

УДК 614.211

# Система управления эффективностью и качеством медицинской помощи в ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

А.М. Чухраёв, Н.С. Ходжаев, Т.В. Беликова

ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Москва

## РЕФЕРАТ

Разработанная в ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее – Учреждение) система управления эффективностью и качеством медицинской помощи (КМП) обеспечивает постоянный рост количественно-качественных показателей медицинской деятельности Учреждения и получение пациентами высококачественных офтальмологических медицинских услуг. Разработанные организационные и методические принципы управления эф-

фективностью и КМП, методики аудита, мотивированный подход к организации и оплате труда медперсонала могут быть полезны в практике ЛПУ офтальмологического профиля и других профильных направлений медицины.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, управление качеством медицинской помощи, индикаторы качества, эффективность медицинской помощи, катаракта. ■

**Авторы не имеют финансовых или имущественных интересов в упомянутых материале и методах.**

Офтальмохирургия.– 2016.– № 3.– С. 53-63.

## ABSTRACT

### System of management in efficiency and quality of medical care at the S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution

А.М. Chukhrayov, N.S. Khodjaev, T.V. Belikova

*The S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Moscow*

The system of management in efficiency and quality of medical care, developed at the S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, provides a constant growth of quantitative and qualitative indicators of the medical activities of the Institution that ensures for patients receive high-quality ophthalmic care services. The developed organizational and methodological principles of management in efficacy and a quality of medical care, methods of audit, a reasoned approach to the organization

and remuneration of medical staff may be useful in the practice of health care facilities of ophthalmic profile and other specialized areas of medicine.

**Key words:** quality of medical care, management of medical care quality, quality indicators, efficiency of medical care, cataract. ■

**No author has a financial or proprietary interest in any material or method mentioned.**

The Fyodorov Journal of Ophthalmic Surgery.– 2016.– No. 3.– P. 53-63.

## Для корреспонденции:

Беликова Татьяна Витальевна, канд. мед. наук, зав. клинико-экспертным отделом

E-mail: vmp@mntk.ru

Растущие потребности современного общества в развитии качественных медицинских услуг формируют необходимость сосредоточения усилий руководителей и организаторов здравоохранения на совершенствовании процессов управления эффективностью и качеством медицинской помощи.

Требования к управлению качеством на международном уровне определены стандартами серии ИСО 9000, которые положили начало процедурам разработки, внедрения и сертификации систем качества. В результате этого возникло самостоятельное направление менеджмента – менеджмент эффективности и качества.

Под обеспечением качества следует понимать реализацию стандартных медицинских технологий, направленных на достижение запланированного уровня качества. В современных условиях одной из основных предпосылок достижения высокого качества медицинской помощи является системный подход к формированию и реализации конкурентной стратегии организации здравоохранения. В рамках этого подхода деятельность всех функциональных подразделений ЛПУ должна быть нацелена на достижение высоких показателей качества медицинской помощи, а система управления качеством должна охватывать все сферы деятельности.

Эффективность – более ёмкое понятие, которое характеризует эффект и показывает, как использовались все ресурсы при данных методах, способах, мероприятиях, вмешательствах и каков получен результат. Различают 3 вида эффективности: медицинскую, социальную и экономическую [11].

Под медицинской эффективностью понимается степень достижения поставленных задач в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Медицинская эффективность может оцениваться через показатели качества и эффективности деятельности учреждения здравоохранения, снижение средних сроков диагностики, средней длительности заболевания, увеличение процента выздоровления, снижение числа осложнений и летальных исходов.

Социальная эффективность характеризуется улучшением показателей общественного здоровья, снижением заболеваемости, инвалидности, улучшением демографических показателей, а также повышением степени удовлетворенности населения медицинской помощью и санитарно-эпидемиологическим обслуживанием.

Экономическая эффективность характеризует получаемый результат (эффект) в сопоставлении с затратами на его достижение. Она позволяет определить сумму сэкономленных финансовых средств в результате снижения заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности.

Коэффициент экономической эффективности определяется как отношение эффекта (предотвращение экономического ущерба) в стоимостных показателях к затратам.

Вопросы управления, создания рациональной модели эффективного финансирования, организационных структур и форм, поиск путей разрешения конфликтов и проблем остаются первостепенными независимо от системы здравоохранения. Поэтому собственные разработки, с учетом особенностей, а не простое копирование рассматриваются как наиболее надежный путь реформ [11].

С.Н. Федоров с момента организации Института микрохирургии глаза, а затем МНТК «Микрохирургия глаза» уделял большое внимание вопросам организации управления качеством и эффективностью медицинской помощи. Именно С.Н. Федоровым впервые в практике медицинской организации была создана служба системы контроля качества медицинской помощи – отдел лечебного контроля (ОЛК) по аналогии с отделом технического контроля (ОТК) на производстве.

В настоящее время вопросы качества медицинской помощи (КМП) все больше приобретают государственный характер.

В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» отмечены факторы, сдерживающие развитие отечественного здравоохранения, среди которых основными указаны низкая эффективность системы орга-

низации медицинской помощи и несовершенство системы управления медицинской помощью, неравномерные подходы к оплате труда медицинского персонала, низкая информированность медицинских работников о современных методах диагностики и лечения заболеваний, недостаточная квалификация врачебного и среднего медицинского персонала, слабая мотивация их к профессиональному совершенствованию.

Целью «дорожной карты», утвержденной Правительством Российской Федерации, является повышение КМП на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников [8].

Одним из приоритетных направлений программы госгарантий является увеличение объемов высокотехнологической медицинской помощи с обеспечением ее доступности всем гражданам РФ. Данный тезис ставит перед врачами задачу разработки методологических решений, направленных на соблюдение высоких требований к качеству оказываемой медицинской помощи.

## ЦЕЛЬ

Развитие и совершенствование системы управления эффективностью и качеством медицинской помощи, направленной на повышение комплексных функционально-технологических показателей медицинской деятельности учреждения, базирующейся на передовых медицинских технологиях, соблюдении стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

Алгоритм достижения цели лежит в плоскости реализации задач, направленных на разработку многофункциональной эффективной модели управления КМП [1], системы внутреннего контроля КМП, индикаторов и эталонов качества медицинской помощи с учетом последних достижений современной науки. Важным инструментом в создании условий для профессионального роста врачей является внедрение системы мотивированной оплаты труда медицинского персонала в зависимости от количественно-ка-

качественных показателей лечебной деятельности, перманентный мониторинг и анализ КМП, оказываемой отдельными врачами, клиническими отделениями и учреждением в целом.

Созвучным с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 мая 2015 г. № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» является разработка и применение на протяжении многих лет системы оценки КМП со стороны пациентов в части их степени удовлетворенности результатами оказанной медицинской помощи на основе анкетирования [6].

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью и задачами исследования объектом изучения явились результаты управления лечебной деятельностью Учреждения в 2006-2015 гг., что базировалось на 200-250 тысячах операций в год.

При разработке модели управления КМП использован собственный опыт, а также опыт здравоохранения развитых стран по применению индустриальной модели, основанной на трех критериях Донабедиана: структуре, процессе, результате [12].

Базовыми компонентами при анализе качества являлись три основных: анализ профессиональных качеств врача, обеспеченности медицинским оборудованием и персоналом, условий организации и финансирования (качество структуры), анализ медицинских технологий (качество процесса), анализ результатов (качество результатов).

При организации внутреннего контроля КМП учитывались действующие нормативные документы [2-5, 7, 9], а также сложившаяся в Учреждении практика.

В работе использованы оригинальные методики расчета индикаторов результата лечения пациентов, ведения медицинской документации, а также мотивированная оплата труда медицинского персонала в зависимости от количественно-качественных показателей лечебной деятельности.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### 1. Разработка эффективной модели управления КМП

За прототип модели управления КМП в Учреждении принята индустриальная модель, основанная на триаде Донабедиана [12], в соответствии с которой необходимо оценить и привести в соответствие относительно заданных стандартов структуру для оказания медицинской помощи, медицинские технологические процессы, клинические результаты (исходы).

В части совершенствования структуры для оказания медицинской помощи в МНТК «МГ» в постоянном режиме проводится широкомасштабная работа по обновлению аппаратуры и медицинского оборудования, использования расходных материалов и медикаментов от ведущих производителей, модернизации рабочих мест и повышению технической оснащенности труда медицинских работников.

Важным аспектом является формирование профильного направления работы клинических отделений (бригады хирургии переднего и заднего отрезка глаза, глаукомы, опухолей, окулопластической хирургии, лазерной хирургии, детской хирургии), что способствует достижению высокого мастерства врачей в конкретном разделе офтальмологии.

Внедрение в Учреждении системы персональных допусков к различным видам медицинской деятельности в зависимости от уровня их сложности и квалификации медицинского персонала обеспечивает высокий технологический стандарт качества оказываемой медицинской помощи и мотивирует хирургов на освоение новых методов лечения и профессиональный рост.

Развитие и совершенствование медицинских технологических процессов включают в себя внедрение в практику новейших технологий офтальмохирургии, базирующихся на достижениях современной науки, функционирование системы микрохирургических тренажерных залов (WetLab) для освоения и совершенствования новых технологий, подготовку и обучение медицинского персонала новейшим медицинским технологиям.

Система, направленная на совершенствование клинических результатов, предполагает ориентацию врачебного персонала клиники при выполнении лечебно-диагностических мероприятий на целевые показатели медицинской помощи и эталоны качества, разработанные в соответствии с новейшими достижениями науки и практики.

Неотъемлемым составляющим элементом этой системы является перманентный аудит лечебного процесса и результатов медицинской помощи в соответствии с индикаторами качества и связь оплаты труда медицинского персонала не только с количественными, но и качественными показателями.

### 2. Организация внутреннего контроля и управления КМП

Согласно статье 87 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внутренний контроль является одной из трех форм контроля качества и безопасности медицинской деятельности [10].

В соответствии с действующими нормативными документами [2-5, 7, 9], а также сложившейся практикой в ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Фёдорова» Минздрава России создана многоуровневая система контроля и управления КМП (табл. 1).

Самоконтроль лечащего врача обеспечивается выполнением следующих функций:

- качественный сбор информации о пациенте и его заболевании;
- направление на своевременное обследование пациентов в соответствии с действующими стандартами медицинской помощи;
- контроль и анализ результатов проведенного диагностического обследования, при необходимости направление на повторные и дополнительные обследования;
- полный офтальмологический осмотр пациентов в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных;
- постановка обоснованного диагноза в соответствии с объективным локальным статусом и данными проведенных диагностических исследований;

Таблица 1

## Уровни контроля и управления КМП

Уровни контроля	Контролирующие и управляющие структуры
0	самоконтроль лечащего врача
1	заведующий офтальмологическим отделением
2	отдел лечебного контроля (ОЛК)
3	заместитель генерального директора по лечебной работе
4	врачебная комиссия

- выбор адекватного и своевременного лечения на основе стандартов и протоколов в соответствии с принятыми медицинскими технологиями;

- взятие с пациентов информированного согласия на медицинское вмешательство;

- владение новыми современными технологиями, принятыми в Учреждении;

- соблюдение динамики ведения пациентов;

- организация консультаций специалистами, организация консилиумов;

- направление пациентов на врачебную комиссию для решения вопроса о назначении пяти и более наименований лекарственных препаратов одновременно или более 10 наименований в течение месяца лечения, а также о назначении лекарств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

- согласование тактики ведения пациента с заведующим отделением при госпитализации, выписке, а также консультация пациентов, длительно находящихся на стационарном лечении, не реже 1 раза в 10 дней;

- направление длительно находящихся на стационарном лечении пациентов на повторное взятие анализов;

- соблюдение и обоснованность сроков лечения;

- контроль правильности и своевременности выполнения средним медицинским персоналом назначений и указаний по уходу за больными;

- качественное и своевременное ведение медицинской документации;

- качественное оформление документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;

- своевременное направление на врачебную комиссию пациентов для продления листков нетрудоспособности свыше 15 календарных дней;

- предоставление информации о состоянии здоровья по требованию пациента или его законного представителя;

- соблюдение врачебной тайны;
- введение данных о посещении, диагнозе, планировании операции или курса лечения в электронную базу данных Учреждения;

- систематическое повышение квалификации путем активного участия в научно-практических конференциях, семинарах, разборах больных;

- участие в проведении занятий по повышению квалификации среднего и младшего медицинского персонала.

Контроль и управление КМП со стороны заведующего отделением обеспечиваются следующими функциями:

- контроль за лечебно-диагностической деятельностью врачей отделения на этапе оказания медицинской помощи по вопросам, касающимся качества сбора анамнеза, обоснованности постановки диагноза, выбора тактики лечения, соблюдения стандартов и принятых медицинских технологий, соблюдения динамики ведения пациентов, обоснованности сроков лечения;

- осмотр больных при поступлении и выписке из стационара, а также начале и завершении курса амбулаторного лечения;

- распределение больных между врачами отделения;

- осмотр больных, длительно находящихся на лечении в стационаре, не реже 1 раза в 10 дней;

- осуществление консультативной работы в сложных клинических случаях;

- решение вопроса о выписке больных из отделения;

- контроль за качеством ведения медицинской документации и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, врачами отделения;

- анализ ошибок, допущенных врачами отделения;

- разборы случаев, представляющих затруднения в диагностике и лечении, случаев расхождения диагнозов, случаев смерти в отделении;

- организация учебы и повышение квалификации врачей по овладению новыми медицинскими технологиями;

- внедрение новых утвержденных медицинских технологий в отделение;

- контроль за сроками прохождения учебы врачами отделения для получения действующего сертификата специалиста;

- направление врачей отделения на курсы повышения квалификации;

- принятие мер по улучшению КМП в отделении;

- принятие мер по профилактике внутрибольничных инфекций;

- рациональная организация труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала отделения, внедрение методов научной организации труда в отделении.

В отличие от трехуровневой системы контроля КМП, рекомендованной нормативными документами, в Учреждении внедрен уровень лечебного контроля, наделенный следующими функциями:

а) офтальмологический осмотр пациентов (биомикроскопия, офтальмоскопия, при необходимости гониоскопия и другие обследования) и проверка соответствующей медицинской документации по завершению курса стационарного или амбулаторного лечения;

б) осуществление контроля, выявление дефектов, оценка качества и безопасности медицинской помощи в соответствии со следующими критериями:

- качество ведения лечебно-диагностического процесса в соответствии с действующими технологиями и принятыми стандартами оказания медицинской помощи и протоколами ведения больных,

- качество сбора информации о пациентах (полнота сбора анамнеза),

- обоснованность диагноза и соответствие его объективному локальному статусу,

- соответствие объема проведенного обследования нозологической форме заболевания в соответствии со стандартами и протоколами,

- своевременность оказания медицинской помощи, назначения лечебно-диагностических процедур и консультаций специалистами и должностными лицами,

- обоснованность и адекватность выбора тактики хирургического и медикаментозного лечения,

- соблюдение динамики ведения пациентов,

- преемственность медицинских этапов оказания медицинской помощи,

- соблюдение и обоснованность сроков лечения,

- применение новых технологий диагностики и лечения,

- наличие операционных и послеоперационных осложнений,

- исход заболевания,

- качество клинического результата (индикатор качества клинического результата) по 12-балльной шкале,

- качество ведения медицинской документации по 5-балльной шкале,

- качество оформления документов, удостоверяющих временною нетрудоспособность граждан,

- удовлетворенность пациентов результатами оказания медицинской помощи;

в) проверка достоверности и корректировка сведений, введенных в электронную базу данных лечебной деятельности Учреждения на автоматизированных рабочих местах: врач-офтальмолог, приемное отделение, операционный блок;

г) достоверность ввода информации о качественных показателях в систему персонализированного учета лечебной деятельности Учреждения;

д) систематическое проведение мониторинга качественных показателей лечебной деятельности Учреждения;

е) ежемесячное предоставление сведений о средних индикаторах КМП, операционных и послеоперационных осложнениях, выявленных дефектах лечебно-диагностического процесса, врачебных ошибках во врачебную комиссию (ВК) Учреждения;

ж) разработка и совершенствование критериев оценки КМП, критериев оценки качества ведения медицинской документации, оценки лечебной деятельности врачей-офтальмологов Учреждения;

з) совместно с вычислительным центром (ВЦ) подготовка информационной основы, разработка и применение компьютерных программ (включая мониторинг результатов экспертных оценок), позволяющих совершенствовать систему учета и анализа лечебной деятельности, повышать эффективность использования информации в управлении КМП.

В систему контроля и управления КМП со стороны заместителей директора по лечебной работе входят следующие функции:

- организация лечебно-диагностического процесса, взаимосвязь и координация, планирование и выполнение мероприятий по улучшению качества медицинского обслуживания;

- обеспечение увеличения эффективности клиничко-экспертной работы на всех уровнях управления КМП;

- осуществление выборочного текущего и по законченным случаям контроля (по медицинским картам стационарного и амбулаторного больного, а также при личном осмотре пациентов) за исполнением врачами функций по диагностике, лечению, реабилитации, ведению медицинской документации и экспертизе временной нетрудоспособности;

- осмотр индивидуально или в составе консилиума больных с осложненным течением операции и послеоперационного периода;

- рассмотрение обращений и жалоб граждан по вопросам оказания медицинской помощи;

- принятие административных решений, выпуск распоряжений, направленных на улучшение организации лечебно-диагностического процесса, повышение КМП в Учреждении.

Уровень контроля и управления КМП со стороны врачебной комис-

сии Учреждения обеспечивается следующими функциями:

- оценка КМП и эффективности лечебно-диагностических мероприятий в различных клинических отделениях, проводимых различными врачами в разные временные периоды;

- ежемесячно мониторинг показателей КМП в Учреждении;

- анализ дефектов оказания медицинской помощи в разных структурных подразделениях разными врачами;

- анализ степени риска и безопасности проводимых медицинских технологий, анализ случаев операционных и послеоперационных осложнений в Учреждении;

- анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

- оценка деятельности врачей и медицинских работников (выполнение медицинских технологий);

- установление причинно-следственных связей влияния дефектов на последующий этап или результат лечебного процесса;

- разработка и реализация мероприятий по устранению и предупреждению дефектов оказания медицинской помощи, уменьшению количества операционных и послеоперационных осложнений;

- оценка обоснованности и эффективности назначения лекарственных средств, в том числе принятие решения о назначении одному больному пяти и более наименований лекарственных средств одновременно (в течение одних суток) или свыше десяти наименований лекарственных средств в течение одного месяца, а также лекарственных средств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

- изучение каждого случая смерти пациента в стационаре с целью выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности Учреждения и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

- участие в рассмотрении обращений и жалоб граждан по вопросам КМП в Учреждении;

- организация экспертизы временной нетрудоспособности;

- принятие решений в сложных и конфликтных случаях по вопро-

сам определения трудоспособности граждан;

- рекомендации для принятия административных решений, поощрений и взысканий, направленных на постоянное повышение КМП в Учреждении;

- планирование и проведение мероприятий по совершенствованию лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной деятельности;

- изучение эффективности проводимых мероприятий по улучшению КМП.

### 3. Разработка и внедрение методических подходов к расчетам индикаторов КМП

С целью оценки КМП в Учреждении, а также сравнения качественных показателей в разные временные периоды, необходима количественная оценка качественных показателей путем расчета индикаторов качества.

Одним из основным индикаторов КМП является индикатор клинического результата, являющийся результатом всей цепочки лечебно-диагностического процесса.

Впервые в клинической практике разработана многофакторная система расчета индикатора клинического результата при различной офтальмопатологии, основанная на сравнении фактически достигнутого результата с информационным эталоном, сформированным из целевых показателей, базирующихся на клинических проявлениях воздействия современных технологий на орган зрения. В *таблице 2* представлена методика расчета индикатора результата при хирургии катаракты.

Факторы риска при хирургии катаракты:

- сочетание катаракты с последствиями травмы (повреждением структур глаза);

- последствия перенесенных заболеваний глаза (синехии, помутнения оптических сред, экссудативные пленки, шварты, неоваскуляризация и т.д.);

- ранее перенесенные внутриглазные операции;

- сочетанные хирургические вмешательства (включая фемтолазерный этап);

- нарушение связочного аппарата хрусталика, подтвержденное объективными методами исследования;

- набухание хрусталика, подтвержденное объективными методами исследования;

- миоз, требующий применения ирис-ретракторов в процессе операции;

- миопия высокой степени (длина передне-задней оси глаза не менее 26 мм);

- гиперметропия высокой степени (длина передне-задней оси глаза не менее 20 мм);

- низкая плотность эндотелиальных клеток (менее 2000 кл/кв мм);

- сопутствующая соматическая патология (инсулинозависимый сахарный диабет; патология свертывающей системы крови, подтвержденная лабораторно).

Параметры эталона клинического результата меняются в зависимости от уровня развития медицинской науки и технологии. Оценивается технологический результат: качество разреза, сохранение структур глаза, положение ИОЛ, степень индуцированного астигматизма и рефракционный результат. К функциональному результату относятся данные послеоперационной остроты зрения.

Качество оформления медицинской документации в современных условиях приобретает все большую значимость в связи с возрастающими требованиями к КМП со стороны пациентов и пристальному вниманию со стороны страховых компаний и органов надзора.

С целью обеспечения адекватного оформления медицинской документации в Учреждении разработана методика расчета индикатора качества ведения медицинской документации (*табл. 3*).

### 4. Материальные и моральные факторы стимуляции высокого качества лечебной деятельности врачей-офтальмохирургов

В мотивированную систему оплаты труда врачей-офтальмохирургов наряду с количеством выполненных операций и категорией их сложности заложены индикаторы технологического результата и качества ведения медицинской документации.

При снижении индикаторов величина оплаты за операцию уменьшается пропорционально степени снижения. Таким образом, материальная стимуляция качества работы зависит не только от количественных, но и качественных показателей.

В Учреждении систематически проводится рейтинг офтальмохирургов, который является мощным моральным фактором стимуляции высокого качества работы. Рейтинг основан на системном анализе таких показателей, как количество операций, объем новых технологий, средний индикатор технологического результата, средний индикатор качества ведения медицинской документации, объем операционных осложнений, объем послеоперационных осложнений, объем выявленных дефектов оказания медицинской помощи, средний койко-день, степень удовлетворенности пациентов результатами оказанной медицинской помощи.

По результатам рейтинга врачи занимают то или иное место по количественным и качественным показателям.

### 5. Результаты совершенствования системы управления эффективностью и КМП в Учреждении

Результативность системы управления качеством медицинской помощи на протяжении многих лет в Учреждении доказывается повышением объема лечебной деятельности, растущим числом применяемых новых технологий, повышением качества технологического результата и улучшением функциональных результатов. Важными показателями также являются снижение количества операционных и послеоперационных осложнений, сокращение среднего койко-дня, повышение степени удовлетворенности пациентов КМП.

Внедренная в Учреждении многоуровневая система контроля и управления КМП обеспечивает достижение высокого уровня качества оказываемой медицинской помощи при растущих объемах хирургической деятельности (*рис.*).

Таблица 2

**Методика расчета индикатора клинического результата при факоэмульсификации катаракты с имплантацией эластичных ИОЛ (в том числе с фемтосекундным сопровождением)**

Параметры клинического результата	Характеристика эталона клинического результата* (целевой индикатор результата равен 10 баллам при катаракте без сопутствующих факторов риска; равен 12 баллам при катаракте с сопутствующими факторами риска)	Критерии отклонения от эталона клинического результата	Уровень снижения фактического индикатора результата в баллах (суммарный уровень снижения от 2 до 8 баллов)
<b>I. Технологический результат</b>			
<b>1. Анатомо-морфологическая характеристика</b>			
<b>а) качество операционного доступа</b>			
длина	не превышает 2,0 мм; доступ более 2,0 мм обоснован исходным состоянием глаза, что подтверждено записью в медицинской документации	необоснованное превышение длины доступа более 2,0 мм	4
профиль	тоннельный (роговичный тоннель, склеророговичный тоннель)	нетоннельный	
адаптация	бесшовная адаптация краев операционного доступа, полная герметизация	неполная адаптация краев операционного доступа, недостаточная герметизация, фильтрация влаги, наложен шов	
<b>б) состояние структур глаза</b>			
роговица	соответствует дооперационному статусу, допускается локальный отек в зоне операционного доступа	послеоперационные изменения статуса роговицы; отек эпителия, стромы, десцеметит в оптической зоне, отек всех слоев роговицы; эрозия; инфильтрат; преципитаты; имбибиция (кровью и др.); отслойка десцеметовой оболочки	2
передняя камера	соответствует дооперационному статусу или глубже, возможны единичные клетки в камерной влаге	феномен Тиндаля; грыжа стекловидного тела; экссудат; гипопион; гифема	2
радужка	соответствует дооперационному статусу	отек, хирургическое повреждение	2
зрачок	соответствует дооперационному статусу, послеоперационный мидриаз или миоз	неправильной формы, децентрация; синехии	2
капсула хрусталика	передний капсулорексис округлой формы, диаметром 5-6 мм, другие способы капсулотомии или отсутствие капсулы хрусталика обоснованы	капсула отсутствует, передняя капсула вскрыта хаотично; разрыв задней капсулы; отрыв цинновой связки	2
ядро хрусталика и хрусталиковые массы	удалены полностью	фрагменты ядра хрусталика и (или) хрусталиковые массы в передней камере, в области зрачка, в витреальной полости	4

Параметры клинического результата	Характеристика эталона клинического результата* (целевой индикатор результата равен 10 баллам при катаракте без сопутствующих факторов риска; равен 12 баллам при катаракте с сопутствующими факторами риска)	Критерии отклонения от эталона клинического результата	Уровень снижения фактического индикатора результата в баллах (суммарный уровень снижения от 2 до 8 баллов)
стекловидное тело	соответствует дооперационному статусу	экссудат, гемофтальм	2
сосудистая оболочка	соответствует дооперационному статусу	отек, отслойка (серозная, геморрагическая)	2
сетчатка	соответствует дооперационному статусу	кровоизлияние (преретинальное, ретинальное, субретинальное), макулярный отек, отек ДЗН, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва, отслойка	2
<b>2. Положение ИОЛ</b>			
ИОЛ	внутрикапсульная фиксация ИОЛ, другие способы фиксации ИОЛ обоснованы, центрация ИОЛ по оптической оси, отсутствие ИОЛ обосновано	ИОЛ отсутствует, зрачковая фиксация, смешанная фиксация, децентрация (по отношению к оптической оси, к плоскости радужки), дислокация (в переднюю камеру, в заднюю камеру, в витреальную полость)	4
<b>3. Рефракционный результат</b>			
а) после-операционная клиническая рефракция	соответствует планируемому рефракционному результату	не соответствует планируемому рефракционному результату более чем на 1,0 дптр	2
б) индуцированный астигматизм	не превышает 1,0 дптр при разрезе до 2,0 мм; при увеличении длины разреза более 2,0 мм допустимо увеличение астигматизма до 2,0 дптр	превышает 1,0 дптр при разрезе до 2,0 мм; превышает 2,0 дптр при увеличении длины разреза более 2,0 мм	2
<b>4. Состояние гидродинамики глаза</b>			
внутриглазное давление	нормотония	гипертензия гипотония	2
<b>5. Этапность хирургического лечения</b>			
повторные операции	нет	есть	2
<b>6. Срок представления в ОЛК</b>			
срок после операции	от 1 до 4 суток	необоснованное превышение срока представления в ОЛК более 4 суток после операции	2



Параметры клинического результата	Характеристика эталона клинического результата* (целевой индикатор результата равен 10 баллам при катаракте без сопутствующих факторов риска; равен 12 баллам при катаракте с сопутствующими факторами риска)	Критерии отклонения от эталона клинического результата	Уровень снижения фактического индикатора результата в баллах (суммарный уровень снижения от 2 до 8 баллов)
<b>II. Функциональный результат</b>			
<b>1. Острота зрения</b>			
после-операционная острота зрения	выше дооперационной; без коррекции соответствует планируемой клинической рефракции;	с коррекцией от 0,6 до 0,8 при отсутствии дооперационной патологии;	2
	с коррекцией не менее 0,8; острота зрения ниже 0,8 обоснована сопутствующей дооперационной патологией	с коррекцией от 0,4 до 0,6 при отсутствии дооперационной патологии;	4
		с коррекцией ниже 0,4 при отсутствии дооперационной патологии	6

Таблица 3

**Расчет индикатора качества ведения медицинской документации**

Индикатор качества ведения медицинской документации	Необходимые условия (критерии)
5	- медицинская карта стационарного больного и медицинская карта амбулаторного больного соответствуют формам, утвержденным нормативными документами (формы № 003/у и № 025/у);
	- паспортно-статистические данные представлены полностью;
	- жалобы больного, анамнез болезни и анамнез жизни представлены в полном объеме;
	- данные обследования при поступлении пациента представлены в полном объеме в соответствии со стандартами медицинской помощи;
	- при наличии сопутствующей патологии имеются консультации (заключения) врачей-специалистов соответствующего профиля;
	- диагноз заболевания соответствует локальному статусу при поступлении пациента; заключительный клинический диагноз может быть выставлен после поступления пациента при проведении дополнительных обследований и консультаций специалистов и должностных лиц;
	- представлены план лечения и показания к лечению;
	- указаны факторы риска по состоянию глаза и общему состоянию пациента;
	- общий статус, локальный статус при поступлении, диагноз, показания к лечению, лист врачебных назначений согласуются и подписываются лечащим врачом и заведующим отделением;
	- имеется информированное согласие пациента на диагностику и лечение, подписанные пациентом и лечащим врачом, а также информированное согласие пациента на анестезиологическое пособие, подписанное пациентом и врачом-анестезиологом;
	- при необходимости выдается листок нетрудоспособности в день госпитализации или в день начала амбулаторного лечения; делается отметка о выдаче листка нетрудоспособности в медицинской карте;
	- лечение хирургическое и медикаментозное соответствуют диагнозу, стандартам медицинской помощи (протоколам, схемам ведения больных, КСГ);

Индикатор качества ведения медицинской документации	Необходимые условия (критерии)
	- назначение пяти и более наименований лекарственных препаратов одновременно в течение суток или свыше десяти наименований лекарственных средств в течение одного месяца; назначение лекарственных средств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, допускается в соответствии с заключением врачебной комиссии, которое вклеивается в медицинскую карту;
	- в протоколе операции указываются: технология проведения операции, расходные материалы (ИОЛ, шовный материал, замещающие жидкости – силикон и т.д.), протокол подписывается хирургом;
	- имеются данные предоперационного осмотра врача-анестезиолога и протокол анестезии, подписанные врачом-анестезиологом;
	- имеются план назначения лекарственных препаратов и показания к операции;
	- ведутся дневники, подписанные лечащим врачом, в которых
	представлены результаты наблюдения за больным (жалобы, зрительные функции, глазной статус, динамика развития болезни, план и результаты дальнейшего обследования, корректировка и обоснование врачебных назначений, заключения консультантов);
	- ежедневно ведется температурный лист;
	- в случае сопутствующей соматической патологии (сахарный диабет, гипертоническая болезнь) ведется мониторинг сахара в крови и артериального давления;
	- при длительном нахождении больного в стационаре каждые 7-10 дней назначаются общий анализ крови и мочи, а также консультации заведующего отделением и, при необходимости, ведущих специалистов и должностных лиц;
	- каждые 10 дней оформляется этапный эпикриз;
	- выписной эпикриз пишется в 3-х экземплярах, в нем указываются данные пациента при поступлении, вид проведенного лечения, данные при выписке и рекомендации по долечиванию, эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением, вклеивается в медицинскую карту стационарного больного, медицинскую карту амбулаторного больного и отдается на руки больному;
	- в медицинской карте отсутствуют вклейки, «замазки», исправления, зачеркивания без записи «исправленному верить», имеется расшифровка подписей врачей и должностных лиц;
	- все записи в медицинской документации делаются своевременно.
4	Несоблюдение одного из вышеперечисленных условий
3	Несоблюдение двух или трех из вышеперечисленных условий
2	Несоблюдение четырех-пяти из вышеперечисленных условий
1	Несоблюдение более пяти из вышеперечисленных условий

Наглядным показателем роста качества хирургической деятельности является динамика показателей качества хирургии катаракты (табл. 4).

**ВЫВОДЫ**

Внедрение системы управления эффективностью и качеством оказываемой медицинской помощи способствуют саморазвитию прогрессивной методологии непрерывного повышения производительности лечебного учреждения на фоне перманентного роста КМП.

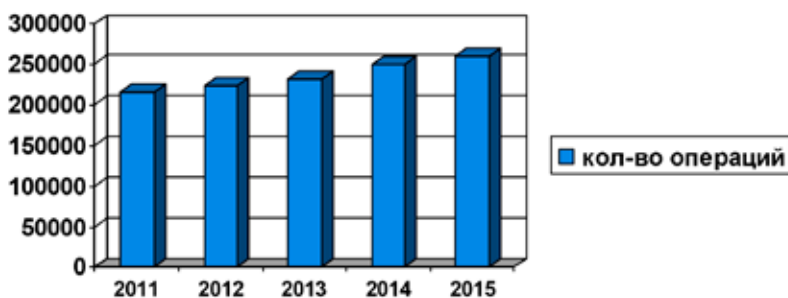


Рис. Рост объема хирургической деятельности (ГО+филиалы)

Разработанная модель управления, методики аудита, методики оценки качества медицинской помощи, мотивированный подход к организации и оплате труда медицинского персонала могут быть по-

Таблица 4

## Динамика показателей эффективности и качества хирургии катаракты

	2006 г.	2007 г.	2008-2011 гг.	2012-2013 гг.	2014-2015 гг.
Принятая эталонная длина разреза	4,0 мм	3,0 мм	2,2 мм	2,0 мм	1,8-2,0 мм
Среднее значение остроты зрения с планируемой коррекцией в раннем послеоперационном периоде	0,66	0,72	0,78	0,80	0,90
Среднее значение степени индуцированного астигматизма	1,2	0,95	0,83	0,6	0,4
Среднегодовой индикатор технологического результата	10,1	10,2	10,2	10,3	10,3
Средний койко-день	4,95	4,39	3,62	3,11	3,1
Осложнения	1,2%	1,0%	0,9%	0,8%	0,7%

лезны в совершенствовании системы управления эффективностью медицинской помощи ЛПУ офтальмологического профиля, а также других профильных направлений медицины.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беликова Т.В., Тимошкина Н.Т. Организация внутреннего контроля качества медицинской помощи в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России // Вестник Росздравнадзора. – 2014. – № 6. – С. 12-20.
2. Конституция Российской Федерации от 25 декабря 1993 г., с изм. от 30 декабря 2008 г.
3. Методические рекомендации Минздрава России от 20 декабря 2002 г.

№ 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений».

4. Приказ Минздрава России от 21 мая 2002 г. № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях».

5. Приказ Минздрава России от 5 мая 2012 г. № 502н (г. Москва) «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

6. Приказ Минздрава России от 14 мая 2015 г. № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».

7. Приказ Минздрава России от 07.07.2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р. «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения («дорожная карта»).

9. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

10. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

11. Чухраёв А.М., Борисоглебская Л.Н. Развитие системы здравоохранения на основе повышения эффективности управления многопрофильной больницей. – СПб., 2011.

12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // MMFQ. – 1966. – Vol. 44. – P. 166-206.

Поступила 15.04.2016

Профессиональная газета для офтальмологов и оптометристов

Российская офтальмология онлайн [www.eyepress.ru](http://www.eyepress.ru)

**МИР ОФТАЛЬМОЛОГИИ**

ООО «Издательство «Офтальмология»