поэтому система управления качеством должна охватывать все взаимосвязанные между собой составляющие МСО.
- ◆ Существующая в Российской Федерации в до перестроечный период система медико-санитарного обслуживания является достаточно эффективной и может быть адаптирована к экономическим условиям на новой законодательно-правовой основе.
- ◆ Эффективное управление качеством МСО может быть достигнуто при условии применения программно-целевого подхода с учетом региональных особенностей и наличия адекватного информационного обеспечения всех субъектов и участников.
- ◆ При управлении качеством МСО организм человека рассматривается как целостная биосоциальная система и должен быть применен принцип – лечить больного, а не болезнь. Любое обращение пациента в систему здравоохранения должно использоваться в полную меру для реализации профилактических мероприятий.

Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения



1. Развитие первичной медицинской помощи

- Укомплектование медицинскими кадрами первичного звена здравоохранения
- Подготовка врачей
- Оснащение диагностическим оборудованием и санитарным автотранспортом
- Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов

2. Развитие профилактического направления медицинской помощи

- Иммунизация населения
- Дополнительная диспансеризация работников бюджетной сферы
- Дополнительные (углубленные) медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами
- Профилактика ВИЧ-инфекции

3. Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью

- Оказание высокотехнологичной медицинской помощи на основе государственного задания
- Строительство федеральных центров высоких медицинских технологий

Исследование Фонда «Общественное мнение» об отношении населения к диспансеризации

(1,5 тыс. респондентов из 44 регионов):

- ◆ - 94% респондентов считают диспансеризацию необходимой;
- ◆ - 70% ничего не знают о программе диспансеризации рабочего населения;
- ◆ - только 40% из опрошенных россиян смогли вспомнить, что когда-либо проходили профилактический осмотр;
- ◆ - 20 % опрошенных отметили, что вообще никогда не проходили диспансеризацию.

Проблемы дополнительной диспансеризации



- утрата опыта организации работ по диспансеризации здорового населения;
- отсутствие в муниципальных учреждениях здравоохранения необходимого оборудования (прежде всего рентгеновские установки, маммографы, лабораторная аппаратура);
- отсутствие лицензий на полный спектр медицинских услуг, предусмотренных дополнительной диспансеризацией;
- отсутствие соответствующих врачей-специалистов (во многих муниципальных учреждениях (особенно сельских) отсутствуют такие специалисты, как эндокринологи, урологи);
- отсутствие выездных бригад для проведения диспансеризации в отдаленных районах;
- влияние длительного трудового отпуска у отдельных категорий граждан (прежде всего учителей), подлежащих дополнительной диспансеризации, на сроки проведения данного мероприятия.

Как исправить ситуацию?

- ◆ - необходимо разработать новые системы отчетности, позволяющие проводить корреляции между деятельностью ЛПУ и состоянием здоровья обслуживаемого населения;
- ◆ - для характеристики уровня медицинской помощи в ЛПУ следует разработать методики оценки рейтингов ЛПУ, их подразделений и специалистов;
- ◆ - стандарты медицинской помощи нельзя использовать в качестве руководства по ведению больных (для этого существуют клинические рекомендации научных обществ, институтов и клиническое мышление врача);

Как исправить ситуацию?

- ◆ - экспертиза качества лечебно-диагностического процесса должна проводиться не на базе МЭС, а на основании изучения каждого конкретного случая высококвалифицированными специалистами-экспертами;
- ◆ - уровень финансирования ЛПУ каждого региона должен определяться не количеством оказанных услуг, а зависеть от числа населения и показателей уровня здоровья населения в обслуживаемом регионе, рейтинга ЛПУ.

(Игорь Мартьянов к.м.н., врач высшей категории, МВ №34, 0310, 2008).



Спасибо за внимание!

Контактные телефоны: (3843) т. 796-832,
796-770

E-mail: nf@ivcgzo.nkz.ru
