МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

 **«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**(ФГБОУ ВО «КубГУ»)**

**Экономический факультет**

**Кафедра экономики и управления инновационными системами**

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СИСТЕМ МЕДИЦИНСКИХ**

 **УСЛУГ**

Работу выполнил И.М. Деняк

(подпись, дата)

Направление 27.03.03 Системный анализ и управление

Направленность (профиль) Системный анализ и управление экономическими процессами

Научный руководитель:

канд. техн. наук, доц.Н.Ю. Нарыжная

(подпись, дата)

Нормоконтролер:

Н.Ю. Нарыжная

(подпись, дата)

Краснодар

2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ………………………………………………………………………..3

1 Теоретические основы качества медицинской помощи…………………….5

1.1 Проблема качества медицинской помощи в медицине……………...5

1.2 Подходы к определению качества медицинской помощи в России………………………………………………………………..…………11

1.3 Правовые критерии качества медицинской услуги.………………...15

2 Анализ контроля качества медицинской помощи…………………………..17

2.1 Государственный и ведомственный контроль качества медицинской помощи……………………………………………………………………...17

2.2 Вневедомственный контроль качества медицинской помощи..…….18

2.3 Внутренний контроль качества медицинской помощи..…………….20

2.4 Сравнительная характеристика инструментов контроля качества медицинской помощи…………………………………………………………22

ЗАКЛЮЧЕНИЕ …………………………………………………………………24

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ …………………………..26

**ВВЕДЕНИЕ**

Сегодня одним из самых актуальных вопросов в России является вопрос правового регулирования качества медицинских услуг. Согласно части 1 статьи 41 Конституции РФ каждый гражданин имеет право на помощь. В условиях современной социально-экономической обстановки, реформ здравоохранения, новой конкурентной среды медицинские организации ищут способы повышения качества предоставляемых услуг и эффективности своей деятельности. Очевидно, что между качеством управления и эффективностью управления существует прямая зависимость.

Качество это один из факторов, который определяет эффективность медицинской услуги и является важнейшим фактором увеличения доли рынка, способствует устойчивости в конкурентных условиях в условиях ограниченного финансирования и стремительного изменения внешнего окружения, что способствует снижению затрат, что способствует в целом повышении эффективности медицинской деятельности. Данные права граждан закреплены в Конституции РФ, что доказывает их важность для общества и государства, но потом они наполняются особым содержанием, попадая под отраслевое регулирования. Институты охраны здорового и медицинско-социальной помощи являются комплексными, охватывающими нормы права, которые закрепляют, регулируют и защищают принадлежность этих прав конкретным лицам (нормы гражданского, административного, уголовного, экологического и т.д.).

 Также не вызывает сомнений рисковый характер деятельности медицины. По данным ВОЗ, неблагоприятные результаты медицинской практики являются причиной смерти людей, чем от неблагоприятных исходов на дорогах, рака, СПИДа. В России не ведется официальная статистика таких случаев, имеются лишь несколько упоминаний на этот счет в литературных источниках. Так, например, главный пульмонолог России А.Г. Чучалин утверждает, что процент ошибок врачей очень высок и составляет около 40%. Этот процент наглядно иллюстрирует актуальность исследования этой проблемы. Исследования правового регулирования в области медицинских услуг занимались такими авторами, как И.С. Кицул, Н.Ф. Князюк, И.В. Ушаков, С.В. Ерофеев, В.А. Внукова и др.

Предмет исследования - нормативные акты и теоретические источники в области правового регулирования качества медицинской деятельности.

Цель исследования - изучить особенности критериев оценки качества медицинских услуг

**1 Теоретические основы оценки качества медицинской помощи**

* 1. **Проблема качества медицинской помощи в медицине**

Качество медицинской помощи является основной целевой функцией, а также критерием деятельности всей системы здравоохранения от нижнего звена ЛПУ до верхнего Министерства здравоохранения. Качество обеспечивается всеми составляющими системы здравоохранения: материально-техническим обеспечением, кадровыми, научными, организационными, финансовыми, информационными ресурсами. Результат работы системы здравоохранения определяется ее построением, функционированием, порядком взаимодействия элементов. Из этого следует, что основой улучшения качества является изменение самой системы. Поддерживать и улучшать результат деятельности системы в процессе реформирования осуществляют управляющие структуры и механизмы. На федеральном уровне созданы отдельные структуры, направленные на улучшение качества медицинской помощи:

Экс-пример Совета по рассмотрению проектов документов по стандартизации Минздрава РФ; Лаборатория проблем стандартизации в Московской медицинской Академии им. И.М. Сеченова; Центр Доказательной Медицины при Московской мед академии им. И. М. Сеченова; Методический Центр по обеспечению качеством медпомощи при ЦНИИ ОИЗ МЗ РФ; ЦНИИОИЗ МЗ РФ.[7] На территории ЛПУ, по Приказу Минздрава РФ, должны быть созданы определенные структуры по управлению качеством медпомощи. [3] Вопросы улучшения качества медпомощи в России являются одними из наиболее актуальных и дискуссионных в связи с отсутствием единого подхода к менеджменту качеством. Заслуживает внимания методология управления качеством, адаптированная и апробированная на отдельных территориях России. На основе данной методологии в течение трех лет в России в рамках при-приоритетного направления «Доступность качественной медпомощи» Комитета по здравоохранению России и американской Межправительственной комиссии по технологическому и экономическому сотрудничеству на базах Тульской и Тверской областей проводились работы по улучшению качественной медицинской помощи. [4] Координатором этого проекта со стороны России был федеральный научно-модифицированный Центр по управлению качеством МЗ РФ. [11]

Целью проекта было адаптировать и развивать методологию управления качеством медпомощи для России. В рамках выбранных клинических проблем в рамках выбранных служб здравоохранения и выбранных клинических проблем были проведены изменения в системе медицинской помощи. Были разработаны индикаторы, которые мониторинги уют изменения системы, процессов оказания медпомощи и её качественных показателей. Изменение системы родовспоможения, включающее разработку и внедрение в практику клинико- организационного руководства по ведению женщин с гипертонией, вызванной беременностью.

 Рациональное использование лекарственной терапии, то есть переход (на основе данных доказательной медицины) от традиционной полипрагмазии к моно терапии, не только улучшил исход заболеваний, но и способствовал уменьшению экономических затрат Затраты на оказание медицинской помощи беременным женщинам с ГВБ сократились на 87%, в том числе только на госпитализацию - на 77%. Реализация проекта по улучшению качества медицинской помощи больным артериальной гипертензией (АГ) в областях успешно отразилась на результатах. [19]

Улучшение системы оказания медицинской помощи врачом общей практики больным артериальной гипертензией позволило не только изменить организацию и тактику медицинской помощи, но и развить профилактическую деятельность, разработать и внедрить скрининговые и оздоровительные программы, разработать и внедрить скрининговые и оздоровительные программы. Число впервые выявленных больных с артериальной гипертензией возросло, при этом 24% составили больные с первой стадией заболевания, что является одним из наиболее показательных индикаторов улучшения качества медицинской помощи. [20]Число гипертонических кризов у больных АГ, находящихся под наблюдением врача общей практики на 87%, а также числа госпитализаций в связи с этим было снижено на 87%, а также числа госпитализаций. Каждый десятый больной в мире изменил образ жизни, отказавшись от вредных привычек (курения, избыточного потребления соли), снизил вес и т.д., что является надежным критерием деятельности профилактических программ.

 Проект по улучшению качества медицинской помощи был обеспечен, на наш взгляд, усовершенствованной и адаптированной для условий России методологией управления качеством медицинской помощи, успешно применяемой и в других странах, усовершенствованной и адаптированной для условий России. [12]Основой методологии управления качеством медицинской помощи являются четыре принципа. [8]

Удовлетворение потребностей и ожиданий внешнего потребителя (пациента) и внутреннего (медицинского работника) необходимо выяснить, что нужно потребителю, чего он хочет и чего ожидает от медицинской помощи Именно ожидания и удовлетворенность потребителя заставляют изменить всю систему оказания медицинской помощи и построить ее в соответствии с этими ожиданиями, что позволяет правильно оценить направление в поиске улучшения качества медицинской помощи.[16]

 Системный подход в экономике. Работу системы здравоохранения можно представить как совокупность подсистем и происходящих процессов Поэтому для получения лучших результатов медицинской помощи необходимо провести анализ системы, определить приоритетные проблемы и найти возможные решения по ее изменению.

Работа в рабочих группах (командах) позволяет объединить представителей различных сторон медицинской помощи пациентов и представителей всех процессов ее оказания, фармацевтических фирм и должностных лиц здравоохранения Включение в команду позволяет использовать глубокие детальные знания каждого о соответствующем элементе системы, что является принципиально важным для нахождения оптимального решения изменения системы в целом и ее процессов.[18]

На основе данных выбрать приоритетную проблему, оценить ее размеры и значимость, разработать план действий, включающий преобразование процессов системы и самой системы; поставить эксперимент для проверки правильности намеченных изменений, оценить результаты эксперимента, внедрить изменения, приведшие к улучшению качества . Фундаментальное понятие, лежащее в основе современного понимания улучшения - это изменение существующей системы Результаты деятельности любой системы определяются ее построением и функционированием Согласно этому понятию, если мы будем продолжать работать, как и работаем, то мы можем рассчитывать на получение только таких результатов, которые мы имеем сейчас Для того, чтобы добиться других лучших результатов, мы должны изменить нашу систему. Результаты работы в областях, основанной на применении методологии управления качеством медицинской помощи доказали правильность совмещения методологии УК, традиционных путей внедрения новых клинических технологий в практику и принципов доказательной медицины.

Методология улучшения качества включает в себя анализ системы, разработку плана действий, апробирование внесенных изменений в пилотных учреждениях, и внедрение в практику здравоохранения. На практике для осуществления изменений системы оказания медицинской помощи, разработки и внедрения клинико-организационных руководств (как документов, закрепивших организационные и клинические изменения в медицинской помощи) необходимо изучить существующую систему оказания медицинской помощи, разработки и внедрения клинико-организационных руководств (как документов, закрепивших организационные и клинические изменяя.

В системе оказания медицинской помощи для обеспечения возможности выполнения новой клинической технологии разработать индикаторы для проверки изменений в клинической практике и в системе оказания медицинской помощи Высокий уровень технологий оказания медицинской помощи в мировой практике, функционирование и развитие института доказательной медицины требуют пересмотра акцентов в формировании политики качества в российском здравоохранении требуют пересмотра акцентов в формировании политики качества в здравоохранении. Качество медицинской помощи определяется системой организации здравоохранения в целом и каждой его отраслью в отдельности.

 Функционирование системы здравоохранения определяются законодательными и нормативными документами. Как показала практика, многие нормативные и методические документы не отвечают современным научным и практическим представлениям в медицине. С развитием доказательной медицины стало очевидным, что многие клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи требуют пересмотра законодательных и регулирующих механизмов.

 Система здравоохранения, функционирующая сегодня, нуждается не только в концептуальных подходах, но и в комплексных преобразованиях. Качество медицинской помощи является интегрирующей оценкой системы здравоохранения и напрямую отражает ее функционирование.[5]

 В улучшении качества медицинской помощи заинтересованы как население, так и правительство, представители министерства здравоохранения, работодатели и медицинские работники. Следовательно, только государственный и межотраслевой подход к формированию политики качества медицинской помощи позволит обеспечить ее высокое качество. Опыт применения методологии управления качеством медицинской помощи в Ульяновской области позволил сделать заключение о том, что использование данной методологии должно стать неотъемлемой частью концепции управления качеством в здравоохранении.

 Таким образом, на основании установленного понятийного аппарата, а также в условиях отсутствия критериев оценки качества вне рамок ОМС и существующих критериев качества в рамках ОМС определить качество медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, не представляется возможным. Качественная медицинская помощь является ключевым индикатором соблюдения прав человека, гарантированных Конституцией РФ, в сфере здравоохранения. Недостаточная четкость ключевого понятийного аппарата в области качества медицинской помощи может привести к несоответствию конечного результата лечения ожиданиям пациента, а также к повышению расходов государства.

* 1. **Подходы к определению качества медицинской помощи в России**

На практике сложилось неоднозначное понимание терминов «качество продукции» и, соответственно, "качество медицинской помощи". В только в Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в соответствии с которым, качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании Международная организация по стандартизации (ISO) детерминировала терминология, касающаяся качества и сопряженных с ним понятий в 1986 году. Международный стандарт ISO 8402 определил качество как совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности (потребителя).

Оценки качества в разных сферах человеческой деятельности (а медицинские услуги представляют собой деятельность по восстановлению биологических систем человеческого организма) регламентированы международными стандартами ИСО 9000, ИСО 10000, которые распространяются на сферу производства и услуг, в том числе услуг медицинских С точки зрения этих стандартов, качество медицинской помощи (quality of medical care) -это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям (состоянию пациента), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии Надо отметить, что у медицинских работников, пациентов, инвесторов отличные требования к медицинской помощи.

 С точки зрения пациента, качественная медицинская помощь - это средство решения возникающих в сфере здоровья проблем;

 цель - использования своих прав, интересов в сфере медицинской помощи;

 искомый результат затрат времени, средств, умственной и физической энергии (пациента, медработника, администратора здравоохранения).

С точки зрения врачей характеристиками качества медицинской помощи будет соответствие современному техническому оснащению и технологиям, свобода действий в интересах пациента.[1]

Инвесторы заинтересованы в эффективном использовании фондов здравоохранения, соответствующем использовании медицинских ресурсов, максимальном вкладе медицинской помощи в снижение нетрудоспособности. Исходя из выявленных потребностей, можно сформулировать основной перечень характеристик, совокупность которых и составит понятие качество медицинской помощи Обобщение, сделанное Donabedian и представленное ниже, является наиболее удачным. Какое отношение достигнутого результата к максимально возможному, основанному на использовании последних достижений науки и технологий? По определению П. Друкера результативность является следствием того, что «делаются необходимые, правильные вещи» («doingtherightthings»). Эффективность считается наименьшей стоимость медицинской помощи без снижения ее результативности. Эффективность является следствием того, что «правильно делают правильные вещи» (doingthingsright)

Оптимальность - оптимальное соотношение затрат на здравоохранение и получение результатов в улучшении здоровья

 Приемлемость - соответствие ожиданиям, пожеланиям и надеждам пациентов и их родственников. Законность соответствует социальным предпочтениям, выраженным в этических принципах, законах, нормах и правилах

Справедливость, беспристрастность - соответствие принципу, который определяет, что является обоснованным или законным при распределении медицинской помощи и льгот среди населения Анализ основных характеристик (признаков) медицинской помощи позволяет в каждом конкретном случае сделать вывод о том, какого уровня качества медицинская помощь оказана человеку Всемирная организация здравоохранения выделяет минимум 7 признаков качественной медицинской помощи

Адекватность. Это означает, что все оказываемые пациенту медицинские услуги направлены на решение той проблемы со здоровьем, которая фактически существует Человеку может быть оказан ряд качественных медицинских услуг, но если они проведены в направлении, не связанном с реальной проблемой здоровья конкретного человека (например, его активно лечили, но по поводу неправильно распознанного другого заболевания), оказанная ему медицинская помощь некачественна по критерию адекватности. Доступность в интернете. Это характеристика качества медицинской помощи, предоставляемой не конкретному человеку, а населению той или иной территории. Если большая часть нуждающихся в определенных медицинских услугах граждан не имеют реального доступа, медицинская помощь, предоставляемая системой здравоохранения (территории, государства), является некачественной по критерию доступности.

Российская система здравоохранения пока не может считаться для большинства граждан качественной по критерию доступности эффективных способов лечения заболевания, называемого убийцей No 1 - ишемической болезни сердца. Нашим гражданам пока реально недоступны такие рядовые в развитых странах процедуры, как коронарография (диагностика степени сужения артерий сердца) и стентирование коронарных артерий (установка в суженную часть коронарной артерии трубчатого имплантата-расширителя - стента), хотя в этом направлении государством в настоящее время прикладываются значительные усилия. Преемственность и непрерывность Медицинская помощь представляет из себя последовательность взаимосвязанных медицинских услуг (профилактика - диагностика - лечение - реабилитация) как уже было сказано

Если человеку оказана (пусть очень качественно) лишь часть из них (например, проведена современная эффективная диагностика, но лечение не осуществлено, либо при наличии современных технологий лечение проведено устаревшими методами) - речь идет о некачественности медицинской помощи по критерию преемственности и непрерывности. Что такое эффективность Качественная медицинская помощь должна дать положительный эффект в отношении здоровья пациента. Отсутствие эффекта от совокупности даже блестяще проведенных медицинских услуг позволяет в большинстве случаев сделать вывод о некачественности в целом оказанной человеку медицинской помощи по критерию ее эффективности. Исключением являются случаи, когда медицина оказывается бессильной.

Безопасность. Медицинские услуги являются вмешательствами в деятельность сложной системы человеческого тела и психики. Всегда существует вероятность, что это приведет не к тем результатам, которые предполагались, и состояние здоровья человека от него не только не ухудшится, но и даже ухудшится. Качественная помощь не может привести к ухудшению показателей личной безопасности человека. Качественная (то есть безопасная) медицинская помощь не является причиной возникновения у пациента новых заболеваний или обострения имеющихся.

Классический пример некачественной помощи по критерию безопасности - развитие у пациента во время госпитализации к основному заболеванию внутрибольничных инфекций. Своевременность. Качество медицинской помощи предполагает организацию взаимодействия человека с медицинскими службами и такую технологию лечебно-диагностического процесса, которые обеспечивают: - своевременность обращения пациента за помощью, - возможности после обращения оказать ему услуги в оптимальный срок.

 Самые яркие примеры несвоевременной медицинской помощи встречаются в России, где до 40% онкологических заболеваний выявляются уже в неоперабельных стадиях. Способность удовлетворять потребностям пациента. Каждый человек, обращаясь за помощью, имеет определенный объём ожиданий (отношение к нему и его проблемам со стороны медработников, представления о том, где, кем, как и когда должна оказываться помощь). Эти ожидания бывают удовлетворены, а бывают не удовлетворены. Критерий удовлетворенности клиента от работы с медицинской подсистемой должен базироваться на представлениях о правомерных притязаниях пациента в сфере помощи. [17]

Как уже упоминалось выше, правомерные притязания пациента относятся к его ожиданиям признания, защиты и признания его законных интересов. Соблюдение прав пациента может в силу неосведомлённости человека не входить в объём его ожиданий, но таковые (независимо от его медицинской культуры и правовой культуры) относятся к объективным потребностям человека личной безопасности. Поэтому признаком качественной помощи является, в первую очередь, соблюдение прав пациента, а также права выбора медицинской организации, а также право на информированное согласие на оказание медицинской помощи.

* 1. **Правовые критерии качества медицинской услуги**

Сегодня особую значимость для правового регулирования медицинской деятельности представляют решение вопроса и установление в договоре оказания медицинских услуг требований о качестве. Общие нормативные требования к качеству содержатся в статье 309 ГК РФ, предусматривающей обязанность сторон по исполнению обязательства в соответствии с условиями закона, других правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований - в соответствии с обычаями делового оборота или другими обычно предъявляемыми требованиями.

Таким образом, ГК России не предъявляет специальных требований к субъектам, оказывающим услуги, и это ведет к неясности в определении качества услуг и ответственности исполнителя за некачественно оказанные услуги. Следует признать, что ученые не оставляют попытки разработать те или иные критерии оценки качества услуг. Существующие в экономической литературе определения качества оказываемой услуги в большей степени ориентированы на материальные услуги, оценка свойств которых во многом совпадает с оценкой результатов работ и вещей.

Если в договоре подряда необходимо достичь овеществленного результата, то для услуг наличие результата по общему правилу является факультативным и необязательным условием для надлежащего исполнения. Поэтому оценка качества работ, в том числе и медицинских, является довольно сложной задачей. Нормативное определение понятия качества услуги можно найти в ГОСТ 30335-95/ГОСТ Р 50646-94, где под качеством услуги понимается совокупность характеристик услуги, определяющих ее способность удовлетворять установленные или предполагаемые потребности потребителя&. Таким образом критериями оценки качества медицинской услуги должны выступать различные характеристики услуг, соответствующие определенным требованиям. Понятие «качество» раскрывается в нормативных документах Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС).

Например, в Методических рекомендациях ФФОМС дается следующее определение: «Медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь) - медицинская помощь, оказываемая медицинским работником, исключающая негативные последствия: затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания; повышающие риск возникновения нового патологического процесса;

На сегодняшний день нормативное определение «дефект медицинской помощи» в законодательстве отсутствует, что значительно усложняет определение пациентом и его родными качества оказанной медицинской услуги. В «Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденному приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. №230 содержится перечень действий, результатом которых может быть возникновение дефектов медицинской помощи: несоответствие оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнение (неправильное выполнение) порядков оказания медицинской помощи или стандартов медицинской помощи и медицинских технологий.

Кроме того, отмена «Методических рекомендаций по защите прав застрахованных территориальных фондов ОМС (СМО) по подготовке дел, связанных с защитой прав застрахованных, к судебному разбирательству» привела к тому, что у современных медицинских организаций отсутствует ориентир для оценки наличия в оказываемых ими медицинских услугах признаков тех нарушений, которые в большинстве случаев приводят к спорам с пациентами. Данное обстоятельство можно оценивать только как негативное, так как оно лишает медицинские организации и пациентов возможности объективно оценить качество получаемых и оказываемых медицинских услуг

**2 Анализ контроля качества медицинской помощи**

**2.1 Государственный и ведомственный контроль качества медицинской помощи**

Контроль качества медицинской помощи проводится экспертным путем руководителями структурных подразделений, заместителями руководителей организаций здравоохранения, клинико-экспертной комиссии, главными внештатными и штатными специалистами муниципальной и государственной систем здравоохранения. В случае необходимости для проведения ведомственного контроля могут привлечь сотрудников высших учебных заведений, научных и других учреждений на договорной основе. [22]

На уровне учреждений здравоохранения независимая экспертиза качества медпомощи является функцией руководителя структурных подразделений (первая ступень экспертизы), заместителей руководителей организации по лечебной и лечебной работе, амбулаторно поликлинической помощи (вторая ступень) и главных штатных и внештатных специалистов муниципальной системы здравоохранения, представляющих вместе службу КМП организации. [9] В течение месяца заместители руководителя стационарного подразделения проводят экспертизу не менее 50% законченных случаев, заместители руководителей учреждений по лечебной, лечебной и амбулаторно-поли клинической помощи не менее 20% законченных случаев. Заместители руководителя организации по лечебной, лечебной и амбулаторной помощи проводят не менее 50 экспертиз в течение месяца. При проведении ведомственного контроля качества медицинской помощи исследуются три компонента [21]:

1. Качество структуры – качество медицинского персонала, обеспеченность медицинским оборудованием, условия пребывания в организации, финансирование.

 2. Качество процесса – анализ медицинских технологий. Проверка качества медицинских процессов проводится методом их экспертной проверки, проводимой с использованием доступных технологий. В основе технологических модификаций экспертизы врачебного процесса лежит оценка отдельных элементов его процесса: Элемент А – сбор информации о больном (опрос, осмотр, дополнительные исследования). Оценивается полнота информации для того, чтобы установить диагноз, исключение клинически сходных заболеваний, состояний, выбора места, метода и состава лечения. Элемент В – процесс постановки диагноза, включающий рубрификацию, формулировку диагноза, его содержание. Оценивается обоснованность диагноза, возможность принять экспертное решение об трудоспособности, целях, задачах лечения, режиме врачебного наблюдения, модели медицинского вмешательства. Элемент Е – преемственность, включая правильность решений, представленных в структуре элементов A и C.

3) Качество результатов – показатели качества процесса и качества результата дополняются показателями деятельности организации здравоохранения и состояния здоровья населения.

**2.2 Вневедомственный контроль качества медицинской помощи**

Основная задача контроля со стороны общественных организаций потребителей - защита прав пациентов, а фонды ОМС обязательно обратят внимание на финансово-экономические аспекты оказания медицинской помощи. Основными целями  вневедомственного контроля КМП являются:

- защита прав граждан на охрану здоровья и качественное медицинское обслуживание в должном объеме;

- повышение удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон качеством медицинского обслуживания;

 - повышения их уверенности в способности ЛПУ оказывать качественные услуги;

- содействие органам государственного управления в решении задач по совершенствованию деятельности учреждений здравоохранения.

Вневедомственный контроль КМП осуществляют СМО, фонды ОМС, профессиональные медицинские ассоциации, Росздравнадзор, лицензионно-аккредитационные комиссии, страхователи, Фонд социального страхования РФ, профессиональные медицинские организации, общественные организации защиты прав потребителей (пациентов). Основной задачей субъектов вневедомственного контроля является инициация и организация в пределах своей компетенции медико-экономической и медицинско-экономической экспертизы с целью обеспечения права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и проверки эффективности использования ресурсов здравоохранения, финансовых средств ОМС и социального страхования.[2]

 В зависимости от контролирующей инстанции основными направлениями вневедомственного контроля могут быть:

- анализ результатов оказания медицинской услуги;

- анализ процесса оказания медицинской помочи;

 - анализ финансового и медико-экономического анализа деятельности медицинского учреждения и его структурных подразделений;

 - анализ результативности и эффективности организации медицинского обслуживания отдельных поло-возрастных и социальных групп населения и лиц с определенными заболеваниями;

 - изучение удовлетворенности пациентов и других заинтересовавших сторон медицинским обслуживанием;

- проверка выполнения договорных обязательств между субъектами системы медицинского страхования по вопросам качества, объема и условиям предоставления медицинской помощи и ее оплаты;

 - оценка организации и КМП лицам трудоспособного возраста;

- проверка соблюдения порядка выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность;

 - оценка возможностей учреждения здравоохранения гарантировать необходимый уровень КМП;

- другие виды контроля, осуществляемые субъектами вневедомственного контроля в пределах своих полномочий.

На основе результатов вневедомственного контролирования разрабатываются рекомендации (предложения) по совершенствованию организации и повышенному уровню КМП. На основе результата вневедомственного контроля разрабатываются рекомендации по совершенствованию организации, повышенному уровню ее функционирования и повышенному росту.[13]

**2.3 Внутренний контроль качества медицинской помощи**

Внутренний контроль качества медицинской деятельности осуществляется с целью обеспечения прав людей на получение необходимого объема и качества медицинской помощи, в соответствии с стандартами медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций и обязательных требований к безопасности и качеству медицинской деятельности. [6]

Организация и проведение внутреннего контроля, учитывая специфику видов, условий и форм оказываемой медицинской помощи в ФГБУ РНЦРР Минздрава России и перечня работ (услуг), указанных в лицензии, направлены на решение следующих задач: [10]

- совершенствование подходов к оказанию медицинской деятельности для предотвращения, предупреждения и предотвращения риска, создающего угрозу здоровью граждан и минимизация последствий их нанесения;

- обеспечение и оценка выполнения должностных инструкций в сфере обеспечения качества медицинской деятельности;

- предупреждение нарушений, являющихся результатом:

- несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию пациента с учетом поражения органов и (или) систем организма или нарушений их функциональных функций, обусловленных заболеванием или состоянием или их осложнением;

- невыполнение, несвоевременный или ненадлежащий или ненадлежащий выполнения необходимых пациенту диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий в соответствии с нормами оказания медпомощи, с учетом стандартов и клинических рекомендаций;

- несоблюдение сроков ожидания медпомощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроков ожидания в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований, консультаций врачей-специалистов; - принятие мер, направленных на пресечению и (или) устранению причин и последствий нарушений, выявленных в рамках государственного контроль качества и безопасности. [15]

Организация внутреннего контроля соблюдением специфики видов и условий оказания медицинской услуги в ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, а также списка работ (услуг) указанных в лицензии направлены на решения следующих задач:

 1. совершенствование подходов и подходов к осуществлению медицинских работ для предупреждения, выявления, предотвращения рисков, создающих угрозу здоровью людей и минимизацию последствий ее нанесения;

2. обеспечение и проверка соблюдения требований к качеству и безопасности медицинской деятельности;

3. выполнение должностных инструкций, налагаемых на указанных лиц при осуществлении их профессиональной деятельности по Федеральному закону от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья населения в Российской Федерации»;

4. обеспечение и оценку соответствия оказываемой медицинской помочи критериям оценки качества, рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой помощи;

5. предупреждение нарушений при оказании медицинской помочи, результатом которых являются: несоответствие состоянию здоровья человека с учетом степени поражений органов и (либо) систем организма или состояния либо их нарушений, обусловленной болезнью или состоянием[14].

**2.4 Сравнительная характеристика инструментов контроля качества медицинской помощи**

Государственный и ведомственный контроль качества медицинской помощи проводится экспертным путем руководители структурных подразделений, заместители руководителей организации здравоохранения, клинико-экспертная комиссия, главные внештатные и штатные специалисты государственной и муниципальной систем здравоохранения. При необходимости для ведомственного контроля могут привлечь сотрудников научных, высших учебных заведения на договорной основе.

При проведении ведомственного контроля качества медицинской помощи исследуются три компонента:

1. Качество структуры – качество медицинского персонала, обеспеченность медицинским оборудованием, условия пребывания в организации, финансирование.

 2. Качество процесса – анализ медицинских технологий. Проверка качества медицинских процессов проводится методом их экспертной проверки, проводимой с использованием доступных технологий. В основе технологических модификаций экспертизы врачебного процесса лежит оценка отдельных элементов его процесса

3) Качество результатов – показатели качества процесса и качества результата дополняются показателями деятельности организации здравоохранения и состояния здоровья населения.

Вневедомственный контроль КМП осуществляют СМО, фонды ОМС, профессиональные медицинские организации Росздравнадзор, лицензионно-аккредитационная комиссия, страхователи, страхователи, Фонд социального страхования РФ, медицинские организации, общественные организации защиты прав потребителей (пациентов). Основная задача субъектов вневедомственного контроля заключается в инициации и организации в рамках своей компетенции медицинско-экономической и медико-экономической экспертизы для обеспечения прав граждан на получение необходимого объёма и качества медпомощи, в соответствии со стандартами здравоохранения и с учетом обязательных требований к безопасности и качеству мед деятельности.

Внутренний контроль медицинской деятельности осуществляется с целью обеспечения прав людей на получение необходимого объема и качества медицинской помощи, в соответствии с стандартами медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций и обязательных требований к безопасности и качеству медицинской деятельности.

Таким образом, путем проведения системного анализа были исследованы критерии оценки качества систем медицинских услуг и кто следит за их выполнением

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В заключение стоит отметить, что наличие критериев для оценки качества медицинских услуг являются необходимым условием для эффективного управления мед учреждениями. Они позволяют эффективно решать задачи, которые поступают из абсолютно разных сфер мед учреждений, от оптимизации бюджета до увеличения количества выживших при операциях, и т.д.

Цель данного исследования была определена как изучить особенности критериев оценки качества медицинских услуг

В ходе данной работы были выполнены следующие задачи:

1.Определены подходы к определению качества медицинской помощи

2.Дана общая характеристика и определены критерии медицинских услуг

3. Проведен сравнительный анализ инструментов контроля качества медицинской помощи

В результате проведенного исследования во первой главе была осуществлена систематизация теоретической информации касательно критериев оценок качества медицинских систем таких как :

Оптимальность – оптимальное соотношение расходов на здравоохранение, а также получение результатов, направленных на улучшение здоровья.

Приемлемость – соответствие ожиданиям, пожеланиям и пожеланиям пациента и его родственников.

Законность – соответствие принципу, который определяет, что является законным или обоснованным при распределении льгот и медицинской помощи среди населения. Анализ основных признаков (признаков) медицинской помощи позволяет в каждом случае сделать вывод о том, какой уровень качества оказана человеку. Всемирная организация медицинской помощи выделяет минимум 7 признаков качественной помощи.

Адекватность – это означает, что все оказываемые пациенту медицинские услуги направлены на решение проблемы со здоровьем, которая фактически существует. Человеку может быть оказан ряд качественных услуг, но если они проведены в направлении, не связанном с реальной проблемой конкретного человека (например, его активно лечили, но по причине неправильно распознанного другого заболевания), оказанная ему помощь некачественна. Доступность в Интернете – это характеристика качества помощи, предоставляемой не конкретному человеку, а населению определенной территории. Если большинство нуждающихся в определенных услугах граждан не имеют реального доступа, медицинская помощь, предоставляемая государством или территорией, является некачественной.

Во второй главе проведен анализ наиболее распространенных методов проверки соответствия критериям оценки качества медицинских систем. Выделены такие как:

 Государственный и ведомственный контроль качества медицинской помощи проводится экспертным путем руководители структурных подразделений, заместители руководителей организации здравоохранения, клинико-экспертная комиссия, главные внештатные и штатные специалисты государственной и муниципальной систем здравоохранения. При необходимости для ведомственного контроля могут привлечь сотрудников научных, высших учебных заведения на договорной основе.

Вневедомственный контроль КМП осуществляют СМО, фонды ОМС, профессиональные медицинские организации Росздравнадзор, лицензионно-аккредитационная комиссия, страхователи, страхователи, Фонд социального страхования РФ, медицинские организации, общественные организации защиты прав потребителей (пациентов).

Таким образом, путем проведения системного анализа были исследованы критерии оценки качества систем медицинских услуг.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Совместное заседание Госсовета и Комиссии по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития [Электронный ресурс] URL:http://kremlin.ru/events/president/news/54448 (Дата обращения: 08.05.2022).

2. Результаты проверок за сентябрь 2016 [Электронный ресурс] URL:http://www.minzdravkk.ru/pages/licncontrol/cplan/Check/Check\_2016/Sep/index.php/ (Дата обращения: 09.05.2022).

3. Hood C. A public management for all seasons? //Public administration. - 1991. - Т. 69. - №. 1. - С. 3-19.

4. Gruening G. Origin and theoretical basis of New Public Management //International public management journal. - 2001. - Т. 4. - №. 1. - С. 1-25.

5. Graham J., Amos B., Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century //Policy brief. - 2003. - Т. 15. - №. 6.

6. Veljkoviж N., Bogdanoviж-Diniж S., Stoimenov L. Benchmarking open government: An open data perspective// Government Information Quarterly. - 2014. - Т. 31. - №. 2. - С. 278-290.

7. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"// "Собрание законодательства РФ". - 28.04.2014. - N 17. - ст. 2057.

8. Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики"// "Российская газета". - N 102. - 09.05.2012.

9. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.04.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"// "Российская газета". - N 263. - 23.11.2011.

10. How and Why We Rank and Rate Hospitals [Электронный ресурс] URL: http://health.usnews.com/health-care/best-hospitals/articles/faq-how-and-why-we-rank-and-rate-hospitals#common-care (Дата обращения: 09.05.2022).

11. Приказ Минздрава России от 31.10.2013 N 810а "Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения" (вместе с "Методическими рекомендациями по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения"). - Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

12. Buhr C. C., Kleiner T. European Open Data Policy: Challenges and Opportunities //Zeitschrift fьr Politikberatung (ZPB)/Policy Advice and Political Consulting. - 2012. - Т. 5. - №. 3. - С. 141-146.

13. Официальный сайт Национальной службы здравоохранения (NHS) [Электронный ресурс] URL: https://www.england.nhs.uk/ourwork/tsd/data-info/open-data/ (Дата обращения: 08.04.2022).

14. Федеральный закон от 27.07.2006 N 149-ФЗ (ред. от 19.12.2016) "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2022) // "Российская газета". - N 165. - 29.07.2006.

15. Федеральный закон от 09.02.2009 N 8-ФЗ (ред. от 09.03.2016) "Об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления"// "Российская газета". - N 25. - 13.02.2009.

16. Постановление Правительства РФ от 10 июля 2013 г. N 583 "Об обеспечении доступа к общедоступной информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в форме открытых данных"// Собрание законодательства РФ. - 29.07.2013 г. - N 30 (часть II). - ст. 4107.

17. Распоряжение Правительства РФ от 10.07.2013 N 1187-р (ред. от 30.12.2015) <О Перечнях информации о деятельности государственных органов, органов местного самоуправления, размещаемой в сети "Интернет" в форме открытых данных> // "Собрание законодательства РФ". - 29.07.2013. - N 30 (часть II). - ст. 4128.

18. Приказ Министерства связи и массовых коммуникаций РФ от 27 июня 2013 г. N 149 "Об утверждении Требований к технологическим, программным и лингвистическим средствам, необходимым для размещения информации государственными органами и органами местного самоуправления в сети "Интернет" в форме открытых данных, а также для обеспечения ее использования"(Зарегистрировано в Минюсте России 16.08.2013 N 29414) // "Российская газета". - 23.08.2013 г. - N 187.

19. Средняя длительность пребывания пациента на койке (в днях) [Электронный ресурс] URL:https://www.rosminzdrav.ru/opendata/7707778246-srednyayadlitelnostprebyvaniyapacientanakojke/visual (Дата обращения: 09.05.2022).

20. Государственный реестр лекарственных средств [Электронный ресурс] URL: https://www.rosminzdrav.ru/opendata/7707778246-grls/visual (Дата обращения: 09.05.2022).

21. Реестр органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья [Электронный ресурс] URL:https://www.rosminzdrav.ru/opendata/7707778246-organygosudarstvennoyvlastiinfo/visual (Дата обращения: 09.05.2022).

22. Сведения об осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля за период [Электронный ресурс] URL: http://www.roszdravnadzor.ru/opendata/7710537160-stat503 (Дата обращения: 09.05.2022).

