

**АБРАМОВ АЛЕКСЕЙ ЮРЬЕВИЧ**

**НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ  
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОНТРОЛЬНО-РАЗРЕШИТЕЛЬНЫХ  
МЕХАНИЗМОВ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение**

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Москва, 2008 г.**

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор, Михайлова Юлия Васильевна

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор Калининская Алефтина Александровна

доктор медицинских наук, профессор Злобин Александр Николаевич

**Ведущая организация** Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова

Защита состоится «\_\_\_» июля 2008 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава») по адресу: Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: Москва, ул. Добролюбова, 11.

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» июня 2008 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
к.м.н.

Евгений Иванович Сошников

## Общая характеристика работы

### Актуальность темы исследования.

На современном этапе развития одной из задач государства в области здравоохранения является гарантия безопасности медицинской помощи. В условиях государственной системы здравоохранения обеспечение этих гарантий было возможно через реализацию административных (прямоуправленческих) механизмов. В условиях многоукладности экономики здравоохранения, т. е. функционирования медицинских учреждений и предприятий различных форм собственности, реализация данных механизмов невозможна. Поэтому закономерно встает вопрос о необходимости формирования неких правил, требований, выполнение медицинским учреждением которых позволяло бы обеспечивать данные гарантии. Таким образом, обязанность государства гарантировать безопасность медицинской помощи и многоукладность экономики здравоохранения являются предпосылками формирования контрольно-разрешительных механизмов в здравоохранении.

К контрольно-разрешительным механизмам следует, прежде всего, отнести процедуры лицензирования и аккредитации. Если принципы и процесс лицензирования уже регламентированы законодательными и нормативными документами, то по методологии аккредитации в научной литературе имеются публикации, посвященные только отдельным направлениям аккредитации медицинских учреждений (В.К. Овчаров, с соавт., 1993, Ю.А. Коротков, с соавт., 1995, А.В. Короткова, с соавт., 2005).

Задача удовлетворения потребности населения в высококачественной медицинской помощи, информационного обеспечения различных уровней управления деятельностью лечебных учреждений требует создания действенных механизмов управления качеством медицинской помощи и ее оценки, внедрение их в практику здравоохранения (Стародубов В.И., 2001г.).

Одним из важнейших приоритетов здравоохранения становится вовлечение в процесс управления медицинским учреждением пациентов, как потребителей медицинских услуг. Они находятся в самом центре устремлений, направленных на повышение безопасности и качества медицинской помощи (Лиам Дональдсон, 2006).

Ранее были предприняты меры по созданию системы контроля качества в здравоохранении. Определены ее правовые основы – в Законе о медицинском страховании (1993г.), приказах МЗ РФ и ФФОМС о ведомственном и вневедомственном контроле качества (1996г.), Постановлением Правительства о Программе государственных гарантий (1998г.), Приказе МЗ РФ «О введении в действие Протоколов ведения больных (1999г.), приказе МЗ РФ «О введении института уполномоченных по качеству (2001г.) и др.

Однако до сих пор отсутствует единство экспертов в определении понятия качества медико-социальных услуг и его компонентов, не разработана методология управления качеством и его обеспечения, существует проблема стандартов и индикаторов качества (Хабриев Р.У., Юрьев А.С. и соавторы 2005г.). В условиях современного здравоохранения актуальным становится исследование особенностей сложившихся контрольно-разрешительных механизмов (лицензионного контроля) и оптимизация функционирования данного института.

**Цель исследования:** Разработать научно-обоснованные предложения по совершенствованию системы контрольно-разрешительных механизмов в управлении качеством медицинской помощи.

**Задачи исследования:**

1. Изучить состояние здоровья населения Московской области и отдельных муниципальных образований.
2. Изучить степень удовлетворенности потребителей медико-социальных услуг в муниципальных медицинских учреждениях Московской области.
3. Разработать, апробировать и внедрить индикаторы оценки системы управления качеством медицинской помощи в муниципальных стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, как инструмента контрольно-разрешительного механизма.
4. Разработать предложения по совершенствованию контрольно-разрешительных механизмов (лицензирование и аккредитация).

**Научная новизна исследования** заключается в том, что:

- на основе комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья населения Московской области и отдельных муниципальных образований за 2002 – 2006 гг. установлены его особенности;

- на основании изучения степень удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях различных муниципальных образований Московской области установлена лидирующая роль оценки потребителями медицинских услуг в системе контрольно-разрешительных механизмов;
- на основе экспертной оценки определена сравнительная значимость объективности различных индикаторов как инструмента контрольно-разрешительных механизмов;
- разработаны, апробированы и внедрены индикаторы для оценки системы управления качеством медицинской помощи в муниципальных стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- определены цель, задачи, принципы и структура в Российской Федерации системы аккредитации медицинских учреждений;
- разработаны предложения по внедрению аккредитации медицинских организаций (учреждений).научно обоснованы направления совершенствования контрольно-разрешительных механизмов (лицензирования и аккредитации медицинских учреждений).

**Научно-практическая значимость исследования** состоит в том, что:

- доказана важность мониторинга удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях муниципального уровня в системе функционирования здравоохранения в новых социально-экономических условиях;
- разработанные индикаторы для системы управления качеством медицинской помощи являются важной составляющей при внедрении отраслевой оплаты труда в муниципальных медицинских организациях (учреждений);
- научно-обоснованные предложения по совершенствованию контрольно-разрешительных механизмов позволят улучшить качество медицинской помощи в муниципальных стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- научно обоснованная организационная модель аккредитации медицинских организаций (учреждений) доказывает необходимость ее внедрения

в Российской Федерации и может быть использована при внедрении на федеральном уровне.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Базовым условием повышения качества медицинской помощи в муниципальных медицинских учреждениях является совершенствование контрольно-разрешительных механизмов в здравоохранении.

2. Мониторинг удовлетворенности потребителей медицинских услуг является обязательным элементом в системе управления качеством медицинской помощи

3. Методология и методика системы аккредитации медицинских учреждений муниципального здравоохранения.

**Внедрение.** Результаты исследования внедрены: в деятельность Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Управление Росздравнадзора по г. Москве и Московской области, учебный процесс по последипломной подготовке организаторов здравоохранения в Федеральном государственном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава», в Федеральном ресурсном центре по экономике здравоохранения при Российском университете дружбы народов.

**Апробация результатов исследования.** Результаты работы доложены на: совещаниях руководителей территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации (2006г.,2007г.); Российской научно-практической конференции «Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России» (Москва, 2006 г.), Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении» (Москва, 2005, 2007 г.), Российской научно-практической конференции «Медицина и качество» (2006, 2007 гг.); апробационном совете ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (2008 г.).

**Публикации:** по теме диссертации опубликовано 7 печатных работ.

**Объем и структура работы.** Материалы диссертации изложены на 158 страницах машинописного текста, отражены в 20 таблицах, 5 рисунках, и

5 схемах. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы», 4 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список использованной литературы включает 97 источников, из которых 59 отечественных и 38 иностранных авторов.

### **Содержание работы**

Во **введении** обоснована актуальность проведенного исследования, определены цель и задачи, изложены научная новизна, научно-практическая значимость работы, основные положения, выносимые на защиту.

**Глава 1 «Отечественный и зарубежный опыт по улучшению качества медицинской помощи»** отражает обзор литературных и научных исследований по изучаемой проблеме, включает анализ отечественных и зарубежных источников, отражает качество медицинской помощи как сложную и многогранную проблему, приобретающую все большую актуальность в условиях современного общества.

**Вторая глава** посвящена организации исследования с изложением методических приемов и методик анализа материалов; дана характеристика предмета и объекта исследования. Изложены материалы и методы, дается характеристика базы исследования (схема 1).

Базой исследования являлся крупный субъект Федерации – Московская область, которая характеризуется компактностью и высокой плотностью проживания населения, а также интенсивными миграционными процессами.

Область занимает территорию 47,0 тысяч кв.км. (0,28% от Российской Федерации) с населением (на 01.01.2007) 6645672 человека. В области 39 районов, городов областного значения – 56, городов районного подчинения – 22, поселков городского типа – 109, сельсоветов – 975. Позитивное развитие экономики в области за последние 7 лет сопровождалось улучшением финансирования здравоохранения: доля расходов на здравоохранение возросла от 4,2% (1999 г.) до 6,5% внутреннего валового продукта в 2007 году.

Амбулаторно-поликлиническая помощь в 2006 году оказывалась в 148, а в 2007 году в 135 амбулаторно-поликлинических учреждениях, в т.ч. в 29 стоматологических поликлиниках и 66 диспансерах. В области функционирует 619 ФАПов, 25 станций скорой медицинской помощи, 60 отделений скорой

медицинской помощи. Плановая мощность амбулаторно-поликлинических учреждений в смену на 10 тыс. населения составила в 2007 г. 228.

Стационарная медицинская сеть представлена 224 больничными и диспансерными учреждениями. Общее количество коек круглосуточного пребывания на конец года составляет 54179 койки, число мест дневного пребывания при стационаре – 3997. Обеспеченность круглосуточными койками достигла 81,5 на 10000 населения. Из них на муниципальный уровень приходится 75,0% коечного фонда области (61,6 коек на 10000 населения).

В 2006 году в 28 городских округах и муниципальных районах проведена передача в государственную собственность специализированных муниципальных учреждений здравоохранения.

В ведении субъекта федерации находится 25,0% коечного фонда. Обеспеченность круглосуточными койками составляет 20,5 коек на 10000 населения. Всего в ЛПУ Московской области госпитализируется более 1 300 тыс. человек. Значительная часть населения получает стационарное лечение в муниципальных ЛПУ (89%). Работа койки в 2007 году составила 317,3 дня со средней длительностью пребывания больного на койке 13,1 дня. В 2007 году число посещений в АПУ составило 51,786 млн., на одного жителя приходится 9,2 посещений в поликлинику.

Для углубленного исследования в соответствии с поставленными задачами были отобраны два района Московской области – Подольский и Ногинский районы, характеризующиеся особенностями расселения населения, различной численностью населения, разноудаленностью от Москвы, разной мощностью учреждений системы здравоохранения.

Подольский район, в отличие от Ногинского района, характеризуется наличием мощной сети муниципальных учреждений здравоохранения, расположенных в районном центре – г. Подольске и, соответственно, большим числом самостоятельных лечебно-профилактических учреждений. Медицинские учреждения Подольского района лучше обеспечены врачебными кадрами и специалистами сестринского дела.

В соответствии с целью исследования и для решения поставленных задач был использован комплекс социально-гигиенических методик, включающих



статистический, социологический, экспертный методы, а также метод организационного эксперимента.

Статистический метод заключался в выборке данных из медицинских документов, с последующей статистической обработкой. Были использованы традиционные методы вычисления экстенсивных и интенсивных показателей.

Для определения значимости оценки потребителей услуг, как обязательной составляющей мониторинга качества медицинской помощи использовался социологический метод. Проведено анкетирование пациентов, с целью изучения степени удовлетворенности потребителей качеством оказания медицинской помощи в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях различных муниципальных образований Московской области.

Для определения значимости и объективности различных индикаторов при проведении экспертизы и оценки качества медицинской помощи использовался экспертный метод. Для отработки и апробации индикаторов для системы управления качеством медицинской помощи в муниципальных стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях проведен организационный эксперимент.

Для решения задач исследования нами были специально разработаны, заполнены и проанализированы (схема 1):

- Карта экспертной оценки значимости различных индикаторов для системы управления качеством медицинской помощи в муниципальных стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Карта заполнялась экспертами – врачами и руководителями здравоохранения Подольского и Ногинского районов.

- Анкета для оценки мнения населения о деятельности поликлинических учреждений.

- Анкета для оценки мнения населения о деятельности стационарных учреждений.

## Схема 1. Организация исследования

**Цель исследования:** Разработать научно-обоснованные предложения по совершенствованию системы контрольно-разрешительных механизмов в управлении качеством медицинской помощи

<b>Задачи исследования:</b>	Изучить состояние здоровья населения Московской области и отдельных муниципальных образований.	Изучить степень удовлетворенности потребителей социальных услуг муниципальных медицинских учреждениях Московской области.	Разработать, апробировать и внедрить индикаторы оценки системы управления качеством медицинской помощи в муниципальных стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, как инструмента контрольно-разрешительного механизма.	Разработать предложения по совершенствованию контрольно-разрешительных механизмов (лицензирование и аккредитация).
-----------------------------	--	---	---	--

**Объекты исследования:** процесс контрольно-разрешительного механизма в здравоохранении, методология и методика аккредитации медицинских организаций в Российской Федерации

<b>Источники информации:</b>	данные официальных статистических отчетов за 2002-2006 гг: №№ 1, 2, 4, 9, 11, 17, 30, 34, 47, 61. 20 нормативно-правовых и директивных актов за период 1970-2008 годы.	1. Анкета для оценки мнения населения о деятельности поликлинических учреждений. 2. Анкета для оценки мнения населения о деятельности стационарных учреждений. Всего 557 респондентов. - МУЗ Подольская ЦРБ, МУЗ Городская поликлиника г. Подольск. Заполнено 288 анкет: 145 в стационаре, 143 в поликлинике; - МУЗ ЦРБ Ногинского района, Поликлиника №2. Заполнено 269 анкет: 136 в стационаре, 133 в поликлинике.	Анкета для социологического опроса пилотных районов о необходимости совершенствования системы управления качеством в муниципальных стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также системы контрольно разрешительного механизма для медицинских организаций (учреждений)-42 анкеты	Карта экспертной оценки значимости различных индикаторов для оценки системы управления качеством медицинской помощи в муниципальных стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях (42 карты). Результаты предлицензионных проверок 170 ЛПУ, плановых проверок 71 ЛПУ, внеплановых проверок 87 ЛПУ, 171 проверки в рамках национального проекта «Здоровье», 328 документов, справок лицензионного контроля
------------------------------	--	---	--	---

**Методы исследования:** статистический, социологический, экспертных оценок, организационного эксперимента.

В исследовании приняло участие 557 респондентов. Исследование проводилось в следующих учреждениях здравоохранения Московской области:

- МУЗ Подольская ЦРБ, МУЗ Городская поликлиника г.Подольск. Заполнено 288 анкет: 145 в стационаре, 143 в поликлинике;

- МУЗ ЦРБ Ногинского района, Поликлиника №2 . Заполнено 269 анкет: 136 в стационаре, 133 в поликлинике.

- Анкета для социологического опроса пилотных районов о необходимости совершенствования системы управления качеством в муниципальных стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также системы лицензирования медицинских организаций (учреждений).

Всего ответили 42 респондента, из них: 6 – главные врачи (14,29%); 19 – заместители главных врачей (45,24%); 15 – заведующих отделениями (35,71%); 2 – начальника отдела (4,76%).

Для оценки системы лицензионного контроля проведен анализ результатов проверок лечебно-профилактических учреждений: предлицензионных проверок 170 ЛПУ, плановых проверок 71 ЛПУ, внеплановых проверок 87 ЛПУ, 171 проверки в рамках национального проекта «Здоровье», 328 документов, справок лицензионного контроля.

**В третьей главе** представлены результаты социально-гигиенического изучения демографической ситуации и состояния здоровья населения Московской области и пилотных районов: Подольского и Ногинского. В 2006 году в Московской области впервые с 1990 года зарегистрирован рост численности населения, на 0,3% по сравнению с 2005 годом. Доля лиц моложе трудоспособного возраста составляла в 2006 году 13,6%, старше трудоспособного возраста – 23,1%, что почти в 2 раза превышает порог в 12% (по шкале Россета), что позволяет отнести население Московской области к демографически старому.

Следует отметить снижение темпов естественной убыли населения в последние три года (в 2005 г. они составляли -8,5‰, с 2006г. – -7,9‰), однако ее уровень в области остается значительным. Сокращение численности населения происходит в основном из-за его естественной убыли, число умерших почти в 2 раза превышает число родившихся.

В области сохраняется низкий уровень воспроизводства населения. Несмотря на то, что за последние годы в Московской области отмечен рост коэффициента рождаемости (2000г. – 7,2‰, 2001г. – 7,7‰, 2002г. – 8,2‰; 2003г. – 8,8‰, 2004г. – 9,1‰, 2005г. – 9,0‰, 2006г. – 9,1‰;), данный показатель по-прежнему ниже среднероссийского уровня (10,4‰) и область занимает 73 место среди субъектов Российской Федерации.

Уровень смертности увеличивался вплоть до 2002 года, достигнув максимального значения в 18,4 ‰. К 2006г. коэффициент общей смертности составил 17,0 умерших на 1000 населения. По уровню этого показателя область занимает 65 место среди субъектов Российской Федерации. Основной причиной смерти населения в Московской области в 2006г., как и в предыдущие годы, были болезни системы кровообращения (58,8%). 2-е место в структуре причин смертности занимают новообразования (13,9%), сместившие несчастные случаи, отравления и травмы на 3-е место (13,8%). Болезни органов пищеварения (3,6%) стоят на 4-м месте, на 5-ом – болезни органов дыхания (3,2%) и на 6 месте – по-прежнему идут инфекционные и паразитарные болезни (1,1%).

Обращает внимание рост смертности среди лиц трудоспособного возраста по всем основным классам болезней. Две трети роста смертности населения обусловлены ее ростом среди трудоспособных граждан. В структуре смертности трудоспособного населения на первом месте стоят несчастные случаи, отравления и травмы (69% погибших от этих причин люди – трудоспособного возраста). При этом на самоубийства, убийства и случайные отравления алкоголем суммарно приходится 38,5% преждевременных смертей, причем в трудоспособном возрасте – 41,7%.

За десять последних лет показатель младенческой смертности в Московской области снизился почти вдвое (1996 г. 15,7‰; 2006 – 8,6‰). Материнской смертность составила в 2007 г. – 27,2 на 100000 живорожденных. Около ¼ всех случаев материнской смертности установлено в группе мигрантов.

В 2007 г. общая заболеваемость населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения увеличилась до 1153,7 на 1000 населения (таблица

1), что связано с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан. Рост заболеваемости отмечается по всем возрастным группам.

В структуре общей заболеваемости в 2007 г.: 1 место занимали болезни органов дыхания; 2-ое место – болезни системы; 3-е место – болезни костно-мышечной системы; 4 место – болезни глаза и его придаточного аппарата; 5 место – травмы и отравления.

Подольский район по сравнению с Ногинским районом характеризуется лучшими показателями заболеваемости населения по обращаемости всего, а также по отдельным классам болезней. В то же время в Ногинском районе ниже, чем в Подольске и в среднем по области заболеваемость новообразованиями, болезнями эндокринной системы. Кроме того, в муниципальных образованиях Ногинского района отмечаются высокие показатели заболеваемости алкоголизмом (14,2), наркоманиями (14,2), токсикоманиями (79,6), значительно превышающие средние по области.

**Таблица 1**

**Заболеваемость населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения по классам болезней**

Наименование	Всего		инфекционные заболевания		новообразования	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Подольский район	1079,1	1160,1	24,2	21,3	15,8	19,2
г. Подольск	1004,1	1038,3	35,8	36,7	40,0	41,5
Ногинский район	1244,4	1248,3	39,5	43,9	30,1	23,5
<b>В целом по области</b>	<b>1095,1</b>	<b>1125,5</b>	<b>38,2</b>	<b>38,1</b>	<b>33,5</b>	<b>34,6</b>
Наименование	болезни				психические расстройства	
	крови		эндокринной системы			
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Подольский район	5,7	6,3	51,2	60,0	43,6	42,1
г. Подольск	2,5	3,0	37,4	39,1	72,7	57,7
Ногинский район	3,4	3,4	32,0	32,0	57,9	56,1
<b>В целом по области</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>35,2</b>	<b>38,5</b>	<b>47,5</b>	<b>46,0</b>
Наименование	болезни					
	нервной системы		глаза		уха	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Подольский район	54,0	60,9	59,8	60,6	30,6	36,0
г. Подольск	40,1	37,5	51,8	51,5	18,7	23,4
Ногинский район	43,6	39,8	68,8	68,4	27,9	28,1
<b>В целом по области</b>	<b>36,1</b>	<b>38,1</b>	<b>70,4</b>	<b>71,3</b>	<b>27,0</b>	<b>27,4</b>

Наименование	болезни					
	системы кровообращения		органов дыхания		органов пищеварения	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Подольский район	99,1	125,9	431,9	424,2	74,3	76,7
г. Подольск	93,5	95,3	269,1	294,7	43,5	49,3
Ногинский район	187,7	187,1	357,4	373,3	57,2	55,9
<b>В целом по области</b>	<b>131,3</b>	<b>138,1</b>	<b>342,9</b>	<b>351,3</b>	<b>63,0</b>	<b>63,5</b>
Наименование	болезни					
	кожи		костно-мышечной системы		мочеполовой системы	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Подольский район	18,3	21,3	74,6	96,0	38,6	54,8
г. Подольск	30,3	33,9	60,0	61,1	38,1	37,8
Ногинский район	60,8	60,4	94,5	92,1	90,4	87,4
<b>В целом по области</b>	<b>51,7</b>	<b>50,6</b>	<b>65,9</b>	<b>69,5</b>	<b>59,5</b>	<b>63,9</b>
Наименование	осложнение беременности и родов (жен.нас.15-49 л.)		врожденные аномалии		травмы и отравления	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
	Подольский район	16,7	16,8	2,1	2,2	35,3
г. Подольск	31,1	52,3	3,1	3,6	143,1	141,6
Ногинский район	37,8	41,4	2,4	2,5	73,3	77,1
<b>В целом по области</b>	<b>30,8</b>	<b>35,4</b>	<b>3,1</b>	<b>3,2</b>	<b>68,6</b>	<b>68,2</b>

**В главе 4** представлены результаты оценки качества медицинской помощи по данным социологических опросов населения о состоянии стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи в Подольском и Ногинском районах Московской области.

Сопоставление полученных результатов в пилотных районах показало, что степень удовлетворенности населения стационарной помощью в обоих районах одинакова и составляет 83,3% и 82,5% (табл. 2). Однако структура удовлетворенности по исследуемым разделам деятельности стационаров не однородна: в Ногинском районе наиболее проблемным отмечена доступность помощи, в то время как в Подольском районе – условия пребывания пациентов в стационарах. Второе и третье места по проблемности занимают в Ногинском районе - условия оказания медицинской помощи в стационарах и результативность стационарного лечения, в Подольском районе –

организационные аспекты стационарного обслуживания и также эффективность лечения.

Различия в уровне показателей в регионах свидетельствуют о наличии более острых проблем в Подольском районе в части технического и технологического обеспечения лечебно-диагностического процесса, диапазоне помощи, медикаментозном обеспечении стационаров, предоставлении консультативной и организации диагностической помощи больным. Пациенты не поддерживают политику сокращения сроков госпитализации. В Ногинском районе более выражены проблемы платности стационарной помощи, организации питания больных, перегруженность палат и недостаточная оснащенность коечных мест.

**Таблица 2**

**Оценка населением состояния стационарной помощи (в баллах)**

<b>Блоки показателей</b>	<b>Подольский район</b>	<b>Ногинский район</b>
Отношение медицинских работников	4,09	4,29
Условия пребывания пациента в данном учреждении	2,8	3,41
Организация работы данного учреждения.	3,67	3,86
Доступность медицинской помощи	3,76	2,18
Эффективность (результативность) полученной медицинской помощи.	3,72	3,74
Работа учреждения в целом (ресурсное обеспечение, уровень помощи, качественные параметры)	3,79	3,9

Сопоставление районов по уровню удовлетворенности пациентов амбулаторной помощью показало, что общий показатель удовлетворенности выше в Ногинском районе (83,4%) , чем в Подольском районе (75,0%). Структура удовлетворенности в разрезе блоков (табл.2) идентичная. Наиболее слабым звеном в реализации потребности населения в медицинской помощи в обоих районах является блок, отражающий доступность медицинской помощи, что связано с неудовлетворенностью пациентов необходимостью легальных и нелегальных доплат за медицинское обслуживание. Проблемной областью также являются организация работы учреждений и недостаточная результативность обращения за помощью. В то время как достаточность лечебно-диагностических услуг в медицинских учреждениях, обусловленная обеспеченностью ресурсами,

качественными параметрами работы, и особенно отношение персонала получили самые высокие оценки.

Несмотря на идентичность общих проблем, выявлены существенные различия в уровне отдельных показателей, что позволяет установить наиболее острые проблемы, свойственные каждому из муниципальных образований. Так, например, диагностическое обследование, профилактическая работа, консультативная помощь значительно лучше организованы в Ногинском районе. Проблемы лекарственного обеспечения, выбора врача, ухода за тяжелобольными, возможность получения группы инвалидности в одинаковой степени проявляются в обоих районах, в то время как доступность стоматологической помощи существенно ниже в Ногинском районе.

**Таблица 3**

**Оценка населением состояния поликлинической помощи (в баллах)**

<b>Блоки показателей</b>	<b>Подольский район</b>	<b>Ногинский район</b>
Отношение медицинских работников	3,69	4,24
Условия пребывания пациента в учреждении.	3,46	3,97
Организация работы учреждения	3,21	3,90
Доступность медицинской помощи	2,92	3,22
Эффективность (результативность) полученной медицинской помощи	3,43	3,94
Работа учреждения в целом	3,63	4,06

Таким образом, полученные результаты социологического исследования удовлетворенности населения медицинской помощи показали, что мнение потребителей медицинских услуг объективно отражает ситуацию, сложившуюся в учреждениях здравоохранения, о чем позволили судить специально введенные контрольные вопросы. Очевидна возможность выявления проблем медицинского обеспечения населения через призму общественного мнения. Низкие показатели удовлетворенности позволяют идентифицировать наиболее слабые звенья в комплексе социальных проявлений деятельности учреждений, и является важным элементом контрольно-разрешительных механизмов.

На втором этапе исследования была проведена экспертная оценка значимости различных индикаторов для оценки системы управления качеством медицинской помощи в муниципальных учреждениях. Результаты экспертной



оценки позволили рассчитать веса каждого индикатора в соответствующей группе и разработать список индикаторов, как объективного инструмента для контрольно-разрешительных механизмов в здравоохранении.

**Таблица 4**

**Список показателей для оценки качества медицинской помощи**

<b>№.№</b>	<b>Наименования показателей</b>
	<b>Амбулаторно-поликлиническая помощь</b>
1.	Доля лиц удовлетворенных медицинской помощью (%)
2.	Доля больных злокачественными новообразованиями с впервые в жизни установленным диагнозом выявленных при профилактических осмотрах (%)
3.	Доля больных злокачественными новообразованиями 3 и 4 стадии из числа больных с впервые установленным диагнозом (%)
4.	Доля профилактических врачебных посещений от числа всех врачебных посещений (%)
5.	Доля прикрепленного населения, осмотренного на туберкулез за год(%)
6.	Смертность лиц трудоспособного возраста от болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением
7.	Инвалидизация от болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением
8.	Доля лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями, прошедших Школы здоровья
	<b>Скорая медицинская помощь</b>
9.	Число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах бригад скорой медицинской помощи на 1000 среднегодового населения
10.	Число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах бригад скорой медицинской помощи в сельских населенных пунктах на 1000 среднегодового населения
11.	Число госпитализированных лиц бригадами скорой медицинской помощи на 1000 среднегодового населения
12.	Частота госпитализации жителей сельской местности бригадами скорой медицинской помощи
13.	Доля госпитализированных больных бригадами скорой медицинской помощи от общего числа госпитализированных (%)
14.	Доля перевезенных больных фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи от общего числа лиц, которым помощь оказана фельдшерскими бригадами (%)
15.	Частота обслуженных лиц профильными бригадами (сменами) на 1000 среднегодового населения
	<b>Стационарная помощь</b>
16.	Средняя длительность лечения (средняя длительность пребывания) больного на койке в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения*
17.	Частота госпитализаций на 100 жителей (уровень госпитализации) в государственные (муниципальные) учреждениях здравоохранения*
18.	Больничная летальность (%)
19.	Летальность по ведущим причинам (%)
20.	Летальность от инфаркта миокарда
21.	Досуточная летальность от инфаркта миокарда
22.	Летальность от инсульта
23.	Послеоперационная летальность (в %)

<b>№№</b>	<b>Наименования показателей</b>
24.	Доля лиц с осложнениями среди всех госпитализированных в государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения
25.	Доля лиц госпитализированных в государственные (муниципальных) учреждениях здравоохранения при самообращении («самотеком») от общего числа госпитализированных
	<b>Дневные стационары</b>
26.	Средняя длительность лечения больных в профильных дневных стационарах при больничных учреждениях (в днях)
27.	Средняя длительность лечения больных в профильных дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях (в днях)
28.	Средняя длительность лечения больных в профильных стационарах на дому (в днях)
	<b>Помощь беременным</b>
29.	Доля предотвратимой материнской смертности (%)
30.	Заболеваемость беременных анемией (на 100 закончивших беременность)
31.	Число женщин, умерших после прерывания беременности, на 1000 женщин фертильного возраста
32.	Частота осложнений родов и послеродового периода (на 1000 родов)
33.	Доля женщин 20-39 лет больных злокачественными новообразованиями молочной железы и половых органов 3 и 4 стадии из числа с впервые установленным диагнозом (%)
34.	Доля ВИЧ-инфицированных женщин, получивших полный курс профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку из числа всех ВИЧ-инфицированных женщин, закончивших беременность родами
	<b>Помощь детям</b>
35.	Доля предотвратимой ранней неонатальной смертности (%)
36.	Доля предотвратимой младенческой смертности (%)
37.	Доля умерших вне лечебных учреждений детей первого года жизни из числа умерших детей первого года жизни (%)
38.	Доля предотвратимой детской смертности (0-17 лет) (%)
39.	Частота детской инвалидности на 10000 среднегодового детского населения (0-17 лет)
40.	Доля предотвратимой детской инвалидности (%)
41.	Доля детей, получивших вакцинопрофилактику согласно календарю прививок (%)

**В пятой главе** представлены результаты комплексного анализа лицензионного контроля, как базового инструмента контрольно-разрешительного механизма в здравоохранении. Результаты исследования показали, что институт лицензионного контроля остается в стадии законодательного, организационно-методического, информационного становления. Это связано, прежде всего с коротким сроком – менее 15 лет функционирования системы лицензирования, отсутствием целевого нормативно-правового обеспечения этой важнейшей части контрольно-разрешительного механизма. Установлено законодательно-нормативное нагромождение актов, директивных документов, не стыкующихся друг с другом, не всегда соответствующим принципам реформирования.

Одновременно остаются действующими многие приказы, директивные документы, разработанные в советское время (70-е годы XX века) до внедрения медицинского страхования, без учета стандартов осуществления медицинской деятельности, акты, утвержденные до административной реформы, и новые директивные документы введенные после принятия ФЗ «О совершенствовании принципов местного самоуправления».

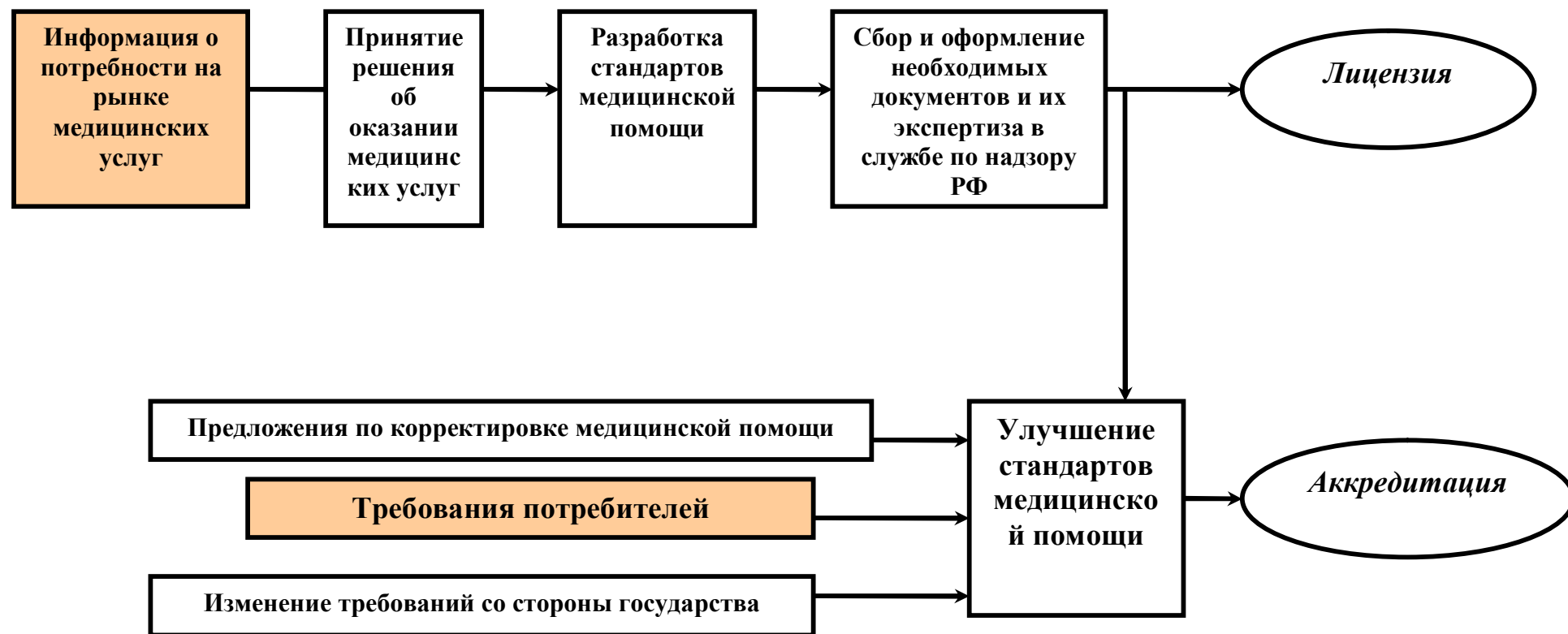
В соответствии с Указом Президента 2004 г. «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в здравоохранении является Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Указанные функции по Московской области реализуются через контрольные мероприятия в сфере: оборота лекарственных средств, медицинской деятельности, законного оборота наркотических средств, национального проекта «Здоровье».

Введение с 2006 года возможности судебного привлечения к ответственности нарушителей лицензионных требований не повлекло разработки стандартизованного алгоритма его проведения и контроля за устранением недостатков. Устарело Положение о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.02 №499, которое не отвечает современным требованиям лицензионного контроля и структуре административных изменений. Крайне важным является вопрос о механизме приостановления лицензированной деятельности. Исследование лицензионного контроля в Московской области позволило создать типологию нарушений в сфере медицинской деятельности.

В стадии длительных и многочисленных преобразований остается административная структура самих контролирующих органов медицинской деятельности. После двухлетнего функционирования Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития через систему территориальных органов Росздравнадзора, с 2008 года большая часть лицензирования фармакологической и медицинской деятельности передается департаментам здравоохранения субъектов Российской Федерации. Данная ситуация сохраняет контрольно-надзорную систему в стадии неопределенности.

**В главе 6** представлена методология и методика аккредитации медицинских организаций в Российской Федерации. Подчеркивается, что проблема повышения качества медицинской помощи крайне актуальна в России, что нашло отражение в Послании Президента России Федеральному собранию. Один из признанных механизмов достижения этой цели – введение в стране системы аккредитации медицинских учреждений (схема 2). Предлагается следующее определение аккредитации – официальная форма признания медицинского учреждения (как поставщику услуг) и оценки его компетентности в оказании качественной медицинской помощи, проводимые в соответствии со стандартами аккредитации специально уполномоченным на то лицом (органом).

Опыт быстрого создания и введения в действие института аккредитации в различных странах (до 6 месяцев от принятия решения до начала процедуры аккредитации) доказывает, что при наличии политической воли и специалистов по управлению качеством это – задача, которую реально решить в России в ближайшее время. Важно при этом, чтобы новый институт не упростился еще до одного из винтиков административного контроля и источника обогащения функционеров, а стал одним из лучших образцов механизма повышения качества услуг. Система аккредитации должна быть понятна, открыта, научно-обоснована, выгодна для медицинских учреждений и, в конечном счете, для потребителя.



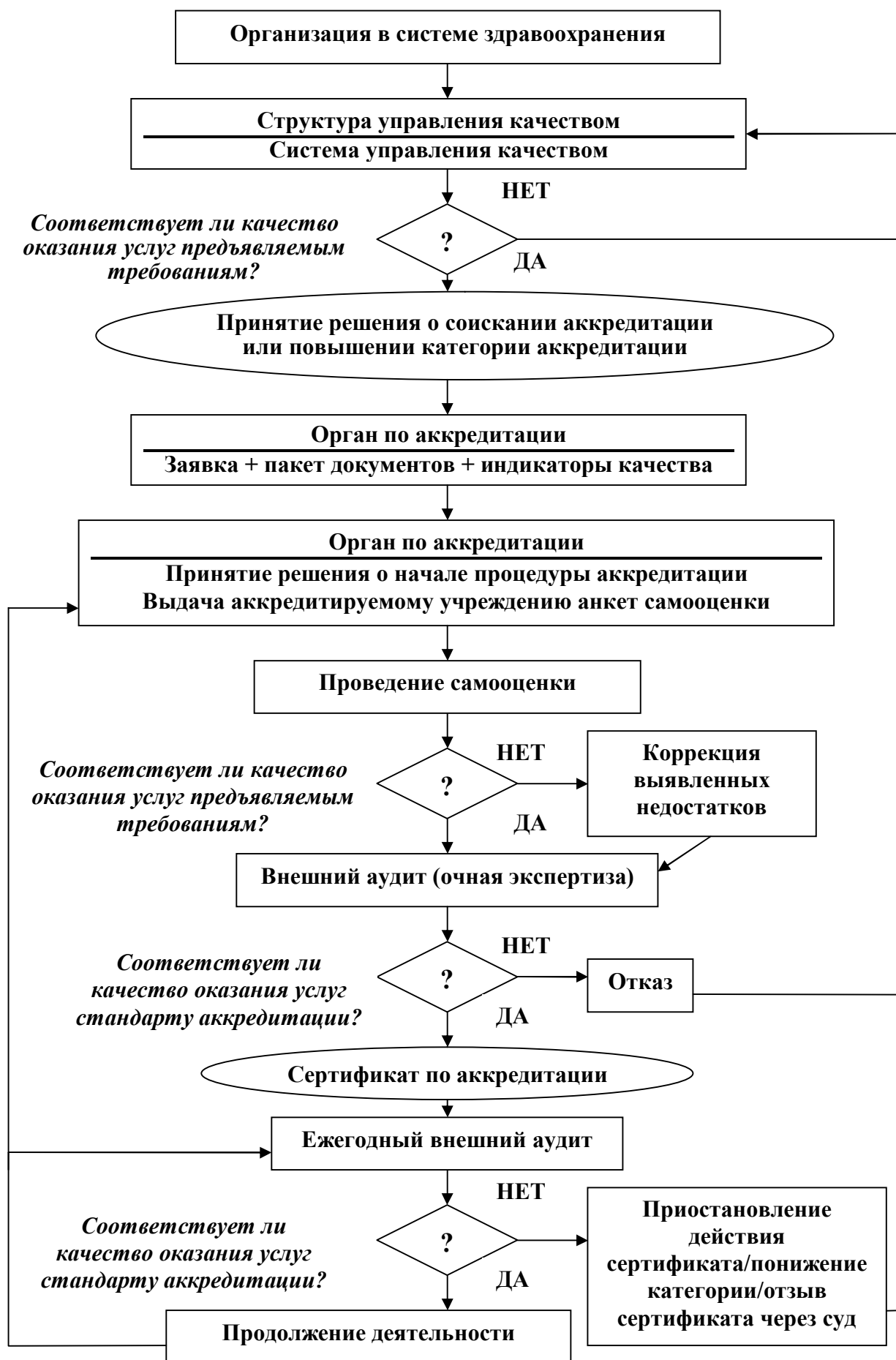
**Схема 2 Работа системы управления качеством медицинской помощи**

Основная цель аккредитации медицинских организаций (учреждений) – оценка подтверждения уровня качественного оказания услуг в системе здравоохранения, и решения следующих задач:

- признание компетентности (способности) аккредитуемых учреждений в системе здравоохранения обеспечить качественную медицинскую помощь;
- повышение качества и эффективности услуг, оказываемые гражданам аккредитованными учреждениями в системе здравоохранения;
- способствование росту профессионального уровня медицинских, работников;
- обеспечение и защита прав потребителей медицинских;
- создание условий для роста доверия граждан к профессиональной деятельности аккредитованных учреждений.

По результатам исследования разработан алгоритм проведения аккредитации медицинских организаций (схема 3).

В заключении на основании результатов выполненного исследования представлены предложения по совершенствованию контрольно-разрешительных механизмов в здравоохранении Российской Федерации.



## Выводы

1. Демографическая ситуация в Московской области характеризуется замедлением темпов естественной убыли населения в последние годы (с -8,5‰ в 2005г. до -7,9‰ в 2006г.), но она еще значительна. Сокращение численности населения происходит из-за его естественной убыли, число умерших в 2 раза превышает число родившихся. При росте коэффициента рождаемости за последние годы с 7,2‰ в 2000 г. до 9,1‰; в 2006 г., по данному показателю область занимает 73 место среди субъектов Российской Федерации.

2. В 2007 г. общая заболеваемость населения Московской области по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения увеличилась до 1153,7 на 1000 населения (в 2006 г. – 1125,5 на 1000 населения). Рост заболеваемости отмечается по всем возрастным группам. В структуре общей заболеваемости 1 место занимали болезни органов дыхания – 356,9 на 1000 населения; 2-ое место – болезни системы кровообращения 139,8 на 1000 населения; 3-е место – болезни костно-мышечной системы – 72,4 на 1000 населения; 4 место – болезни глаза и его придаточного аппарата – 72,2 на 1000 населения; 5 место – травмы и отравления – 71,4 на 1000 населения. Структура общей заболеваемости в 2007 году изменилась за счет роста болезней костно-мышечной системы.

3. Мониторинг удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях является важной составляющей выявления проблем в системе управления качеством медицинской помощи и действенным инструментом в контрольно-разрешительных механизмах, особенно на стадии предлицензионного контроля лечебно-профилактических учреждений. Сопоставление районов Московской области по уровню удовлетворенности медицинской помощью показало, что в стационарах она одинакова 83,3% и 82,5%. В то же время структура удовлетворенности по конкретным разделам деятельности стационаров не однородна: в Ногинском районе наиболее проблемным является раздел, характеризующий доступность помощи, в то время как в Подольском районе – условия пребывания пациентов в стационарах. Второе и третье места по проблемности занимают в Ногинском районе условия в стационарах и результативность стационарного лечения, в Подольском районе – организационные аспекты стационарного обслуживания в части технического и технологического обеспечения лечебно-диагностического



процесса, диапазоне помощи, медикаментозном обеспечении стационаров, предоставлении консультативной и организации диагностической помощи больным.

4. Главная проблема в лицензионном контроле, как основы контрольно-надзорной деятельности, состоит в законодательном нагромождении нормативно-правовых актов. Продолжают действовать многие приказы и требования, принятые в дореформенный период 70-80 гг. XX века. Активное принятие в последние годы новых и новых редакций долголетних нормативно-правовых актов неоправданно затрудняет работу лицензиатам. Для нормализации нормативно-правовой базы контрольно-разрешительных функций необходима кодификация медицинского законодательства и его систематизация т.

6. В связи с совершенствованием разграничения полномочий в рамках административной реформы с 1 января 2008 года большая часть лицензирования фармацевтической и медицинской деятельности передается департаментам здравоохранения, создается многоступенчатая система осуществления контрольных функций, что диктует необходимость стандартизации проведения контрольно-надзорной деятельности.

7. В результате исследования были определены и обоснованы принципы аккредитации, как нового контрольно-разрешительного механизма в здравоохранении. Аккредитация должна быть независима, т.е. осуществляться экспертами по аккредитации, свободными от любого коммерческого, финансового, административного или другого воздействия, которое может оказать влияние на принимаемые решения; процедура аккредитации осуществляется по всем видам деятельности, на которые заявленная организация имеет лицензию и их осуществляет; информация, полученная во время аккредитации медицинских учреждений, не подлежит разглашению, если эта информация может быть использована в целях приносящих ущерб учреждению; при проведении аккредитации обеспечиваются равные условия оценки по единым стандартам аккредитации для всех организаций.

### **Предложения**

1. Пересмотреть нормативно-правовую базу по лицензионному контролю для оптимизации данного вида контрольно-разрешительных механизмов.

2. Внедрить на всей территории Московской области и Российской Федерации в целом мониторинг за удовлетворенностью потребителей медицинских услуг, как важной составляющей контрольно-разрешительных механизмов.

3. Внедрить в деятельность контрольно-разрешительных механизмов в здравоохранении Российской Федерации такой объективный инструмент, как индикаторы для оценки качества оказания медицинской помощи.

4. Создать новый вариант контрольно-разрешительного механизма в здравоохранении – аккредитацию медицинских учреждений.

### **Список печатных работ**

1. А.Ю.Абрамов Организационно-правовые основы оказания платных медицинских услуг /Михайлова Ю.В., Косолапова Н.В., Абрамов А.Ю., Назаров В.М., Шестаков М.Г., Кольцов В.С. // Методическое пособие для организаторов здравоохранения и руководителей медицинских учреждений. – М., 2005. – 101 с.
2. А.Ю.Абрамов Инфекционная безопасность в медицинских учреждениях /Скачкова Е.И., Гажева А.В., Новожилов А.В., Шестаков М.Г., Абрамов А.Ю. // Руководство для медицинских работников – М., 2005. – 72 с.
3. А.Ю.Абрамов Аккредитация в системе здравоохранения России и за рубежом / Михайлова Ю.В., Короткова А.В., Абрамов А.Ю. // Методическое пособие для организаторов здравоохранения – М., 2005. – 64 с.
4. А.Ю.Абрамов Методология и методика системы аккредитации медицинских, фармацевтических организаций, научно-исследовательских, образовательных учреждений и страховых медицинских организаций в системе здравоохранения Российской Федерации / Скачкова Е.И., Короткова А.В., Камынина Н.Н., Гажева А.В., Новожилов А.В., Абрамов А.Ю. // Пособие для организаторов здравоохранения – М., 2006. – 66 с.
5. А.Ю.Абрамов Научное обоснование профессиональных и организационных форм деятельности среднего медицинского персонала /Тахтарова Ю.Н., Абрамов А.Ю., Сасина М.С. // Экономика здравоохранения №10 – М., 2007. – С. 42-46
6. А.Ю.Абрамов Система обучения методологии управления качеством с использованием дистанционного метода /Скачкова Е.И., Короткова А.В., Новожилов А.В., Гажева А.В., Кучерявая Д.А., Абрамов А.Ю. // Методическое пособие - М., 2007 – С. 83
7. А.Ю.Абрамов Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации /Михайлова Ю.В., Хальфин Р.А., Сохов С.Т., Сон И.М., Абрамов А.Ю. // Пособие для руководителей органов и учреждений здравоохранения – М., 2007. – 102 с.