

Посвящается 60-летию образования Кемеровской области и 30-летию создания городской службы информатизации здравоохранения

Г.И. Чеченин

**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И РОЛЬ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ
МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЛПУ В ЕГО ОБЕСПЕЧЕНИИ**

**Издательство ИПК
Новокузнецк
2003**

ББК 51.1 (2) 2
Ч 571
УДК 614.211

Чеченин Г.И. Качество медицинской помощи и роль заведующих отделениями муниципальных ЛПУ в его обеспечении. - Новокузнецк: ИПК, 2003. - 240 с.

Книга «Качество медицинской помощи (КМП) и роль заведующих отделениями муниципальных ЛПУ в его обеспечении» включает часть материалов, вышедших в Новокузнецке: в 1994 г. - «Методические рекомендации в 2-х томах (для врачей лечебно-профилактических учреждений, экспертов страховых медицинских организаций)», в 1995 г. - «Системный подход и система оценки, контроля и обеспечения качества медицинской помощи» и в 1999 г. - Методические рекомендации «Информационное обеспечение (информационная поддержка) системы оценки, контроля и управления качеством медицинской помощи», а также целый ряд новых разделов, обосновывающих целесообразность более активного участия в процессе обеспечения КМП института заведующих отделениями ЛПУ.

Работа базируется на обобщении как собственного опыта, так и результатов изучения опыта других территорий по совершенствованию системы оценки, контроля и информационного обеспечения управления КМП. В Новокузнецке Кемеровской области на протяжении более 30-летнего периода проводятся работы по совершенствованию управления городским здравоохранением на основе информационных технологий, экономических методов. В 1-й части книги автор возвращает читателя к основным понятиям и определениям, связанным с обеспечением КМП, раскрывая их логическое содержание. Особое внимание уделяется информационному обеспечению управления КМП, повышению роли наиболее массового звена в иерархической системе оказания медицинской помощи заведующим отделениями ЛПУ. Во 2-й части обосновывается целесообразность активного участия заведующих отделениями ЛПУ в процессе непрерывного управления КМП населению. Сформулированы основные требования, которые выдвигают современные условия, к знаниям и умениям заведующего отделением ЛПУ. Даны некоторые конкретные рекомендации по совершенствованию работы заведующих ЛПУ. Данный материал рассчитан на заведующих отделениями ЛПУ, специалистов в области организации здравоохранения и всех участников, от кого в значительной степени зависит уровень КМП.

Рецензенты:

В.К.Гасников - д.м.н., профессор, директор Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Минздрава Удмуртской республики, зав. курсом медицинской информатики и управления - профессор ИГМА;

В.А.Райх - к.м.н., заместитель главного врача Кемеровской областной клинической больницы, заслуженный врач РФ.

4306010000
Ч _____
7С2(03) – 2003

© Чеченин Г.И., 2003
© Муниципальный кустовой медицинский
информационно-аналитический центр, 2003
© Институт повышения квалификации, 2003

ISBN 5-7291-0303-4

Г.И. Чеченин

**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И РОЛЬ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ
МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЛПУ
В ЕГО ОБЕСПЕЧЕНИИ**

**НОВОКУЗНЕЦК
2003**

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ АВТОРА.....	5
----------------	---

ЧАСТЬ I

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ

ВВЕДЕНИЕ	9
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	10
1.1. Основные определения и характеристики КМП.....	10
1.2. Основные понятия составляющих процесса оценки, контроля и обеспечения КМП.....	17
1.3. Основные принципы оценки, контроля и обеспечения КМП.....	20
2. ПОНЯТИЕ О ВРАЧЕБНЫХ ОШИБКАХ И ИХ ПРИЧИНЫ (Г.И. Чеченин, Тюлькина О.С.).....	28
2.1. Ошибки по недомыслию.....	29
2.2. Ошибки по неведению.....	39
2.3. Деонтологические ошибки.....	39
2.4. Градация врачебных ошибок для врача-эксперта.....	40
3. ВИД КОНТРОЛЯ И ЭКСПЕРТИЗЫ КМП (Чеченин Г.И., Тюлькина О.С.).....	42
3.1. Общие сведения о контроле КМП.....	42
3.2. Виды экспертизы КМП.....	44
3.3. Взаимодействие систем ведомственного и вневедомственного контроля КМП.....	47
3.4. Оценка КМП по результату социологических опросов населения.....	54
4. ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ, КОНТРОЛЯ И УПРАВЛЕНИЯ КМП (Чеченин Г.И., Сапрыкина Т.В., Жилина Н.М., Нетяга Т.Г.).....	57
4.1. Информационная система оценки, контроля и обеспечения КМП.....	57
4.2. Пример автоматизированной системы оценки КМП.....	66
4.3. Экспертная система оценки, контроля и обеспечения КМП.....	72
КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ КА- ЧЕСТВОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (проект)	82
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Положение о проведении вневедомственной экспертизы КМП.....	87
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Акты оценки качества лечения.....	95
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Формы 1-8.....	103
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Временное положение о банке независимых медицинских экспертов при ассоциации врачей Новокузнецка. Положение о повторной экспертизе медицинских документов и медико-экономической экспертизе правильности взаиморасчетов между субъектами системы обязательного ме- дицинского страхования.....	109
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	113

ЧАСТЬ 2

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫМ АСПЕКТАМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ ЛПУ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ

ВВЕДЕНИЕ	119
1. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЛПУ В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА	121
1.1. Роль и место заведующего отделением лечебно-профилактического учреждения. Основные требования к его деятельности.....	121
1.2. Кто может претендовать на должность заведующего отделением ЛПУ.....	122
1.3. Что должен знать и уметь заведующий отделением ЛПУ.....	127
1.4. Основные права заведующего отделением.....	135
1.5. Основные права пациентов.....	156
2. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОТДЕЛЕНИИ	161
2.1. Некоторые подходы и правила постановки диагноза.....	162
2.2. Повышение роли дежурного врача в лечебно-профилактическом процессе....	168
2.3. Научная организация труда и медико-статистическая документация.....	172
3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗАКАЗА	180
3.1. Муниципальный заказ: обоснование, принципы формирования и организационно-технологические аспекты.....	180
3.2. Организация финансового обеспечения ЛПУ в современных условиях (Чеченин Г.И., Крамер И.В., Головлева Н.И.).....	183
4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЛПУ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ МНОГОЭТАПНОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ...	195
4.1. Обоснование целесообразности внедрения многоэтапной системы оказания медицинской помощи.....	195
4.2. Основные подходы к организации многоуровневой системы оказания медицинской помощи.....	198
4.3. Методика определения потребности населения в госпитализации и ресурсном обеспечении в условиях многоэтапности (Чеченин Г.И., Виблая И.В.).....	202
4.4. Организация госпитализации и взаимодействия участников (Чеченин Г.И., Тюлькина О.С.).....	207
4.5. Технологический аспект функционирования многоэтапной системы оказания медицинской помощи (Чеченин Г.И., Тюлькина О.С.).....	211
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Временное положение о порядке госпитализации больных в условиях многоэтапного оказания медицинской помощи.....	219
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Временное положение об экспертизе качества лечения при многоэтапном оказании медицинской помощи.....	222
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Положение о заместителе главного врача городской больницы по медицинской части.....	223
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Положение о заведующем отделением стационара областной (краевой, республиканской) городской и центральной районной больниц. Положение о заведующем ЛПУ городской поликлиники.....	225
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	230
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	236

ОТ АВТОРА

В последние годы XX столетия национальное здравоохранение многих стран мира столкнулось с противоречивой ситуацией, когда стоимость медицинских услуг и, естественно, затраты на здравоохранение с каждым годом возрастали, а здоровье граждан не улучшалось и степень удовлетворенности их медицинской помощью оставалась на низком уровне. Ученые и организаторы здравоохранения ряда стран мира в процессе поиска решения данной проблемы стали уделять первостепенное внимание повышению уровня КМП.

В России эта проблема также стала актуальной, особенно с началом проведения экономического эксперимента в здравоохранении на трех территориях Российской Федерации: в Кемеровской и Куйбышевской областях и в г. Санкт-Петербурге. При проведении экономического эксперимента было сформулировано концептуальное положение об оплате труда медицинских работников. Суть его заключалась в том, что оплата труда медицинских работников должна производиться с учетом объема и качества оказанных услуг. Это способствовало активизации исследовательских работ по организации оценки, контроля и обеспечения КМП. Активная работа в этом направлении проводилась в Кемерове (Г.Н. Царик, Н.Б. Милянченко), Санкт-Петербурге (В.Ф. Чапевцов, Г.А. Хай), Самаре (Р.А. Галкин с соавт.) и др. Организаторы и ученые Новокузнецка также не остались в стороне от поиска решения данной проблемы. С 1991 года в Кемеровской области, в первую очередь, в Новокузнецке началось экспериментальное внедрение системы обязательного медицинского страхования, что также ускорило решение проблемы совершенствования контроля, оценки и обеспечения КМП. К тому же стало ясно, что для организации действенного контроля и оценки КМП необходимо было не только решить методические аспекты, но и иметь адекватное информационное обеспечение. В Новокузнецке к этому времени была разработана и успешно функционировала автоматизированная система управления здравоохранением (АСУ "Горздрав"), которая позволяла использовать накопленную информацию и оперативно решить поставленную задачу. В процессе проектирования системы использовался системный подход, позволивший выявить взаимосвязи всех субъектов и участников медико-санитарного обслуживания, их роль и влияние на КМП. К 1993 году многоуровневая межведомственная автоматизированная информационная система (АИС «Качество медицинской помощи») была разработана и внедрена в городе. Необходимая информация для принятия решений по проблеме стала поступать на все уровни управления муниципальным здравоохранением, в страховые медицинские организации, филиал территориального фонда (обязательного медицинского страхования).

В 1995 году на основе результатов обобщения и осмысления накопленного опыта были подготовлены и изданы в Новокузнецком ГИДУВе методические рекомендации «Системный подход и система оценки, контроля и обеспечения КМП», в которых наряду с методическими аспектами представлены материалы по совершенствованию информационного обеспечения управления качеством на основе вычислительной техники. Материал широко использовался в педагогическом процессе на кафедрах ГИДУВа и работниками практического здравоохранения.

В последующие годы переходного периода актуальность проблемы повышения КМП возрастала. Дефицит финансовых средств, выделяемых на здравоохранение, демографический кризис в стране привели к необходимости поиска новых форм и методов организации медико-санитарного обслуживания.

В разработанной и утвержденной Правительством РФ «Концепции развития здравоохранения и медицины» указывалось, что одним из путей эффективности функционирования системы здравоохранения является повышение КМП. Доказательством актуальности

данной проблемы и большого внимания со стороны Минздрава РФ, Федерального фонда ОМС являются издание совместного приказа, проведение совещаний и конференций.

Так, в 1996 году был подготовлен и издан совместный приказ Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 г. №№ 363/77 «О совершенствовании контроля КМП населению». В подготовке данного приказа принимал участие представитель Новокузнецка д.м.н., профессор Г.И. Чеченин. Вышеуказанные методические материалы «Системный подход и система оценки, контроля и обеспечения качества медицинской помощи» использовались при подготовке приказа.

Вопросы повышения КМП рассматривались и обсуждались на совещаниях и конференциях: Иркутск, 1996 г.; Москва, 1997 г.; Чебоксары, 1998 г.; Тольятти, 2002 г. К этому времени завершается выполнение ряда крупных научных исследований А.Л. Линденбрантен, В.А. Гройсман, Г.В. Артамонова, Н.Д. Тэгай и др. Многие аспекты такого явления, как КМП, уже достаточно хорошо изучены, научно обоснованы подходы и технология непрерывного управления качеством и т.п.

Однако отдельные понятия и определения остаются дискуссионными, а роль и место заведующего отделением лечебно-профилактического учреждения в обеспечении КМП в иерархической системе охраны здоровья населения остаются недостаточно изученными. Именно здесь осуществляется оперативное управление процессом оказания медицинской помощи, и от того, как будет организован данный процесс на этом уровне, во многом зависит КМП и эффективность функционирования ЛПУ в целом.

Встречаясь с руководителями органов и учреждений здравоохранения на циклах усовершенствования в ГИДУВе, изучая их мнение, мы пришли к выводу, что роли заведующего отделением ЛПУ в обеспечении КМП не уделяется должного внимания. Поэтому любое обобщение накопленного опыта по данному направлению, по нашему мнению, будет полезно для руководителей всех уровней управления.

В этой работе мы попытались еще раз заострить внимание на определениях и понятиях КМП и его составляющих, на целесообразности активного вовлечения заведующих отделениями ЛПУ в процесс непрерывного улучшения КМП населению, используя как собственный опыт, так и результаты изучения и обобщения опыта других регионов.

В 1-й части книги содержится информация о понятийном аппарате, касающемся КМП.

Во 2-й части сформулированы основные требования, предъявляемые к деятельности заведующего отделением ЛПУ. Какими знаниями, умениями и навыками он должен владеть, возможные пути, формы и методы организации оказания качественной медицинской помощи в отделении ЛПУ как наиболее важного уровня в иерархической системе оказания медицинской помощи.

Следует заметить, что в совместном приказе Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 г. № 363/77 заведующий отделением рассматривается как эксперт первого уровня анализа КМП. Мы считаем, что его роль в обеспечении качества МП более существенна. Это мы и попытаемся донести до читателя.

Автор весьма признателен и благодарен заведующему кафедрой ГИДУВа к.м.н., доценту Беляевскому А.И., главным специалистам Управления здравоохранения администрации Новокузнецка к.м.н. Тюлькиной О.С., Лобыкину Ф.И., председателю Ассоциации врачей города д.м.н. Барабаш А.В., представителям страховых медицинских организаций Рыженковой Н.Е., Бессоновой А.Г., специалистам Кустового медицинского информационно-аналитического центра Сапрыкиной Т.В., к.т.н. Жилиной Н.М., Нетяга Т.Г., Юнусовой В.А., Жога Н.Ф., Борзовой В.В., Котовой И.Н. и др. за активное участие и поддержку в подготовке данного издания.

ЧАСТЬ 1.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ

ВВЕДЕНИЕ

В Концепции развития здравоохранения и медицины в Российской Федерации на 2002-2005 гг. и на период до 2010 года отмечается, что основными задачами по повышению уровня охраны здоровья населения являются улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи, прежде всего, за счет внедрения новых медицинских технологий и совершенствования управления. При такой постановке вопроса КМП населению может быть рассмотрено, с одной стороны, как целевая функция, с другой - как критерий оценки функционирования всей системы охраны здоровья. В стране накоплен определенный опыт оценки, контроля и обеспечения КМП.

Разработаны и внедрены системы ведомственного и вневедомственного контроля, компьютерные системы управления качеством и т.п. С системных позиций управление КМП требует создания адекватного информационного обеспечения на всех уровнях и для всех субъектов и участников.

Однако до настоящего времени существуют различные методические подходы к оценке и контролю качества, созданию информационных систем, неоднозначное восприятие основных понятий и определений качества и его составляющих, что затрудняет обобщение полученных материалов и определение стратегических направлений по проблеме. К тому же трудно оценить преимущества и недостатки предложенных моделей внутри страны, и провести сравнительный анализ разработанных и внедренных национальных систем ряда зарубежных стран.

Поэтому в 1-й части книги на основе анализа и обобщения собственного материала, литературных источников и изучения результатов разработки и внедрения в других территориях страны сделана попытка найти наиболее общие определения и понятия качества и его составляющих, принципы организации оценки контроля и обеспечения КМП.

Особое внимание уделено технологии постановки правильного диагноза, анализу врачебных ошибок и роли заведующих отделениями ЛПУ. Не менее важное значение придаётся информационному обеспечению КМП, а также организации защиты прав и гарантий пациентов на качественные медицинские услуги.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Реформирование системы здравоохранения: переход на работу в условиях обязательного медицинского страхования, внедрение института врачей общей практики, семейных врачей, появление учреждений здравоохранения с различными формами собственности, внедрение ресурсосберегающих технологий и др.; принятие Закона "Об основах законодательства охраны здоровья граждан Российской Федерации" и других законов и нормативных актов выдвигают новые требования к организации и управлению медико-санитарным обслуживанием населения страны. На первый план выступают проблемы, связанные с оценкой, контролем и обеспечением КМП.

В соответствии с Законом РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" медицинские учреждения несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованным, а страховые медицинские организации (СМО) обязаны контролировать объем, сроки и КМП, определенные условиями договора. В реальной жизни обеспечение КМП зависит от субъектов и участников обязательного медицинского страхования, прямо или косвенно влияющих на конечный результат лечебно-диагностического процесса, в том числе и непосредственно от пациентов. По данным наших исследований [24], в обеспечении КМП определенные функции выполняют 14 субъектов и участников: лицензионно-аккредитационная комиссия, общество защиты прав потребителей, СМО, органы управления здравоохранением, профессиональные медицинские организации, профсоюзные органы, службы санитарного надзора и другие. Каждый из них должен четко знать целевые установки, круг функциональных обязанностей и степень участия и ответственности за КМП, однозначно трактовать основные понятия и определения. С целью повышения эффективности работы всех субъектов и участников в оценке, контроле и обеспечении качества необходимо ознакомить их с основными определениями и положениями КМП.

1.1. Основные определения и характеристики КМП

Прежде всего, следует остановиться на некоторых аспектах, касающихся в целом понятия "качество" продукции, услуги и т.п. В большинстве стран мира разработаны и внедрены комплексные системы управления качеством. Управление качеством - американское изобретение. В настоящее время наибольшее распространение получили два варианта: американская система контроля качества и японская, имеющие определенные отличия друг от друга. Японский вариант управления качеством - более перспективный, прежде всего, за счет участия всех членов коллектива. В США за качество отвечают и контролируют специалисты.

Рассмотрим некоторые положения системы комплексного управления приведенные Исикава Каору [8]. Автор имеет более чем 30-летний опыт управления качеством. Основа его метода (подхода) - уважение к человеческой личности и индивидуальный подход. Управление качеством он связывает с перестройкой сознания всех членов коллектива и, в первую очередь, руководителей по отношению к пользователю.

Итак, японский вариант управления качеством имеет некоторые преимущества:

- качество закладывается на каждом этапе технологической цепочки. Ставится задача не только обнаружить каждый дефект, но и установить причины;

- комплексное управление качеством вскрывает каналы связи внутри фирмы. Каждый дефект и причина обсуждаются в коллективе с активным участием всех его членов;

- комплексное управление качеством дает возможность при проектировании новых изделий и продуктов учитывать требования потребителя, удовлетворять их запросы и пожелания;

- комплексное управление качеством - это осознанная необходимость всеми членами коллектива как обязательной составляющей производственного процесса.

Анализируя опыт управления качеством, автор выделяет следующие условия повышения эффективности:

1) Повсеместное освоение статистических методов контроля качества, начиная с 40-х годов, путем обучения персонала.

2) Последовательная и настойчивая работа по изучению запросов потребителя. Уважение к его требованиям. Поддержание культа потребителя, культа заказчика. Создание модели качества самим потребителем. Культ потребителя и хороших внутриструктурных отношений.

3) Стремление ко всеобщему участию в управлении качеством: от национального законодательства до углубленной оценки ошибок, допущенных изготовителем. Повышение роли первого руководителя в управлении качеством.

4) Понимание того, что даже отлично работающая система управления качеством со временем будет терять свою эффективность, то есть, требуется регулярный контроль функционирования и совершенствование системы управления качеством.

5) Это организация работ по обеспечению высокого уровня качества непосредственно осуществляется мастерами и бригадирами. Специальные курсы, ежегодные конференции. Эффективная система обучения.

6) Особое внимание должно быть уделено вопросам мобилизации физического и интеллектуального потенциала рабочих. С этой целью организуются кружки качества, где проводится групповой анализ положения дел на конкретном участке (функционирует более миллиона кружков, с участием в них более 10 млн. человек). Среди членов кружка имеется общий интерес в повышении качества.

7) Широкая пропаганда значения высокого качества продукции, услуг через постоянно действующую систему пропаганды.

8) Государственное влияние на кардинальных направлениях улучшения качества. Государственная сертификация продукции, широкое внедрение автоматизированных процессов, глобальных автоматизированных систем и т.п.

К основным проблемам управления качеством Исикава Каору относит - организацию комплексной оценки и измерения качества продукции и услуг как с точки зрения инженерной, производственной, так и с точки зрения потребителя. Вариант решения данной проблемы дается в работе Я. Монден [19], где автор описывает систему "Канбан", что в переводе означает "карточка".

В основе этой системы - комплексный подход, когда оптимизируют работу всей производственной системы в совокупности как некой целостности, а не отдельных ее частей, и оценка качества осуществляется по конечному продукту. "Качество" ассоциируется с "совершенством". За качество отвечают все. Здесь для контроля используется набор металлических карточек (треугольной, квадратной и круглой формы) и визуальная информация для оформления заказов на изготовление.

О комплексном управлении качеством продукции говорится в работе Конаревой Л.А. [10], где также проводится анализ вариантов: американской и японской систем управления. Автор делает попытку на основе анализа ответить на вопрос - на чем базируется теория комплексного управления качеством? По ее мнению, это связано, прежде всего, со следующим:

1. Качество нельзя обеспечить только путем проверки, то есть с помощью технического контроля. Оно должно быть заложено в изделия, услуге, причем с первых этапов его концептуальной разработки.

2. Лишь 15-20% проблем, связанных с качеством, возникают по вине непосредственно исполнителей и рабочих, а 80-85% - по вине производственной и управленческой систем, ответственность за функционирование которых несет высшее руководство. Решение этих проблем требует целенаправленной корректировки, а не "пожарных мер".

3. Качество продукции формируется в процессе всей производственно- хозяйственной деятельности предприятия и может быть обеспечено лишь в том случае, если весь персонал принимает в этом участие с должной мерой ответственности. Система контроля качества - лишь часть общей системы управления предприятием. В центре внимания системы управления находятся человеческие ресурсы, ее персонал.

По мнению автора, японский вариант комплексного управления качеством более прогрессивный. Он базируется на системном подходе с широким использованием статистических методов, методов экспертной оценки, на активном привлечении к этому пользователей. В то же время при анализе американской модели отмечаются определенные недостатки. Так, например, А.Фейгенбаум - автор теории комплексного управления качеством - считает, что в США от 15 до 40% производственных мощностей используются непроизводительно. Там заранее планируется брак, существуют централизованные отделы (подразделения) управления качеством (до 15% от общего числа служащих). В Японии так же существуют отделы управления качеством, но со значительно меньшим числом сотрудников (5% от общего числа служащих). Японские контролеры регулируют стабильность производственных процессов. Функция браковщика передана производственному персоналу. Широко используется принцип самоконтроля. Уровень подготовки рабочих по вопросам качества выше, чем в США. Особое внимание уделяется подготовке перед началом работы (инструктаж, деловые игры и другие формы обучения). Задействован мотивационный механизм в подаче рацпредложений, в выявлении и устранении причин дефектов и т.п.

Теперь, давайте рассмотрим понятия и определения, связанные с КМП. В соответствии с Глоссарием "Качество медицинской помощи", разработанным комитетом по здравоохранению Российско-Американской межправительственной комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству в 1999 [9], "*качество*" (*quality*) - вид, признак или свойство чего-нибудь, что делает это что-то хорошим или плохим, достойным похвалы или порицания; следовательно, это степень превосходства рассматриваемого. В Глоссарии КМП рассматривается как "совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии". Данное определение КМП можно рассматривать как базовое, так как разновидностей определений КМП существует достаточно много. Приведём некоторые часто встречающиеся.

КМП - совокупность признаков и других характеристик продукта или услуги, относящихся к его (её) способности удовлетворять установленные и предполагаемые по-

требности. Нам больше импонирует последнее определение качества как совокупности характеристик.

КМП можно рассматривать как совокупность операций и процедур по достижению поставленной цели, реализуемых с соблюдением следующих основных требований: полноты, своевременности, адекватности, выполняемых специалистами высокой квалификации, с использованием аппаратуры и оборудования, прошедших госповерку.

Основные характеристики КМП

С системных позиций качество МП можно отобразить на простейшей кибернетической модели - "вход-процесс - выход", имея в виду её основные составляющие: оценку, контроль и обеспечение. Оценка качества МП следует проводить на всех элементах простейшей модели. Оценка качества увязывается с критериями результативности функционирующей системы. Такими критериям могут быть:

- качество продукции или услуг;
- себестоимость;
- выполнение договорных обязательств.

При оценке качества МП используются стандарты. Для обеспечения соответствующего уровня КМП нужна система управления качеством с разработкой адекватной информационной модели МП с выходом на формирование конкретных мероприятий, в том числе по последипломной подготовке кадров.

Работы по повышению КМП ведутся в рамках проекта "США-Россия". В Туле отработываются вопросы повышения качества первичной медицинской помощи, в Твери оценивается и совершенствуется КМП матерям и детям. Активно ведется работа по подготовке кадров для первичного звена, руководителей здравоохранения по данной проблеме. Используются современные формы обучения (дистанционное, семинары, декадники, знакомство с опытом работы стран Европы), где большое внимание уделяется вопросам повышения КМП.

На международной конференции прошедшей в Казахстане, отмечалось, что ни одна страна полностью не реализовала программу "Здоровье для всех в 2000 г.", подчеркивалась необходимость совершенствования первичной медицинской помощи и повышение её качества.

По определению ВОЗ, под КМП подразумевается уровень медицинской помощи, направленный на повышение вероятности желательных результатов лечения пациентов и снижающий вероятность нежелательных результатов лечения с учетом нынешнего состояния медицинской науки [11].

Мы определили КМП как комплекс взаимосвязанных характеристик, отражающих полноту, своевременность и адекватность медицинских мероприятий, реализуемых специалистами, имеющими сертификат, с использованием оборудования и аппаратуры, прошедших госповерку, обеспечивающих неременное достижение поставленной цели [24].

Принято выделять следующие характеристики КМП:

- адекватность;
- доступность;
- преемственность и непрерывность;
- действенность;
- результативность;

- эффективность;
- безопасность;
- своевременность;
- способность удовлетворить ожидания и потребности;
- стабильность процесса и результата;
- постоянное совершенствование и улучшение.

Приведем конкретные определения и понятия отдельных характеристик качества.

Адекватность - “применение мер, технологий и использование ресурсов, в качественном и количественном отношении достаточных для достижения желаемых целей”. То есть выполнение именно тех мероприятий или услуг, которые положено проводить в соответствии со стандартом. Появляется новое понятие “стандарт”, более подробно оно будет охарактеризовано позже.

Доступность, наличие - “выявляется наличие или отсутствие видов медицинской помощи”. Мы полагаем, что доступность обеспечивается не только наличием требуемых видов медицинской помощи, но и экономическим фактором - возможностью оплатить услуги, а также расстоянием от места жительства пациентов до медицинского учреждения, оказывающего услуги, и другими факторами.

Доступность медицинских услуг означает, что они не должны быть ограничены никакими препятствиями, в том числе географическими, экономическими, социальными, культурными и организационными, которые могут помешать пациенту получить необходимую медико-санитарную помощь. Под экономической доступностью понимается возможность клиента оплачивать медицинскую продукцию и услугу. Социальная доступность заключается в приемлемости обслуживания для клиента с учетом его культурного уровня, вероисповедания и жизненных позиций. Так, например, услуги центров по планированию семьи не могут быть доступны некоторым социальным группам, запрещающим прерывание беременности и т.д. Организационная доступность означает степень удобства организации медицинской помощи для потенциальных клиентов и включает такие вопросы, как время работы медицинских учреждений, система записи на прием, ожидание врачей, наличие консультантов и др.

Преemptивность и непрерывность - “понятие, относящееся к функционированию системы здравоохранения, отражающее степень соблюдения координации медицинской помощи пациенту (медицинского вмешательства) между практикующими специалистами, организациями, а также на протяжении и во времени”. В данном случае речь идет о преemptивности и непрерывности как на этапах оказания помощи, так и в процессе оказания (по времени). Под непрерывностью понимается системный подход к проведению лечебно-диагностического процесса, в котором принимают участие не только медицинские работники, но и весь персонал лечебного заведения и смежные организации (такие, например, как коммунальная служба), от деятельности которых зависит КМП. Рассмотрим простой пример - отключение тепла и горячей воды в лечебном учреждении. В конечном итоге это приводит к удлинению сроков лечения и возможности возникновения внутрибольничных инфекций, так как затрудняется соблюдение санитарно-гигиенических требований не столько со стороны медицинского персонала, сколько со стороны больных.

Действенность, сила воздействия - “степень, в которой медицинские вмешательства улучшают здоровье в строго контролируемых и наблюдаемых условиях, к примеру, в рамках рандомизированных контролируемых клинических испытаний”. Как

видим, действенность близка понятию результативности. Хотя, по нашему мнению, действенность может касаться отдельных мероприятий (видов лечения) и промежуточных достижений, а не всего конечного результата.

Результативность - “степень, в которой медицинское вмешательство (учитывая современный уровень знаний) улучшает здоровье в обычных практических условиях. Обстоятельства, которые определяют различие между обычными условиями оказания помощи и контролируемыми клиническими испытаниями, включают сопутствующие заболевания пациентов, вследствие чего невозможно точно предсказать, будет ли пациент придерживаться схемы лечения, а также различия в практике лиц, оказывающих медицинские услуги”. Комментируя данное определение, следует отметить, что результативность как многогранное понятие зависит от многих факторов, в том числе от поведения самого пациента. Мы понимаем результативность как получение желаемого результата, достижение цели как со стороны пациента, так и производителя услуг.

Удовлетворенность пациента - “мнение пациента об оказанной ему помощи. Для определения удовлетворенности пациенты заполняют анкеты или дают балльную оценку услугам, полученным от организации (медицинского страхового плана), ЛПУ, врача или другого учреждения или лица, оказывающего медицинскую помощь”. Следует отметить, что не всегда цели (желания) пациента и производителя медицинских услуг совпадают. Могут возникнуть такие ситуации, когда желания пациента не удовлетворены (из-за отсутствия показаний не выписан листок нетрудоспособности), а медицинские услуги выполнены своевременно, в полном объеме на высоком профессиональном уровне, с хорошим результатом (с позиции оценки здоровья), пациент же оценивает данный случай как неудовлетворительный.

Удовлетворенность пациента лечением - “принятие или одобрение пациентами изменений в состоянии своего здоровья в результате полученной медицинской помощи”. С целью получения положительного результата необходимо, чтобы пациент был полноправным участником лечебно-диагностического процесса. Для этого он должен иметь полную достоверную информацию.

Непрерывное улучшение качества (НУК) - “управленческая деятельность по непрерывному изучению и усовершенствованию процессов оказания медицинской помощи с целью удовлетворения потребности 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 работы которых не соответствуют установленным нормам. НУК часто считают синонимом “общего управления качеством”.

Эффективность. Следует обратить внимание читателя на тот факт, что в Глоссарии отсутствует определение “эффективности” медицинской помощи. Вероятно, это связано с многообразием форм проявления эффективности. Так, к примеру, мы выделяем два вида эффективности: медицинскую и экономическую. Медицинская эффективность - получение желаемого результата с наименьшими затратами со стороны системы здравоохранения (медицинского учреждения, врача). Экономическая эффективность - это получение желаемого результата с наименьшими затратами как со стороны системы здравоохранения, так и со стороны пациента или субъектов, представляющих его интересы.

Под данным термином понимается тот экономический эффект, который может наступить от применения того или иного метода диагностики и лечения. Рассмотрим в качестве примера получение эффекта от проведения эндоскопической операции. Созда-

ется впечатление, что данный метод более затратный, так как требует специального оборудования и высокой врачебной квалификации. Но при подсчете выясняется, что лечение данным методом более эффективно, так как средний срок госпитализации при эндоскопической операции 5-7 дней. Больной является нетрудоспособным в течение менее длительного срока, и на 15-20-й день может быть выписан на работу. Кроме того, учитывается совокупность произведенной им продукции за тот период, насколько раньше он приступил к труду. Таким образом, в результате получается, что государство и регион несут потери от данного вида лечения в среднем на 25-30% меньше, чем при проведении банальной операции.

Качество медико-санитарного обслуживания зависит от эффективности применяемых решений по оказанию медицинских услуг и соблюдения медицинских технологий. Оценка эффективности предполагает ответ на следующие вопросы: "Приводит ли конкретная процедура при ее правильном выполнении к ожидаемому результату или нет?", "Является ли рекомендуемый метод лечения наиболее подходящим с технической точки зрения и лечебного эффекта при данном заболевании?"

Оценка эффективности медицинских услуг включает определение правильного выполнения их в соответствии с установленными требованиями.

Безопасность. Как один из аспектов качества медицинского обслуживания, безопасность означает сведение к минимуму рисков травмирования, инфицирования и других опасностей, связанных с предоставлением такого обслуживания. Например, безопасность является важным аспектом качества при переливании крови, так как при этой процедуре возможно заражение больных гепатитом, венерическими заболеваниями и СПИДом. Пациенты должны быть защищены от инфекции, а медицинские работники - от профессиональных заболеваний, которые передаются через инструментарий и кровь больных.

Не менее важными аспектами и характеристиками КМП, не вошедшими в Глоссарий, являются профессиональная компетентность, межличностные отношения, удобства для пациента. Остановимся на них.

Профессиональная компетенция. Понятие профессиональной компетенции подразумевает наличие определенных навыков, способностей и фактический уровень работы медицинских работников. Например, для того чтобы медицинский работник мог обеспечить качественное обслуживание, он должен обладать навыками и знаниями, необходимыми для последовательного и аккуратного выполнения поставленных перед ним задач. Понятие профессиональной компетенции включает то, насколько хорошо медицинские работники сферы здравоохранения следуют директивам по осуществлению лечения и выполняют требования стандартов, о которых будет сказано несколько позже. Причем понятия профессиональной компетенции для различных сотрудников здравоохранения весьма разнообразны. Так, для специалиста, непосредственно участвующего в лечебном процессе, это объем навыков, необходимых для осуществления лечебно-диагностических мероприятий; для управленческого персонала - навыков надзора за работой подчиненных сотрудников, обучения и решения проблем; для вспомогательного персонала - наличие теоретических и практических навыков по выполняемому разделу работы и т.д.

Хорошие межличностные отношения. Понятие межличностных взаимоотношений означает взаимодействие между работниками сферы здравоохранения и их клиентами, между управляющим персоналом и медицинскими работниками, а также между коллективом медицинских работников и остальной частью общества. Хорошие меж-

личностные отношения способствуют установлению атмосферы доверия и ответственности посредством проявления уважительного и вежливого отношения, готовности прийти на помощь. Большое значение имеет также умение слушать собеседника и общаться с пациентами: если, например, у пациентов создается доверительное отношение к медицинским работникам, то и эффект от лечения будет значительно выше, так как в данном случае накладываются психологические факторы, которые на 20% повышают, а при неблагоприятных отношениях - понижают эффект от лечения и, соответственно, КМП.

Удобства для пациента. Удобства относятся к тем характеристикам медицинского обслуживания, которые непосредственно не влияют на КМП, но могут улучшить степень удовлетворенности клиента и усилить его желание обратиться за медицинской помощью. Понятие удобства относится к физической форме, в которой находятся здания, персонал и материалы медицинских учреждений, а также к комфорту, чистоте и предоставлению пациентам возможности уединиться от посторонних взглядов. Другие удобства делают более приятным ожидание клиентом очереди на прием, например, музыка, образовательные и развлекательные видеопрограммы, полезные материалы для чтения и т.д. Несмотря на то что некоторые средства удобства можно считать роскошью, за границей они часто используются для привлечения пациентов в условиях конкуренции, а также для обеспечения непрерывности и максимального охвата населения медицинским обслуживанием.

1.2. Основные понятия составляющих процесса оценки, контроля и обеспечения КМП

Существенным моментом для субъектов и участников, имеющих отношение к оценке, контролю и обеспечению КМП, является знание таких понятий, как оценка качества, обеспечение качества, улучшение качества и т.п.

Приведем их в таком виде, как они изложены в Глоссарии:

1. *Оценка качества* - “определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам, ожиданиям и потребностям отдельных пациентов и групп населения”.

2. *Обеспечение качества* - “виды деятельности и программы, имеющие целью удовлетворить имеющиеся или ожидаемые потребности отдельных пациентов и групп населения с эффективным использованием ограниченных ресурсов”. Мы считаем, что рабочим определением обеспечения КМП может служить следующее: комплекс мероприятий по достижению цели системы здравоохранения, а именно - максимальное удовлетворение потребности населения в различных видах медицинской помощи с максимальным повышением результативности и эффективности

3. *Улучшение качества* - “достижение или процесс достижения нового уровня КМП, который превосходит предыдущие уровни качества”. Для того чтобы оценить - произошло улучшение качества или нет, необходимо разработать и довести до сведения лиц, оказывающих медицинскую помощь, контролирующих органов и пациентов измерители КМП.

4. *Управление качеством* - “часть функций управления в целом, которые определяют и осуществляют политику в области качества. Управление основано на оценке потребностей и степени их удовлетворенности”. Управление качеством требует, прежде всего, совершенствования информационного обеспечения на основе создания персо-

нифицированных баз данных (БД). В г. Новокузнецке накоплен определенный опыт создания таких БД, которые используются в управлении КМП [33, 34, 35].

5. *Система качества* - “сочетание ресурсов, организационной структуры и методик, которые необходимы для достижения качества”. Под ресурсами следует понимать кадры, финансы, оборудование, материалы и т.п.

6. *Общее управление качеством* - “постоянно действующая система управления улучшением качества, направляемая сверху, но предоставляющая оптимальные возможности сотруднику и нацеленная на решение проблем сотрудников, но не индивидуально, а на уровне системы”. Здесь уместно заметить, что система управления должна охватывать всех субъектов и участников, влияющих на КМП, в соответствии с их функциональными обязанностями.

По мнению д-ра Маршалла У. Раффела, для достижения высокого КМП необходимо выполнение двух процедур: оценки качества и обеспечения качества.

Оценка качества означает, что оценивающий ознакомился с ходом оказания медицинской помощи и пришел к некоторым выводам относительно ее качества, т.е. сделал заключение, что с учетом состояния медицинской науки была достигнута максимальная вероятность желательных результатов лечения. Прежде всего речь идет об измерении КМП. Оценка в данном случае понимается как “процесс определения реального состояния объекта, системы, явления, процесса по отношению к желаемому состоянию или другому объекту (системе, явлению, процессу)”. Это могут быть специально разработанные стандарты, базовые уровни, установленные на основе фактических реальных данных за определенный период времени или экспертным путем с учетом специфики объекта. Стандарты, уровни могут быть федерального, регионального и муниципального значений. В процессе измерения КМП мы имеем дело с такими понятиями, как стандарт, эксперт, индикатор, результат (исход) и т.п.

Используя материалы Глоссария, попытаемся рассмотреть наиболее важные, на наш взгляд, понятия.

Стандарт - “это нормативный документ, регламентирующий набор правил, норм и требований к объекту стандартизации и утвержденный компетентным органом”.

Стандарт качества - реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период времени уровень медицинской помощи. Стандарты устанавливаются на структуру (ресурсы), технологии и результаты с учетом групп пациентов”. Известно, что уровень медицинской помощи по объему и качеству в значительной степени зависит от финансового обеспечения системы здравоохранения и социально-экономического благополучия населения, региона, страны. Стандарты бывают федеральные, территориальные, муниципальные. Федеральный стандарт - стандарт, обязательный для выполнения на всех территориях Российской Федерации. Территориальный стандарт - стандарт, обязательный для выполнения на территории субъекта Российской Федерации и полностью включающий в себя федеральный стандарт. Муниципальный стандарт - стандарт, обязательный для выполнения на территории муниципального образования (район, город) и полностью включающий в себя территориальный стандарт.

Индикатор - это качественное значение показателя, по нашему мнению. К примеру, исход лечения: выздоровление, улучшение, стабилизация, ухудшение и т.д. Индикатор может иметь одномерное, двумерное и целочисленное значения. Большинство показателей, кроме семантического значения, имеет количественное значение - измери-

тель. Например, это обеспеченность населения врачами, койками и т.п. на 10 тыс. населения.

Индикатор деятельности - “это показатели, позволяющие оценить, насколько результативно и эффективно медицинские работники, ЛПУ, страховые компании или медицинские страховые планы предоставляют или обеспечивают медицинскую помощь”. Индикаторы могут отражать текущую деятельность и результаты деятельности. Как правило, к индикаторам деятельности относятся показатели объемные (количество пролеченных, число выполненных операций и т.п.), а также показатели себестоимости услуг и эффективности.

При организации оценки, контроля и обеспечения качества субъектам и участникам данного процесса приходится иметь дело также с такими понятиями, как эксперт, лицензия, аккредитация и др., связанными с ними процессами.

Представим их читателю в том виде, как они изложены в Глоссарии:

Эксперт - “специалист, чья высокая квалификация документально подтверждена и признана коллегами”.

Экспертное мнение, экспертиза - “проверка соответствия деятельности и её результатов имеющимся представлениям”.

Различают несколько разновидностей экспертиз.

Ведомственная экспертиза - “экспертиза, проводимая специалистами своего ведомства”.

Вневедомственная экспертиза - “экспертиза, проводимая силами учреждений, организаций, не входящих в ведомственное здравоохранение”.

Внешняя экспертиза - “экспертиза, организуемая и проводимая сторонними подразделениями, учреждениями, организациями”.

Независимая экспертиза - “экспертиза, проводимая независимо от заинтересованных сторон”. Последнее время появилось новое понятие “медицинский аудит”, которое все шире входит в практическую жизнь учреждений здравоохранения с различными формами собственности

Медицинский аудит - “подробный ретроспективный анализ и оценка истории болезни, медицинских карт пациентов по установленным показателям медицинской помощи”. Все виды экспертизы проводятся высококвалифицированными специалистами, имеющими соответствующий подтверждающий их квалификацию документ - “сертификат” - и лицензию на право проведения данного вида деятельности.

Лицензия - “письменное подтверждение учреждению (отделению) права заниматься определенным видом деятельности, выдаваемое органами исполнительной власти”. Лицензия выдается при наличии сертификата, подтверждающего возможности (способности) выполнения данного вида деятельности с учетом имеющейся потребности в этой деятельности и степенью её удовлетворения на территории. Сертификат выдается по результатам сертификации.

Сертификация - “подтверждение третьей независимой стороной соответствия медицинской помощи установленным нормативам и стандартам”. Проводится сертификация как отдельных специалистов, так и отделений и учреждений в целом. В здравоохранении Российской Федерации до настоящего времени термины “сертификация” и “аккредитация” понимаются однозначно, то есть несут одинаковую смысловую нагрузку. В международной практике аккредитация понимается как система внешней профессиональной проверки соответствия набору стандартов, основанная на принципе добровольности участия проверяемых. В России под аккредитацией понимают разрешение,

выданное органами, имеющими на то право, третьей независимой стороне проводить сертификацию.

Измерение процесса - “оценка (количественное измерение) выполнения технологии медицинской помощи по отношению к потребности (показатель технологического процесса) и стиля общения лиц, оказывающих медицинскую помощь, с пациентами (показатель межличностного процесса) по отношению к профессиональному стандарту”. Кроме того, введено понятие “измерение деятельности”.

Измерение деятельности - “оценка (количественное измерение) соответствия признанным стандартам качества медицинской деятельности. Оценка деятельности может проводиться по показателям процесса и результата на национальном, ведомственном, учрежденческом уровнях или на уровне отдельного медработника”.

Измерение результата - “количественное измерение последствий для здоровья в результате оказания или неоказания услуги, этапа, процесса медицинской помощи, оказываемой учреждениями или медработниками, для оценки её качества.

При обеспечении же качества медицинского обслуживания необходимо принятие мер для учета результатов, полученных в процессе оценки КМП, для ликвидации выявленных недостатков и для обеспечения поддержания этого качества на должном уровне. Информационное обеспечение должно быть организовано соответствующим образом.

В заключение данного раздела следует отметить, что система оценки, контроля и обеспечения КМП является сложной, динамической, имеющей многогранные связи, полностью еще не разработанной в методическом и технологическом аспектах, формирующейся как самостоятельный раздел деятельности в процессе медико-санитарного обслуживания и требующей серьезного отношения со стороны всех заинтересованных субъектов и участников.

1.3. Основные принципы оценки, контроля и обеспечения КМП

На основании анализа литературных источников и изучения отечественного и зарубежного опыта по организации оценки, контроля и обеспечения КМП можно сформулировать основные принципы улучшения и обеспечения КМП (здесь уместно заметить, что на Западе этим проблемам уделяется больше внимания) [12, 13, 14, 15, 20, 39]. Это стало возможным благодаря наличию объективно сложившихся благоприятных условий. В настоящее время ведутся совместные российско-американские разработки в рамках контракта № HRN-C-00-69-90013-03, финансируемого Агентством США по международному развитию. Проводятся семинары, готовятся и издаются совместные публикации по законченным исследованиям и т.п. Все это дало возможность провести сравнительный анализ существующей модели и вновь разрабатываемой, перспективной. Для прежней модели характерными были следующие составляющие: минимальный стандарт медицинских услуг, ведущая роль экспертов, ориентация на фактические данные, управление КМП через систему поощрений или штрафов. Новая модель имеет иную целевую установку, которая направлена не только на проведение контроля, а на улучшение КМП через выявление причин и ошибок в процессе оказания медицинской помощи на основе интеграции информации из различных источников и целенаправленного на них воздействия. То есть в прежней модели оценки, контроля и обеспечения КМП разрабатывался минимальный (в отдельных случаях оптимальный) стандарт на все элементы: ресурсы, технологии, результаты, и осуществлялся анализ соответствия

фактическим данным. При этом ведущая роль отводилась экспертам, а управляющие воздействия, в основном, заключались в наложении штрафных санкций. В новой модели приоритет отдается аналитической функции на основе анализа интегрированной информации из различных источников. Выявленные причинно-следственные связи и управляющие воздействия будут направлены на устранение имеющихся проблем с применением комплексного системного подхода. Будут учитываться четыре основных компонента КМП. Это точка зрения больного (пациента), точка зрения врача, этапность медицинской помощи и врачебные ошибки. Рассмотрим данные компоненты более подробно.

Точка зрения пациента оценивается:

– во-первых, через бытовые удобства в учреждении (в подразделении). Речь идет о санитарно-гигиенических условиях (число койкомест в палате, возможность принять душ, ванну и т.п.), общение с внешним миром и др.;

– во-вторых, через доступность получения медицинской помощи и медицинских услуг в соответствии со временем, затрачиваемым на получение услуг, расстоянием от места жительства, экономической доступностью - возможностью оплатить расходы и др. Каждый пациент должен получить для себя ответы на следующие вопросы: "Почему я, занятый человек, не могу посетить врача в удобное для меня время?", "Почему я должен ждать приема, даже если прихожу в назначенный день и час?", "Как сравнить стоимость разных вариантов медицинского обслуживания и выбрать наиболее приемлемый?";

– в-третьих, через удовлетворенность в процессе оказания медицинской помощи или получения услуг, отсутствие дублирования в проведении диагностических мероприятий и других процедур. Общеизвестно, что качество МП, в основном, зависит от взаимодействия главных элементов системы "врач-пациент". При этом большое значение имеют заинтересованность врача в выздоровлении больного, взаимоотношения со средним медицинским персоналом. Методики, оборудование и технологии постоянно обновляются. Поэтому медицинские сестры - помощники врача - должны иметь не только профессиональную подготовку, но и знания по психологии по широкому кругу вопросов, связанных с социальным обслуживанием и т.п.;

– в-четвертых, и это, пожалуй, самое главное, через результативность медицинской помощи - клинические исходы. Известно, что пациент может пренебречь рядом неудобств в процессе получения медицинских услуг и отдать предпочтение учреждению, обеспечивающему наилучший результат лечения (благоприятный исход). Поэтому при учете мнения пациента о качестве медицинской помощи ранговое значение ответов по исходам должно быть намного выше всех остальных.

Точка зрения врача оценивается:

– во-первых, через наличие адекватной структуры. Под структурой понимается наличие кабинета и рабочего места, оснащение необходимым оборудованием и аппаратурой для оказания услуг планируемого объема и установленного качества;

– во-вторых, через оценку самого процесса оказания медицинской помощи. Здесь речь может идти о наличии разработанных и представленных в удобном виде для восприятия работников алгоритмов, методик диагностики и лечения, наличии необходимых медикаментозных средств и материалов, возможности получить консультацию высококвалифицированных специалистов и т.п.;

– в-третьих, через результат, исход оказания медицинской помощи. В данном случае оценка должна проводиться по конечному результату. Поэтому очень важно ка-

ждому учреждению, подразделению иметь полный перечень (набор) конечных продуктов (услуг), получаемых в результате их деятельности. В реальных условиях пациент может получить медицинские услуги в разных подразделениях одного и того же учреждения. Оценивать необходимо, прежде всего, по конечному результату, по завершении оказания медицинской помощи. С внедрением многоэтапной системы оказания медицинской помощи выполнить данное требование становится весьма проблематично, так как пациент, как правило, переводится из одного отделения в другое. И тем не менее следует проводить оценку по конечному результату, используя интегрированную рандомизированную информацию из различных источников. Для каждого этапа оказания медицинской помощи должна быть четко сформулирована задача, по которой можно оценить степень ее выполнения и конечный результат в подразделении.

Этапность медицинской помощи - это важный компонент КМП. Через организацию этапного оказания медицинской помощи достигается непрерывность лечебно-диагностического процесса и повышается его результативность и эффективность. При этапном оказании медицинской помощи обосновывается и реализуется единая программа действий независимо от того, в каком подразделении находится пациент (приемное ли это отделение, диагностический кабинет или основное клиническое отделение и т.п.). Оценивается и процесс оказания медицинской помощи самостоятельными медицинскими учреждениями с разной формой собственности. К примеру, поликлиникой и стационаром, станцией скорой помощи и поликлиникой, станцией скорой помощи и стационаром и т.д. Здесь существенным является определение критериев оценки, периодичность их расчета. Мы полагаем, что оценку одной службы или учреждения необходимо проводить в смежной службе. Например, качество услуг станции скорой медицинской помощи проводить в больничном стационаре (приемном или клиническом отделении).

Не меньшее значение в оценке качества имеет частая смена лечащего врача. Здесь уместно привести понятие лечащего врача, определяемое статьёй 58 Закона "Об основах законодательства охраны здоровья граждан Российской Федерации: «Лечащий врач - это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского образования. Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого врача. Лечащий врач организует своевременное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья по требованию больного или его законного представителя, приглашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного. Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком до 30 дней. Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения. Лечащий врач несет ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Известно, что передача пациента от одного лечащего врача другому, как правило, при отсутствии на то показаний приводит к дублированию диагностических мероприятий, смене программ лечения, что в конечном итоге отражается на качестве и результативности. Оптимальный вариант, когда лечащий врач один от поступления больного до выписки. Однако при многоэтапной системе оказания помощи это реализовать затруднительно, поэтому очень важно организовать преемственность.

Еще один важный момент в оценке этапности оказания медицинской помощи - круглосуточная работа диагностических и вспомогательных лечебных служб. Речь идет о том, что в ряде учреждений медицинские услуги в полном объеме оказываются не круглосуточно, а только в определенное время суток, как правило, в первую смену, в лучшем случае, и во вторую. В ночное время остается только дежурный персонал, который не обеспечивает лечебно-диагностический процесс в полном объеме.

Четвертый компонент КМП, также имеющий важное значение - *это врачебные ошибки*. Ему будет посвящен специальный раздел. Здесь мы только обратим внимание читателя на то, что существует вид врачебных ошибок, недостаточно изученный, связанный с ресурсами (перерасход ресурсов, недостаточное использование ресурсов, неправильное использование ресурсов). В современных условиях реформирования здравоохранения анализ и оценка врачебных ошибок, связанных с ресурсами, имеют существенное значение. Известно, что в рыночных отношениях появляется возможность реализовать право пациента на выбор учреждения, врача. Пациент в свою очередь при выборе ЛПУ или врача руководствуется несколькими критериями: результативностью и эффективностью затрат. Производитель медицинских услуг должен постоянно осуществлять контроль за КМП, добиваясь его улучшения. В противном случае он потеряет своих пациентов (клиентов) и станет банкротом. Словом, неправильное использование ресурсов ведет к ухудшению КМП.

Исходя из вышеизложенного, нами сформулированы следующие основные принципы обеспечения КМП.

1. Принцип целостного целевого подхода к обеспечению КМП. Организм пациента (человека) должен рассматриваться как целостная система с множеством внутренних и внешних взаимосвязей, но не всегда именно так воспринимается многими медицинскими работниками, в том числе и врачами. Обеспечение КМП должно быть направлено на удовлетворение потребности и ожиданий пациентов на конечный результат и исход лечения. Цель учреждения (подразделения), оказывающего медицинскую помощь, - получение благоприятного исхода. Пациент должен быть активным элементом системы "врач-пациент" в процессе получения медицинской услуги. Для этого, прежде всего, нужно определить и изучить потребности пациентов, ориентировать и стимулировать их интерес и готовность воспользоваться профилактическими мероприятиями, так как если больной своевременно проводит данные мероприятия, то повышается удельный вес заболеваний, выявленных в ранней стадии, и соответственно возрастает эффективность лечения. Таким образом, действия всех структурных подразделений, участвующих в лечебно-диагностическом процессе, в том числе пациента, должны быть направлены на достижение конечной цели.

2. Проблемно-ориентированный принцип обеспечения КМП предусматривает выявление и воздействие на причинно-следственные связи. Мероприятия по обеспечению качества должны быть ориентированы на конкретные проблемы, имеющиеся в процессе оказания медицинской помощи и обнаруженные при оценке с учетом основных компонент КМП.

В организационном плане внимание медицинских работников сосредотачивается на анализе оказанных медицинских услуг с учетом поставленных задач и исходов лечения, что позволит выявить проблемы и разработать конкретные мероприятия по их устранению. Так, например, анализ внутрибольничных осложнений позволяет выявить причины и вовремя устранить их. В случае, если виновниками данных осложнений являются медицинские работники, то можно применить систему наказаний конкретных виновников. Улучшение системы оказания медицинской помощи осуществляется по нескольким направлениям.

Приоритетными являются мероприятия, связанные с повышением квалификации врачей и всего медицинского персонала, задействованного в лечебно-диагностическом процессе. Обучение является главным фактором повышения КМП. Ведущее место отводится подготовке специалистов в учебных заведениях и в последующем последипломной подготовке. Выявляются пробелы теоретических знаний и практических навыков. Врачебные ошибки систематизируются, и их анализ передается в учебные заведения. Одновременно с этим разрабатывается и внедряется система постоянной подготовки и переподготовки, а также система информационного обеспечения специалистов, в том числе врачей, парамедиков и др.

Совершенствование знаний и практических навыков сотрудников осуществляется с учетом их индивидуальных особенностей. Серьезное внимание уделяется совершенствованию организационно-функциональной структуры и всей системы руководства. Обеспечение инструктивно-методическими материалами, типовыми схемами, алгоритмами действия и т.д., четкое распределение и закрепление функциональных обязанностей, организация адекватного взаимодействия всех участников лечебно-диагностического процесса и обеспечивающих служб и подразделений является первоочередной задачей. Важно добиться понимания врачами необходимости улучшения КМП, честности при анализе исходных данных при оценке КМП. Это достигается путем:

- создания благоприятной рабочей обстановки доброжелательности при общении с пациентами;
- мотивации сотрудников к внедрению более эффективных результативных методов и технологий;
- внедрению системы учета и анализа оказанных медицинских услуг каждым сотрудником;
- организации обратной связи врачей и специалистов с больными, своевременное их информационное обеспечение и др.

3. Принцип комплексного подхода в обеспечении КМП. Во-первых, комплексность в обеспечении КМП заключается в применении программно-целевого подхода, путем разработки комплексной программы, где должны быть определены и задействованы ответственные исполнители из числа субъектов и участников, с указанием сроков исполнения и необходимого ресурсного обеспечения, в том числе финансирования. То есть сосредоточение сил и средств, организация взаимодействия и координация на внешнем межотраслевом уровне, направленных на достижение единой цели - улучшение КМП.

Оценка программы по обеспечению КМП проводится с учетом следующих требований:

– система здравоохранения должна быть изучена с применением научных подходов, прежде всего с использованием системного подхода, статистических методов, методов экспертной оценки и т.п.;

– с учетом глобальных тенденций к усложнению системы здравоохранения (многообразие форм собственности медицинских учреждений, рыночные отношения, несколько источников финансирования и др.), появления права пациентов на выбор ЛПУ, врача и т.д.;

– программа обеспечения КМП должна внедряться во всех задействованных в лечебно-диагностическом процессе учреждениях и службах;

– с учетом того, что имеется большое число многообразных методов и стратегий по улучшению КМП, из которых необходимо выбрать лучший вариант при условии возможности его внедрения;

– постоянного появления новых методов (критические маршруты, базовые исследования, компьютерные модели) и технологий по рациональному использованию имеющихся ресурсов и улучшению КМП.

Во-вторых, организация взаимодействия структурных подразделений на отраслевом уровне, организация преемственности между учреждениями, оказывающими медицинские услуги, и на этапах оказания помощи. Необходимо добиться понимания каждым подразделением, что обеспечение качества должно стимулировать коллективный подход к решению возникающих проблем и проведению мероприятий по повышению качества.

Коллективные методы решения проблем качества при хорошей организации имеют (метод создания единой бригады) два преимущества. Первое преимущество заключается в том, что устраняется дублирование в проведении диагностических исследований, обеспечивается преемственность, в результате чего коллективный продукт будет обладать более высоким качеством. Кроме того, можно ожидать, что члены трудового коллектива с большей ответственностью и готовностью примут участие и поддержат внедрение новых технологий и организационных форм, направленных на достижение конечной цели, то есть те изменения, в подготовке которых они участвовали лично.

Руководители структурных подразделений должны проникнуться чувством ответственности, преданности своему делу, пониманию целей и задач, стоящих перед организацией, учиться на ошибках. Особо следует остановиться на вопросах обучения и рассмотреть перечень стратегий обучения, которые сформулировали коллеги из США. К числу главных стратегий они отнесли:

– осознание неизбежности перемен;

– чувство неудовлетворенности фактическим положением дел в системе охраны здоровья;

– появление новых фактов и научных стратегий как результат происходящей научно-технической революции;

– необходимость организации обратной связи с пациентами и коллегами по работе;

– продолжение последипломного образования.

Все это подтверждает вывод, что нет идеальной модели системы оказания качественной медицинской помощи, и методы организации обеспечения КМП находятся в

стадии развития. Поэтому весьма важно использовать коллективный опыт, в том числе международный.

Таким образом, при комплексном подходе к обеспечению КМП не только специалисты, непосредственно оказывающие медицинскую помощь, но и страхователи и страховщики, сотрудники фондов ОМС, ученые - все должны учитывать требования КМП и думать, как лучше реализовать мероприятия по улучшению качества обслуживания и повышению производительности труда.

4. Принцип полноты и достоверности информации для принятия решений. При осуществлении мероприятий по обеспечению качества необходимо использовать разнообразные данные для анализа процессов обслуживания. Сбор и анализ информации должны осуществляться с учетом критериев оценки и рангового значения того или иного признака (показателя), по которым оценивается КМП. Что мы понимаем под этим? Прежде всего, провести сбор и анализ информации об исходах и эффективности лечения, так как выше мы определили их как целевые функции учреждения, подразделения. Большое значение придается проведению эпидемиологических исследований, реализуется так называемая клиническая эпидемиология. При таком подходе на популяционном уровне (на большом статистическом материале) выявляются наиболее эффективные методы лечения при том или ином заболевании, а также выясняются причины осложнений и негативных проявлений. Не меньшее значение имеет получение и анализ необходимой информации о технологии оказания медицинской помощи. Выявляются возможности типизации схем обследования и лечения при различных поводах обращения за медицинской помощью, алгоритмизация деятельности и т.п.

Последнее время получило широкое применение совершенствование (развитие) информационного обеспечения лечебно-диагностического процесса с помощью, так называемой доказательной медицины (о ее роли и некоторых подходах будет сказано ниже). Общеизвестно, что доступ медицинских работников к технологической медицинской информации сам по себе повысит качество медицинского обслуживания и снизит его стоимость, так как врачи смогут быстрее проводить консультации, давать более обоснованные направления к специалистам, легче составлять планы лечения и избегать избыточных исследований.

Одновременно с этим проводится анализ общих статистических показателей, уровень которых в определенной степени зависит от КМП. К ним можно отнести показатели перинатальной и младенческой смертности, заболеваемости, первичного выхода на инвалидность и т.д. В технологическом аспекте проведения оценки и анализа информации по КМП надлежит придерживаться следующих правил: от общего к частному, от простого к сложному. Самое главное - выявить весь комплекс проблем, от которых зависит достижение конечного результата, и принять адекватные меры воздействия. Оценка медицинских рисков, управление непрерывным медицинским процессом, своевременное предоставление необходимой информации в полном объеме для всех субъектов и участников являются одними из главных и перспективных задач в улучшении КМП. Их решение совершенно невозможно без интегрированной информации.

5. Принцип подотчетности и гласности. В данном случае речь идет о том, что каждый производитель медицинских услуг в установленном порядке должен своевременно представить отчет о выполненном объеме работ и их качестве. Отчетность осуществляется в нескольких направлениях: прежде всего перед вышестоящим руководством, то есть ведомственная или отраслевая отчетность, затем перед организациями, защи-

щающими права пациента (гражданина) и представляющими его интересы, официальная статистическая отчетность и, наконец, отчет перед общественностью и населением.

Результаты экспертизы качества (ведомственной или вневедомственной) должны стать достоянием гласности и быть доступными для анализа для всех субъектов и участников, изъявивших желание их получить. Регламентированный объем информации о качестве медицинской помощи, по согласованию субъектов, по каждому объекту (ЛПУ), оказывающему медицинские услуги, с определенной периодичностью передается в средства массовой информации.

Люди хотят, чтобы здравоохранение (система оказания медицинской помощи) было открытым и подотчетным, чтобы каждый гражданин мог получить ясные и четкие ответы на все вопросы относительно собственного здоровья и возможности получения медицинских услуг. Так обеспечивается право пациентов и граждан на информацию о медицинской помощи.

Все вышеперечисленные принципы обеспечения КМП являются взаимозависимыми, и только комплексный подход к их реализации позволит надеяться на повышение КМП.

2. ПОНЯТИЕ О ВРАЧЕБНЫХ ОШИБКАХ И ИХ ПРИЧИНЫ

(д.м.н., профессор Чеченин Г.И., к.м.н. Тюлькина О.С.)

В толковом словаре живого великорусского языка Владимира Даля [5] ошибка понимается как "погрешность, неправильность, неверность, промах, огрех, возникающие в процессе деятельности". Недаром народная поговорка гласит: "Тот не ошибается, кто ничего не делает". Сказанное в полной мере относится к медицинской деятельности. "Если вы никогда не совершали ошибок, повлекших за собой тяжелые осложнения или даже смерть больного, значит вы занимаетесь медициной недавно" - эти слова, сказанные известным американским психологом Ричардом Ригельманом, приводятся здесь не случайно [17]. К сожалению, ошибки - неотъемлемая составляющая работы врача, и мы не можем полностью уберечь вас от них, а только подсказать подход к анализу их причин и показать их причины. Для выявления и анализа врачебных ошибок используются такие понятия, как этиология, патогенез, синдром, симптом, нозологическая единица. Четкое, однозначное определение данных специфических понятий является одним из условий правильного определения ошибок и их анализа. Этиология рассматривается как причинность болезней. По мнению ряда авторов [22], этиология соответствует философским понятиям "причина-следствие" и должна рассматриваться "в виде взаимодействия причинного фактора и следствия". То есть этиология есть всегда отношение и взаимосвязь причины и следствия. Мы часто имеем дело с наличием у отдельных пациентов причин и с отсутствием следствия.

Патогенез есть механизм развития патологического процесса во времени с учетом адаптационных механизмов и индивидуальных особенностей организма. Общеизвестно, что болезненное состояние должно проявляться через определенный набор признаков. В свою очередь признаки проявляются симптомами и синдромами. "Симптом - это видимый (или инструментально регистрируемый) признак болезни, который может быть общим отражением недомогания (например, повышение температуры тела) или конкретным обозначением четко очерченной болезни" [22]. Синдром - это совокупность симптомов, взаимосвязанных между собой и достаточно полно характеризующих сущность конкретной болезни. Синдромы и симптомы характеризуют клиническую картину (клинику). Процесс постановки диагноза заключается в выявлении и оценке этиологии, патогенеза, клиники, как взаимосвязанных и характеризующих состояние больного, окончательно закрепленных в диагнозе. Оформление диагноза проводится в виде выбора нозологической единицы, многообразие которых упорядочивается в международной номенклатуре и классификации болезней. Все сказанное подтверждает и доказывает многообразие болезненных состояний, сложность диагностики и неизбежность появления врачебных ошибок [21, 38].

Все врачебные ошибки можно разделить условно на три группы:

- ошибки по недомыслию;
- ошибки по неведению;
- деонтологические ошибки.

2.1. Ошибки по недомыслию

Ошибки по недомыслию - это, прежде всего, ошибки диагностического процесса, возникающие на этапах: оценки симптомов, постановки предварительного диагноза, проведении дифференциальной диагностики, формулировании клинического диагноза, на этапе выявления причинно-следственных взаимосвязей заболевания; а также ошибки лечебного процесса, возникающие на этапах: клинического прогнозирования, выбора правильной тактики лечения (его безопасности), проведения лечебных мероприятий, анализа результатов лечения и оценки эффективности и рентабельности назначенного лечения.

Рассмотрим ошибки, встречающиеся на каждом из перечисленных этапов.

Оценка симптомов. В процессе диагностики необходимо помнить и соблюдать следующее правило - при выявлении и анализе жалоб больного необходимо найти и держать в центре внимания врача ведущую основную жалобу, на основе которой формируется предварительный диагноз. То есть основная задача врача - выделить из большого количества жалоб основную и строить общение с пациентом, выявляя ее особенности: локализацию боли, время появления, интенсивность и т.п. Например, при стенокардии главная основная жалоба - это давящие боли за грудиной, поэтому при сборе анамнеза врач должен уточнить, когда появляется боль, её интенсивность, продолжительность, локализацию и др. Словом, врач должен использовать системный подход на любом этапе лечебно-диагностического процесса и в первую очередь при сборе анамнеза. Отечественные клиницисты С.П.Боткин, М.Г.Курлов, Д.Д.Яблоков, В.П.Казначеев и др. всегда придавали огромное значение сбору анамнеза. Новое поколение врачей-клиницистов больше внимание уделяют в процессе диагностики инструментальным методам обследования, иногда игнорируя предъявляемые пациентами жалобы.

Приведем некоторые причины ошибок:

- неспособность вовремя распознать истинную причину обращения к врачу;
- неумение ясно и четко сформулировать вопросы для больного, по причине плохо собранного анамнеза возникают затруднения при постановке предварительного диагноза;
- неумение критически оценить достоверность полученных сведений;
- нежелание пересмотреть выбор основной жалобы больного.

Приведем некоторые возможные варианты предупреждения ошибок по данной причине. На Западе широко используют формализованные схемы и опросники сбора анамнеза при обращении пациентов за медицинской помощью, построенные по типу дерева или специально разработанных алгоритмов. Последние типографским способом вносятся в медицинские карты стационарного или амбулаторного больного. В данном случае врач вынужден вести диалог с пациентом в определенной последовательности, что уменьшает возможность пропустить вопрос, раскрывающий какой-то аспект проявления болезненного процесса, а вероятность допущения погрешности при постановке диагноза намного снижается. Кроме того, врачу не нужно много записывать, тратя на это время, так как, в основном, он только подчеркивает необходимые признаки. С развитием средств вычислительной техники и компьютеризацией здравоохранения появилась возможность оптимизировать сбор анамнеза в процессе постановки диагноза, используя формализованный подход.

Постановка предварительного диагноза. При постановке предварительного диагноза, имея основную жалобу, врач стремится сравнить полученные сведения с типичными жалобами, имеющимися в христоматийном описании болезней. Постановка предварительного диагноза - это, прежде всего, съем и анализ информации, построение модели предварительной оценки состояния здоровья пациента с выявлением причин, приведших к этому состоянию, осуществляемых по синдромально-симптомному принципу. Постановка предварительного диагноза, как правило, проводится в условиях ограничения времени и необходимой информации.

Причины ошибок:

- клиническая картина заболевания, наблюдающаяся у больного, может быть неполной или атипичной;
- подходящая по симптомам болезнь не сразу приходит в голову, в связи с чем мы находим то, что ищем, и слышим то, что ожидаем, не замечая того, что не хотим.

В качестве рекомендаций по снижению количества ошибок и их предупреждению по данной причине можно привести следующие:

- разработка инструктивно-методических мероприятий по наиболее часто встречающимся патологиям (заболеваниям) для врачей станции скорой и неотложной медицинской помощи, поликлинических учреждений, приемных отделений больничных стационаров;
- создание компьютерных баз данных (БД) на больных с атипичной клинической картиной и предоставление возможности для оперативного их использования всем заинтересованным;
- организация постоянно действующей обратной связи с учреждениями и подразделениями первичного звена и отделениями больничных стационаров, когда с определенной периодичностью (ежемесячно или ежеквартально) подготавливается персонализированная, по каждому врачу, и в целом по учреждению, информация о допущенных ошибках при постановке предварительного диагноза и направляется в соответствующие учреждения и подразделения.

Дифференциальная диагностика. Дифференциальная диагностика строится по принципу распознавания образов. По сути дела, это процедура моделирования, когда врач, обдумывая ситуацию, подбирает возможные варианты диагноза, вспоминая модели болезней с основными жалобами, механизмами их развития, поражающими органами, с которыми связаны симптомы и т.п., знания о которых получены в институте или в процессе практической работы, и сравнивает их.

Причины ошибок:

- “симптомы - миражи” и “болезни-хамелеоны”;
- частые болезни с атипичными симптомами проявления;
- напрасный поиск редких болезней, тешащих самолюбие врача.

Считаем необходимым обратить внимание читателей на то, что одним из широко используемых методов повышения эффективности дифференциальной диагностики является консультирование, а в последнее время появились новые направления, такие как доказательная медицина и использование средств телекоммуникаций (телемедицина).

Консультация - “совещание двух или более лиц, стремящихся достигнуть решения с помощью обмена информацией. В ходе этого процесса может потребоваться совет или мнение экспертов” [22]. На практике выделяют два вида консультаций:

а) получение консультации врачом у своего более опытного коллеги или у вышестоящего по иерархии руководителя (заведующего отделением, директора клиники и т.п.) или специалиста;

б) консультация больного. Для нормальной организации консультаций в ЛПУ должно быть разработано специальное “Положение о консультациях”, где оговорены показания к консультациям врачей и больных, порядок формирования заявок, периодичность их проведения, оформление консультаций и т.п.

Доказательная медицина базируется на хорошо организованном информационном обеспечении участников лечебно-диагностического процесса. Это добросовестное, точное и благоразумное использование в практической работе самой достоверной информации. Алгоритмы диагностики: своевременно, четко сформулировать вопросы, отобрать самую достоверную информацию, критически её оценить, применить на практике и оценить результативность. Доказательная медицина должна ответить на вопросы: "Какой диагноз наиболее точно и полно отражает состояние больного в данный момент времени?" "Как мне лечить больного?" На управленческом уровне уже требуется получить ответы на такие вопросы, как: "Какие методы лечения при конкретном заболевании следует внедрить?" "Какие мероприятия (подготовка специалистов, приобретение оборудования и т.п.) должны быть выполнены в ЛПУ?" Основными источниками информации являются: оригинальные статьи, специальные аналитические обзоры, накопленные базы данных о пролеченных больных с той или иной патологией, где указываются наиболее информативные симптомы, синдромы и др. Для оценки информации используются: организация параллельных контрольных групп, качество рандомизации (выборки), учет всех включенных в выборку больных, двойное слепое исследование, клинически значимые схемы обследования и лечения.

Как уже было отмечено выше, в последнее время получило развитие новое направление в медицинской технологии - применение средств телекоммуникаций (СТК), или телемедицины. Выделяют следующие технологические аспекты применения СТК в процессе медико-санитарного обслуживания:

- консультация больных по схеме “пациент - СТК - врач”. Имеется в виду, что, с одной стороны, будет осуществляться консультирование пациентов в федеральных центрах, с другой - консультации специалистами и учеными города сельских и иногородних пациентов;

- консультация медицинских работников по схеме “врач - СТК - врач” в аналогичном порядке;

- получение результатов диагностических исследований (лабораторных, функциональных, инструментальных и т.п.) из центров и централизованных служб для лечащих врачей первичного звена, в том числе врачей общей практики, семейных врачей, приемных отделений;

- получение информации об утвержденных алгоритмах действий при различных чрезвычайных ситуациях до прибытия специализированных служб;

- получение информации об эффективности действия различных сочетаний лекарственных средств;

- практическая реализация лечебно-оздоровительных мероприятий и отдельных процедур на местах, рекомендуемых специалистами медицинских центров через СТК.

Практическая реализация вышеуказанных мероприятий: консультирования, применения доказательной медицины и СТК (телемедицины), безусловно, будет способст-

воват повышению эффективности дифференциальной диагностики и всего лечебно-диагностического процесса.

Формулировка клинического диагноза. Путем проверки основных гипотез, возникших у врача, с помощью дополнительных методов обследования врач подтверждает или отрицает различные варианты диагнозов и оставляет наиболее соответствующий состоянию больного. Клинический диагноз - это основное заболевание (нозологическая единица), которое само по себе или через свои собственные осложнения определяет характерную клинику и устанавливается при жизни пациента. Принято выделять клинический диагноз, который должен быть сформирован, как правило, в первые 3-4 дня нахождения больного под наблюдением и на основании которого разрабатывается программа лечения и реабилитации, и заключительный клинический диагноз. Последний, в свою очередь, состоит из основного диагноза и осложнений основного и сопутствующего диагнозов. От того, насколько своевременно и правильно поставлен клинический диагноз, зависит результативность и эффективность лечебно-диагностического процесса. Напомним, что оценка КМП проводится в первую очередь на основе анализа результативности и исходов лечения по основному медицинскому документу “Медицинской карте стационарного больного” (форма № 003\у). Поэтому оформление заключительного клинического диагноза, предусмотренного в медицинской карте, имеет существенное значение для адекватной оценки КМП. К наиболее часто встречающимся причинам ошибок на этапе формирования клинического диагноза могут быть отнесены следующие:

- необоснованное назначение некоторых диагностических методов исследования: из-за неспособности интегрировать полученные анамнестические и клинические данные; нежелания ожидать проявлений болезненного состояния (симптомов) и оценивать их в динамике; боязни судебного иска, неумения вовремя остановиться;
- неполное проведение диагностических тестов, предписанных стандартами;
- неправильная оценка отрицательных результатов отдельных диагностических исследований, некритический подход к оценке суммы доказательств;
- бессистемный подход;
- недоучет изменчивости нормативов с учетом специфики для отдельных регионов страны;
- неверное толкование самого понятия “болезнь”.

Конкретные мероприятия, способствующие уменьшению и предупреждению появления ошибок при формулировании клинического диагноза, могут быть реализованы в двух направлениях: в технологическом и организационно-управленческом аспектах. В число мероприятий, связанных с технологическим аспектом, входят разработка и внедрение типовых схем и алгоритмов действий врача, медицинского персонала при различных нозологических формах и ситуациях. В данном случае речь идет о том, что, несмотря на многообразие форм проявления болезненного процесса, зависящего от индивидуальных особенностей организма, условий жизни и т.п., можно найти общие закономерности в проявлении клиники, патогенезе и эффективности лечения и, применяя метод экспертных оценок, разработать типовые схемы или алгоритмы действий. Последние оформляются как инструктивно-методические материалы и доводятся до практических врачей.

К организационно-управленческим мероприятиям предупреждения ошибок при формулировании клинического диагноза отнесены:

– организация контроля со стороны заведующего отделением за своевременностью постановки клинического диагноза, правильностью выбора врачебной тактики, назначения схем лечения. С этой целью со специально установленной периодичностью при различных ситуациях заведующий отделением присутствует на обходах больных с лечащим врачом, обсуждает программу лечения. К примеру, все больные, поступившие по экстренным показаниям в вечернее и ночное время, на следующее утро осматриваются заведующим отделением, или все больные с неясным диагнозом после предварительного обследования в течение 2-3 дней пребывания в отделении также должны быть доложены заведующему отделением и при необходимости лично осмотрены;

– обеспечение круглосуточного оказания медицинской помощи в полном объеме, в том числе организация круглосуточной работы парамедицинских служб и постоянного врачебного наблюдения. С этой целью необходимо пересмотреть функциональные обязанности дежурного врача (бригады) с усилением акцента на непрерывность лечебно-диагностического процесса;

– с целью устранения дублирования диагностических обследований и рационального использования оборудования и аппаратуры создание диагностических бригад с единым методическим и технологическим руководством. Безусловно, реальный комплекс мероприятий по предупреждению ошибок при формулировании клинического диагноза значительно шире и разнообразнее [28, 30]. Поэтому очень важно обеспечить учет, анализ и отбор наиболее эффективных мероприятий с последующим доведением их до врачебных кадров.

Процесс причинно-следственного анализа заболевания. Причина и следствие - философские категории, базирующиеся на марксистско-ленинской теории познания объективного мира. Они отражают взаимосвязь и системность мира, познания и деятельности. Всякое следствие есть результат действия, обусловленного определенной причиной. В медицинской практике этиология отождествляется с понятием причины. То есть причина - “действующая субстанция в виде взаимосвязи и взаимодействия причинного фактора и её следствия. Например, не микроб является причиной, а его активная взаимосвязь, взаимозависимость и взаимоотношение с организмом” [21, 22]. В процессе проведения анализа врач должен выстраивать в один логический ряд причину болезни - этиологию, саму болезнь и ее симптомы - это поможет ему избежать диагностических ошибок и правильно подобрать тактику лечения.

Причины ошибок:

– невозможность объяснить все имеющиеся симптомы проявления болезненного состояния (нозологической формы);

– наличие сразу нескольких болезней, в том числе с бессимптомным течением;

– неумение примириться с неопределенностью диагноза.

Можно предложить следующие рекомендации по предупреждению вышеуказанных ошибок и совершенствованию системы выявления и анализа причинно-следственных связей:

– организация учета допущенных ошибок, создание на их основе упорядоченных компьютерных БД, их анализ и издание информационных бюллетеней;

– проведение эпидемиологических исследований (возрождение клинической эпидемиологии) неинфекционных заболеваний. Эпидемиологические исследования направлены на решение трех задач: выявить этиологические (причинные) факторы и воздействовать на них; выработать метод определения эффективности мероприятий, ре-

лизуемых при борьбе с болезнями, обеспечивающих улучшение общественного здоровья, и определить приоритеты в системе охраны здоровья.

Приоритеты системы - научно обоснованный перечень первоочередных задач, проблем и направлений, определяемых исходя из модели и дерева целой системы (объекта, в том числе врача) при наличии ограничений на ресурсы.

Клиническое прогнозирование. Общеизвестно, что лечебно-диагностический процесс - это своеобразный управленческий цикл, состоящий из следующих взаимосвязанных этапов:

- информационное обеспечение;
- формирование управляющего воздействия (решения);
- реализация управляющего решения.

Как любой управленческий цикл, он состоит из нескольких формальных взаимосвязанных процедур, таких как:

- съем (сбор) необходимых для принятия решения исходных данных;
- фиксирование исходных данных;
- обработка и анализ собранных данных;
- формирование управляющего воздействия (постановка диагноза);
- составление программы действий (разработка модели);
- прогноз развития процесса (явления);
- конкретная реализация программы действия [34].

Далее перечень процедур повторяется в виде очередного витка цикла. Весьма важной процедурой лечебно-диагностического процесса является клинический прогноз. Целью прогнозирования - определение врачом предполагаемого исхода лечения, степени риска возникновения осложнений, окончательное состояние здоровья пациента и т.п. *Медицинский исход* - "последствия медицинской помощи или программы здравоохранения для клинического благополучия пациентов и населения. Улучшение, стабилизация, ухудшение и т.д. - примеры медицинских исходов" [9, 27].

Причины ошибок при клиническом прогнозировании:

- пренебрежительное отношение и недооценка важности проведения профилактических мероприятий и иллюзия выигрыша во времени и улучшения прогноза при раннем выявлении болезни и симптомов риска без проведения должных профилактических мероприятий;
- неумение соотнести риск болезни и появления осложнения с вероятностью их возникновения у конкретного больного;
- непонимание взаимодействия множественных факторов риска и недоучет их при проведении лечебно-профилактических мероприятий. То есть отсутствие комплексного подхода и его недоучет при клиническом прогнозировании;
- неправильная оценка тяжести состояния больного из-за чрезмерного внимания к выявленным симптомам, изменениям количественных показателей и полученных результатов лабораторного обследования. *Тяжесть заболевания* - степень или состояние заболевания пациента до начала лечения или в момент поступления на лечение;
- неправильная оценка остроты болезни и вследствие этого неверная лечебно-диагностическая тактика в экстренной ситуации, связанная с акцентированием внимания на диагностические процедуры в ущерб лечебным, назначение симптоматического

лечения вместо принятия радикальных мер, тенденция ставить знак равенства между остротой болезни и степенью отклонений лабораторных показателей.

Последнее время в медицинской технологии появился термин “анализ риска для здоровья”. Это - “процесс сбора, анализа и сравнения прогнозируемых параметров состояния здоровья отдельного лица с параметрами стандартной возрастной группы, что позволяет предсказать вероятность того, что у этого лица может преждевременно проявиться какая-либо проблема со здоровьем, связанная с высоким уровнем заболеваемости и смертности в группе” [9, 23].

Предупредить вышеперечисленные ошибки клинического прогнозирования в значительной степени можно путем совершенствования информационного обеспечения - создания интегрированной медицинской информационной системы (МИС). МИС должна давать четкую и полную картину клинической ситуации и создавать новое, оптимальное “пространство непрерывного медицинского обслуживания”. МИС должна быть “дружественной” к врачам, которые должны иметь под рукой в момент принятия решения всю информацию.

Оценка эффективности и рентабельности лечения. Данная оценка проводится врачом с целью выбора оптимально возможных методов лечения с точки зрения медицинской и экономической эффективности. Понятийный аппарат медицинской и экономической эффективности был представлен выше. В современных условиях резкого ограничения финансирования здравоохранения и его реформирования с учетом поиска оптимальных путей медико-санитарного обслуживания весьма важной становится задача анализа и оценки эффективности и рентабельности схем лечения (оказания медицинской помощи) при различных ситуациях. Для решения данной задачи следует обеспечить учет и анализ возможных ошибок на данном этапе.

Причины ошибок:

- непонимание и недооценка возможных недостатков при назначении новых методов лечения, находящихся в процессе испытания;

- ограниченность врачебного опыта, в связи с тем, что врач видит лишь выборочный контингент больных и недостаточно длительно наблюдает основную их часть;

- незнание экономических основ здравоохранения и их роли в создании и внедрении оптимальных медицинских технологий. Предупреждение появления ошибок в процессе оценки эффективности и рентабельности лечения по вышеперечисленным причинам возможно, на наш взгляд, путем воздействия на:

- а) на систему подготовки кадров, причем особое внимание следует обратить на последипломную подготовку специалистов. Прежде всего, речь идет об использовании таких форм и методов, как проведение тематических семинаров, обучение на рабочем месте, проведение клинических конференций и т.п.;

- б) на организацию технологического процесса и выбор оптимальных режимов и графиков работы. Последнее время в ЛПУ широко используются 12-часовые (двусменные) и суточные (односменные) графики работы врачей и медицинского персонала. При такой системе нарушается правильность и непрерывность врачебного наблюдения и ухода за больными, к тому же при чрезмерно длительной работе нарушаются основные гигиенические правила, что ведет к снижению качества врачебного наблюдения и ухода. В этих случаях возможность допущения ошибки при оценке эффективности и рентабельности лечения возрастает;

в) на своевременное представление информации о новых методах диагностики и лечения, а также информации об эффективности и результативности лечения. График работы врачей, среднего медицинского персонала строится, прежде всего, с учетом интересов больного - правильного непрерывного лечения и наблюдения [18, 23]. Он должен быть основан на максимальном усилении принципа личной ответственности персонала, на возможно большей непрерывности в наблюдении за больным одними и теми же лицами лечащего и ухаживающего персонала. Этим требованиям удовлетворяет система трех смен: двух дневных (утренней и вечерней, продолжительностью 6,5 часов) и одной ночной (продолжительностью 12,5 часов). Такая система работы медицинского персонала обеспечивает наилучшим образом правильный уход и лечение. Наилучшего результата можно достичь при прикреплении одного и того же врача или сестры к утренней или вечерней смене, чем устраняется обезличка и увеличивается персональная ответственность. Очень важно предусмотреть в графике время (от получаса до часа) для аккуратной и внимательной передачи больных одной сменой другой смене. Периодически через 3-4 месяца специалисты могут переходить для работы в другие смены. В каждом конкретном случае, с учетом специфики учреждения, комплекс мероприятий может быть свой, самое главное - получить желаемый результат.

Оценка безопасности лечения. Одним из главных принципов организации лечебно-диагностического процесса является обеспечение безопасности для пациента - не "навредить". При этом врач должен определить возможность и выраженность побочных эффектов диагностического пособия, назначенного больному лечению, а также вероятность возникновения внутрибольничной инфекции и т.п.

Причины ошибок:

- неправильная оценка вероятности побочных эффектов лечения из-за невнимательности к механизму действия препаратов, возможности их взаимодействия и особенностям конкретного больного;
- неправильная оценка возможной выраженности побочных эффектов, включая вероятность ухудшения состояния больного и даже его смерти;
- существование непредсказуемого риска, особенно при назначении новых препаратов или расширении показаний к применению известных препаратов;
- недооценка санитарно-гигиенических условий в учреждении и проведения превентивных мероприятий, воздействующих как на среду обитания, так и на повышение адаптационных механизмов пациента.

С учетом вышеперечисленных причин ошибок разрабатывается комплекс мероприятий, включающий в себя такие направления, как:

- применение медикаментозных средств, препаратов, прошедших в установленном порядке сертификацию с наличием соответствующих разрешительных документов;
- использование приборов и аппаратуры, прошедших госповерку, имеющих акты приемки специалистами службы техники безопасности;
- соблюдение мероприятий по предупреждению внутрибольничных инфекций (правильная организация приема и санитарной обработки больных при поступлении в стационар, надлежащий уход и при необходимости изоляция и т.п.).

Выбор тактики лечения. Как уже было отмечено выше, лечебно-диагностический процесс представляет собой управленческий цикл, состоящий из взаимосвязанных

процедур (элементов). Ключевыми из них являются постановка диагноза и выработка (обоснование) тактики лечения для решения поставленных задач и достижения конечной цели. Не менее важное значение, наряду с правильной постановкой диагноза и выбором тактики лечения, имеет разъяснение ее сути больному, так как известно, что эффективность и результативность лечения намного повышаются при активном участии самого пациента. На практике при этом очень часто допускаются ошибки.

Причины ошибок:

- неумение, с одной стороны, разграничить процессы выработки тактики лечения и разъяснения ее больному, с другой, найти нужное время и способ доведения до пациента необходимой для этого информации;
- неправильная оценка вероятности того или иного исхода лечения;
- нерациональное отношение к возможному риску назначенного лечения (недооценка);
- игнорирование различий в восприятии результатов лечения врачом и больным;
- нарушение условий получения письменного согласия больного на выполнение врачебных рекомендаций, связанных с неправильной оценкой способности больного принимать решение, предоставление больному недостаточной информации о данных процедурах, ограничение свободы больного в принятии решений.

Для предупреждения или уменьшения числа ошибок по вышеупомянутым причинам необходимо, чтобы в каждом отделении медицинского учреждения были разработаны и доведены до сведения каждого медицинского работника и пациента их права, обязанности и ответственность. Каждое клиническое отделение должно располагать перечнем утвержденных в установленном порядке лекарственных препаратов с описанием эффективности их взаимодействия при одномоментном назначении, инструкциями пользования медицинскими приборами, оборудованием, аппаратурой и т.п.

Проведение лечебных мероприятий. Как уже отмечалось выше, важным этапом в лечебно-диагностическом процессе является этап реализации лечебных мероприятий. В настоящее время в лечебной практике проводится комплексное лечение, состоящее из нескольких видов: хирургических мероприятий, физиотерапевтических, медикаментозного лечения, назначения диетического лечебного питания и др. Задача лечащего врача выбрать такую схему (сочетание лечебных мероприятий), которая бы обеспечила достижение поставленной цели с наименьшими затратами и в более короткое время, а также организовать контроль за её реализацией в полном объеме. Не менее важное значение в достижении конечного результата имеет активное и осознанное участие больного в реализации лечебных мероприятий. К сожалению, на практике встречаются ошибки, зависящие от разных причин.

Причины ошибок:

- неправильная оценка готовности больного выполнить врачебные рекомендации, связанная с переоценкой роли таких факторов, как уровень его социально-культурного развития, социальное положение и др.;
- неправильное выполнение врачебных рекомендаций больными в силу их склонности использовать собственные запасы лекарственных препаратов, заниматься самолечением и уклоняться от выполнения сложных или неприятных рекомендуемых врачом мероприятий;
- неумение врача вовремя оценить ситуацию и внести изменения в схему лечения;

– неспособность убедить больного и помочь ему изменить образ жизни, избавиться от вредных привычек, обосновать необходимость перемен, оценить готовность больного к данным переменам, закрепить и сохранить их.

Превентивные мероприятия по предупреждению и снижению ошибок могут быть направлены:

- на активизацию участия больного в лечебном процессе путем его информирования о лечебной тактике, значимости и эффективности каждого мероприятия, согласования схемы лечения с больным, совместной оценки и анализа результативности;
- на совершенствование контроля за лечебным процессом со стороны заведующего отделением и других должностных лиц;
- на внедрение мотивационных механизмов, в том числе оплата труда медицинских работников с учетом объема и качества лечения.

Анализ результатов лечения. Оценка и анализ результатов лечения больных имеют двоякое значение. С одной стороны, они служат для отбора наиболее эффективных методов и схем лечения при том или ином заболевании. Для этого в эпикризе при выписке больного заведующий отделением должен дать окончательную оценку лечебного процесса. Информация о диагнозе, способе и методах лечения, исходах лечения используется для создания компьютерных баз данных.

С другой стороны, оценка и анализ нужны для решения задач финансового обеспечения врача, подразделения и учреждения в целом. Известно, что в условиях ОМС оплата осуществляется по нескольким вариантам: за пролеченного, за койкодень и т.п., но, тем не менее, в каждом случае учитывается конечный результат. Иногда применяются штрафные санкции. С переходом на многоэтапную систему оказания медицинской помощи, когда на каждом этапе должна быть решена конкретная задача, необходим четкий контроль за их решением. То есть речь идет об оценке и анализе достижения поставленной цели на каждом этапе. Однако такой анализ и оценка проводятся, как правило, после выписки больного с этапа или полностью из учреждения. Главной задачей лечащего врача при этом становится обеспечение оперативного контроля и оценка эффективности лечебных мероприятий, и при необходимости пересмотр диагноза и лечебных мероприятий. Здесь также допускаются ошибки.

Причины ошибок:

- невыполнение больным врачебных назначений;
- неспособность врача вовремя пересмотреть неверный диагноз и изменить тактику лечения;
- неумение врача определить, усваивается ли назначенный препарат, достигает ли он места действия, приводит ли лечение к ожидаемому результату, следует ли ограничиться частичным лечебным эффектом или предпринять более радикальные меры. Превентивные мероприятия в основном будут сводиться к аналогичным мероприятиям предыдущего этапа, связанным, в большей степени, с совершенствованием информационного обеспечения, организацией лечебно-диагностического процесса и совершенствованием контроля.

Из приведенных выше данных видно, что многих ошибок, допускаемых из-за неправильного применения имеющихся у врача знаний, несовершенства информационного обеспечения и организации можно избежать при правильном подходе к диагностическому и лечебному процессу.

2.2. Ошибки по неведению

Возникают из-за недостаточных знаний врача и связаны с его неумением и нежеланием учиться, неспособность поддерживать свою "форму", то есть пополнять уже имеющийся запас знаний; с незнанием предела своих возможностей восприятия информации (понимание новых концепций и овладение современными практическими навыками), хотя возможность получения дополнительных и новых знаний в учреждении имеется и предоставляется.

Врачи готовы признать, что не являются специалистами по всем болезням, но с гораздо меньшей охотой они соглашались с тем, что не в состоянии вылечить всех тех пациентов, чьи болезни попадают в сферу их профессиональных интересов. Ошибки по неведению могут встречаться на тех же этапах диагностики и лечения, что и ошибки по недомыслию.

Можно предложить следующие превентивные мероприятия появления ошибок по неведению:

- разработка и внедрение системы тестового контроля при поступлении в медицинские вузы и учреждения по подготовке специалистов среднего звена и профориентации в школах;
- разработка и внедрение системы профотбора при прохождении интернатуры, ординатуры и т.п., то есть перед получением сертификата специалиста;
- совершенствование системы последиplomной подготовки специалистов;
- разработка и внедрение мотивационных механизмов, включающих моральные и материальные стимулы не только для врачей, но и для всех медицинских работников, задействованных в лечебно-диагностическом процессе.

2.3. Деонтологические ошибки

Это ошибки, обусловленные взаимоотношениями пациентов и врачей, между врачами-специалистами, между врачом и средним медицинским персоналом и т.д. Остановимся на взаимоотношении врача и больного и возникающих при этом ошибках. Больной должен доверять врачу, полагаясь на его компетентность, это в большой степени определяет успех медицинской помощи. Врач должен заслужить доверие больного, показать на деле свою личную заинтересованность в быстрейшем выздоровлении пациента. К сожалению, здесь также встречаются ошибки, обусловленные рядом причин.

Причины ошибок:

- неспособность врача распознать ситуации, когда больной не склонен сотрудничать с врачом, когда с ним трудно будет наладить взаимопонимание и когда больной имеет цели, далекие от лечения;
- недооценка роли больного и нежелание и неумение врача поделиться с больным своими сомнениями и планами, и, как результат, назначение ему избыточных обследований, не совсем оправданных схем лечения;
- непонимание истинных чувств и побуждений больного;
- неумение говорить больному правду, не лишая его надежды на благоприятный исход. Предупреждение возникновения деонтологических ошибок в первую очередь связано с соблюдением простейших истин со стороны врача.

Доверие к врачу - обязательный компонент лечебно-диагностического процесса. Общеизвестно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств (эффект плацебо). При всем разнообразии подходов сотрудничество врача и больного состоит из четырех основных компонентов: поддержки, понимания, уважения и сочувствия.

Поддержка - одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и больного. Поддержка означает, что врач стремится быть полезным больному.

Когда врач проявляет **понимание**, больной уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и у него появляется доверие, что этот врач ему действительно поможет.

Уважение - подразумевает признание ценности больного как индивида и важности его забот. Врач должен показать, что он не только согласен выслушать больного, но и признает значимость происходящих с больным событий. Улучшению взаимопонимания способствует такая, например, фраза: “Конечно, вам приходится много терпеть; вы слишком долго болеете, и ваше огорчение очень естественно и понятно”.

Сочувствие - ключ к установлению сотрудничества между врачом и больным. Нужно уметь поставить себя на место больного, взглянуть на мир его глазами. Сочувствие можно проявить такой фразой: “Вам пришлось нелегко, было от чего потерять веру в успех лечения”.

Важность взаимопонимания с больным отражена в следующей фразе - “Самое популярное лекарство - сам врач”.

Среди больных можно выделить категорию тех, с кем трудно установить в процессе лечения плодотворное сотрудничество, несмотря на стремление к этому врача, таких пациентов можно разделить на следующие типы: настырно-требовательные, вязкие и хронически недовольные.

Настырно-требовательные умеют обосновать свои самые бессмысленные требования.

Вязкие пользуются медицинской помощью столь интенсивно, что вызывают раздражение и досаду.

Хронически недовольные изводят врачей, постоянно сообщая им о неэффективности применяемого лечения.

Несмотря на сложность работы с такими больными, врач должен приложить все усилия и найти контакт с ними, иначе эффективность лечения будет значительно ниже.

В данном разделе приведены психологические аспекты взаимоотношения врача с больным, не учитывать которые нельзя, так как они непосредственно влияют на эффективность медицинских мероприятий.

Градации врачебных ошибок можно проводить и по их социальной значимости.

Перечисленные выше некоторые причины ошибок и возможные меры их предупреждения необходимо знать лечащему врачу, чтобы в процессе лечения и ведения больных избежать или уменьшить появление ошибок.

2.4. Градация врачебных ошибок для врача-эксперта

С внедрением медицинского страхования происходит изменение роли и значения врачебных ошибок. Так, например, для врача-эксперта страховой медицинской организации изменяется само понятие врачебной ошибки. Ошибка рассматривается в двух аспектах, включая в себя кроме качества оценки медицинской помощи и экономическую категорию

С этих позиций можно дать следующее определение: **врачебная ошибка (ВО)** - действие врача, приведшее к ухудшению КМП или изменению затрат на ее оказание по сравнению с утвержденным нормативом.

Врачебные ошибки, влияющие на КМП

Принято врачебные ошибки подразделять на диагностические и лечебно-тактические. К диагностическим ошибкам относятся:

- ошибки в процессе сбора анамнеза;
- недостаточный объем обследования;
- объективные трудности, связанные с тяжестью состояния больного;
- недоучет клинических данных и недооценка мнения консультантов;
- необоснованное проведение определенных методов обследования (лабораторных и инструментальных) и неадекватная их оценка.

К лечебно-тактическим ошибкам можно отнести:

- проведенное не в полном объеме лечение;
- неправильно выбранная тактика ведения больного;
- недооценка общего состояния больного,
- необоснованное назначение лекарственных препаратов,
- ошибки ведения медицинской документации.

Градации ВО по их следствиям

Существуют следующие следствия врачебных ошибок:

1. *Следствия для состояния пациента:* ВО привела или с большой степенью вероятности могла привести к прогрессированию заболеваний, состояний, осложнений, существовавших до оказания медицинской помощи больному или развитию новых заболеваний, состояний, осложнений, появившихся у пациента в процессе оказания медицинской помощи.

2. *Следствия для процесса оказания помощи:* ВО привела к затруднению выполнения врачом этапов оказания медицинской помощи - сбора информации о пациенте, постановки диагноза, выбора и проведения лечения, обеспечения преемственности как на данном, так и на последующих этапах оказания медицинской помощи.

3. *Следствия для оценки процесса оказания помощи:* ВО привела или могла привести к затруднению проведения экспертизы КМП на этапах сбора информации о пациенте, постановки диагноза, выбора и проведения лечения, обеспечения преемственности.

4. *Следствия для ресурсов здравоохранения:* ВО привела к перерасходу или недоиспользованию средств, предназначенных для оказания медицинской помощи, включая ресурсы диагностики, лечения, кадровые (врачебные) и общие финансовые ресурсы.

5. *Следствия для управления здравоохранением:* ВО привела к затруднению анализа состояния медицинской помощи и принятия решений по его изменению на основе оценки потребности в ресурсах диагностики, лечения, врачебных и общих финансовых ресурсах.

6. *Следствия для социальных ресурсов:* ВО явилась причиной или повысила вероятность смерти пациента, инвалидизации пациента, снижения трудовой активности пациента (длительность временной нетрудоспособности) или окружающих пациента людей (уход за больным ребёнком и т.п.).

Заключая, следует отметить, что рассмотренный материал в данном разделе монографии имеет прямое отношение к обеспечению качества медицинской помощи.

3. ВИДЫ КОНТРОЛЯ И ЭКСПЕРТИЗЫ КМП

(д.м.н., профессор Чеченин Г.И., к.м.н. Тюлькина О.С.)

3.1. Общие сведения о контроле КМП

В системе оценки, контроля и обеспечения КМП этап контроля занимает весьма существенное значение. По сути дела, на этапе контроля осуществляется сбор исходных данных для оценки и анализа, на основании которых в последующем принимаются решения по улучшению и обеспечению КМП. Особенно актуальным это стало при работе медицинских учреждений в условиях обязательного медицинского страхования, так как появились новые субъекты и участники: страхователь, страховщик, пациент и др., которым предоставляется юридическое право на контроль КМП. Контроль КМП пациентам в условиях ОМС в значительной степени строится на организационных формах, технологической методике, стандартах и критериях оценки лечебного процесса.

С развитием в конце 70-х годов в большинстве стран мира концепции КМП, в которой были определены основные компоненты КМП, а КМП понималось как комплекс взаимосвязанных мероприятий, появилась возможность нормировать и разрабатывать стандарты. На основе стандартов строилась система контроля КМП. В это время широкое распространение получил анализ фактической работы врача, проводимый экспертами по данным первичной документации, на основании которого решался вопрос о соответствии каждого врача занимаемой должности [3, 4, 15, 20].

Установка на разработку и использование в медицинском обслуживании стандартов явилась поворотным моментом в решении проблем обеспечения КМП. *Медицинский стандарт* - комплекс мероприятий, норм, правил и требований, предъявляемых при оказании медицинской помощи в различных ситуациях, разработанных на основе достижений науки, техники, передового опыта и оформленных в виде нормативно-технического документа, утвержденного компетентным органом.

В Российской Федерации метод стандартизации для оценки КМП стал применяться в конце 80-х, начале 90-х годов [2]. Стандарт помогает определить уровень КМП, так как стандарт - это ожидаемый уровень качества. Стандартизация нужна для того, чтобы прежде всего определиться, что понимает организация, ЛПУ под КМП, обеспечить последовательность и единообразие в технологии, показателях-измерителях, обеспечить основу для оценки работы организации, ЛПУ в целом. Различают следующие типы стандартов: практические руководства, административные процедуры, спецификации, стандарты деятельности. Стандарты могут быть разработаны на всех трех элементах простейшей кибернетической модели "вход-процесс-выход". Коллеги из США называют эти элементы несколько иначе, чем принято у нас - "исходные вложения-процесс-конечная отдача". Предпочтение имеют пороговые стандарты. Пороги - минимальные или максимальные допустимые уровни деятельности или результатов, в отношении которых организация (ЛПУ) должна принять меры.

Порядок стандартизации в здравоохранении Российской Федерации регламентируется приказом МЗ РФ №12/2 от 19.01.98 г.

В качестве основных направлений стандартизации в здравоохранении Российской Федерации определены следующие:

- стандартизация медицинских услуг с разделением на услуги стационара, этапа транспортировки и услуги поликлиники;
- стандартизация объема лечебно-диагностических мероприятий - медицинский технологический стандарт;
- стандартизация конечных результатов лечения - модель конечных результатов (показатели результативности и показатели дефектов);
- стандартизация требований к профессиональным знаниям, умениям и навыкам медицинских работников (квалификация, аттестация, тестовый контроль);
- стандартизация требований к оснащенности ЛПУ;
- стандартизация в области лекарственного обеспечения (создание формуляров лекарственных препаратов);
- стандартизация в области информационного обеспечения и т.д.

Все вышеперечисленные виды стандартизации в здравоохранении направлены, прежде всего, на совершенствование информационного обеспечения управления КМП, где контроль КМП является одной из важных функций. Очень важно своевременно в удобном виде довести стандарты до пользователей. Применяются следующие способы и формы доведения стандартов: издание руководств для сотрудников, обучение персонала, производственные собрания, программы наставничества, периодически издаваемые печатные материалы, неофициальные беседы, рабочие инструкции.

Контроль за КМП осуществляется также методом мониторинга, который осуществляется периодическим сбором и анализом информации по выбранным показателям или путем ответа на ряд вопросов:

1. Что является источником информации?
 - самооценка, отзыв коллег, отзыв наставников, руководство организации, ЛПУ, политические лидеры, общественность.
2. Как осуществляется сбор информации?
 - интервью, непосредственное наблюдение, анализ документов, специальный опрос, использование технических средств.
3. Когда осуществляется сбор исходных данных?
 - постоянно, периодически, по мере необходимости.
4. О чем собирается информация?
 - исходные вложения (ресурсы, внешние установки), процесс, конечная отдача (конечные продукты: исходы, результативность).
5. Что является объектом оценки?
 - сотрудник, коллектив, микрорайон, район, область, национальные и международные масштабы.

Медицинская деятельность может быть представлена тремя составляющими: рутинная, творчество, искусство. Поэтому самооценка - это необходимый элемент контроля, измерения КМП через определение и анализ показателей (деятельности и результатов), определение методов сбора данных, установление соответствующего стиля деятельности, осознания чувства причастности и ответственности за исход. При этом особое внимание должно быть уделено организации обратной связи с медицинскими работниками. Вид и периодичность организации обратной связи обусловлены проблемами КМП. То есть в отдельных случаях используется сравнительная информация о результатах деятельности сотрудника в прошлом, если не происходит позитивных изменений.

Таким образом, целью контроля КМП является совершенствование информационного обеспечения управления КМП и, в конечном итоге, контроль за соблюдением права граждан на получение медицинской помощи, соответствующей гарантиям базовой программы обязательного медицинского страхования, а также повышение эффективности использования финансовых средств. Эффективность достижения КМП зависит от научного обоснования системы оказания МП, исходов лечения и обеспечения КМП. Наилучших результатов добиваются, когда коллектив работает как единая команда, а главной целью является улучшение КМП. В процессе достижения цели задействован полный цикл управления, и, главное, работа на потребителя.

3.2. Виды экспертизы КМП

Контроль и оценка КМП проводятся с привлечением для этой цели высококвалифицированных экспертов на основе применения метода экспертных оценок, так называемой медицинской экспертизы. Принято выделять несколько видов медицинской экспертизы. Каждый вид, даже при различной целевой направленности, прямо или косвенно имеет дело с оценкой КМП. При этом наибольшее распространение получили два ведущих вида экспертизы. Остановимся на них подробнее.

Ведомственная медицинская экспертиза или внутриведомственный контроль предусматривает оценку качества, проводимую внутри учреждений здравоохранения. Выделяют три ступени (уровня) контроля:

- уровень заведующего отделением (экспертизе подлежит результат взаимодействия в системе ”врач-пациент”);
- уровень заместителя главного врача ЛПУ по экспертизе (экспертизе подлежат конечные продукты (услуги) подразделения ЛПУ (отделение, поликлиника и т.д.);
- уровень главных специалистов органа управления муниципального здравоохранения (экспертизе подлежит деятельность лечебно-профилактического учреждения в целом).

Порядок проведения внутриведомственного контроля определен нормативными актами Минздрава РФ, субъектов Федерации и территориальных органов управления здравоохранением.

Вневедомственная экспертиза или вневедомственный контроль предусматривает оценку КМП учреждениями, не входящими в структуру здравоохранения: страховые организации, профессиональные ассоциации, лицензионно-аккредитационная комиссия, общество защиты прав потребителей и др. общественные организации. Порядок вневедомственного контроля определен Законами и Постановлениями Правительства (“О медицинском страховании”, “О лицензировании и аккредитации” и др.), нормативными актами фонда ОМС и страховых медицинских организаций всех уровней. Кроме того, имеются совместные нормативные документы, определяющие порядок контроля КМП (Приказ Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС 363/77 “О совершенствовании контроля КМП населению РФ”).

Проверки КМП могут быть плановыми и внеплановыми. Плановые проверки осуществляются специалистами здравоохранения различных уровней, экспертами страховых медицинских организаций и сотрудниками фонда социального страхования по заранее разработанному плану. Сроки плановых проверок согласовываются с медицинскими учреждениями, длительность их не превышает 5 дней.

Основаниями для внеплановых проверок могут быть:

- жалобы на низкий уровень качества, либо дефекты в оказании медицинской помощи;
- несоответствие представленного финансового счета объему, качеству и продолжительности оказанных услуг;
- случаи летального исхода;
- расхождения диагнозов 1, 2, и 3 категорий (об ошибках диагностики речь будет идти в специальном разделе);
- отказы в госпитализации при наличии показаний;
- случаи внутрибольничного инфицирования;
- осложнения, возникшие по вине медицинских работников;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- случаи заболевания с удлинненными или укороченными сроками лечения более чем на 30% от средней длительности;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года.

В проведении внеплановой проверки участвуют специалисты ведомственных и вневедомственных организаций, эксперты страховых медицинских организаций, независимые эксперты из банка данных “Независимые эксперты” Городской ассоциации врачей.

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

- лицензионно-аккредитационные комиссии;
- страховые медицинские организации;
- территориальные фонды обязательного медицинского страхования;
- исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации;
- профессиональные медицинские ассоциации;
- общество защиты прав потребителей.

Основной задачей вневедомственного контроля КМП поставлено обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и проверка эффективности использования ресурсов здравоохранения, а также финансовых средств обязательного и социального страхования.

Вневедомственный контроль качества осуществляется по следующим направлениям:

- анализ результатов оказания медицинской помощи населению;
- подготовка рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контроль за их выполнением;
- соблюдение инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
- оценка возможностей управления здравоохранением гарантировать требуемый уровень КМП;
- правильность предъявления тарифов и соответствие предъявленных к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи;
- другие виды контроля, осуществляемые организациями в пределах своей компетенции.

Проведение вневедомственного контроля КМП осуществляют как штатные, так и внештатные эксперты.

Вневедомственный контроль может осуществляться в виде:

- предупредительного контроля;
- контроля результата;
- целевого контроля;
- планового контроля.

Предупредительный контроль осуществляется лицензионно-аккредитационной комиссией перед проведением лицензирования и аккредитации медицинского учреждения или физического лица.

Контроль результата осуществляют все субъекты вневедомственного контроля. Его целью является оценка качества оказанной конкретному пациенту медицинской услуги.

Целевой контроль проводится в случае необходимости для разрешения спорного случая, с привлечением внештатных экспертов. Необходимо отметить, что страховая медицинская касса имеет право проверить случаи оказания мед. помощи только своим застрахованным пациентам, в объеме, гарантированном территориальной программой в учреждениях, финансируемых из средств ОМС.

Плановый контроль КМП осуществляется страховой медицинской организацией в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию.

В данном разделе рассмотрен, в основном, вневедомственный контроль за КМП, осуществляемый страховыми медицинскими организациями.

Вопросы взаимодействия при контроле за КМП определены приказом МЗ РФ и Федерального фонда ОМС № 363/77 от 24.10.96 г.

В приведенной ниже табл. 1 отражен порядок экспертизы качества и основные ее задачи.

Таблица 1

Порядок экспертизы КМП
в страховой медицинской организации и лечебно-профилактическом учреждении

СМО	ЛПУ
<i>Основные функции</i>	
Финансовая деятельность	Оказание медицинской помощи
<i>Финансирование экспертной работы</i>	
Финансируется из штрафных санкций	Не финансируется
<i>Основной методический подход</i>	
Случайная или целевая выборка	Мониторинг в течение года (ежемесячно)
<i>Специалисты, проводящие экспертизу</i>	
Врачи-эксперты, вошедшие в банк данных, утвержденный Согласительной комиссией	Трехуровневый контроль: специалисты управления здравоохранения
	зам. главных врачей ЛПУ, заведующие подразделениями

<i>Ведущий экспертный метод</i>	
Экспертиза медицинской документации	Экспертиза результатов деятельности
<i>Значение по рангу</i>	
1. Качество процесса 2. Качество результатов 3. Качество структуры	1. Качество результатов 2. Качество процесса 3. Качество структуры
<i>Корректирующие меры</i>	
Меры экономического воздействия (штрафы)	Меры информационного и административного характера

Как видно из приведенной таблицы, перед страховыми организациями стоят задачи не только защиты прав застрахованных, решаемые путем контроля за качеством оказываемой им помощи, но и контроль за использованием ЛПУ финансовых средств, поступающих из страховых медицинских организаций.

Необходимо помнить о существовании 3-х компонентов качества: качества структуры, качества результата и качества технологии, приоритет изучения исходов лечения должен быть определяющим в данной системе.

Из приведенных выше данных видно, что при ведомственной и вневедомственной экспертизах данные компоненты занимают различные места. И если при внутриведомственной экспертизе в первую очередь оцениваются результаты лечения, например, выздоровление, улучшение или ухудшение, то при вневедомственной - процесс организации медицинской помощи: объем проведенного обследования и лечения и т.д.

Различны и меры воздействия на ЛПУ по результату проведения экспертизы качества: так, у страховых медицинских организаций имеются экономические рычаги (штрафные санкции), а управление здравоохранением и ЛПУ могут применять в основном воспитательные и дисциплинарные меры.

В представленном ниже Положении (прил. 1) отражен порядок экспертизы КМП, проводимый страховыми медицинскими организациями.

3.3. Взаимодействие систем ведомственного и вневедомственного контроля КМП

Ведомственный контроль КМП, осуществляемый должностными лицами системы здравоохранения, является наиболее массовым видом контроля, приближенным к исполнителям медицинских услуг, поэтому необходимо проанализировать взаимодействие ведомственной и вневедомственной экспертизы КМП.

С этой целью в процессе совместной деятельности, предусмотренной договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС, стороны договора должны обеспечить исчерпывающую взаимную информацию о результатах ведомственного и вневедомственного контроля КМП. В Положение вносится требование, чтобы выставленные к оплате реестры пролеченных больных содержали результаты ведомственного контроля по каждому случаю оказания медицинской помощи. В случае согласия с ними субъекты вневедомственного контроля КМП могут принимать необходимые решения или соответствующие меры, в т.ч. уменьшение размеров оплаты по конкретному случаю оказания медицинских услуг, без проведения дополнительной экспертизы. При этом обязательными являются выборочная плановая

экспертиза, проводимая страховщиками и территориальным фондом ОМС, а также целевая экспертиза КМП.

По истечении определенного периода (квартала, полугодия, года) органом управления здравоохранением и территориальным фондом ОМС совместно со страховыми и медицинскими учреждениями проводится анализ причин, вызвавших снижение КМП, и разрабатывается план совместных мероприятий по устранению причин оказания медицинской помощи ненадлежащего качества по каждому медицинскому учреждению.

Таким образом, оценка и контроль КМП является одним из первых этапов системы обеспечения КМП.

В настоящее время научно обоснованы и внедрены в практическое здравоохранение несколько моделей оценки и контроля КМП.

Так, в Самарской области (г.Тольятти) на базе городской многопрофильной больницы № 1 (гл. врач В.А. Гройсман) разработана и внедрена информационная система управления больницей на основе электронной истории болезни. В больнице создана локальная вычислительная сеть в составе 160 персональных компьютеров, объединяющая все стационарные основные отделения и вспомогательные службы. С внедрением системы существенным образом изменилась технология оценки и контроля КМП. Появилась возможность проводить контроль качества в оперативном режиме на всех этапах лечебно-диагностического процесса и каждого участника [2, 4]. Безусловно, такой подход значительно повышает эффективность контроля и управления качеством. К сожалению, техническая и ресурсная база многих ЛПУ не позволяет проводить широкое внедрение. К тому же незадействованными в процессе контроля и обеспечения КМП остаются амбулаторно-поликлинические учреждения, поскольку в информационной больничной системе они не охвачены, так как являются самостоятельным юридическим лицом.

В Кемеровской области в 1995 году принимается Закон «Об охране здоровья населения Кемеровской области». В разделе V настоящего документа рассматриваются основные положения системы контроля КМП на территории. Для оценки КМП применялась специально разработанная методика, которая позволила установить удовлетворенность пациентов условиями оказания медицинской помощи в поликлиниках и стационарах, а также уровень качества медицинского обслуживания на основе экспертизы и по результатам социологического опроса [16, 31, 32, 39].

Пациенты оценивали доступность амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, квалификацию и профессионализм врачей и среднего медицинского персонала, состояние материально-технического оснащения и санитарно-гигиенических условий, организацию и качество питания в стационаре, лекарственное обеспечение, вежливость и внимательность медперсонала, адекватность оказанной медицинской помощи. Уровень удовлетворенности пациентов рассчитывался как средняя величина оценок (от 1 до 5 баллов) вышеназванных факторов качества.

Уровень качества (УК) медицинской помощи рассчитывался по методике и формуле (1) с использованием пятибалльной шкалы оценок (табл. 2) критериев (К) изучаемых факторов:

$$\text{УУК} = \frac{\text{Кдмп} + \text{Кукп} + \text{Кмто} + \text{Кспэр} + \text{Коп} + \text{Кло} + \text{Ксэдн} + \text{Каомп} + \text{Кдлпу}}{\sum \text{РП}}$$

где

Кдмп - доступность медицинской помощи;

Кукп - укомплектованность, квалификация, профессионализм медицинского персонала;

Кмто - материально-техническое обеспечение;

Кспэр - санитарно-противоэпидемический режим;

Коп - организация питания в стационаре;

Кло - лекарственное обеспечение;

Ксэдр - соблюдение этических и деонтологических норм;

Каомп - адекватность оказания медицинской помощи;

Кдлпу - деятельность лечебно-профилактического учреждения;

ΣРП - сумма рассматриваемых позиций.

Таблица 2

Шкала оценки уровня КМП

Удельный вес пациентов, медицинская помощь которым была оказана в соответствии с «Территориальной программой госгарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью» (%)	Балл (рейтинг)
85-90	5
70-84	4
55-69	3
40-54	2
менее 40	1

Оценка доступности амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи осуществлялась на основе анализа возможности для пациента:

- выбора врача при прикреплении в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения;

- получения первичной медико-санитарной помощи;

- получения помощи узких специалистов;

- лабораторного обследования;

- получения лечебно-профилактических процедур;

- плановой госпитализации.

Укомплектованность, квалификация, профессионализм врачей и средних медицинских работников оценивались на основе данных картотеки персонального учета кадров ЛПУ.

Коэффициент рассчитывался по формуле:

$$\text{УКМП} = \frac{\text{УВ} + \text{УСМ} + \text{КВ} + \text{КС} + \text{СВ} + \text{ССМ} + \text{АВ} + \text{АС} + \text{ЛДИ} + \text{УКЛ}}{\text{КПР}}$$

- где
- УКП - укомплектованность, квалификация, профессионализм;
 - УВ - уровень укомплектованности врачами, % к числу физических лиц;
 - УСМ - уровень укомплектованности средним медицинским персоналом, % к числу физических лиц;
 - УВ - соответствие стажа работы и категории врачей %;
 - КС - оценка соответствия стажа работы и категории среднего медицинского персонала, %;
 - СВ - наличие сертификатов у врачей, %;
 - ССМ - наличие сертификатов у средних медработников, %;
 - АВ - наличие административных взысканий у врачей, %;
 - АС - наличие административных взысканий у средних медицинских работников, %;
 - ЛДИ - качество лабораторно-диагностических исследований;
 - УКЛ - уровень качества лечения;
 - КРП - количество рассматриваемых позиций.

Состояние материально-технического обеспечения оценивалось с использованием «Основных требований и критериев оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений, предприятий и организаций». Учитывалось наличие функционально значимого оборудования, аппаратуры, предметов ухода за больным.

Санитарно-противоэпидемический режим и санитарно-гигиеническая характеристика питания ЛПУ устанавливались специалистами центра государственной санитарно-эпидемиологической службы в рамках текущего надзора.

Оценка санитарно-гигиенических условий в ЛПУ складывалась из суммы оценок площадей госпитализации, санитарно-технического состояния, санитарно-гигиенического содержания.

Санитарно-гигиеническая оценка питания осуществлялась на основе анализа санитарно-технического состояния пищеблока, его санитарно-гигиенического содержания, соблюдения противоэпидемического режима и определения качественного состава питания.

Оценка стандартов лекарственного обеспечения проводилась на основе нахождения соотношения между регламентированным и фактически имеющимся перечнем медикаментов, а также по соблюдению требований фармацевтического порядка.

Выполнение *этических и деонтологических норм* медицинским персоналом характеризовалось по анкетам пациентов, находящихся на лечении или обследовании в ЛПУ. Кроме того, учитывались обоснованные жалобы на неуважительное обращение с пациентами, поступившие в органы управления здравоохранением или страховые медицинские организации в течение года. Каждая жалоба уменьшала оценку показателя на балл.

Адекватность оказания медицинской помощи оценивалась экспертами с учётом медицинских показаний пребывания больного на этапе лечения и критериев его завершения.

В целях повышения качества медицинских услуг, упорядочения многочисленных проверок ЛПУ в Кемеровской области формируется стратегия управления, в которой внутриведомственный и вневедомственный контроль выступает как результат обратной

связи в непрерывном цикле улучшения процесса медицинского обслуживания и предполагает:

- изучение удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг методом социологического опроса;
- оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения;
- анализ технологии и адекватности оказания медицинской помощи конкретным пациентам;
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- подготовку рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение корректирующих мероприятий;
- контроль реализации управленческих решений.

Проблемы оценки контроля КМП находятся в центре внимания страховых медицинских организаций и фондов ОМС. Ведется поиск обоснования и разработки интегрированной оценки уровня КМП. Решению данной задачи посвящена работа Н.Д. Тэгай [26, 29]. В работе предложена, по нашему мнению, достаточно технологичная модель интегрированной оценки по результатам вневедомственной экспертизы.

Итак, интегральная оценка уровня качества оказанной медицинской помощи (УКОМП) по результатам вневедомственной экспертизы реализации территориальной программы ОМС складывается из трех последовательных этапов:

- 1 - определение общего индекса в баллах качества оказанной лечебно-диагностической помощи;
- 2 - оценка уровня влияния факторов, обуславливающих КМП;
- 3 - определение интегрального показателя уровня КМП (УКОМП) по результатам вневедомственной экспертизы.

1 - Определение показателя качества оказания лечебно-диагностической помощи (в баллах):

$$J = K_1 \frac{\Phi_1}{M_1} K_2 \frac{\Phi_2}{M_2} K_3 \frac{\Phi_3}{M_3}, \quad (1)$$

где:

J - общий показатель уровня качества оказания лечебно-диагностической помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий, K_1, K_2, K_3 - весовые вспомогательные коэффициенты, Φ_1, Φ_2, Φ_3 - фактическое число баллов по группам признаков, M_1, M_2, M_3 - максимально возможное число баллов в каждой группе показателей.

Фактически общий показатель уровня качества оказанной лечебно-диагностической помощи можно было бы записать как сумму J_1, J_2, J_3 , которые в свою очередь равны:

$$J_1 = K_1 \frac{\Phi_1}{M_1} - \text{препятствия организационного и экономического характера,}$$

$$J_2 = K_2 \frac{\Phi_2}{M_2} - \text{характеристика качества оказанной лечебно-диагностической помощи,}$$

$$J_3 = K_3 \frac{\Phi_3}{M_3} - \text{достижение целей медицинского вмешательства и его результативности.}$$

В случаях, когда мероприятия были выполнены успешно, их результаты были учтены и оценены правильно, присваивалось соответствующее число баллов.

В основе присвоения баллов по анализируемым блокам информации в нашем исследовании положены результаты экспертной оценки их значимости.

Принимается, что 1 % значимости = 1 баллу.

Возможная оценка КМП в целом составляет 100 баллов.

Введение вспомогательных весовых коэффициентов K_1, K_2 и K_3 даёт возможность перейти от многобалльной системы оценки к более привычной - пятибалльной.

При этом весовые коэффициенты по рассматриваемым трём блокам соответственно равны: $K_1 = 1,1, K_2 = 2,9$ и $K_3 = 1,0$ (пропорционально - 22, 58 и 20 баллам, приведенным выше).

Таблица 3

Шкала оценки качества оказания лечебно-диагностической помощи, (в баллах)

Варианты индекса J	В баллах	Уровень качества оказанной лечебно-диагностической помощи
(а)	0,1-1,0	Очень низкое
(б)	1,1-2,0	Низкое
(с)	2,1-3,0	Удовлетворительное
(d)	3,1-4,0	Хорошее
(е)	4,1-5,0	Высокое

Далее, в зависимости от величины общего показателя (J), уровень качества оказания лечебно-диагностической помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оценивается, как отражено в табл. 3.

2 - Для оценки уровня факторов (обозначим его символом F), обуславливающих различное качество медико-диагностической помощи, на базе усреднённых оценок экспертов, обычно проводящих вневедомственную оценку качества лечебно-диагностической помощи, в табл. 4 выделены 5 групп таких факторов (причин) в виде уровней в 1, 2, 3, 4 и 5 баллов, обозначенных (A), (B), (C), (D) и (E).

Таблица 4

Варианты индекса "F"	В баллах	Характеристика уровней факторов, обуславливающих КМП
(А)	1,0	Низкий уровень ресурсного обеспечения и менеджмента клин-нико-организационной деятельности больницы
(В)	2,0	Профессиональная небрежность медицинского персонала
(С)	3,0	Деонтологические проблемы, некорректное поведение пациента
Д)	4,0	Атипичность случая, неизбежность исхода (неизвестно в медицине)
(Е)	5,0	Оптимальный уровень ресурсного обеспечения больницы и высокий уровень управления деятельностью персонала

В целях осуществления комплексного интегрального подхода к расчёту УКОМП ОМС далее предлагается построить групповую таблицу, где формально объединяются в различных сочетаниях группы, отражающие уровень качества оказания лечебно-диагностической помощи, рассчитанный по формуле (1) и представленный в виде уровней (а), (b), (с), (d), и (е) индекса J в табл. 3, с группами, в которых была проведена экспертная оценка уровней факторов-причин, обуславливающих КМП в виде уровней (А), (В), (С), (D), и (Е) индекса F в табл. 4. При этом в клетки таблицы заносятся суммы баллов, формально соответствующие индексам в строках и столбцах.

Таблица 5

Схема расчёта общего интегрального показателя (в баллах) уровня КМП по территориальным программам ОМС (УКОМП ОМС),
в баллах

F \ J	a (0,1÷1,0)	b (1,1÷2,0)	c (2,1÷3,0)	d (3,1÷4,0)	e (4,1÷5,0)
A (1,0)	1,1÷2,0	2,1÷3,0	3,1÷4,0	4,1÷5,0	5,1÷6,0
B (2,0)	2,1÷3,0	3,1÷4,0	4,1÷5,0	5,1÷6,0	6,1÷7,0
C (3,0)	3,1÷4,0	4,1÷5,0	5,1÷6,0	6,1÷7,0	7,1÷8,0
D (4,0)	4,1÷5,0	5,1÷6,0	6,1÷7,0	7,1÷8,0	8,1÷9,0
E (5,0)	5,1÷6,0	6,1÷7,0	7,1÷8,0	8,1÷9,0	9,1÷10,0

Такой принцип присвоения баллов основан на действительно реальных сочетаниях признаков, которые представляют интерес не только в сочетании, но и сами по себе (табл. 5).

Возможные сочетания: (1) уровня качества оказания лечебной и диагностической помощи (J) и (2) уровня факторов, обуславливающих КМП (F), представлены в табл. 5.

По сочетанию признаков выделено 5 групп обстоятельств, обуславливающих тот или иной уровень КМП. Этот суммарный сочетанный балл и положен в основу определения пределов для 5-и групп, каждая из которых чётко очерчена набором тех или иных признаков и факторов.

1-я группа - наихудшая,

5-я группа - наилучшая.

Диапазон изменения суммарного сочетанного балла составляет от 1,1 (для худшей группы) до 10,0 (наилучшая группа).

Предлагаемая схема расчета интегрального показателя уровня КМП и исполнения территориальных программ государственных гарантий (УКОМП) позволит экспертам привлечь формализованный метод оценки и чётче конкретизировать мероприятия, направленные на улучшение КМП. Такой комплексный подход даёт возможность оценить более объективно обстоятельства, обусловившие КМП.

При этом максимально возможная суммарная балльная оценка уровня качества оказанной медицинской помощи по территориальной программе ОМС (УКОМП ОМС) соответствует максимальному значению сочетания: (1) УРОВНЯ качества оказания лечебно-диагностической помощи и (2) УРОВНЯ значимости факторов, обуславливающих КМП, т.е. соответствует 10,0 баллам (или 100%). Если экспортируемый случай не набирает по оценкам максимальных 10-и баллов, то часть «недостающих» баллов определяет так называемую «штрафную санкцию». Т.е. уровень «штрафных санкций» при расчётах определяется пропорционально этой недостающей до 10-и баллов доле стоимостной оценки.

Автору удалось с разработкой и внедрением модели унифицированной оценки уровня качества оказанной медицинской помощи, перейти от идеологии «штрафных санкций» к оценке стоимости медицинской помощи в зависимости от сочетания уровня КМП и значимости уровня факторов, его обуславливающих, что позволяет формализовать сложившуюся практику штрафных санкций в связи с некачественным оказанием медицинской помощи в системе ОМС.

Как видим, в настоящее время практически решены методические и организационно-технологические аспекты контроля и оценки КМП.

В то же время считаем целесообразным более активно привлекать к данной проблеме общественные организации, медицинских работников и самих пациентов.

3.4. Оценка КМП по результату социологических опросов населения

КМП можно определять путем анализа жалоб и предложений, поступающих от населения, и по результату социологического опроса с заполнением анкет [25, 26].

В табл. 6 представлены показатели удовлетворенности населения, получающего медицинскую помощь в трех крупных больницах города, по результату их анкетирования в 1997 г.

Таблица 6

Показатели удовлетворенности населения уровнем амбулаторно-поликлинической помощи по результату анкетирования

Показатель	Город %+ошибка	Больница 2 %+ошибка	Больница 22 %+ошибка	Больница 29 %+ошибка
Устраивают:				
– режим работы поликлиник	94+2	96+3	93+5	93+3
– обеспеченность диагно-	49+5	29+7	37+9	86+6

– работа процедурного к-та	79+4	78+7	75+8	83+7
– обеспеченность узкими специалистами	44+5	31+7	27+7	76+8
– работа участкового терапев.	72+5	89+5	79+7	43+9
– работа узких специалистов	54+5	55+8	38+7	67+9
– работа среднего медицинского персонала	80+4	76+7	76+8	90+5
Выбрали бы для дальнейшего наблюдения эту поликлинику	84+4	84+5	86+7	80+7

Как видно из табл. 6, более половины пациентов не удовлетворены обеспеченностью поликлиник узкими специалистами (56%): среди специалистов терапевтического профиля 11% отметили необеспеченность кардиологами и 2% - эндокринологами. Обращает на себя внимание низкая оценка обеспеченности поликлиник диагностическим оборудованием (51%), причем, когда пациентов попросили конкретизировать, какими видами обследования не обеспечены поликлиники, 39% указали электрокардиографию, 19% - лабораторные методы исследования и 27% - лучевые методы исследования.

Работа процедурного кабинета не устраивает 36% опрошенных, 79% отмечают, что приходится приносить свои шприцы. 27% пациентов, принявших участие в анкетировании, не устраивает помощь, оказываемая врачами-терапевтами, 38% - врачами-специалистами и 13% - средним медицинским персоналом. И, наконец, когда пациентов попросили ответить на вопрос, выбрали ли бы они для дальнейшего наблюдения данное амбулаторное учреждение, 16% ответили отрицательно.

На вопрос об обеспеченности узкими специалистами различаются ответы среди пациентов больниц 29 и 22 и больниц 2 и 22, т.е. нет четкой связи с категорией больницы, но можно сделать заключение, что обеспеченность специалистами в больнице 22 значительно хуже, чем в больницах 29 и 2. Из полученных ответов следует, что больше всего больных устраивают врачи-терапевты больницы 22, которые в основном и наблюдают их, из-за отсутствия узких специалистов, более низкую оценку больные дали врачам-терапевтам больницы 2, и самую низкую - больницы 29, это соответствует данным об аттестации по указанным больницам: так, в 1996 г. число аттестованных участковых терапевтов в больнице 2 составляло 85%, в больнице 22 - 71%, а в больнице 29 всего 40%.

В табл. 7 отражены показатели оценки качества стационарной помощи по результату анкетирования пациентов.

Таблица 7

Показатели удовлетворенности пациентов уровнем стационарной помощи по результату анкетирования

Показатель	Город %±m	Больница 2 %±m	Больница 22 %±m	Больница 29 %±m
Устраивают:				
– питание больных	75+4	79+7	69+8	72+8
– объем диагностического обследования	79+4	83+7	71+8	77+7

– объем назначенного лечения	74+4	73+8	80+7	75+7
– отношение лечащего врача:				
отличное	79+4	88+6	75+7	77+7
удовлетворительное	21+6	8+4	23+6	20+6
– отношение среднего персонала	81+4	87+6	75+7	78+7
– хотели бы сменить лечащего врача	5+3	3+3	6+4	4+3
– отмечают улучшение состояния на фоне лечения	89+4	91+6	73+9	89+6
– выбрали бы данный стационар для повторной госпитализации	86+4	97+6	75+8	81+7

m – ошибка

Из табл. 7 следует, что наиболее низкую оценку пациенты дали объёму назначенного лечения, 62% указали, что приходится самим покупать лекарственные препараты, 19% недовольны, что им не назначены инъекции, 31% - не получают физиолечение и 12% отметили, что имели осложнения на фоне назначенного лечения. Около трети пациентов (25%) не устраивает питание в стационаре. Пятая часть пациентов (21%) указала на недостаточный объём диагностического обследования, назвав виды обследования, которые им необходимы: 2,5% - электрокардиографию, 6% - рентгенографию, 8,5% - ультразвуковое обследование и 0,5% - бронхоскопию. Причем 9,5% отметили недоступность отдельных видов обследования в связи с их платностью. Анализируя мнения пациентов о медицинском персонале, можно отметить, что отношение врачей к больным оценивают более высоко, чем среднего медицинского персонала. 14% опрошенных отметили, что не выбрали бы данный стационар для следующей госпитализации, на основании чего можно сделать вывод, что они отрицательно оценили медицинскую помощь, полученную в данном ЛПУ.

Как видно из приведенных данных, объём и КМП, полученной в больницах категории А, к которым относятся больницы 1 и 29, больные оценивают выше, чем в больницах категории Б (больница 5).

4. ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ, КОНТРОЛЯ И УПРАВЛЕНИЯ КМП

4.1. Информационная система оценки, контроля и обеспечения КМП

(д.м.н., профессор Чеченин Г.И., Сапрыкина Т.В., к.т.н. Жилина Н.М., Нетяга Т.Г.)

Одной из главных целей современной реформы здравоохранения является повышение КМП [6]. Для этого приняты соответствующий закон и целый ряд последующих документов федерального уровня. Основным содержанием каждого документа являются гарантии государства и его полномочных представителей по обеспечению населения медицинской помощью высокого качества. Однако медицинские учреждения и страховые организации лишены возможности активно оценивать КМП и использовать результаты этой работы.

Информационное обеспечение системы оценки, контроля и управления КМП создается с целью повышения результативности взаимодействия субъектов и участников медико-санитарного обслуживания (МСО) на всех иерархических уровнях и соблюдения гарантий государства при оказании населению медицинской помощи высокого качества.

Информационное обеспечение системы оценки, контроля и управления КМП позволит медицинским учреждениям, страховым организациям и другим субъектам ОМС наиболее полно и объективно оценивать КМП и эффективно использовать результаты этой оценки.

Информационное обеспечение системы оценки, контроля и управления КМП предполагает экспертную (неавтоматизированную) обработку информации либо автоматизацию (полную или частичную) этого процесса. Наиболее эффективным является автоматизированный метод обработки информации.

До последнего времени главными составляющими модели контроля КМП были: минимальный стандарт, ориентация на фактические данные (информация о состоянии пациента), ведущая роль экспертов, управление качеством через поощрение работников. При разработке систем оценки, контроля и обеспечения КМП мы исходили из вышеназванных посылок. Однако изучение опыта других стран (Джон Айзенберг, США) приводит к выводу, что модель оценки, контроля и обеспечения КМП претерпела значительные изменения. Её составляющими становятся не просто контроль, а улучшение КМП, интеграция различных источников информации, касающихся всех аспектов лечебно-диагностического процесса, определение причин и ошибок в процессе оказания медицинских услуг, повышается роль участников этого процесса, в том числе роль обеспечивающих служб системы здравоохранения [36, 37].

В концептуальном плане при создании системы оценки и обеспечения качества МП определены следующие принципы:

1) Оценка и обеспечение качества МП должны строиться на основе совершенствования процессов управления качеством МП, внедрения прогрессивных медико-организационных технологий: повышения уровня квалификации медицинских кадров, интенсификации имеющихся ресурсов.

2) Оценка качества МП производится по следующим компонентам:

- профессиональная деятельность;
- использование ресурсов;

- минимизация риска для пациента;
- удовлетворенность пациента.

3) Обеспечение качества должно быть ориентировано на удовлетворение потребностей населения в соответствии с правами человека и гарантиями со стороны государства в области охраны здоровья и создаваться на основе программно-целевого подхода.

4) Мероприятия по обеспечению качества МП должны быть направлены на все составляющие компоненты, выявленные при исследовании модели “вход-процесс-выход”.

5) Оценка качества МП производится путем сравнения со стандартами. Выделяем стандарты на результаты деятельности и стандарты на технологию достижения цели. При этом главный упор делается на результаты.

6) Система оценки, контроля и обеспечения качества МП - это интегрированная система, которая является инструментом всех субъектов, участвующих в процессе медико-санитарного обслуживания, и реализует новую потребность в информационном обеспечении пациентов.

7) Система оценки качества МП является открытой динамической системой, развивающейся с учетом достижений науки и техники.

8) При внедрении системы оценки, контроля и обеспечения качества МП предусматривается этапность: вначале контроль и оценка, затем обеспечение качества при непрерывном оперативном управлении.

9) Система оценки, контроля и обеспечения качества МП должна иметь правовую законодательную основу (Закон о качестве медицинских услуг).

С учетом составных компонентов системы, иерархических уровней и реализуемых функций, систему оценки, контроля и обеспечения качества МП (на примере системы крупного промышленного города) можно представить схематично в виде трехмерной матрицы - куба. На одной стороне куба отражены компоненты качества:

- профессионализм персонала;
- ресурсное обеспечение и его использование;
- риск для пациентов;
- удовлетворение потребности населения в медицинских услугах.

На другой - иерархические уровни (объекты) оценки, контроля и обеспечения качества МП:

- врач, бригада;
- отделение, кабинет;
- подразделение (поликлиника, стационар);
- лечебно-профилактическое объединение;
- профиль службы района, города;
- система здравоохранения района, города в целом.

На третьей стороне отражены функции системы оценки, контроля и обеспечения качества МП:

- планирование и стандартизация;
- организация учета (мониторинг);
- проведение оценки (анализ);
- формирование решения (совершенствование).

В соответствии с принципами системного подхода система оценки, контроля и обеспечения качества может быть (по желанию исследователя) расчленена (декомпозирована) на составные части: контроль и оценка качества и обеспечение МП.

В системе оценки контроля качества МП, разрабатываемой для уровня “учреждение, район, город”, выделено четыре ступени.

Первая ступень - внутриведомственный контроль, когда оценка и контроль за качеством медицинской помощи проводятся заведующим отделением на основе первичных медицинских документов у всех больных, закончивших лечение. Здесь объектом контроля является система “врач-пациент”. Качество лечения оценивается по результативности (достижение поставленной задачи), соответствию набора показателей и процедур по каждой нозологической форме на всех этапах лечебно-диагностического процесса (диагностика, лечение) технологическим стандартам.

Результаты экспертизы оформляются и анализируются по конкретному больному и лечащему врачу. Для оптимизации деятельности экспертов целесообразно иметь автоматизированное рабочее место (АРМ).

Вторая ступень. Объектами контроля являются: отделение, кабинет ЛПУ или система “подразделение-группа лиц”. Экспертиза осуществляется в двух направлениях:

- заместителем главного врача, путем целенаправленного или непреднамеренного отбора первичных медицинских документов и их анализа. Целенаправленный отбор документов для экспертизы, как правило, соответствует целям управления в конкретной ситуации. Например, при отработке новой технологии все случаи в течение определенного времени подлежат экспертизе;

- при летальных исходах патолого-анатомическая служба экспертирует все случаи.

Экспертированию может подвергаться работа отдельного врача.

На этой ступени экспертизы, для комплексной оценки (анализа причин и выработки предложений) желательно иметь информационные базы (технологические стандарты, статистические данные, базы о ресурсном обеспечении, нормативы и т.п.).

Инструментом для проведения экспертизы являются компьютерная система анализа смертности и летальности (на основе патолого-анатомического исследования) и АРМ медицинского эксперта.

Третья ступень. Объектами оценки и контроля качества медицинской помощи являются подразделения и объединения профильной службы города (“ЛПУ, служба - контингент”). В качестве медицинских экспертов выступают главные специалисты управления здравоохранением, научные сотрудники институтов и клиник и другие подготовленные специалисты.

Информационное обеспечение экспертов осуществляется в автоматизированном режиме через функционирующие информационные системы. Процесс экспертизы проводится по принципу от общего к частному. Вначале оценивается выполнение плановых качественных показателей по объектам. Здесь следует отметить, что набор показателей, их ранговое значение определяются (с учетом существующих рекомендаций и экспертным путем) управлением здравоохранения по согласованию с профессиональной ассоциацией.

Количественное выражение показателей определяется путем статистической обработки информации баз о пациентах. Дается интегрированная оценка качества медицинской помощи профиля службы как по отдельным объектам, так и в целом по службе города.

Результатом экспертизы будут выявленные причины и рекомендации по обеспечению качества МП.

Четвертая ступень - межведомственный контроль. Экспертиза проводится городской экспертной комиссией (независимые эксперты по типу “адвокатуры”, услугами которых пользуются все субъекты ОМС).

Источником информации являются отфильтрованные материалы о качестве МП на всех ступенях контроля, получаемые из компьютерной системы, результаты инспекционных проверок качества, данные социологических исследований, заявления и жалобы граждан. Инструментом для проведения экспертизы являются: информационные системы, АРМы, интегрированная компьютерная система оценки и контроля качества МП. Результаты экспертизы качества на этой ступени являются основанием разработки комплексных программ обеспечения качества МП (системы защиты прав пациентов).

В качестве основных концептуальных положений, принятых при разработке системы защиты прав пациентов, выбраны:

- медицинские услуги - разновидность потребительских услуг;
- равные права всех участников медико-санитарного обслуживания;
- программно-целевой подход при разработке системы защиты прав пациентов.

При создании системы защиты прав пациентов на получение качественной медицинской помощи основными задачами являются:

- 1) обеспечение гарантированного объёма медицинских услуг надлежащего качества;
- 2) обеспечение доступности медицинской помощи, в том числе высококвалифицированной и специализированной;
- 3) разрешение споров и конфликтных ситуаций, возникающих в ходе получения медицинских услуг;
- 4) правовая и социальная защита пациентов.

Система защиты прав пациентов требует совершенствования всех видов обеспечения, в первую очередь законодательного, методического, информационного, кадрового, финансового и материально-технического.

Поэтому в настоящей работе мы ограничимся только общими положениями и требованиями к созданию системы защиты прав пациентов и более подробно остановимся на составляющих прежней модели.

Принципы организации информационного обеспечения

Информационное обеспечение системы оценки, контроля и управления КМП должно соответствовать требованиям к формированию официальных отчетных документов по данной проблеме и носить законодательный характер.

Информационное обеспечение системы оценки, контроля и управления КМП строится по иерархическому принципу. Требования верхнего уровня являются обязательными для выполнения нижестоящими уровнями.

Вся информация, используемая в системе оценки, контроля и управления КМП, должна быть адекватной, достоверной, необходимой и достаточной, фиксироваться в источнике, исключать дублирование, необоснованные ручные выкопировки, переписывания и прочие процессы, повышающие вероятность искажений и ошибок.

Информационное обеспечение системы оценки, контроля и управления КМП должно быть согласовано и взаимосвязано с существующим информационным обеспечением систем управления и технологических систем в лечебных учреждениях для одновременного использования одних и тех же сведений в разных задачах и в то же время быть открытым для вновь создаваемых информационных систем. В данном случае речь идет о том, что каждый производитель медицинских услуг независимо от формы собст-

венности в установленном порядке должен своевременно предоставлять отчет о выполненном объеме услуг и их качестве. Отчетность осуществляется в нескольких направлениях: прежде всего, перед вышестоящим руководством, то есть отраслевая отчетность, затем перед организациями, защищающими права пациентов и представляющими его интересы, официальная статистическая отчетность и, наконец, отчетность перед общественностью и населением.

Ресурсы (технические, информационные и кадровые) информационного обеспечения системы оценки, контроля и управления КМП должны максимально удовлетворять требованиям пользователя (своевременность, полнота и достоверность получаемой информации, высокая экономичность и доступность) при минимальных затратах на разработку и функционирование информационного обеспечения.

Информационное обеспечение системы создается с учетом последующей возможности накопления персонифицированной информации о пациенте в динамике и создания интегрированных компьютерных баз данных по всем разделам оказания медицинской помощи.

Программно-технические требования

Исходные массивы формируются на основе официальных учетно-оперативных и отчетных документов, утвержденных на федеральном уровне, или по согласованию с субъектами ОМС.

Информационное обеспечение должно удовлетворять потребности пользователей (всех субъектов ОМС) в своевременной, точной, просто и удобно получаемой и наглядно представленной информации.

Информационное обеспечение создается на базе локальных сетей РС-совместимых машин. Выбор сервера баз данных должен быть обусловлен высокой надежностью, большим объемом хранимой информации, высокой производительностью и, конечно, экономическими соображениями.

В системе применяется принцип распределенных БД, где на нижнем уровне будет персонифицированная БД (с единым идентификатором личности).

В системе используется единая нормативно-справочная информация: международные, межотраслевые, отраслевые классификаторы и справочники, утвержденные на федеральном уровне.

Структура системы

В соответствии с функциональным назначением системы оценки, контроля и управления качеством МП в структуре информационного обеспечения предусмотрены взаимосвязанные блоки выходной, нормативно-справочной и входной информации с выделенными организационно-правовыми, ресурсными, медико-организационными и технологическими аспектами.

Весь объем информации, используемой в системе, для наглядности отобразим на простейшей модели "вход-процесс-выход". На "входе" модели мы имеем информацию о потребности в основных видах медицинской помощи, о ресурсах системы здравоохранения и о внешних условиях (внешние установки: законы, приказы и т.п.) и др. На "процессе" - информация о медицинских технологиях (схемы диагностики и лечения, алгоритмы), организационно-управленческие аспекты медико-санитарного обслуживания. На "выходе" модели имеем информацию об объемах удовлетворенной потребности пациентов, качественных характеристиках и себестоимости медицинских услуг.

Уровни контроля КМП

В связи с функциональной спецификой различных уровней и этапов системы оценки, контроля и управления качеством МП в структуре информационного обеспечения целесообразно выделить следующие уровни:

- ведомственный контроль;
- вневедомственный контроль.

Субъекты контроля

Субъектами контроля и регулирования КМП являются:

- территориальные и региональные органы здравоохранения;
- медицинские страховые организации;
- территориальный фонд ОМС;
- лицензионно-аккредитационная комиссия (ЛАК);
- профессиональные ассоциации (ассоциация врачей, профсоюзная ассоциация медицинских работников, ассоциация потребителей).

Объектами контроля являются лечебно-профилактические учреждения, организации и частнопрактикующие лица, оказывающие медицинскую помощь населению.

Система контроля КМП строится на основе взаимодействия ведомственного и вневедомственного контроля и независимой экспертизы.

На ведомственном уровне контроль осуществляют:

- зав. отделением, старший врач ССНМП;
- зам. главного врача ЛПУ по экспертизе, клинико-экспертная комиссия ЛПУ;
- главный специалист городского управления здравоохранением, клинико-экспертная комиссия (КЭК) города;
- главный специалист территориального управления здравоохранением, КЭК территории.

На вневедомственном уровне контроль осуществляют:

- институт независимых экспертов;
- эксперты медицинских страховых организаций;
- эксперты ЛАК;
- эксперты ассоциации врачей;
- эксперты территориального фонда;
- эксперты общества защиты прав потребителей.

Контроль КМП (как ведомственный, так и вневедомственный) предполагает пять ступеней:

- врач, пациент, бригада ССНМП;
- подразделение ЛПУ, подстанции ССНМП;
- лечебно-профилактическое учреждение;
- профиль службы;
- город.

На каждом уровне контроля может проводиться повторная экспертиза медицинских документов, если кто-либо из субъектов системы здравоохранения не согласен с результатами уже проведенной экспертизы. Положение о повторной экспертизе, проводимой экспертами из банка данных независимых медицинских экспертов, приведено в прил. 4.

Периодичность контроля

Периодичность ведомственного контроля

Первая ступень - ежедневный контроль всех законченных случаев обращения за медицинской помощью.

Вторая ступень - контроль осуществляется в регламентном режиме (месяц, квартал, год), по жалобам и заявлениям населения, кроме того, проводится контроль случаев, оговоренных в Положениях об оценке КМП.

Третья-пятая ступени - контроль осуществляется в регламентном режиме (квартал, год), по жалобам и заявлениям населения, кроме того, проводится контроль случаев, оговоренных в Положениях об оценке КМП.

Периодичность вневедомственного контроля

Контроль осуществляется в регламентном режиме, согласно Положению о контроле КМП, по жалобам и заявлениям населения, а также по заявкам лицензионно-аккредитационной комиссии (ЛАК) и клинико-экспертной комиссии (КЭК).

Нормативно-справочная и законодательная информация

Нормативно-справочной информацией на уровне ведомственного контроля служат:

- Закон об обязательном медицинском страховании;
- Положения о системе контроля КМП;
- приказы о мерах по совершенствованию экспертизы КМП;
- медико-экономические стандарты;
- технологические стандарты;
- территориальная программа ОМС;
- нормативы, оценочные шкалы;
- стандарт результативности деятельности отделений (кабинетов);
- международные, отраслевые классификаторы;
- тарифы на медицинские услуги.

Нормативно-справочной информацией на уровне вневедомственного контроля служат:

- Закон об обязательном медицинском страховании;
- Положения о системе контроля КМП;
- приказы о мерах по совершенствованию экспертизы КМП;
- медико-экономические стандарты;
- территориальная программа ОМС;
- нормы и нормативы (наличие помещений, инженерное благоустройство в зависимости от категории ЛПУ, табель оснащения медицинским оборудованием, профессиональная подготовка врачебных кадров и т.п.);
- договор страховой компании со страхователем;
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоимость услуг по медицинской экспертизе;
- договор со специалистом-экспертом на выполнение работы в рамках ОМС.

Выходная информация

Выходная информация ведомственного уровня контроля

Первая ступень контроля - выходной информацией являются:

- сведения о качестве медицинской помощи по каждому пациенту, зафиксированные в первичных медицинских документах (история болезни, амбулаторная карта, карта вызова ССНМП);
- сведения о качестве медицинской помощи по каждому врачу (КМП, дефекты) в динамике;
- реестры за оказанные медицинские услуги с указанием КМП;
- информационные данные о пациентах с последующей передачей на более высокий уровень управления;
- информационные данные о врачах с последующей передачей на более высокий уровень управления.

Вторая ступень контроля - выходной информацией являются:

- акт экспертной оценки КМП подразделения (отделение, подстанция ССНМП);
- рекомендации по управляющим воздействиям, направленные на повышение КМП, оказываемой подразделениями;
- сведения о работе экспертов.

Третья-пятая ступени контроля - выходная информация:

- оценка КМП ЛПУ (протоколы расчета уровня качества МП);
- рекомендации по управляющим воздействиям;
- управляющие воздействия по обеспечению заданного уровня КМП.

Выходная информация вневедомственного уровня контроля

Первая ступень контроля - выходной информацией являются:

- акт экспертной оценки качества оказания МП пациенту;
- акт расследования заявления (жалобы);
- акт претензий на необоснованно выплаченные суммы;
- уведомление в ЛАК, ассоциацию медицинских страховых организаций (АМСО), ассоциацию врачей, управление здравоохранением города.

Вторая ступень контроля - выходной информацией являются:

- акт экспертизы оценки КМП подразделения (отделение, подстанция ССНМП);
- акт экономической оценки по акту экспертной оценки КМП подразделения;
- акт претензий на необоснованно выплаченные суммы;
- уведомление в ЛАК, АМСО, ассоциацию врачей, управление здравоохранением, КЭК ЛПУ.

Третья-пятая ступени контроля - выходная информация:

- оценка КМП ЛПУ (протоколы расчета уровня качества МП);
- акт экспертизы оценки качества;
- акт экономической оценки по акту экспертной оценки КМП учреждения;
- акт претензий на необоснованно выплаченные суммы;
- уведомление в ЛАК, АМСО, ассоциацию врачей, управление здравоохранением, КЭК ЛПУ.

Виды актов даны в прил. 2.

Входная информация

Входная информация уровня ведомственного контроля

Входной информацией на первой ступени ведомственного контроля являются:

- первичная медицинская документация (история болезни, медицинская карта амбулаторного больного, карта вызова ССНМП, история родов, история развития ребенка и т.д.);
- персонифицированные сведения о пациентах;
- персонифицированные сведения о врачебных кадрах (включая деонтологическую оценку).

Входной информацией на второй и третьей ступенях ведомственного контроля являются:

- информационные данные, сформированные на первой ступени ведомственного контроля;
- фактические расходы на выполнение объема работ в разрезе статей затрат бюджета;
- акты претензий от МСО;
- перечень случаев целенаправленного или выборочного отбора на экспертизу.

Входной информацией на четвертой и пятой ступенях ведомственного контроля являются:

- данные, сформированные на второй ступени контроля;
- жалобы и заявления населения, социологические исследования;
- информационные данные по экспертам;
- демографические данные;
- заболеваемость и болезненность населения;
- данные по инвалидизации населения;
- показатели деятельности учреждений здравоохранения;
- прогноз бюджетных средств с разбиением по видам затрат;
- прогноз заболеваемости;
- муниципальный заказ.

Входная информация уровня вневедомственного контроля

Входная информация первой ступени вневедомственного контроля аналогична информации первой ступени ведомственного контроля, а именно:

- первичная медицинская документация;
- персонифицированные сведения о пациентах;
- персонифицированные сведения о врачебных кадрах (включая деонтологическую оценку).

Входная информация второй и третьей ступеней вневедомственного контроля:

- заявка на возможность выполнения видов исследования в рамках ОМС в соответствии с медико-экономическими стандартами (МЭС);
- технико-экономические показатели для сравнения с нормами и нормативами:
 - а) наличие набора помещений;
 - б) инженерное благоустройство в зависимости от категории;
 - в) оснащенность медицинским оборудованием;
 - г) обеспеченность твердым и мягким инвентарем;
 - д) наличие медицинских кадров необходимой квалификации;
 - е) фактический объем исследований и лечения больного;
- реестры на оказанные медицинские услуги;

- статистические данные, характеризующие качество лечения пациентов (уровень осложнения, летальность, повторная госпитализация и т.д.);
- жалобы и заявления населения, социологические исследования;
- первичная медицинская документация;
- фактические денежные затраты по учреждениям.

Входная информация четвертой и пятой ступеней вневедомственного контроля:

- жалобы и заявления населения, социологические исследования;
- статистические данные, характеризующие качество лечения пациентов;
- объем выполненной медицинской помощи;
- отчетно-финансовая документация.

Технология сбора информации

Конкретная информация, которую должны предоставлять пользователи системы, зависит от степени контроля КМП и уровня (ведомственный или вневедомственный контроль).

Первая ступень контроля

Первичные медицинские документы (истории болезни, амбулаторные карты, карты обслуживания вызова) поступают непосредственно заведующему отделением для проведения экспертизы КМП и определения уровня КМП.

Информационные сведения об уровне КМП, оказанной пациентам, сформированные на первой ступени контроля, являются входной информацией для контроля КМП на следующих ступенях контроля.

Вторая ступень контроля

Обработка и накопление данных о работе медицинских учреждений (информация о фактических затратах на выполнение объема работ в разрезе статей бюджета, результативности работы подразделений).

Определяется соответствие фактических значений показателей деятельности подразделений стандарту результативности.

На следующих, более высоких ступенях контроля, используются информационные данные, сформированные на предыдущих ступенях контроля.

4.2. Пример автоматизированной системы оценки КМП

Цель системы - повышение качества и результативности медицинской помощи на основе совершенствования процессов управления КМП, внедрения прогрессивных медико-организационных технологий, повышение уровня квалификации медицинских кадров, интенсификации использования имеющихся ресурсов.

Информационное обеспечение экспертов может осуществляться в автоматизированном режиме. Примером может служить "Экспертная автоматизированная система оценки и контроля КМП".

Система предусматривает:

- создание стандартов результативности, специфичных для каждого уровня и этапа оказания медицинской помощи, а именно по отделению, кабинету, подразделению, профилю службы с учетом категории медицинских учреждений, системы здравоохранения города в целом;
- создание оценочных шкал, определяющих допустимые масштабы отклонений;

- создание медико-экономических стандартов на каждый случай заболевания;
- создание персонифицированных баз на обслуживаемый контингент;
- создание базы знаний управляющих воздействий;
- количественную оценку уровня КМП;
- выдачу рекомендаций по управляющим воздействиям [35, 36].

Стандарт результативности - ожидаемый (планируемый) результат деятельности, который определяется набором показателей по аспектам качества, их нормированным значением, весовыми коэффициентами показателей, их желательной тенденцией (снижение, увеличение, оптимальное значение). Процесс построения стандарта предусматривает несколько этапов.

Первый и наиболее важный этап построения стандарта, способного обеспечить правильное решение управленческой проблемы, состоит в выборе показателей, включенных в стандарт. При этом нужно дать экспертную оценку значимости показателей. Оцениваем показатели десятибалльной шкалой. Например, показатель «расхождение диагноза поликлиники и стационара» имеет значимость при определении уровня качества в 8 баллов, а показатель «смертность в трудоспособном возрасте» - 5 баллов. Затем нужно пронормировать значения показателей. Для этого в системе предусмотрено два пути: анализ временных рядов и метод экспертных оценок. Анализ основан на допущении, согласно которому случившееся в прошлом даст достаточно хорошее приближение в оценке будущего. Метод экспертных оценок является формальным вариантом метода коллективного мнения.

Необходимо проверить стандарт на достоверность, т.е. определить степень соответствия стандарта реальному миру. Аспект проверки стандарта связан с установлением степени, в которой информация, получаемая с его помощью, действительно помогает руководству решить проблему. Хороший способ проверки стандарта заключается в опробовании его на ситуации из прошлого. После проверки на достоверность стандарт готов к использованию. Основная причина неиспользования стандартов в том, что их опасаются или не понимают их значения. Следует научить использовать стандарт. Лица, для которых предназначены стандарты, должны принимать участие в процессе их построения.

Количественным выражением КМП является коэффициент соответствия достигнутых результатов объекта стандарту. Эталонным коэффициентом является коэффициент, равный единице.

Методика оценки КМП предполагает оценку значений каждого показателя согласно нормативной таблице - стандарту.

Создание оценочных шкал необходимо для фильтрации объектов на последующие этапы контроля. Оценочные шкалы устанавливают масштабы допустимых отклонений. Одной из оценочных шкал является планируемый интервал значений уровня КМП. Например, полученный УКМП 0,98 характеризует благополучную ситуацию, приемлемое поведение объекта. А объект, имеющий УКМП 0,95, подлежит экспертизе на следующем этапе контроля. Нормирование оценочных шкал базируется на анализе временных рядов.

Пример оценки КМП для хирургического профиля дан в табл. 8. Этот стандарт был сформирован на начальном этапе работы по оценке и обеспечению КМП.

Стандарт результативности по хирургическому профилю

Наименование показателей	Интегр. балльная оценка	Весовой коэффициент	Нормативное значение		Тенденция
			начальное	конечное	
Общая послеоперационная летальность экстренных больных	8.60	0.1274	2.00	5.00	-
Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов	8.10	0.1197	4.00	7.00	-
Оперативная активность	7.90	0.1095	40.00	50.00	+
Средняя длительность лечения	6.70	0.0959	10.00	11.50	-
Количество операций на одну койку	6.22	0.0805	4.00	5.00	+
Повторная госпитализация	6.11	0.0792	5.00	7.00	-
Койкодень до операции у плановых больных	5.90	0.0668	1.50	3.00	-
Летальность	4.67	0.0509	1.30	4.80	-

Даже если применение стандарта оказалось успешным, почти наверняка он требует обновления. Руководитель может обнаружить, что желательны дополнительные данные. Если цели учреждения изменились таким образом, что это влияет на критерии принятия решений, стандарт необходимо соответствующим образом модифицировать.

В результате обеспечения КМП в течение 1996–1997 гг. была достигнута цель: значения показателей соответствуют нормативным значениям, заложенным в стандарт. Затем руководитель добавляет в стандарт показатели, требующие улучшения, и ужесточает нормативные значения. Измененный стандарт показан в табл. 9.

Таблица 9

Стандарт результативности по хирургическому профилю

Наименование показателей	Интегр. балльная оценка	Весовой коэффициент	Нормативное значение		Тенденция
			начальное	конечное	
Процент врачей первой и высшей категорий	10.00	0.1133	80.00	100.00	+
Общая послеоперационная летальность экстренных больных	8.60	0.0974	2.00	5.00	-

Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов	8.10	0.0917	3.00	5.00	-
Процент операций II-IV категорий сложности	8.00	0.0906	70.00	75.00	+
Оперативная активность	7.90	0.0895	65.00	70.00	+
Средняя длительность лечения	6.70	0.0759	10.00	11.50	-
Процент повторных операций на одного оперированного	6.43	0.0728	10.00	20.00	-
Количество операций на одну койку	6.22	0.0705	4.00	5.00	+
Повторная госпитализация (%)	6.11	0.0692	1.00	2.00	-
Койкодень до операции у плановых больных	5.90	0.0668	1.50	3.00	-
Выполнение плана пролеченных больных	5.00	0.0566	95.00	100.00	+
Летальность	4.67	0.0529	1.30	4.80	-
Досуточная летальность	4.67	0.0529	20.80	35.00	-

«*» - отмечены показатели, внесенные в стандарт, согласно целевому управлению.

«+» - отмечены показатели, нормативные значения которых ужесточились.

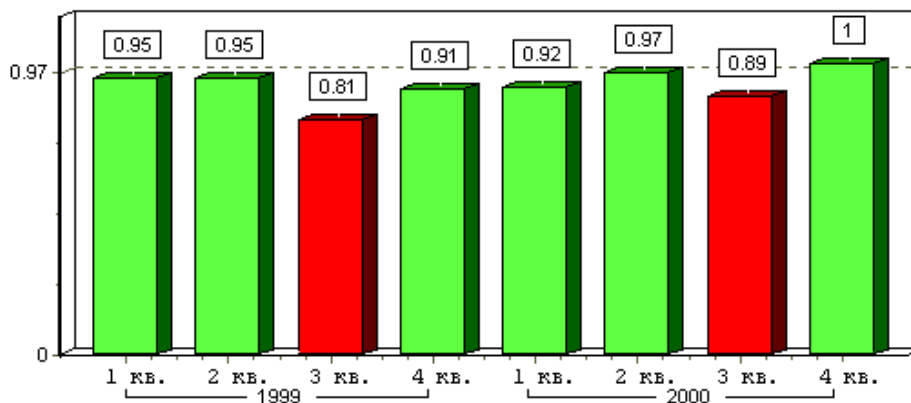
В системе предусмотрено ведение базы динамических рядов, содержащих значения достигнутых уровней КМП по всем объектам наблюдения. Это позволяет нам наглядно представить информацию за интересующий нас период путем построения графиков, диаграмм и проследить динамику изменения, что является основанием для дальнейшего анализа по всем аспектам качества.

Так, на примере хирургической службы, показатели которой приведены на графике, видны периоды снижения уровня качества, что говорит об ужесточении стандарта. Дальнейшее увеличение уровня качества происходит за счет достижения поставленной руководителем цели по улучшению КМП.

Отфильтрованные объекты попадают на следующий этап контроля, который предполагает выдачу рекомендаций об управляющих воздействиях на объект. Этот этап предусматривает автоматизацию процессов:

- выявление проблем;
- анализ конкретных ситуаций, определяющих УКМП;
- выдача рекомендаций об управляющих воздействиях.

УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Профиль ХИРУРГИЯ



Нормативный уровень качества медицинской помощи по учреждениям категории А - 0.97

Под проблемой понимаем несоответствие желаемого и фактического уровней достижения цели. В нашем случае уровень качества ниже заданного в оценочной шкале или фактическое значение показателя ниже заданного в стандарте результативности. Под ситуацией понимается сочетание условий и обстоятельств, создающих определенную обстановку, в которой возникла проблема. Например, расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов больше нормативного (проблема). Эта ситуация возможна из-за следующих обстоятельств: низкий квалификационный уровень врачей, не обеспечивается в должном объеме консультативная помощь, большое число госпитализированных больных по экстренным показаниям, поздние сроки поступления в стационар. Процесс анализа носит интерактивный характер:

- составление каталога проблем;
- построение графа проблем, т.е. установление взаимоотношений "причина - следствие";
- построение "дерева решений";
- выдача рекомендаций об управляющих воздействиях, основанных на поведении объекта.

Каталог проблем - перечень показателей, значение которых должно быть достигнуто согласно стандарту результативности. "Дерево решений" представляет собой граф, где номеру "проблема - причина" ставится в соответствие номер рекомендации об управляющих воздействиях. Совокупность каталога проблем, "дерева решений", рекомендаций об управляющих воздействиях составляют базу знаний управляющих воздействий.

В создании базы принимают участие непосредственно те руководители, которые создают стандарты результативности и умеют отличить причину от следствия. Система автоматизированно производит проверку на соответствие стандартам каждого включенного в стандарт показателя. При выявлении ситуации, выходящей за рамки стандарта, система в автоматизированном режиме ищет причину возникновения данной ситуации, проверяя на соответствие стандарту все заложенные ситуации-причины. После выявления причин выдаются рекомендации.

Если более глубоко рассмотреть пример по расхождению клинического и патолого-анатомического диагнозов, то можно выйти на рекомендации о переаттестации врачебных кадров или взять на экспертизу все отфильтрованные случаи расхождений диагнозов из персонифицированных баз обслуживаемого контингента, т.е. перейти к следующему этапу контроля качества.

Используя оценочные шкалы (масштабы допустимых отклонений от нормативов), система фильтрует объекты для следующих, более детальных этапов контроля. При их проведении выдаются рекомендации по управляющим воздействиям - руководства к действию, направленные на повышение уровня КМП.

Этот этап предусматривает автоматизацию процессов:

- выявление проблем;
- анализ конкретных ситуаций, определяющих уровень КМП;
- принятие решений, т.е. выдачу рекомендаций по управляющим воздействиям.

Комплекс управляющих решений, принятый на основе выходной информации системы, охватывает многие аспекты организации лечебно-диагностического процесса. Здесь приоритетными являются мероприятия, связанные с повышением квалификации врачей и всего медицинского персонала, задействованного в лечебно-диагностическом процессе. Выявляются пробелы теоретических знаний и практических навыков. Врачебные ошибки систематизируются и передаются в учебные заведения. Одновременно с этим разрабатывается и внедряется система постоянной последипломной подготовки и переподготовки специалистов, а также система информационного обеспечения врачей, парамедиков и других специалистов. Серьезное внимание уделяется совершенствованию организационно-функциональной структуры и всей системы руководства и управления, обеспечению работников инструктивно-методическими материалами, типовыми схемами лечения, алгоритмами и т.п.

Первоочередной задачей является четкое распределение и закрепление функциональных обязанностей, организация адекватного взаимодействия всех участников лечебно-диагностического процесса и обеспечивающих служб и подразделений. Необходимо стимулировать сотрудников при внедрении более эффективных и результативных методов и технологий, добиться, чтобы врачи осознали необходимость и целесообразность улучшения КМП, воспитать чувство ответственности и добиться соучастия каждого в этом процессе.

Немаловажное значение имеет создание благоприятной рабочей обстановки и вежливое общение с пациентами. Необходимо внедрить систему учета и анализа услуг, оказанных каждым сотрудником, организовать обратную связь врачей и специалистов с больными, своевременное информационное обеспечение. Руководители структурных подразделений должны проникнуться чувством ответственности, преданности своему делу, понимать цели и задачи, стоящие перед организацией, учиться на ошибках.

В заключение данного раздела необходимо отметить, что главными стратегическими направлениями улучшения КМП являются: чувство неудовлетворенности фактическим положением дел в системе охраны здоровья; осознание необходимости перемен; появление новых фактов и научных стратегий в результате происходящей научно-технической революции; постоянное последипломное обучение; организация адекватного обеспечения лечебно-диагностического процесса, в том числе финансового и материально-технического; необходимость организации обратной связи с пациентами и коллегами по работе.

4.3. Экспертная система оценки, контроля и обеспечения КМП

Полученные результаты оценки КМП, выяснение ситуаций, которые снижают КМП, дают возможность организатору здравоохранения любого уровня оценить, в какой мере цели соответствуют ресурсам, структуре, штатному расписанию, статистическим показателям. Используя результаты оценки, необходимо провести цикл действий по обеспечению качества.

Этап 1 (определение стандарта):

- планирование (цели, стратегические планы);
- определение показателей результативности.

Этап 2 (сравнение результатов со стандартами):

- установление масштаба допустимых отклонений;
- сравнение результатов со стандартами;
- сообщение сотрудникам полученных данных;
- оценка значимости информации.

Этап 3 (действия):

- если цели достигнуты, то ужесточить стандарт или масштабы допустимых отклонений;
- если цели не достигнуты, то определить, реалистичны ли стандарты. Если стандарты реалистичны, выяснить причину отклонений и согласно рекомендациям автоматизированной системы устранить отклонения. Если стандарты не реалистичны, то пересмотреть их.

Автоматизированная технология оценки КМП прошла испытания в лечебно-профилактических учреждениях г. Новокузнецка. Результаты практического применения системы показали, что АС «Качество» находит своих пользователей среди руководителей лечебно-профилактических учреждений и главных специалистов управления здравоохранением. Использование автоматизированной системы позволяет установить типичные ошибки врачебной деятельности, предоставляет возможность количественной оценки КМП, возможность обоснования результатов оценки КМП и предлагает систему мероприятий по совершенствованию показателей качества, чтобы предоставляемые услуги были как можно более эффективными и безопасными.

Этапы внедрения автоматизированной программы:

- планирование программы обеспечения качества;
- разработка указаний и установление стандартов;
- доведение стандартов и спецификаций до сотрудников;
- контроль качества;
- обнаружение проблем и выбор возможностей для улучшения качества обслуживания;
- рабочая постановка вопроса;
- выбор группы исполнителей;
- анализ и изучение проблемы для определения ее конкретных причин.

Необходимо отметить, что экспертная система оценки контроля качества - открытая система, позволяющая проводить коррекцию показателей и вносить новые управляющие решения в соответствии с условиями организации медицинской помощи.

Примером оценки качества работы учреждений здравоохранения по набору показателей является также модель конечных результатов - это экспертным путем созданная модель, включающая набор показателей (показатели результативности и показатели дефектов), достигнутых учреждением за определенный период деятельности, по которым определяется коэффициент достигнутых результатов (КДР).

Стратегия обеспечения качества МП может быть реализована в двух направлениях: путем разработки и внедрения комплексной программы обеспечения качества и путем решения отдельных проблем, так называемый программно-ориентированный подход.

Наиболее предпочтительным является комбинированный вариант, когда комплексная программа методологии системного подхода разрабатывается с использованием обеспечения качества. Преимущество такого подхода заключается в следующем:

- цель “обеспечение качества” увязана с целью вышестоящего по иерархии уровня;
- максимальное удовлетворение потребности населения в различных видах медицинской помощи высокого качества;
- в реализации программных мероприятий принимают участие все субъекты ОМС и другие участники;
- за каждым программным мероприятием закрепляются соответствующие ресурсы, устанавливаются сроки исполнения и ответственные лица;
- появляется возможность определения приоритетных направлений в решении проблем по проблемно-ориентированному способу.

Таким образом, используется принцип системного подхода “от общего к частному”.

Система защиты прав пациентов должна быть составной частью (подсистемой) более общей системы охраны здоровья населения и должна обеспечиваться в результате функционирования и взаимодействия всех субъектов ОМС и участников процесса оказания медицинской помощи.

Основные концептуальные положения системы защиты прав пациентов могут быть сведены к следующему:

- медицинские услуги являются разновидностью потребительских услуг;
- обеспечивается равноправие всех субъектов и участников медико-санитарного обслуживания и соблюдение их прав;
- система защиты прав пациентов создается на основе программно-целевого подхода;
- экспертиза качества медицинской помощи осуществляется специально подготовленными специалистами, имеющими медицинское образование.

Таким образом, в Новокузнецке были разработаны и апробированы методические и технологические аспекты системы оценки, контроля и обеспечения качества медицинской помощи. Опыт, накопленный в городе, был обобщен и представлен в Минздрав РФ и использован при подготовке доклада на Коллегию Минздрава РФ (см. ниже содержание наших предложений).

Предложения к докладу Минздрава РФ на коллегию Управление качеством медицинской помощи (16 марта 1998 г.)

Актуальность рассматриваемой проблемы не вызывает сомнения и обусловлена объективной закономерностью, когда пациент стал рассматриваться как потребитель

медицинских услуг, обладающий всеми правами, предусмотренными для потребителей услуг, где качество товара (услуги) является главным критерием при оценке удовлетворения потребности населения. В управлении КМП (оценка, контроль и обеспечение) заинтересованы все субъекты и участники медицинского страхования.

Однако практическая реализация задачи «Управление качеством медицинской помощи (КМП)» сдерживается наличием значительного числа проблем. К числу наиболее существенных проблем относятся:

- отсутствие однозначного понимания (определения) КМП;
 - проблема стандартизации результатов медицинской деятельности и технологии;
 - низкая фондовооруженность врача, оснащенность койки;
 - дефицит финансирования здравоохранения, что влечет за собой ограничение в лекарственном и других видах обеспечения лечебно-диагностического процесса;
 - достаточно высокая доля врачей имеющих низкий квалификационный уровень.
- Особенно это касается периферийных районов страны;
- превалирование ведомственного контроля КМП;
 - отсутствие комплексной (единой для всех субъектов ОМС) системы управления КМП и др.

Остановимся на некоторых проблемах.

Известно, что качество представляет собой сложное и многогранное понятие. Специалисты обычно выделяют несколько аспектов качества, имеющие разную степень важности, в зависимости от конкретных условий, в которых решается проблема обеспечения качества. Мероприятия по обеспечению качества могут быть направлены на улучшение одного или нескольких из этих аспектов, а именно профессиональной компетентности, доступности услуг, медицинской эффективности, хороших межличностных отношений, эффективности, безопасности и удобства для пациента.

Таким образом, КМП можно определить как комплекс взаимосвязанных характеристик, отражающих полноту, своевременность, адекватность медицинских мероприятий, реализуемых специалистами, имеющими сертификат, с использованием оборудования и аппаратуры, прошедших госповерку, обеспечивающих непереносимое достижение поставленной цели.

С целью организации оценки, контроля и обеспечения КМП необходимо создание и использование медицинских стандартов и компьютерных систем.

Медицинский стандарт - комплекс мероприятий, норм, правил и требований, предъявляемых при оказании медицинской помощи в различных ситуациях, разработанных на основе достижений науки, техники и передового опыта, и оформленных в виде нормативно-технологического документа, утвержденного компетентным органом. Объектом стандартизации является медицинская технология в процессе оказания МП для достижения поставленной цели и результат деятельности. При этом функционирование системы оценивается как достаточно «качественное», если результат деятельности и технология соответствуют стандартам.

В г.Новокузнецке вопросам оценки, контроля, повышения КМП занимаются достаточно серьезно на протяжении последних 5-6 лет.

В этом направлении выполнены следующие работы:

1. Силами Кустового медицинского АВЦ и Института усовершенствования врачей, Управления здравоохранения Администрации города разработана и внедрена ком-

плексная многоуровневая (межведомственная) система оценки, контроля и обеспечения КМП. *Основной целью системы является - повышение качества и результативности МП на основе совершенствования процессов управления КМП, внедрения прогрессивных медицинских и организационных технологий, повышение уровня квалификации медицинских кадров, интенсификации использования имеющихся ресурсов.*

Для реализации цели в системе реализованы следующие задачи:

- Стандартизация:
 - создание стандартов результативности, специфичных для каждого субъекта, уровня и этапа оказания МП;
 - создание медико-экономических стандартов на каждую нозологию;
 - создание оценочных шкал.
- Создание информационных моделей взаимодействия участников лечебно-диагностического процесса.
 - Создание персонифицированных баз на обслуживаемый контингент.
 - Создание банков управляющих воздействий.
 - Разработка методов количественной оценки уровня КМП.
 - Формирование и выдача рекомендаций и вариантов управляющих воздействий, основанных на данных об объекте.

Важным моментом является выбор показателей, включаемых в стандарт результативности, значимость каждого показателя, их направленность в сторону снижения или увеличения и т.п. Например, показатель «расхождение диагноза поликлиники и стационара» имеет значимость при определении уровня КМП - 7 баллов (максимум - 10 баллов).

В концептуальном подходе при создании системы оценки и обеспечения качества МП определены следующие принципы:

1) Оценка и обеспечение качества МП должны строиться на основе совершенствования процессов управления качеством МП, внедрения прогрессивных медико-организационных технологий: повышения уровня квалификации медицинских кадров, интенсификации имеющихся ресурсов.

2) Оценка качества МП производится по следующим компонентам:

- профессиональная деятельность;
- использование ресурсов;
- минимизация риска для пациента;
- удовлетворенность пациента.

3) Обеспечение качества должно быть ориентировано на удовлетворение потребностей населения в соответствии с правами и гарантиями со стороны государства к человеку на охрану здоровья и создаваться на основе программно-целевого подхода.

4) Мероприятия по обеспечению качества МП должны быть направлены на все составляющие компоненты, выявленные при исследовании модели “вход-процесс-выход”.

5) Оценка качества МП производится путем сравнения со стандартами. Выделяем стандарты на результаты деятельности и стандарты на технологию достижения цели. При этом главный упор делается на результаты.

6) Система оценки, контроля и обеспечения качества МП - это интегрированная система, которая является инструментом всех субъектов, участвующих в процессе ме-

дико-санитарного обслуживания, и реализует новую потребность в информационном обеспечении пациентов.

7) Система оценки качества МП является открытой динамической системой, развивающейся с учетом достижений науки и техники.

8) При внедрении системы оценки, контроля и обеспечения качества МП предусматривается этапность: вначале контроль и оценка, затем обеспечение качества.

9) Система оценки, контроля и обеспечения качества МП должна иметь правовую законодательную основу (Закон о качестве медицинских услуг).

С учетом составных компонент системы, иерархических уровней и реализуемых функций систему оценки, контроля и обеспечения качества МП можно представить схематично в виде трехмерной матрицы - куба (на примере системы крупного промышленного города).

На одной стороне куба отражены компоненты качества:

- профессионализм персонала;
- ресурсное обеспечение и его использование;
- риск для пациентов;
- удовлетворение потребности населения в медицинских услугах.

На другой - иерархические уровни (объекты) оценки, контроля и обеспечения качества МП:

- врач, бригада;
- отделение, кабинет;
- подразделение (поликлиника, стационар);
- лечебно-профилактическое объединение;
- профиль службы района, города;
- система здравоохранения района, города в целом.

На третьей стороне отражены функции системы оценки, контроля и обеспечения качества МП:

- планирование и стандартизация;
- организация учета (мониторинг);
- проведение оценки (анализ);
- формирование решения (совершенствование).

В соответствии с принципами системного подхода система оценки, контроля и обеспечения качества может быть (по желанию исследователя) расчленена (декомпозирована) на составные части: контроль и оценка качества и обеспечение МП.

В системе оценки контроля качества МП, разрабатываемой для уровня "учреждение, район, город", выделено четыре ступени.

Первая ступень - внутриведомственный контроль, когда оценка и контроль за КМП проводятся заведующим отделением на основе первичных медицинских документов у всех больных, закончивших лечение. Здесь объектом контроля является система "врач-пациент". Качество лечения оценивается по результативности (достижение поставленной задачи), соответствию набора показателей и процедур по каждой нозологической форме на всех этапах лечебно-диагностического процесса (диагностика, лечение) технологическим стандартам.

Результаты экспертизы оформляются и анализируются по конкретному больному и лечащему врачу. Для оптимизации деятельности экспертов целесообразно иметь автоматизированное рабочее место (АРМ).

Вторая ступень. Объектами контроля являются отделение, кабинет ЛПУ или система “подразделение - группа лиц”. Экспертиза осуществляется в двух направлениях:

- заместителем главного врача, путем целенаправленного или непреднамеренного отбора первичных медицинских документов и их анализа. Целенаправленный отбор документов для экспертизы, как правило, соответствует целям управления в конкретной ситуации. Например, при отработке новой технологии все случаи в течение определенного времени подлежат экспертизе;

- при летальных исходах патолого-анатомическая служба экспертирует все случаи.

Экспертированию может подвергаться работа отдельного врача.

На этой ступени экспертизы, для комплексной оценки (анализа причин и выработки предложений) желательно иметь информационные базы (технологические стандарты, статистические данные, базы о ресурсном обеспечении, нормативы и т.п.).

Инструментом для проведения экспертизы являются компьютерная система анализа смертности и летальности (на основе патолого-анатомического исследования) и АРМ медицинского эксперта.

Третья ступень. Объектами оценки и контроля КМП являются подразделения и объединения профильной службы города (“ЛПУ, служба - контингент”). В качестве медицинских экспертов выступают главные специалисты управления здравоохранения, научные сотрудники институтов и клиник и другие подготовленные специалисты.

Информационное обеспечение экспертов осуществляется в автоматизированном режиме через функционирующие информационные системы. Процесс экспертизы проводится по принципу «от общего к частному». Вначале оценивается выполнение плановых качественных показателей по объектам. Здесь следует отметить, что набор показателей, их ранговое значение определяются (с учетом существующих рекомендаций и экспертным путем) управлением здравоохранения по согласованию с профессиональной ассоциацией.

В качестве примера приведем перечень показателей для оценки КМП больничных стационаров, предлагаемых для ранжирования экспертам.

Количественное выражение показателей определяется путем статистической обработки информации баз о пациентах. Дается интегрированная оценка КМП профиля службы как по отдельным объектам, так и в целом по службе города.

Результатом экспертизы будут выявленные причины и рекомендации по обеспечению качества МП.

Четвертая ступень - межведомственный контроль. Экспертиза проводится городской экспертной комиссией (независимые эксперты по типу “адвокатуры”, услугами которых пользуются все субъекты ОМС).

Источником информации являются отфильтрованные материалы о качестве МП на всех ступенях контроля, получаемые из компьютерной системы, результаты инспекционных проверок качества, данные социологических исследований, заявления и жалобы граждан. Инструментом для проведения экспертизы являются: информационные системы, АРМы, интегрированная компьютерная система оценки и контроля качества МП.

Результаты экспертизы качества на этой ступени являются основанием разработки комплексных программ обеспечения качества МП (системы защиты прав пациентов).

Для практической реализации комплексной многоуровневой межведомственной компьютерной системы оценки, контроля и обеспечения КМП необходимо было создать компьютерный Банк независимых экспертов. Такой Банк создан при Ассоциации врачей города (президент доктор медицинских наук Барабаш А.В.) В качестве независимых экспертов определены работники ГИДУВа и научных учреждений города и области, главные специалисты. Эксперты проводят, как правило, вневедомственную экспертизу КМП. Разработано специальное Положение о проведении экспертизы.

Случаи конфликтных ситуаций между ЛПУ и СМО рассматриваются на специально созданной городской согласительной комиссии, состоящей из представителей органа здравоохранения, СМО, Ассоциации врачей, филиала ТФОМС, ученых ГИДУВа.

Известно, что КМП в значительной степени зависит от квалификации медицинских работников и прежде всего врачей. С этой целью в ряде муниципальных медицинских учреждений управлением здравоохранения и ректором ГИДУВа организованы клиники, где директорами клиник являются заведующие кафедрами (хирургическая, терапевтическая, глазная клиники при больнице №1, клиника нейрохирургии при больнице №29 и др.). Руководители клиник полностью несут ответственность за КМП и обеспечение контроля.

С 1997 года в городе применяется новый подход - консультация врачей и больных по каналам телекоммуникации. На базе Кустового медицинского информационно-аналитического центра (КМИАЦ) (директор профессор Чеченин Г.И.) организован «узел» Интернет. Клиника педиатрии (профессор Манеров Ф.К.), клиника хирургии (доц. Беляев М.В.) центр коррекции к.м.н. Флейшман А.Н.) и др. получают консультации как в российских центрах, так и за рубежом через Интернет. Безусловно, это способствует повышению КМП.

При внедрении многоэтапной системы стационарного лечения с учетом интенсивности лечения (коррекция неотложных состояний, интенсивного лечения, долечивания, стационара на дому и т.д.) разработаны показания, критерии и технологические стандарты. Данная система находится в эксперименте на базе двух больниц. В последующем планируется внедрить ее на все профили в целом, по всему городу. На наш взгляд, это также позволит совершенствовать управление КМП.

Система обеспечения качества МП и защиты прав пациентов. Стратегия обеспечения качества МП может быть реализована в двух направлениях: путем разработки и внедрения комплексной программы обеспечения качества и путем решения отдельных проблем так называемый программно-ориентированный подход.

Наиболее предпочтительным является комбинированный вариант, когда, используя методологию системного подхода, разрабатывается комплексная программа обеспечения качества. Преимущество такого подхода заключается в следующем:

- цель “обеспечение качества” увязана с целью вышестоящего по иерархии уровня;
- максимальное удовлетворение потребности населения в различных видах медицинской помощи высокого качества;

- в реализации программных мероприятий принимают участие все субъекты ОМС и другие участники;

- за каждым программным мероприятием закрепляются соответствующие ресурсы, устанавливаются сроки исполнения и ответственные лица;

- возможность определения приоритетных направлений в решении проблем по проблемно-ориентированному способу.

То есть используется принцип системного подхода “от общего к частному” [37].

Система защиты прав пациентов должна быть составной частью (подсистемой) другой, более общей, такой как система охраны здоровья населения, и должна обеспечиваться в результате функционирования и взаимодействия всех субъектов ОМС и участников процесса оказания медицинской помощи.

Основные концептуальные положения системы защиты прав пациентов могут быть сведены к следующему:

- медицинские услуги являются разновидностью потребительских услуг;

- равноправность всех субъектов и участников медико-санитарного обслуживания и соблюдение их прав;

- система защиты прав пациентов создается на основе программно-целевого подхода;

- экспертиза КМП осуществляется специально подготовленными специалистами, имеющими медицинское образование.

При этом основными задачами будут:

1. Обеспечение гарантированного объема медицинской помощи гражданам при надлежащем качестве МП.

Гарантированный объем медицинской помощи устанавливается в базовой программе обязательного медицинского страхования. Он согласуется с ресурсным обеспечением и отражается в технологических стандартах. При определении гарантированного объема МП учитывается возрастно-половая структура населения, уровень заболеваемости и экологическая нагрузка.

Надлежащее качество МП обеспечивается путем лицензирования и сертификации, внедрения интенсивной системы подготовки кадров, разработки и внедрения новых медицинских технологий, внедрения компьютерной системы оценки и контроля качества МП.

2. Удовлетворение потребности (обеспечение доступности) населения в медицинских услугах.

Доступность медицинской помощи подтверждается наличием страхового полиса. Она выражается в предоставлении гарантированного объема МП в ОМС, реальной возможностью выбора медицинского учреждения и врача. Доступность заключается также в получении гарантированного объема МП, независимо от удаленности пациентов от места жительства и финансово-экономического положения пациентов, при минимизации временных потерь со стороны пациентов и оптимальной системе их информирования.

3. Разрешение споров и конфликтных ситуаций, возникающих в процессе получения медицинских услуг между пациентами и другими участниками данного процесса.

В случае возникновения споров, конфликтов и претензий по объему или качеству медицинских услуг стороны при их разрешении руководствуются существующими законодательными и правовыми актами. Разрешение конфликтных ситуаций становится эффективным при использовании экономических санкций и применении мотивацион-

ных механизмов. С целью предупреждения возникновения конфликтных ситуаций взаимоотношения сторон должны строиться на договорной основе. Регламентация деятельности субъектов ОМС и других участников также строится на основе заключения соответствующих соглашений.

4. Обеспечение правовой и социальной защищенности пациентов.

Прежде всего, речь идет об идентификации (личности) пациентов через страховой полис или другой идентификатор в базе данных “Население” и договорных обязательствах, обеспечивающих получение ими медицинской помощи в любое время и на всей территории страны, соблюдении прав на получение дополнительных медицинских услуг по целевым программам и других льготных услуг (предоставление бесплатных медикаментов и т.п.), информационных услуг.

Организация контроля со стороны органов управления здравоохранением на местах за ценообразованием, тарифами медицинских услуг, установлением подушевых страховых взносов и т.д.

Реализация сформулированных задач требует решения проблемных вопросов по следующим видам обеспечения:

- законодательное, правовое;
- методическое;
- информационное;
- кадровое;
- материальное;
- техническое;
- финансовое.

Существующее законодательное и правовое обеспечение не дает однозначных ответов на проблемные вопросы организации оказания медицинской помощи соответствующего уровня и соблюдения прав пациентов в условиях ОМС. Нет правовой основы для мотивации пациентов в сохранении своего здоровья и повышения качества МП.

Лекарственное обеспечение пациентов не включено законодательными актами как гарантия качества МП в условиях ОМС. Это приводит к необходимости разработки и принятия Законов РФ “О защите прав пациентов”, “О лекарственном обеспечении”, разработки комплекса стандартов и других нормативных документов. Словом, прежде всего, следует разработать концепцию здравоохранения и концепцию системы защиты прав пациентов. С учетом концептуальных положений должны создаваться все другие виды обеспечения системы защиты прав пациентов.

Система защиты прав пациентов является многоуровневой. Так, например, на нижнем уровне (уровень района, города) она обеспечивается путем функционирования и взаимодействия следующих субъектов и участников процесса медико-санитарного обслуживания:

- местной администрации (управления здравоохранения);
- страховыми медицинскими организациями;
- профессиональной медицинской ассоциацией;
- центром санитарного надзора;
- союзом потребителей.

На втором, территориальном, уровне защита прав пациентов обеспечивается:

- территориальным фондом ОМС;
- лицензионно-аккредитационной комиссией;
- Госстандартом РФ (территориальное отделение);

- Госкомитетом по антимонопольной политике РФ (территориальное представительство);

- Госарбитражем.

Третий уровень - республиканский, права пациентов находятся под защитой головных организаций субъектов территориального уровня, а также Президента, Правительства, Федерального собрания.

Действенным контроль может быть при условии установления гарантийных обязательств и их соблюдении.

Основными формами гарантийных обязательств принято считать:

- безвозмездное устранение выявленных недостатков медицинской услуги;
- повторное оказание услуги за счет "производителя" должного качества;
- снижение стоимости услуги;
- возврат полной стоимости услуги;
- возмещение пациенту расходов, связанных с последствиями некачественно выполненной услуги и устранением дефектов;
- возмещение прямого ущерба пациенту;
- расторжение договора на услуги и возмещение убытков.

Не менее важным фактором выполнения гарантийных обязательств также является применение взаимных штрафных санкций, согласованных между субъектами.

Доктор медицинских наук, профессор

Г.И. Чеченин

Доктор медицинских наук, профессор

А.А. Луцик

28-31 мая 2002 г. в г.Тольятти Самарской области проведено "Совещание по качеству оказания медицинской помощи на основе развития информатизации здравоохранения", где был обсуждён проект Концепции государственной программы управления качеством в здравоохранении. Приводим первоначальный вариант концепции.

КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Решением Коллегии МЗ РФ от 20 марта 2002 г. утвержден план действий МЗ РФ по реализации программы социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу до 2004 г. Целью данного плана действий является создание прочной основы для формирования в стране системы здравоохранения, способной реально укреплять здоровье населения и эффективно восстанавливать его в случае утраты.

Для достижения этой цели коллегией намечено скоординировать воедино три принципа развития отрасли:

- единство системы здравоохранения независимо от территориальных и ведомственных разграничений;
- единство лечебно-профилактической и экономической эффективности;
- единство врача и пациента в достижении максимальной эффективности результатов профилактической и лечебной деятельности.

Единство системы здравоохранения предполагает:

- единство целей и задач;
- единую методику анализа результатов деятельности организаций здравоохранения и отрасли в целом;
- стандартизацию в здравоохранении;
- применение медицинских технологий, эффективность которых доказана, использование единой системы нормирования труда и заработной платы;
- единую технологию внедрения научных достижений в практическое здравоохранение;
- единую технологию подготовки и последипломного образования специалистов;
- использование единых технологий в управлении и организации здравоохранения.

Единство лечебно-профилактической и экономической эффективности определяется:

- единой методикой оценки результатов качества лечебно-профилактической работы;
- единой методикой оценки эффективности использования кадровых, материальных, интеллектуальных и финансовых ресурсов;
- применением интегрального коэффициента соотношения показателей качества медицинской помощи и величины затраченных ресурсов;
- введением государственной статистической отчетности по показателям, характеризующим качество медицинской помощи и затраченные ресурсы.

Единство врача и пациента в достижении медицинской эффективности результатов профилактической и лечебной деятельности определяется:

- полным и правдивым информированием пациента о выборе технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, вероятных исходов лечения;
- единой методикой деятельности школ из числа пациентов, страдающих хроническими заболеваниями;
- единой методикой оценки работы врача по результатам профилактической и лечебной деятельности;
- единой технологией оценки пациентами качества медицинской помощи.

В решении итоговой коллегии Минздрава России намечено до конца 2002 года разработать Концепцию Государственной программы управления качеством в здравоохранении, а в первом полугодии 2003 года разработать и утвердить саму Государственную программу.

Предполагается разработать систему управления качеством в здравоохранении, базирующуюся на стандартизации, медицине основанной на доказательствах и клинико-экономическом анализе. В основе мер, направленных на повышение качества в здравоохранении, лежит работа по созданию комплекса показателей и методологии его оценки, организационно-технические мероприятия.

Под стандартизацией в здравоохранении понимают "деятельность, направленную на достижение оптимальной степени упорядочивания в здравоохранении путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении" (ОСТ 91500.01.0007-2001 "Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения").

Медициной, основанной на доказательствах, является клиническая практика, основанная на критическом анализе результатов научных исследований. Одновременно административные и управленческие решения в здравоохранении должны строиться на тех же принципах, что позволит говорить о переходе от медицины, основанной на доказательствах, к здравоохранению, основанному на доказательствах.

Клинико-экономический анализ подразумевает сравнительную оценку двух и более методов профилактики, диагностики, лекарственного и нелекарственного лечения на основе комплексного взаимосвязанного учета результатов медицинского вмешательства и затрат на его выполнение.

Систему управления качеством в здравоохранении, базирующуюся на стандартизации, медицине, основанной на доказательствах и клинико-экономическом анализе, можно трактовать как управление качеством через достижение оптимальной степени упорядочивания в здравоохранении путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении, на основе критического анализа результатов научных исследований с учетом экономической целесообразности.

Принципы управления качеством в здравоохранении

- Деятельность учреждений здравоохранения должны формировать пациенты и их потребности.
- Необходима командная работа как средство формирования единых целей.
- Должен иметь место научный подход к принятию решений, основанный на постоянном сборе и анализе объективных данных (в виде количественных показателей).

- Усилия должны быть сосредоточены не на проверке индивидуального выполнения работ, а на совершенствовании самих технологических процессов и их ресурсного обеспечения.

- Совершенствование процессов предполагает переход от поиска виновных и их наказания к выявлению отклонений и причин их возникновения и предотвращение их в дальнейшем. Методы оценки качества строятся на сопоставлении реальной ситуации с желаемой (оптимальной или идеальной). Формализованным представлением такой желаемой ситуации и являются стандарты, которые следует рассматривать как базовые (эталонные) показатели качества в системе здравоохранения.

С позиции управления качеством, стандарты должны определять:

- минимально допустимый уровень качества через обозначение обязательных требований, образующих основу программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, включающей не виды помощи, а перечни конкретных услуг;

- направления дальнейшего совершенствования качества через формулирование дополнительных требований, носящих рекомендательный характер. С учетом «триады Донабедиана» предполагается обеспечение качества через проведение на всех уровнях системы здравоохранения взаимосвязанных мероприятий в области оптимизации использования ресурсов, внедрения современных технологий и оценки получаемых результатов. Соответственно можно выделить три основных укрупненных объекта стандартизации и три основных группы стандартов:

- стандарты ресурсного обеспечения здравоохранения (требования к различным видам ресурсов - кадровым, материальным, финансовым, информационным);
- стандарты процессов в здравоохранении, включая административные;
- стандарты результата.

Таким образом, «Государственная программа управления качеством в здравоохранении» должна состоять из основных разделов:

Требования к ресурсам системы здравоохранения, включающие:

- финансовое обеспечение;
- кадры;
- медицинская техника;
- лекарственные средства;
- здания, сооружения;
- транспорт;
- мягкий и твердый инвентарь;
- продукты питания.

Требования к технологиям в системе здравоохранения, включающие:

- технологии выполнения медицинских услуг;
- технологии процесса оказания медицинской помощи;
- организационные технологии;
- технологии производства лекарственных средств;
- технологии производства медицинской техники;
- технологии фармацевтической товаропроводящей сети;
- технологии товаропроводящей сети медицинской техники;
- технологии ремонта и обслуживания медицинской техники;
- технологии обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;

- технологии приготовления продуктов питания;
- технологии обеспечения безопасности труда медицинского персонала;
- технологии образования медицинского персонала;
- технологии выполнения манипуляций, исследований и процедур;
- технологии управления качеством в здравоохранении;
- технологии проведения научных исследований в здравоохранении;
- деонтологические и этические технологии;
- информационные технологии в здравоохранении.

Требования к результатам, включающие:

- исходы заболеваний;
- результаты оказания медицинских услуг, проведения манипуляций, исследований и процедур;
 - социальные результаты оказания медицинской помощи;
 - результаты мероприятий по профилактике заболеваний;
 - безопасность лекарственных средств и медицинских технологий.

Система управления качеством является непрерывным циклическим процессом, каждый цикл включает аналитически-контрольную фазу, фазу разработки мероприятий по обеспечению качества и фазу их внедрения. Система управления качеством в здравоохранении реализуется на федеральном уровне, уровне субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, медицинского учреждения, каждого медицинского работника. На каждом уровне устанавливается приоритетность проблем управления качеством, описываются задачи и технологии обеспечения качества, охватывающие три фазы управленческого цикла. Для решения конкретных задач разрабатываются стандарты (стандартные операции и процедуры) соответствующего уровня.

В рамках реализации Государственной программы управления качеством в здравоохранении на всех уровнях должны быть созданы структуры, занимающиеся вопросами:

- анализа показателей качества в здравоохранении;
- разработки мероприятий, направленных на повышение качества в здравоохранении;
- принятия оперативных мер по устранению причин, мешающих обеспечению качества;
- осуществления контроля за реализацией программ управления качеством.

Для реализации этих задач необходимо повсеместно:

- осуществлять переход на первоочередное использование технологий, эффективность и экономическая целесообразность которых доказана;
- развивать стандартизацию в здравоохранении;
- развивать системы лицензирования в здравоохранении, аккредитации, сертификации, ведомственного и вневедомственного контроля;
- введение методики управления здравоохранением на основе отклонений от заданных показателей качества.

В целях введения постоянной оценки качества медицинской помощи по уровням управления в 2002 году должны быть разработаны показатели качества на всех уровнях: медицинской организации, муниципального образования, субъекта Федерации и страны в целом, с последующим введением государственной статистической отчетности.

Ход работы по подготовке Государственной программы по управлению качеством медицинской помощи свидетельствует о крайней необходимости реализации важнейших направлений управления качеством:

- расширение и координация научных исследований по комплексной оценке клинической, социальной и экономической эффективности медицинских вмешательств (определение приоритетных направлений и стимулирование выполнения работ по этим направлениям);
- совершенствование методологии таких исследований;
- адаптация существующих международных и разработка собственных стандартов с учетом особенностей организации и финансирования медицинской помощи в Российской Федерации;
- создание системы внедрения результатов клинико-экономических исследований (организационных технологий, алгоритмов их использования в качестве основы для разработки нормативных документов, регулирующих использование ресурсов на всех уровнях);
- внедрение минимальных стандартов представления результатов клинико-экономических исследований, обеспечивающих достоверность результатов;
- накопление и обобщение результатов проведенных исследований, создание и развитие единой информационной сети, обеспечивающей максимально возможную доступность к исследованиям, проведенным в соответствии с современными методологическими принципами (например, создание и развитие центров медицины, основанной на доказательствах и/или комплексном анализе медицинской, социальной и экономической эффективности медицинских технологий);
- обучение лиц, принимающих решения в области управления здравоохранением, и практических врачей вопросам медицины, основанной на доказательствах и комплексной оценке медико-социальной и экономической эффективности медицинских вмешательств.

Решение данных проблем позволит заложить в российской медицине прочный фундамент системы эффективного управления качеством медицинской помощи, основанной на доказательствах, даст менеджерам здравоохранения механизм, позволяющий рационализировать использование ресурсов.

ПОЛОЖЕНИЕ о проведении вневедомственной экспертизы КМП

Общие положения

Целью осуществления вневедомственного контроля медицинской помощи является обеспечение прав пациентов, застрахованных по ОМС, на получение медицинской помощи надлежащего качества в объеме и на условиях, соответствующих Территориальной программе обязательного медицинского страхования как части Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых по определенной технологии с целью достижения положительных результатов для застрахованного по ОМС пациента и его удовлетворенности данной помощью.

Основными задачами субъектов вневедомственного контроля КМП являются:

- организация в пределах своей компетенции медицинской и медико-экономической экспертизы с целью обеспечения права застрахованных граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и контроля обоснованности размеров оплаты медицинских услуг из средств ОМС;

- повышение ответственности медицинских учреждений за несоблюдение договорных обязательств, принимаемых ими в отношении объемов, качества и условий оказания медицинских услуг, с помощью методов экономического воздействия.

Экспертиза КМП - это исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи, выполняемое экспертом КМП, в задачи которого входит выявление врачебных ошибок, описание их реальных и возможных следствий, выяснение причин возникновения врачебных ошибок, оформление обоснованного заключения и составление рекомендаций по предотвращению врачебных ошибок и устранению их последствий.

Мнение эксперта о том, что какое-либо действие (бездействие) врача является ошибочным (т.е. привело к ненадлежащему качеству медицинской помощи) требует доказательств и может быть признано обоснованным только при условии, если им будут описаны конкретные следствия врачебной ошибки, то есть её негативное влияние на существенные признаки КМП.

В роли экспертов выступают высококвалифицированные врачи, имеющие 1-ю и высшую категории или ученую степень и вошедшие в Банк экспертов, утвержденный Городской согласительной комиссией.

Экспертиза КМП при переходе на многоэтапное лечение предполагает определение не только объема проведенного обследования и лечения в соответствии с медико-экономическими стандартами, но и выявление врачебных ошибок, связанных с отбором на этап лечения и длительностью пребывания на нем. При отборе на этап лечения необходимо руководствоваться показаниями, определенными Положениями для каждого этапа лечения, утвержденными ДОН 16 марта 1999 г. (Методические рекомендации "Организация многоуровневой системы оказания медицинской помощи").

Порядок проведения вневедомственной экспертизы

На экспертизу изымаются первичные документы: при стационарном лечении - история болезни; при проведении стационарзамещающих методов лечения - амбулаторная карта; если больной проходил лечение на всех этапах - история болезни и амбулаторная карта.

Экспертиза осуществляется по акту, приведенному в прил. 2, в работе эксперты руководствуются "Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области", утвержденным областной Согласительной комиссией.

Уровень качества лечения определяется только при законченном случае лечения.

Законченным случаем пребывания на этапе считается тот случай, когда больному проведен предполагаемый объем лечебно-диагностических мероприятий и получен запланированный результат.

Незаконченными случаями считаются - случаи смерти больных, перевода в другое отделение или ЛПУ, отказ от дальнейшего лечения, перевод на интенсивный этап в связи с ухудшением состояния.

При незаконченном случае УКЛ не определяется, но при этом возможно предъявление штрафных санкций в соответствии с приложением 15 вышеназванного Положения.

Экспертиза качества лечения может проводиться путем случайной выборки первичных документов (определенный процент от пролеченных) и целенаправленной (выборка всех случаев смерти и др.). Экспертизе подлежат также случаи, в которых определенные этапы используются неоднократно, и случаи перевода больного с менее интенсивного этапа на более интенсивный.

Инструкция по заполнению акта экспертной оценки качества лечения

I. Заполняется паспортная часть, при этом используются данные истории болезни, а также оценивается их соответствие данным в реестре, поданном для оплаты. В п. 10 при неудовлетворительной оценке качества ведения медицинских документов (истории болезни или амбулаторной карты) указать причину. Неудовлетворительным ведением документов следует считать:

– Случаи, в которых затрудняется проведение экспертизы КМП на этапе сбора информации о пациенте (отсутствие или нерегулярность ведения дневников наблюдения за больным или их неинформативность, отсутствие протокола операции, листа назначений, отсутствие или неинформативность выписного эпикриза и т.д.).

– Случаи, в которых затрудняется или удлиняется процесс постановки диагноза, выбора и проведения лечения из-за некачественного сбора жалоб пациента и анамнеза заболевания, отсутствия интерпретации результатов параклинических и вспомогательных методов исследований и т.д.

– Случаи, в которых не обеспечивается преемственность в лечении больного: отсутствие информации о предыдущих этапах лечения (в других отделениях и ЛПУ) и неинформативные выписки из истории болезни, отсутствие или неинформативность этапных эпикризов и т.д. Необходимо также обращать внимание на соответствие указания сроков лечения в реестре и истории болезни, в выписном эпикризе и на титульном листе истории болезни и т.д.

II. Анализ данных

1. При анализе госпитализации ответить на вопросы п. 1-6, обратив особое внимание на обоснованность госпитализации, причины несвоевременной госпитализации.

Необходимо отметить, что при многоуровневом лечении необоснованной считается госпитализация при возможности проведения больному стационарзамещающих форм лечения: дневного стационара и стационара на дому.

Особое внимание следует уделить п. 5 - повторной госпитализации. Эксперт должен указать своё мнение о её обоснованности и причинах, особенно при коротких сроках между госпитализациями (возможно, при первичной госпитализации были дефекты в лечении или преждевременная выписка, либо рецидив или обострение болезни наступили по независящим от ЛПУ причинам, связаны с особенностями течения заболевания и т. п.).

При непрофильной госпитализации указать её причины и ЛПУ, где должен был лечиться больной.

2. При анализе выписки в п. 2 указать причину преждевременной выписки.

3. При анализе лечения больного на этапах оценивать:

а) обоснованность госпитализации на каждый этап и обоснованность сроков лечения на этапе при их укорочении или удлинении в сравнении с МЭС. При расчете времени нахождения на этапе день госпитализации и выписки считается за один день. Срок лечения на этапе КНС может указываться в часах;

б) в случаях, когда в лечении больного определённые этапы используются неоднократно или больной переводится с менее интенсивного этапа на более интенсивный, необходимо оценить обоснованность этого;

в) обязательно сверить соответствие этапов лечения и сроков лечения в истории болезни и в реестре, поданном к оплате (есть случаи, когда в реестре указан этап, который фактически в лечении больного не использовался);

г) оценить законченность случая, определение дано в общем положении.

III. Оценка качества лечения.

Уровень качества лечения определяется по законченным случаям лечения в отделении.

Выполнение стандарта обследования и лечения необходимо оценивать, исходя из влияния невыполнения или несвоевременного выполнения объёма лечебно-диагностических мероприятий на своевременность и точность постановки диагноза, а также учитывая, способствовало ли это удлинению сроков лечения, ухудшению состояния здоровья пациента, возникновению осложнений в течение заболевания.

Оценка диагноза выполняется по общепринятой методике.

При оценке качества оценивается достижение запланированного результата лечения (выздоровление, достижение ремиссии или запланированной степени улучшения, стабилизации состояния у хронических больных). Выполнение сроков лечения или объёмов обследования и лечения при оценке качества не учитывается, так как эти показатели оцениваются в предыдущих пунктах как самостоятельные.

При снижении УКЛ эксперт не должен ограничиваться указанием процента уменьшения, а должен обосновать причину.

Необходимо указывать причину использования в лечении медикаментов пациента, а также зафиксировать, какие именно медикаменты использовались.

Указать необоснованное назначение лечебных и диагностических мероприятий.

При наличии осложнений описать их причину, особое внимание обратить на ятрогении, вызванные некачественным выполнением лечебно-диагностических мероприятий (обязательны чёткие аргументы эксперта).

IV. Далее, выставляется диагноз эксперта. При несогласии с диагнозом ЛПУ привести свои аргументы.

V. Заключение эксперта: выводы по акту оценки качества оказания мед. помощи данному пациенту, общие замечания, не вошедшие в разделы данного стандартного акта экспертизы.

VI. Особенности заполнения акта экспертной оценки летального случая.

В первом разделе есть дополнительные пункты:

– п. 7 - патолого-анатомический диагноз. Если не было вскрытия, указать причину;

– п. 8 и 9 - совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов или расхождение. При расхождении диагнозов указать причину (п. 10) и конкретизировать её в общем заключении по акту экспертизы;

– п. 11 - указать причину смертельного осложнения и причину, по которой оно не распознано;

– п. 12 - указать причину ятрогении (особенности реагирования пациента на лечебные мероприятия, не зависящие от действий медперсонала или неквалифицированное оказание медицинской помощи).

Внештатный независимый эксперт оценивает качество оказания медицинской помощи по истории болезни или амбулаторной карте. В случае если объём информации оказался недостаточным для полной оценки качества лечения конкретного пациента, в соответствующих пунктах акта экспертизы можно сделать отметки об отсутствии или недостаточности сведений по каждому конкретному вопросу.

Экспертом-организатором страховой компании могут быть поставлены дополнительные вопросы и задачи внештатному эксперту в письменном виде, на которые внештатный врач-эксперт должен дать ответ.

Врач-эксперт имеет право:

1. Пользоваться медицинской документацией, установленными формами медицинской, статистической и финансовой отчетности, которые предоставляются администрацией на период проведения экспертизы.

2. Проводить экспертизу с участием больного для уточнения сведений о его состоянии.

3. Вносить предложения по улучшению экспертизы КМП по своему профилю.

Врач-эксперт обязан:

1. Предоставлять качественное и достоверное заключение по результату экспертизы медицинских документов.

2. Обсуждать с заведующими подразделениями или администрацией лечебного учреждения обнаруженные при проверке дефекты и нарушения в оказании медицинской помощи.

3. Знакомить с заключением по результату экспертизы администрацию лечебных учреждений.

Ответственность

Врач-эксперт несет ответственность за качество проводимой экспертизы и за умышленное сокрытие ее результатов.

Условия для частичной или полной неоплаты медицинских услуг страховыми медицинскими организациями.

При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, качества и условий оказания медицинской помощи страховщик вправе частично или полностью не возмещать затраты медицинского учреждения по оказанию медицинских услуг.

Объем, гарантии качества и условия оказания медицинской помощи, принимаемые в качестве договорных обязательств медицинскими учреждениями, регламентируются:

- территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- материалами аккредитации и лицензией медицинского учреждения;
- директивными и инструктивно-методическими документами органов управления здравоохранением по вопросам организации медицинской помощи и гарантии ее качества;
- стандартами медицинской помощи, утвержденными на территории;
- общепринятыми нормами клинической практики.

Основанием для частичной или полной неоплаты медицинских услуг являются результаты плановой или целевой экспертизы, подтвержденные “Актом экспертной оценки КМП”. По результатам экспертизы, оформляется уведомление об изменении финансирования, в нем, помимо итоговой суммы уменьшения оплаты медицинских услуг, должны быть указаны основания и суммы уменьшения по результатам:

- ведомственного контроля;
- первичного экспертного контроля предъявленных к оплате сводных счетов (реестров);
- плановой или целевой экспертизы КМП, подтвержденной “Актом экспертной оценки КМП”.

Частичная или полная неоплата страховщиком медицинских услуг не освобождает медицинские учреждения от возмещения гражданину, застрахованному по ОМС, причиненного материального или морального вреда в установленном законодательством порядке.

Предлагаемый МЗ РФ перечень нарушений условий договора и размеры уменьшения оплаты медицинских услуг

Перечень дефектов, нарушений	Размер недоплаты
1. Ограничение доступности медицинских услуг для пациента	
1.1. Взимание платы с застрахованного или страхователя за медицинские услуги по ОМС, счет за которые одновременно выставлен страховщику. Взимание платы с застрахованного или страхователя за медицинские услуги, предусмотренные ОМС, в т.ч. приобретение за их счет при стационарном лечении медикаментов, включенных в базовый перечень для оказания медицинской помощи и оплаченных СМО	Возврат необоснованно полученных средств плательщику плюс 100% необоснованно полученной медицинским учреждением суммы
1.2. Необоснованный отказ медицинского учреждения в предоставлении гражданину бесплатных медицинских	20 минимальных размеров оплаты труда

услуг, предусмотренных программой ОМС и лицензией учреждения	
2. Ненадлежащее оказание медицинской помощи	
2.1. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых диагностических (или) лечебных мероприятий, а также выполнение непоказанных, преждевременное прекращение проведения лечебных мероприятий на этапе оказания медицинской помощи, неблагоприятно повлиявшее на состояние пациента, течение заболевания, сроки и стоимость лечения	50% стоимости медицинских услуг, а также возмещение расходов страховщика на лечение и проведение реабилитации по поводу осложнения в ЛПУ, работающих в системе ОМС, по выбору страховщика
2.2 То же, повлекших инвалидизацию пациента	100% стоимости медицинских услуг, а также возмещение расходов страховщика на лечение и проведение реабилитации по поводу осложнения в ЛПУ, работающих в системе ОМС, по выбору страховщика
2.3. То же в сочетании с летальным исходом оказания медицинской помощи	100% стоимости медицинских услуг
3. Действия медицинского персонала, обусловившие развитие нового патологического состояния у пациента (развитие ятрогенной патологии)	100% стоимости медицинских услуг
4. Нанесение экономического ущерба страховщику	
4.1. Завышение сумм счетов на оплату медицинских услуг	
4.1.1 - выставление счетов за неоказанные медицинские услуги	100% стоимости медицинских услуг, необоснованно предъявленных к оплате
- выставление счета за медицинскую услугу, которая выполнялась повторно из-за ненадлежащего выполнения первичной услуги	
- повторное включение в сводные счета одной и той же медицинской услуги	
- включение в счета медицинских услуг, не входящих в программу ОМС	
- выставление счета за оказание пациенту услуги одновременно, более чем в одну кассу	
- применение завышенного тарифа, не соответствующего категории медицинского учреждения, профилю или виду медицинских услуг	
- необоснованное отнесение медицинской услуги к более дорогостоящей технологии	
- неоправданная с клинической точки зрения (при уже	сумма за необоснованно

достигнутом результате лечения) задержка пациента в стационаре (при оплате по койкодням)	проведенные койкодни
- необоснованная госпитализация пациента, медицинская помощь которому могла быть оказана в амбулаторных условиях или на дому	50% от стоимости его пребывания в стационаре
5. Организационные нарушения, затрудняющие проведение экспертизы	
5.1. Отказ администрации медицинского учреждения в проведении предусмотренной договором экспертизы КМП, а также в предоставлении документации	100% стоимости медицинских услуг, подлежащих экспертизе
5.2. Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы объема и КМП	до 5% стоимости медицинских услуг, подлежащих экспертизе
5.3. Отсутствие без уважительных причин медицинской документации, подтверждающей факт оказания медицинской помощи	100% стоимости медицинских услуг, подлежащих экспертизе

Обжалование результатов экспертного контроля

При несогласии с результатами экспертной оценки по конкретному случаю лечебное учреждение имеет право оспорить данную экспертизу в Согласительной комиссии территориального уровня, куда необходимо в месячный срок представить мотивированный протест. К нему должны быть приложены документы, необходимые для экспертизы. Обращение лечебного учреждения должно быть рассмотрено в 2-недельный срок. О дате рассмотрения учреждение должно быть оповещено не позднее, чем за три дня.

Городская Согласительная комиссия является высшей ведомственной инстанцией по рассмотрению спорных вопросов между лечебными учреждениями и страховыми медицинскими организациями, при несогласии с ее заключением дальнейшее решение вопроса возможно только через суд.

Целью ведомственного контроля является обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи необходимого объема и качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения современных медицинских технологий.

Система ведомственного контроля включает следующие элементы:

- оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения (в основном такая оценка проводится при лицензировании);
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- подготовку рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;

- выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий;
- контроль за реализацией управленческих решений.

Ведомственный контроль осуществляется экспертным путем должностными лицами лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения в соответствии с приказом МЗ РФ № 5 от 13.01.95 г. “О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности” и приказом № 363/77, разработанным совместно с Федеральным фондом ОМС “О совершенствовании контроля КМП населения РФ”.

В соответствии с указанными приказами обязательной экспертизе качества лечения подлежат:

- случаи смерти больных (амбулаторные и в стационаре);
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- случаи заболеваний с удлинённым или укороченным сроками лечения (или временной нетрудоспособности);
- случаи расхождения диагнозов;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников.

Прочие случаи оказания медицинской помощи подвергаются экспертной оценке по методу случайной выборки.

Ведомственный контроль за показателями результативности медицинской помощи осуществляется путем мониторинга.

Под мониторингом следует понимать непрерывную во времени, целенаправленную деятельность, связанную с перманентным наблюдением, оценкой и прогнозом состояния наблюдаемых объектов (в данном случае ЛПУ или больных) в целях развития процесса в желаемом направлении. Мониторинг качества имеет наибольшее значение, если он ориентирован на положительный результат и эффективность.

Мониторинг КМП в г.Новокузнецке проводится с помощью автоматизированной программы в Кустовом медицинском информационно-аналитическом центре.

**А К Т
ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ**

Категория сложности экспертизы _____
 ФИО больного _____
 Тип выборки (случайная, целенаправленная) _____
 с освидетельствованием больного _____
 без освидетельствования больного _____

1. Дата экспертизы _____ 2. ЛПУ, отделение _____
 его тип _____
 3. Эксперт _____ ФИО _____ 4. № истории болезни _____
 5. Диагноз клинический
 основного заболевания _____
 6. Код МЭС основного заболевания _____
 Код МЭС сопутствующего заболевания _____
 7. Срок лечения: 7.1. план _____ 7.2. факт _____
 8. УКЛ (результат оценки экспертом больницы) _____

II. Экспертиза

Анализ данных (подчеркнуть, вписать)	Выводы
1. Госпитализация	1. обоснованная 2. необоснованная
2. Выписка	1. своевременная 2. преждевременная
3. Выполнение стандарта обследования	1. _____ (от 0 до 1) 2. не выполнены исследования: _____ _____
4. Выполнение стандарта лечения	1. _____ (от 0 до 1) 2. не выполнено лечение: _____ _____
5. Оценка диагноза	
6. Выполнение стандарта по критерию качества	1. _____ (от 0 до 1) 2. нет нормализации: _____ _____

7. Наличие осложнений в течение заболевания	1. есть 2. нет
Анализ данных (подчеркнуть, вписать)	Выводы
1. Осложнения обусловлены	1). наличием отягощающих факторов (возраст, аллергия, сопутствующие заболевания) 2). неквалифицированной диагностикой 3). неквалифицированным лечением 4). нарушением санэпидрежима 5). недостатками в организации работы подразделений, служб, администрации
2. Диагноз основной сопутствующий	указывается тот диагноз, по которому больной получил обследование и лечение _____
Код МЭС основного заболевания сопутствующего	
3. УКЛ	_____ (от 0 до 1)
4. Способ оплаты	
5. Коды штрафных санкций	

III. Заключение эксперта: _____
краткий перечень

_____ недостатков в качестве лечения больного

Эксперт

Зав. отделением

А К Т
ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ

(составляется на основе акта экспертной
оценки качества лечения)

1. Дата экспертизы _____ 2. ЛПУ, отделение _____

его тип _____

3. Эксперт _____ 4. № истории болезни _____

5. Расчет стоимости:

- стоимость МЭС основного заболевания _____
сумма в руб.

- стоимость МЭС сопутствующих заболеваний _____
сумма в руб.

- УКЛ, рассчитанный по данным экспертизы _____
сумма в руб.

- способ оплаты _____
сумма в руб.

- не предоставленная история болезни _____
сумма в руб.

прочие нарушения _____
сумма в руб.

Итого по акту экспертизы _____
сумма в руб.

Сумма по реестру ЛПУ _____

Сумма снятия (доплата) _____

Сумма по штрафным санкциям _____

Подлежит оплате _____
сумма в руб.

Экономист СМО

Экономист ЛПУ

А К Т
ЭКСПЕРТИЗЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИИ

за _____
период

1. Город _____
 2. Учреждение _____
 3. Срок экспертизы с _____ до _____
 4. Экспертная группа _____
специалисты
 5. Тип выборки:
 - случайный (%)
 - целенаправленный (%)
 6. Общее число проанализированных документов _____,
в том числе с освидетельствованием больного _____
 7. В процентном отношении к объему услуг, оказываемых учреждением _____
_____ за год, квартал, месяц
 8. УКЛ учреждения _____
 9. УКЛ экспертизы _____
 10. Недостаточное качество обусловлено:
 - 10.1. низким уровнем обследования _____
 - 10.2. низким качеством лечения _____
 - 10.3. неправильной оценкой диагноза _____
 - 10.4. невыполнением стандарта по критерию качества _____
- Сумма по актам медэкспертизы _____
сумма в руб.
- Сумма по реестру ЛПУ _____
Сумма снятия (доплаты) _____
Сумма по штрафным санкциям _____
Сумма снятия (доплаты) по результатам экспертизы _____

Эксперты страховой
организации

Гл. врач ЛПУ

Примечание:

К данному акту прилагаются все акты экспертной оценки качества лечения больных с УКЛ ниже 1, а также случаи, оцениваемые по шкале дефектов.

А К Т
ЭКСПЕРТИЗЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ

за _____
период

1. Город _____
2. Учреждение _____
3. Отделение _____
4. Срок экспертизы с _____ до _____
5. Экспертная группа _____
специалисты

6. Количество пролеченных _____
7. Общее число проанализированных документов
всего _____
в т.ч. по случайной выборке _____
в т.ч. с освидетельствованием больного _____
8. В процентном отношении к объему услуг, оказываемых отделением _____

_____ за год, квартал, месяц

9. Всего актов без замечаний _____
10. Всего актов с замечаниями _____
11. УКЛ отделения _____
12. УКЛ эксперта _____
13. Недостаточное качество обусловлено:
 1. Низким уровнем обследования _____
 2. Низким качеством лечения _____
 3. Неправильной оценкой диагноза _____
 4. Невыполнением стандарта по критерию качества _____

Итого подлежит возврату
в связи с завышением стоимости
услуги _____

сумма в руб.

Сумма по реестру ЛПУ _____
Сумма снятия (доплаты) _____
Сумма по штрафным санкциям _____

Сумма к оплате по результатам экспертизы _____

Эксперты страховой организации (РЭЦ)

Гл. врач ЛПУ

Примечание:

К данному акту прилагаются все акты экспертной оценки качества лечения больных с УКЛ ниже 1, а также случаи, оцениваемые по шкале дефектов.

А К Т
ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. ФИО пациента _____
 ФИО лечащего врача _____
2. Дата экспертизы _____ 3. ЛПУ, отделение _____
4. Эксперт _____

 ФИО _____
5. Клинический диагноз основного заболевания _____

 сопутствующего заболевания _____

6. УКЛ (результат оценки экспертом АПУ) _____
7. Экспертиза _____

Этапы и результаты лечебно-диагностического процесса	Результат оценки
Оценка выполнения стандарта диагностических мероприятий (исследования, манипуляции, процедуры)	0% - обследование не выполнено 25% - выполнены малоэффективные исследования 50% - обследование проведено наполовину 75% - имеются отдельные упущения в обследовании 100% - обследование проведено полностью
Выполнение стандарта лечения, оздоровления, реабилитации и др.	0% - лечение не проведено 25% - выполнены отдельные малоэффективные мероприятия 50% - выполнено наполовину 75% - имеются некоторые упущения 100% - набор лечебно-оздоровительных мероприятий выполнен полностью
Оценка диагноза	0% - несоответствие выставленного диагноза клинико-диагностическим данным 50% - отсутствие развернутого клинического диагноза с отражением стадии, фазы, локализации нарушения функции, наличие осложнений 100% - поставлен развернутый клинический диагноз по основному и сопутствующему заболеваниям
Оценка конечного результата	0% - неудовлетворительное 50% - удовлетворительное 75% - хорошее 100% - отличное

Клинический диагноз основного заболевания _____

сопутствующего заболевания _____

УКЛ _____

Заключение эксперта: _____

Эксперт

Зав. отделением

А К Т
ПРЕТЕНЗИИ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫМ
УЧРЕЖДЕНИЯМ МАТЕРИАЛЬНОГО УЩЕРБА

Предъявитель _____

Ответчик _____

Основания для предъявления _____

Содержание претензии _____

Врач-эксперт _____ Дата _____

(ФИО, подпись)

Экономист _____ Дата _____

(ФИО, подпись)

Согласие (несогласие) с претензией (причины)

В сумме _____

Ответчик _____ Дата _____

Утверждаю в сумме _____

Руководитель _____

(дата, подпись)

ФОРМА 1

С Т А Н Д А Р Т
на результат деятельности по обеспечению качества
медицинской помощи по учреждениям категории А

на 1 квартал 1995 года
вид помощи СТАЦИОНАР
служба ТЕРАПИЯ
специальность ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ

ПОКАЗАТЕЛИ	интегр. балль- ная оценка	весовой коэф- фициент	нормативное значение		ед. изме- ре- ния	жела- тель- ная тенд.
			нач.	кон.		
1	2	3	4	5	6	7
расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов	8.2	0.17	0.00	0.00	П	-
летальность	6.7	0.10	0.00	0.00	П	
удельный вес больных в возрасте старше 60 лет	6.8	0.10	0.00	0.00		+
повторная госпитализация	6.6	0.09	0.00	0.00	П	
удельный вес больных средней и тяжелой степени	6.3	0.08	0.00	0.00		+
средняя длительность лечения	5.8	0.05	0.00	0.00	Д	0
расходы на диагностику (в % от общего бюджета)	5.1	0.02	0.00	0.00	П	0
удельный вес госпитализированных больных по экстренным показаниям	5.1	0.02	0.00	0.00		+
расходы по статье 10 (в % от общего бюджета)	5.1	0.02	0.00	0.00	П	0
досуточная летальность	4.8	0.00	0.00	0.00	П	

Желательная тенденция: "+" - увеличение значения показателя,
"- " - снижение значения показателя,
"0" - оптимальное значение показателя

Единицы измерения: Д - дни, П - проценты

Дата распечатки: 12.05.1995

Главный специалист

ФОРМА 2

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
за 1 квартал 1995 года г. Новокузнецк
вид помощи СТАЦИОНАР

Наименование службы	Нормативный УК	Фактический Ук
Терапия	0.95	0.95

Дата 12.05.1995

ФОРМА 3

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
за 1 квартал 1995 года
вид помощи СТАЦИОНАР служба ТЕРАПИЯ

Лист 1

Наименование профиля	Уровень качества
Нефрология	1.00
Гематология	1.00
Эндокринология	1.00
Профпатология	1.00
Кардиология	0.97
Общая терапия	0.95
Неврология	0.93
Пульмонология	0.91
Гастроэнтерология	0.91

Нормативный уровень качества: 0.95

Дата 12.05.1995

ФОРМА 4

СПИСОК

учреждений категории А, имеющих уровень качества
медицинской помощи ниже нормативного за 1 квартал 1995 года
вид помощи СТАЦИОНАР служба ТЕРАПИЯ

Лист 9

Учреждения	Уровень качества	Отметка о взятии на контроль
Городская клиническая больница №29	0.93	*
1 отделение, кардиологическое	0.86	*
2 отделение, гастроэнтерологическое	0.91	*
7 отделение, неврологическое	0.84	*
11 отделение, терапевтическое пульмонологическое		

Нормативный уровень качества: 0.95

Дата 12.05.1995

ФОРМА 5**УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

по учреждениям категории А
за 1 квартал 1995 года
вид помощи СТАЦИОНАР
служба ТЕРАПИЯ

Лист 1

Учреждения	Уровень качества	Отметка о взятии на контроль
<u>Городская клиническая больница №1</u>		
19 отделение, терапевтическое №1	0.99	
20 отделение, кардиологическое	1.00	
21 отделение, гастроэнтерологическое	0.96	
22 отделение, профпатологическое	1.00	
23 отделение, эндокринологическое	1.00	
24 отделение, кардиологическое	1.00	
25 отделение, терапевтическое пульмонологическое	0.97	
26 отделение, неврологическое	1.00	
<u>Городская клиническая больница №29</u>		
1 отделение, кардиологическое	0.93	*
2 отделение, гастроэнтерологическое	0.86	*
3 отделение, нефрологическое	1.00	
4 отделение, гематологическое	1.00	
7 отделение, неврологическое	0.91	*
11 отделение, терапевтическое пульмонологическое	0.84	*

Нормативный уровень качества: 0.95

Дата 12.05.1995

ФОРМА 6**ПРОТОКОЛ
РАСЧЕТА УРОВНЯ КМП**вид помощи **СТАЦИОНАР**

за 1 квартал 1995 года

служба **ТЕРАПИЯ****19 ОТДЕЛЕНИЕ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ №1
ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1**

Наименование показателей	Интег. балльн. оценка	Норм. знач.		Факт. значение	Уров. качества
		начал.	конеч.		
1	2	3	4	5	6
Летальность	6.7	1.40	1.50	0.54	1.79
Досуточная летальность	4.8	15.00	25.00	50.00	0.00
Повторная госпитализация	6.6	0.06	0.08	0.03	1.71
Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов	8.2	12.50	13.50	50.00	0.00
Удельный вес больных средней и тяжелой степени	6.3	0.50	0.70	0.56	1.00
Средняя длительность лечения	5.8	19.00	20.00	19.51	1.00
Удельный вес больных в возрасте старше 60 лет	6.8	0.20	0.30	0.22	1.00
Удельный вес госпитализированных больных по экстр. показаниям	5.1	0.25	0.35	0.40	1.36
Расходы на диагностику (в % от общего бюджета)	5.1	12.00	14.00	12.97	1.00
Расходы по статье 10 (в % от общего бюджета)	5.1	5.00	6.00	5.28	1.00

Интегрированный уровень качества по отделению: 0.99

Дата 12.05.95

ФОРМА 7
ВАРИАНТЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1
Гл. специалисту службы ТЕРАПИЯ

Количество объектов, находящихся на контроле - 12.
Это меньше заданного уровня.
Проанализируйте стандарт на результат деятельности или ужесточите нормативный и предельный уровень КМП.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2
Гл. специалисту НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ службы

4 ОТДЕЛЕНИЕ, НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ
ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2

5 ОТДЕЛЕНИЕ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2

13 ОТДЕЛЕНИЕ, НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ
ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 22

Находятся под контролем на протяжении 1 квартала.
Получите протокол расчета уровня качества. Выясните причину низкого уровня качества на объекте.

ФОРМА 8

РЕКОМЕНДАЦИИ

по управляющим воздействиям, направленным на повышение уровня КМП

г. НОВОКУЗНЕЦК, ГЛАВНОМУ ТЕРАПЕВТУ ТЮЛЬКИНОЙ О.С.
1 квартал 1995 года.

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1

19 ОТДЕЛЕНИЕ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ №1

* Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов больше заданного в стандарте результативности.

факт: 50.00

норматив: 13.50

Поток экстренных больных больше предусмотренного в стандарте результативности. Возьмите на экспертизу все случаи экстренной госпитализации по нозологическим формам. Проведите анализ работы с хроническими больными в поликлинике района проживания.

20 ОТДЕЛЕНИЕ, КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ

* Средняя длительность лечения больше нормативной.

факт: 24.10

норматив: 20.00

Большой удельный вес больных в возрасте старше 60 лет. Проведите анализ работы с хроническими больными в поликлинике района проживания.

21 ОТДЕЛЕНИЕ, ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЕ

* Удельный вес больных средней и тяжелой степени меньше заданного в стандарте результативности.

факт: 0.47

норматив: 0.50

Отберите на экспертизу все случаи тяжелых больных по нозологическим формам. Если уровень тяжести не превышен, проведите анализ госпитализированных больных по району проживания.

* Средняя длительность лечения больше нормативной.

факт: 22.53

норматив: 21.00

Возьмите на экспертизу все случаи отклонения от средней длительности лечения по нозологическим формам. Проведите анализ по этим нозологическим формам средней длительности лечения, заданной в МЭС.

СОГЛАСОВАНО

Координационным советом врачей
Главного управления здравоохранения
администрации г. Новокузнецка
" ___ " _____ 1995 г.

УТВЕРЖДЕНО

Советом ассоциации врачей
г. Новокузнецка
" ___ " _____ 1995 г.

**ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
О БАНКЕ НЕЗАВИСИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ
ПРИ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ НОВОКУЗНЕЦКА**

Банк экспертов Ассоциации врачей г. Новокузнецка (в дальнейшем Банк экспертов) создан в соответствии с Уставом и Программой Ассоциации как институт специалистов различных медицинских профилей для проведения экспертиз при решении спорных вопросов между субъектами системы медицинского страхования и для контроля качества оказания медицинской помощи.

Специалисты из Банка экспертов в своей деятельности руководствуются "Положением о системе контроля КМП и оценки деятельности органов и учреждений в Кемеровской области", едиными в Кемеровской области медико-экономическими стандартами, "Этическим кодексом российского врача" и "Клятвой российского врача".

Состав Банка экспертов

В состав Банка экспертов входят высококвалифицированные специалисты, работающие в лечебно-профилактических учреждениях города, на клинических кафедрах ГИДУВа, в научно-исследовательских учреждениях медицинского профиля и других учреждениях системы здравоохранения.

Не включаются в состав Банка экспертов штатные эксперты медицинских страховых организаций.

Банк экспертов формируется с учетом предложений Главного управления здравоохранения администрации города, ГИДУВа, врачебных комитетов лечебных учреждений, медицинских страховых учреждений.

Специалисты, рекомендуемые в Банк экспертов, должны, как правило, иметь первую или высшую квалификационную категорию. Исключение допускается для врачей - узких специалистов, практикующих по новым медицинским технологиям.

Состав Банка экспертов пересматривается и утверждается Советом ассоциации ежегодно. Специалист, чем-либо скомпрометировавший себя, решением Совета ассоциации может быть исключен из состава Банка экспертов.

Соглашениями Ассоциации врачей г. Новокузнецка с Главным управлением здравоохранения, городским филиалом Территориального фонда ОМС, медицинскими страховыми организациями определено, что для любых межведомственных экспертиз в

системе здравоохранения (кроме судебно-медицинской экспертизы по решению суда) привлекаются специалисты из Банка экспертов.

Предполагается, что специалисты из Банка экспертов будут проходить курс обучения на базе ГИДУВа с последующей сертификацией и лицензированием.

Предполагается, что координировать работу Банка экспертов будет директор Банка, входящий в состав правления Ассоциации врачей.

Предполагается, что Банк экспертов будет иметь свой субсчет на текущем счету Ассоциации врачей.

Деятельность Банка экспертов

Банк экспертов оказывает следующие виды экспертных услуг:

1. Плановая экспертиза качества оказания медицинских услуг проводится по заказу медицинской страховой организации.

2. Экспертиза в связи с жалобой пациента или его родственников на низкое КМП или какие-либо неправильные действия медицинских работников проводится по заказу Главного управления здравоохранения администрации города, области, других регионов Российской Федерации.

3. Повторная экспертиза медицинских документов проводится при несогласии кого-либо из субъектов системы здравоохранения с результатами уже проведенной экспертизы.

4. Медико-экономическая экспертиза правильности взаиморасчетов между субъектами системы обязательного медицинского страхования проводится по заказу стороны, не согласной с выполненными взаиморасчетами.

5. Медико-экономическая экспертиза тарифов на медицинские услуги и медико-экономических стандартов проводится по заказу кого-либо из субъектов системы ОМС.

6. Экспертиза качества работы клинического (поликлинического) отделения лечебного учреждения или лечебного учреждения в целом проводится по заказу органа управления здравоохранением.

7. Проводится также экспертиза территориальных и целевых медицинских программ, проектов законодательных актов, касающихся системы здравоохранения.

Все виды экспертных работ проводятся специалистами из Банка экспертов на основании долгосрочных или краткосрочных контрактов между экспертами и стороной, заказывающей экспертизу, кроме повторной экспертизы медицинских документов и медико-экономической экспертизы правильности взаиморасчетов между субъектами системы ОМС.

Повторная экспертиза медицинских документов и медико-экономическая экспертиза правильности взаиморасчетов между субъектами системы ОМС назначаются согласительной комиссией при городском наблюдательном совете; проводятся и оплачиваются эти виды экспертиз согласно "Положению о повторной экспертизе медицинских документов и медико-экономической экспертизе правильности взаиморасчетов между субъектами системы ОМС".

Координирует работу экспертов и оценивает ее качество комиссия по экспертизам Ассоциации врачей.

УТВЕРЖДЕНО

наблюдательным советом
по обязательному медицинскому
страхованию г. Новокузнецка

" ____ " _____ 1995 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о повторной экспертизе медицинских документов и медико-экономической экспертизе правильности взаиморасчетов между субъектами системы обязательного медицинского страхования

I. Повторная экспертиза медицинских документов

Повторная экспертиза медицинских документов (амбулаторных карт, историй болезни и других), по которым уже проводилась плановая экспертиза независимыми экспертами медицинских страховых учреждений, назначается Согласительной комиссией по предоставлению обоснованного письменного несогласия с результатами этой проверки администрацией ЛПУ.

Медицинские документы, по которым имеются акты экспертной оценки качества лечения, согласованные и подписанные представителями ЛПУ по профилю заболевания (заведующими отделениями, заместителями главного врача), к повторной экспертизе, как правило, не принимаются.

Согласительная комиссия назначает специалистов из Банка экспертов Ассоциации врачей Кузбасса по каждому конкретному случаю (не менее двух, работающих в различных учреждениях, но не в учреждении-заявителе) и согласовывает кандидатуры со сторонами.

В случае несогласия какой-либо стороны с предложенными кандидатурами, Согласительная комиссия назначает экспертов по своему усмотрению и определяет сроки проведения экспертизы.

Результаты повторной экспертизы также рассматриваются Согласительной комиссией, которая принимает окончательное решение.

Если сторона-заявитель не согласна с окончательным решением Согласительной комиссии, она вправе обратиться в суд.

II. Медико-экономическая экспертиза правильности взаиморасчетов между субъектами системы обязательного медицинского страхования

Экономическая экспертиза назначается Согласительной комиссией при возникновении спорных вопросов по поводу взаиморасчетов между субъектами системы обязательного медицинского страхования. Согласительная комиссия также определяет сроки проведения экономической экспертизы.

В состав экспертной комиссии назначаются: специалист соответствующего профиля из Банка экспертов Ассоциации врачей Кузбасса и экономист. При необходимо-

сти к работе в комиссии могут привлекаться и иные специалисты по решению Согласительной комиссии.

Согласование кандидатур экспертов, принятие окончательного решения и права стороны-заявителя при несогласии с результатами экономической экспертизы - те же, что и в случае повторной экспертизы медицинских документов.

III. Оплата проведения повторной экспертизы медицинских документов и медико-экономической экспертизы правильности взаиморасчетов

Оплату работы экспертов в приведенных выше видах экспертиз производит виновная сторона по тарифам, утвержденным Согласительной комиссией.

Если виновной стороной признано ЛПУ, то сумма, необходимая для оплаты работы экспертов, удерживается медицинской страховой организацией в счет взаиморасчетов.

Если виновной стороной признана медицинская страховая организация, то сумма, необходимая для оплаты работы экспертов, выделяется ею из собственных средств для ведения дел.

Если виновной стороной признан Кустовой медицинский информационно-аналитический центр, то источник средств для оплаты работы экспертов определяется самим центром или Главным управлением здравоохранения администрации города.

Если виновны не одна, а две и более сторон, то Согласительная комиссия устанавливает пропорциональность сумм выплаты каждой стороной.

Затраты на проведение каждого случая экспертизы утверждаются Согласительной комиссией в виде смет расходов с учетом утвержденных тарифов и осуществляются за счет средств, перечисленных целевым назначением на счет Ассоциации врачей Новокузнецка.

Если экспертами установлен факт грубых нарушений существующих правил и положений какой-либо из сторон, то Согласительная комиссия может вносить предложения в ГУЗ о дисциплинарных наказаниях виновных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артамонова Г.В. Социально-гигиенические аспекты формирования системы непрерывного повышения качества медицинской помощи. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / СОРАМН НЦКЭМ. - Новосибирск, 2001. - 35 с.
2. Галкин Р.А., Тоог Р. Организация общей врачебной практики. - Самара, 1997. - 280 с.
3. Гришин В.В., Киселев А.А. Контроль КМП в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира: Аналитический обзор по данным зарубежной информации. - М., 1995. - 61 с.
4. Гройсман В.А. Научные основы современных информационных технологий в управлении лечебно-профилактическими учреждениями. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ. - М., 2000. - 48 с.
5. Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка. Т. 2. - М.: Терра, 1995. - 632 с.
6. Дмитриева Т.Б. Об основных мерах по реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации// Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. - № 2. – С. 3-8.
7. Зимин В.П. Мониторинг КМП: связь с управлением, экономикой стационара и страховыми медицинскими организациями// Здравоохранение. - 1999. - № 8. - С. 145-153.
8. Исикава Каору. Японские методы управления качеством. - М.: Экономика. - С. 215.
9. Качество медицинской помощи: Глоссарий/ НПО “МЕДСОЦЭКОНОМИНФОРМ” - Россия-США, 1999. - 61 с.
10. Конарёва Л.А. Управление качеством продукции и освоение передовой технологии// ЭКО. - 1988. - №1. - С. 155-170.
11. Комаров Ю.М. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи// Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации: Материалы ежегодной 4-й Российской научно-практической конференции. Москва, НПО "Медсоцэкономинформ", 29-30 мая 1997 г. - М., 1997. - 380 с.
12. Кудрин К.А. Организация вневедомственного контроля КМП в системе ОМС// Здравоохранение. - 1999. - № 7. - С. 27- 42.
13. Линденбрaten А.Л. Методические основы и организационные технологии оценки качества и эффективности медицинской помощи. Автореферат дис. ... д-ра мед. наук /РАМН СГЭЧЗ. - 1994. - 48 с.
14. Маршел У. Раффел. Оценка и обеспечение медицинского обслуживания: Краткий обзор. - М., 1994. - 108 с.
15. Медицинское страхование. Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (Проблемы, задачи и подходы к их решению): Медицинское пособие / Под ред. В.Ф. Чавпецова, В.В. Гришина, В.Ю. Семёнова, П.П. Глущенко. - М.: Знание, 1996. – 168 с.
16. Мелянченко Н.Б. Здравоохранение территориального уровня в условиях перехода к рыночной экономике / Кемеровский институт социально-экономических проблем здравоохранения. - Кемерово, 1993. - С. 106-118.
17. Методические рекомендации (для врачей лечебно-профилактических учреждений,

- экспертов страховых медицинских учреждений)/ Новокузнецкий ГИДУВ. – Новокузнецк, 1994. - Т.2. - С. 90.
18. Минеев В.А, Поляков И.В. Здравоохранение крупного социалистического города. - 1979.
 19. Монден Я. Тоета. Методы эффективного управления. - М. 1989. - С. 289.
 20. Оценка качества и эффективности медицинской помощи: Методические материалы / ВНИИ СГЭ и УЗ им. Н.А. Семашко. - М., 1992.
 21. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. - М., 1994. - 203 с.
 22. Рыков В.А., Даровский Б.П., Загородников И.В. Анализ понятий теоретической медицины и их значение для клиники // Фундаментальные и медико-социальные проблемы НИР в медицине: Труды региональной научно-методологической конференции / ГИДУВ. - Новокузнецк, 1998. - С. 11-18.
 23. Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Котов Д.И. О методической базе и идеологии планирования стационарной помощи сельскому населению// Здравоохранение Российской Федерации. – 1996. - № 6. - С 10-14.
 24. Системный подход и система оценки, контроля и обеспечения качества медицинской помощи: Методические рекомендации. - Новокузнецк, 1995. - 35 с.
 25. Служба «второго мнения»// Медицинская газета. - 1991. - № 40.
 26. Тэгай Н.Д. Социально-гигиеническое обоснование развития аналитической системы вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи. Диссертация на соискание ученой степени к.м.н. - Кемерово, 2002. - С. 216.
 27. Стандартизированные требования к формированию диагноза и оформлению основного медицинского документа: Методические рекомендации для врачей лечебно-профилактических учреждений, экспертов страховых медицинских организаций/ Новокузнецкий ГИДУВ. - Новокузнецк, 1994. - Т. 1 - 179 с; Т. 2. - 89 с.
 28. Труфакин В.А., Хаснулин В.И. Медико-экологические проблемы охраны здоровья населения северных регионов// Комплексные социально-гигиенические исследования на территории Сибири. Взгляд в 21 век: Сб. научн. тр./ СО РАМН, ИКПГПЗ. – Новокузнецк, 1998. - С. 3-16.
 29. Тэгай Н.Д., Копосов П.В. Контроль КМП в системе ОМС // Здравоохранение Рос. Федерации. - 1996. - № 3. - С. 7-13.
 30. Хай Г.А. Проблемы управления качеством медицинской помощи// Информационные технологии в здравоохранении. – 2002. - №3-4. – С. 26-29.
 31. Царик Г.Н. Инновационные технологии повышения качества медицинской помощи: Лекции / Кемеровский институт социально-экономических проблем здравоохранения. - Кемерово, 1999. - С. 42.
 32. Царик Г.Н. Принципиальные аспекты управления качеством медицинской помощи // Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации: Материалы ежегодной 4-й Российской научно-практической конференции, Москва, НПО "Медсоцэкономинформ", 29-30 мая 1997 г. - М., 1997. - 380 с.
 33. Царик Г.Н. Реформы здравоохранения. Общая врачебная практика. / Кемеровский институт социально-экономических проблем здравоохранения. - Кемерово, 1993. - С. 51-60.
 34. Чеченин Г.И. Управление здравоохранением с системных позиций: Учебно-методическое пособие/ Новокузнецкий ГИДУВ. - Новокузнецк, 1996. - С. 124.
 35. Чеченин Г.И. Информационное обеспечение (информационная поддержка) системы оценки, контроля и управления качеством медицинской помощи (ведомствен-

- ный и вневедомственный контроль) / Новокузнецкий ГИДУВ. - Новокузнецк, 1999. - 28 с.
36. Чеченин Г.И., Сапрыкина Т.В., Нетяга Т.Г. Методическое обеспечение проектирования и опыт внедрения автоматизированной системы "Контроль, оценка и обеспечение качества медицинской помощи" // Сб. материалов региональной научно-практической конференции "Информационное обеспечение управления муниципальным здравоохранением, оценки и анализа состояния общественного здоровья: проблемы, достижения, перспективы". - Новокузнецк, 2001. - С. 34-40.
 37. Чеченин Г.И. Системный подход и системный анализ в здравоохранении и медицине (в условиях их реформирования): Учебное пособие. / Изд. 2-е, перераб. и дополн. - Новокузнецк, 2002. - С. 145.
 38. Чеченин Г.И., Тюлькина О.С. Понятие о врачебных ошибках и их причины: Методические материалы.
 39. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean ?// Amer. J. Publ. Health. - 1981. - Vol. 71. - P. 409-412.

ЧАСТЬ 2.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫМ АСПЕКТАМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ ЛПУ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ

ВВЕДЕНИЕ

Реформирование здравоохранения в условиях рыночной экономики требует существенных перемен в организации медицинской помощи населению прежде всего на самом ответственном нижнем уровне - «врач-пациент». Процесс оказания качественной медицинской помощи населению с каждым годом усложняется. Связано это с достижениями науки, внедрением новых медицинских технологий, с дифференциацией медицинских услуг, что приводит к необходимости увеличения числа участников лечебно-диагностического процесса. А это требует организации четкого взаимодействия всех участников, задействованных в данном процессе. Кроме того, с внедрением перегруженной, на наш взгляд, модели обязательного медицинского страхования увеличилось число субъектов и участников, поддерживающих финансовое обеспечение здравоохранения и выполняющих контрольные функции, что также усложняет организацию и управление. В этих условиях лечащий врач вынужден тратить время не на больного, а на организацию взаимодействия, что не способствует повышению качества медицинской помощи. Решение данной проблемы в современных условиях развития нашего общества следует начинать с повышения роли нижнего управленческого звена - заведующих отделениями лечебно-профилактических учреждений.

Статус отделения лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ)

Отделение ЛПУ - это организационно-функциональное структурное подразделение учреждения (организации) с наиболее устоявшимися тесными взаимосвязями в процессе выполнения определенных видов деятельности при решении поставленных задач, от которых зависит достижение генеральной цели всей организации. Отделение является основной структурной частью ЛПУ.

Общепринято подразделять отделения в учреждении на отделения основного назначения и отделения вспомогательных служб (так называемых параслужб). Критериями официального оформления отделения как структурного подразделения учреждения являются:

- для стационарных (больничных) - число коек;
- для отделений внебольничных учреждений - число врачебных должностей.

Минимальное значение критериев, при которых могут создаваться отделения, - это не менее 30 коек и 6-7 врачебных должностей в поликлинике.

За каждым отделением закрепляются выделенные помещения, оборудование и другое оснащение, необходимое для организации лечебно-диагностического процесса, а также материалы и хозяйственное имущество для обеспечения основного процесса.

В больничном отделении имеются основные помещения - палаты, в которых находятся больные, и вспомогательные помещения медицинского и хозяйственного назначения. Предпочтительно иметь малокоечные (на 2-3 койки) и одноместные палаты. В инфекционных больницах и отделениях организуются боксы. Основные отделения тесно связаны со всеми вспомогательными медицинскими отделениями и подразделениями. Следует отметить, что в последние годы в ЛПУ, с одной стороны, все больше появляется общебольничных служб, которые функционируют централизованно (инженерно-техническое обеспечение, связь, вычислительные сети и т.п.), с другой - заведующие отделениями имеют больше хозяйственной самостоятельности.

В отечественной литературе роль заведующих отделениями ЛПУ в оценке, контроле и обеспечения качества раскрыта недостаточно полно. Особенно это касается непрерывного управления качеством медицинской помощи.

Поэтому 2-я часть книги посвящена рассмотрению, важных по нашему мнению, вопросов, таких как:

- что должен знать и уметь заведующий отделением ЛПУ;
- как организовать работу отделения в условиях выполнения муниципального заказа;
- как проконтролировать правильность постановки диагноза и полученный доход отделения и др. Здесь же даны конкретные рекомендации по выходу из некоторых проблемных ситуаций, которые способствуют повышению качества медицинской помощи и т.п.

Полагаем, что читателя заинтересуют как материалы отдельных разделов, так и всей 2-й части книги в целом.

1. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЛПУ В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА

1.1. Роль и место заведующего отделением лечебно-профилактического учреждения. Основные требования к его деятельности

В современных условиях развития нашего общества, когда происходит реформирование всех отраслей народного хозяйства, в том числе и системы здравоохранения, когда рыночные отношения с каждым годом активно проникают в сферу оказания медицинских услуг, когда лечебно-профилактические учреждения получили статус юридического лица, роль и значение заведующего отделением значительно возрастает. Связано это, прежде всего, с тем, что в иерархии управления медико-санитарным обслуживанием уровень заведующего отделением ЛПУ является наиболее значимым, так как именно здесь осуществляется в большей степени оперативное управление как технологическим, так и организационно-управленческим аспектами лечебно-диагностического процесса. С системных позиций деятельность работников здравоохранения и медицины может быть разделена на практическую и познавательную. Составными элементами деятельности как процесса являются: «объект», «предмет деятельности», «технология» и «инструмент». Остановимся на этих элементах чуть подробнее.

"Объектом" будет организм человека в единстве с воздействующими на него факторами внешней среды.

"Предметом" является субъективная информационная модель, адекватно отражающая реальный объект. Для отдельных специалистов (хирурги, стоматологи, гинекологи и т.п.) предметом деятельности также будут системы, органы и ткани организма человека.

"Технология" - набор конкретных действий (операций), последовательность выполнения процедур (алгоритм) действий при решении конкретных задач и достижении цели.

"Инструмент" - профессиональная программа действий: знания, умения и навыки.

Необходимо отметить, что в современных условиях ЛПУ - это сложная организационно-функциональная динамическая структура с множеством внешних и внутренних связей, где наблюдается постоянно нарастающее число субъектов и участников лечебно-диагностического процесса. Деятельность всех этих участников должна быть направлена на достижение конечной цели - сохранение и повышение уровня здоровья обслуживаемых контингентов. К сожалению, эти участники имеют разное административное подчинение, свои цели и задачи, не всегда совпадающие с конечной целью - благоприятным исходом для пациента. Возникает противоречие, суть которого заключается в следующем - участников много, а ответственность за судьбу больного несет лечащий врач. Поэтому разрешить это противоречие, хотя бы частично, призван заведующий отделением ЛПУ.

Статус заведующего отделением ЛПУ как руководителя одного из уровней многоуровневой системы управления охраной здоровья определяется совокупностью прав и свобод, а также обязанностей и ответственности, установленных при заключении трудового договора федеральными законами и иными нормативными и правовыми актами Российской Федерации и органов субъектов Федерации и органов самоуправления.

По роду своей деятельности заведующий отделением является с одной стороны квалифицированным врачом-специалистом, с другой - организатором производства.

Известно, что чем ниже иерархический уровень управления, тем больше внимания руководитель должен уделять организации работы сотрудников, то есть созданию надлежащих условий труда, поддержанию соответствующего микроклимата в коллективе и т.п. Организация и управление медико-санитарным обслуживанием имеет свои особенности (специфику), усложняющие данный процесс. Так, Дерябина В.Л. ("Разработка управленческого решения". - М., 1983), выделяет особенности управления в системе охраны здоровья. К ним она относит такие особенности, как:

- многозначность и сложность структуры и отношений субъекта, объекта и окружающей среды;
- чрезвычайная ответственность принимаемых решений из-за невозможности возможного ущерба (так как ценой ошибок, как правило, становится жизнь пациента);
- трудность предвидения результатов, еще более усугубляющаяся тем, что они не сразу выявляются;
- сложность, а иногда и невозможность исправления допущенных ошибок и др.

Мы к числу особенностей объекта добавили бы еще резкое сокращение финансовых средств, выделяемых на здравоохранение, что в последнее время имеет место быть, а это приводит к необеспеченности основного лечебно-диагностического процесса необходимыми материалами, медикаментами, инструментарием и т.п. и почти полностью приводит к свертыванию профилактических мероприятий. Все сказанное выдвигает дополнительные требования к заведующему ЛПУ.

1.2. Кто может претендовать на должность заведующего отделением ЛПУ

Заведующим отделением может быть высококвалифицированный врач-специалист, имеющий диплом об окончании высшего медицинского учебного заведения, как правило, закончивший ординатуру или врач, имеющий сертификат и аттестационную категорию, не ниже 1-й по специальности, со стажем работы не менее пяти лет, показавший свои организаторские способности. В настоящее время считается предпочтительным, если претендент на должность заведующего отделением или заведующий прошли специализацию или усовершенствование по социальной гигиене и организации здравоохранения и управлению и имеют сертификат по специальности «социальная гигиена, организация здравоохранения».

Принято считать, что руководитель должен владеть не только теоретическими знаниями науки управления и иметь управленческие навыки, но и выработать у себя определенные черты характера. В этом плане заслуживает внимание высказывание ряда авторов о целесообразности создания оптимальной модели руководителя, то есть какими чертами он должен обладать, как готовить руководителя? Вырисовывается определенная модель руководителя (черты характера). Так, например, Смерницкий Е. К. ("Как готовить завтрашних лидеров?" - 1989 г.) считает, что главными чертами должны быть: политическая зрелость, способность убеждать людей и умение вести за собой, компетентность и профессионализм, образованность, чувство новаторства, порядочность, принципиальность, готовность брать на себя груз проблем и решать их. К этому следует добавить умение руководителя делегировать полномочия, распределять время, устанавливать обратную связь и др.

На проведенном в 1988 году "круглом столе" представителей стран бывшего социалистического лагеря с повесткой "каким должен быть руководитель нового типа?"

(ж. «Проблемы теории и практики управления». - 1988. - №3.- С. 66) были выработаны требования к современному руководителю. Конечно, здесь речь идет о первых руководителях предприятий и организаций, тем не менее, они в определенной степени приемлемы для заведующих отделением ЛПУ. Приведем наиболее важные требования:

- хорошо ориентироваться в ситуации, правильно поставить цель;
- выбирать стратегию развития с учетом внедрения достижений научно-технического прогресса;
- быть специалистом в одной из прикладных областей;
- знать теорию управления, право, социологию, экономику и др.;
- уметь рисковать, принимать самостоятельные решения;
- создавать условия формирования творческого коллектива;
- быть главным информатором коллектива, организатором, учителем и помощником;
- владеть управлением в условиях расширенной демократии;
- обладать чувством новизны, предприимчивостью.

В настоящее время в связи с реформированием экономики, внедрением рыночных отношений требования к руководящим кадрам к работе в новых условиях хозяйствования претерпевают изменения и уточнения [41]. Руководитель обладает следующими качествами:

- настойчив в достижении своих целей;
- способен к разумному риску, терпелив, умеет качественно выполнять даже неинтересную работу;
- в меру консервативен, не дает увлечь себя нереальными предложениями;
- адаптивен, способен быстро приспосабливаться к изменяющимся условиям;
- самокритичен, трезво оценивает как свои достоинства и достижения, так и просчеты и несовершенства, практически, а не на словах устраняет недостатки;
- требователен, умеет спросить за порученную работу;
- независим, способен противостоять нажиму, особенно не деловому;
- надежен, строго соблюдает принятые на себя обязательства, на него можно положиться;
- мужествен, в экстремальных ситуациях не паникует, работает без сбоев;
- волевой, способен преодолеть собственные слабости и внешние препятствия для достижения поставленных целей;
- способен воспринимать события производственной жизни и свои собственные действия глазами других;
- вынослив, удовлетворительно работает в условиях перегрузок;
- управляет своими эмоциями, способен быть уравновешенным и сдержанным в сложной психологической обстановке, умеет не раздражаться, не теряться;
- способен использовать в интересах дела предложения, противоположные собственной точке зрения;
- открыт, легко и быстро воспринимает новое;
- устойчив к стрессовым ситуациям.

Заведующий отделением ЛПУ выступает как бы в двух лицах. С одной стороны, он должен быть квалифицированным специалистом в своей области врачебной деятельности. С другой - он является руководителем-менеджером. По роду своей профессиональной деятельности он взаимодействует с первым руководителем ЛПУ по вопросам, связанным, в основном, с обеспечивающими видами деятельности (кадры, финансы и т.п.).

Но в большей степени он взаимодействует с заместителем ЛПУ по лечебной работе.

Взаимоотношения заведующего стационарным отделением и заместителя руководителя лечебно-профилактического учреждения по лечебной работе (начмед) строятся на основе функциональных обязанностей (приложение 3). При определенном сходстве выполняемых функций и задач, стоящих перед начмедом и заведующим отделением, имеются явные отличия.

Прежде всего, это связано с объектом деятельности, целями и результатом деятельности. Остановимся на этом более подробно. *Объектами деятельности* (воздействия) заведующего являются врачи, средний и младший медицинский персонал и прочий персонал отделения, задействованный непосредственно в лечебно-диагностическом процессе.

Объектом воздействия деятельности начмеда являются структурные подразделения, обеспечивающие лечебно-диагностический процесс.

Главная цель, стоящая перед заведующим отделением - максимальное удовлетворение потребности пациентов в получении качественной медицинской помощи и создание надлежащего микроклимата в коллективе - удовлетворенный результатами своей работы персонал.

Главная цель начмеда - медицинская эффективность учреждения.

Результаты деятельности заведующего отделением будут выражаться в объемах удовлетворенной потребности пациентов в медицинской помощи высокого качества и запланированной (нормативной) себестоимости услуг, а также социальной стабильностью в коллективе.

Результативность деятельности начмеда будет выражаться в объемных показателях и медицинской эффективности, которая определяется структурой выписанных с выздоровлением, улучшением и т.д.

Таким образом, на начмеда возлагается ответственность за медицинскую эффективность, а заведующий отделением несет ответственность за качество медицинской помощи, эффективность использования ресурсов, приписанных к отделению, и поддержание благоприятного микроклимата в коллективе.

Исходя из вышеизложенного, становится очевидным, что роль заведующего отделением является ключевой в эффективном функционировании ЛПУ в целом. Поэтому заведующий отделением должен четко представлять свои обязанности и действия на всех этапах оказания медицинской помощи от поступления или обращения до выписки пациента и организовать взаимодействие всех участников процесса как внутри отделения, так и внешнее взаимодействие с другими отделениями и службами учреждения.

Заведующий должен разработать в соответствии с общеучрежденческими требованиями и определить необходимые условия и правила при поступлении пациента в отделение и обеспечить их неукоснительное выполнение. Прежде всего, уточнить обязанности и полномочия персонала: кто на каком этапе и за что отвечает. Разработать и довести инструктивно-методический материал по действию персонала в особых условиях. Согласовать с начмедом и проинструктировать персонал о потоках пациентов и показаниях к госпитализации в отделение. Определить порядок и последовательность действий в случаях госпитализации или обращения пациентов не по показаниям, без документов, в том числе без страхового полиса и т.п. Вся эта информация должна быть оформлена в виде соответствующих утвержденных документов и доступна для всех сотрудников.

На этапе диагностики и лечения обязанности заведующего, прежде всего, сводятся к обеспечению врачей и персонала необходимыми нормативно-справочными мате-

риалами. Речь идет о медицинских стандартах, о показаниях направления пациента на тот или иной этап оказания медицинской помощи, сроки диагностического обследования, порядок проведения консультаций узкими специалистами, формирования заявок на лекарственные препараты, взаимодействие с диагностическими службами и т.п. Заведующий четко определяет порядок, условия и периодичность проведения обходов больных в отделении, уточняет цель обходов и какие управляющие решения возможны по результатам обходов, чтобы лечащий врач и персонал были информированы заранее.

Немаловажное значение в повышении результативности функционирования отделения в настоящее время отводится правильно организованному утренним рапортам, проводимым заведующим отделением. Здесь особенно важны четкая организация и регламентация по содержанию проводимых мероприятий. Должен быть разработан алгоритм (схема) отчитывающихся - последовательность и объем представляемой информации, охватывающей все этапы лечебно-диагностического процесса и виды его обеспечения.

На этапе выписки пациента из отделения заведующий должен выяснить уровень удовлетворенности пациента лечением, обслуживанием, уходом и т.д. Обеспечить контроль за достоверностью и правильностью оформления основного документа - медицинской карты стационарного больного, других учетных и отчетных медико-статистических документов. Проконтролировать полноту и качество оформления выписных документов, выдаваемых на руки пациенту.

Сегодня заведующему отделением необходимо владеть не только статистическими данными по своему отделению, но и знать основные финансово-экономические показатели, прежде всего такие, как простой койки, стоимость пролеченного, в том числе по статьям сметы расходов, в частности, на медикаментозное обеспечение, питание и др. Заведующий отделением - это медицинский менеджер. Он выполняет все основные функции управления: планирование, контроль, анализ, регулирование, учет, отчетность и др. Переход ЛПУ на работу в рыночных условиях усиливает важность функций управления и выдвигает новые требования к знаниям и умениям заведующих отделениями. Теперь они должны иметь понятия о таких видах деятельности, как бизнес-планирование, проведение медико-экономического анализа и т.п. Должен быть задействован принцип управления по отклонениям.

Повышается роль и значение организационного аспекта в деятельности заведующего: организация взаимодействия с вышестоящими иерархическими уровнями - начмедом, заместителем по экспертизе, заместителем руководителя ЛПУ по экономике, с другими службами, амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной медицинской помощи, со службой информационного обеспечения.

Заведующий должен четко поставить задачу перед информационной службой - что он хочет получить и в каком разрезе, владеть навыками работы на персональном компьютере, уметь сделать анализ и прогноз развития службы по профилю отделения и прогноз развития собственного отделения.

Понимая, что управление даже небольшим коллективом, таким как отделение ЛПУ, есть сложный, недостаточно формализованный процесс, в большей степени зависящий от искусства руководителя, тем не менее, следует привести некоторые рекомендации - кодекс правил руководителя (служебной этики), предложенный авторами: Кулиев Т.А., Мамедов В.Б. (статья "Руководитель и коллектив, взаимодействие" в журнале «Наука и техника управления». - 1990. - № 10). Надеюсь, что они будут полезны нашим читателям.

Кодекс включает следующие правила:

- убеждая, не торопись применить власть, пока не исчерпал все остальные средства;
- не делай замечания подчиненным в присутствии посторонних;
- без нужды не критикуй, критика - средство, а не цель;
- не повторяй ни публично, ни один на один критические замечания в адрес работника, исправившего положение дела;
- объектом критики должна быть всегда плохо выполненная работа, а не человек;
- критика не должна разрушать доверие между сотрудниками, но ради доверия нельзя скрывать промахи и неудачи;
- чем ниже ранг руководителя, тем больше внимания и заботы он должен уделять созданию здорового морально-психологического климата в коллективе;
- знание возможностей своих подчиненных - достоинство и преимущество руководителя;
- чем выше ранг руководителя, тем больше внимания и времени он должен уделять перспективам развития предприятия;
- будь объективен в оценке предложений, исходящих от неприятных для тебя лиц;
- будь внимателен и объективен к бесполезным предложениям. Отвергать грубо их сейчас - значит лишить себя возможности получить полезные советы в будущем;
- хороший руководитель делает замечания по мере обнаружения недостатков в работе подчиненных, плохой - копит их для публичного разноса;
- если хочешь, чтобы подчиненные обладали полезными для работы качествами, выработай их у себя;
- выбор и обучение работника всегда более благодарная задача, чем выполнение дела самим руководителем;
- будь начальником лишь на работе, вне трудового процесса ты равен любому работнику из членов коллектива;
- помни, что сомнительные источники информации (сплетни, пересуды) вредны, прежде всего, тебе;
- будь справедлив к служебной характеристике работника, даже если ваши отношения оставляют желать много лучшего. Вполне возможно, что его отношение к тебе - следствие твоих несовершенств;
- ты можешь не проверять положительные оценки человека, но не имеешь права использовать без проверки любые отрицательные характеристики своих подчиненных;
- будь бдительным к сотрудникам, хвалящим тебя. Ищи мотива, побудившего их к этим действиям. "Никогда не доверяйте тем подчиненным, которые не находят у начальства никаких изъяснений" (английский писатель У. Коллинз);
- предпочитайте приятному, но неинициативному, работника "ершистого", но инициативного.

Итак, мы остановились на общих требованиях к руководящим кадрам, к числу которых по нашему убеждению, должны относиться и заведующие отделениями ЛПУ. Однако к ним требования будут более расширенными, чем предусмотрено Типовыми положениями с учетом особенностей объекта, о чем будет изложено ниже (приложение 4).

1.3. Что должен знать и уметь заведующий отделением ЛПУ

Порядок заключения трудового соглашения и назначения на должность заведующего отделением.

В соответствии с нормативными документами заведующий отделением может быть освобожденным как полностью на ставку, так и частично освобожденным, то есть дополнительно выполнять объем работ на 0,5 ставки врача-специалиста, курировать больных, осуществлять прием, нести дежурство и т.д.

Существует несколько вариантов заключения трудовых договоров и назначения на должность заведующего отделением.

Первый вариант наиболее распространенный, когда руководитель учреждения по заявлению претендента, отвечающего выдвигаемым требованиям, оформляет трудовой договор, приказом назначая его на должность заведующего. Трудовой договор, в данном случае, есть соглашение между претендентом (врачом-специалистом) и ЛПУ, по которому врач-специалист обязуется выполнять работу на должности заведующего по определенному профилю медицинской службы и специальности с подчинением внутреннему трудовому распорядку, а ЛПУ обязуется выплачивать заработную плату и обеспечивать условия труда, предусмотренные законодательством о труде РФ, коллективным договором и соглашением сторон. По сроку действия трудовые договоры могут быть:

- на неопределенный срок;
- на определенный срок не более пяти лет;
- на время выполнения определенной работы (Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. 197-ФЗ).

В Трудовом кодексе Российской Федерации более подробно расписан, по сравнению с Кодексом законов о труде Российской Федерации, порядок заключения трудового договора.

Трудовой договор заключается работодателем с работником в письменной форме, в нем указываются:

- фамилия, имя, отчество работника и наименование работодателя (фамилия, имя, отчество работодателя - физического лица), заключивших трудовой договор.

Существенными условиями трудового договора являются:

- место работы (с указанием структурного подразделения);
- дата начала работы;
- наименование должности, специальности, профессии с указанием квалификации в соответствии со штатным расписанием организации или конкретная трудовая функция. Если в соответствии с федеральными законами с выполнением работ по определенным должностям, специальностям или профессиям связано предоставление льгот либо наличие ограничений, то наименование этих должностей, специальностей или профессий и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках;
- права и обязанности работника;
- права и обязанности работодателя;
- характеристики условий труда, компенсации и льготы работникам за работу в тяжелых, вредных и (или) опасных условиях;
- режим труда и отдыха (если он в отношении данного работника отличается от общих правил, установленных в организации);

– условия оплаты труда (в том числе размер тарифной ставки или должностного оклада работника, доплаты, надбавки и поощрительные выплаты);

– виды и условия социального страхования, непосредственно связанные с трудовой деятельностью.

В трудовом договоре могут предусматриваться условия об испытании, о неразглашении охраняемой законом тайны (государственной, служебной, коммерческой и иной), об обязанности работника отработать после обучения не менее установленного договором срока, если обучение производилось за счет средств работодателя, а также иные условия, не ухудшающие положение работника по сравнению с Трудовым кодексом Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами, коллективным договором, соглашениями.

Условия трудового договора могут быть изменены только по соглашению сторон и в письменной форме.

В случае заключения срочного трудового договора в нем указываются срок его действия и обстоятельство (причина), послужившие основанием для заключения срочного трудового договора.

Работодателю запрещается требовать от работника выполнения работы, не обусловленной трудовым договором.

Трудовой договор вступает в силу со дня его подписания работником и работодателем либо со дня фактического допущения работника к работе с ведома или по поручению работодателя или его представителя.

Трудовой кодекс Российской Федерации устанавливает гарантии работника при заключении трудового договора (статья 64).

Работодателю запрещается отказывать в заключении трудового договора женщинам по мотивам, связанным с беременностью или наличием детей.

Также не допускается какое бы то ни было прямое или косвенное ограничение прав или установление прямых или косвенных преимуществ при заключении трудового договора в зависимости от места жительства (наличия или отсутствия регистрации по месту жительства или пребывания). Данная норма включена впервые.

По требованию лица, которому отказано в заключении трудового договора, работодатель обязан сообщить причину отказа в письменной форме.

Отказ в заключении трудового договора может быть обжалован работником в судебном порядке.

Второй вариант оформления на должность заведующего отделением - избрание по конкурсу. В этом случае в учреждении создается конкурсная комиссия, разрабатывается положение о конкурсе, в соответствии с которым и проводится избрание по конкурсу. По конкурсу замещаются только вакантные должности. Должность также считается вакантной, если исполнение обязанностей по ней временно возложено на лицо, занимающее другую должность в данном ЛПУ. Обязательным условием при этом является соблюдение таких требований, как гласность и альтернативность в процессе проведения конкурса. Как правило, назначение заведующих отделением по конкурсу проводится в крупных клинических учреждениях.

Третий вариант - оформление на должность заведующего по контракту. Этот вариант является наиболее прогрессивным и последнее время находит все более широкое применение. Следует заметить, что он имеет правовую основу и выгоден как для претендента, так и для руководителя, поскольку в контракте могут быть оговорены сроки и дополнительные условия для обеих сторон, в том числе продолжительность отпуска, размер и порядок оплаты труда и др. Ограничением для широкого внедрения данного

варианта является недостаточное финансирование здравоохранения и медленное внедрение рыночных отношений и экономических методов.

Вполне уместной является такая форма, как назначение на должность. Назначение на должность - это возникновение трудовых отношений по решению вышестоящего иерархического органа. При этом имеется в виду не согласование решения администрации ЛПУ с вышестоящим органом, когда приказ издается самой организацией, а именно издание приказа вышестоящим органом о назначении на должность. На практике такая форма применяется для «узко» специализированных видов медицинской помощи, когда отделение является монополистом и оказывает помощь всему району, городу, территории. Как правило, такие заведующие отделением выполняют обязанности главных специалистов.

Независимо от варианта назначения на должность заведующего отделением претенденты должны быть знакомы с профессионально-должностными требованиями (ПДТ) и должностными инструкциями. В начале 80-х годов в Центральном ордена Ленина Институте усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ) были разработаны ПДТ для многих врачебных должностей, в том числе и для заведующих отделениями больниц. ПДТ - это своеобразный свод требований к соответствующей должности. К сожалению, в них недостаточно полно представлен организационно-управленческий аспект. Должностные инструкции - это более детальное описание прав, обязанностей, гарантий и т.п. Поэтому мы этому разделу деятельности заведующего отделением постараемся уделить больше внимания. Требования к заведующим отделением ЛПУ с учетом особенностей объекта, в первую очередь, связаны со знаниями, умениями и навыками в ходе реализации лечебно-диагностического процесса.

Что должен знать и уметь заведующий отделением как руководитель коллектива.

Поскольку мы договорились, что заведующему отделением ЛПУ приходится заниматься организационно-управленческими аспектами деятельности в ходе лечебно-диагностического процесса, то он наравне с медицинскими знаниями по врачебной специальности должен овладеть определенными знаниями, навыками и умениями как организатор здравоохранения, как «управленец».

Поэтому любой заведующий отделением ЛПУ должен ознакомиться (изучить самостоятельно, а лучше пройти специализацию или усовершенствование в соответствующих учреждениях) с такими разделами знаний по специальности «социальная гигиена и организатор здравоохранения», как:

- 1) основы социальной гигиены (социальная медицина);
- 2) основы законодательства;
- 3) санитарная статистика;
- 4) основы системного подхода;
- 5) основы управления на современном этапе;
- 6) экономика здравоохранения;
- 7) медицинская демография;
- 8) медицинское страхование;
- 9) организация профилактики;
- 10) основы информатизации здравоохранения;
- 11) основы социальной психологии;
- 12) организация здравоохранения в чрезвычайных ситуациях;
- 13) актуальные проблемы современной медицины.

Поэтому мы считаем своим долгом остановиться на перечне тех знаний, которыми должны владеть организаторы здравоохранения.

Врач-организатор здравоохранения должен знать:

- основы социальной гигиены и организации здравоохранения;
- основные исторические этапы развития системы охраны здоровья населения и современное состояние здравоохранения;
- основы санологии (наука об общественном здоровье людей), валеологии;
- методологические, медико-демографические и социально-экономические аспекты изучения и анализа состояния здоровья населения; показатели, характеризующие уровень здоровья населения;
- вопросы организации медицинской и лекарственной помощи населению, включая оказание экстренной и неотложной помощи в чрезвычайных ситуациях;
- основы медицинской статистики, организацию первичного учета и отчетности;
- основы планирования и финансирования здравоохранения;
- основы информационного обеспечения управления охраной здоровья населения;
- экономические аспекты здравоохранения, (экономическая категория «услуга», стоимость, тариф, ценообразование), рыночные отношения и т.п.;
- основы социального страхования и социального обеспечения населения;
- медицинское страхование населения; виды, модели, субъекты и участники обязательного медицинского страхования;
- организация оценки, контроля и обеспечения качества медицинской помощи; оценка и анализ эффективности функционирования системы здравоохранения и ее структурных подразделений;
- основы медицинской этики и врачебной деонтологии;
- нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность в области здравоохранения;
- организацию взаимодействия и сотрудничества различных внутриведомственных структур и внешних организаций и систем, участвующих в решении проблем охраны здоровья;
- организацию подготовки, переподготовки, повышения квалификации работников здравоохранения;
- расследование чрезвычайных происшествий (случаи со смертельным исходом, увечьями или массовыми поражениями);
- рассмотрение жалоб граждан на неудовлетворительное качество оказания медицинской и лекарственной помощи;
- координацию деятельности всех организаций и структур, независимо от форм собственности и подчиненности в осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья по профилю.

Кроме теоретических знаний по вопросам социальной гигиены и организации здравоохранения, заведующий отделением ЛПУ должен владеть рядом практических навыков и умений. Как уже отмечалось, с учетом особенности объекта, навыки и умения заведующего отделением могут быть разбиты на две группы: общего назначения и специфические. По нашему глубокому убеждению, специфические навыки – это:

- определение потребности в основных видах медицинской помощи по соответствующему профилю медицинской службы;
- проведение оценки и анализа деятельности структурных подразделений (выявление проблем, формулирование целей и др.), анализа годового отчета деятельности подразделения (составление объяснительной записки);

- разработка перспективного плана развития отделения во взаимосвязи с другими подразделениями и учреждениями, службами;
 - анализ демографической ситуации, заболеваемости по обращаемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, по соответствующим нозологическим группам;
 - оценка эффективности функционирования отделения, учреждения, службы в целом;
 - оценка экономических потерь по медико-биологическим аспектам;
 - организация контроля за охраной труда и техникой безопасности.
- К навыкам и умениям общего назначения относятся следующие:
- организация делопроизводства;
 - составление календарных и сетевых графиков;
 - составление деловых писем, проектов приказов, решений собраний, совещаний и т.п.;
 - разработка анкет для проведения социологического исследования, изучения мнения пользователей;
 - работа на компьютере;
 - ведение деловых совещаний, собраний;
 - делегирование полномочий и способность эффективно распределять свое время;
 - организация контроля за принятыми решениями;
 - проведение системного исследования при совершенствовании функциональной, организационной структур учреждения, объектов.

Не меньшее значение для заведующих отделением имеют знания об организации медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. При получении аттестационной категории врачи всех специальностей, независимо от их квалификации, обязаны знать следующие вопросы организации экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций мирного времени в случае природных и технологических катастроф, взрывов, пожаров, аварий на АЭС и т.п. Необходимо определить величины и структуры потерь населения при катастрофах, выход из строя медицинского персонала и ЛПУ при катастрофах.

Медико-тактическая характеристика зон радиоактивного заражения на АЭС. Характеристика радиоактивных выпадений при аварии на АЭС и зон радиоактивного заражения. Характеристика факторов радиационной опасности в зонах радиоактивного заражения. Основные пути их воздействия на человека. Особенности формирования радиационных потерь. Их величина и структура. Медико-тактическая характеристика эпидемических очагов инфекционных заболеваний, связанных с их возникновением в районе катастроф. Характеристика эпидемических очагов. Возможности их возникновения в районах стихийных бедствий и катастроф. Возможные санитарные потери в эпидемических очагах инфекционных заболеваний, методика оценки. Особенности санитарных потерь в очаге комбинированного поражения и т.п.

Задачи и основы организации медицинского обеспечения населения в условиях возникших чрезвычайных ситуаций:

- организация оказания первой медицинской помощи, доврачебной и первой врачебной помощи пострадавшим при катастрофах.
- организация службы экстренной медицинской помощи;
- организация оказания медицинской помощи и лечения пораженных;

- организация квалифицированной и специализированной медицинской помощи.
- организация экстренной медицинской помощи детям;
- медицинская сортировка пораженных. Основные сортировочные признаки. Медицинская сортировка на догоспитальном этапе. Медицинская сортировка на госпитальном этапе оказания медицинской помощи. Медицинская эвакуация пораженных;
- организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах катастроф. Планирование санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Характеристика сил и средств, привлекаемых к выполнению санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах катастроф. Принципы их использования.

Необходимо знать особенности диагностики и лечения поражений хирургического профиля на этапах медицинской эвакуации, общую характеристику поражений терапевтического профиля и др.

Подводя итог по данному разделу, следует отметить, что требования к заведующему отделением ЛПУ как организатору здравоохранения с каждым годом возрастают. По нашему глубокому убеждению, недалеко то время, когда от заведующего отделением потребуют наличия двух сертификатов - по профильной медицинской специальности и организации здравоохранения.

Заведующему отделением ЛПУ непременно следует знать некоторые положения трудовых отношений, статей Трудового кодекса (ТК) Российской Федерации. К примеру, знать ответ на такие вопросы, как:

- что может служить основанием для расторжения трудового договора (контракта);
- в каких случаях возможно расторжение срочного трудового соглашения (контракта) по инициативе работника;
- когда трудовой договор (контракт) может быть расторгнут по инициативе администрации.

Итак, попытаемся помочь заведующему отделением ЛПУ найти правильные ответы на поставленные вопросы.

На первый вопрос - в соответствии со ст. 77 ТК Российской Федерации основаниями прекращения трудового договора (контракта) являются:

- соглашения сторон (ст. 78);
- истечение срока, кроме случаев, когда трудовые отношения фактически продолжаются, и ни одна из сторон не потребовала их прекращения;
- призыв или поступление работника на военную службу;
- расторжение трудового договора (контракта) по инициативе работника (ст. 80), по инициативе администрации (ст. 81), по требованию профсоюзного органа (ст. 37);
- перевод работника, с его согласия, на другое предприятие (организацию) или переход на выборную должность;
- отказ работника от перевода на другую работу в другую местность вместе с предприятием, учреждением, организацией, а также отказ от продолжения работы в связи с изменением существенных условий (ст. 73);
- вступление в законную силу приговора суда, которым работник осужден к лишению свободы, исправительным работам не по месту работы, либо к иному наказанию, исключающему возможность продолжения данной работы.

На второй вопрос правильным будет ответ следующий - в соответствии со ст. 79 Трудового кодекса Российской Федерации срочный трудовой договор (контракт), за-

ключенный на определенный срок или на время выполнения определенной работы подлежит расторжению досрочно по требованию работника в случае:

- его болезни или инвалидности, препятствующих выполнению работы по договору (контракту);
- нарушения администрацией законодательства о труде;
- по другим уважительным причинам.

На третий вопрос - согласно ст. 81 ТК трудовой договор, заключенный на неопределенный срок, а также срочный трудовой договор (контракт) до истечения срока его действия может быть расторгнут администрацией учреждения, организации в случаях:

- ликвидации учреждения, организации, сокращения численности или штата работников;
- обнаружившегося несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе, вследствие недостаточной квалификации либо состояния здоровья, препятствующих продолжению данной работы;
- систематического неисполнения работником, без уважительных причин, обязанностей, возложенных на него трудовым договором (контрактом) или правилами внутреннего трудового распорядка, если к работнику ранее применялись меры дисциплинарного или общественного взыскания;
- прогула (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня) без уважительных причин;
- неявки на работу в течение более четырех месяцев подряд, вследствие временной нетрудоспособности, не считая отпуска по беременности и родам, если законодательством не установлен более длительный срок сохранения места работы (должности) при определенном заболевании. За работниками, утратившими трудоспособность в связи с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием, место работы (должность) сохраняется до восстановления трудоспособности или установления инвалидности;
- восстановления на работе специалиста, ранее выполнявшего эту работу;
- появления на работе в нетрезвом состоянии, в состоянии наркотического или токсического опьянения;
- совершения по месту работы хищения (в том числе мелкого) государственного или общественного имущества, установленного вступившим в законную силу приговором суда или постановлением органа, в компетенцию которого входит наложение административного взыскания или применение мер общественного взыскания.

Заведующий отделением ЛПУ должен владеть информацией о предоставляемых сотрудникам льготах, в каких случаях они предоставляются, что требуется от сотрудника. К примеру, администрация обязана предоставлять четыре дополнительно оплачиваемых выходных дня в месяц одному из работающих родителей (опекуну, попечителю), имеющим ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет. Оплата каждого дополнительного выходного дня производится в размере дневного заработка за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации. Четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня для ухода за детьми-инвалидами детства предоставляются по заявлению одного из родителей, оформляются приказом руководителя ЛПУ на основании справки органов социальной защиты населения об инвалидности ребенка и справки, что ребенок не содержится в специализированном детском учреждении. Если один из родителей в текущем месяце уже использовал часть выходных дней, другому работающему родителю в этом же месяце предоставляются для ухода

оставшиеся дополнительные выходные дни. Дополнительные выходные дни, не использованные в связи с болезнью, предоставляются в этом же месяце.

С целью предупреждения трудовых конфликтов заведующий отделением как лицо, непосредственно иницирующее увольнение за прогул без уважительной причины, должен знать правила и порядок увольнения. При увольнении по п.6а ст. 81 Трудового кодекса РФ администрация обязана затребовать письменное объяснение по существу совершенного проступка; не допускается увольнение по истечении одного месяца со дня обнаружения прогула и не позднее шести месяцев со дня его совершения; увольнение не может быть произведено, если за данный проступок на работника уже было наложено иное дисциплинарное взыскание. В случае обращения работника в суд при рассмотрении споров об увольнении за прогул без уважительных причин администрация должна представить письменные доказательства:

- журнал учета рабочего времени;
- табель учета рабочего времени;
- акт об отсутствии работника на месте выполнения трудовой функции;
- другие доказательства.

Заведующий отделением несет определенные обязанности по охране труда. Согласно *положению* об организации работы по охране труда в органах управления и учреждениях здравоохранения Российской Федерации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.97 г. № 126, руководитель структурного подразделения, отделения (лаборатории) обязан:

- обеспечить безопасные условия труда на каждом рабочем месте вверенного ему подразделения в соответствии с нормами и правилами охраны труда;
- разработать и согласовать, в установленном порядке, инструкции по охране труда для работников вверенного ему структурного подразделения;
- проводить инструктаж по охране труда на рабочем месте в порядке, предусмотренном разделом 7 Государственного стандарта «Организация обучения безопасности труда» ССБТ ГОСТ 12.0004-90;
- контролировать соблюдение подчиненными работниками правил и инструкций по охране труда и производственной санитарии, выполнение правил внутреннего распорядка;
- организовать безопасное хранение, транспортировку и использование радиоактивных, ядовитых, взрывоопасных, огнеопасных веществ и материалов;
- обеспечить подчиненных работников специальной одеждой, специальной обувью, санитарной одеждой, средствами индивидуальной защиты, мылом, молоком и лечебно-профилактическим питанием согласно установленным нормам;
- знать порядок расследования несчастных случаев на производстве, профессиональных заболеваний, обеспечивать своевременное оказание помощи работникам, пострадавшим при несчастных случаях;
- не допускать выполнение работ на неисправном оборудовании и не допускать к работе лиц, не прошедших соответствующего обучения и инструктажа по охране труда;
- отстранять от работы лиц, нарушающих правила, нормы, инструкции по охране труда и производственной санитарии;
- останавливать работу неисправного оборудования (приборов, аппаратов), которые угрожают жизни и здоровью работников, с извещением об этом руководителя учреждения.

В числе противопожарных мероприятий, за выполнение которых несет ответственность администрация ЛПУ, есть такой пункт: в соответствии с приказом МВД Рос-

сийской Федерации от 25 июля 1995 г., №282 «руководитель лечебного учреждения обязан ежедневно, после окончания выписки больных, сообщать в пожарную часть данные о числе больных, находящихся в каждом здании учреждения».

1.4. Основные права заведующего отделением

Заведующий отделением ЛПУ имеет право осуществлять подбор и расстановку всех кадров для вверенного ему подразделения, несмотря на то, что окончательное оформление трудового договора остается за руководством учреждения. Прием на работу оформляется приказом. Приказ издается должностным лицом, имеющим право приема и увольнения. Таким правом пользуется, как правило, первый руководитель или по его указанию один из заместителей. Прежде чем направить претендента на вакантную должность для оформления трудового договора, заведующий проводит с ним беседу, уточняет уровень знаний, практических навыков, квалификацию. Знакомит его с внутренним распорядком, условиями работы, разъясняет его права и обязанности, информирует о правилах техники безопасности и визирует в заявлении или другом документе свое согласие о приеме на работу. В отдельных случаях заведующий проводит тестовые испытания, и результаты испытания доводят до руководства учреждения. Подбор кадров среднего и младшего медицинского персонала может поручаться старшей медицинской сестре отделения или отделу кадров учреждения, но с последующим представлением заведующему и оформлением в установленном порядке.

Итак, без ведома (согласия) заведующего не может быть принят ни один сотрудник - работник отделения. При подборе и расстановке кадров заведующий использует такие организационные формы, как:

- испытание с целью проверки соответствия. Срок испытания устанавливается не противоречащим законодательству;
- прохождение сотрудником всех иерархических этапов, но без ущемления на получение заработной платы, предусмотренной нормативно-правовыми документами, то есть, освоение работы санитарки, сестры и др.;
- предоставление возможности профессионального и должностного роста.

С целью привлечения молодежи для работы и с целью профориентации в отделении, учреждении для учащихся школ и училищ организуются «дни открытых дверей», когда заведующий отделением знакомит присутствующих с работой отделения, с опытными врачами, лучшими сотрудниками. Рассказывает о преимуществе профессии врача, медицинских работников и т.п. В здравоохранении в связи с низкой оплатой труда медицинских работников и недостаточной укомплектованностью в ряде регионов врачебных должностей широко используется такая форма повышения заработка как совместительство.

В Трудовой кодекс Российской Федерации впервые включена глава 44, определяющая особенности регулирования труда лиц, работающих по совместительству.

Совместительство - выполнение работником другой регулярной оплачиваемой работы на условиях трудового договора в свободное от основной работы время.

Заключение трудовых договоров о работе по совместительству допускается с неограниченным числом работодателей, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Работа по совместительству может выполняться работником как по месту его основной работы, так и в других организациях.

В трудовом договоре обязательно указание на то, что работа является совместительством.

Особенности работы по совместительству для отдельных категорий работников (педагогических, медицинских и фармацевтических работников, работников культуры) определяются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Не допускается работа по совместительству лиц в возрасте до восемнадцати лет, на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными условиями труда, если основная работа связана с такими же условиями, а также в других случаях, установленных федеральными законами.

При приеме на работу по совместительству в другую организацию работник обязан предъявить работодателю паспорт или иной документ, удостоверяющий личность. При приеме на работу по совместительству, требующую специальных знаний, работодатель имеет право потребовать от работника предъявления диплома или иного документа об образовании или профессиональной подготовке либо их надлежаще заверенных копий, а при приеме на тяжелую работу, работу с вредными и (или) опасными условиями труда - справку о характере и условиях труда по основному месту работы.

Продолжительность рабочего времени, устанавливаемого работодателем для лиц, работающих по совместительству, не может превышать четырех часов в день и 16 часов в неделю.

Оплата труда лиц, работающих по совместительству, производится пропорционально отработанному времени в зависимости от выработки либо на других условиях, определенных трудовым договором.

При установлении лицам, работающим по совместительству с повременной оплатой труда, нормированных заданий оплата труда производится по конечным результатам за фактически выполненный объем работ.

Лицам, работающим по совместительству в районах, где установлены районные коэффициенты и надбавки к заработной плате, оплата труда производится с учетом этих коэффициентов и надбавок.

Лицам, работающим по совместительству, ежегодные оплачиваемые отпуска предоставляются одновременно с отпуском на основной работе. Если на работе по совместительству работник не отработал шести месяцев, то отпуск предоставляется авансом.

Если на работе по совместительству продолжительность ежегодного оплачиваемого отпуска работника меньше, чем продолжительность отпуска по основному месту работы, то работодатель по просьбе работника предоставляет ему отпуск без сохранения заработной платы соответствующей продолжительности.

Гарантии и компенсации лицам, совмещающим работу с обучением, а также лицам, работающим в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, предоставляются работникам только по основному месту работы.

Другие гарантии и компенсации, предусмотренные настоящим кодексом, другими законами и иными нормативными правовыми актами, коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами организаций, предоставляются лицам, работающим по совместительству, в полном объеме.

Помимо оснований, предусмотренных настоящим кодексом и иными федеральными законами, трудовой договор с лицом, работающим по совместительству, может быть прекращен в случае приема на работу работника, для которого эта работа будет являться основной.

Последнее время подготовка кадров врачей и средних медицинских работников проводится по заявкам учреждений и организаций. Для этого заведующий анализирует возрастной состав сотрудников на предмет выхода на пенсию, их удельный вес в отделении, подбирает претендентов из числа молодых санитарок, средних медицинских работников для направления на учебу, способствует их поступлению в учебное заведение с последующим возвращением в отделение. Во время их учебы поддерживается постоянная связь, предоставляется возможность прохождения ими практики и т.п. Очень важно чтобы в отделении было соблюдено разумное соотношение молодых и опытных работников всех категорий, так как их нормальное соотношение создает благоприятный микроклимат в коллективе. В этом случае имеется возможность закрепить за вновь прибывшими врачами и средними медицинскими работниками по службе «наставников» из числа наиболее опытных и квалифицированных сотрудников, что способствует более быстрому и качественному освоению и закреплению профессиональных навыков и адаптации к новым условиям работы.

При подборе кадров заведующий руководствуется правовой регламентацией в соответствии со статьями Закона об основах законодательства об охране здоровья граждан Российской Федерации. Право на занятие медицинской деятельностью закреплено в статье 54 Закона.

Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью

Право на занятие медицинской или фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а на занятия определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, также сертификат специалиста и лицензию.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (ординатура, аспирантура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Врачи в период их обучения в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на ос-

новании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских или фармацевтических ассоциаций.

Работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующем учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, либо на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на занятие определенными Министерством здравоохранения Российской Федерации видами деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Лица, окончившие высшие медицинские заведения Российской Федерации и получившие диплом врача, дают клятву врача.

Текст клятвы врача утверждается Верховным Советом Российской Федерации.

Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации (**Статья 60. Клятва врача**).

В условиях реформирования здравоохранения появилось новое требование к подразделениям и лицам, занимающимся медицинской деятельностью, о необходимости получения лицензии на соответствующий вид деятельности. Порядок и условия выдачи лицензий закреплены в статье 55 Закона об охране здоровья.

Статья 55. Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности.

Выдачу лицам лицензии на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности осуществляют лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта Российской Федерации или местной администрацией по поручению соответствующего органа государственного управления субъекта Российской Федерации.

В состав лицензионных комиссий входят представители органов управления здравоохранением профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, высших медицинских учебных заведений и учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения. Лицензионные комиссии несут ответственность за обоснованность принимаемых решений.

Лицензия выдается на определенный вид деятельности на основании сертификата специалиста. Выдача лицензии на иной вид деятельности осуществляется отдельной процедурой.

Лишение лиц, занимающихся определенными видами медицинской и фармацевтической деятельности, лицензии или приостановление её деятельности осуществляется лицензионными комиссиями или по решению суда в случае несоответствия осуществляемой ими деятельности установленным стандартам качества медицинской помощи или положениям, закрепленным настоящими Основами. Действие лицензии возоб-

новляется после повторного лицензирования при исчезновении оснований, по которым было осуществлено лишение лицензии или приостановление ее действия. Решения лицензионных комиссий могут быть обжалованы в соответствующие органы государственной власти и (или) в суд.

Порядок и условия выдачи лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Перечень видов медицинской и фармацевтической деятельности, подлежащих лицензированию, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Законом определено право медицинским работникам на занятие частной медицинской практикой, о чем заведующий отделением непременно должен знать. **Статья 56** «Право на занятие частной медицинской практикой» определяет, когда лечащий врач отделения может заняться частной практикой.

Частная медицинская практика - это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Частная медицинская практика осуществляется в соответствии с настоящими Основами и другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности.

Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдается местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями и действует на подведомственной ей территории.

Контроль за качеством оказания медицинской помощи осуществляют профессиональные медицинские ассоциации и местная администрация. Иное вмешательство местной администрации в деятельность лиц, занимающихся частной медицинской практикой, не допускается за исключением случаев, когда такое вмешательство прямо предусмотрено законом.

Запрещение занятия частной медицинской практикой производится по решению органа, выдавшего разрешение на занятие частной медицинской практикой, или суда.

Поскольку главной фигурой отделения ЛПУ является лечащий врач, а его права, обязанности и ответственность определены в статье 58 Законодательства об охране здоровья граждан, знание которых для заведующего являются обязательным условием, приведем содержание данной статьи полностью.

Лечащий врач - это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования.

Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого врача.

Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требова-

нию больного или его законного представителя приглашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного.

Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком на 30 дней.

Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.

Лечащий врач несет ответственность за недоброкачественное выполнение своих обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Подготовка кадров

Заведующий осуществляет все функции по подготовке кадров для своего отделения. Работа с медицинскими кадрами является одним из самых важных и ответственных разделов деятельности заведующих отделением. Она включает воспитание кадров в духе гуманности, повышение уровня их профессиональных знаний. Эта работа должна проводиться в тесном контакте с другими отделениями ЛПУ, главными специалистами органов здравоохранения администрации городов, районов. Планирование работы с кадрами является частью общего плана ЛПУ и должно проводиться с учетом результатов анализа деятельности как отдельных сотрудников и подразделений, так и анализа деятельности учреждения в целом. Поскольку главными фигурами в отделении являются лечащий врач и средние медицинские работники, заведующий в первую очередь организует работу по постоянному совершенствованию знаний и практических навыков у врачей и средних медицинских работников. Он согласовывает и подает заявку руководству ЛПУ (отдел кадров) на последипломное образование сотрудников своего отделения, контролирует получение ими сертификатов и аттестационных категорий. Составляет перспективный индивидуальный план профессионального роста для каждого врача. Создает условия для проведения научно-исследовательской работы, освоения и внедрения новых технологий и т.п. Формы усовершенствования могут быть разнообразными. Наиболее распространенными являются очные курсы в институтах и на факультетах усовершенствования врачей, в колледжах. Последнее время, в силу ряда финансовых ограничений, стали широко применяться выездные и очно-заочные циклы. Проведение таких циклов, на наш взгляд, является оправданным, так как, кроме экономии финансовых средств, имеются и другие преимущества. Например, на выездном цикле, как правило, принимают участие все специалисты какого-то профиля, которые в процессе обучения получают единые методические установки по диагностике, лечению и т.п. В этих случаях внедрение полученных новых знаний идет более эффективно.

Кроме этого, сокращаются расходы учреждения, что весьма важно при ограничении финансирования. Здесь уместно рассмотреть вопрос о компенсации расходов за время обучения на курсах повышения квалификации, так как последнее время возникли проблемы по оплате командировочных расходов. В ряде случаев руководители учреждения здравоохранения по настоянию работников бухгалтерии не оформляют направления на учебу как служебные командировки, не выплачивают командировочные или выплачивают их частично, не в полном объеме. До настоящего времени действует порядок оплаты за время обучения на курсах повышения квалификации, определенный постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 6 февраля 1988 г. № 166, а размер выплат командировочных расходов установлен постановлением Кабинета Ми-

нистров СССР от 17 мая 1991 г. № 270. В соответствии с постановлением ЦК КПСС за командированным на курсы повышения квалификации сохраняется средняя зарплата по основному месту работы на время его обучения с отрывом от производства. Иногородним слушателям, направленным на обучение с отрывом от работы, выплачиваются в течение первого месяца суточные командировочные расходы в размерах, установленных нормативными документами на федеральном уровне. Оплата проезда слушателей в оба конца, командировочных расходов, а также выплата стипендии осуществляется за счет организаций по месту основной работы. На время обучения курсанты обеспечиваются общежитием гостиничного типа с оплатой расходов за счет направляющей стороны. При отсутствии общежития осуществляется возмещение расходов за проживание в гостинице, в соответствии с принятыми нормативами на федеральном уровне. При работе в лечебно-профилактическом учреждении в условиях ОМС расходы, связанные с подготовкой кадров, оплачиваются за счет средств бюджета. Исходя из этого заведующий отделением совместно с сотрудниками отдела кадров ЛПУ на основе перспективного плана подготовки кадров в отделении готовят обоснованную заявку на необходимое финансирование и при необходимости корректируют план.

Основой совершенствования знаний врачей-специалистов является их повседневная работа у постели больного и на приеме в поликлинике. С этой целью необходимо широко использовать участие врачей в обходах заведующего, на консультативных приемах. Уместно также регулярное проведение «дней специалистов», заседаний научных обществ, ассоциаций и активное участие в них как заведующих, так и врачей. Особого внимания заслуживают целесообразность и необходимость регулярного проведения постоянно действующих семинаров, клинических патолого-анатомических конференций [2, 15].

Под непосредственным контролем заведующего находятся вопросы повышения квалификации средних медицинских работников и младшего медицинского персонала. В процессе повышения профессионального уровня сотрудников отделения широко используются оправдавшие себя организационные формы: наставничество, взаимозаменяемость и др. Одной из форм повышения квалификации является обмен опытом, проведение реферативных обзоров специализированных медицинских журналов, конкурсов «лучший по профессии» и т.п. [24, 37].

Последнее время с внедрением средств вычислительной техники, средств телекоммуникаций появилась возможность выхода в ИНТЕРНЕТ и получения необходимой информации из мировых баз данных. В перспективе планируется внедрение дистанционного обучения. Как отмечает профессор О.С.Медведев¹, дистанционное медицинское образование не ставит целью возврата к низкокачественному заочному образованию, которое было в нашей стране ранее. Задачей телемедицины является распространение опыта ведущих профессоров и преподавателей, практических врачей, лекций лучших специалистов, новейших медицинских технологий, когда эти знания будут доступны любому врачу, который может находиться на своем рабочем месте. Безусловно, такая форма образования является достаточно эффективной и перспективной. Подробнее мы остановимся на вопросах широкого использования средств телекоммуникации отдельно.

В своей повседневной деятельности заведующий отделением ЛПУ придает существенное значение соблюдению социальной и правовой защиты работников отделения в соответствии с Законом об основах охраны здоровья граждан.

¹ Журнал Информационные технологии в здравоохранении. 2001. № 6-7, с. 4-5.

Статья 63. Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников.

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на:

- 1) обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- 2) работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
- 3) защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- 4) получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;
- 5) совершенствование профессиональных знаний;
- 6) переподготовку за счет средств бюджетов всех уровней при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятий, учреждений и организаций;
- 7) страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, несвязанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;
- 8) беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни.
- 9) первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в детских дошкольных санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта, используемого для выполнения профессиональных обязанностей при разъездном характере работы или иные льготы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Врачи, провизоры, работники со средним медицинским и фармацевтическим образованием государственной и муниципальной систем здравоохранения, работающие и проживающие в сельской местности и поселках городского типа, а также проживающие с ними члены их семей, имеют право на бесплатное предоставление квартир с отоплением и освещением в соответствии с действующим законодательством.

Порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, получения ими квалификационных категорий определяется в соответствии с настоящими Основами Министерством здравоохранения Российской Федерации, совместно с профессиональными медицинскими и фармацевтическими ассоциациями. Общеизвестно, что в качестве главного мотивационного инструмента для сотрудников по повышению эффективности и качества медицинской помощи является оплата труда медицинских работников. Важность данного мероприятия закреплена в законе, знание которого является обязательным требованием к руководителям ЛПУ и структурных подразделений.

В Трудовой кодекс Российской Федерации включена новая глава 14 "Защита персональных данных работника", в которой на работодателя возлагается при обработке персональных данных работников ряд требований, в том числе работодатель должен получать все персональные данные работника у него самого.

Если персональные данные работника возможно получить только у третьей стороны, то работник должен быть уведомлен об этом заранее и от него должно быть получено письменное согласие. Работодатель не имеет права получать и обрабатывать

персональные данные работника о его политических, религиозных и иных убеждениях и частной жизни.

Работодатель вправе получать и обрабатывать данные о частной жизни работника только с его письменного согласия.

Работодателем за счет его средств должна быть обеспечена защита персональных данных работника от неправомерного их использования или утраты.

Статья 99 Трудового кодекса Российской Федерации устанавливает, что привлечение к сверхурочным работам производится работодателем только с письменного согласия работника. В Кодексе законов о труде Российской Федерации сверхурочные работы могли производиться лишь с разрешения соответствующего выборного профсоюзного органа предприятия, учреждения, организации и согласия работника не требовалось.

Статья 128 Трудового кодекса Российской Федерации устанавливает, что работодатель может предоставить работнику (по семейным обстоятельствам и другим уважительным причинам) по его письменному заявлению отпуск без сохранения заработной платы, продолжительность которого определяется по соглашению сторон.

Указанная статья обязывает работодателя предоставлять работнику на основании письменного заявления отпуск без сохранения заработной платы:

- участникам Великой Отечественной войны - до 35 календарных дней в году;
- работающим пенсионерам по старости (по возрасту) - до 14 календарных дней в году;
- родителям и женам (мужьям) военнослужащих, погибших или умерших вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении обязанностей военной службы либо вследствие заболевания, связанного с прохождением военной службы, - до 14 календарных дней в году;
- работающим инвалидам - до 60 календарных дней в году;
- работникам в случаях рождения ребенка, регистрации брака, смерти близких родственников - до пяти календарных дней;
- и в других случаях, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации, иными федеральными законами либо коллективным договором.

Оплата труда медицинских работников

Общий порядок оплаты труда медицинских работников регламентируется приказом Минздрава РФ от 24.02.98 №48 «Об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации». Данный приказ и другие нормативные документы предоставляют руководителям медицинских учреждений широкие возможности для самостоятельного решения многих проблемных вопросов. Заработная плата работника не ограничивается предельными размерами, формы оплаты труда могут быть разными, не только на основе окладов Единой тарифной сетки (ЕТС), но применяется сдельная оплата труда и т.п. В Основах законодательства об охране здоровья граждан (**Статья 64**. «Оплата труда и компенсации») регламентируется порядок оплаты.

Оплата труда медицинских и фармацевтических работников, а также научных работников и профессорско-преподавательского состава высших и средних медицинских и фармацевтических учебных заведений медицинских факультетов университетов производится в соответствии с их квалификацией, стажем и выполняемыми обязанностями, что предусматривается трудовым договором (контрактом).

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на компенсационную выплату в процентах к должностным окладам за работу с вредными, тяжелыми и опасными условиями труда, а также иные льготы, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Перечень категорий работников, имеющих право на повышение заработной платы, надбавки и доплаты к заработной плате, а также другие виды компенсаций и льгот, устанавливается Правительством Российской Федерации по согласованию с профессиональными союзами.

Порядок и условия выплаты компенсаций и предоставления льгот научным работникам государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также профессорско-преподавательскому составу высших и средних медицинских и фармацевтических учебных заведений, медицинских факультетов университетов соответствует порядку и условиям выплаты компенсаций и предоставления льгот медицинским и фармацевтическим работникам.

Для медицинских, фармацевтических и других работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное государственное личное страхование на сумму в размере 120 месячных окладов в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

В случае причинения вреда здоровью медицинских и фармацевтических работников при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга, им возмещается ущерб в объеме и порядке, устанавливаемых законодательством Российской Федерации.

В случае гибели работников государственной и муниципальной систем здравоохранения при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований семьям погибших, выплачивается единовременное денежное пособие в размере 120 месячных должностных окладов.

На выпускников медицинских и фармацевтических высших и средних учебных заведений, прибывших на работу в сельские лечебно-профилактические учреждения по направлению, распространяются порядок и условия выдачи единовременного пособия на хозяйственное обзаведение, устанавливаемого для специалистов, окончивших сельскохозяйственные учебные заведения.

Вызывает много споров оплата дежурства врачей в стационарах в субботние и воскресные дни. Заведующий отделением должен знать правовые основы оплаты труда дежурных врачей. Работу врачей стационаров по обслуживанию больных в вечернее и ночное время, а также в субботние и воскресные дни принято называть дежурствами. Кстати, как правило, заведующий отделением принимает непосредственное участие в составлении графиков дежурств. Известно, что большая часть врачей больничных учреждений работает по «пятидневке», реже по шестидневной рабочей неделе. Согласно статьям 91, 94 Трудового кодекса, они должны иметь в первом случае два, во втором - один выходной день в неделю. Помимо еженедельного отдыха предусмотрен обязательный ежедневный отдых - перерыв между сменами. Продолжительность его должна быть не менее двойной продолжительности работы в предшествующую смену.

Дежурство врачей в стационарах организуется:

- в счет месячного баланса рабочего времени;

• сверх месячного баланса рабочего времени.

Как организовано дежурство, так и осуществляется компенсация. Так, если врач дежурит в счет месячного баланса рабочего времени в ночное время, то чтобы компенсировать ему потерю ежедневного отдыха, перед дежурством ему предоставляется возможность отдохнуть (освобождение от дневной смены), а после окончания дежурства ему предоставляется отдых. Если такое дежурство было в субботный или воскресный день, врачу предоставляется другой день отдыха среди недели. Однако повсеместная практика организации дежурств врачей в стационарах в счет месячной нормы осуществляется по-другому. Замена дневных смен не предоставляется в счет ночных, субботных и воскресных дней, путем сокращения продолжительности рабочего дня - ст. 96 Трудовой кодекс.

При организации дежурства сверх месячной нормы рабочих часов врачи привлекаются в порядке совместительства. Если эти дежурства приходятся на выходной день по основной работе, то они оплачиваются в двойном размере. Основанием является письмо Минздрава СССР от 4 мая 1990 года № 01-14\15-90 «Об организации и оплате дежурств врачей учреждений здравоохранения, имеющих стационары», согласованное с Минфином СССР, Госкомтруда СССР и ВЦСПС. Кроме того, учитывая физическую и психическую нагрузку врачей, обусловленную несением дежурств в счет нормы часов в месяц, Постановлением Госкомтруда СССР и Секретариата ВЦСПС от 11 июня 1990 г. № 229\9-44 п.3 компенсируется выплата надбавок до 50%.

При наличии дополнительного дохода, полученного сверх утвержденной сметы, учреждение самостоятельно распределяет его с учетом конкретных условий, в том числе заработная плата работникам начисляется с учетом объема и качества оказанных услуг. Дополнительный (сверхплановый) доход может быть получен за счет большего объема оказанных услуг по муниципальному и государственному заказам, а также по добровольному медицинскому страхованию и оказанием платных услуг. Здесь уместно заметить справедливость высказываний заместителя начальника ЦМСЧ-122 по экономическим вопросам г. Санкт-Петербурга д.э.н. Кадырова Ф.Н. 1999 г.² о праве администрации медицинского учреждения самостоятельно устанавливать системы оплаты труда в соответствии с КЗоТ ст. 83. Он приводит выдержку из данной статьи, где записано: "Установление системы оплаты труда и форм материального поощрения, утверждение положений о премировании и выплате вознаграждения по итогам работы за год производятся администрацией предприятия, организации по согласованию с соответствующим выборным профсоюзным органом". Автор считает, что одним из важнейших документов, регламентирующим деятельность учреждений по данной проблеме, является устав учреждения, утвержденный учредителями. Обращает внимание ст. 298 ч. 2 ГКРФ, в которой записано, что «если в соответствии с учредительными документами учреждению предоставлено право осуществлять деятельность, приносящую доход, то доходы, полученные от такой деятельности поступают в самостоятельное распоряжение учреждения». Поэтому при подготовке учредительных документов необходимо иметь это в виду. Кроме того, автор достаточно подробно и методически правильно рассматривает вопросы оплаты труда при оказании платных услуг, что весьма важно, так как до настоящего времени нормативные документы, посвященные вопросам оплаты труда медицинских работников при оказании платных услуг, отсутствуют. Считаем, что заведующие отделениями ЛПУ должны знать это, так как в деятельности отделений

² Кадыров Ф.Н. Оплата труда при оказании платных услуг. Здравоохранение. 1999. -№ 8, 9. - С.19, 45.

медицинских учреждений с каждым годом увеличивается удельный вес оказываемых платных медицинских услуг. Остановимся на них более подробно.

Особенности оплаты труда при оказании платных услуг

Основные особенности оплаты труда работников при оказании медицинскими учреждениями платных услуг автор связывает со следующими моментами:

- отсутствие гарантированного объема работ при оказании платных услуг вызывает необходимость более широкого, чем при других источниках финансирования, использования сдельной формы оплаты труда по сравнению с повременной;

- отсутствие гарантированного финансирования при оказании платных услуг заставляет администрацию искать наиболее эффективные и стимулирующие системы оплаты труда, не допускать незаслуженной оплаты и т.д.;

- платные услуги во многих случаях оказываются во внерабочее время. Поэтому наиболее предпочтительны системы оплаты труда, основанные на объеме или стоимости оказанных услуг;

- оказание платных услуг, как правило, осуществляется на добровольной основе и во внерабочее время, поэтому работники предъявляют более высокие требования по оплате труда, чем при работе по основной должности;

- поскольку труд при оказании платных услуг обычно является более интенсивным, то работник рассчитывает на более высокую оплату труда за единицу рабочего времени;

- при оказании платных услуг требования пациентов к видам помощи и их качеству возрастают, что приводит к необходимости корректировки нормативно-плановых показателей;

- оказание платных услуг, как правило, является наиболее эффективным с финансовой точки зрения видом деятельности медицинского учреждения, что обеспечивает возможность более высокой оплаты труда работникам, чем по ЕТС.

Формирование фондов оплаты труда

Как уже было отмечено выше, источником средств на оплату труда являются доходы от оказанных услуг, в том числе при оказании платных услуг. Однако, на оплату труда используются не все заработанные средства, так как необходимо перечислить причитающиеся налоги, возместить затраты, связанные с приобретением медикаментов, материалов, коммунальные расходы и др. На оплату труда направляется часть средств. Размер средств на заработную плату определяется исходя из плановой структуры затрат или исходя из фактической структуры затрат.

При определении плановой структуры затрат исходными являются два документа:

- калькуляция затрат на оказание конкретных видов услуг;

- смета расходов средств, полученных от оказания платных услуг.

На основе правильно составленной калькуляции можно выделить как общий размер средств, направленных на оплату труда при оказании платных услуг, так и размер средств на оплату труда конкретных исполнителей. В свою очередь, калькуляция определяет плановую структуру затрат, которая может существенно отличаться от фактической. Поэтому применяют другой способ - исходя из сметы расходов средств, полученных от оказания платных услуг. При этом используется бюджетная классификация расходов по статьям.

Автор выделяет два варианта определения размера средств на оплату труда из фактической структуры затрат при оказании платных услуг:

1. Первоочередные отчисления из доходов в фонд возмещения материальных затрат с формированием фонда оплаты труда по остаточному принципу.

2. Первоочередные отчисления из доходов в фонд оплаты труда с последующим возмещением материальных затрат. Вместе с тем следует заметить, что медицинское учреждение вправе самостоятельно определить, кому и сколько оно будет платить в пределах сформированного фонда оплаты труда.

Взаимосвязь оплаты труда и ценообразование

Вопросы оплаты труда напрямую зависят от тарифов на оказываемые услуги. Принято считать, что в основу тарифов на платные услуги должен быть заложен уровень оплаты предусмотренный ЕТС. Кадыров Ф.Н. (1999) доказывает, что это не обязательное условие, мотивируя правомочность заключения договоров (соглашением) сторон, в том числе контрактной формы. То есть применяется договорной характер установления уровня оплаты труда. Однако контролирующие органы не всегда воспринимают это адекватно, когда уровень оплаты труда устанавливается выше предусмотренного по ЕТС. Требуется юридическая и экономическая обоснованность. Автор приводит ряд мер, способствующих этому:

- включение соответствующих пунктов в коллективный договор, заключаемый в медицинском учреждении. Заключение договоров с работниками или коллективами, занимающимися оказанием платных услуг, в которых оговариваются условия оказания платных услуг, в том числе размер оплаты труда, закладываемый в расчет тарифов;

- использование научных методов нормирования (хронометраж), в том числе метод экспертных оценок и корректировка норм времени и нагрузки с учетом специфики оказания платных услуг, служащих основой для расчета тарифов;

- применение повышающих коэффициентов к закладываемому в тарифы уровню заработной платы, рассчитанному на основе ЕТС, или включение в тарифы дополнительной оплаты труда, которые обосновываются особенностями оказания платных услуг. В то же время необходимо иметь в виду, что на уровень средств, выделяемых на оплату труда при оказании платных услуг, влияют рыночные отношения. В частности речь идет о спросе на услуги. При повышенном спросе фонд оплаты труда может быть значительно выше, и, наоборот, в некоторых случаях оплата труда устанавливается на уровне ЕТС.

Заведующие отделениями должны знать порядок оплаты труда работников подразделений, имеющих различные источники финансирования.

Возможны несколько вариантов участия подразделений в оказании платных медицинских услуг. В зависимости от них и устанавливается порядок оплаты труда.

Прежде всего, могут быть организованы самостоятельные подразделения, которые полностью финансируются за счет средств, полученных от оказания платных услуг (хозрасчетные отделения, кабинеты). В таком случае для сотрудников данного подразделения это будет основное место работы. Поэтому работник не вправе претендовать на дополнительную оплату труда сверх предусмотренной на основе ЕТС в соответствии с действующими приказами Минздрава. Администрация может при наличии финансовых возможностей устанавливать дополнительную оплату, «но это является правом администрации медицинского учреждения, а не обязанностью».

Экономические взаимоотношения в подразделениях, финансируемых за счет платных услуг, могут строиться по-разному.

Хозрасчетные отношения – это, когда из заработанных средств формируется фонд оплаты труда и возмещаются материальные затраты. В этом случае оптимальным вари-

антом является система оплаты, при которой оплата труда формируется по остаточному принципу после перечисления налогов и возмещения материальных затрат. Возможны варианты, когда применяются частично хозрасчетные отношения, например, производится только оплата труда, которая зависит от стоимости оказанных услуг без учета степени возмещения материальных затрат. В этом случае наиболее целесообразна оплата труда по фиксированному уровню (в процентах) от стоимости оказанных услуг. Применима и традиционная система оплаты труда по ЕТС вне зависимости от объема и качества услуг. Это менее эффективная форма экономических взаимоотношений.

Таким образом, система экономических взаимоотношений многообразна и зависит от многих факторов: специфики объекта, спроса на медицинские услуги, наличия конкуренции в районе обслуживания, организационных форм в учреждении и т.п. Принято считать, что каждая система оплаты труда имеет свои преимущества и недостатки. Так, к примеру, организация оплаты труда структурных подразделений по системе полного хозрасчета, по мнению многих руководителей, является предпочтительной. В этом случае, у администрации учреждения отпадает необходимость стимулировать коллектив к интенсивному труду, что является весьма существенным достоинством системы. В то же время у администрации учреждения имеются ограничения по воздействию на распределение дохода и регулирование финансовых потоков. Изменение рыночной ситуации и увеличение спроса на определенный вид медицинских услуг могут привести к увеличению дохода подразделения (отделения), который останется в подразделении, и учреждение в целом мало что выиграет от этого. Поэтому на практике наибольшее распространение получила система оплаты труда по принципу частичного хозрасчета, когда заработная плата, как правило, увязана со стоимостью услуг и плановым объемом, при выполнении которого она выплачивается полностью.

Широко используется и такая форма организации труда и оплаты, как заключение бригадного подряда между администрацией и членами коллектива. При этом в договоре должны быть оговорены такие вопросы, как уровень оплаты, сумма или процент отчислений на оплату, принципы распределения между членами бригады и др.

Представляет особый интерес система оплаты труда сотрудников подразделений финансируемых за счет средств бюджета или ОМС, оказывающих платные услуги. Рассмотрение данного вопроса базируется на работе³. Предполагается наличие двух ситуаций, в основе которых лежит время оказания платных услуг:

- в основное время работника;
- оказание платных услуг во внерабочее время.

Общеизвестное требование органов управления и контролирующих структур - оказание платных услуг должно осуществляться во внерабочее время. Мотивируется это тем, что работник за одно и то же отработанное время будет получать двойную оплату, хотя и из разных источников. Поэтому в идеале рекомендуют создавать специальные хозрасчетные подразделения с выделением специального помещения, оборудования, материалов и т.п. Предлагается и другой вариант, более реальный для многих медицинских учреждений, когда оказание платных услуг проводится во внерабочее время, после основного рабочего времени. Этот вариант имеет и определенные недостатки:

- оказание платных услуг, как правило, требует их срочной реализации, так как пациент и платит в основном за срочность, внеочередность, что не удается реализовать.

³ Власенко Т.Я. Надбавки. Доплаты, Тарификация. Планирование фонда заработной платы. Ж. Здравоохранение. 2001, №11. - С. 149-153.

Это приведет к потере пациентов, они пойдут в учреждения, где им окажут помощь немедленно;

- потеря частично оплачиваемых услуг (повышенный сервис, альтернативные услуги и т.п.) для пациентов, получающих бесплатную медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий.

Словом, в любом случае, на практике приходится встречаться с ситуацией, когда платные услуги оказываются не только во вне рабочее время, но и в основное рабочее время. Поэтому заведующему отделением необходимо четко представлять, с какими проблемами придется встретиться и как их разрешить.

Выделено две проблемы: двойная оплата, которой не должно быть, и возможное ухудшение качества отдельных видов медицинской помощи, финансируемых за счет бюджета или ОМС, по причине отвлечения сотрудников на оказание платных услуг.

Итак, существует три организационных формы оказания платных услуг с учетом времени и условий их оказания:

1. Платные услуги, выполняемые во вне рабочее время.

К ним относятся услуги, требующие длительного времени для их выполнения, которые можно запланировать заранее, услуги, оказываемые по предварительной записи, услуги оказываемые специалистом по смежной (отличной от основной) специальности. К ним относятся плановые операции, мануальная терапия, услуги на дому и т.п. В целях устранения каких-то конфликтных ситуаций отдельно составляются графики по основной работе и оказанию платных услуг, отдельно заполняются и ведутся таблицы.

2. Платные услуги, оказываемые в основное рабочее время.

Для регулирования экономических отношений работников, оказывающих платные услуги в основное рабочее время, Кадыров Ф.Н. предлагает целый ряд экономических мер. Приведем некоторые из них:

- установить нормативно-плановые значения затрат времени на оказываемые услуги, выполняемые как в рамках государственной программы (бесплатных), так и платных услуг с учетом фактически выполненных объемов по платным услугам и продлить время основной работы. К примеру, врач во время приема в поликлинике принял 3-х человек платных, затратив на каждого в среднем по 15 мин. Значит, он должен продлить прием по основной работе на 45 мин.;

- при невыполнении плановых заданий по основной работе провести сокращение штатной численности с учетом выполняемых объемов;

- производить оплату платных услуги сверхплановых после суммирования общего числа услуг на платной и бесплатной основе;

- при невыполнении плановых заданий по основной должности производить оплату платных услуг по пониженным расценкам;

- применять систему оплаты труда, позволяющую уменьшать оплату по основной должности, то есть платить за объем и качество выполненной работы. Однако эта мера не всегда бывает эффективной, так как платные услуги оплачиваются по более дорогим тарифам;

- оплата за оказанные платные услуги может производиться по системе премирования по итогам работы за месяц, квартал за счет средств, полученных от оказания платных услуг;

- производить оплату платных услуг по выполнению планового объема бесплатных услуг, при наличии очереди или талонной системы;

- возможен вариант оплаты путем чередования платных, бесплатных услуг оказание платной услуги через две или три бесплатных. По нашему мнению, этот вариант также малоэффективен;

- выделение специальных часов для оказания платных услуг или организация платного хозрасчетного подразделения.

Набор предложенных экономических мер регулирования отношений при оказании платных услуг должен осуществляться с учетом специфики учреждения и должен быть направлен на поиск оптимальных форм взаимодействия, когда не пришлось бы ограничивать оказание платных услуг и ущемлять пациентов, получающих бесплатную медицинскую помощь. Любая выбранная форма взаимодействия в обязательном порядке должна быть закреплена в правовом отношении (коллективный договор, договор с бригадой, контракт и т.п.).

3. Платные услуги, оказываемые в свое основное время без ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи.

В ряде подразделений медицинских учреждений имеются условия для оказания платных услуг без ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи. В этих случаях можно официально разрешить оказание платных медицинских услуг. В первую очередь речь идет о следующих ситуациях:

- когда сотрудник подразделения может одновременно без ущерба для основной работы оказывать платные услуги или обеспечить повышенный сервис. Так, например, широко используемая в медицинских учреждениях «расширенная зона обслуживания». Особенно это касается деятельности среднего медицинского персонала (дежурных постовых сестер), когда они вместо одного поста обслуживают – 1,5. Аналогичным образом могут оказываться и платные услуги;

- при выполнении объема работ, финансируемого за счет бюджета или средств ОМС, когда временной фактор не является главным критерием. К примеру, врач функциональной диагностики обеспечивает полностью обследование направленных больных из отделений больницы, но кроме того, в свое рабочее время или за счет его увеличения проводит обследования пациентов из хозрасчетных подразделений и т.д.;

- когда объем работы по основной должности не регламентирован и зависит от числа пациентов, вызовов, операций и т.п., но в любом случае должен быть выполнен полностью. Платные услуги могут быть оказаны в период ожидания. Например, врач-анестезиолог, владеющий бронхоскопией, в свободное от операций время (в период ожидания) может оказать платные услуги. Или врач-стоматолог, находящийся на приеме, и т.д. К тому же существуют официальные документы, предоставляющие право в ряде случаев оказывать платные услуги в основное рабочее время (приказ Минздрава РФ от 06.08.1999 г. № 312 «Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования»).

Заключая данный раздел, следует отметить, что в условиях реформирования здравоохранения необходим поиск новых экономических отношений при соблюдении главного условия - максимальное удовлетворение потребности населения в основных видах бесплатной медицинской помощи установленного качества при возможно низкой себестоимости медицинских услуг и минимальном размере упущенной выгоды для учреждения с достойной оплатой за качественный труд медицинским работникам. Особо следует отметить важный момент об усилении ответственности работодателя за несвоевременную выплату заработной платы.

Статья 142 Трудового кодекса Российской Федерации впервые устанавливает ответственность работодателя за нарушение сроков выплаты заработной платы и иных сумм, причитающихся работнику.

Работодатель, допустивший задержку выплаты работникам заработной платы и другие нарушения оплаты труда, несет ответственность в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и иными федеральными законами.

В случае задержки выплаты заработной платы на срок более 15 дней работник имеет право, известив работодателя в письменной форме, приостановить работу на весь период до выплаты задержанной суммы. Не допускается приостановка работы: в организациях, связанных с обеспечением жизнедеятельности населения (энергообеспечение, отопление и теплоснабжение, водоснабжение, газоснабжение, связь, станции скорой и неотложной медицинской помощи). При этом важно соблюдение производственной и трудовой дисциплины.

Новый Трудовой кодекс Российской Федерации (ст. 192) значительно, по сравнению с Кодексом законов о труде Российской Федерации, сужает круг применяемых к работнику работодателем дисциплинарных взысканий.

За совершение дисциплинарного проступка, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- 1) замечание;
- 2) выговор;
- 3) увольнение по соответствующим основаниям.

Федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине для отдельных категорий работников могут быть предусмотрены также и другие дисциплинарные взыскания.

Не допускается применение дисциплинарных взысканий, не предусмотренных федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине.

Новый Трудовой кодекс Российской Федерации вводит ст. 195, устанавливающую возможность привлечения к дисциплинарной ответственности руководителя организации, его заместителей по требованию представительного органа работников.

Работодатель обязан рассмотреть заявление представительного органа работников о нарушении руководителем организации, его заместителями законов и иных нормативных правовых актов о труде, условий коллективного договора, соглашения и сообщить о результатах рассмотрения представительному органу работников.

В случае если факты нарушений подтвердились, работодатель обязан применить к руководителю организации, его заместителям дисциплинарное взыскание вплоть до увольнения. В Трудовом кодексе предусмотрены ответственность и обязанности работодателя за создание надлежащих условий труда, которые необходимо знать заведующему отделением. Так, статья 212 Трудового кодекса Российской Федерации определяет обязанности работодателя по обеспечению безопасных условий и охраны труда в организации.

Работодатель обязан обеспечить:

- безопасность работников при эксплуатации зданий, сооружений, оборудования, осуществлении технологических процессов, а также применяемых в производстве инструментов, сырья и материалов;
- применение средств индивидуальной и коллективной защиты работников;
- соответствующие требованиям охраны труда условия труда на каждом рабочем месте;

- режим труда и отдыха работников в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;
- приобретение и выдачу за счет собственных средств специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты, смывающих и обезвреживающих средств в соответствии с установленными нормами работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях или связанных с загрязнением;
- обучение безопасным методам и приемам выполнения работ по охране труда и оказанию первой помощи при несчастных случаях на производстве, инструктаж по охране труда, стажировку на рабочем месте и проверку знаний требований охраны труда, безопасных методов и приемов выполнения работ;
- недопущение к работе лиц, не прошедших в установленном порядке обучение и инструктаж по охране труда, стажировку и проверку знаний требований охраны труда;
- организацию контроля за состоянием условий труда на рабочих местах, а также за правильностью применения работниками средств индивидуальной и коллективной защиты,
- проведение аттестации рабочих мест по условиям труда с последующей сертификацией работ по охране труда в организации;
- в случаях, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами, организовывать проведение за счет собственных средств обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований) работников, внеочередных медицинских осмотров (обследований) работников по их просьбам в соответствии с медицинским заключением с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка на время прохождения указанных медицинских осмотров (обследований);
- недопущение работников к исполнению ими трудовых обязанностей без прохождения обязательных медицинских осмотров (обследований), а также в случае медицинских противопоказаний;
- информирование работников об условиях и охране труда на рабочих местах, о существующем риске повреждения здоровья и полагающихся им компенсациях и средствах индивидуальной защиты;
- предоставление органам государственного управления охраной труда, органам государственного надзора и контроля, органам профсоюзного контроля за соблюдением законодательства о труде и охране труда информации и документов, необходимых для осуществления ими своих полномочий;
- принятие мер по предотвращению аварийных ситуаций, сохранению жизни и здоровья работников при возникновении таких ситуаций, в том числе по оказанию пострадавшим первой помощи;
- расследование и учет в установленном Трудовым кодексом Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами порядке несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- санитарно-бытовое и лечебно-профилактическое обслуживание работников в соответствии с требованиями охраны труда;
- беспрепятственный допуск должностных лиц органов государственного управления охраной труда, органов государственного надзора и контроля за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, органов Фонда социального страхования Российской Федерации, а

также представителей органов общественного контроля в целях проведения проверок условий и охраны труда в организации и расследования несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

- выполнение предписаний должностных лиц органов государственного надзора и контроля за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, и рассмотрение представлений органов общественного контроля в установленные Трудовым кодексом Российской Федерации, иными федеральными законами сроки;

- обязательное социальное страхование работников от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

- ознакомление работников с требованиями охраны труда;

- разработку и утверждение с учетом мнения выборного профсоюзного или иного уполномоченного работниками органа инструкций по охране труда для работников;

- наличие комплекта нормативных правовых актов, содержащих требования охраны труда в соответствии со спецификой деятельности организации.

Одной из серьезных проблем для заведующего отделением остается организация и соблюдение материальной ответственности работодателя перед сотрудниками.

В Трудовой кодекс Российской Федерации впервые включена глава 38 "Материальная ответственность работодателя перед работником".

Статья 234 Трудового кодекса Российской Федерации устанавливает, что работодатель обязан возместить работнику не полученный им заработок во всех случаях незаконного лишения его возможности трудиться. Такая обязанность, в частности, наступает, если заработок не получен в результате:

- незаконного отстранения работника от работы, его увольнения или перевода на другую работу;

- отказа работодателя от исполнения или несвоевременного исполнения решения органа по рассмотрению трудовых споров или государственного правового инспектора труда о восстановлении работника на прежней работе;

- задержки работодателем выдачи работнику трудовой книжки, внесения в трудовую книжку неправильной или не соответствующей законодательству формулировки причины увольнения работника;

- других случаев, предусмотренных федеральными законами и коллективным договором.

Статья 235 ТК устанавливает, что работодатель, причинивший ущерб имуществу работника, возмещает этот ущерб в полном объеме. Размер ущерба исчисляется по рыночным ценам, действующим в данной местности на момент возмещения ущерба.

При согласии работника ущерб может быть возмещен в натуре.

Заявление работника о возмещении ущерба направляется им работодателю. Работодатель обязан рассмотреть поступившее заявление и принять соответствующее решение в десятидневный срок со дня его поступления. При несогласии работника с решением работодателя или неполучении ответа в установленный срок работник имеет право обратиться в суд.

Также работодатель несет материальную ответственность при нарушении установленного срока выплаты заработной платы, оплаты отпуска, выплат при увольнении и других выплат, причитающихся работнику.

Работодатель обязан выплатить их с уплатой процентов (денежной компенсации) в размере не ниже одной трехсотой действующей в это время ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации от не выплаченных в срок сумм за каждый

день задержки, начиная со следующего дня после установленного срока выплаты по день фактического расчета включительно. Конкретный размер выплачиваемой работнику денежной компенсации определяется коллективным договором или трудовым договором (ст. 236 Трудового кодекса Российской Федерации).

Впервые в Трудовой кодекс Российской Федерации включена статья, которой предусматривается возмещение работодателем морального вреда, причиненного работнику (ст. 237 Трудового кодекса Российской Федерации).

Моральный вред, причиненный работнику неправомерными действиями или бездействием работодателя, возмещается работнику в денежной форме в размерах, определяемых соглашением сторон трудового договора.

В случае возникновения спора факт причинения работнику морального вреда и размеры его возмещения определяются судом независимо от подлежащего возмещению имущественного ущерба.

Работник также несет материальную ответственность перед работодателем за причиненный ему ущерб. Этому посвящена **глава 39** Трудового кодекса Российской Федерации.

Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

Под прямым действительным ущербом понимается реальное уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества), а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение или восстановление имущества.

Работник несет материальную ответственность как за прямой действительный ущерб, непосредственно причиненный им работодателю, так и за ущерб, возникший у работодателя в результате возмещения им ущерба иным лицам.

За причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка, если иное не предусмотрено Трудовым кодексом Российской Федерации или иными федеральными законами.

Полная материальная ответственность работника состоит в его обязанности возмещать причиненный ущерб в полном размере.

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба может возлагаться на работника лишь в случаях, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации или иными федеральными законами.

Работники в возрасте до восемнадцати лет несут полную материальную ответственность лишь за умышленное причинение ущерба, за ущерб, причиненный в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также за ущерб, причиненный в результате совершения преступления или административного проступка.

При совместном выполнении работниками отдельных видов работ, связанных с хранением, обработкой, продажей (отпуском), перевозкой, применением или иным использованием переданных им ценностей, когда невозможно разграничить ответственность каждого работника за причинение ущерба и заключить с ним договор о возмещении ущерба в полном размере, может вводиться коллективная (бригадная) материальная ответственность.

Письменный договор о коллективной (бригадной) материальной ответственности за причинение ущерба заключается между работодателем и всеми членами коллектива (бригады).

По договору о коллективной (бригадной) материальной ответственности ценности вверяются заранее установленной группе лиц, на которую возлагается полная материальная ответственность за их недостачу. Для освобождения от материальной ответственности член коллектива (бригады) должен доказать отсутствие своей вины.

При добровольном возмещении ущерба степень вины каждого члена коллектива (бригады) определяется по соглашению между всеми членами коллектива (бригады) и работодателем. При взыскании ущерба в судебном порядке степень вины каждого члена коллектива (бригады) определяется судом.

Размер ущерба, причиненного работодателю при утрате и порче имущества, определяется по фактическим потерям, исчисляемым исходя из рыночных цен, действующих в данной местности на день причинения ущерба, но не ниже стоимости имущества по данным бухгалтерского учета с учетом степени износа этого имущества.

Федеральным законом может быть установлен особый порядок определения размера подлежащего возмещению ущерба, причиненного работодателю хищением, умышленной порчей, недостачей или утратой отдельных видов имущества и других ценностей, а также в тех случаях, когда фактический размер причиненного ущерба превышает его номинальный размер.

До принятия решения о возмещении ущерба конкретными работниками работодатель обязан провести проверку для установления размера причиненного ущерба и причин его возникновения. Для проведения такой проверки работодатель имеет право создать комиссию с участием соответствующих специалистов.

Истребование от работника объяснения в письменной форме для установления причины возникновения ущерба является обязательным.

Работник и (или) его представитель имеют право знакомиться со всеми материалами проверки и обжаловать их в порядке, установленном Трудовым кодексом Российской Федерации.

Взыскание с виновного работника суммы причиненного ущерба, не превышающей среднего месячного заработка, производится по распоряжению работодателя. Распоряжение может быть сделано не позднее одного месяца со дня окончательного установления работодателем размера причиненного работником ущерба.

Если месячный срок истек или работник не согласен добровольно возместить причиненный работодателю ущерб, а сумма причиненного ущерба, подлежащая взысканию с работника, превышает его средний месячный заработок, то взыскание осуществляется в судебном порядке.

При несоблюдении работодателем установленного порядка взыскания ущерба работник имеет право обжаловать действия работодателя в суд.

Работник, виновный в причинении ущерба работодателю, может добровольно возместить его полностью или частично. По соглашению сторон трудового договора допускается возмещение ущерба с рассрочкой платежа. В этом случае работник представляет работодателю письменное обязательство о возмещении ущерба с указанием конкретных сроков платежей. В случае увольнения работника, который дал письменное обязательство о добровольном возмещении ущерба, но отказался возместить указанный ущерб, непогашенная задолженность взыскивается в судебном порядке.

С согласия работодателя работник может передать ему для возмещения причиненного ущерба равноценное имущество или исправить поврежденное имущество.

Возмещение ущерба производится независимо от привлечения работника к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности за действия или бездействие, которыми причинен ущерб работодателю.

Работник обязан возместить затраты, понесенные работодателем при направлении его на обучение за счет средств работодателя, в случае увольнения без уважительных причин до истечения срока, обусловленного трудовым договором или соглашением об обучении работника за счет средств работодателя.

Орган по рассмотрению трудовых споров может с учетом степени и формы вины, материального положения работника и других обстоятельств снизить размер ущерба, подлежащий взысканию с работника.

Снижение размера ущерба, подлежащего взысканию с работника, не производится, если ущерб причинен преступлением, совершенным в корыстных целях.

В Трудовой кодекс Российской Федерации включена **глава 59** "Самозащита работниками трудовых прав".

Статьей 379 определены формы самозащиты трудовых прав работников: работник может отказаться от выполнения работы, не предусмотренной трудовым договором, а также отказаться от выполнения работы, которая непосредственно угрожает его жизни и здоровью, за исключением случаев, предусмотренных федеральными законами.

На время отказа от указанной работы за работником сохраняются все права, предусмотренные Трудовым кодексом Российской Федерации, иными законами и другими нормативными правовыми актами.

Работодатель, представители работодателя не имеют права препятствовать работникам в осуществлении ими самозащиты трудовых прав. Преследование работников за использование ими допустимых законодательством способов самозащиты трудовых прав запрещается (ст. 380 Трудового кодекса Российской Федерации).

Это лишь часть новшеств в сфере отношений между работодателем и работником, появившихся с введением Трудового кодекса.

1.5. Основные права пациентов

В центре внимания заведующего отделением должны находиться вопросы деонтологии и медицинской этики, гуманного отношения к пациентам. Основопологающими при этом становятся правовые аспекты. Так, например, в Основах законодательства об охране здоровья граждан имеется несколько статей, гарантирующих в той или иной мере права пациентов, знание которых для заведующих необходимы.

Взаимоотношения врача и пациента на протяжении многих лет находятся в центре внимания ученых и практиков. От того, как относится пациент к своему лечащему врачу доверяет ли ему, становится ли он помощником врача, зависит исход заболевания, эффективность лечебно-диагностического процесса. Больному приходится делиться с врачом информацией о сокровенных интимных сторонах своей жизни. Поэтому очень важно, чтобы эта информация оставалась конфиденциальной, что и закреплено ст. 61 «Врачебная тайна». Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении служебных обязанностей и

иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Заведующий отделением ЛПУ должен знать ряд статей Закона об охране здоровья граждан, регламентирующих организационные аспекты оказания специализированных видов медицинской помощи, внедрения новых методов диагностики, лечения и т.п., стоящих на защите прав пациентов. Приведем наиболее значимые из них.

Статья 40 "Специализированная медицинская помощь".

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Специальная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Виды, объемы и стандарты качества специализированной помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Специализированная медицинская помощь оказывается за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, всех средств граждан и других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации. Отдельные виды дорогостоящей специализированной медицинской помощи, перечень которых ежегодно определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации, финансируются за счет средств государственной системы здравоохранения.

Не менее важное значение имеет знание ограничений на применение новых методов диагностики, лечения, профилактики и т.п., чему посвящена специальная статья 43 закона.

Статья 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований.

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении, в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики лечения и лекарственные средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста 15 лет, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их представителей.

Порядок применения указанных в частях второй и третьей настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации или иными уполномоченными на то органами.

Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина.

Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биологическое исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний, в установленном законом порядке запрещается. Нарушение указанной формы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Медицинскому персоналу в соответствии со статьей 45 запрещается осуществление эвтаназии.

Статья 45. Запрещение эвтаназии.

Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к методу эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

К особой группе, имеющей важное этическое значение, относятся статьи закона об определении момента смерти (статья 46) и изъятии органов и тканей для трансплантации (статья 47).

Статья 46. Определение момента смерти человека.

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются положением, утверждаемым Министерством Российской Федерации, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Статья 47. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок.

Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В случае летального исхода в целях выяснения причин смерти и диагноза проводится патолого-анатомическое вскрытие, закрепленное статьей 48, на котором должен присутствовать заведующий отделением и лечащий врач.

Статья 48. Проведение патолого-анатомических вскрытий.

Патолого-анатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания.

Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации.

По религиозным или иным мотивам, в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего, либо волеизъявления самого умершего, высказанное при его жизни, патолого-анатомическое вскрытие, при отсутствии подозрения на насильственную смерть, не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии - близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля с его согласия для участия в патолого-анатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего, может быть про-

изведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 настоящих Основ.

Заведующий отделением должен довести до членов своего коллектива информацию об ответственности медицинских работников, предусмотренной в законодательстве статьями 66-69.

Статья 66. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан.

В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации. Ответственность за вред здоровью граждан, причиненный несовершеннолетним или лицом, признанным в установленном порядке недееспособным, наступает в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Вред, причиненный здоровью граждан в результате загрязнения окружающей природной среды, возмещается государством, юридическим или физическим лицом, причинившем вред, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 67. Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий.

Средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с предприятий, учреждений, организаций, ответственных за причиненный вред здоровью граждан, в пользу учреждений государственной или муниципальной системы здравоохранения, понесших расходы, либо в пользу учреждений частной системы здравоохранения, если лечение проводилось в учреждениях частной системы здравоохранения.

Лица, совместно причинившие вред здоровью граждан, несут солидарную ответственность по возмещению ущерба.

При причинении вреда здоровью граждан несовершеннолетними, возмещение ущерба осуществляется их родителями или лицами, их заменяющими, а в случае причинения вреда здоровью граждан лицами, признанными в установленном законом порядке недееспособными, возмещение ущерба осуществляется за счет государства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 68. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья.

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан либо их смерть, ущерб возмещается в соответствии с частью первой статьи настоящих Основ.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Статья 69. Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья.

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права и свободы граждан, определенные настоящими Основами, в области охраны здоровья могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОТДЕЛЕНИИ

Заведующий отделением несет полную ответственность за состояние лечебно-диагностического процесса в отделении, правильную и своевременную диагностику, лечение, уход за больными, а также за санитарное и хозяйственное обслуживание. Будучи наиболее подготовленным и опытным среди врачей отделения, заведующий проверяет правильность и эффективность применяемых ординаторами методов лечения, решает вопросы о производстве операций, о выписке больных [6, 15, 29, 31, 34]. Наиболее ответственные исследования и назначения заведующий отделением в случае необходимости проводит сам. Заведующий является в отделении основным консультантом по своей специальности, но в случае необходимости он организует консультации работников клиники, если на базе отделения располагается клиническая кафедра или другое подразделение института, а также консультации других специалистов.

Каждый человек имеет право на ошибку, даже если этот человек врач. Однако цена ошибки врача порой - это жизнь человека. Поэтому заведующий отделением при необходимости по заявке лечащего врача организует консилиум, когда приглашаются коллеги, чтобы вместе выработать тактику ведения больного.

Заведующий отделением ежедневно перед началом работы принимает от дежурного персонала доклад о состоянии отделения, о поступивших за время дежурства новых больных, о произведенных операциях и о самочувствии тяжелобольных; проверяет больничную и амбулаторно-поликлиническую работу. Он ежедневно лично обходит вновь поступивших в стационар больных, оперированных, а также подлежащих переводу в другие отделения и выписке.

Периодически, не реже одного раза в неделю, производит обход всех больных и принимает доклады об их состоянии. Ежедневно докладывает руководству ЛПУ (заместителю главного врача, директору клиники) о состоянии дел в отделении, прежде всего, о возникших проблемах в организации лечебно-диагностического процесса, о наличии тяжелых больных и т.п.

Последнее время в ряде городов страны, в лечебно-профилактических учреждениях, где расположены клинические базы медицинских вузов и НИИ, организуются клиники во главе с директорами. Как правило, это заведующий кафедрой или ведущий ученый НИИ. Однако до настоящего времени окончательно не определены и не распределены функциональные обязанности между администрацией (главным врачом, заместителем главного врача) и директором клиники.

В результате возникают проблемы во взаимоотношении заведующего отделением и директором клиники. Нужен недвусмысленный правовой документ (приказ Минздрава РФ) о четком разграничении прав и ответственности в этих случаях. По нашему мнению, главный врач учреждения обеспечивает нормальное функционирование учреждения в процессе достижения его главной цели.

Руководитель клиники - ответственный за лечебно-диагностический процесс. То есть главный врач - это главный менеджер, директор клиники - главный технолог, для него ведущими становятся интересы больного. Исходя из такого понимания, заведующий отделением, с одной стороны, как представитель администрации взаимодействует с главным врачом, выполняя функции обеспечения лечебно-диагностического процесса, с другой стороны - заведующий, являясь наиболее квалифицированным специалистом по профилю, взаимодействует с директором клиники по технологическим аспектам, являясь помощником директора клиники.

Заведующий поликлиническим отделением, должность которого вводится, как правило, при наличии 6-7 врачей-специалистов одного профиля, объединяет и руководит деятельностью врачей, средних медицинских работников и др. Он также планирует и организует работу отделения. Важной функцией заведующего отделением является оценка, контроль и обеспечение качества медицинской помощи, экспертиза трудоспособности. Систематически проверяет и контролирует деятельность сотрудников отделения, в необходимых случаях консультирует больных как в поликлинике, так и на дому. Проводит разборы наиболее сложных случаев. Обеспечивает взаимосвязь поликлинического отделения с однопрофильными отделениями больничных стационаров.

2.1. Некоторые подходы и правила постановки диагноза

Методологические аспекты и принципы постановки диагноза

Результативность и эффективность лечебно-диагностического процесса в значительной степени зависят от своевременного и правильно сформулированного диагноза. Постановка диагноза требует от врача системного мышления, когда необходимо из многочисленных информационных моделей (взаимосвязи симптомов, причин и возможных проявлений) обосновать и выбрать наиболее адекватную модель, отражающую объективную реальность. Вполне закономерным является мнение медицинских работников, что чем опытнее и грамотнее врач, тем больше он сомневается в своих знаниях и значительно больше уделяет внимания обоснованию диагноза. Заведующий отделением постоянно должен совершенствовать свои профессиональные знания, прежде всего, быть диагностом, накапливать и передавать опыт начинающим врачам, используя для этого различные формы и методы. В настоящей работе использованы некоторые положения, изложенные нами в методических материалах [12, 14].

Системное мышление в процессе постановки диагноза

В доступной отечественной и зарубежной литературе недостаточно полно освещены методологические аспекты постановки диагноза, и это является, на наш взгляд, существенной проблемой как для практикующих врачей с большим стажем, так и для начинающих. Поэтому на практике очень часто приходится сталкиваться со случаями, когда процесс постановки диагноза осуществляется путем аналогии.

Академик Казначеев В.П. с соавторами (1993 г.) считает, что системное мышление в процессе постановки диагноза - ключевой путь, позволяющий с высокой степенью эффективности решать любую диагностическую задачу.

Логическая структура клинического диагноза позволяет повысить эффективность медицинской деятельности. При постановке диагноза, когда применяется системный подход, даже врач, недостаточно эрудированный в вопросах смежной специальности, используя логику клинического мышления, не пройдет мимо неясного феномена, а попытается с помощью приемов диагностической логики и привлечения на каждом этапе дополнительной информации, выяснить патологическую сущность болезни и меру ее опасности для больного.

Всю логическую структуру постановки клинического диагноза авторы делят на 5 этапов.

Первый этап (первая степень абстракции): выяснение анатомического субстрата, т.е. её локализации в организме. Другими словами - это организационно-структурный анализ.

Второй этап (вторая степень абстракции): выяснение патолого-анатомической и патофизиологической природы патологического процесса. Структурный и функциональный анализ.

Третий этап (высшая степень абстракции): формирование рабочей диагностической (нозологической, реже синдромальной) гипотезы. На этом этапе происходит не только анализ, но и начинается синтетическая процедура.

Четвертый этап: выяснение степени вероятности диагностической гипотезы путем дифференциальной диагностики. Для этого этапа очень важным является определение взаимосвязей патолого-анатомических и патофизиологических изменений в организме, взаимосвязанность систем и органов, представление организма как единой системы, взаимодействующей со средой.

Пятый этап (синтетический, возвращение от абстрактного диагноза к конкретному): выяснение этиологии и патогенеза, формирование клинического диагноза с учетом всех особенностей данного заболевания, составление плана лечения, определение прогноза болезни, последующая проверка диагностической гипотезы в процессе обследования, наблюдения и лечения больного.

Современные технические тенденции в здравоохранении и медицине создают у врачей иллюзию легкости диагноза и "выключают" поисковую активность, а значит, логическое обоснование диагноза.

Недооценка клинических методов исследования на основе логического системного мышления - одна из причин врачебных ошибок. ("Медицинская газета" от 03 ноября 1993 года "Логика против шаблона", В.П. Казначеев, профессор А. Куимов).

Принципы оформления клинического диагноза

Диагноз - врачебное заключение о сущности болезни (В. Х. Василенко) или о причине смерти (А.В. Смольянинов), выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней [12].

Правильность, обоснованность, своевременность и индивидуальность диагноза должны находить свое отражение в основных медицинских документах - амбулаторной карте и истории болезни.

В построении клинического диагноза ведущим является нозологический принцип. Обозначение сущности болезни включает в себя возможность природы болезни (этиологический компонент), патогенез ее основных проявлений или осложнений (патогенетический компонент), сущность и локализацию основных патолого-анатомических изменений (морфологический компонент), характер и степень нарушений деятельности отдельных органов и физиологических систем (функциональный компонент). Взаимное расположение отдельных компонентов диагноза не имеет строго определенного порядка. Этиологический компонент, если он доказан, должен ставиться в начале обозначения нозологической формы. Морфологический компонент, как правило, следует за этиологическим компонентом. В случае невозможности установить последний, он отражает суть, самое убедительное обоснование заболевания. Патогенетический компонент может присутствовать в любой части диагноза основного заболевания или его осложнений. Завершает диагноз характеристика функциональных расстройств.

Цель врачебной диагностики - достичь точного, максимально подробного и индивидуализированного заключения - "самое твердое обоснование лечения" (С.П.Боткин). Клинический диагноз, по сути своей - объективная истина, относительная истина, истина - процесс (В.А. Германов и соавт.).

Задачами диагноза, по А.М. Лифшицу и М.Ю. Ахмедзянову, являются:

1. Преемственное комплексное лечение и вторичная профилактика.
2. Медицинская реабилитация.
3. Медицинский прогноз.
4. Экспертиза трудоспособности, профессиональный отбор и врачебный контроль в спорте.
5. Экспертиза годности к военной службе, юридическая дееспособность.
6. Своевременное проведение противоэпидемических мероприятий.
7. Правильное унифицированное статистическое изучение заболеваемости и смертности.
8. Обучение клиническому мышлению и его совершенствование.
9. Научный анализ вопросов клиники, диагностики, терапии и патоморфоза болезни [12].

По методу построения диагноза устанавливаются: по аналогии, синтетический или полный, дифференциальный диагноз, путем наблюдения, по лечебному эффекту, по результатам побочного, нежелательного действия лечения.

По методу выявления различают доклинический диагноз, ранний, поздний, ретроспективный и посмертный диагноз.

По степени обоснованности выделяют диагноз предварительный, обоснованный или окончательный, гипотетический (или "под вопросом"), неполный или неопределенный, ошибочный и неустановленный (неизвестный диагноз).

Фиссингер - Хегглин выделяют факторы, которые могут вести к неправильной диагностике:

- I. Незнание.
- II. Недостаточное обследование вследствие:
 1. Плохих привычек.
 2. Недостаточных возможностей.
 3. Неподходящих больных.
 4. Плохой техники.
 5. Недостатка времени.
- III. Ошибки в суждении вследствие:
 1. Недостаточно конструктивного мышления.
 2. Установки на безошибочность своего диагноза.
 3. Предвзятости мнения.
 4. Самолюбия и тщеславия.
 5. Нелогичности выводов.
 6. Нерешительности характера.
 7. Стремления ставить особо "интересные диагнозы".
 8. Других черт характера исследователя, таких как склонность к пессимизму или излишний оптимизм.

IV. Ошибки технического порядка.

По данным А. М. Лифшица и М.Ю. Ахмедзянова, принципы и типичные ошибки формулирования диагноза заключаются в следующем:

1. Нозологические принципы подменяются синдромами или симптомами.
2. Интранозологическая дополнительная характеристика (клиническая форма, характер течения, степень активности, стадия, функциональные нарушения) недостаточно раскрывает особенности конкретного больного, диагноз мало информативен.
3. Патогенетический принцип не выдерживается, не ясны патогенетические связи между компонентами диагноза (хаотичность построения), включение нескольких про-

тиворечивых компонентов диагноза.

4. Структурность с унифицированными рубриками подменяется конгломератом болезней.

5. Диагноз не соответствует Международной классификации болезней.

6. Фактическая, логическая обоснованность и достоверность диагноза подменяется необоснованными диагнозами - догадками.

7. Соответствие диагноза требованиям медицинской деонтологии, включая тайну диагноза, не сообщается, выставляются ятрогенные диагнозы с избыточной и нецелесообразной информацией в документах, доступных для больных и посторонних лиц.

8. Своевременные и динамические диагнозы заменяются запоздалыми и "застывшими" диагнозами.

9. В диагнозе нет индивидуально-личностной характеристики больного, тип эмоционально-психической реакции не болезнь.

Клинический диагноз должен быть поставлен в первые 3-4 дня, а в urgentных случаях - незамедлительно. Если диагноз не установлен в эти сроки, то в истории болезни должно быть соответствующее объяснение. В случаях изменения диагноза основного заболевания за время пребывания больного в стационаре необходима запись с обоснованием этого изменения. Лучше всего это делать в этапном эпикризе. Такое внимание к срокам постановки диагноза основного заболевания, его осложнений и ведущих сопутствующих болезней объясняется, в первую очередь, необходимостью оценки адекватности лечебных мероприятий по отношению к установленному у больного и истинному диагнозу.

Правильное построение диагноза невозможно без единых принципов трактовки и регистрации патологических явлений, единых критериев выделения различных рубрик диагноза, исходя из нозологического подхода к его построению, при котором за основу берутся:

- 1) оценка структурно-функциональных подтверждений;
- 2) данные исследования биопсийного материала;
- 3) степень влияния патологического процесса на трудоспособность;
- 4) оценка его угрозы для жизни;
- 5) мера необходимого лечения на данное время;
- 6) роль данного патологического процесса в танатогенезе.

Новое направление анализа категории "болезнь" связано с явлением полипатии, в связи с этим диагностика каждого из заболеваний в этом сложном неоднородном патологическом процессе приобретает ряд специфических черт и новой терминологии. Исходя из сказанного, современная структура диагноза стала сложной и включает в себя следующие составные части:

1. Основное заболевание (основной диагноз).

Основным считается заболевание, которое само по себе или посредством своего осложнения явилось причиной обращения за медицинской помощью, причиной госпитализации или смерти. Оно указывается в диагнозе в виде определенной нозологической формы и не может подменяться синдромом или перечислением симптомов.

Если за время пребывания в лечебном учреждении у больного развилось новое, острое заболевание, патогенетически не связанное с предшествующим и являющееся причиной смерти, оно учитывается как основное заболевание (например, крупозная пневмония, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, острый гепатит) у больных, госпитализированных по поводу других заболеваний. Исключением являются злокачественные опухоли, которые для статистического анализа учитываются

всегда в качестве основного заболевания. В его понятие входят также неблагоприятные результаты лечебных мероприятий, проведенных по ошибочному диагнозу, если они сами по себе вызвали смертельный исход (например, лучевая терапия с последующим развитием аплазии костного мозга при неправильном определении характера опухоли); неправильное проведение лечебных мероприятий: например, гемотранфузионные осложнения, смерть после применения сильнодействующих лекарств, смертельные аллергические реакции после введения лечебных средств.

2. Конкурирующие заболевания (конкурирующий диагноз).

Два или более заболевания, независимые этиологически и патогенетически, каждое из которых, сочетаясь во времени, само по себе или через осложнения, ускоряют наступление инвалидности или смерти больного. Например, основное заболевание (конкурирующее):

1. ИБС: стабильная стенокардия, функциональный класс IV. Постинфарктный (1985) кардиосклероз, аневризма передней стенки левого желудочка, желудочковая экстрасистолия, тотальная сердечная недостаточность с преобладанием недостаточности левого желудочка.

2. Хронический обструктивный бронхит. Обструктивная эмфизема легких. Диффузный пневмофиброз. Обострение бронхолегочной инфекции (по типу пневмонии с локализацией в шестом сегменте справа). Дыхательная недостаточность II степени. Нарушение вентиляционной функции III степени. Легочное сердце в стадии умеренной декомпенсации. Кровотокающая гипоксемическая язва желудка.

Зарегистрировать у больного два основных заболевания нельзя в соответствии с требованиями статистического учета, т.к. количество основных клинических диагнозов не может быть больше числа больных. В таких случаях только детальный анализ клинической картины заболевания дает возможность выделить ведущее основное заболевание.

3. Сочетанные заболевания.

Считаются такие заболевания, каждое из которых в отдельности не могло вызвать смерть, но, развиваясь одновременно, они сами по себе или через осложнения привели к несовместимым с жизнью изменениям и обусловили летальный исход. Например, основное заболевание (сочетанное):

• ИБС: стенокардия стабильная, функциональный класс III, кардиосклероз.

• Гипертоническая болезнь II стадии, церебрально-кардиальный вариант, медленно прогрессирующее течение, с редкими смешанными церебральными кризами. Осложнение: тотальная сердечная недостаточность с преобладанием недостаточности левого желудочка.

4. Фоновые заболевания.

Способствуют возникновению, неблагоприятному течению основного заболевания, повышают его опасность для трудоспособности и жизни, способствуют развитию тяжелых осложнений и наступлению смерти и поэтому требуют лечения в данное время. Например, бронхиальная астма, инфекционно-зависимая, атопическая, легкой степени на фоне хронического обструктивного бронхита, эмфиземы легких, диффузного пневмофиброза. Умеренное обострение бронхолегочной инфекции. Дыхательная недостаточность II ст. Нарушение вентиляционной функции II ст. без признаков легочного сердца.

5. Осложнения.

Это есть патологический процесс, патогенетически связанный с текущим основным или конкурирующим заболеванием, или соответствующим лечебно-диагности-

ческим воздействием, имеющий самостоятельное значение, которое существенно утяжеляет клиническую картину, повышает вероятность или степень выраженности нетрудоспособности, способствует летальному исходу или является непосредственно его причиной, требует существенного изменения или дополнительного лечения.

Клинические критерии осложнений:

- связь с развитием основного заболевания (например, пневмоторакс при стафилококковой пневмонии);
- проявление основного заболевания, значительно изменяющее течение болезни (например, геморрагический синдром при остром лейкозе);
- отсутствие связи с основным заболеванием, а только присоединение к нему (например, осложняющая многие болезни пневмония).

В рубрике «осложнение(я)» целесообразно отмечать достоверные расстройства, являющиеся непосредственно причиной смерти. Например, коллапс, шок, фибрилляция и асистолия сердца, отек легких, головного мозга и др. Там, где это возможно, следует указать и патофизиологическую основу этих расстройств гомеостаза (ацидоз, алкалоз, нарушение электролитного баланса, расстройства микроциркуляции и т.д.).

6. Сопутствующие заболевания.

Это нозологическая единица, которая не связана непосредственно с основным заболеванием и не оказывает на его развитие и течение особого влияния (например, хронический холецистит или язвенная болезнь при смерти от ишемической болезни сердца).

Патолого-анатомический диагноз является итогом заключительного этапа диагностического процесса (после смерти больного), уточняющего прижизненный диагноз; в него вносят дополнения и коррективы, иногда он изменяется коренным образом.

При анализе причин расхождения указывается также, на каком этапе обследования больного не был установлен диагноз, при этом выделяют следующие категории расхождения:

1. Случаи, при которых заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей.

II. Случаи, при которых заболевание не было распознано в данном лечебно-профилактическом учреждении в связи с недостатком в обследовании больного (отсутствие необходимых и доступных исследований), при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, однако правильный диагноз мог и должен был быть поставлен.

III. Случаи, при которых правильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

Различают следующие причины расхождения диагноза:

1. Недостаточность обследования больного.
2. Объективные трудности исследования (тяжелое бессознательное состояние больного, кратковременность пребывания в стационаре).
3. Недоучет клинических данных.
4. Недоучет анамнестических данных.
5. Недоучет лабораторных и рентгенологических данных.
6. Переоценка диагноза консультантов.
7. Неправильное оформление и построение диагноза.
8. Прочие причины.

Таким образом, в наиболее совершенном виде клинический диагноз должен отражать особенности болезни у обследуемого, максимально точно отражать его индивидуальные признаки реактивности, возраста, конституции, условия жизни и т.п.

В своей повседневной работе заведующему отделением постоянно приходится организовывать и самому заниматься вопросами экспертизы нетрудоспособности в соответствии со статьей 49 закона.

Статья 49. Экспертиза временной нетрудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях производится в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на большие сроки листки выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина).

В отдельных случаях, по решению местных органов управления здравоохранением, экспертиза временной нетрудоспособности граждан в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения может быть поручена работнику со средним медицинским образованием.

2.2. Повышение роли дежурного врача в лечебно-профилактическом процессе

Пациенты в стационаре нуждаются в постоянном круглосуточном обслуживании, что приводит к необходимости ночных дежурств врачей, среднего и младшего персонала. До настоящего времени бытует неправильное мнение о дежурстве медицинского персонала. Дежурство рассматривается как необходимость пребывания персонала в больнице по случаю вызова больного и для наблюдения исключительно за тяжелыми больными. На наш взгляд, дежурный персонал: врачи, сестры, младший персонал, являются ночной сменой и обязаны обслуживать больных в полном объеме. Тем более, когда речь идет о повышении интенсификации имеющихся ресурсов и внедрении системы многоэтапного лечения.

Говоря об интенсификации использования имеющихся ресурсов, мы должны иметь в виду непрерывность лечебно-диагностического процесса [3, 17, 37]. К сожалению, как правило, в лечебно-профилактических учреждениях в вечернее и ночное время интенсивность лечебно-диагностического процесса снижается. Связано это с тем, что ряд подразделений работают днем, а также с тем, что недостаточно эффективно работают дежурные смены, в том числе врачи. Отсутствие разработанных и утвержденных функциональных обязанностей и ответственности дежурного персонала, ра-

ботающего в ночное время, также не способствует эффективному использованию ночных смен. В то же время необходимо помнить, что работа в ночные смены накладывает дополнительные условия и требования как к руководителям учреждения, так и к персоналу. Ночным считается время с 10 часов вечера до 6 часов утра. К работе в ночное время не допускаются: беременные женщины и матери, кормящие грудью, а также женщины, имеющие детей до года; лица моложе 18 лет и др. [10].

В соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации рабочий день медицинского персонала ограничен для врачей и среднего медперсонала 6,5 часами при шестидневной рабочей неделе, а для младшего и прочего персонала - 8 часами. Необходимость круглосуточного обслуживания больных вынуждает к тому, чтобы работа в ночных сменах продолжалась дольше, однако общее количество часов, отработанных за месяц, должно строго соответствовать установленным законом нормам рабочего времени. Для организации посменной работы составляются графики смен. Графики сменности с установленной продолжительностью рабочей смены утверждаются администрацией по согласованию с профсоюзной организацией (профкомом).

При составлении графиков сменности администрация и профком должны руководствоваться типовыми графиками сменности, утвержденными вышестоящим отраслевым органом управления с учетом потребностей производства. Ежемесячные посменные графики для среднего и младшего персонала составляет старшая сестра отделения с учетом принятых в больнице правил, а утверждает график заведующий отделением.

График посменной работы и дежурства врачей составляется заведующим отделением и утверждается заместителем главного врача (директором клиники). График смен следует строить с учетом, в первую очередь, интересов больного - интенсивного наблюдения, лечения, правильного ухода; он должен быть основан на максимальном усилении принципа личной ответственности персонала, на обеспечении непрерывности наблюдения за больным одним и тем же лицом и на такой фактической продолжительности работы, при которой не нарушалось бы качество медицинской помощи.

С организацией посменной работы среднего и младшего медицинского персонала особых проблем не существует, и внутренний распорядок уже отработан. Чаще всего работа строится по трем моделям. Рассмотрим их преимущества. Первая модель - внедрение трех смен: двух дневных (утренней и вечерней, продолжительностью в 6,5 часов) и одной ночной продолжительностью в 12,5 часов. В дневных сменах персонал работает ежедневно, в ночных - через день. Для сестринского поста на 20-25 коек с учетом выходных и праздничных дней необходимо 4,75-5 штатных должностей и 5 физических лиц при условии работы на 1 ставку. Такой график работы среднего медицинского персонала наилучшим образом обеспечивает правильный уход и лечение, так как медицинская сестра на определенное время работает в одной смене - утренней или вечерней. Она постоянно участвует в обходе лечащего врача, докладывает о выполнении назначений в динамике. Посменная работа медицинского персонала чередуется в течение года, то есть каждая сестра может поработать в утренней, вечерней и ночной сменах.

Вторая модель наиболее распространенная, когда работа осуществляется по двухсменной системе по 12 часов каждая. Такая система больше удовлетворяет персонала, чем отвечает интересам больных. При ней нарушается непрерывность в уходе и наблюдении за больными, создается полная обезличка и безответственность. Третья модель - односменная (суточная) работа (дежурство) персонала. Эта модель менее эффективна для больного, да и в определенной степени для самого персонала. Дело в том, что при этой модели не соблюдается преемственность в наблюдении и уходе за больным. Кро-

ме того, чрезмерно длительная работа не только снижает КПД, но и нарушает основные гигиенические требования и ведет к перенапряжению, истощению и ухудшению здоровья медработников. При любой модели организации посменной работы необходимо в графике предусмотреть время от получаса до 1 часа для передачи смен. Графики сменности предусматривают регулярные выходные дни для каждого работника, постоянный состав бригад и переход из одной смены в другую после дня отдыха. Типичной моделью организации посменной работы в промышленном производстве и других отраслях является четырехбригадный график сменности, по которому ежедневно работают три бригады - по одной в каждой смене, а одна бригада отдыхает. Наиболее распространены следующие варианты четырехбригадного графика.

Первый вариант: бригада работает 4 дня в определенной смене, затем получает 38-часовой отдых и переходит в следующую смену. Цикл оборота - 16 дней.

Второй вариант: бригада работает 5 дней в определенной смене, затем переходит в следующую смену, при этом отдых составляет при переходе из первой во вторую и из второй в третью смены 48 ч, а из третьей в первую смену - 72 ч. Цикл оборота смен - 20 дней.

Третий вариант: бригада работает три дня в определенной смене, затем переходит в следующую смену, при этом отдых составляет при переходе из первой во вторую и из второй в третью 48 ч, а из третьей в первую смену - 24 ч. Цикл оборота - 12 дней. Четырехбригадный график приводит к небольшой переработке, около 4-6 часов в месяц, которая компенсируется предоставлением дополнительного времени отдыха в пределах учетного времени.

Хуже обстоит дело с организацией ночных дежурств врачей. Как уже было отмечено выше, жизнь больницы и отделения ночью не прекращается. Наоборот, с внедрением системы многоэтапного лечения стационарных больных в ночное время активность лечебно-диагностического процесса возрастает. В этих условиях роль и ответственность дежурных врачей возрастает.

Прежде всего, рассмотрим возможные варианты работы врачей в ночное время.

В лечебно-профилактическом учреждении имеются службы и подразделения, работа которых необходима круглосуточно. Это диагностические подразделения, приемные отделения хирургического профиля, отделения реанимации и интенсивного лечения, а также круглосуточная работа анестезиологов и т.п. Работа в этих подразделениях и службах организуется посменно. График работы составляется и утверждается по одной из вышеописанных моделей. В этих случаях, если в учреждении достаточное количество специалистов данного профиля, организуются самостоятельные бригады из освобожденных врачей (самостоятельные физические лица). Однако в ряде учреждений врачей - физических лиц - недостаточно для создания самостоятельных бригад, тогда к работе в ночное время привлекаются совместители как внутренние, так и внешние.

Перед руководством больницы и заведующим отделением в частности возникает необходимость разрешения двух проблем. Первая проблема - соблюдение законодательства о труде для врачей, привлекаемых к работе в ночное время, обеспечение отдыха между сменами, без нарушения нормальной продолжительности рабочих смен и т.д. Вторая проблема - равномерная загрузка смен и оплата труда с учетом выполненного объема и интенсивности работы каждого и качества оказанных услуг. Первая проблема в существующих социально-экономических условиях, когда заработная плата врача ниже прожиточного минимума, и врач вынужден искать дополнительные источники доходов, то есть помимо основной работы берет по 8-10 ночных дежурств, на наш взгляд, еще долго не будет разрешима. В то же время происходящие в здравоохранении

процессы реформирования: сокращение коечного фонда, ориентация на первичную медико-санитарную помощь приводят к тому, что высвобождаются врачи в стационаре, которые переходят по основному месту работы в бригады и работают посменно. Дело идет к появлению конкуренции среди врачей на работу в ночные смены. Поэтому руководители учреждения, заведующие соответствующих профильных отделений должны думать о разрешении второй проблемы. Что и как они для этого должны сделать?

Прежде всего, уточнить функциональные обязанности, ответственность врачей, работающих в ночное время, внося соответствующие уточнения и изменения в положения, разработать и внедрить нормативно-плановые объемные показатели, систему учета и отчетности и другие нормативные документы. Не менее важное значение в повышении эффективности и результативности работы в ночное время имеет система оплаты труда с учетом его интенсификации и качества медицинских услуг. Общеизвестно, что интенсивность работы в дневное время значительно выше, чем в ночное, а существующая оплата труда осуществляется по почасовому принципу и не учитывает выполненный объем работы. То есть у дежурного персонала отсутствует мотивация к интенсификации своей деятельности и повышению качества. Все это приводит к тому, что на практике дежурный персонал порой необоснованно откладывает операции и другие процедуры и мероприятия до утра, тем самым усугубляя течение патологического процесса и исход заболевания.

В г. Новокузнецке рядом ученых и специалистов, врачей-анестезиологов и врачей-хирургов В.С. Саколовский, Ф.И. Лобыкин, (1993 г.) предложены оригинальные системы оплаты труда врачей указанных специальностей с учетом выполненных объемов работ, их интенсификации и трудоемкости, и качества услуг, которые стимулируют весь персонал к интенсификации своего труда.

Итак, мы рассмотрели организацию работы служб и подразделений больницы (учреждения), которая требует круглосуточного функционирования. Речь идет не о ночном дежурстве в больнице, а обычной смене (ночной), которая должна обеспечить лечебно-диагностический процесс в полном объеме. Возникает вопрос: кому и когда должен отчитываться врач ночной смены? Этот порядок устанавливается утвержденным внутренним распорядком больницы. Тем не менее, считаем целесообразным довести до читателя некоторые соображения по затронутой теме.

Как указывалось выше, заведующий отделением должен владеть информацией о всех поступивших больных в отделения, в том числе тяжелых больных, за время его отсутствия. Поэтому он проводит утренние рапорты, и врач ночной смены должен кратко доложить о состоянии больных, заслуживающих внимание заведующего и проблемных ситуациях, возникших за смену. В клинических учреждениях утренние рапорты, на которых присутствуют заведующие профильными отделениями, проводит заведующий кафедрой (клиникой) или директор клиники. Объем и содержание доклада врача ночной смены устанавливаются с учетом специфики учреждения и, самое главное, утверждаются руководством больницы и доводятся до всех смен. В крупных лечебно-профилактических учреждениях (больницах) в составе бригады может быть несколько врачей. Один из них - наиболее опытный - утверждается старшим дежурным врачом, как бы выполняя некоторые функции заведующего отделения. Он и докладывает на утренних рапортах.

Кроме специализированных врачебных ночных смен, в учреждении имеется дежурный врач больницы (учреждения). Дежурный врач больницы является лицом, полностью отвечающим за состояние в больнице в отсутствие главного врача. В случае необходимости он принимает решения по всем вопросам, касающимся лечебно-диаг-

ностического процесса. Он получает сведения от заведующих отделениями и врачей ночных смен из отделений (приемных отделений) о тяжелых больных, требующих интенсивных методов диагностики и лечения, особого наблюдения, посещает отделения по экстренным вызовам дежурного персонала для оказания помощи. Дежурный врач обязательно должен систематически в течение всего дежурства совершать обходы отделений и наблюдать за бесперебойным ходом в них работы. График дежурства врачей составляется с учетом мощности больницы. Дежурство врачей по больнице, как правило, начинается с момента окончания работы администрации. Дежурный врач по больнице отчитывается о состоянии лечебно-диагностического процесса в больнице перед заместителем главного врача и в отдельных случаях перед главным врачом. Введение такой формы организации и управления медицинским обслуживанием в ночное время направлено на интенсификацию имеющихся ресурсов и эффективность лечебно-диагностического процесса. Больной, поступивший в стационар в любое время суток и уже находящийся на лечении, должен оперативно получать все необходимые виды услуг [19, 46].

2.3. Научная организация труда и медико-статистическая документация

Важной функцией заведующего отделением является внедрение новых методов диагностики, лечения, реабилитации и внедрение новых организационных форм в отделении. Мероприятия по реализации данной функции принято относить и рассматривать как научную организацию труда (НОТ). Не будем отходить от известных понятий и определении рассмотрим некоторые из них.

Под научной организацией труда в здравоохранении понимается комплекс постоянно действующих, научно обоснованных мероприятий, способствующих повышению производительности труда медицинских работников, эффективному использованию имеющихся ресурсов, одновременному улучшению качества работы и сохранению и развитию здоровья медицинских работников.

Конечной целью внедрения НОТ в отделении является повышение производительности труда медицинских работников при одновременном улучшении качества медицинской помощи обслуживаемому контингенту, снижение себестоимости медицинских услуг.

Все мероприятия НОТ по степени их воздействия на производственный процесс и его элементы объединены нами в три группы.

Первая группа мероприятий, направленных в большей степени на человека, работника являющегося основным элементом производственного процесса. К ним относятся: четкое определение функциональных обязанностей, нормирование труда, подготовка кадров - постоянное повышение профессионального уровня (знаний, умений, навыков). В свою очередь каждый из перечисленных видов состоит из более конкретных мероприятий. Так, например, повышение профессионального уровня может осуществляться в учреждениях последипломной подготовки (ГИДУВы, ФУВы), на рабочем месте местных баз, в школах передового опыта, путем организации наставничества и т.п.

Вторая группа мероприятий, связанных с условиями труда, - это режим работы, рабочее место, психологический микроклимат в коллективе и др.

И, наконец, группа мероприятий, касающихся в целом производственного процесса. Сюда относятся: внедрение новой техники и технологии, внедрение новых форм организации труда (специализация, бригадный метод), сокращение применения ручного труда, разработка технологических карт по специальностям, алгоритмизация дея-

тельности, совершенствование информационного обеспечения в процессе медико-санитарного обслуживания и т.п. Одним из принципиальных требований при планировании и внедрении НОТ является то, что мероприятия по НОТ должны касаться всех видов деятельности и всех сотрудников отделения, то есть комплексный подход. Только в этом случае можно добиться большей эффективности. Мероприятия по НОТ должны включаться в общий план работы заведующего отделением. Контроль за внедрением мероприятий НОТ осуществляет заведующий отделением.

Заслуживает особого внимания как прогрессивная форма оказания медицинской помощи - алгоритмизация деятельности. В конце 1970-х годов по инициативе и под руководством профессора В.М. Тавровского (Новокузнецк, 1978 г.) группой авторов разработан ряд алгоритмов деятельности врача при различных ситуациях (заболеваниях). Суть алгоритмизации деятельности врача заключается в том, что, несмотря на индивидуальный подход к каждому больному в процессе диагностики и лечения, можно найти общие подходы, используя при этом знания и опыт наиболее квалифицированных специалистов. Предлагается своеобразная программа действий в той или иной клинической ситуации, составленная путем выбора из многих вариантов наилучшего решения, использующая знания профессора, опытного квалифицированного специалиста, основанная на коллективных знаниях и опыте, доступная молодым начинающим или менее квалифицированным врачам. То есть врач будет иметь программу, предусматривающую все возможные последствия каждого шага, - наилучший путь к достижению цели. Так, например, по данным В.М.Тавровского [17], алгоритм «Пульмонология» включает 10 классов ситуаций, и их разнообразные сочетания охватывают всю клиническую картину пульмозаболеваний. Алгоритмы перенесены на карты с краевой перфорацией, и с их помощью можно легко найти наилучший путь к достижению цели. В результате повышается своевременность и точность действий всех врачей, обеспечивается единство и преемственность в лечении больного. Алгоритм должен постоянно совершенствоваться, в него вносятся последние научные достижения. Практическое применение алгоритмов действия врачей упрощает и формализует записи в медицинской карте стационарного больного, так как последовательность номеров ситуаций, через которые прошел врач, представляют формализованный вариант, удобный для ввода в память ЭВМ и ведения машинного аналога истории болезни [42, 43, 45, 53].

Входным документом является формализованная карта выбывшего больного из стационара - форма ф. № 066/у экспериментальная.

Заполнение паспортной части карты, запись диагноза направившего врача и его код, диагноза приемного покоя производится средним медперсоналом приемного отделения. Затем карта передается в кабинет медицинской статистики, где она размещается в картотеке «А», которая соответствует числу отделений в больнице.

История болезни поступает в отделение больницы. Лечащий врач освобождается от заполнения ф. № 066/у. Но в связи с этим к лечащим врачам предъявляются требования к качественному оформлению истории болезни и выписного эпикриза, в этих документах ключевые моменты выделяются подчеркиванием. Это повышает ответственность заведующих отделениями, осуществляющих контроль за правильностью оформления документа.

После выписки больного истории болезни передаются в кабинет медицинской статистики, где они размещаются в картотеке «Б», тоже по отделениям. По мере поступления историй болезни, статистики проверяют правильность заполнения карты выбывшего больного средними медработниками приемного отделения и заполняют остальную часть карты: шифруют заболевания и травмы в соответствии с классификато-

ром болезней, кодируют операции и осложнения, в соответствии с историей болезни и выписным эпикризом.

Оформленная карта ф. № 066/у вместе с историей болезни помещается в картотеку для проведения экспертизы качества лечения. Экспертизу проводит экспертная комиссия под руководством главного врача по лечебной работе или КЭК.

В дальнейшем, карта ф. № 066/у, в соответствии с графиком поступает в информационно-аналитический центр горздравотдела, где медицинские статистики проверяют правильность соответствия кода строкам и шифров названиям болезней и травм. Одновременно осуществляется контроль за длительностью пребывания больного в стационаре и выпиской больных в течение всех дней недели.

Экспериментальная эксплуатация этого комплекса задач освободила врача от заполнения карты выбывшего больного, улучшила контроль за ходом лечения со стороны зав. отделением; и введена экспертиза со стороны руководства больницей. Оформление документов возложено на медицинских статистиков, которые при работе с документами отбирают их для экспертной комиссии.

Требования к оформлению первичных медицинских документов в стационаре

Основные первичные медицинские документы

Основными первичными медицинскими документами, применяемыми в стационарах, являются:

1. Медицинская карта стационарного больного (ф. № 003/у);
2. Медицинская карта прерывания беременности (ф. № 003-1/у);
3. История родов (ф. № 096/у);
4. История развития новорожденного (ф. № 097/у).

Выдержки из Типовой инструкции по заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений, утвержденных приказом Минздрава СССР № 1030 от 04.10.80 г.

Медицинская карта стационарного больного (ф. № 003/у).

Медицинская карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, клиниками вузов, НИИ, а также санаториями.

Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.).

Паспортная часть, диагноз направившего учреждения и диагноз, установленный врачами при поступлении больного в больницу, записываются в приемном отделении. Врачом приемного отделения заполняется также специально отведенный лист, в котором указываются краткие данные обследования больного в приемном отделении. Остальные записи в карте, включая клинический диагноз, делает лечащий врач.

Если больной подвергнулся хирургическому вмешательству, то на 2-й странице карты указывается дата (месяц, число, час) операции и ее название. (Подробное описание операции дается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре

(ф. №008/у.) В случае смерти больного указывается патолого-анатомический диагноз. При выписке или смерти больного указывается число проведенных койкодней, причем день поступления и день выбытия считается за один койкодень.

Во время пребывания больного в стационаре карта хранится в папке лечащего врача. Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного, назначения записываются в дневнике карты, на прилагаемом к карте температурном листе (ф. № 004/у) палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание больного и т.д.

При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором кратко резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выбытии, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (если они необходимы).

Медицинская карта стационарного больного подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. На основании данных медицинской карты составляется карта выбывшего из стационара (ф. № 066/у), после чего карта сдается в архив учреждения.

Внедрение многоэтапности в лечении стационарных больных выдвигает дополнительные требования к информационному обеспечению, организации учета и отчетности, к оформлению медицинской документации. Суть этих требований заключается в следующем:

- объективизация исходных данных и повышение их достоверности путем использования единых классификаторов, справочников, кодификаторов и другой нормативно-справочной информации;
- централизация медико-статистической информации о пациенте в одном медицинском документе со всех этапов стационарного лечения. То есть единая медицинская карта стационарного больного (учетная форма № 003/у) от поступления до выписки из стационара;
- своевременное представление необходимых сведений для организации финансового обеспечения (заполнение реестров, сведений о пролеченных, ведомостей и т.п.);
- оформление единой карты выбывшего из стационара (учетная форма № 066/у) с отметкой в ней диагнозов и срока пребывания на каждом из этапов;
- учет движения больных и использования коечного фонда проводится по прежней технологии;
- возможность создания единой централизованной компьютерной БД о всех пролеченных в стационарах города.

Одним из важных условий выполнения дополнительных требований является оформление краткого “переводного” эпикриза по завершении лечения на конкретном этапе. В эпикризе указываются задача, которая была определена для больного на этапе, что сделано по её достижению и какие результаты получены, а также указываются критерии оценки состояния здоровья при выписке с данного этапа и вкратце обосновывается целесообразность лечения на следующем этапе. При выписке из стационара составляется окончательный эпикриз по общим правилам с учетом особенности лечения на предыдущих этапах и обязательным отражением срока пребывания и оценки лечебно-диагностического процесса. Оформленный лечащим врачом эпикриз дополнительно проверяется и подписывается заведующим отделением. Аналогичным образом оформляются другие первичные медицинские документы.

На основании данных, накопленных в централизованной компьютерной БД, формируется выходная информация для всех субъектов и участников лечебно-диагности-

ческого процесса. Выходная информация выдается в регламентированном режиме в виде реестров, сводок, а также по запросу главных специалистов Управления здравоохранения администрации, страховых медицинских организаций, фонда ОМС и др.

Медицинская карта прерывания беременности (ф. № 003-1/у).

Заполняется в учреждениях, имеющих отделение (палаты, койки) для производства аборта на всех женщин, поступивших в стационар для искусственного прерывания беременности или по поводу самопроизвольного аборта.

Строка "название операции" заполняется после производства операции.

Строки "диагноз клинический", "диагноз при выписке", "осложнения" заполняются при выписке больной из стационара.

Примечание: при прерывании беременности по медицинским показаниям на женщину заполняется медицинская карта стационарного больного (ф. №003/у).

История родов (ф. № 096/у).

История родов является основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который составляется на каждую поступившую беременную, роженицу, родильницу.

В истории родов должны найти свое отражение характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия лечащего врача (или акушерки), записанные в их последовательности.

История родов должна дать ясное представление о всей картине течения родов без дополнительных пояснений.

Все необходимые в истории родов исправления делаются немедленно, оговариваются за подписью врача, отвечающего за ведение истории родов, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

Замазывание исправленного текста не разрешается, как равным образом не разрешается и внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок.

За ведение истории родов отвечает непосредственно дежурный врач в части, касающейся течения родов, и лечащий врач - в части, касающейся течения беременности или послеродового периода.

В случае консультации по поводу состояния женщины с главным врачом, заведующим отделением или со специалистами, приглашенными извне, в истории родов записывается заключение консилиума за подписью всех консультантов.

Каждая операция вписывается в историю родов с указанием условий и показаний к операции, последовательности ее производства, лиц, производивших операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов, а также примененных наркотических средств и их количества.

При выписке беременной, родильницы и ее ребенка история родов подписывается палатным врачом, заведующим отделением, после просмотра главным врачом передается на хранение в архив родильного дома.

Истории родов могут выдаваться на руки сотрудникам родильного дома для составления статистических отчетов или научных разработок, согласно письменному разрешению главного врача, под расписку.

Примечание: на женщин, поступающих для прерывания беременности, заполняется медицинская карта прерывания беременности (ф. № 003-1/у), на гинекологических больных - ф. № 003/у.

История развития новорожденного (ф. № 097/у).

История развития новорожденного заполняется на всех новорожденных, прошедших через стационар, как родившихся в стационаре, так и поступивших в стационар после домашних или дорожных родов, а также на переведенных из других роддомов.

В этом документе содержатся все необходимые сведения о медицинском обслуживании новорожденных, включая сведения о матери, характере родов, состоянии при рождении, наличии пороков развития и родовой травмы, подробное состояние новорожденного во время пребывания в роддоме, текущие наблюдения и состояние при выписке.

Сведения "истории развития новорожденного" служат для заполнения данных о новорожденных в журнале отделения (палаты) новорожденных (ф. №102/у) и в отчете-вкладыше №3.

Ежедневно лечащий врач записывает в карте стационарного больного (истории родов, истории развития новорожденного) сведения о состоянии больного (роженицы, родильницы, новорожденного), палатная сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и т.д. в температурный лист и вычерчивает кривые этих показателей.

Оперативные медицинские документы как приложения к основному медицинскому документу.

Температурный лист (ф. № 004/у).

Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного.

Лист регистрации переливания трансфузионных сред (ф. №005/у).

Форма применяется для регистрации каждого переливания трансфузионных сред (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), производимого больному, а также реакций и осложнений после трансфузии.

Лист клеивается в медицинскую карту стационарного больного (ф. №003/у). Заполняется врачом, производившим трансфузию, на основании данных журнала регистрации переливания трансфузионных сред (ф. №009/у).

При регистрации каждой трансфузии заполняются все графы формы.

Требования к оформлению медицинской карты стационарного больного (ф. № 003/у)

На титульном листе, в самой верхней части должно быть указано "Не переносит...", если установлен факт непереносимости какого-либо препарата, вещества и т.п.

В графе "группа крови" для оперирующихся больных указывается группа крови, дата определения и фамилия врача.

В графе "резус-принадлежность" указывается группа крови и резус (+) или (-), дата определения и фамилия врача.

В пункте 8 указываются данные направившего учреждения - поликлиники, скорой помощи и т.п., но не планового санпропускника.

В пункте 9 указывается диагноз, установленный дежурным врачом или при госпитализации - заведующим отделением.

В пункте 10 вписывается клинический диагноз. Он должен быть выставлен в течение 3-х дней. Если позже - это требует объяснения.

В пункте 19 "особые отметки" записываются отрицательные или положительные ответы со слов больного о перенесенных заболеваниях (гепатит, венерические заболевания, туберкулез), наличие аллергии, аллергии на медикаментные средства, гемотрансфузии и т.п.

Флюорография - проведена (дата), если не проводилась, указать, что нужно провести.

Подпись лечащего врача - разборчиво. Подпись заведующего отделением - разборчиво.

В разделе "жалобы" - указываются жалобы, предъявленные больным и выявленные дополнительно, при осмотре больного.

В разделе "история болезни" (AN. morbi) необходимо ответить на вопросы: когда заболел, что беспокоило, когда впервые обратился за медицинской помощью, как лечился, исполнял ли назначения врача, когда и кем направлен на стационарное лечение.

Помимо этих общих вопросов применительно к каждой специальности и патологии могут быть частные вопросы, отраженные в соответствующих рекомендациях, прилагаемых ниже.

В разделе "история жизни" (AN. vitae) отметить профессию (профессиональные вредности в прошлом и настоящем), перенесенные заболевания, выяснить наличие отягощенной наследственности. Если выявляется аллергия, указания об этом еще раз повторяются и переносятся в карту назначений, чтобы видела медицинская сестра, и описывается характер проявлений. Если в "особых отметках" отмечены все отрицательные ответы, то в AN.vitae это не повторяется.

Раздел "общий статус" (St.praesens comm) - начинается с характеристики общего состояния, частоты пульса, артериального давления. Отмечаются данные наружного осмотра, состояние органов грудной клетки, органов брюшной полости, неврологический статус, физиологические отправления и т.п.

Раздел "местный статус" (St.localis) приводится в соответствии с рекомендациями по каждой специальности. В конце приводятся данные рентгенологического, лабораторного и других методов исследования.

Диагноз - указывается диагноз, определенный врачом на момент поступления больного в стационар.

План лечения. Обосновывается и указывается развернутый план лечения и обследования. Если показано оперативное лечение и ясно с самого начала, в чем оно будет состоять, указывается тип операции. Обязательно необходимо согласие на операцию больного или его родственников. Следует получить подпись больного и подпись врача. (Если у врача подпись непонятная, написать фамилию по буквам, затем - подпись.) В экстренных случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии, операция проводится без его согласия.

В таком случае в карту записываются название операции, номер в операционном журнале, обезболивание, протокол операции без сокращений, оперирующий хирург, ассистент, медицинская сестра. В протокол операции включается описание макропрепарата в случаях удаления или резекции органов, тканей и указания о том, направлен ли материал на патоморфологическое исследование.

У больных, у которых операция откладывается на период обследования, пробного лечения и т.п., перед операцией пишется предоперационный эпикриз, обоснование операции, оформляется согласие больного на операцию, если это не было сделано раньше.

Ведение дневников

1. Если врач принял больного на курацию от дежурного врача, а не сам оформил медицинскую карту, он обязательно пишет дневник в первый день курации больного и дополняет с пометкой "дополнение к истории болезни" то, что мог упустить или не распознать дежурный врач. Если врач сам описывал больного и назначил больному исследование и лечение, дневник может быть заполнен через 1-2 дня с указанием всех изменений за эти дни. Но если больному проводилась операция или эндоскопическое исследование,

дневник записывается обязательно не только в этот день, но и на следующий день после вмешательства.

2. У больных с тяжелым течением заболевания или с осложнениями дневник записывается ежедневно, а иногда и дважды в день (дополнительно дежурным врачом).

3. У длительно лечящихся больных с хроническим течением заболевания дневник можно писать через 2-3 дня, но обязательно отмечать изменения в состоянии больного за весь период.

4. В дневниках отражаются результаты рентгеновского, функционального и лабораторного исследований с краткой интерпретацией их.

5. В дневниках отражаются обходы сотрудников кафедры, зав. отделением - их оценка по курации больного, замечания и рекомендации.

6. У длительно лечящихся в стационаре больных пишется этапный эпикриз, в среднем через 20 дней. Кроме того, в случаях увеличения среднего срока пребывания больного в стационаре, в дневнике должно быть обосновано увеличение этого срока.

7. Консультации профессора, доцента, ассистента, зав. отделением записываются врачом после обсуждения формы записи с консультантом или же запись делается самим консультантом.

8. Выписной эпикриз содержит паспортные данные больного, название отделения больницы, время пребывания, диагноз при поступлении, диагноз при выписке, проведенное лечение, состояние больного и результаты лечения в соответствии со стандартами качества лечения. Кратко отражаются результаты основных функциональных и лабораторных исследований и заключения консультантов. Даются рекомендации по дальнейшему ведению больного.

История болезни должна быть написана четким понятным почерком, яркими чернилами и должна быть легко читаема. Небрежно оформленная (написанная) история болезни подлежит переписыванию лечащим врачом [34, 47].

3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ВЫПОЛНЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗАКАЗА

3.1. Муниципальный заказ: обоснование, принципы формирования и организационно-технологические аспекты

В условиях реформирования здравоохранения претерпела изменения система планирования. Суть этих изменений сводится к тому, что формируется заказ со стороны администрации города, района, который доводится до ЛПУ. Заказы могут быть со стороны органов самоуправления (муниципальный) и со стороны органов управления субъектов Российской Федерации (государственный). Заведующие отделениями медицинских учреждений должны знать основные положения и принципы формирования муниципального заказа, так как в конечном итоге им придется выполнять эти заказы.

В организационно-функциональном плане процесс формирования муниципального заказа можно представить в виде специализированного алгоритма и комплекса имитационных моделей.

Многие, в том числе руководители разных уровней, предлагают формировать муниципальный заказ по принципу укоренившейся в обиходе поговорки «сколько пива, столько песен». При таком подходе становится очевидным для всех, что нет необходимости изыскивать дополнительные источники финансирования, интенсифицировать использование имеющихся ресурсов в системе здравоохранения и, самое главное, нести ответственность за здоровье населения.

Муниципальный заказ должен обеспечить населению такой объём качественной медицинской помощи и здравоохранных мероприятий, при котором должна наступить стабилизация показателей, характеризующих здоровье населения и их последующая положительная тенденция.

Цель муниципального заказа - максимальное удовлетворение потребности населения города в основных видах медицинской (качественной) помощи бесплатно, регламентированной законодательными актами, и поддержание системы здравоохранения в рабочем состоянии (адекватной потребности) при ограничении в финансировании.

Мы полагаем, что при формировании муниципального заказа следует руководствоваться следующими принципами.

1) Муниципальный заказ формируется с учетом истинной потребности населения в основных видах медицинской помощи. В свою очередь, потребность обуславливается уровнем болезненности населения, экологической нагрузки, половозрастной структурой населения.

2) Муниципальный заказ должен обеспечить положительную динамику в показателях, характеризующих уровень общественного здоровья населения города. При его формировании потребность населения в видах медицинской помощи является приоритетной, для удовлетворения которой изыскивается необходимое финансирование, для чего используются различные источники, не запрещенные законодательством.

3) Муниципальный заказ должен способствовать интенсификации использования ресурсов медицинских учреждений, внедрению новых медицинских технологий, внедрению новых организационных форм, прогрессивных форм оплаты труда с учетом объема и качества выполненной работы (оплата по законченному случаю).

4) При формировании муниципального заказа следует руководствоваться основными принципами отечественного здравоохранения, в том числе профилактической направленностью и участием населения (пациента) в охране собственного здоровья.

Профилактика заболеваний осуществляется путем разработки и внедрения комплексной территориальной программы «Профилактика», в которой консолидируются средства бюджета, фонда ОМС, экологического фонда, средства предприятий и организаций и т.п. Координация сил и средств и деятельности поручается наблюдательному совету по ОМС при администрации города.

5) Муниципальный заказ должен охватывать все основные аспекты охраны здоровья (оказание медицинской помощи, обеспечение санэпидблагополучия, обеспечение лекарствами льготников и т.п.), предусмотренные законодательными актами по данной проблеме.

При формировании муниципального заказа проводятся обоюдные действия: администрация изыскивает дополнительные источники финансирования; система здравоохранения разрабатывает и проводит мероприятия по экономному использованию выделенных ресурсов, уточняет показания к госпитализации, внедряет новые организационные формы оказания медицинской помощи и ресурсосберегающие технологии. Одновременно с этим расширяются медицинские услуги в рамках добровольного медицинского страхования, платные услуги для лиц, имеющих финансовые возможности [14].

Как видим, здесь задействованы все субъекты:

- администрация как гарант прав граждан на охрану здоровья и заказчик;
- муниципальные учреждения здравоохранения как исполнители заказа;
- население, формирующее потребность и частично удовлетворяющее её за счет своих средств.

Однако даже в этом случае потребность населения в здравоохранительных мероприятиях вряд ли будет удовлетворена полностью. Поэтому без реформирования здравоохранения не обойтись. Прежде всего, это затронет организацию больничной помощи. Будут дифференцированы виды стационарной помощи путем создания отделений краткосрочного пребывания, отделений интенсивного лечения, отделения долечивания, стационаров дневного пребывания, стационаров на дому и др. В конечном итоге, высвобождающиеся ресурсы направляются на повышение качества и комфортности в больничных учреждениях, реализацию профилактических мероприятий.

Практическая реализация: формирование, утверждение и доведение до исполнителей муниципального заказа на предстоящий год с использованием предложенного нами «инструмента» расчета бюджета может быть представлена в следующей последовательности:

1. В соответствии с контрольными цифрами, согласованными и защищенными с областными главными специалистами, формируем муниципальный заказ на основные виды медицинской помощи населению (амбулаторно-поликлиническая, стационарная и скорая помощь) в рамках программы ОМС и областной программы гарантий на медицинское обслуживание в целом по городу в разрезе профилей. Затем дифференцируем его по лечебно-профилактическим учреждениям. Полученные данные (объемные показатели) доводим до руководителей ЛПУ, которые на их основании составляют, с учетом существующих нормативов, штатное расписание и смету расходов. Последние согласовываются и утверждаются в Управлении здравоохранения городской администрации (ГУЗА). Аналогичным образом формируются объемные показатели муниципального заказа для бюджетных ЛПУ.

2. Одновременно с этим руководство ГУЗА определяется с главой администрации по устранению задолженности учреждениям здравоохранения города по заработной плате и другим статьям за предыдущий год.

3. Руководство ГУЗА, имея контрольные цифры по финансированию (бюджетные и средства ОМС) на предстоящий год и сметы расходов по ЛПУ, составленные под объемные показатели муниципального заказа, проводит анализ с целью уточнения предполагаемых затрат и возможности их адекватного покрытия финансами.

4. Параллельно с этим ГУЗА определяет консолидированный бюджет, выделяя из него часть средств для «чисто» бюджетных учреждений, на основании которого Кустовой медицинский АБЦ (КМИАЦ) рассчитывает городские тарифы на медицинские услуги. При этом в тарифы включаются только те статьи сметы расходов, которые подкреплены финансированием, а стоимость койкодня должна приближаться к фактической её стоимости. Вполне возможно, что финансами будут обеспечены только 1 и 2 статьи и, частично, «медикаменты» и «питание». Остальные статьи сметы расходов покрываются в централизованном порядке по распоряжению главы администрации, т.е. за счет муниципального бюджета. Тарифы на медицинские услуги согласовываются и утверждаются в установленном порядке и доводятся до руководителей учреждений.

5. Для сохранения отдельных учреждений (неконкурентоспособных) при ГУЗА из средств бюджета создается резервный (дотационный) фонд для их поддержки.

6. Продолжается работа с главными специалистами в группах по уточнению планово-нормативных показателей и обоснованности госпитализации и показаний в стационары долечивания, дневного пребывания, краткосрочного лечения и т.п. (по 7 видам).

7. После уточнения нормативно-плановых показателей дифференцированной госпитализации проводится расчет окончательного варианта муниципального заказа.

Итак, что же получают население, учреждения здравоохранения и администрация города, если муниципальный заказ будет сформирован с учетом предложенных нами принципов:

1. Каждый житель города будет иметь возможность получить бесплатно медицинскую помощь в объёме утвержденной программы обязательного медицинского страхования в муниципальных медицинских учреждениях, а некоторые контингенты: работающие на железной дороге, сотрудники УВД и др. - в ведомственных медицинских учреждениях, при наличии показаний будут иметь возможность получить специализированную помощь в областных или межрегиональных центрах. Однако вполне возможно, что из-за ограничения на ресурсы, могут образовываться очереди на некоторые виды медпомощи для плановых больных. В этих случаях отдельные лица, по желанию, за дополнительную плату, могут получать лечение вне очереди в отделениях, специально содержащихся для этой цели. Так называемые льготные контингенты населения: дети, инвалиды, пенсионеры и др., будут иметь приоритет при получении медпомощи.

2. Лечебно-профилактические учреждения получают заказ на объёмы медицинской помощи и гарантированное под это финансирование. В этих случаях больные, поступающие в отделения стационара, уже обеспечиваются лекарствами, постельными принадлежностями и питанием. Руководители учреждений, исходя из полученного заказа и дополнительно заключенных договоров с предприятиями, организациями на отдельные виды услуг, а также с гражданами в рамках добровольного медицинского страхования, формируют штатное расписание и составляют смету расходов учреждения на предстоящий год, которая обеспечит своевременную выдачу заработной платы сотрудникам.

3. Администрация города получает контрольные показатели удовлетворения потребности населения в основных видах медицинской помощи, финансово-экономические показатели, обеспечивающие их выполнение и положительную тенденцию в общественном здоровье.

Таким образом, муниципальный заказ - это своеобразный комплексный план организации медико-санитарного обслуживания населения города, конкретизированный по объемам услуг с гарантированным финансированием за счет всех источников финансирования, направленный на соблюдение прав граждан на охрану здоровья, невыполнение которого приведет к ухудшению здоровья и качества жизни горожан.

3.2. Организация финансового обеспечения ЛПУ в современных условиях (д.м.н., профессор Чеченин Г.И., Крамер И.В., Головлева Н.И.)

Сложившаяся в настоящее время критическая ситуация не только в муниципальном здравоохранении, но и в стране в целом, привела к обострению противоречия между правом граждан на охрану здоровья, гарантированную конституцией, и гарантиями со стороны государства на реализацию этого права.

Дело в том, что уровень финансирования здравоохранения как из бюджета, так и из средств фонда обязательного медицинского страхования не полностью обеспечивает даже заработную плату медицинских работников. Причинами этого являются не только законодательно установленный низкий процент отчислений (3,6%) от фонда оплаты труда в ОМС на медицинское обслуживание и ежегодно сокращаемая доля средств на здравоохранение в местном бюджете, но и, прежде всего, неплатежи предприятий и организаций в фонд ОМС и крайне низкое исполнение бюджета. В результате, задолженность по заработной плате медицинским работникам составляет несколько месяцев, накопились миллионные долги за медикаменты, электроэнергию, коммунальные услуги и др. Безусловно, в этой ситуации медицинские учреждения не в состоянии обеспечить всем необходимым лечебно-диагностический процесс [18, 26, 28].

О дефиците финансирования здравоохранения Российской Федерации в последние 10 лет указывалось в большом количестве публикаций в профессиональных изданиях и средствах массовой информации. Мировой опыт показывает [1], что потребность населения в основных видах медицинской помощи может быть удовлетворена, когда выделяемые средства на здравоохранение составляют не менее 6-7% от валового внутреннего продукта (ВВП). В России расходы на здравоохранение государства в два раза меньше. К тому же размеры выделяемых на здравоохранение финансовых средств в разных территориях России существенно отличаются друг от друга. Зависит это, прежде всего, от того, как работают предприятия; от объемов собираемых налогов; является ли данная территория дотационной или донорской и т.п. При этом нарушается принцип равенства граждан в получении медицинской помощи.

Кемеровская область является одним из типичных представителей промышленных областей со слаборазвитой инфраструктурой, несовершенной системой жизнеобеспечения, где последние годы наблюдалось массовое банкротство и закрытие предприятий, шахт, многие из которых являются градообразующими, что, безусловно, усугубляет дефицит финансирования здравоохранения. Медицинские работники учреждений здравоохранения области ощущают это каждый день в своей повседневной работе.

Выходов из данной ситуации не так много. Первое, и главное, необходимо было бы увеличить выделяемые средства на здравоохранение. Однако по ряду объективных причин, рассчитывать на увеличение отчислений от предприятий и организаций в местный бюджет и внебюджетные фонды не приходится. Казалось бы, с выходом закона о местном самоуправлении практическая реализация вышеуказанного положения (увеличение финансирования) становится реальной, так как появляется большая самостоятельность и заинтересованность всех субъектов и участников в улучшении показателей общественного здоровья населения. В этом случае система строится «снизу вверх» и к

вопросам охраны здоровья должны были бы привлекаться финансовые средства со всех уровней: федерального, субъекта Федерации, муниципального уровня. Однако методические, организационные и технологические вопросы взаимодействия до настоящего времени остаются несовершенными. Здесь речь идет о получении территориями трансшей, субвенций, оплаты дорогостоящих медицинских услуг и т.п.

И отдаленные территории от центра (периферийные города и районы) остаются с проблемами дефицита финансирования здравоохранения один на один. Безусловно, все это отражается на объеме и качестве медицинской помощи, на удовлетворении потребности населения.

Сделать здравоохранение полностью платным невозможно по двум обстоятельствам. С одной стороны - это противоречит Конституции Российской Федерации. С другой - по официальным данным, более 50% населения живут за чертой бедности, что доказывает несостоятельность этого варианта выхода из критической ситуации в здравоохранении. Хотя следует отметить, что сегодня пациентам приходится многие расходы, связанные со здоровьем, брать на себя и оплачивать из своего кармана. По данным авторов (2), расходы населения на медицинские услуги в 1998 году в среднем составили 1,42% ВВП.

Остается одно, на что обращено внимание в концепции развития здравоохранения и медицины Российской Федерации - это выбор приоритетов при оказании медицинской помощи и рациональное использование имеющихся ресурсов здравоохранения. При этом необходимо учитывать сложившуюся социально-экономическую ситуацию, в которой находится общество. Прежде всего речь идет о здоровье населения, которое находится в критическом состоянии, когда еще остается на достаточно высоком уровне естественная убыль населения, растет заболеваемость, идет хронизация патологического процесса.

Одновременно с этим необходимо иметь в виду, что за последние 10 лет здравоохранение, как составная часть общества, также значительно обнищало и надеяться на то, что здоровье населения может быть улучшено только за счет совершенствования организации и управления здравоохранением, было бы неправильно. Поэтому решение проблем с охраной здоровья населения требует изменения парадигмы властных структур, изменения целевой установки на человека с улучшением его благосостояния и комплексным подходом к созданию оптимальной системы жизнеобеспечения, где система охраны здоровья должна занимать ведущее положение. Есть основание надеяться, что данное положение может быть реализовано с принятием комплексной программы охраны здоровья населения Российской Федерации, концепция которой разрабатывается в настоящее время. Однако сегодня здравоохранение продолжает функционировать с существующей системой ценностей, наличием комплекса проблем и сложившимися взаимоотношениями иерархических уровней.

Безусловно, это главные причины. Однако мы полагаем, что немаловажное значение имеет и организационно-управленческий аспект в процессе медико-санитарного обслуживания населения, а именно, отсутствие достаточного опыта в разработке проекта «бизнес-плана» финансирования (будем называть его бюджетом здравоохранения) и «инструмента», позволяющего выполнить это на достаточно высоком научно-техническом уровне. Попытаемся обосновать данное положение.

Прежде всего, разберемся в понятийном аппарате. «Финансирование здравоохранения» - что это такое? Функция управления, или комплекс процедур чисто организационного плана? Мы понимаем финансирование здравоохранения как один из видов обеспечения, пожалуй, один из главных, наравне с информационным обеспечением

управления медико-санитарным обслуживанием населения города, территории и т.п. Финансирование ЛПУ осуществляется из нескольких источников: через СМО - средства ОМС, районные централизованные бухгалтерии - бюджетные средства, а также добровольное медицинское страхование и платные услуги.

Поскольку любой вид обеспечения управления осуществляется по одной технологии (типовому алгоритму) и поддается некоторой формализации с последующей автоматизацией, то считаем целесообразным остановиться на этом более подробно. Для удобства отображения и простоты понимания предлагаемого «инструмента» используем простейшую кибернетическую модель «вход-процесс-выход».

На «входе» мы имеем несколько переменных. Одни из них являются обязательными, другие могут задаваться на «входе» или, наоборот, рассчитываться, то есть получаться на «выходе» при соответствующей целевой установке. Процесс формирования «бизнес-плана» является итерационным, на каждом шаге итерации решается своя оптимизационная задача в виде человеко-машинной процедуры, направленная на поиск адекватного финансового обеспечения управления медико-санитарным обслуживанием.

Вначале необходимо определить истинную потребность населения в основных видах медицинской помощи, так как для каждой территории с учетом половозрастной структуры населения, социально-экономического положения, экологической нагрузки и т.п. она может быть различной. Заведующий профильным отделением должен располагать информацией о потребности населения в услугах своего профиля в целом по городу, району. То есть знать истинную потребность населения в видах медицинской помощи на уровне административной территории. Итак, первая и обязательная переменная определена. Это потребность населения в основных видах медицинской помощи.

Затем необходимо получить нормативно-плановые показатели по трудоемкости, использованию ресурсов (работа койки, бригад, функция врачебной должности и т.п.), нормативы по статьям сметы расходов, медицинские стандарты и др., утвержденные органом управления здравоохранением города, территории. Речь идет о создании специального блока нормативно-справочной информации. Одно из важных условий при этом, которое следует непременно выполнять, является то, что при утверждении нормативно-плановых показателей они должны быть направлены на оптимизацию использования имеющихся ресурсов здравоохранения и повышение качества медицинской помощи населению. Это вторая группа переменных модели, которая также является обязательной.

Следующей переменной будет предполагаемая (планируемая) доходная часть из всех источников финансирования. Она может быть как на «входе», так и рассчитана и представлена на «выходе», но иметь другое содержание, а именно - необходимое финансирование при I-х нормативах и Y-м уровне удовлетворения потребности.

Наконец, еще одна переменная - тарифы на медицинские услуги, которые могут быть также как на «входе», так и на «выходе».

В условиях ограниченного финансирования здравоохранения стоимость (тариф) медицинской услуги выступает как элемент управления для стимулирования эффективного и качественного труда и предотвращения инфляции бюджетных средств.

Следует также отметить, что «приборы обслуживания» - ресурсы здравоохранения (врачи, койки, бригады станции скорой и неотложной помощи и др.) также могут быть как на «входе», так и на «выходе». Все зависит от целей и задач, которые будут поставлены руководством здравоохранения.

На «процессе» кибернетической модели «вход-процесс-выход» - математические модели, алгоритмы и компьютерные программные средства. На некоторых из них мы остановимся специально. Так как управление здравоохранением города представляет из себя многоуровневую иерархическую систему, то и процесс формирования консолидированного бюджета можно представить в виде иерархических моделей, на каждом уровне которой решаются свои задачи. Таким образом, на «процессе» мы имеем комплекс взаимоувязанных моделей:

$$M = M_{iy},$$

где

i - индекс вида помощи (1 - поликлиническая, 2 - стационарная, 3 - скорая и неотложная помощь);

y - индекс уровня управления (1 - город, 2 - ЛПУ, 3 - подразделение ЛПУ).

Первая модель M_{i1} - это модель распределения «консолидированного» бюджета (предполагаемой доходной части) по видам помощи. Модель распределения бюджета по видам помощи на уровне города является балансовой задачей линейного программирования, где входом является прогноз заболеваемости, ограничения на ресурсы, и выделенный (запланированный) бюджет, а выходом будет требуемое финансирование по видам помощи ($C = C_1, C_2, C_3$) - вектор финансирования по видам помощи. Кроме моделей, на "процессе" будут алгоритмы и программные средства, которые поставляются в ЛПУ при внедрении системы.

На «выходе» кибернетической модели «вход-процесс-выход», как уже было отмечено выше, могут быть:

✧ необходимые финансы для того, чтобы удовлетворить потребность населения в основных видах медицинской помощи (определенного объема и качества) при соответствующем уровне заработной платы, согласно тарифному соглашению и тарифы на медицинские услуги, обеспечивающие доходную часть (необходимые финансы);

✧ объем медицинских услуг, тарифы при фиксированной сумме финансов (доходной части из всех источников финансирования) и необходимое ресурсное обеспечение: врачи, койки, бригады ССМП и т.п.;

✧ объем медицинских услуг, требуемый для полного удовлетворения потребности населения, необходимые ресурсы здравоохранения (с оптимизацией их использования), тарифы на медицинские услуги, обеспечивающие выполнение тарифного соглашения, и адекватное финансовое обеспечение. То есть идеальный вариант, который, к сожалению, в сложившейся социально-экономической ситуации не может быть реально реализован.

Несмотря на кажущуюся безысходность в системе здравоохранения и на муниципальном уровне, можно улучшить результаты медицинского обслуживания населения при ограничении финансовых средств. Одним из путей решения указанной задачи является внедрение системы многоэтапного оказания медицинской помощи, ресурсосберегающих технологий. Прежде всего реформированию подлежит стационарная медицинская помощь как наиболее финансовоёмкая (до 60 % от всех затрат на здравоохранение) и дорогая.

В настоящее время организация стационарной (больничной) медицинской помощи с учетом интенсивности её оказания в зависимости от тяжести состояния пациента не вызывает ни у кого возражений, и все больше находит поддержку со стороны организаторов здравоохранения и внедряется во многих территориях Российской Федерации.

В г.Новокузнецке перевод стационарной помощи на многоэтапную систему оказания помощи осуществлялся поэтапно на протяжении двух лет с 1998 года. На первом этапе отработка методических, организационных и технологических подходов проводилась во всех службах города терапевтического профиля. В 1999 году к многоэтапной системе оказания стационарной помощи подключены остальные профили служб, оказывающие виды медицинской помощи, которые входят в базовую программу и финансируются за счет средств ОМС.

В ней выделены следующие *этапы* и предложены соответствующие подразделения (отделения):

- коррекции неотложных состояний (КНС);
- интенсивного лечения (ИЛ);
- долечивания в условиях круглосуточного пребывания в стационаре (КП);
- долечивания в условиях дневного пребывания пациента в стационаре (ДСС);
- долечивания в дневном стационаре поликлиники (ДСП);
- долечивания на дому с участием медицинского стационара или поликлиники (СТД);
- амбулаторное лечение (АЛ).

В процессе внедрения и работы в условиях многоэтапного оказания МП мы столкнулись с рядом проблем статистического и бухгалтерского учета и финансового обеспечения [27, 36]. Остановимся на некоторых из них.

1. Проблема многообразия источников финансирования. В ряде ЛПУ медицинская помощь на этапе КНС оказывается в реанимационных отделениях с последующим переводом пациента в специализированное отделение на этапы ИЛ и КП. Согласно Программе государственных гарантий граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощи [3] оплата реанимационных услуг должна осуществляться за счет средств бюджета, что затрудняет организацию статистического и финансового учета и оплату из двух источников.

2. Поэтапное внедрение системы многоэтапной медицинской помощи приводило к тому, что в ЛПУ отдельные службы были подключены к новой системе, а остальные работали в прежнем режиме. Это также создавало определенные трудности в организации учета и взаиморасчетов.

3. Ряд ЛПУ с внедрением многоэтапной системы стал оказывать помощь только на отдельных этапах.

С не менее важной проблемой мы столкнулись при выборе вариантов финансирования ЛПУ. Известны несколько вариантов финансирования ЛПУ. Среди них такие, как:

1. Финансирование ЛПУ на основе разработанной и утвержденной сметы расходов учреждения.
2. Оплата по конечному результату за пролеченного.
3. Оплата по реестрам за оказанные услуги.

Каждый из перечисленных вариантов финансирования имеет свои преимущества и недостатки. Мы не ставили своей целью провести их тщательный анализ, доложить его результаты в данной монографии.

Остановимся только на одном аспекте, который присущ любому из вариантов. Это заинтересованность ЛПУ (подразделения) в получении большего дохода, в том числе за выполненный больший объем услуг и лучшее качество, что имеет существенное значение при ограничении финансирования здравоохранения. Поэтому нужно было найти такой вариант финансирования, который бы стимулировал руководство ЛПУ и

исполнителей к увеличению объема и повышению качества МП, с одной стороны, и укладывался в выделенную на здравоохранение сумму финансовых средств в рамках Программы государственных гарантий на бесплатную МП населению. Этим требованиям в значительной степени отвечал вариант финансирования ЛПУ в условиях функционирования многоэтапной системы оказания МП по формированию глобального бюджета (ГБ) в рамках муниципального заказа.

В ходе внедрения многоэтапной системы оказания МП в г. Новокузнецке применялись три разновидности ГБ, условно названные глобальный бюджет А1 А2 и А3 (ГБА1, ГБА2 и ГБА3).

1. ГБА1 рассчитывался для ЛПУ и тех профилей, в которых предполагался последовательный переход пациентов нуждающихся в экстренной МП, с этапа на этап, и рассчитывался на этапы: КНС + ИЛ и КП.

2. ГБА2 рассчитывался для ЛПУ и профилей, в которых предусмотрены этапное оказание МП и возможность обратного движения пациентов. ГБ рассчитывался на этапы КНС+ИЛ для первично попавших на эти этапы плюс для пролеченных на этих этапах с учетом движения. Оплата за оказанную МП на этапах долечивания осуществляется дополнительно по реестрам.

3. ГБА3 рассчитывался для ЛПУ и профилей, которые не перешли на многоэтапную систему оказания МП, и состоял из двух составных частей:

ГБ на экстренную МП и ГБ на плановую МП, исходя из принятых на территориальном уровне тарифов.

Общими принципами формирования разновидностей ГБ (ГБА1, ГБА2, ГБА3) являются следующие:

- ГБ рассчитывается на основе муниципального заказа с использованием нормативной базы (федеральной и территориальной), адаптированной к местным условиям и специфике организации и технологии медицинского процесса;

- прогнозируемое число пролеченных на каждом этапе по профилю рассчитывается на основе многолетних баз данных, накопленных в АСУ «Горздрав», маршрутов движения и матрицы переходов, разработанных экспертным путем;

- ГБ является составной частью муниципального заказа. Последний согласовывался с субъектами ОМС и утверждался Городским собранием. Ежеквартально анализируется и, при необходимости, корректируется с учетом сезонности и доводится ежеквартально до ЛПУ;

В качестве основных переменных на «входе» модели расчета ГБ являются:

- прогнозируемое число пролеченных на i -ом этапе по (каждому) Y -му профилю на K -й квартал первичных;

- прогнозируемое число пролеченных на i -ом этапе по Y -му профилю на K -й квартал с учетом движения;

- нормативно-плановое значение средней длительности пребывания на i -ом этапе Y -го профиля;

- нормативная стоимость лечения (пребывания) одного койкодня на i -ом этапе Y -го профиля в зависимости от категории ЛПУ;

- удельный вес (%) прогнозируемого числа пролеченных с Z -ым видом помощи (экстренной, плановой) в K -ом квартале от прогнозируемого годового числа;

- категория учреждения.

На «выходе» мы получаем разновидности ГБ, оформленные в виде таблиц. Приведем краткое содержание ГБА1, ГБА2, ГБА3.

1. ГБА1 содержит следующие реквизиты: процент госпитализируемых по экстренным показаниям; число пролеченных: всего, в том числе КНС+ИЛ, КП; среднее пребывание на этапах КНС+ИЛ и КП; количество койкодней по КНС+ИЛ и КП; ГБ - КНС+ИЛ и КП по каждому профилю.

2. ГБА2 содержит: % госпитализируемых на КНС+ИЛ; количество пролеченных на этапе КНС+ИЛ первичных; количество пролеченных на этапе КНС+ИЛ с учетом движения; средние сроки пребывания на этапах КНС+ИЛ; количество койкодней на этих этапах; ГБ на этапе КНС+ИЛ (всего) по каждому профилю.

3. ГБА3 содержит следующие данные: 1) для экстренной помощи: % госпитализируемых, количество пролеченных, средняя длительность пребывания, число койкодней, ГБ; 2) для лиц, требующих МП в плановом порядке: количество пролеченных, средняя длительность, число койкодней, ГБ также по каждому профилю.

Опыт работы ЛПУ г.Новокузнецка на основе многоэтапной системы оказания МП, финансируемой по принципу формирования глобального бюджета, показал свою эффективность и заслуживает внимания.

Итак, рассмотрим данный аспект более подробно. Финансовое обеспечение многоэтапного стационарного лечения создается на основе «глобального бюджета», стоимости реестров за пролеченных в отделениях круглосуточного пребывания «долечивания» и стоимости реестров за пациентов находившихся в условиях пребывания дневного стационара при стационаре или стационара на дому.

Для чего следует вводить, когда и как формировать глобальный бюджет? Попытаемся дать ответы на данные вопросы. Прежде всего, глобальный бюджет нужен для гарантированной оплаты услуг за лечение больных, нуждающихся в оказании медицинской помощи по экстренным показаниям и интенсивном лечении в отделениях больничного стационара. В этом случае для пациентов лечение будет полностью бесплатным. Для ответа на вопросы, когда и как формировать глобальный бюджет, следует рассмотреть варианты организационно-функциональной структуры системы здравоохранения на уровне района города. Возможны следующие варианты.

Первый вариант, когда имеются самостоятельные поликлиники, со статусом юридического лица, являющиеся распорядителями финансов, которые заинтересованы в рациональном использовании имеющихся финансовых средств, получаемых от страховых медицинских организаций по подушевому нормативу. Естественно, они совместно со страховыми медицинскими организациями обеспечивают действенный контроль за госпитализацией обслуживаемых контингентов (показаниями к госпитализации, сроками пребывания, в стационаре, эффективностью лечения и т.п.), широко применяют стационарозамещающие технологии. Оплата за пролеченных проводится по представленным реестрам из отделений стационара из общей суммы, полученной от страховых медицинских организаций по подушевому принципу. В этом случае больничный стационар свои доходы получает из нескольких источников. Первый источник - за пролеченных больных в стационаре, требующих оказания экстренной помощи и интенсивного лечения. Услуги оплачиваются поликлиниками по реестрам за пролеченного, и формировать глобальный бюджет нет необходимости. Следует заметить, что функция (процедура) расчета с больничными стационарами может быть делегирована страховым медицинским организациям. При этом контроль за направлением на госпитализацию, уровнем госпитализации и качеством лечения остается за поликлиникой. Второй источник - за пролеченных в отделениях долечивания, «ДСС» и «ДС на дому» и больных, в плановом порядке направленных по талонам. Оплата осуществляется также по реестрам страховыми медицинскими организациями. Наконец, третий источник - это плат-

ные услуги и добровольное медицинское страхование. В свою очередь, поликлиника также имеет несколько источников формирования дохода. Первый, как уже было отмечено - подушевой норматив на прикрепленное население. Второй - за пролеченных в стационаре дневного пребывания при поликлиниках и при организации стационара на дому, когда поликлиники предъявляют реестры страховым медицинским организациям и получают дополнительный доход. То есть они будут заинтересованы в большем числе прошедших через эти формы получения медицинской помощи, вполне возможно, без особых на то показаний. Поскольку финансовые средства ограничены, чтобы не допустить большего дефицита финансов, необходимо рассчитать (нормировать) число пролеченных с учетом потребности и наличия финансовых средств. Речь идет о доведении до каждой поликлиники нормативно-планового значения числа пролеченных и выдачи им соответствующего количества талонов на все этапы лечения. Кроме того, они имеют возможность получения дополнительного дохода путем оказания платных медицинских услуг и услуг в рамках добровольного медицинского страхования.

Второй вариант организационно-функциональной структуры здравоохранения, когда имеются медицинские (больничные) объединения ТМО, где поликлиники являются структурными подразделениями, а распорядитель кредитов - главный врач ТМО, в большей степени отдающий предпочтение, в силу объективных и субъективных причин, больничному стационару. На практике этот вариант организационно-функциональной структуры является наиболее распространенным. Поэтому оплата за пролеченного больного в стационаре по реестрам будет не совсем оптимальной (экономной), так как стационар, поддерживаемый первым руководителем ТМО, заинтересованный в получении большего дохода, будет стремиться к увеличению числа пролеченных, а руководители поликлиник, подчиненные главному врачу, не смогут противостоять решениям вышестоящего руководства. Здесь-то, как раз и нужен инструмент, который бы обеспечивал адекватное рабочее взаимодействие всех субъектов ОМС и способствовал экономному использованию финансовых средств, что весьма важно в условиях резкого ограничения финансирования здравоохранения. В качестве такого инструмента и выступает глобальный бюджет.

Второй вариант организационно-функциональной структуры системы здравоохранения района города может быть представлен в двух разновидностях. Первая разновидность, когда на территории имеется одно ТМО. То есть, возможность выбора пациентом ЛПУ отсутствует, и нет конкуренции среди медицинских учреждений. Здесь нормативно-плановое число пролеченных на всех этапах и глобальный бюджет рассчитываются в централизованном порядке и утверждаются вышестоящей иерархической инстанцией органа управления здравоохранением, территориального фонда ОМС и страховой медицинской организацией, которые осуществляют контроль за их выполнением. Вторая разновидность организационно-функциональной структуры здравоохранения района, города - наличие нескольких ТМО, однотипных ЛПУ, когда имеется возможность реализовать пациенту право выбора ЛПУ, а учреждениям здравоохранения конкурировать между собой. В этой ситуации возможно появление проблем. Одна из таких проблем - это обеспечение соответствия выданных талонов и числа пролеченных. Известно, что эффективность лечения, даже в однотипных и одной категории больниц, может значительно отличаться друг от друга. Население быстро усваивает это, и фактические потоки на госпитализацию формируются без учета эффективности использования имеющихся ресурсов реальных возможностей ЛПУ. То есть может возникнуть такая ситуация, когда в одном ЛПУ пролеченных будет больше нормативно-планового значения и образуется очередь, в другом, наоборот, будет неэффективное

использование ресурсов. Выходов из данного положения два. Первый - создать единую в районе, городе централизованную систему управления госпитализацией и экстренной, и плановой. Это даст возможность, с одной стороны, равномерно загружать все отделения, повышая эффективность их использования. С другой - учесть желание пациентов и обеспечить право выбора ими ЛПУ. Вторым выходом - провести перераспределение и перепрофилизацию коечного фонда с учетом истинной потребности населения, так, чтобы приблизить стационарную помощь к населению с одновременным повышением её качества. К примеру, общетерапевтические койки должны быть в каждом административном районе, а «узкоспециализированные» - в ЛПУ, где лучшие условия и высокое качество медицинской помощи.

Итак, вернемся к рассмотрению глобального бюджета. Глобальный бюджет рассчитывается в централизованном порядке для каждого ЛПУ с учетом потребности, определенной для каждого этапа, и фактического наличия финансовых средств по формуле:

$$1) Bg = \sum N_{iy} \cdot C_{iy} \cdot D_{iy},$$

где:

- N_{iy} - количество пролеченных;
- C_{iy} - стоимость койкодня с учетом рангового значения на каждом этапе;
- D_{iy} - время пребывания на этапе (сутки, койкодни). Методика расчета глобального бюджета требует уточнения и совершенствования. Поясним данный вывод на конкретных примерах.

Как уже было отмечено выше, все переменные при расчете глобального бюджета нормируются с учетом профиля, конкретной нозологии и уровня лечения (клинический, городской, уровень ЦРБ) и доводятся до ЛПУ. Администрация ЛПУ может воздействовать на число пролеченных и длительность пребывания на этапе. Исходя из этого возможны следующие ситуации:

1) число пролеченных меньше нормативно-планового значения. В этом случае глобальный бюджет остается неизменным. Значит, себестоимость пролеченного заведомо будет выше, а эффективность использования имеющихся ресурсов ниже. При таком подходе руководство ТМО не очень-то заинтересовано в оптимизации деятельности больничного стационара, так как глобальный бюджет уже доведен до ЛПУ и финансирование открыто;

2) число пролеченных больше нормативно-планового значения. Глобальный бюджет также остаётся неизменным, но в этом случае уменьшаются затраты на пролеченного, вполне возможно, в ущерб качеству медицинской помощи. Чем же обусловлено увеличение числа пролеченных? За счет сокращения сроков лечения на этапах коррекции неотложных состояний и интенсивного лечения (стоимость койкодня одинакова) увеличивается число пролеченных за счет глобального бюджета, за которых на этапе долечивания можно получить дополнительный доход, представив реестры для оплаты страховым медицинским организациям. Следует заметить, что на этап круглосуточного пребывания больные поступают из двух потоков: с предыдущих этапов и первичные в плановом порядке. Таким образом, если на этапе КНС и ИЛ за счет сокращения сроков пребывания и интенсификации лечебно-диагностического процесса увеличивается число пролеченных, то на этапе долечивания их должно быть также больше. В этом случае ЛПУ получит дополнительный доход, несмотря на то, что стоимость койкодня почти в 2 раза ниже стоимости этапов интенсивного лечения. В то же время ру-

ководству ЛПУ из-за низкой стоимости койкодня на этапах ДСС и ДПД нет большого интереса широко использовать эти формы оказания медицинской помощи.

Все сказанное подтверждает вывод о необходимости совершенствования методических подходов финансирования при переходе на многоэтапное лечение больных в стационаре. Прежде всего, следует увязать формирование глобального бюджета с истинной потребностью населения в этом виде медицинской помощи с учетом сезонности заболеваемости населения и госпитализации населения. Во-вторых, определить срок действия глобального бюджета, на который он рассчитывается для ЛПУ. Вероятнее всего - это квартал. В-третьих, задействовать мотивационные механизмы (материально заинтересовать коллектив) во внедрении многоэтапной системы оказания стационарной медицинской помощи. С этой целью необходимо разработать и ввести поправочные коэффициенты к тарифам с учетом сложности больного, интенсивности лечебно-диагностического процесса и т.п. Подводя итог сказанному, следует обратить внимание пользователей на то, что многоэтапная система оказания помощи больным является менее затратной, то есть более предпочтительной в условиях финансового кризиса, но в то же время требует совершенствования как в технологическом, так и организационно-управленческом аспектах. Немаловажное значение при этом имеет информированность населения о преимуществах данной формы оказания медицинской помощи. Поэтому руководителям органов управления здравоохранением городов и районов, а также территорий необходимо обеспечить внедрение и контроль за удовлетворением потребности населения в различных видах медицинской помощи, в том числе стационарной, периодически изучать и обобщать опыт внедрения с выработкой конкретных предложений и доведением их до врачей и населения.

Внедрение этапности в лечении стационарных больных с учетом его интенсивности, естественно, должно отразиться на стоимостных характеристиках. То есть стоимость лечения в отделении или на койках коррекции неотложных состояний и интенсивной терапии должна быть выше, чем на койках круглосуточного пребывания или долечивания. Расчетной единицей является койкодень. Основные правила финансового обеспечения отражены в документе, который согласован и утвержден Департаментом охраны здоровья Кемеровской области и Территориальным фондом ОМС (Решение согласительной комиссии). В соответствии с данным документом, где используется опыт организации финансового обеспечения в Самарской области, вводится такое понятие, как «глобальный бюджет».

Заведующий отделением должен владеть методикой расчета стоимости койкодня в условиях многоэтапной стационарной помощи и обеспечить контроль за составляющими стоимости койкодня по статьям сметы расходов. Прежде всего, контроль и анализ проводятся по 9 и 10 статьям сметы расходов - питание и медикаменты соответственно.

За стоимостную единицу принят «тариф на 1 койкодень» на каждом этапе лечения (интенсивного или долечивания, дневного стационара в стационаре или в поликлинике, или на дому) с учетом профиля койки и категории ЛПУ. Допускается возможность установления одного тарифа для нескольких этапов. К примеру, при внедрении системы многоэтапного лечения по терапевтической службе тариф койкодня на этапе КНС и ИЛ одинаковый. Нормативный подход применен к длительности пребывания пациента на этапах лечения, к числу первично поступивших на этапы, к числу пролеченных на этапах с учетом движения (перехода с одного этапа на другой) и т.п.

Расчет тарифов проводится с участием всех представителей субъектов ОМС после согласования исходных документов.

Тарифы должны быть максимально приближены к фактическим затратам на оказываемые медицинские услуги и одновременно соответствовать реальному объёму финансирования (возможность моделирования).

На основе стоимости одного койкодня интенсивного лечения формируется глобальный бюджет.

Приведём алгоритм расчета стоимости койкодня

Первая переменная (исходные данные) для расчета тарифов на койкодень на этапах оказания медицинской помощи берется из МЗ на предстоящий год по профилю, так как объем финансирования на стационарную помощь по каждому профилю медицинской службы уже определен муниципальным заказом. Структура пролеченных больных и проведенных ими койкодней по этапам лечения формируется согласно медицинско-экономическим стандартам (МЭС) этапного лечения и объемным показателям муниципального заказа. На основании этих данных определяется удельный вес койкодней каждого профиля на каждом этапе от общего числа койкодней. После этого устанавливаются ранговые значения стоимости койкодня по профилям. Они могут быть рассчитаны, или в качестве ранговых значений стоимостей одного койкодня принимаются нормативные значения, полученные каким-либо путем (документы вышестоящих организаций, усредненные, проанализированные данные за определенный период и т.д.). Затем рассчитываются тарифы на один койкодень каждого этапа. Поскольку, как мы отмечали выше, возможно объединение стоимости койкодня по нескольким этапам, то мы объединили стоимость этапов. Рассчитали стоимость койкодня интенсивного лечения каждого профиля койки с учетом категории лечебно-профилактического учреждения и одного койкодня долечивания каждого профиля независимо от категории больницы.

Приведем пример расчета тарифов на койкодни терапевтической службы города.

Из областного документа "Финансовые нормативы..." определяются ранговые значения $r(i, j)$ тарифов на один койкодень интенсивного лечения клинического и городского уровней, где i - профиль, j - уровень.

Таблица выглядит так:

Профиль	Уровень	
	клинический	городской
терапия	1	0.712
кардиология	0.966	-
ревматология	1.056	-
гастроэнтерология	0.993	-
эндокринология	0.957	-
пульмонология	1.105	-
неврология	1.056	0.711
нефрология	0.959	-
гематология	1.119	-

Знак "-" означает, что в больницах городского уровня коек данного профиля нет.

Из муниципального заказа, утвержденного в установленном порядке, известно количество койкодней интенсивного лечения и круглосуточного пребывания в больницах клинического и городского уровней. Обозначим их как «ДИЛ» - койкодни интенсивного лечения и «ДКР» - койкодни круглосуточного пребывания (или долечивания).

Из принятых правил (городской Согласительной комиссией) известно, что тариф на койкодень долечивания устанавливается как половина тарифа койкодня соответствующего профиля клинического уровня. Стоимость койкодня в отделениях терапевтического профиля клинического уровня принимается за искомую величину – x руб. и рассчитывается путем деления выделенной суммы финансовых средств на данный профиль в МЗ на общее число планируемых койкодней. Тогда финансирование терапевтической службы определяем по формуле:

$$F = (\sum_{i,j} d_{il} * r_{i,j}) + (\sum_{i,j} d_{kp} * 0.5r_{i,j}) * x$$

где F - финансирование терапевтической службы, определенное МЗ [14, 32]

По этой формуле определяем тарифы на койкодень интенсивного лечения каждого профиля с учетом категории больницы и на койкодень долечивания каждого профиля.

Например, тарифы (стоимость в руб.) для терапевтической службы города представлены в табл. 1.

Таблица 1

Профиль	Стоимость к/дня интенсивного лечения		Стоимость к/дня этапа долечивания для больниц клинического и городского уровней
	уровень клиническая б-ца	уровень городская б-ца	
терапия	169.23	120.49	84.62
кардиология	163.48	-	81.74
ревматология	178.71	-	89.36
гастроэнтерология	168.05	-	84.03
эндокринология	161.95	-	80.98
пульмонология	187	-	93.50
неврология	178.71	120.32	89.36
нефрология	162.29	-	81.15
гематология	189.37	-	94.69

Как видим из приведенных данных в табл.1, самая высокая стоимость койкодня по гематологии и пульмонологии, что соответствует ранговому значению в областных нормативах. При подключении всех профилей служб к работе в условиях многоэтапности лечения возможно уточнение ранговых значений. К примеру, по нашему мнению, ранг стоимости койкодня профилей служб, выполняющих оперативную (хирургическую) деятельность, должен быть выше, чем служб, ведущих консервативное лечение.

Таким образом, заключая данный раздел, необходимо сделать следующий вывод - результативность и эффективность внедрения многоэтапной системы стационарного лечения больных в условиях ограничения финансов в значительной степени зависит от организационно-управленческого аспекта.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЛПУ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ МНОГОЭТАПНОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Обоснование целесообразности внедрения многоэтапной системы оказания медицинской помощи

Существуют противоречивые суждения и высказывания об обеспеченности населения больничными койками и эффективностью их использования. Многие считают, что коек у нас намного больше, чем на Западе, сравнивая с обеспеченностью в США, и что они используются недостаточно эффективно. Другие оппонировать им, обосновывая свои доводы низкой обеспеченностью оборудованием, аппаратурой, слабым техническим оснащением, низким социально-экономическим уровнем жизни значительной части населения и т.п. Вероятно, правы и те, и другие. Действительно, обеспеченность больничными койками в среднем по Российской Федерации составляет 128 коек на 10 тысяч населения, что намного выше, чем в развитых странах. К тому же, имеется неравномерное их распределение. В городских поселениях обеспеченность значительно выше, чем на селе, так же как среди отдельных городов Российской Федерации. Здесь уместно отметить, что научно обоснованные нормативы для перспективного стратегического планирования, разработанные в ведущих научных учреждениях страны, еще более завышены (Дмитриева Т.Б., 1998).

Ставится задача провести анализ данной проблемы, найти оптимальный вариант.

Прежде всего, необходимо ответить на два вопроса. Первый вопрос - что является главным в обосновании числа больничных коек? Второй вопрос - как эффективнее использовать имеющийся коечный фонд?

Итак, по первому вопросу исходным материалом для расчета необходимого числа больничных коек являются *потребность*, исходящая от населения, несколько переменных о работе койки и другие. Определение потребности (больничной) в стационарных видах медицинской помощи осуществлялось по методикам, предложенным отечественными учеными (И.И. Розенфельд (1955), Л.Г. Лекарев (1957), И.Д. Богатырев (1962), В.А. Миняев (1979), Е.А. Логинова Н.А. Кравченко и др.) [13, 16], которые постоянно совершенствовались. Несовершенство методических подходов при определении потребности населения сводилось к тому, что за основу брались, как правило, отчетные данные о числе пролеченных в стационарах по профилям медицинских служб или классам заболеваний, дополненные данными, полученными в результате специально проведенных медицинских осмотров. Из общего числа выявленных при осмотре заболеваний субъективным путем устанавливались показания к госпитализации. В результате получали абсолютное число госпитализаций по конкретному поводу, с последующим расчетом относительных показателей на 1000 или 10000 населения.

Известно, что на уровень госпитализации влияют многие факторы, такие как уровень заболеваемости, укомплектованность врачами, оснащенность поликлинических учреждений средствами диагностики, приборным оснащением, доступность для населения и др. Уровень многих заболеваний имеет циклический характер и отличается год от года. В силу разных причин основные врачебные кадры и диагностическое оборудование сосредоточены в больничных стационарах и для амбулаторных больных не всегда доступны. Поэтому истинная потребность будет значительно меньше фактической, а брать за основу при определении потребности в госпитализации только число проле-

ченных больных за прошедший период без экспертной оценки, прогноза заболеваемости будет не совсем методически правильно. Кроме того, широко распространенный порочный метод оказания медицинской помощи - лечить болезнь, а не больного, когда в отделении лечат только основное заболевание, а после выписки направляют с сопутствующим заболеванием в другое отделение стационара, также завышает потребность в госпитализации.

Следующей переменной является *средняя длительность лечения (пребывания) в стационаре*, которая также в большей степени обусловлена вышеназванными факторами. Несовершенство диагностических служб, недостаточная квалификация врачей поликлинических учреждений приводит к тому, что увеличивается средняя длительность пребывания в стационаре, которая почти в 2 раза больше, чем в других развитых странах. Кроме того, на среднюю длительность пребывания больного в стационаре существенное влияние оказывают жизненный уровень населения, менталитет пациентов и др. При этом следует иметь в виду климатогеографические особенности страны, экологическую нагрузку на население, которые существенно влияют на патогенез и клинику заболеваний. Учеными СО РАМН доказано, что вышеназванные факторы снижают адаптационные механизмы, иммунную защиту организма [28, часть 1]. Значит, нормативно-плановое значение показателя - средняя длительность пребывания в стационаре - должно устанавливаться с учетом специфических особенностей регионов страны, местных условий.

Кроме того, к сожалению, у населения нашей страны сложилось представление, что эффективное лечение можно получить только в больничном стационаре. В то же время уровень жизни в нашей стране, в том числе в Кемеровской области, намного ниже (54 % населения находятся за чертой бедности) западных стран и некоторых территорий Российской Федерации. Это означает, что условия лечения на дому у многих пациентов отсутствуют. И, тем не менее, все это подтверждает вывод о том, что при расчете числа коек имеются возможности оптимизировать исходные данные, но ориентироваться надо не на достигнутые показатели Запада, а учитывать специфику нашей страны. Немаловажное значение при этом имеет такая переменная, как *среднее число дней работы койки в году*. По многим профилям коек нормативно-плановое значение показателя работы койки в году занижено, заведомо запланирован необоснованный простой койки. Имеются и объективные причины. Практически на протяжении трех лет не выделяется финансирование на проведение капитальных и текущих ремонтов, что, естественно, приводит к затяжным ремонтам, а значит, к сокращению числа дней функционирования койки. Таким образом, методический подход расчета необходимого числа коек имеет ряд недостатков, не учитывает особенности переходного периода и требует совершенствования с учетом сложившихся объективных реалий.

Последние годы в связи с реформированием здравоохранения изменилась общая ситуация, которая способствует оптимизации больничной помощи. Прежде всего, это связано с усилением роли амбулаторно-поликлинических учреждений, лучшей их обеспеченностью и укомплектованностью врачами, оснащенностью оборудованием и т.п. В большинстве территорий и городов страны организованы диагностические центры, позволяющие на высоком квалификационном уровне проводить диагностические обследования на догоспитальном этапе. Произошедшие изменения привели к перемещению части стационарной помощи на амбулаторный этап путем внедрения стационарозамещающих технологий (дневной стационар при поликлинике, стационар на дому и т.п.). Организуются учреждения и отделения с учетом интенсивности лечения, социального статуса пациентов.

В настоящее время в качестве основного показателя обеспеченности госпитальной стационарной больничной помощью выдвигается обобщенный показатель *обеспеченности койкоднями на 1000 населения*. Так, например, в 1996 году этот показатель в России составил 3561 койкодень. На 1998 год планировалось установить этот норматив на уровне 2901,5 койкодня на 1000 населения и дополнительно норматив стационаро-замещающей помощи - 600 койкодней на 1000 населения. С одной стороны, введение этого показателя для прогрессивных экономически грамотных организаторов здравоохранения - это разрешение к свободе действий. В данном случае речь идет о том, что имеющийся коечный фонд будет использоваться максимально, то есть простые койки будут сведены до минимума: максимум койкодней с низкой себестоимостью. С другой стороны - *койкодни* становятся целевой функцией, которая не увязана с удовлетворением потребности населения. Поэтому не исключена возможность проводить госпитализацию без особых показаний, увеличивать среднее пребывание в стационаре и т.п. Не проводить одновременное лечение больного при наличии у него сопутствующего заболевания, а после окончания лечения в одном отделении переводить в другое. Словом, конечный результат - *число пролеченных по показанию больных* становится не главным.

Последнее время планируется применить дифференциацию больничных коек с учетом целей госпитализации и интенсивности лечения. Обосновывается следующая структура коечного фонда: удельный вес медико-социальных коек должен составлять не менее 15%, до 20% среди всех коек должны быть койки для лечения больных с хроническими заболеваниями, 20% - койки интенсивного лечения и до 45 % - койки или больницы восстановительного лечения [11, часть 1]. Как видим, в данном случае речь идет не о сокращении коечного фонда, а о его перепрофилизации с установлением дифференцированной стоимости койкодня. Безусловно, это один из путей реструктуризации имеющегося коечного фонда больниц, но по нашему мнению, не самый эффективный, так как в любом случае инженерно-технические и коммунальные расходы остаются, несмотря на некоторое сокращение расходов по другим статьям сметы расходов.

Таким образом, из сказанного следует заключить, что определение объемов стационарной помощи и оптимального распределения и использования коек требует уточнения и совершенствования методических подходов.

При совершенствовании и научном обосновании методических подходов необходимо использовать уже имеющийся опыт по оптимизации госпитальной помощи в условиях ограничения на ресурсы. Решение данной задачи зависит от трех составляющих. Первая - *это истинная потребность населения в госпитальной помощи*. Вторая составляющая - *максимум услуг пациенту в случае необходимости при госпитализации*. Третья составляющая - *максимально эффективное использование коек больничных стационаров*. Остановимся на каждой из них более подробно.

Итак, первая составляющая, пожалуй, главная - истинная потребность в госпитализации по показаниям. Исходным материалом при определении являются:

- данные о заболеваемости по обращаемости за ряд лет (не менее 10 последних лет). С этой целью в г.Новокузнецке созданы компьютерные базы данных, где сосредоточены все случаи заболеваний, зарегистрированные в течение календарного года. Эти БД поддерживаются в актуальном состоянии на протяжении многих лет;
- фактические данные о госпитализации за последние три года по профилям служб, классам болезней, конкретным группам заболеваний и нозологическим формам;
- экспертные оценки специалистов о целесообразности и объеме госпитализации по конкретному поводу. Поводом к госпитализации могут быть заболевания, трав-

мы, несчастные случаи, другие состояния (беременность, уход за больными и т.п.). На основании информации, накопленной в БД о заболеваемости, травмах и т.д., делается прогноз заболеваемости на предстоящие два года по группам заболеваний, который представляется экспертам для работы. Последние экспертным путем определяют потребность в госпитализации по каждой группе заболеваний, а при необходимости - по нозологической форме в зависимости от тяжести патологического процесса с учетом профиля койки и интенсивности лечения.

Таким образом, предполагается этапность в лечении стационарного больного, когда пациент после получения необходимого объема медицинской помощи с учетом критериев состояния его здоровья переводится на следующий этап с меньшей интенсивностью лечебно-диагностического процесса. Возможен обратный переход из одного этапа в другой. Для удобства работы экспертам предложена рабочая матрица, разделенная диагональю на две равные части, в подлежащем и сказуемом которой в определенной последовательности вписаны этапы лечения (табл.3). Эксперты заполняют такую матрицу на однородную группу или нозологию, в которой указывают проценты первично направленных на этап, переход с одного этапа на другой, средние сроки пребывания на каждом из этапов. В качестве экспертов выступали главные специалисты Управления здравоохранения, сотрудники клинических кафедр Новокузнецкого ГИДУВа. Заполненные матрицы подвергались статистической обработке на ПЭВМ. Рассчитывались средние значения и ошибка средней для каждого этапа. Полученные данные использовались как нормативы для дальнейшего расчета необходимого числа коек для каждого этапа. Расчет осуществляется по специально разработанным алгоритмам и программам на ПЭВМ [3].

В конечном итоге определялось общее число пролеченных и койкоднев на каждом этапе. Полученные данные сверялись с фактическими данными "число госпитализаций всего" по конкретному поводу с учетом тяжести состояния патологического процесса из БД за последние три года. Окончательно выверенные данные используются для формирования Муниципального заказа на медицинское обслуживание на предстоящий период.

4.2. Основные подходы к организации многоуровневой системы оказания медицинской помощи

Одним из главных элементов всей многоуровневой системы оказания медицинской помощи являются технологические стандарты или так называемые медико-экономические стандарты для конкретной нозологии или однородной группы болезней с учетом тяжести состояния больного и интенсивности лечения [14, 38, 48]. За основу были взяты МЭСы, разработанные специалистами Кемеровского Института социально-экономических проблем здравоохранения. Данные МЭСы в отличие от предыдущих стандартов, кроме своего основного назначения - стандартизации лечебно-диагностических приемов при той или иной патологии, имеют еще и обучающее, методическое назначение.

Другой, наиболее важной особенностью этих стандартов, является то, что они предназначены не только для стандартизации курса лечения пациента в стационаре, а предусматривают и менее затратные этапы лечения вне стационара. Приведем краткое содержание показаний нахождения пациента на том или ином этапе оказания медицинской помощи.

В отделение (на койки) **коррекции неотложных состояний (КНС)** направляются пациенты, нуждающиеся в оказании неотложной помощи, постановке предварительного или окончательного диагноза и определении следующего этапа диагностики и лечения.

В отделение (на койки) **интенсивного лечения (ИЛ)** направляются пациенты, нуждающиеся в круглосуточном врачебном наблюдении и лечении при возникновении острых заболеваний, плановых оперативных вмешательствах.

В отделение (на койки) **круглосуточного пребывания (КП)** направляются пациенты, нуждающиеся в стационарной медицинской помощи, круглосуточном медицинском наблюдении, ежедневном врачебном осмотре.

В отделение (на койки) **дневного пребывания в стационаре (ДСС)** направляются пациенты, нуждающиеся в стационарной медицинской помощи, ежедневном врачебном осмотре, но не требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

В **дневной стационар поликлиники (ДСП)** направляются пациенты после окончания курса интенсивной терапии в стационаре, а также нуждающиеся в амбулаторном оперативном вмешательстве.

Лечению в условиях **стационара на дому (СД)** подлежат пациенты средней степени тяжести и тяжелые, состояние которых позволяет организовать лечение на домашней койке под наблюдением врача.

Прежде всего, стандарты классифицированы по профилям служб, в профиле представлены по группам. Каждая клиническая группа имеет свой пятизначный номер, наименование заболевания (группы заболеваний) с шифрами по Международной классификации болезней, травм и причин смерти и включает стандарты по девяти показателям. В них также указаны:

- показания для пребывания на этапе. Особенно это важно отражать для хирургических профилей, когда одно и то же заболевание может лечиться консервативно, традиционными оперативными методами и с использованием современных, высокотехнологичных методик (эндоскопических, эндоваскулярных и пр.);

- рекомендуемые сроки лечения на этапе. Стандарт допускает возможность суммирования длительности лечения в случае, когда пациент мог начать лечение на данном этапе, а в последующем переведен на другой этап, тогда указываются два и более срока лечения в зависимости от ситуации.

Диагностические процедуры, лечебные мероприятия; лечебные процедуры, выполняемые врачом; лечебные процедуры, выполняемые медсестрой и консультации узких специалистов рассчитаны и являются рекомендательными. Окончательный вариант лечения принимает лечащий врач. Очень важным является выработка критериев завершения этапа, что помогает врачам ориентироваться при переводе пациента на следующий этап, даже если срок лечения на данном этапе оказался короче предусмотренного. Дальнейший маршрут указывает этап (или варианты направлений), куда пациента следует направить после окончания лечения на данном этапе.

Учитывая, что уровень и структура заболеваемости в городах и районах даже в пределах одной области, обусловленная спецификой географического, социально-экономического положения, экологической нагрузкой и т.п., могут значительно отличаться друг от друга, а также различный уровень системы оказания медицинской помощи, необходимо медицинские стандарты адаптировать к местным условиям.

Для адаптации МЭСов к условиям лечебной базы г. Новокузнецка была создана рабочая группа из состава Банка экспертов при городской Ассоциации врачей. В нее вошли специалисты Управления здравоохранения администрации города, сотрудники

клинических кафедр Новокузнецкого ГИДУВа, специалисты Кустового медицинского информационно-аналитического центра, заведующие отделениями лечебных учреждений города, специалисты страховых медицинских организаций.

По всем профилям и группам были составлены алгоритмы и длительность сроков лечения пациентов. В качестве примера на рис.1 приведен маршрут движения пациентов неврологического профиля с инфекционно-воспалительными заболеваниями нервной системы различной степени тяжести. По разработанным медицинским стандартам предполагалось, что все пациенты с данной группой заболеваний поступали на этап коррекции неотложных состояний, откуда через 12 часов должна быть переведены на этап интенсивного лечения. Через 4 дня интенсивного лечения часть пациентов должна быть переведена на дневное пребывание в стационаре, а часть - в стационар на дому. Через 12 дней лечения в условиях дневного пребывания в стационаре всех пациентов с этого этапа надлежало перевести на 10 дней в дневной стационар поликлиники, после чего предполагалась их выписка на амбулаторное наблюдение. На рисунке отсутствует этап круглосуточного пребывания пациента в стационаре, так как в стандартах предусмотрено направление пациента после интенсивного лечения в “стационар долечивания” без обозначения условий долечивания.

МЭС 60802, шифры МКБ 063, 086, 320-325, 695.9

Инфекционно-воспалительные заболевания

нервной системы - острые,

тяжелая степень тяжести [13]

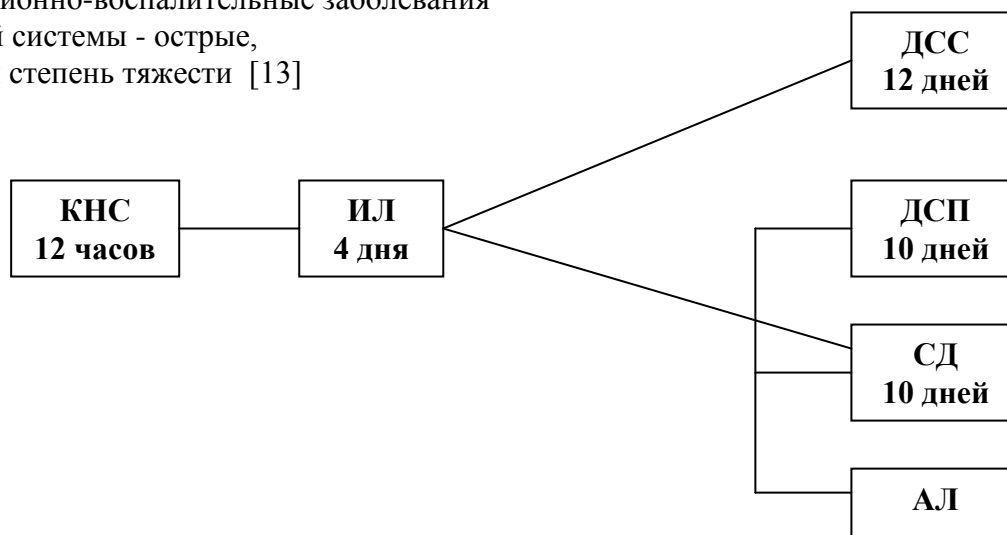


Рис.1.

Примечание. Схема разработана д.м.н., профессором А.В. Барабаш.

Со специалистами рабочей группы всех профилей (главные специалисты Управления здравоохранения, заведующие отделениями 1-й городской клинической больницы, ученые Новокузнецкого ГИДУВа, сотрудники КМИАЦ) были проведены семинары по новым медицинским стандартам, на которых было предложено адаптировать стандарты и алгоритмы лечения пациентов с учетом сложившейся практики в лечебных учреждениях Новокузнецка. Предполагалось, что адаптированы могут быть все составляющие стандартов: начиная от наименования группы шифров заболеваний по МКБ, включенных в группу, и кончая критериями завершения этапа и дальнейшего маршрута на этапы лечения.

При анализе результатов работы специалистов выявлено, что принципиальных разногласий с мнением составителей МС по большинству профилей нет. Исключение составили стандарты по травматологии и ожоговой травме.

По некоторым профилям были добавлены новые группы заболеваний. Из специализированных профилей были вынесены заболевания, которые, по мнению специалистов, подлежали лечению в общетерапевтических отделениях. Это потребовало создания стандартов и алгоритмов по общей терапии.

Было принято, что скорректированный алгоритм не является окончательным вариантом и может быть изменен после определенного срока применения его на практике.

Следующий этап работы проводился с использованием баз данных Кустового медицинского информационно-аналитического центра. Иллюстрация этого этапа приведена на рис.2, в качестве примера приведены алгоритмы лечения той же группы заболеваний.

МЭС 60802 , шифры МКБ 063, 066, 320-325, 695.9

Инфекционно-воспалительные заболевания

нервной системы - острые,

тяжелая степень тяжести

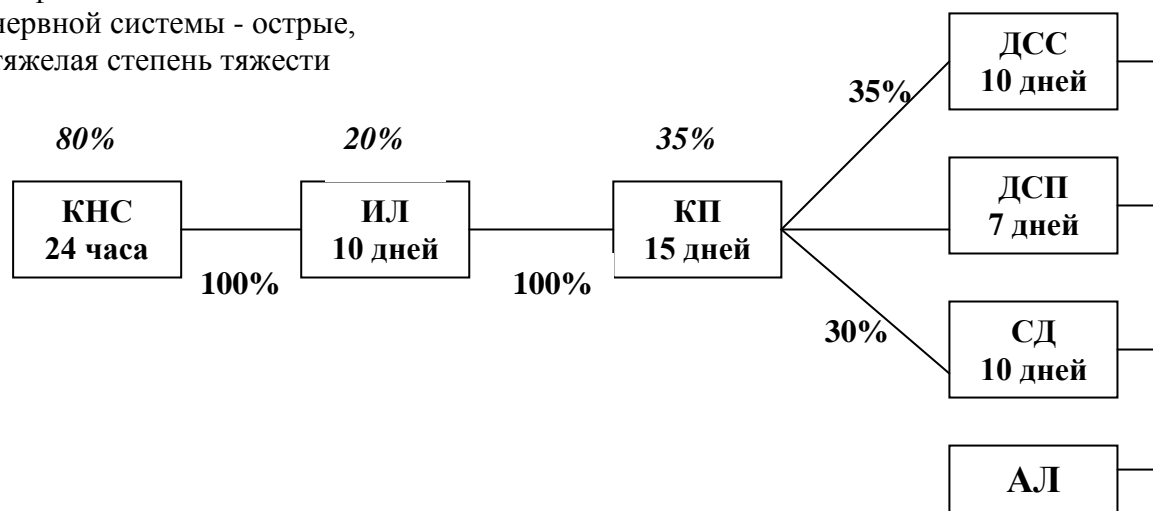


Рис.2

Специалистами было определено, что не все пациенты этой группы нуждаются в обследовании и лечении на этапе коррекции неотложных состояний, а только 80%. Остальные же пациенты поступают сразу на этап интенсивного лечения. После интенсивного лечения все пациенты этой группы направлялись на круглосуточное пребывание в стационаре. После завершения этого этапа 35% пациентов переводились на дневное пребывание в стационаре, столько же направлялись в дневной стационар поликлиники и 30% - в стационар на дому.

Столь детализированные маршруты движения пациентов стали не только алгоритмами ведения больного для лечебного учреждения, но и механизмом контроля за организацией медицинской помощи для органов управления здравоохранением и страховых медицинских организаций.

Учитывая, что число пациентов данной группы, нуждающихся в стационарном лечении, известно, были рассчитаны потребность в койках каждого этапа и суммарное

число койкодней на этапах лечения. Если окончательные расчеты не соответствовали федеральным нормативам, то проводилась их коррекция.

По окончании этого этапа работы была определена потребность в койках в лечебных учреждениях города для всех медицинских профилей. Это позволило перераспределить потоки больных в городе: было решено, что пациентов большинства профилей на интенсивное лечение направлять в специализированные отделения одного или двух стационаров клинического уровня, в городских же больницах организовать в основном этапы долечивания. Для большей убедительности рассмотрим подробнее методические подходы к определению потребности в госпитализации и соответствующего ресурсного обеспечения.

4.3. Методика определения потребности в госпитализации и ресурсном обеспечении в условиях многоэтапного лечения (д.м.н., профессор Чеченин Г.И., к.м.н. Виблая И.В.)

Внедрение многоэтапного лечения стационарных больных, как уже отмечалось выше, подразумевает эффективное использование имеющегося коечного фонда для оказания адекватной помощи населению.

Укорочение сроков стационарного, в том числе круглосуточного пребывания больных, проведение заключительного этапа реабилитации в условиях дневного стационара при поликлинике с целью приближения помощи к месту проживания больного, позволят увеличить пропускную способность развернутого коечного фонда, тем самым повысив уровень удовлетворенности потребности населения в госпитализации и сократив сроки ожидания стационарной помощи плановых больных. Для большей наглядности и простоты понимания методических подходов к определению потребности населения в госпитализации используем простую кибернетическую модель «Вход-процесс-выход».

На "входе" при определении потребности в госпитализации и ресурсном обеспечении необходимо иметь:

- медико-экономические стандарты с учетом этапного лечения;
- число зарегистрированных заболеваний, в том числе впервые в жизни, по данным обращаемости (в разрезе "Годового отчета) и базу данных по учетной форме № 025/у "Заболеваемость по данным обращаемости", накопленную в Кустовом медицинском информационно-аналитическом центре;
- данные о числе пролеченных в стационаре (всего, в том числе жителей данного города, района) с указанием средней длительности лечения (по кодам МКБ) и базу данных КМИАЦ по учетной форме № 066/у "Статистическая карта вышедшего из стационара;
- нормативную функцию койки по профилям на каждом этапе.

Для определения потребности в госпитализации с конкретной нозологией врачами-экспертами соответствующих профилей на основании личного опыта и знаний, баз данных, накопленных в КМИАЦ, медико-экономических стандартов первоначального (кемеровского) варианта, по каждому МЭС строится маршрут движения больных по этапам, представленный в виде упорядоченной граф-схемы (рис.3) в которой содержатся следующие данные:

- код МЭС, состоящий из пятизначного числа. К примеру, "Гипертоническая болезнь II ст. - с впервые выявленным диагнозом" - "60201";
- перечень кодов МКБ, входящих в данный МЭС - "401; 402; 404";

- наименование МЭС, например, - "Гипертоническая болезнь II ст. - с впервые выявленным диагнозом";
- прогнозные число заболеваний (по данным обращаемости и с учетом мнения экспертов). В нашем примере - это "900 случаев".
- экспертное мнение о возможной госпитализации в процентах. Для МЭС «60201» - "72%" будут нуждаться в госпитализации;
- ожидаемое число госпитализаций в год - "650 чел." (здесь экспертное число госпитализаций по каждому МЭС сравнивается с фактическими данными из базы по ф. № 066/у, при необходимости корректируется и указывается в маршруте каждого МЭС как ожидаемое число госпитализаций);
- далее определяется процент первичного «попадания» госпитализации на этапы стационарного лечения. По МЭС «60201» - это следующее распределение: "КНС - 30%; ИЛ - 20 %; КП - 40 %; ДСС - 10 %".

Затем определяются маршруты дальнейшего следования по этапам стационарного и внестационарного лечения, помеченные стрелками в граф-схеме с указанием %, которые в сумме должны составить 100 %.

В нашем примере: из числа случаев госпитализированных, (попавших) на этап КНС в дальнейшем будут переведены на этапы: ИЛ - 30 %, КП - 40%, ДСС - 10%, ДСП - 10%, АЛ - 10%. С этапа ИЛ первичные больные плюс переведенные с КНС будут переведены на КП - 50%, ДСС - 30%, ДСП - 20%; с КП на ДСС - 10%, ДСП - 10%, АЛ - 80%. Все больные с этапов ДСС и ДСП направляются на амбулаторное наблюдение.

Кроме того, эксперты обязательно указывают среднюю длительность пребывания на каждом этапе. Так, в нашем примере, на этапе КНС больной находится - 24 часа, ИЛ - 3 дня, КП - 7 дней, ДСС - 5 дней, ДСП - 7 дней.

Результаты экспертизы заносятся в память ЭВМ и обрабатываются в пакете SAS, где по каждому МЭС с учетом ожидаемого числа госпитализаций, экспертных маршрутов движения по этапам, экспертной средней длительности пребывания на этапе идет распределение больных и подсчет числа койкодней, на этапах и в целом. В конечном итоге, суммируя данные по всем МЭСам, определяем необходимое число коек для каждого этапа с учетом интенсивного их использования. Возможен вариант просчета числа пролеченных и необходимого количества коек на каждом этапе традиционным методом. Для этого имеются все необходимые данные.

Примечание: для облегчения работы экспертов в г.Новокузнецке можно получить дополнительную информацию из КМИАЦ в виде сведений об общей и госпитальной заболеваемости, структуре пролеченных за последние годы и т.п. из БД по учетным формам № 025/у и № 066/у. Для этого специалисты оформляют заявку. В заявке необходимо указать перечень кодов заболеваний по МКБ 10-го пересмотра, по которым необходима информация, представить макет выходной формы с четким наименованием граф.

В качестве примера приведем МАРШРУТЫ ДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ г.НОВОКУЗНЕЦКА по одному из профилей служб

Профиль - КАРДИОЛОГИЯ

КОД МЭС - 60201.

Перечень кодов МКБ: 401; 402; 404.

Наименование МЭС: Гипертоническая болезнь II ст. - с впервые выявленным диагнозом.

Экспертное число заболеваний (по данным обращаемости) - 900 чел.
 Потребность в госпитализации - 72 %.
 Ожидаемое число госпитализаций в год - 650 чел.

Проценты первичного «попадания» госпитализации на этапы стационарного лечения:

КНС - 30%
 ИЛ - 20%
 КП - 40%
 ДСС - 10%

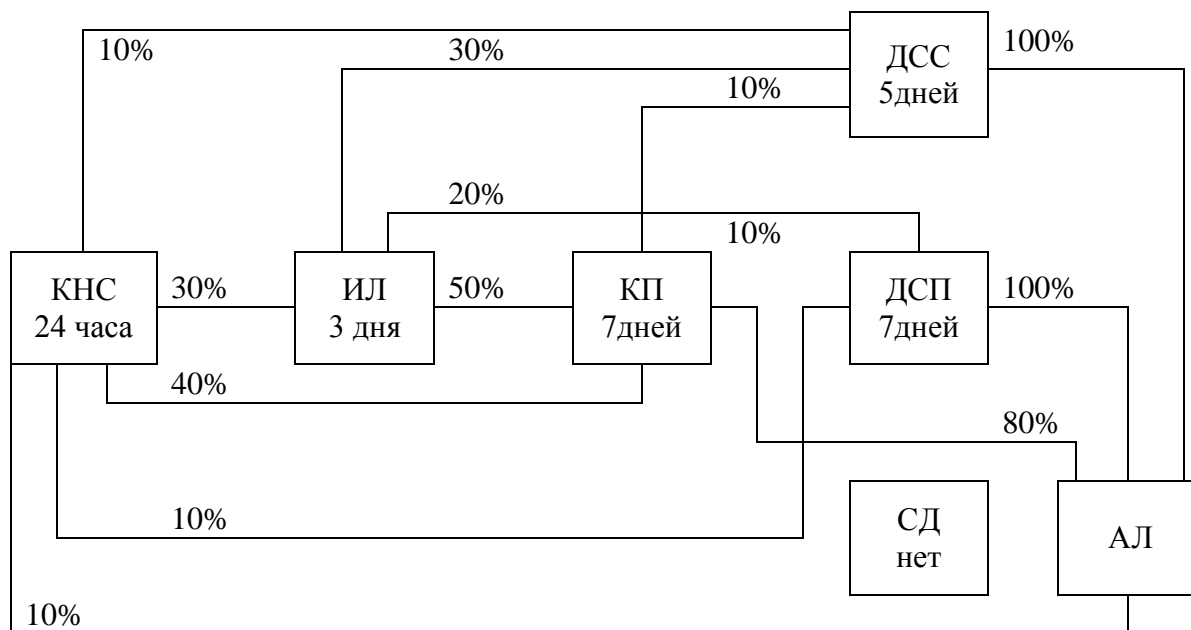


Рис.3

На "выходе" мы имеем по каждому профилю:

1. Потребность в госпитализации и ресурсном обеспечении, где указаны конкретные данные по г. Новокузнецку по кардиологии (табл.2), в том числе потребность в госпитализации на все этапы по профилю. Таких случаев - "5956";

- количество госпитализаций (случаев первично попавших) на каждый этап стационарного лечения. Из табл.2 видим, что первичных на этапах будет: КНС - 1188 случаев, ИЛ - 2448, КП - 2246, ДСС - 74 случая;

- количество больных, прошедших через каждый этап с учетом движения. В нашем примере это следующие цифры: "КНС - 1188; ИЛ - 2730; КП - 5111; ДСС - 1096; ДСП - 1058; СД - 1500";

- средняя длительность пребывания на каждом этапе по профилю. Так, например, по кардиологии установлены следующие сроки пребывания: КНС - 1.37 дня; ИЛ - 5.26; КП - 7.84; ДСС - 6.27; ДСП - 8.68; СД - 7.01. Средний койкодень составит - 13.87, в том числе средняя длительность пребывания в стационаре - "10,57 дня";

- количество коек для каждого этапа. Из приведенных в примере данных полу-

чается, что потребность в койках на этапах будет представлена следующим образом: КНС – 5,4 койки; ИЛ - 43.5; КП - 118; ДСС - 15; ДСП - 20; СД - 31. Количество коек всего - 233 в стационаре, из них в больничном стационаре- 182.

Таблица 2

Профиль службы - КАРДИОЛОГИЯ
Число случаев – 5956

		КНС	ИЛ	КП	ДСС	ДСП	СД	СО	АЛ
Первичные больные		1188	2448	2246	74	0	0	0	0
С учётом	Больные	1188	2730	5111	1096	1058	1500	0	4957
движения	Койкодни	1622	14369	40079	6869	9187	10511	0	0
	Средняя длит.	1.37	5.26	7.84	6.27	8.68	7.01	0.00	0.00
	Функция койки	300	330	340	450	450	340		
	Кол-во коек	5.4	43.5	118	15	20	31		

2. Матрицу переходов госпитализированных по этапам лечения с учетом интенсивности (табл. 3), где отражено:

- по диагонали количество больных первично попавших на конкретный этап - "КНС - 1188, ИЛ - 2448, КП - 2246, ДСС, 74";

- в графоклетках числовые значения нуждающихся в госпитализации (лечении) на каждом этапе. Движение с этапов КНС, КП, ДСП отражено по горизонтали, на что указывает знак "->" в диагональной графоклетке этапа. Движение с этапов ИЛ, ДСС, СД отражено по вертикали, на что указывает знак "*".

Так, в нашем примере:

а) из 1188 человек, попавших на этап КНС, 283 перейдут на ИЛ, 574 на - КП, 150 на - ДСС, 63 - в ДСП и 119 - выпишутся на амбулаторное долечивание;

б) из 2730 человек, попавших на этап ИЛ (в т.ч. 2448 первичных и 283 переведенных с КНС), 2290 перейдет на КП, 301 на ДСС, 104 в ДСП и 35 в СД;

в) из 5111 человек, попавших на этап КП (в т.ч. 2446 первичных, 574 переведенных с КНС и 2290 с ИЛ), 571 перейдут на ДСС, 891 в ДСП, 1465 в СД и 2184 выпишутся на амбулаторное долечивание;

г) из 1096 человек, попавших на этап ДСС (в т.ч. 74 первичных, 150 переведенных с КНС, 301 с ИЛ и 571 с КП), 504 выпишутся на амбулаторное долечивание, а 592 на "работу". И так далее по всем этапам.

**МАТРИЦА
переходов госпитализированных по этапам лечения
с учетом интенсивности**

Профиль службы - Кардиология

Число случаев – 5956

	КНС	ИЛ	КП	ДСС	ДСП	СД	СО	АЛ
КНС	1188 1622	283 850	574 3460	150 878	63 439	0 0	0 0	119 0
ИЛ	0 0	2448 13518 *	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
КП	0 0	2290 19603	2246 17015	571 3698	891 8017	1465 10157	0 0	2184 0
ДСС	0 0	301 1905	0 0	74 399 *	0 0	0 0	0 0	0 0
ДСП	0 0	104 731	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	654 0
СД	0 0	35 354	0 0	0 0	0 0	0 0 *	0 0	0 0
СО	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
АЛ	0 0	0 0	0 0	504 0	0 0	1496 0	0 0	0 0 *

Зная потребность в госпитализации и соответственно потребность в коечном фонде, главный специалист соответствующего профиля, учитывая ресурсные и профессиональные возможности конкретных ЛПУ, а также мнение экспертов и руководителей этих ЛПУ, распределяет койки с учетом этапов и эффективности лечения.

Далее, по каждому ЛПУ с учетом перераспределенного коечного фонда и средней длительности пребывания на этапах просчитывается количество пролеченных больных, в том числе на этапах и после окончательной экспертной оценки (корректировки главным специалистом), согласовывается со СМО и фондом ОМС и утверждается соответствующим приказом по Управлению здравоохранения администрации города в виде показателей муниципального заказа конкретному ЛПУ с учетом этапного лечения. К приказу в виде приложения дается алгоритм госпитализации плановых и экстренных больных.

4.4. Организация госпитализации и взаимодействия участников (д.м.н., профессор Чеченин Г.И., к.м.н. Тюлькина О.С.)

Главным требованием на этапах лечения стационарного больного становится лечение больного (организма) как целостной системы с воздействующими на неё факторами среды, а не болезни. Такой подход требует изменения мышления многих врачей и медицинских работников. Уточним некоторые положения вышеуказанного требования. При поступлении пациента в стационар на каждом из этапов должны быть сформулированы четкие, понятные, прежде всего для врача, задачи. К примеру, при поступлении пациента в отделение коррекции неотложных состояний главными задачами будут - *оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи по жизненным показаниям, постановка диагноза и определение дальнейшего маршрута*. При решении задач лечащий врач использует имеющиеся силы и средства отделения коррекции неотложных состояний, общепольничных диагностических и вспомогательных служб больницы, имея на это соответствующий приоритет со стороны администрации.

В отделении, или на койках интенсивного лечения, основной задачей будет - *восстановление жизненно важных функций организма, заболевание которых возникло вследствие различных причин (заболевание, травма, несчастный случай и т.п.) путем круглосуточного проведения комплекса мероприятий и постоянного наблюдения медицинского работника*.

В отделении круглосуточного пребывания главной задачей *становится - реализация комплекса мероприятий с целью окончательного восстановления нарушенных функций, требующих использования соответствующего оборудования (которое отсутствует в поликлиниках) и частого наблюдения врача и медицинского персонала*.

Комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий проводится с учетом тяжести патологического состояния, которое, естественно, будет зависеть как от основной причины (основного диагноза), так и от сопутствующего диагноза и других причин. Поэтому при оказании этапной медицинской помощи речь идет не о конкретной нозологической форме, а о состоянии организма в целом. Для каждого этапа должны быть определены критерии оценки, по которым субъекты многоэтапного оказания помощи проводят анализ деятельности учреждений, оценивают уровень удовлетворения потребности населения в медицинских услугах и их эффективность.

В качестве основных субъектов многоэтапного оказания медицинской помощи выступают:

- городская станция скорой и неотложной медицинской помощи;
- амбулаторно-поликлинические учреждения, в том числе общеврачебные практики;
- отделения больничных стационаров;
- страховые медицинские организации;
- территориальный федеральный фонд ОМС и его филиалы;
- Управление здравоохранения администрации (орган управления здравоохранением местного самоуправления);
- городская Ассоциация врачей.

Не следует забывать, что *пациент* является не только объектом деятельности сотрудников учреждений здравоохранения, но и главным участником лечебно-диагностического процесса. Население должно быть в доступной для понимания форме проинформировано о многоэтапной системе оказания медицинской помощи. В данном случае поставлена цель - максимально заинтересовать больного в целесообразности использо-

вания данной формы и её преимуществе для него.

Взаимодействие субъектов и участников многоэтапного оказания медицинской помощи организуется на следующих принципах:

- обеспечение пациента в полном объеме бесплатной стационарной помощью по экстренным показаниям;

- обеспечение пациентам права выбора учреждения и лечащего врача;

- при плановой бесплатной госпитализации пациентов допускается очередность.

Внеочередная госпитализация планового больного может быть проведена при условии дополнительной оплаты за счет предприятия, спонсоров, собственных средств пациента и т.п.;

- с целью 100% обеспечения бесплатного лечения больных плановая госпитализация осуществляется по специальным талонам с учетом потребности и наличия финансирования по согласованию со страховыми медицинскими организациями. Талоны выдаются в поликлинике, по ним проводится плановая госпитализация. В случае отсутствия талонов в поликлиниках, когда лечащий врач находит показания для госпитализации больного в плановом порядке, направление на госпитализацию выдается через ВКК. Данные о таких больных фиксируются в журнале направлений на госпитализацию с последующим обсуждением этих случаев в присутствии главного специалиста, экспертов страховых медицинских организаций. В результате таких обсуждений вносятся коррективы в планово-прогнозные значения муниципального заказа;

- госпитализация экстренных и плановых больных, прежде всего, осуществляется в учреждения и отделения с максимальной эффективностью лечения, которая устанавливается на основании лицензирования учреждений и экспертной оценки;

- окончательное решение о госпитализации всех больных принимает заведующий стационарным отделением.

Порядок госпитализации больных оформляется в виде алгоритма госпитализации (приложения 1, 2). В процессе многоэтапного лечения по желанию больного допускается перевод с одного этапа в одном учреждении на следующий этап в другом учреждении. В этих случаях документация оформляется как при обычном переводе больного из одного учреждения в другое, то есть оформляется выписной эпикриз, заполняется карта выбывшего из стационара.

Следует также отметить, что призывники и допризывники, нуждающиеся в пребывании в стационаре, принимаются по направлению от военкоматов с последующим их учетом в планово-прогнозных значениях муниципального заказа. Но окончательное решение по госпитализации призывников принимает заведующий стационарным отделением.

Ежемесячно проводятся рабочие совещания с участием всех субъектов многоэтапного лечения с целью подведения итогов деятельности и анализа удовлетворения потребности населения в госпитальной помощи, устранения дефектов и возникших проблем. Эффективность функционирования субъектов будет зависеть от их согласованных действий и решения каждым субъектом стоящих перед ним задач.

Главными задачами субъектов оказания многоэтапной медицинской помощи следует считать:

- для станции скорой и неотложной медицинской помощи - оценка состояния здоровья, оказание скорой и неотложной медицинской помощи и при необходимости своевременная доставка пациента в стационар по алгоритму госпитализации;

- для амбулаторно-поликлинических учреждений - своевременная госпитализация по экстренным показаниям, максимальное оказание медицинских услуг в условиях

поликлиник, в том числе и догоспитальное обследование с целью устранения дублирования, и постстационарное долечивание больных;

- для отделений больничных стационаров - максимальное число пролеченных (получивших квалифицированную и специализированную помощь по показаниям) на каждом этапе и увеличение доходной части отделения и учреждения в целом;

- для страховых медицинских организаций - максимальное удовлетворение потребности населения в стационарном обслуживании при снижении финансовых затрат;

- для территориального фонда ОМС и его филиалов - организация адекватного потребностям финансового обеспечения;

- для Управления здравоохранения администрации - максимальное удовлетворение потребности населения в медицинской помощи при наличии ограничений на финансовые средства;

- для городской Ассоциации врачей - оказание качественной медицинской помощи населению и своевременная оплата труда медицинских работников с учетом выполненного объема и качества медицинских услуг.

Как уже было отмечено выше, госпитализация по экстренным показаниям проводится безотказно по решению лечащего (дежурного) врача или заведующего отделением. Больные, не требующие госпитализации по экстренным показаниям, подразделяются на две группы (два потока).

Первая группа - это больные с хроническими заболеваниями, нуждающиеся в стационарной медицинской помощи, которую можно отсрочить более чем на неделю. Они госпитализируются по специальным талонам. Количество талонов на разные этапы госпитализации определяется совместно представителями Управления здравоохранения администрации и страховых медицинских организаций на основании прогноза КМИАЦ. Далее они через главных специалистов или консультативную поликлинику, или специализированные центры доводятся до поликлинических учреждений равномерно по районам города. При этом используются следующие принципы распределения талонов по числу обслуживаемых контингентов - на 1000 населения, а по отдельным профилям - по числу лиц, состоящих под диспансерным наблюдением.

Вторая группа - хронические больные с обострением заболевания и пациенты с различными состояниями, требующими госпитализации и стационарной квалифицированной и специализированной медицинской помощи, состояние здоровья резко ухудшится в случае их не госпитализации в течение 2-3 дней. Эти больные госпитализируются по направлению ВКК поликлиник без талонов в составе потока так называемого "интенсивного лечения" [11].

В заключение данного раздела особо следует обратить внимание на тот факт, что вся ответственность за определение показаний, своевременное направление на госпитализацию больных ложится на врачей станции скорой и неотложной помощи, амбулаторно-поликлинических учреждений, а принятие окончательного решения о госпитализации - на врачей стационарных отделений (дежурного, лечащего врача) и заведующего стационарным отделением. К факторам, влияющим на расширение показаний к госпитализации, могут быть отнесены: состояние организма пациента, обусловленное основным диагнозом, наличие сопутствующего заболевания и отягчающих обстоятельств в виде факторов риска и степени инвалидизации, степень самостоятельности больного; пол, возраст, а также социально-бытовой статус и др.

Существует мнение о необходимости организовать дополнительный контроль над правильностью выбора показаний на госпитализацию, к тем или иным методам лечения. Однако неоднократные попытки организовать правительственный контроль в

США по ряду причин не дают должного эффекта. Американский офтальмолог Том Циммерман (1990) выдвинул идею создания службы “второго мнения”¹. Суть предложений состоит в том, что из числа опытных специалистов региона выбирается группа экспертов, ведущих поочередно прием только тех пациентов, которым врачи, практикующие в данном регионе, уже наметили производство плановой операции. Эксперт, одновременно с осмотром пациента, выясняет его социальный статус, и с учетом нескольких факторов выносит свое суждение о целесообразности показаний к операции. Данное заключение (письменно) направляется лечащему врачу и копия - в страховую медицинскую организацию. Соблюдается анонимность экспертов и возможность направления пациента на повторную экспертизу. Оплата за работу экспертов осуществляется страховой медицинской организацией. По нашему мнению, эта идея может быть реализована при внедрении многоэтапного лечения, хотя бы временно, на период отработки технологии взаимодействия субъектов и участников процесса и научного обоснования показаний к госпитализации на каждый из этапов. При этом существенное значение имеет неформальное определение показаний к госпитализации и тем или иным методам лечения с учетом социально-бытового статуса пациента, возможности ухода со стороны родственников, самообслуживания и т.п. Конечно, лучше всего бы с этой задачей справился семейный врач, но, к сожалению, пока это невозможно. Поэтому эту функцию следует возложить на группу экспертов, которые должны быть компетентными как в области клинической и социальной медицины, так и в экономике здравоохранения. На вышеупомянутую группу экспертов может быть возложена функция оценки исходов уже проведенного лечения. Эксперт призван оценить результаты лечения не только с позиции лечащего врача, но и с позиции пациента.

Эффективность многоэтапной системы оказания помощи населению в значительной степени будет зависеть от организационно-функциональной структуры внутри ТМО или больницы. В данном случае речь идет о том, как будут взаимодействовать структурные подразделения больницы в процессе оказания помощи на этапах. Дать сегодня оптимальный вариант представляется преждевременным, необходимо изучить опыт нескольких ТМО, поработавших в новых условиях, но рассмотреть возможные варианты мы считаем целесообразным. Главным проблемным вопросом является вопрос об организации работы этапных структурных подразделений. В первую очередь это касается отделений КНС и ИЛ. По нашему мнению, предпочтительной является организационно-функциональная структура, когда в больницах средней мощности на 200-300 коек создаются отделения КНС и ИЛ как самостоятельные структурные подразделения с соответствующим штатным расписанием, единые для всех отделений больницы. В многопрофильных (2-3 профиля) учреждениях большей мощности (от 500 коек и выше) отделения КНС ИЛ создаются также как самостоятельные подразделения для одного профиля или однотипных профилей. К примеру, в больнице № 1 г. Новокузнецка, где коек хирургического профиля более 200, создается единое отделение, КНС для всех отделений больницы хирургического профиля. В тоже время, на этапе экспериментального внедрения возможны только функциональные изменения, организационная структура может быть сформирована на основе традиционных принципов с учётом фактического наличия коек. Создавать самостоятельные учреждения с учетом интенсивности лечения и пребывания как, например, больницы краткосрочного пребывания больных или больницы интенсивного лечения по всем профилям в городах, районах Кемеровской области в данный момент, на наш взгляд, нецелесообразно по ряду причин, в том числе, экономических.

¹ Служба "второго мнения". Медицинская газета. - 1991. октябрь, № 40.

4.5. Технологический аспект функционирования многоэтапной системы оказания медицинской помощи (Чеченин Г.И., Тюлькина О.С.)

Многоуровневое оказание медицинской помощи позволяет дифференцировано проводить пациенту объем лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с его состоянием.

При выборе вида медицинской помощи, в котором нуждается конкретный больной, используются следующие критерии:

- тяжесть состояния больного;
- срочность оказания медицинской помощи;
- уровень сложности оказания медицинской помощи;
- технические возможности для оказания определенных видов медицинской помощи;
- наличие у медицинского персонала необходимых профессиональных навыков для оказания различных видов медицинской помощи;
- ожидаемый конечный результат от того или иного вида медицинской помощи;
- экономическая эффективность выбранного вида медицинской помощи.

В соответствии с указанными критериями можно выделить следующие виды медицинской помощи:

- Первую неотложную;
- Квалифицированную;
- Специализированную.

Первая неотложная медицинская помощь - это наиболее доступный для населения вид медицинской помощи, который должен оказываться медицинскими работниками всех подразделений: скорой помощи, поликлиники и стационара. При оказании многоуровневой медицинской помощи необходимо отметить, что данный вид помощи оказывается практически на всех этапах.

Квалифицированная медицинская помощь оказывается, в основном, врачами поликлиник и стационаров общего профиля, это более сложный по уровню оказания вид медицинской помощи, требующий наличия определенных технических возможностей у лечебного учреждения и профессиональных навыков у врачей, а соответственно и более затратный метод оказания медицинской помощи. В нем нуждаются пациенты, которым объем первой неотложной помощи, был не достаточен. Квалифицированная медицинская помощь оказывается на следующих этапах лечения: стационарных - интенсивного лечения, круглосуточного и дневного пребывания; амбулаторных - дневном стационаре и стационаре на дому. При оказании квалифицированной медицинской помощи достигается, в основном, ожидаемый конечный результат лечения.

В том случае, когда объем квалифицированной помощи недостаточен в связи с неполным объемом диагностических или неэффективностью лечебных мероприятий, решается вопрос об оказании больному специализированной помощи, являющейся наиболее эффективным видом медицинской помощи, а следовательно, требующим наибольших затрат.

Специализированная медицинская помощь оказывается на стационарных этапах: интенсивного лечения, круглосуточного и дневного пребывания. При разработке критериев отбора больных на этапы лечения мы пользовались следующими принципами:

- подход к человеку как целостной системе во взаимосвязи с факторами внешней среды - лечение больного, а не болезни;

- многоуровневость оказания медицинской помощи, (с учетом целесообразности использования различных видов) как с медицинской, так и с финансовой точки зрения;
- адекватность медицинских мероприятий: соответствие объема и качества медицинских услуг установленным стандартам;
- преемственность в оказании медицинской помощи на этапах её оказания между подразделениями службы и врачами-специалистами других профилей;
- максимальное удовлетворение населения во всех видах медицинской помощи в соответствии с потребностью.

Первый принцип подразумевает обязательное использование при отборе на тот или иной этап лечения сведений об условиях труда, вредных привычках, имеющихся в анамнезе сопутствующих заболеваний, влияющих на течение основного заболевания и отягощающих его. От перечисленных факторов зависит выбор объема медицинской помощи и эффективность ее оказания. Например: больной с язвенной болезнью без осложнений и вредных привычек при выборе этапа лечения может использовать дневной стационар. Если же у него в анамнезе имеются указания на желудочное кровотечение, течение заболевания усугубляется наличием вредных привычек - злоупотребление алкоголем, то в данном случае предпочтительнее выбрать круглосуточное пребывание в стационаре и т.д.

Многоуровневость медицинской помощи подразумевает, как отмечалось выше, дифференцированный подбор больному режима, объема лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с тяжестью его заболевания. При этом необходимо учитывать и экономическую эффективность, что имеет немалое значение в условиях ограниченного финансирования. Так, если ранее больной находился на стационарной койке 15-20 дней и стоимость койкодня его пребывания была одинаковой при поступлении и выписке, независимо от тяжести состояния и объема лечебно-диагностических мероприятий, то в настоящее время разработаны четкие критерии, при каком состоянии больной должен находиться на различных этапах лечения, определены сроки пребывания на них и, соответственно, дифференцирована стоимость койкодня на различных этапах в соответствии с интенсивностью лечебно-диагностических мероприятий.

Принцип адекватности медицинской помощи важен при выборе вида и объема данной помощи. Так, если одному пациенту достаточным является оказание первой неотложной помощи, то другому необходима специализированная помощь. В соответствии с тем, насколько правильно врач определит необходимый вид медицинской помощи, зависит эффективность назначенного лечения. При этом объем мероприятий должен соответствовать определенному стандарту как по набору лечебно-диагностических услуг, так и по качеству их выполнения [21, 22, 23].

Важным фактором эффективности многоуровневой медицинской помощи является организация преемственности на этапах ее оказания. Так, независимо от качества оказания помощи на стационарном этапе при отсутствии проведения этапа долечивания в амбулаторных условиях результаты проведенного лечения сводятся к нулю. Поэтому при внедрении этапного лечения нами разработано положение об организации преемственности между стационаром и поликлиникой с алгоритмом действий медицинских работников при переводе больного со стационарных этапов на амбулаторные.

Максимальное удовлетворение населения во всех видах медицинской помощи предусматривает определение потребности в данных видах помощи в зависимости от показателей здоровья населения, формирование муниципального заказа, включающего объем различных видов медицинской помощи, и затем изменение структуры лечебно-

диагностических учреждений в соответствии с разработанным муниципальным заказом. Внедрение многоуровневого оказания медицинской помощи ведет к более интенсивной работе стационарных коек за счет уменьшения длительности пребывания на них, что, в свою очередь, уменьшает потребность в данных койках. При этом акцент делается на развитие ресурсосберегающих этапов оказания медицинской помощи: стационаров дневного пребывания и стационаров на дому [24, 25, 52].

Важной задачей при внедрении многоуровневого оказания медицинской помощи является определение порядка госпитализации больных на этапы лечения. Нами разработано временное положение о порядке отбора больных на этапное лечение, которое приведено в приложении 1.

На предложение дать оценку рациональности внедрения многоуровневого оказания медицинской помощи большинство врачей (94,3%) дали положительные ответы.

Оценка, контроль и обеспечение качества многоэтапной медицинской помощи осуществляются с применением многоуровневой компьютерной системы, внедренной и функционирующей в городе, а также путем проведения специальной оценки качества лечения экспертами страховых медицинских организаций и специалистами Управления здравоохранения по специально разработанной карте. В начале внедрения в течение 2-х месяцев экспертной оценке подвергаются все пролеченные. В последующем оценка проводится в соответствии с Положением, приведенным в 1 части, приложение 1, стр.87.

Уровень качества лечения может быть определен по степени (решения) достижения сформулированных на каждом этапе задач, а также на основе интегрированной оценки по выявленным дефектам при проведении экспертной оценки качества лечения. Однако главный вопрос - а стало ли больному, с его (пациента) точки зрения, лучше от проведенного лечения мало интересует лечащих врачей, за исключением, может быть, врачей, выполняющих научную работу. Поэтому изучение мнения больного о самочувствии после проведенного лечения должно стать неотъемлемой частью системы оценки, контроля и обеспечения качества медицинской помощи. При этом весьма важным становится определение критериев излеченности с учетом личности пациента, среды его обитания и способности вернуться к общественно полезному труду. Информационное обеспечение проведения такой экспертизы, статистическая обработка исходных материалов могут осуществляться централизованном порядке на базе Кустового медицинского информационно-аналитического центра.

Начало внедрения системы осуществлялось в специализированных отделениях терапевтического профиля одной больницы клинического уровня. Позже были подключены все ЛПУ по всем профилям, работающие в условиях ОМС [44].

Реализация многоуровневой системы медицинского обслуживания в практику лечебных учреждений города предусматривает несколько последовательных этапов:

1. Анализ и обсуждение медико-экономических стандартов по каждому заболеванию с заведующими всеми профильными отделениями города.
2. Подготовка общей схемы этапов лечения по всем нозологическим единицам, карты учета этапов лечения по каждому пациенту.
3. Объяснение целей и задач многоуровневой системы медицинского обслуживания всем врачам отделений.
4. Ведение больных согласно разработанной системе многоуровневого обслуживания с обязательным заполнением индивидуальной карты этапного лечения.
5. Общий анализ сроков пребывания в стационаре в целом и по этапам; сопоставление фактических данных с МЭС; анализ повторных госпитализаций.

6. Коррекция МЭС на основании конкретного практического опыта, утверждение их управлением здравоохранения с последующей рекомендацией к широкому внедрению в практику лечебных учреждений города.

Решение задач первого этапа осуществлялось путем тщательного изучения каждого медико-экономического стандарта по конкретному отдельному заболеванию. Оценивались показания, объем диагностических и лечебных мероприятий, необходимость консультации тех или иных специалистов, средний срок пребывания на этапе лечения, а также дальнейший путь (маршрут) пациента. Эта работа выполнялась заведующими лечебными отделениями, имеющими большой стаж практической работы, ведущими специалистами, а также ассистентами, доцентами и профессорами профильных кафедр Института усовершенствования врачей. Затем на общем совещании анализировались все предложения, выяснялись спорные вопросы и принимался рабочий вариант МЭС по каждому заболеванию.

Совместно с сотрудниками КМИАЦ, используя данные о заболеваемости по городу, составлялись окончательные маршруты движения больных по каждому этапу оказания медицинской помощи при каждой нозологической единице.

Для удобства работы практических врачей была создана общая схема этапов лечения для каждого профильного отделения (прил. 1). В этой схеме были отражены все этапы оказания медицинской помощи, средние сроки пребывания на этапе по каждому заболеванию согласно международной классификации болезней.

Кроме того, была разработана индивидуальная карта учета пребывания пациента на каждом этапе лечения. Эта карта заполнялась при выписке пациента из стационара. В ней отражались фактические сроки пребывания больного на каждом этапе лечения, причины задержки пациента на том или ином этапе.

После подготовки всей рабочей документации в каждом отделении были проведены собрания с врачами, на которых были изложены цели и задачи многоуровневой системы медицинского обслуживания населения, даны разъяснения по заполнению индивидуальной карты учета, а также рекомендации по оформлению истории болезни.

По завершении всей подготовительной работы началось практическое воплощение предложенной идеи в работу некоторых отделений.

На каждого поступающего больного при заполнении истории болезни сразу же указывался этап лечения: КНС или ИЛ, или КП. В зависимости от указанного этапа определялся объем диагностических и лечебных мероприятий, предусмотренных МЭС. При этом в первую очередь, исходили из показанности той или иной процедуры конкретно поступившему пациенту. В процессе дальнейшего ведения больного отслеживались сроки пребывания на каждом этапе лечения. В случае превышения фактических сроков над нормативными, в истории болезни давалось объяснение данному факту. Либо это было обусловлено тяжестью заболевания, либо возникновением осложнений, либо наличием сопутствующей патологии, либо какой-то другой причиной. Вся эта информация по окончании лечения заносилась в индивидуальную карту учета.

По мере накопления индивидуальных карт учета осуществлялся анализ сроков пребывания пациента на каждом из этапов и в целом всего срока госпитализации. Проводилось сопоставление фактических сроков лечения, проведенных лечебно-диагностических мероприятий с нормативными данными, отраженными в МЭС. Анализировались причины отклонений от расчетно-экспертных данных, заложенных в МЭС, с последующим внесением поправок в эти МЭС.

Указанный анализ осуществлялся за каждый квартал заведующими отделениями и опытными сотрудниками соответствующих кафедр: доцентами, профессорами.

Помимо анализа индивидуальных карт учета и МЭС отслеживалось число повторных госпитализаций, выяснялись причины этих госпитализаций.

Шестимесячный опыт работы отделений по многоуровневой системе оказания медицинской помощи позволил откорректировать МЭС, снизить средние сроки пребывания пациентов в стационаре без ущерба для их здоровья, что в конечном итоге дало основание рекомендовать эти МЭС для внедрения в широкую практику лечебных учреждений города.

В связи с уменьшением сроков пребывания пациентов в стационаре повысилось значение преемственности на этапах медицинской помощи между стационаром и поликлиникой, что потребовало издания дополнительных нормативных актов. Учитывая низкую готовность амбулаторной службы к организации этапов долечивания в начале апробации системы, перед медицинскими работниками стационаров не ставилась задача любой ценой переводить пациентов на внегоспитальные этапы в соответствии со стандартами.

В первую очередь была поставлена задача выделить этапы внутри стационара, вести учет пребывания пациентов в стационаре с указанием этапов в соответствии со стандартами. Для проведения последующего анализа на каждого пациента заполнялась карта оценки пребывания на этапах лечения, в которой указывались:

- * планируемый маршрут пациента и длительность пребывания на этапах;
- * фактический маршрут и длительность;
- * причины задержки на этапе.

Специалистами КМИАЦ разработана экспертная программа, с помощью которой отслеживались все случаи несовпадений фактических алгоритмов лечения со стандартами.

По истечении трех месяцев апробации системы были проанализированы первые результаты работы. Было установлено, что не все этапы используются в соответствии с разработанными стандартами, не всегда соблюдаются сроки пребывания на них. Однако эти отклонения от стандартов возникали не только по вине медицинского персонала, но и из-за отказа пациентов от перевода на следующий этап, а также из-за отсутствия должной преемственности на этапах между стационаром и поликлиникой.

Основными причинами задержки пациентов на этапах были:

- * возникновение осложнений течения заболеваний;
- * сохранение декомпенсации основного заболевания;
- * рецидив основного заболеваний;
- * наличие сопутствующих заболеваний;
- * прочие медицинские показания;
- * отсутствие организации (внегоспитальные этапы) долечивания в других районах города, кроме Центрального, в котором и находились обе больницы, участвующие в апробации системы;

- * совпадение даты перевода на последующий этап с выходными днями;
- * прочие организационные причины.

И тем не менее, несмотря на наличие вышеуказанных отклонений от стандартов, выявлено, что койки за этот период “поработали” более интенсивно: количество пролеченных пациентов в отделениях увеличилось; сроки пребывания пациентов в стационаре уменьшились. Проведенный анализ работы показал, что внедрение многоэтапной системы позволяет привести в соответствие фактические расходы лечебных учреждений выделяемым средствам из бюджета и системы обязательного медицинского стра-

хования. Так, например, по данным Полупановой Л.В.², внедрение системы позволило значительно усовершенствовать управление городским здравоохранением и повысить эффективность его функционирования. Основные показатели, приведенные в табл.4, и их анализ показывают положительную динамику деятельности стационара за время функционирования системы. Так, в 2000 г. по сравнению с 1993 г. средняя длительность лечения сократилась на 17,8% (с 17,63 до 14,5 дней), оборот койки увеличился на 37,8% (с 16,58 до 22,84 больных). Это позволило на сокращенном на 14,2% коечном фонде пролечить на 11,1% больше больных, т.е. обеспечить удовлетворение потребности населения в стационарной медицинской помощи. Количество пролеченных в дневном стационаре поликлиники по сравнению с 1997 г. увеличилось в 2,3 раза.

Таблица 4

Динамика выполнения производственных показателей
муниципальной программы медицинской помощи г. Новокузнецка

Наименование показателей	Значение показателей по годам				
	1993	1997	1998	1999	2000
Пролечено в стационаре, человек	116658	118210	128641	131499	129576
Средняя длительность лечения, дни	17,63	15,9	15,5	15,1	14,5
Количество койкодней, дни	2056680,5	2051622,7	1993935,5	1985634,9	1878852,0
Работало коек при плановой функции, коек	6608	6209	6034	5999	5672
Количество госпитализаций на койку за год	16,58	19,56	21,81	21,39	22,84
Пролечено в дневном стационаре поликлиники, человек		10810	12995	17582	24889

Стоимость одного пролеченного больного по фактическим расходам в 1997 г. покрывалась доходами по реестрам только на 50%, в 2000 г. расходы на больного соответствуют доходам по реестрам на 99,4%. Расходы на одного пролеченного в 2000 г. по сравнению с 1997 г. увеличились на 26%, при этом из структуры тарифа по ОМС в данном периоде были выведены хозяйственные расходы, т.е. увеличение тарифа позволило повысить расходы на больного по медикаментам, питанию, мягкому инвентарю. Действительно обоснованные случаи госпитализации больных в стационары получили большее ресурсное наполнение.

Предложенные организационные формы и технология реализации модели управления муниципальным здравоохранением, внедрение муниципальной программы оказания медицинской помощи населению на основе многоэтапных медицинских стандартов, использование метода предварительной оплаты стационарной помощи позволили уменьшить потребность в финансовых ресурсах на 24307,7 тыс. руб. или 13% в год (табл. 5).

² Полупанова Л.В. Экономические аспекты управления муниципальным здравоохранением: Автореферат дис. ... к.м.н. – Новосибирск, 2002.

Таблица 5

Расчет условного экономического эффекта за 2000 г.

Показатели	Муниципальная программа по среднему койкодню	Муниципальная программа на основе многоэтапных стандартов			
		Интенсивное лечение	Круглосуточное пребывание	Дневной стационар в стационаре	Итого
Койкодни	1350774	387349	810334	134749	1332432
Стоимость койкодня, руб.	136,0	206,79	91,14	26,8/47,2	
Потребность в финансовых ресурсах, тыс. руб.	183705,3	80099,9	73853,8	5443,9	159397,6
Экономия, тыс. руб.					24307,7

Разработан обоснованный механизм реструктуризации лечебной сети города, позволяющий, с одной стороны, перенести основные объемы стационарной помощи на наиболее развитые базы, не опасаясь их перегрузки, с окупаемостью затрат; а, с другой стороны, обеспечивающий реальное перераспределение значительной части оказываемой медицинской помощи на внегоспитальные этапы.

Главными специалистами Управления здравоохранения администрации г. Новокузнецка совместно с работниками Новокузнецкого института усовершенствования врачей, больничной кассы «Сибпром», Ассоциации врачей города был разработан целый ряд технологических документов:

- ✧ “Временное положение об экспертизе качества лечения при многоэтапном оказании медицинской помощи” с прилагающимся актом экспертной оценки;
- ✧ “Временное положение о порядке госпитализации больных терапевтического профиля в условиях многоэтапного оказания медицинской помощи” с приложениями:
- ✧ “Алгоритм экстренной госпитализации больных в специализированные отделения терапевтического профиля”;
- ✧ “Алгоритм плановой госпитализации больных в специализированные отделения терапевтического профиля”;
- ✧ бланк “Перечень экстренных больных в стационаре”;
- ✧ бланк “Перечень плановых больных в стационаре”;
- ✧ бланк “Сводный отчет стационара”;
- ✧ “Финансовые нормативы медицинской помощи на интенсивном этапе и этапе долечивания в условиях муниципального заказа”;
- ✧ “Глобальный бюджет на интенсивный этап экстренной помощи”;
- ✧ бланк страховой медицинской организации “Направление на плановую госпитализацию».

По согласованию со страховыми медицинскими организациями был утвержден временный порядок оплаты медицинской помощи. Было решено, что отделения стационаров будут получать за пролеченного больного полную стоимость по новым стан-

дартам, даже если сроки лечения на этапах короче предусмотренных. Амбулаторно-поликлинические отделения будут получать дополнительно по реестрам за пролеченных больных в условиях дневного стационара поликлиники и стационара на дому. По отдельным профилям (кардиология, эндокринология) было решено, что долечивание пациентов в условиях стационара на дому будет проводиться специалистами отделений стационара.

Таким образом, происходящее в настоящее время реформирование здравоохранения в условиях экономического и финансового кризисов имеет цель - максимально удовлетворить потребность населения, не снижая уровень качества медицинской помощи при резком ограничении финансовых средств, выделяемых на охрану здоровья. Данная ситуация требует значительных усилий со стороны клиницистов и организаторов здравоохранения, так как поддерживать современные медицинские технологии без соответствующего финансирования с каждым днем становится все труднее и труднее. Поэтому разработка и внедрение новых медицинских технологий, организационных форм является одной из актуальных задач ученых и медицинской общественности.

Используя мировой опыт и результаты экономического и других экспериментов, проводимых на ряде территорий Российской Федерации, предложена система многоэтапного лечения. Внедрение данной системы идет «с колес». То есть, разрабатываются инструктивные материалы, которые сразу же апробируются на практике. Естественно, в этих условиях нет времени осмыслить предлагаемые нововведения, обучить персонал, обобщить уже накопленный опыт. Восполнить этот пробел призваны настоящие методические материалы, в составлении которых принимал участие большой творческий коллектив.

Данная работа имеет большое значение не только в методическом плане, но и в информационном обеспечении. Речь идет о создании МЭСов, маршрутов движения и др. как единой нормативно-справочной базы, в удобной для восприятия пользователя форме, в виде таблиц, матриц. Подготовка такой информации - это достаточно трудоемкий процесс, требующий участия смежных специалистов: программистов, системщиков, операторов и т.п.

Многие ответы на возникшие вопросы найдут в этих материалах не только практические работники-клиницисты, но и организаторы здравоохранения, ученые, преподаватели медицинских вузов и Институтов повышения квалификации.

**ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ МНОГОЭТАПНОГО
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Госпитализация больных терапевтического профиля в ЛПУ города должна осуществляться в соответствии с утвержденным муниципальным заказом.

Экстренная госпитализация осуществляется по медицинским показаниям и в соответствии с алгоритмами госпитализации, утвержденными приказами ГУЗа.

Экстренным является больной, нуждающийся в неотложной медицинской помощи в связи с нарушением жизненноважных функций организма, неоказание медицинской помощи которому в ограниченный период времени может привести к ухудшению состояния, а также летальному исходу.

Экстренные больные могут быть госпитализированы на этапы коррекции неотложных состояний и интенсивного лечения.

Показаниями для госпитализации на этап КНС являются:

а) состояние больного, требующее срочных реанимационных и диагностических мероприятий;

б) необходимость срочной постановки диагноза с определением дальнейшего этапа лечения (в т.ч. ИЛ, КП, ДСС, ДСП и АЛ).

На этап интенсивного лечения, кроме экстренных больных, могут госпитализироваться и плановые больные, госпитализации на ИЛ подлежат:

а) экстренные больные;

б) плановые больные с острыми заболеваниями и обострением хронических заболеваний с высокой степенью активности процесса, или выраженными нарушениями функций органов и систем;

в) больные с обычным течением острых заболеваний и обострением хронических заболеваний с невысокой степенью активности при наличии сопутствующих заболеваний, которые отягощают общее состояние больного;

г) больные с этапов КП и ДСС при ухудшении течения заболевания или возникновении осложнений.

Оплата оказания медицинской помощи за больных, пролеченных на этапах КНС и ИЛ, будет осуществляться по глобальному бюджету в соответствии с положением “О порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области”.

После проведения интенсивного лечения по желанию больного он может переводиться на этап долечивания в любой стационар города. Перевод осуществляется лечащим врачом, транспортировка - за счет больного.

Плановым является больной, оказание стационарной медицинской помощи которому может быть отсрочено на определенный период, находящийся под наблюдением врача амбулаторно-поликлинической службы и получающий курс лечения в соответствии с профилем заболевания.

Плановая госпитализация проводится по направлению поликлиник на бланках страховых медицинских организаций по профилю заболевания в соответствии с алгоритмом госпитализации плановых больных.

Выдача талонов на госпитализацию регистрируется поликлиникой в журнале, при госпитализации больного талон вклеивается в историю болезни.

Контроль за профильностью госпитализации осуществляется страховыми медицинскими организациями в соответствии с приложением 15 Положения “О порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области”.

Больной имеет право выбора ЛПУ среди лечебных учреждений, имеющих муниципальный заказ на оказание данного вида медицинской помощи.

Объём плановой госпитализации для каждого лечебного учреждения определяется муниципальным заказом.

Плановая госпитализация должна осуществляться с учетом приоритетности категорий населения, определенной в Законе «О медицинском страховании граждан РФ».

Ответственными за соблюдение очередности на плановую госпитализацию являются заведующие терапевтическими отделениями поликлиник.

Расчет за пролеченных плановых больных осуществляется в соответствии с соглашением между ЛПУ и страховыми медицинскими организациями, утвержденным областной Согласительной комиссией.

В случае ухудшения состояния в связи с неэффективностью проводимого лечения плановый больной может перейти в разряд экстренных, такой больной госпитализируется в лечебное учреждение соответствующего профиля вне очереди, по экстренным показаниям.

Показаниями для госпитализации больных на этап КП являются:

а) перевод больных с этапов КНС и ИЛ;

б) плановая госпитализация больных из поликлиник по направлениям на бланках страховых компаний;

Этап ДСС является стационарозамещающим, показаниями для пребывания на нем являются:

а) перевод больных с этапов КНС, ИЛ или КП;

б) госпитализация плановых больных из поликлиник, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении.

Перевод больных с этапа на этап фиксируется в истории болезни, а при выписке из стационара - в карте выбывшего из стационара (форма № 066/у).

В выписке больных из стационара указываются этапы долечивания (ДСП, СД, АЛ) и рекомендуемое лечение.

Определение критериев отбора на этапы проводилось экспертным путем, в качестве экспертов выступали заместители главных врачей, заведующие отделениями и врачи отделений. После обработки экспертных заключений сформированы общие критерии для госпитализации больных с заболеваниями терапевтического профиля на различные этапы, которые приведены ниже.

Критерии отбора на этапы

КНС	Оказание неотложной помощи, проведение диагностических мероприятий для постановки диагноза, кризисное изменение показателей гемодинамики, нарушение функций организма, повышение температуры выше 38, признаки выраженной интоксикации, тяжелое состояние больного
ИЛ	Перевод с этапа КНС, оказание неотложной помощи, кризисное изменение показателей гемодинамики, нарушение функций организма, повышение температуры выше 38, признаки выраженной интоксикации, тяжелое состояние больного, высокая активность заболевания, необходимость почасового наблюдения врача, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, больные средней степени тяжести с впервые установленным диагнозом
КП	Необходимость круглосуточного наблюдения врача, изменение показателей гемодинамики, выраженная активность заболевания, сохранение признаков интоксикации, состояние больного средней степени тяжести, сохранение признаков органной недостаточности, наличие сопутствующих заболеваний, необходимость проведения сложных диагностических обследований и методов лечения

ДСС	Отсутствие необходимости круглосуточного наблюдения, сохранение изменений показателей гемодинамики, активность заболевания, сохранение изменений лабораторных анализов, проведение обследований, которые в амбулаторных условиях не проводятся
ДСП	Возможность проведения обследования и лечения в амбулаторных условиях, отсутствие необходимости круглосуточного наблюдения врача, сохранение изменений показателей гемодинамики, активность заболевания, сохранение изменений лабораторных анализов
СД	Возможность проведения обследования и лечения на дому, отсутствие необходимости в круглосуточном наблюдении врача, долечивание больного, выписанного со стационарного этапа, состояние больного, требующее наблюдения на дому, нарушение функций органов, препятствующее посещению больным поликлиники, сохранение признаков активности заболевания, нарушение показателей гемодинамики, длительное течение хронического заболевания

Таким же образом проводилось формирование критериев завершения пребывания больных на различных этапах, полученные экспертным путем данные приведены ниже.

Критерии завершения пребывания на этапе

КНС	Ликвидация угрозы для жизни, уточнение диагноза и возможность перевода на следующий этап, уменьшение болевого синдрома, стабилизация показателей гемодинамики, купирование кризового состояния, уменьшение синдрома интоксикации
ИЛ	Стабилизация показателей гемодинамики, снятие болевого синдрома, устранение синдрома интоксикации, купирование кризового состояния, улучшение данных лабораторного обследования, уменьшение признаков органной недостаточности, нормализация температуры, уменьшение степени активности заболевания
КП	Улучшение состояния, стабилизация показателей гемодинамики, купирование кризового состояния, снятие болевого синдрома, уменьшение признаков органной недостаточности, улучшение лабораторных данных, положительная динамика других результатов обследования, нормализация температуры, возможность перевода на амбулаторные этапы лечения, уменьшение степени активности заболевания
ДСС	Нормализация показателей гемодинамики, уменьшение признаков органной недостаточности, улучшение состояния, уменьшение активности заболевания, нормализация или улучшение лабораторных данных, стабилизация других результатов обследования, восстановление трудоспособности, возможность продолжения лечения в амбулаторных условиях
ДСП	Нормализация показателей гемодинамики, уменьшение признаков органной недостаточности, улучшение состояния, уменьшение активности заболевания, нормализация или улучшение лабораторных данных, стабилизация других результатов обследования, восстановление трудоспособности, возможность наблюдения участкового врача
СД	Улучшение показателей гемодинамики, уменьшение степени органной недостаточности, уменьшение активности заболевания, снятие болевого синдрома, улучшение состояния, улучшение данных лабораторного обследования, возможность наблюдения участкового врача

**ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
МНОГОЭТАПНОМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Контроль за качеством медицинской помощи является одним из наиболее важных разделов в работе органов здравоохранения и страховых медицинских организаций.

Экспертиза качества лечения при переходе на многоэтапное оказание медицинской помощи предполагает определение не только объема проведенного обследования и лечения в соответствии с медико-экономическими стандартами, но и контроль за обоснованностью проведения тех или иных этапов лечения и длительностью пребывания на них.

В соответствии с положением, предусматривающим выделение 7-и этапов лечения: коррекции неотложных состояний, интенсивного лечения, круглосуточного пребывания, дневных стационаров в стационаре и поликлинике, стационара на дому и амбулаторного лечения, целесообразным является экспертиза законченного случая, который может включать в себя все перечисленные этапы либо часть из них.

При проведении больному как стационарных, так и стационарозамещающих (амбулаторных) этапов лечения на экспертизу изымается история болезни и амбулаторная карта больного, при проведении стационарных либо только амбулаторных этапов лечения экспертизе подлежит один из перечисленных документов.

Экспертиза осуществляется по акту, в работе эксперты руководствуются положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области, утвержденным областной Согласительной комиссией.

В соответствии с этим положением оплата за этапы коррекции неотложного состояния и интенсивного лечения осуществляется по глобальному бюджету, а за остальные этапы - по законченному случаю пребывания на этапе (с учетом стоимости койкодня и средней длительности пребывания больного на этапе, определенных для каждого профиля).

Законченным случаем пребывания на этапе считается тот случай, когда больному проведен предполагаемый объем лечебно-диагностических мероприятий и получен запланированный результат в связи с чем больной может быть переведен на следующий этап лечения.

Расчет страховыми медицинскими организациями за законченный случай пребывания на этапе проводится с учетом УКЛ, полученного при экспертизе (данные акта).

Не законченным случаем пребывания на этапе являются случаи смерти, перевода больных на более интенсивный этап лечения в связи с ухудшением состояния, перевод в другое отделение или ЛПУ с конкурентным заболеванием, лечение которого в настоящий момент для больного является наиболее важным, а также все случаи, в которых объем запланированных лечебно-диагностических мероприятий выполнен не полностью в связи с отказом больного от дальнейшего лечения и др.

Расчет за незаконченные случаи лечения на этапах проводится по койкодням.

Экспертизе подлежат все случаи многоэтапного лечения, в которых определенные этапы используются неоднократно, а также случаи, в которых больные переводятся с менее интенсивных этапов лечения на более интенсивные.

Уровень качества лечения при незаконченном случае пребывания на этапе не определяется.

Кроме того, при проведении экспертизы ЛПУ могут быть предъявлены штрафные санкции, предусмотренные приложением 15 положения «О порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области».

При возникновении спорных вопросов, когда одна из сторон не согласна с результатом экспертизы, она в течение недели должна опротестовать заключение экспертизы, подав заявление в городскую Согласительную комиссию.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ПОЛОЖЕНИЕ О ЗАМЕСТИТЕЛЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ

1. Заместитель главного врача городской больницы по медицинской части непосредственно руководит всеми лечебно-диагностическими отделениями, кабинетами и лабораториями стационара, а также деятельностью аптеки и кабинета медицинской статистики и совета медицинских сестер, отвечает за качество лечебно-диагностического процесса и постановку всей работы больницы по обследованию, лечению и обслуживанию больных.

2. Заместителем главного врача больницы по медицинской части назначается квалифицированный врач, имеющий опыт лечебной и организационной работы.

3. Назначение и увольнение заместителя главного врача больницы по медицинской части производится главным врачом больницы по согласованию с органами здравоохранения соответствующего исполкома Совета депутатов трудящихся.

4. Заместитель главного врача по медицинской части подчиняется главному врачу больницы.

5. Заместитель главного врача городской больницы по медицинской части руководствуется в своей работе Положениями о городской больнице, о главном враче городской больницы, настоящим положением и другими официальными документами, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, а также указаниями и распоряжениями вышестоящих органов.

6. Заместитель главного врача по медицинской части имеет право:

а) отдавать распоряжения и указания руководителям и работникам подведомственных ему структурных подразделений больницы;

б) представлять подчиненных ему работников к поощрениям и вносить предложения о наложении взысканий на лиц, нарушающих трудовую дисциплину и неудовлетворительно выполняющих свои обязанности;

в) решать вопросы приема и выписки больных из стационара;

г) в отсутствие главного врача (отпуск, болезнь, командировки и др.) пользоваться всеми правами, предусмотренными положением о главном враче городской больницы.

7. Заместитель главного врача по медицинской части:

а) несет непосредственную ответственность:

– за организацию, постановку и качество лечебно-диагностической работы больницы в соответствии с уровнем современных достижений медицинской науки и техники;

- за правильную расстановку и организацию труда медицинских кадров и проведение мероприятий по систематическому повышению квалификации врачебного и среднего медицинского персонала;
 - за целесообразное и полное использование имеющегося коечного фонда (сокращение сроков обследования больных, максимальное использование коечного фонда и лечебно-диагностических кабинетов и лабораторий в течение всех дней недели и т.д.);
 - за обеспечение технически грамотной эксплуатации персоналом лечебно-диагностической аппаратуры и другой медицинской техники;
 - за установление и обеспечение надлежащей преемственности в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационаром;
- б) разрабатывает и осуществляет проведение мероприятий, направленных:
- на своевременное и широкое внедрение в практику новых методов обследования и лечения больных; принципов лечебно-охранительного режима; лечебного питания; методов лечебной физкультуры и восстановительной терапии;
 - на повышение непосредственных и отдаленных результатов лечения;
 - на снижение послеоперационной, общепольничной летальности, а также применение и использование в лечении больных современных медикаментозных средств, а также кровезаменителей, бактериальных и других лечебных препаратов;
 - на обеспечение строгого и устойчивого санитарно-эпидемиологического режима в больнице и предупреждение внутрибольничных инфекций;
8. Заместитель главного врача по медицинской части обязан:
- а) осуществлять непосредственное руководство деятельностью заведующих отделениями, кабинетами и лабораториями больницы;
- б) осуществлять систематический контроль за качеством обследования, лечения и ухода за больными путем:
- планового проведения обследования состояния работы специализированных отделений, кабинетов и лабораторий с последующим обсуждением результатов проверки на больничном совете;
 - систематического анализа качественных показателей деятельности лечебно-диагностических структурных подразделений стационара;
 - оценки эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий, а также систематического изучения расхождений поликлинических диагнозов с больничными и больничных с патолого-анатомическими;
 - проведения систематических обходов лечебно-диагностических структурных подразделений больницы;
 - постоянной проверки историй болезни и другой медицинской документации в отношении качества их ведения, правильности и своевременного выполнения врачебных назначений и применяемых методов лечения;
- в) организовывать и обеспечивать проведение на современном уровне достижений медицинской науки и практики:
- больничных научно-практических конференций врачей и медицинских сестер;
 - клиничко-анатомических конференций;
 - семинаров и декадников для врачей и среднего медицинского персонала;
 - клинических разборов больных;
- г) организовывать консультации и консилиумы, уделяя особое внимание сложным в диагностическом отношении и тяжелым больным;

д) обеспечивать должный порядок приема и выписки больных, а также их перевода в другие лечебно-профилактические учреждения;

е) планировать и обеспечивать проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения;

ж) разрабатывать план работы стационара больницы, правила внутреннего распорядка, а также инструкции о деятельности медицинского персонала;

з) обеспечивать правильную постановку статистического учета и представление в установленные сроки соответствующей отчетности о деятельности стационара.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ПОЛОЖЕНИЕ О ЗАВЕДУЮЩЕМ ОТДЕЛЕНИЕМ СТАЦИОНАРА ОБЛАСТНОЙ (КРАЕВОЙ, РЕСПУБЛИКАНСКОЙ), ГОРОДСКОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦ

1. Заведующий отделением стационара больницы осуществляет непосредственное руководство деятельностью подчиненного ему медицинского персонала и несет полную ответственность за качество и культуру медицинского обслуживания больных в отделении.

2. На должность заведующего отделением стационара больницы назначается квалифицированный врач, имеющий значительный опыт работы по данной специальности, а также теоретические знания в пределах требований II-I категории по аттестации врачей-специалистов, за исключением мелких больниц, где на должность заведующего отделением могут назначаться врачи-специалисты III категории.

Преимущественное право на занятие должности при равной квалификации и стаже работы предоставляется врачам, имеющим ученое звание и степень, а также успешно закончившим клиническую ординатуру.

3. Назначение и увольнение заведующего отделением производится главным врачом больницы. В зависимости от местных условий должность заведующего отделением стационара больницы может замещаться по конкурсу.

4. Заведующий отделением стационара больницы в своей работе подчиняется главному врачу больницы и его заместителю по медицинской части.

5. Заведующий отделением стационара больницы руководствуется в своей работе положением о городской больнице, настоящим положением и другими официальными документами, утвержденными Министерством здравоохранения СССР, а также указаниями главного врача больницы и его заместителя по медицинской части.

Заведующий отделением освобождается от непосредственного ведения больных и дежурства при наличии в отделении 60-ти и более коек.

В отделении до 60-ти коек заведующий отделением выполняет работу по непосредственному ведению больных в объеме 50% нормы нагрузки врача-ординатора и участвует в обслуживании больных в больнице в вечернее, ночное время в объеме норм, установленных для врачей-ординаторов.

6. В соответствии с задачами городской больницы и настоящим положением заведующий отделением стационара:

а) организует и обеспечивает:

- своевременное обследование и лечение больных на уровне современных достижений медицинской науки и практики;
 - надлежащую расстановку и организацию труда, а также проведение мероприятий по плановому повышению квалификации врачебного, среднего и младшего медицинского персонала;
 - рациональное использование имеющейся диагностической и лечебной аппаратуры, инструментария и другого медицинского оборудования, технически грамотную их эксплуатацию;
 - проведение мер, направленных на сокращение сроков обследования больных и более рациональное использование имеющегося коечного фонда;
 - внедрение в практику работы отделения новых методов и средств диагностики и лечения; своевременное ознакомление и обучение методике их применения врачей – ординаторов и среднего медицинского персонала;
 - широкое применение в деятельности отделения комбинированных и комплексных методов обследования и лечения больных, включая и широко используя в комплексном лечении принципы лечебно-охранительного режима, лечебное питание, физические методы и лечебную физкультуру, трудовую терапию и другие методы восстановительного лечения;
 - тесное взаимодействие и контакт в работе с заведующим поликлиническим отделением больницы по вопросам преемственности в обслуживании больных, подготовки их к госпитализации, внедрение единых методов обследования и лечения, согласование графиков пребывания поликлинических врачей (соответствующего профиля) в стационаре;
- б) несет непосредственную ответственность:
- за систематическое руководство деятельностью врачей-ординаторов отделения и других врачей, работающих под его руководством, а также установление контроля за качеством их лечебно-диагностической работы;
 - за выполнение врачами-ординаторами и средним медицинским персоналом отделения соответствующих положений об их работе;
 - за полноту обследования больных врачами отделения, эффективность и исходы проводимого ими лечения;
 - за уровень больничной и послеоперационной летальности и осложнений при проведении обследования и лечения больных;
 - за рациональное применение и целесообразное использование (с учетом характера и течения заболевания, возраста и общего состояния здоровья, а также ранее проведенного лечения) медикаментозных средств и препаратов (антибиотики и нейротропные средства, витаминные, гормональные и бактериальные препараты, консервированная кровь и ее препараты, кровезаменители и другие лечебные средства);
 - за обеспечение надлежащего санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, предупреждение заноса и распространения внутрибольничных инфекций;
 - за организацию и проведение мероприятий, направленных на повышение деловой квалификации медицинского персонала, а также воспитание у него чувства профессионального долга и ответственности;
 - за правильную постановку и проведение экспертизы временной нетрудоспособности, обоснованность выдачи и продления листков нетрудоспособности, своевременное направление больных на врачебно-консультативную комиссию и ВТЭК;

- за внедрение прогрессивных методов работы среднего и младшего медицинского персонала, обучение их пользованию современной аппаратурой и техникой, применяемой для облегчения и повышения производительности труда в медицинском обслуживании и содержании больных и эксплуатации помещения;

- за проведение плановой санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания больных;

- за правильность хранения, учета и выдачи ядовитых и сильнодействующих медикаментов, других средств и больничных листков.

7. Заведующий отделением имеет право:

а) принимать непосредственное участие в работе администрации больницы по подбору и расстановке врачебных и средних медицинских кадров отделения;

б) представлять главному врачу больницы или его заместителю по медицинской части к поощрению лучших работников и вносить предложения о наложении дисциплинарного взыскания на лиц, нарушающих трудовую дисциплину и не выполняющих свои обязанности;

в) решать вопросы приема, перевода и выписки больных отделения;

г) приглашать консультантов и устраивать консилиум по согласованию с заместителем главного врача по медицинской части (или главным врачом);

д) проверять правильность ведения врачами-ординаторами истории болезни; отменять и назначать в установленном порядке дополнительные методы обследования и лечения больных;

е) проверять правильность и полноту выполнения средним медицинским персоналом назначений лечащих врачей;

ж) организовывать и проводить для работников отделения:

- совещания, конференции и семинары;

- практические занятия для отдельных групп по особому плану;

- клинический разбор больных, лекции и доклады;

з) выдвигать на обсуждение общественного совета больницы, а также больничного совета вопросы, связанные с улучшением деятельности подведомственного ему отделения.

8. Заведующий отделением обязан:

а) разрабатывать и утверждать распределение обязанностей и графики дежурства врачей-ординаторов по отделению;

б) рассматривать и утверждать графики работы среднего и младшего медицинского персонала;

в) ежедневно (систематически) проводить обходы больных отделения;

г) оказывать систематическую помощь врачам-ординаторам:

- в оценке ими специальных методов, используемых при обследовании больных: лабораторных, аппаратных, инструментальных и других;

- в выборе наиболее рациональных (с учетом имеющихся возможностей) эффективных планов обследования и лечения;

д) систематически анализировать качественные показатели деятельности отделения, а также причины имеющихся в работе недостатков, широко привлекать к этому всех работников отделения;

е) периодически обобщать опыт работы отделения «с привлечением врачей-ординаторов», с целью использовать его для обмена опытом работы на совещаниях актива медицинских работников, конференциях и симпозиумах научных медицинских обществ, а также публиковать в периодической печати;

ж) организовывать и осуществлять повышение квалификации участковых и цеховых врачей, работающих в порядке чередования в стационарах по специальным планам;

з) вместе с лечащим врачом подписывать историю болезни и эпикриз на больных, переведенных в другие отделения или выписанных из больницы;

и) по просьбе (вызову) ординатора отделения или требованию дежурного врача больницы немедленно являться в отделение во внеслужебное время, если указания, разъяснения или совет по телефону не могли удовлетворить указанных выше лиц;

к) немедленно доводить до сведения главного врача больницы, а в случае его отсутствия – заместителя главного врача по медицинской части или дежурного по больнице о всех происшествиях, случившихся с больными или обслуживающим персоналом (внезапная смерть, несчастный случай и т.п.), а также о халатных действиях или злоупотреблениях персонала и других событиях во вверенном отделении и о принятых мерах.

ПОЛОЖЕНИЕ О ЗАВЕДУЮЩЕМ ЛПУ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

1. На должность заведующего отделением городской поликлиники назначается врач-специалист соответствующего профиля, имеющий необходимый опыт и подготовку по своей специальности и обладающий организаторскими способностями.

2. Назначение и увольнение заведующего отделением производится руководством поликлиники в соответствии с действующим законодательством.

3. Заведующий отделением подчиняется непосредственно заместителю главного врача по медицинской части поликлиники или руководителю поликлиники.

4. В своей работе заведующий отделением руководствуется настоящим положением, положением о поликлинике и ее должностных лицах, приказами и инструкциями Министерства здравоохранения СССР, указаниями и распоряжениями руководства поликлиники и действующим законодательством.

5. Заведующий отделением осуществляет руководство деятельностью всего персонала отделения.

6. Заведующий отделением несет ответственность за постановку лечебно-профилактической работы и диагностического процесса в отделении.

7. Заведующий отделением обязан обеспечить:

- оказание квалифицированной лечебно-диагностической помощи больным в поликлинике и на дому;

- систематический контроль за правильностью диагностики и полнотой лечебных мероприятий, проводимых врачами отделения;

- проведение экспертизы, временной нетрудоспособности врачами отделения и систематический контроль за ее качеством в соответствии с действующим положением об экспертизе временной нетрудоспособности;

- составление рациональных графиков работы персонала отделения;

- внедрение в практику работы отделения передовых форм и методов лечения, диагностики и организации труда;

- плановую госпитализацию больных с обязательным личным осмотром больного и контролем правильности и полноты заполнения «Талона на госпитализацию»;

- организацию качественной и эффективной диспансеризации больных, состоящих и вновь взятых на диспансерное наблюдение по профилю отделения;
- правильность отбора больных на санаторно-курортное лечение;
- раннее выявление, диагностику и лечение инфекционных заболеваний врачами отделения, своевременное направление ими в СЭС экстренных извещений и принятие необходимых мер к инфекционным больным, оставленным для лечения на дому, нарушающим режим и не выполняющим противоэпидемические требования;
- четкое, правильное и своевременное заполнение врачами и средним медицинским персоналом медицинской учетной документации;
- организацию работы в отделении по повышению квалификации врачей, средних медицинских работников по их подготовке к аттестации путем систематической проверки и анализа показателей работы каждого работника;
- систематическое повышение собственной квалификации не только как врача-специалиста, но и как организатора здравоохранения;
- составление годовых и квартальных планов и отчетов о работе отделения;
- организацию и проведение санитарно-просветительной работы среди населения врачами и средними медицинскими работниками отделения;
- своевременное доведение до сотрудников соответствующих приказов и распоряжений администрации, а также инструктивно-методических и других директивных документов.

8. Заведующий отделением имеет право и обязан принимать участие в подборе кадров для работы в отделении, проводить их расстановку и распределять обязанности между ними, вносить предложения о поощрении и наложении взысканий на сотрудников отделения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассматривая проблемы повышения качества медицинской помощи, важно осознать, что в последнее время стоимость медицинских услуг высокого качества возрастает с каждым годом. Это приводит к росту затрат на систему охраны здоровья населения во всех странах мира и к появлению проблем, связанных с охраной здоровья и неудовлетворенностью населения. Острота данной проблемы в нашей стране в значительной степени обусловлена происходящей в переходный период сменой социалистических форм хозяйствования на капиталистические, когда меняется парадигма в социальной направленности и ответственность общества за соблюдение прав граждан. К тому же все это происходит, с одной стороны, на фоне экономического кризиса и снижения уровня качества жизни, с другой - на фоне демократизации общества. Происходящие изменения в стране затронули организационно-правовые аспекты системы охраны здоровья граждан. Так, в соответствии с существующим законодательством выделены три вида систем здравоохранения: государственное здравоохранение, муниципальное и частное. Принят Закон о медицинском страховании. Внедрение обязательного медицинского страхования (уникальная российская модель ОМС) способствовало увеличению числа субъектов и участников, задействованных в процессе медико-санитарного обслуживания, что усложнило управление охраной здоровья и потребовало поиска новых принципов и форм организации оказания медицинской помощи населению.

В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации на ближайшие годы, принятой Правительством РФ в 1997 г., определены основные направления развития и комплекс первоочередных мероприятий без выделения адекватных финансовых средств. Одновременно органам здравоохранения субъектов РФ предложено разработать и принять аналогичные концепции и конкретные планы мероприятий. Однако отсутствие разработанной при широком участии общественности четкой стратегии развития национальной системы охраны здоровья, которая должна быть принята Правительством, а также единых научнообоснованных методических подходов к созданию такой системы способствовало появлению различных моделей реализации ОМС и концепций развития здравоохранения субъектов Федерации. В последующих решениях итоговых Коллегий Минздрава РФ дана оценка выполнения планируемых мероприятий и уровень реализации концептуальных положений, вскрыты проблемы, намечены новые ориентиры на 2002-2005 годы и на период до 2010 года, где одной из целевых функций развития здравоохранения становится повышение уровня качества медицинской помощи населению. Для достижения этой цели при наличии дефицита финансовых средств, выделяемых на здравоохранение, задействован целый комплекс мероприятий как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Федерации. Минздравом РФ издан совместный с федеральным фондом ОМС (ФФОМС), приказ, организованы и проведены конференции и совещания, выполнен целый ряд научных работ, раскрывающих отдельные аспекты системы контроля, оценки и обеспечения КМП. Большое внимание в работах уделено применению новых медицинских технологий, совершенствованию информационного обеспечения и т.п. Однако до настоящего времени отсутствует единый понятийный аппарат как самого определения качества, так и его составляющих.

Актуальность рассматриваемой проблемы не вызывает сомнения и обусловлена объективной закономерностью, т.к. пациент стал рассматриваться как потребитель медицинских услуг, обладающий всеми правами, предусмотренными для потребителей услуг, где качество товара (услуги) является главным критерием при оценке удовлетво-

рения потребности населения. В управлении качеством медицинской помощи (оценка, контроль и обеспечение) заинтересованы все субъекты и участники медицинского страхования.

Тем не менее, практическая реализация задачи «Управление качеством медицинской помощи» сдерживается наличием значительного числа проблем. К числу наиболее существенных относятся:

- отсутствие однозначного понимания (определения) КМП;
- проблема стандартизации результатов медицинской деятельности и технологии;
- низкая фондовооруженность врача, оснащенность койки;
- дефицит финансирования здравоохранения, что влечет за собой ограничение в лекарственном и других видах обеспечения лечебно-диагностического процесса;
- достаточно высокая доля врачей, имеющих низкий квалификационный уровень. Особенно это касается периферийных районов страны;
- превалирование ведомственного контроля КМП;
- отсутствие комплексной (единой для всех субъектов ОМС) системы управления КМП и др.

Остановимся на некоторых проблемах.

Известно, что качество представляет собой сложное и многогранное понятие. Специалисты обычно выделяют несколько аспектов качества, имеющих разную степень важности в зависимости от конкретных условий, в которых решается проблема обеспечения качества. Мероприятия по обеспечению качества могут быть направлены на улучшение одного или нескольких из этих аспектов, а именно профессиональной компетентности, доступности услуг, медицинской эффективности, хороших межличностных отношений, эффективности, безопасности и удобства для пациента

Совместно изданный в 1999 году специалистами России и США Глоссарий «Качество медицинской помощи» отвечает на многие проблемные вопросы, касающиеся понятийного аппарата и согласованной лексики. К сожалению, его издание весьма ограничено, и он недоступен для многочисленной аудитории - заведующих отделениями ЛПУ. Поэтому в 1-й части настоящего издания с целью устранения существующего пробела в информационном обеспечении включены основные термины и понятия по качеству медицинской помощи, отраженные в Глоссарии, с некоторыми нашими комментариями.

Так, например, качество медицинской помощи можно определить как комплекс взаимосвязанных характеристик, отражающих полноту, своевременность, адекватность медицинских мероприятий, реализуемых специалистами, имеющими сертификат, с использованием оборудования и аппаратуры, прошедших госповерку, обеспечивающих неременное достижение поставленной цели.

С целью организации оценки, контроля и обеспечения КМП необходимо создание и использование медицинских стандартов и компьютерных систем.

Медицинский стандарт - комплекс мероприятий, норм, правил и требований, предъявляемых при оказании медицинской помощи в различных ситуациях, разработанных на основе достижений науки, техники и передового опыта, и оформленных в виде нормативно-технологического документа, утвержденного компетентным органом. Объектом стандартизации является медицинская технология в процессе оказания МП по достижении поставленной цели и результат деятельности. При этом функционирование системы оценивается как достаточно «качественное», если результат деятельности и технология соответствуют стандартам. Важным моментом является выбор

показателей, включаемых в стандарт результативности, значимость каждого показателя, их направленность в сторону снижения или увеличения и т.п. Например, показатель "расхождение диагноза поликлиники и стационара" имеет значимость при определении уровня КМП - 7 баллов (максимум - 10 баллов).

Не менее важной проблемой остается не до конца определенная роль и ответственность всех субъектов, принимающих участие и в процессе оказания медицинской помощи, а также их взаимодействие. Тем не менее, следует отметить, что в последние годы достигнуты определенные успехи в организации контроля и оценки КМП. Необходим переход к следующему важному этапу - обеспечению КМП. Недостаточно разработанными остаются технологические аспекты обеспечения качества МП даже в системе здравоохранения. Речь идет о более эффективном использовании имеющихся ресурсов путем совершенствования организации и управления КМП.

В г. Новокузнецке вопросами оценки, контроля, повышения КМП занимаются достаточно серьезно на протяжении последних 5-6 лет. Опыт, накопленный в городе при разработке АСУ «Горздрав», позволил обосновать методические подходы и проектные решения к созданию межведомственной системы контроля, оценки и обеспечения качества МП. В этом направлении выполнены следующие работы.

Силами Кустового медицинского ИАЦ и Института усовершенствования врачей, Управления здравоохранения администрации города разработана и внедрена комплексная многоуровневая (межведомственная) система оценки, контроля и обеспечения КМП. *Основной целью системы является повышение качества и результативности МП на основе совершенствования процессов управления КМП, внедрения прогрессивных медицинских и организационных технологий, повышение уровня квалификации медицинских кадров, интенсификации использования имеющихся ресурсов.*

Для практической реализации комплексной многоуровневой межведомственной компьютерной системы оценки, контроля и обеспечения КМП необходимо было создать компьютерный банк независимых экспертов. Такой банк создан при Ассоциации врачей города (президент - доктор медицинских наук Барабаш А.В.). В качестве независимых экспертов определены работники ГИДУВа и научных учреждений города и области, главные специалисты. Эксперты проводят, как правило, вневедомственную экспертизу КМП. Разработано специальное Положение о проведении экспертизы.

Случаи конфликтных ситуаций между ЛПУ и СМО рассматриваются на специально созданной городской согласительной комиссии, состоящей из представителей органа здравоохранения, СМО, Ассоциации врачей, филиала ТФОМС, ученых ГИДУВа.

Известно, что КМП в значительной степени зависит от квалификации медицинских работников и, прежде всего, врачей. С этой целью в ряде муниципальных медицинских учреждений Управлением здравоохранения и ректором ГИДУВа организованы клиники, где директорами являются заведующие кафедрами (хирургическая, терапевтическая, глазная клиники при больнице № 1, клиника нейрохирургии при больнице № 29 и др. Руководители полностью несут ответственность за КМП и обеспечение контроля.

С 1997 года в городе применяется новая технология консультирования врачей и больных по каналам телекоммуникации. На базе Кустового медицинского ИАЦ (директор профессор Чеченин Г.И.) организован «узел» Интернет. Клиника педиатрии (профессор Манеров Ф.К.), клиника хирургии (доц. Беляев М.В.), центр коррекции (к.м.н. Флейшман А.Н.) и др. получают консультации как в российских центрах, так и за рубежом через Интернет. Безусловно, это способствует повышению КМП.

При внедрении многоэтапной системы стационарного лечения с учетом интенсивности лечения (этапы коррекции и неотложных состояний, интенсивного лечения, долечивания, стационара на дому и т.д.) разработаны показания, критерии и технологические стандарты. Данная система внедрена во всех ЛПУ, работающих в условиях ОМС больниц. В последующем планируется внедрить её на все профили в целом по всему городу. На наш взгляд, это также позволит совершенствовать управление КМП.

В заключительном разделе 1-й части книги дается содержательное описание системы обеспечения качеством МП, проекта Концепции управления качеством медицинской помощи и системы защиты прав пациентов.

В непрерывном управлении КМП существенная роль должна быть отведена участию заведующих отделениями ЛПУ. Именно на этом уровне начинается контроль и оценка качества МП. Здесь же происходит устранение и исправление возникающих и возможных ошибок в процессе оказания МП. Заведующий отделением должен знать наиболее часто встречающиеся ошибки и уметь находить правильное решение по их устранению и предупреждению. То есть уровень заведующего отделением ЛПУ - это не только начало экспертизы КМП, как предписано в совместном приказе Минздрава РФ и ФФОМС, но и первый уровень в иерархической системе непрерывного управления КМП. Все это выдвигает новые требования к должности и личности заведующего отделением ЛПУ. Заведующий отделением ЛПУ должен быть высококвалифицированным специалистом по своему профилю и грамотным менеджером. Для этого необходимо повысить его профессиональный уровень, дать ему знания и умения по организации и управлению процессом оказания МП. К тому же в настоящее время существенное изменение претерпела нормативно-правовая база. Приняты новые кодексы и законы: новый Трудовой кодекс, Гражданский кодекс Российской Федерации, Уголовный кодекс РФ, Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ, Закон о защите прав потребителей и т.п. В соответствии с новым правовым обеспечением изменяются функциональные обязанности, права и ответственность заведующих отделениями ЛПУ. В связи с этим появилась острая необходимость повышения их правовой грамотности. К сожалению, на циклах усовершенствования вопросы правового обеспечения в лучшем случае доводятся до руководителей учреждений здравоохранения. Доступной литературы по правовым аспектам с комментариями, адаптированными к условиям здравоохранения, крайне недостаточно. Руководство «Актуальные проблемы правового обеспечения лечебно-профилактических учреждений» под редакцией член-корреспондента РАМН Вялкова А.И., академика Герасименко Н.Ф., член-корреспондента Кучеренко В.З. является весьма полезным и, по сути дела, единственным изданием, где собрана основная правовая база по здравоохранению с адаптированными полными комментариями по статьям законов. В то же время следует отметить, что тираж книги ограничен и не каждое учреждение может иметь экземпляр книги, не говоря уже о каждом заведующем отделением ЛПУ. Поэтому во 2-й части настоящей монографии даны основополагающие вопросы правовой базы в сфере охраны здоровья и некоторые животрепещущие вопросы трудовых отношений в здравоохранении. Правовое обеспечение руководителей самого массового звена в иерархической системе оказания медицинской помощи является актуальной задачей сегодняшнего дня. Ибо повышение правовой грамотности медицинских работников и, прежде всего, заведующих отделениями ЛПУ будет способствовать соблюдению прав пациентов и повышению уровня КМП. Применение системного подхода в решении проблемы повышения КМП требует участия всех субъектов. Для того чтобы обеспечить их эффективное взаимодействие, требуется совершенная достоверная информация. В свою очередь, реформирование здра-

вохранения, связанное с внедрением стационарозамещающих технологий, многоэтапной системы оказания МП, требует новых подходов к оценке и управлению качеством МП с адекватным информационным обеспечением. Речь идет не только о своевременном представлении необходимой информации для принятия оптимальных решений на разных уровнях управления, но и формирования, с одной стороны, интегрированной оценки КМП, с другой - дифференциации составляющих компонент интегрированной оценки качества.

Опыт, накопленный в Новокузнецке при разработке АСУ "Горздрав", позволил обосновать методические подходы и проектные решения к созданию межведомственной системы контроля, оценки и обеспечения качества МП. В заключительном разделе 1-й части книги даётся содержательное описание автоматизированной информационной системы управления качеством МП.

В то же время повышение уровня КМП невозможно без рационального использования имеющихся ресурсов и экономного использования дефицитных финансовых средств. Поэтому во 2-й части книги рассмотрены некоторые аспекты финансового обеспечения.

Весь комплекс вышеописанных мероприятий направлен на решение следующих задач:

1. Обеспечение гарантированного объёма медицинской помощи гражданам при надлежащем качестве МП.

Гарантированный объём медицинской помощи устанавливается в базовой программе обязательного медицинского страхования. Он согласуется с ресурсным обеспечением и отражается в технологических стандартах. При определении гарантированного объёма МП учитывается возрастно-половая структура населения, уровень заболеваемости и экологическая нагрузка.

Надлежащее качество МП обеспечивается путем лицензирования и сертификации, внедрения интенсивной системы подготовки кадров, разработки и внедрения новых медицинских технологий, компьютерной системы оценки и контроля качества МП.

2. Удовлетворение потребности (обеспечение доступности) населения в медицинских услугах.

Доступность медицинской помощи подтверждается наличием страхового полиса. Она выражается в предоставлении гарантированного объёма МП в ОМС, реальной возможностью выбора медицинского учреждения и врача. Доступность заключается также в получении гарантированного объёма МП независимо от удаленности места жительства пациентов и их финансово-экономического положения, при минимизации временных потерь со стороны пациентов и оптимальной системе их информирования.

3. Разрешение споров и конфликтных ситуаций, возникающих в процессе получения медицинских услуг, между пациентами и другими участниками данного процесса.

В случае возникновения споров, конфликтов и претензий по объёму или качеству медицинских услуг стороны при их разрешении руководствуются существующими законодательными и правовыми актами. Разрешение конфликтных ситуаций становится эффективным при использовании экономических санкций и применении мотивационных механизмов. С целью предупреждения возникновения конфликтных ситуаций взаимоотношения сторон должны строиться на договорной основе. Регламентация деятельности субъектов ОМС и других участников также строится на основе заключения соответствующих соглашений.

4. Обеспечение правовой и социальной защищенности пациентов.

Прежде всего речь идет об идентификации пациентов (их личности) через страховой полис или другой идентификатор в базе данных “Население”. Должны быть определены договорные обязательства, обеспечивающие получение пациентами медицинской помощи в любое время и на всей территории страны, соблюдение прав на получение дополнительных медицинских услуг по целевым программам и других льготных услуг (предоставление бесплатных медикаментов и т.п.), информационных услуг.

Необходимо организовать контроль со стороны органов управления здравоохранением на местах за ценообразованием, тарифами медицинских услуг, установлением подушевых страховых взносов и т.д.

Реализация сформулированных задач требует решения проблемных вопросов по следующим видам обеспечения:

- законодательное, правовое обеспечение;
- методическое;
- информационное;
- кадровое обеспечение;
- материальное;
- техническое;
- финансовое обеспечение.

Существующее законодательное и правовое обеспечение не дают однозначных ответов на проблемные вопросы организации оказания медицинской помощи соответствующего уровня и соблюдения прав пациентов в условиях ОМС. Нет правовой основы для мотивации пациентов в сохранении своего здоровья и повышения качества МП.

Таким образом, проблемы, связанные с максимальным удовлетворением потребности населения в медицинских услугах высокого качества, пути и методы их разрешения, рассмотренные в данной монографии, по нашему мнению, будут полезны как руководителям органов и учреждений здравоохранения, так и заведующим отделениями лечебно-профилактических учреждений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы правового обеспечения лечебно-профилактических учреждений / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И.Вялкова, академика РАМН Н.Ф.Герасименко, чл.-корр. РАМН В.З.Кучеренко. - М: Профтек, 2002. - С. 368.
2. Беляевский А.И., Чеченин Г.И., Чурляева Е.В. Оценка компетентности врачей-экспертов при экспертизе временной нетрудоспособности в период реформирования здравоохранения// XI Международный симпозиум «Мониторинг, аудит и информационное обеспечение в системе медико-экологической безопасности», Испания, 27 апреля-04 мая 2002 г. Тез. докл. - С. 182-185.
3. Бурнакова Л.А., Чеченин Г.И. Системный подход к реформированию здравоохранения Республики Хакасия// Материалы Всероссийского совещания 29-31 мая 2002 г., г. Тольятти. - М.: Минздрав РФ, ММА им. И.М. Сеченова. - С. 24-26.
4. Виблая И.В., Чеченин Г.И. Медико-статистические базы данных - основа для определения потребности населения города в медицинской помощи// Международный форум «Информационные технологии и интеллектуальное обеспечение в здравоохранении и охране окружающей среды-2000»: Тез. докл. - М., 2000. - С. 62-63.
5. Виблая И.В., Чеченин Г.И. Некоторые подходы к прогнозированию и учету потребности в медицинской помощи в новых экономических условиях// Материалы Всероссийской научн.-практ. конф., посвященной 70-летию юбилею городской клинической больницы №1 г. Новокузнецка, 25-26 ноября 1999 г. «Первая клиническая - здравоохранению России». - Новокузнецк, 1999 - С. 18.
6. Виблая И.В., Чеченин Г.И. Проблемы и пути оптимизации управления муниципальным здравоохранением// Международная научн.-практ. конф. «Оптимизация управления здравоохранением в рыночных условиях», Кемерово, 19-22 февраля 2002 г. Экспо-Сибирь. - С. 16-18.
7. Главный врач: Справочник. - М. - Тверь, 2000. - Т. 2. - С. 206.
8. Дмитриева Т.Б. Об основных мерах по реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - №2. - С. 3-8.
9. Жилина Н.М., Чеченин Г.И., Сапрыкина Т.В. Опыт создания автоматизированной системы управления в здравоохранении г. Новокузнецка// Международная научн.-практ. Конф. «Оптимизация управления здравоохранением в рыночных условиях», Кемерово, 19-22 февраля 2002 г. Экспо-Сибирь. - С. 34-43.
10. Кодексы и Законы РФ с изменениями и дополнениями на 1 июля 2002 г. - СПб.: Весь Санкт-Петербург, 2002. - С. 992.
11. Лошкарев В.Л., Чеченин Г.И. О создании единой корпоративной информационной системы в системе охраны здоровья населения// Материалы конференции «Взаимодействие научно-образовательных, промышленных, предпринимательских и административных структур. Правовые и экономические аспекты», 8-10 апреля 1999 г. - Ч. 2. - Новокузнецк, 1999. - С. 17-19.
12. Методические рекомендации для врачей лечебно-профилактических учреждений, экспертов страховых медицинских учреждений. В 2-х томах / Под ред. проф. Г.И.Чеченина - Новокузнецк, 1994. - 179 с.
13. Минеев В.А., Поляков И.В. Здравоохранение крупного социалистического города. - 1979.

14. Организация многоэтапной медицинской помощи городскому населению: Методический материал/ Под ред. проф. Г.И. Чеченина, Новокузнецкий ГИДУВ. – Новокузнецк, 1999. - С. 89.
15. Пути совершенствования контроля качества и эффективности экспертизы временной нетрудоспособности / Беляевский А.И., Чеченин Г.И., Пьянкова Н.М., Бобровская И.Г., Зиновьева И.П., Сильнягина С.П. Материалы Всероссийского совещания 29-31 мая 2002 г., г. Тольятти. - М.: Минздрав РФ, ММА им. И.М. Сеченова. - С. 67-70.
16. Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Котов Д.И. О методической базе и идеологии планирования стационарной помощи сельскому населению. // Здравоохранение Российской Федерации. - 1996. - №6. - С.10-14.
17. Системный анализ и моделирование в здравоохранении: Сб. трудов/ СО АМН ИКППЗ. - Новокузнецк, 1980.
18. Совершенствование информационного обеспечения финансово-экономического анализа в здравоохранении (на примере г. Новокузнецка) / Полупанова Л.В., Жилина Н.М, Крамер И.В., Чеченин Г.И. // 6-й Международный форум «Информационные технологии и интеллектуальное обеспечение в здравоохранении и охране окружающей среды-99», 3-10 октября, Турция, Анталия: Тез. докл. - С.100-102.
19. Степанов В.В. Перечень документов по организации работы лечебно-профилактического учреждения (для взрослого городского населения). - М., МЦФЭР. - 2002. - С. 649.
20. Труфакин В.А., Хаснулин В.И. Медико-экологические проблемы охраны здоровья населения северных регионов: Комплексные социально-гигиенические исследования на территории Сибири. Взгляд в 21 век: Сборник научных трудов, СО РАМН, ИКППЗ. – Новокузнецк, 1998. - С. 90.
21. Чеченин Г.И., Сытин Л.В., Васильченко Е. М., Жилина Н.М. Необходимость и основные концептуальные подходы к разработке целевой программы «Медико-социальная реабилитация инвалидов»// Сб. материалов межрегиональной научн.-практ. конф. с международным участием Российско-Европейского фонда в поддержку социальных реформ. - Новокузнецк, 2002. - С.3-10.
22. Чеченин Г.И., Шадрин А.П., Крамер И.В., Головлева Н.И. Организационно-методические аспекты медико-социального обслуживания пожилых лиц на уровне муниципального образования// Сб. материалов межрегиональной научн.-практ. конф. с международным участием Российско-Европейского фонда в поддержку социальных реформ. - Новокузнецк, 2002. - С.89-93.
23. Чеченин Г.И, Сузриков В.Г., Шадрин А.П. Некоторые методические подходы к реформированию городского здравоохранения// Всероссийская научн.-практ. конф. «Реформирование муниципального здравоохранения: проблемы и поиски решений», Краснодар, 29 мая - 2 июня 2000 года: Сб. научн. тр. - С. 83-86.
24. Чеченин Г.И. Анализ производственно-экономических показателей медицинского учреждения: Методические рекомендации/ Новокузнецкий ГИДУВ. - Новокузнецк, 1995. - С. 18.
25. Чеченин Г.И. Демографическая безопасность и медико-социальное обслуживание пожилых людей (состояние и перспективы). Что нас ожидает// Сб. материалов межрегиональной научн.-практ. конф. с международным участием Российско-Европейского фонда в поддержку социальных реформ. - Новокузнецк, 2002. - С.172-180.

26. Чеченин Г.И. Информационное обеспечение управления многоэтапным лечением// Информационные технологии территориального управления. Информатизация процессов охраны здоровья. Уровень лечебно-профилактического учреждения - Выпуск 24/ Под общей ред. д.м.н. А.И. Вялкова. - М., 1999. - С. 48-55.
27. Чеченин Г.И. К проблеме финансирования стационарной медицинской помощи в условиях многоэтапности её оказания// Материалы межрегиональной научн.-практ. конф., 28 апреля 2000 г., г. Ижевск «Актуальные проблемы экономики и финансирования здравоохранения на региональном и учрежденческом уровнях». - Ижевск: Вектор, 2000. - С. 48-54.
28. Чеченин Г.И. Многоэтапность оказания медицинской помощи: достоинства, проблемы и недостатки// Сб. трудов, посвященный 70-летию юбилею муниципальной клинической больницы № 5 г. Новокузнецка/ Новокузнецкий ГИДУВ. - Новокузнецк, 2000 - С. 41-43.
29. Чеченин Г.И. Об информатизации крупной городской клинической больницы (ГКБ) в условиях реформирования здравоохранения// Международный форум «Информационные технологии и интеллектуальное обеспечение в здравоохранении и охране окружающей среды - 2000»: Тез. докл. - М., 2000 - С. 101-104.
30. Чеченин Г.И. Основные пути и этапы становления и развития КМИВЦ, задачи на предстоящий период// Сб. материалов научн.-практ. конф., посвященной 25-летию юбилею Кустового медицинского информационно-вычислительного центра г. Новокузнецка «Информационное обеспечение управления муниципальным здравоохранением, оценки и анализа состояния общественного здоровья (проблемы, достижения, перспективы)». - Новокузнецк, 2001. - С. 12-19.
31. Чеченин Г.И. Проблемы методического обеспечения реформирования муниципального здравоохранения// Современные концепции охраны здоровья и экологии человека: Сб. научн. тр./ НИИ КППГ и ПЗ, НФ НЦ КЭМ. – Новокузнецк, 2001. - С. 9-13.
32. Чеченин Г.И. Проблемы научного обоснования финансового обеспечения охраны здоровья населения в экологически неблагоприятных регионах// Материалы XXXVI научной конференции «Бессоненковские чтения. Общественное здоровье третьего тысячелетия»/ Под ред. профессора В.Д. Суржикова. – Новокузнецк: СО РАМН. - 2002. – С. 27 -33.
33. Чеченин Г.И. Проблемы управления реализацией защиты прав граждан на охрану здоровья// Материалы XXXVI научной конференции «Бессоненковские чтения. Общественное здоровье третьего тысячелетия»/ Под ред. профессора В.Д. Суржикова// Новокузнецк, СО РАМН. - 2002. – С. 70-72.
34. Чеченин Г.И. Роль и значение 1-й городской клинической больницы в информатизации здравоохранения города// Материалы Всероссийской научн.-практ. конф., посвященной 70-летию юбилею городской клинической больницы №1 г. Новокузнецка/ Новокузнецкий ГИДУВ. - Новокузнецк, 1999. - С. 11-13.
35. Чеченин Г.И. Управление здравоохранением с системных позиций: Учебно-методическое пособие. - Новокузнецк: Экология здоровья, 1996. - С. 123.
36. Чеченин Г.И. Финансирование здравоохранения города в условиях обязательного медицинского страхования// Сб. трудов, посвященный 70-летию юбилею муниципальной клинической больницы № 2 г. Новокузнецка. «Медицина на рубеже веков». - Новокузнецк, 1999. - С. 59-63.
37. Чеченин Г.И., Беляевский А.И. Система слежения за качеством медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности трудящихся топливной

- промышленности// Медицина труда и промышленная экология. - 2002. - №10. - С. 23-26.
38. Чеченин Г.И., Вибляя И.В., Бурнакова Л.А., Юнусова В.А., Крамер И.В. Крамаровская Т.П. К определению потребности в стационарной медицинской помощи на территориальном уровне при формировании Госзаказа (на примере республики Хакасия)// Труды Всероссийской конференции «Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении и ОМС»/ Институт вычислительного моделирования СО РАН. - Красноярск, 2002. - С. 108-113.
 39. Чеченин Г.И., Вибляя И.В., Жилина Н.М. Проблемы и пути совершенствования планирования в муниципальном здравоохранении// Материалы региональной научн.-практ. конф. «Общественное здоровье: стратегия развития в регионах Сибири», 30-31 октября 2002 г. / Под ред. чл.-корр. РАМН В.Н. Денисова.– Новосибирск, 2002. – С. 163-165.
 40. Чеченин Г.И., Вибляя И.В., Крамер И.В., Полупанова Л.В., Юнусова В.А. Методическое и информационное обеспечение формирования муниципального и государственного заказов// Труды Всероссийской научн.-практ. конф. «Система автоматизации в образовании, науке и производстве», 4-6 декабря 2001 г. - Новокузнецк: СибГИУ. - С. 150-158.
 41. Чеченин Г.И., Гасников В.К. Информатизация здравоохранения регионального уровня: Учебно-методическое пособие. - Новокузнецк-Ижевск: Вектор, 1996. - С. 170.
 42. Чеченин Г.И., Жилина Н.М. Концептуальные подходы к развитию информатизации в здравоохранении// Материалы региональной научн.-практ. конф. «Общественное здоровье: стратегия развития в регионах Сибири», 30-31 октября 2002 г. / Под ред. чл.-корр. РАМН В.Н. Денисова.– Новосибирск, 2002. - С. 67 – 69.
 43. Чеченин Г.И., Жилина Н.М. Некоторые аспекты разработки ИАСУ «Здоровье»// Труды Всероссийской научн.-практ. конф. «Система автоматизации в образовании, науке и производстве», 4-6 декабря 2001 г. - Новокузнецк: СибГИУ. - С.158-162.
 44. Чеченин Г.И., Жилина Н.М. От АСУ «Горздрав» до интегрированной системы управления охраной здоровья населения города (ИАС «Здоровье»)// Информатизация процессов управления в региональном здравоохранении: Сб. статей. – Ижевск, 2001 - С. 71-78.
 45. Чеченин Г.И., Сапрыкина Т.В., Нетяга Т.Г. Методическое обеспечение проектирования и опыт внедрения автоматизированной системы «Контроль, оценка и обеспечение качества медицинской помощи»// Сб. материалов научн.-практ. конф., посвященной 25-летию юбилею Кустового медицинского информационно-вычислительного центра г. Новокузнецка «Информационное обеспечение управления муниципальным здравоохранением, оценки и анализа состояния общественного здоровья (проблемы, достижения, перспективы)». - Новокузнецк, 2001. - С. 34-40.
 46. Чеченин Г.И., Сузриков В.Г. Об основных направлениях реформирования больничной помощи городскому населению// Материалы Всероссийской конференции «Новые направления в клинической медицине», 15-16 июня 2000 г./ СО РАМН - Ленинск-Кузнецкий. - С. 17-18.
 47. Чеченин Г.И., Сузриков В.Г., Шадрин А.П. Интегрированная система информационной поддержки управления здравоохранением города// Материалы межре-

- гиональной научн.-практ. конф./ Под ред. проф. В.А. Самойлова. Межрегиональная ассоциация «Здравоохранение Сибири». - Омск, 1998. - С.16-18.
48. Чеченин Г.И., Шадрин А.П. Системный подход к оптимизации управления муниципальным здравоохранением// Международная научно-практическая конференция «Оптимизация управления здравоохранением в рыночных условиях», Кемерово, 19-22 февраля 2002 г. «Экспо-Сибирь». - С. 8-10.
 49. Чеченин Г.И., Шадрин А.П. Управление муниципальным здравоохранением в современных условиях// Труды Всероссийской конференции «Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении и ОМС»/ Институт вычислительного моделирования СО РАН. - Красноярск, 2002. - С. 12-19.
 50. Шадрин А.П., Вибляя И.В., Чеченин Г.И. Комплексный подход к оценке состояния здоровья населения// Вопросы санитарно-гигиенического обеспечения населения крупного промышленного города: Сб. научн. тр./ НИИ КПП и ПЗ, НФ НЦ КЭМ. – Новокузнецк, 2000. - С. 15 -16.
 51. Экономико-математические методы и вычислительная техника: применение в здравоохранении и для обучения организаторов здравоохранения: Сб. трудов/ Новокузнецкий ГИДУВ. – Новокузнецк, 1982. - С. 240.
 52. Юнусова В.А. Чеченин Г.И. Сапрыкина Т.В.. О создании компьютерных баз данных (БД) на диспансеризуемых: Сб. трудов/ Новокузнецкий ГИДУВ. – Новокузнецк, 1982. - С. 142-146.
 53. Якушева О.Н., Чеченин Г.И. Информационная база данных стационара лечебно-профилактического учреждения// Международный симпозиум «Информационные базы данных в медицине. Мониторинг здоровья населения и окружающей среды-99», Египет-Хургада, 17-24 апреля 1999 г.: Тез. докл. - М., 1999. - С. 97-99.

Геннадий Ионович Чеченин

**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И РОЛЬ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ
ЛПУ В ЕГО ПОВЫШЕНИИ**

Оформление:

Ответственный исполнитель	- главный специалист КМИАЦ	Н.Ф. Жога
Технический редактор	- инженер КМИАЦ	В.В. Борзова
Технический исполнитель	- инженер КМИАЦ	И.Н. Котова

Ответственный за выпуск Селюнина Н.П.
Технический редактор Терентьева Л.Е.

Сдано в печать 17.01. 2003 г.
Формат 60x90 1/16. Усл.печ.л. 15,0. Тираж 500 экз.
Лицензия ЛР №040334 от 13.02.98 г.

Множительный центр ИПК
г. Новокузнецк, ул. Транспортная, 17