

АКТУАЛЬНОСТЬ

Медицинскую помощь призваны оказывать медицинские организации (МО). Элементарная человеческая справедливость и российское законодательство требуют, чтобы медицинская помощь была максимально качественной. Следовательно, оказание максимально качественной медицинской помощи является основной задачей медицинской организации. Все аспекты ее деятельности (материально-техническая база, кадровый состав, инфраструктура, система финансирования и управления) должны быть направлены на решение этой задачи.

Тем не менее и дня не проходит, чтобы в СМИ не была затронута тема некачественной медицинской помощи. И, как правило, в публикациях и новостях речь идет о низком качестве медицинской помощи, связанной с лечением конкретного пациента. В качестве продолжения этих историй публикуются сведения о наказаниях, налагаемых на медицинских работников, снятиях с должностей руководителей МО, выявленных масштабных нарушениях в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), которые стали очевидны проверяющим органам, а не только специалистам-медикам.

Резонно предположить две вещи. Первая: публикации в СМИ — это реакция общества лишь на малую часть происходящих случаев низкого качества медицинской помощи. Вторая: руководство МО не занимается контролем качества медицинской помощи в постоянном режиме.

Почему так происходит? Наверное, потому, что в повседневной работе медицинские работники забывают о своей главной должностной обязанности — осуществлять качественную медицинскую помощь, а руководство не знает, как напоминать об этом в текущем режиме так, чтобы это не забывалось. Очевидно, что от отсутствия налаженного контроля качества медицинской помощи страдают все: руководство МО, медицинские работники и в первую очередь пациенты. Следовательно, руководство МО должно наладить такой контроль. Тем более что на определенном этапе это, возможно, станет условием

сохранения рабочего места, возможности заниматься медицинской деятельностью, личной свободы.

Согласно пункту 3 статьи 2 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон № 323-ФЗ), медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Пункт 21 статьи 2 указанного Закона формулирует качество медицинской помощи как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Для целей данного руководства очень ценным является понятие медицинской деятельности — «профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи...». Медицинская деятельность — должностная обязанность медицинских работников. И именно это обстоятельство является ключевым в предлагаемой методике контроля качества медицинской помощи. Его нужно оценивать по качеству медицинской деятельности.

Система контроля качества медицинской помощи (деятельности) в многопрофильной больнице, занятой оказанием медицинской помощи в плановом и экстренном режиме, должна характеризоваться следующими признаками.

- Предмет контроля — случай летального исхода или случай явного неблагоприятного исхода лечения, связанный со значительным ухудшением качества жизни. Очевидно, что предмет контроля должен быть очень весомым и довольно однозначным (бесспорным). И в этом смысле выбор случая летального исхода как предмета контроля вполне понятен.
- Субъект контроля — медицинские работники.
- Исполнительный механизм контроля должен основываться на законе. С учетом того что медицинская деятельность — это трудовая обязанность, которую медицинские работники выполняют в соответствии с Трудовым кодексом РФ (ТК РФ) и трудовым договором, руководство МО как работодатель обязано предполагать, что низкое качество медицинской деятельности (наступивший летальный исход), возможно, является неисполнением должностных обязанностей со стороны медицинского работника. Исполнительный механизм контроля каче-

ства лечебной работы должен базироваться на ТК РФ и переводить медицинскую проблему в юридическую плоскость.

- Результатом контроля качества лечебной работы должно быть наложение дисциплинарного взыскания на провинившегося медицинского работника, что, как показывает опыт, заставляет его серьезно пересмотреть свое отношение к выполнению должностных обязанностей и, следовательно, сделать все необходимое для повышения качества медицинской деятельности.

Пятилетний опыт подобной работы позволяет утверждать, что в условиях многопрофильного стационара данная методика является эффективным механизмом повышения качества медицинской помощи.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

Качеству медицинской помощи посвящено множество печатных работ. Существует мнение, что тема эта истоптана вдоль и поперек. Но мне представляется, что в доступной литературе крайне мало информации о действенных методиках и приемлемых, воспроизводимых технологиях контроля качества медицинской помощи, о технологиях, в составе которых имелся бы механизм, связывающий процедуру и результат контрольных мероприятий с безусловным улучшением медицинской помощи.

СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В современных условиях политического и социально-экономического развития страны перед отечественным здравоохранением стоит важнейшая задача — сохранение и укрепление здоровья населения.

Ухудшение показателей здоровья населения России, особенно ярко проявившееся в начале 1999-х годов, связано как с трудностями проведения социально-экономических реформ, так и с накопившимися проблемами в самом здравоохранении. Такими проблемами для здравоохранения были и остаются недостаточное финансирование, низкий уровень качества медицинской помощи, недостаточная квалификация медицинских работников, устаревшая материально-техническая база, низкая заработная плата, недоверие населения качеству оказываемой помощи.

Социальная значимость проблемы качества и доступности медицинской помощи особенно резко возрастает в условиях социально-экономических преобразований в стране: внедрения рыночных отношений, развития частного медицинского сектора.

Проблемы научного обоснования обеспечения качества медицинской помощи, управления и финансирования здравоохранения

в период нестабильной экономики являются весьма актуальными (Мартыненко В.Ф., 2010; Чернышев А.В., 2010; Гайдаров Г.М., 2010; Круглов Е.Е., Гуров А.Н., 2010; Брескина Т.Н., 2008; Линденбратен А.Л., Гололобова Т.В., 2003). Вопросами качества медицинской помощи занимались и занимаются ведущие ученые — организаторы здравоохранения страны (Вялков А.И., 2001, 2006; Кучеренко В.З., 1997, 2000, 2001, 2006, 2008; Авксентьева М.В., 2005; Тишук Е.А., 2010; Пивень Д.В., 2010; и др.).

Управление качеством медицинской помощи включает оценку качества, контроль качества и обеспечение качества. Обеспечение качества медицинской помощи — одна из важнейших проблем здравоохранения во всех странах.

По определению международных (ИСО 8402) и национальных (ГОСТ 15467) стандартов, качество — это совокупность свойств и характеристик услуг, которые определяют их способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования.

В медицинской литературе встречается множество формулировок понятия «качество медицинской помощи». Это связано с тем, что качество медицинской помощи является сложной, многокомпонентной категорией.

В большинстве развитых стран используется формулировка Всемирной организации здравоохранения: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевания, сопутствующий диагноз, реакции на выбранное лечение и др. При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным, пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи, максимальными должны быть и взаимодействия пациента с системой медицинской помощи, а также полученные результаты».

Всемирная организация здравоохранения рассматривает проблему качества медицинской помощи и факторы, влияющие на это качество, с четырех позиций: максимальное выполнение профессиональных функций, оптимальное использование ресурсов, минимальный риск для пациента и максимальная удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой.

Под качеством медицинской помощи понимают степень соответствия ее результата наилучшему из научно прогнозируемых. Способ организации лечебно-диагностического процесса, направленный на достижение заданного результата, называется управлением или менеджментом качеством медицинской помощи.

Результат качественно оказанной медицинской помощи — это восстановленный уровень здоровья отдельного пациента, достигнутый вследствие правильно проведенных лечебно-диагностических мероприятий, основанных на использовании современных медицинских знаний, соблюдении действующего законодательства, с правильным оформлением медицинской документации, оптимальными экономическими затратами (экономическим эффектом), удовлетворяющий пациента и общественное мнение.

Законом № 323-ФЗ понятие «качество медицинской помощи» сформулировано как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Согласно статье 41 Конституции Российской Федерации, каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь; сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью людей, влечет за собой ответственность в соответствии с Федеральным законом.

Формирование нормативных документов по контролю качества медицинской помощи в РФ было заложено с принятием в 1991 г. Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», а также Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» (принят Верховным Советом Российской Федерации 7 февраля 1992 г. № 2300—1).

Принятие Верховным Советом Российской Федерации в 1993 г. Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан стало значительным событием в правовом регулировании вопросов качества медицинской помощи. В Основах были определены основные принципы охраны здоровья граждан, задачи законодательства в этой сфере, его организации и руководства, права граждан при оказании медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, порядок производства медицинской экспертизы, ответственность медицинских работников как исполнителей медицинских услуг за их качество. Это являлось базой для осуществления

контроля качества медицинской помощи (КМП). В Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, к сожалению, не была определена экспертиза (контроль) качества медицинской помощи как отдельный вид медицинской экспертизы.

Необходимость проведения контроля качества медицинской помощи была определена позднее приказом Минздравмедпрома России от 13 января 1995 г. № 5 «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности».

Одним из основополагающих документов, регламентирующих вопросы контроля качества медицинской помощи, являлся (утратил силу) совместный приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Минздрава России от 26 октября 1996 г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». Этот приказ описывал методику оценки качества медицинской помощи — стандарты объемов лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий и сроков лечения при различных нозологических формах заболеваний.

Приказ Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 января 1998 г. № 12/2 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении» среди объектов стандартизации в отрасли установил технологию выполнения и качество медицинских услуг. Первым стандартом, определяющим требования к оказанию медицинских услуг, стал Отраслевой стандарт 91500.09.0001—1999 «Протоколы ведения больных. Общие положения» (утвержден приказом Минздрава России от 3 августа 1999 г. № 303).

В течение последующих трех лет Минздравом России был принят целый ряд приказов, посвященных развитию стандартизации в здравоохранении. Основополагающими среди них являются приказы:

- от 24 января 2000 г. № 23/3 «О мерах по реализации программы работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении» (утвердил Положение о дирекции программы работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении);
- от 31 января 2001 г. № 18 «О введении в действие отраслевого стандарта “Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении”» [определен ряд терминов: сертификация продукции и услуг в здравоохранении, аккредитация учреждений здравоохранения, сертификация (аттестация) специалистов, задачи уполномоченных по качеству медицинской помощи, установлены их права];