

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.С.Глушанко, А.П.Тимофеева, Д.В.Мороз

**СИСТЕМА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Библиотека ВГМУ



**г. Витебск
ВГМУ
2006**

УДК 614.2:616–082:658.513
ББК 51.1(2)2я7
Г 55

Рецензент:

заведующий кафедрой общей гигиены с курсом экологии, д.м.н., профессор
Бурак И.И.

Глушанко, В.С.

Г 55 Система контроля качества медицинской помощи в организациях здравоохранения / В.С.Глушанко, А.П.Тимофеева, Д.В.Мороз. – Витебск: ВГМУ, 2006. – 74 с.

Методическое пособие содержит материалы, отражающие эффективность и качество работы, объективную оценку деятельности организаций здравоохранения, осуществление оперативного контроля за показателями здоровья населения и деятельность организаций здравоохранения, сокращение дефектов при оказании медицинской помощи. Предназначено для проведения лабораторных занятий со студентами на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с целью привития знаний, умений и навыков по данной теме. Учебно-методическое пособие соответствует типовому плану и типовой учебной программе по дисциплине "Общественное здоровье и здравоохранения", утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

УДК 614.2:616–082:658.513
ББК 51.1(2)2я7

© Глушанко В.С., Тимофеева А.П.,
Мороз Д.В., 2006
© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2006

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

КМП	–	качество медицинской помощи
ЛПО	–	лечебно-профилактическая организация
МКР	–	модель конечных результатов
МП	–	медицинская помощь
МСКБ-10	–	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
ТМО	–	территориальное медицинское объединение
ФЗ	–	фельдшерский здравпункт
КДР	–	коэффициент достижения результата
ОДМ	–	оценка диагностических мероприятий
ОД	–	оценка диагноза
ОЛМ	–	оценка лечебно-оздоровительных мероприятий
ОРЛ	–	оценка состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения и реабилитации
УКРВ	–	уровень качества работы врача
УКМ	–	уровень качества медицинской помощи
УД	–	уровень дефектов
УКМО	–	уровень качества медицинской помощи, оказываемой структурными подразделениями
Σ УКРВ	–	сумма уровней качества работы врачей
N_B	–	число врачей в отделении
K_{cy}	–	коэффициент социальной удовлетворенности
N_y	–	число пациентов, удовлетворенных данным видом помощи
N	–	общее число опрошенных пациентов
KI_{cy}	–	интегрированный коэффициент социальной удовлетворенности
Σ РП	–	сумма рассматриваемых позиций

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

Цель. Изучение, закрепление, проверка у студентов знаний по организации контроля качества медицинской помощи больным, а также расчета коэффициента достижения результата (КДР) на основе моделей конечных результатов (МКР).

Задачи

1. Ознакомление студентов с организацией системы контроля качества медицинской помощи больным в организациях здравоохранения.

2. Изучение студентами документов, регламентирующих методику оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических организациях (инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 37-0102 от 29 мая 2002 г.).

3. Изучение студентами шкалы оценки диагностических мероприятий, диагноза, лечебно-оздоровительных мероприятий и состояния здоровья пациента по окончании лечения.

4. Знакомство студентов с картой оценки качества медицинской помощи, таблицами оценки качества работы врача, штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей, уровня штрафных санкций при отдельных дефектах деятельности среднего медицинского персонала, анкетой изучения мнения пациента о работе поликлиники и стационара.

5. Изучение студентами структуры моделей конечных результатов (МКР).

6. Освоение, закрепление, углубление и проверка у студентов знаний по расчету коэффициента достижения результата.

7. В целях эффективности и качества работы, объективной оценки деятельности организаций здравоохранения обучение студентов проведению анализа деятельности на основе МКР.

II. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ

1. Основные принципы расчета и оценки деятельности органов, объединений, организаций здравоохранения по конечному результату.

2. Принцип структуры модели конечных результатов.

3. Этапы расчета коэффициента достижения результата.

4. Практическое значение МКР для определения уровня эффективности оказанной медицинской помощи.

5. Образец типовой модели конечных результатов деятельности организаций здравоохранения.

6. Принцип заполнения и анализ анкеты изучения мнения населения о работе организаций здравоохранения.

7. Расчет уровня качества медицинской помощи конкретному пациенту.

8. Система управления качеством медицинской помощи в организациях здравоохранения.

III. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ

1. Рассчитывать уровень качества оказания медицинской помощи конкретному пациенту.
2. Рассчитывать коэффициент достижения результата (КДР) на основе МКР.
3. Анализировать и оценивать работу врача по результатам расчета оценки качества медицинской помощи.
4. Анализировать и оценивать работу организаций здравоохранения по конечному результату на основе МКР.

IV. МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» изучается студентами высших медицинских учреждений образования в соответствии с образовательным стандартом «Высшее образование», типовой и рабочей программами.

Основной целью учебного процесса на кафедре общественного здоровья и здравоохранения является подготовка врача-специалиста, отвечающего инновационным запросам современного общества.

Особая значимость в этой связи придается формированию высокого профессионального уровня у студентов по формированию знаний системы управления качеством медицинской помощи, включающую стандартизацию медицинских технологий, отработку разноуровневой системы контроля и экспертизы качества медицинской помощи, обеспечение дифференцированной (по уровню качества) оплаты труда медицинского персонала.

V. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ.

1. Основы организации системы контроля качества медицинской помощи больным в организациях здравоохранения.
2. Характеристика понятия «качество медицинской помощи».
3. Методика проведения экспертизы контроля качества.
4. Ступени проведения контроля качества оказания медицинской помощи.
5. Шкала оценки диагностических мероприятий, диагноза, лечебно-оздоровительных мероприятий и состояния здоровья пациента по окончании лечения и реабилитации.
6. Значение карты оценки качества оказания медицинской помощи.
7. Содержание и значение таблицы оценки качества работы врача организации здравоохранения.
8. Уровни штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей организаций здравоохранения.
9. Содержание и методика заполнения анкеты по изучению мнения населения о работе организаций здравоохранения.

10. Система управления качеством медицинской помощи в организациях здравоохранения.

11. Схема экспертной оценки качества медицинской помощи в организациях здравоохранения.

12. Группы показателей, характеризующих деятельность организаций здравоохранения.

13. Структура модели конечного результата.

14. Этапы расчета коэффициента достижения результата (КДР).

15. Практическое значение МКР для определения уровня эффективности оказанной медицинской помощи.

16. Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» от 11.11.1999 г., Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 963 от 18 июня 2002 г. «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения».

VI. МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ.

1. Наглядные пособия:

1.1. «Содержание модели конечных результатов (МКР)».

1.2. «Виды показателей деятельности».

1.3. «Оценка показателей результативности».

1.4. «Этапы проведения оценки деятельности медицинских организаций (подразделений) на основе МКР».

1.5. «Экспертная оценка набора мероприятий (ОНМ)».

1.6. «Экспертная оценка качества (ОК)».

1.7. «Методика оценки выполнения стандартов качества».

2. Технические средства обучения.

2.1. Компьютерный класс, оснащенный ПК.

2.2. Микрокалькулятор.

3. Программные средства.

3.1. Обучающая компьютерная программа «Автоматизированный расчет коэффициента достижения результата» в среде FoxPro (версия 2.0).

VII. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ

Изучение темы «Система контроля качества и оценки эффективности работы организаций здравоохранения. Стандарты качества и модели конечных результатов. Анализ деятельности организаций здравоохранения на основе модели конечных результатов» осуществляется в течение 6 часов занятий и состоит из 3-х частей.

1. Определение исходного уровня знаний студентов, разбор и обсуждение основных вопросов темы.

2. Разбор типового и выполнение индивидуальных заданий по расчету и анализу КДР организаций здравоохранения регионов.

3. Контроль полученных знаний и практических навыков, подведение итогов занятий.

VIII. ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК ТЕМЫ

В Республике Беларусь в ходе реформ, осуществляемых в отечественном здравоохранении, четко наметились позитивные перемены – обеспечена стабильная работа отрасли, ряд показателей деятельности, непосредственно регулируемых здравоохранением, поддерживается на лучшем уровне среди стран СНГ. Произошли структурные изменения объемов медицинской помощи в сторону снижения стационарной и увеличения амбулаторно-поликлинической помощи; создан рынок медицинских услуг, на котором в настоящее время имеются как бесплатные, так и платные услуги, а значит, у пациентов появился выбор. Вместе с тем, остается сложной медико-демографическая ситуация, поэтому необходимо значительное повышение эффективности работы отрасли.

По отношению ко всей системе здравоохранения ВОЗ рекомендует определять понятие качества медицинской помощи в виде нескольких показателей: эффективности, экономичности и адекватности (соотношение между оказанной медицинской помощью и той, которая требуется по установленному нормативу, то есть стандартной).

Качество медицинской помощи должно выражаться совокупностью характеристик конкретного действия – медико-технологического процесса, конкретного продукта медико-производственной (лечебно-профилактической, реабилитационной, химико-фармацевтической и др.) и иной деятельности медицинских организаций, что определяет способность этого субъекта хозяйствования удовлетворять установленные или предлагаемые потребности населения в медицинской помощи.

При комплексном подходе к обеспечению качества учитываются все факторы, определяющие достигаемое улучшение состояние здоровья населения, временные затраты и экономическая эффективность использования всех видов ресурсов. Особое внимание должно уделяться материально-технической базе медицинских организаций, используемым организационным технологиям и квалификации медицинских кадров. Механизмы распределения финансовых ресурсов в отрасли должны стимулировать врачей на достижение высоких конечных результатов медицинской помощи, рационального использования имеющихся ресурсов.

Непременным условием качественного оказания медицинской помощи является обеспечение непрерывности лечебно-диагностического процесса на всех технологических уровнях. Особое значение приобретает четкое разграничение функций на каждом этапе оказания медицинской помощи, а также между различными типами медицинских организаций.

К важнейшим условиям оказания высокого качества медицинской помощи можно отнести оправданность использования последних научных достижений (методов, технологий, лекарственных препаратов и медицинской техники) в повседневной медицинской практике.

С точки зрения формирования условий для оказания качественной медицинской помощи необходимо также учитывать существующую законодательную и нормативную базу. Основным законодательным актом, определяющим условия оказания медицинской помощи населению и функционирования медицинских организаций и специалистов является Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» (в редакции от 11.01.2002 г. № 91-3), который в достаточной степени регулирует взаимоотношения между производителями и потребителями медицинских услуг, определяя условия формирования и функционирования системы здравоохранения и пределы компетенции общественных институтов и граждан.

Законом Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» от 11.11.1999 г. и Постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 963 от 18 июня 2002 г. «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения» определено, что в качестве минимальных социальных стандартов в области здравоохранения государство должно устанавливать нормативы бюджетного финансирования расходов на здравоохранение на одного жителя; нормы и нормативы материально-технического, медикаментозного, кадрового обеспечения, питания, обмундирования, мягкого инвентаря в государственных организациях здравоохранения различных типов и видов; нормы и нормативы льготного обеспечения лекарственными препаратами, протезами, перевязочными средствами и предметами медицинского назначения; формирование перечня услуг по оказанию стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.

Создание условий для повышения качества медицинской помощи включает в себя не только развитие и совершенствование законодательной и нормативной базы здравоохранения, но и определение порядка и объемов финансового и ресурсного обеспечения отрасли. Подготовлена Программа государственных гарантий оказания гражданам Республики Беларусь медицинской помощи на 2004/2008 гг., которая включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, объемы медицинской помощи, порядок формирования нормативов бюджетной обеспеченности органов и организаций здравоохранения, обеспечивающих представление гарантированных объемов медицинской помощи в расчете на одного жителя. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней. Она разработана, исходя из нормативов объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение. На основе Программы и Инструкции по разработке и реализации территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан, утвержденной Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2002 г. № 28, органы исполнительной власти административно-территориальных единиц Рес-

публики Беларусь разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Республики Беларусь бесплатной медицинской помощи, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств конкретной административно-территориальной единицы Республики Беларусь.

Качество медицинской помощи нужно рассматривать в неразрывной связи с заданным качеством материально-технической базы организаций здравоохранения и медицинского персонала; наличием медицинских технологий выполнения медицинских услуг; наличием оптимальных организационных технологий; наличием показателей оценки здоровья пациентов и их оценки в процессе лечения; соответствием полученных клинических результатов, произведенным затратам.

Систему управлением качеством можно рассматривать как деятельность, направленную на создание условий оказания медицинской помощи населению, позволяющую выполнять заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в полученной медицинской помощи.

«Итоговое качество» создается при использовании качественных процессов, материалов и инструментов. Для достижения наилучших результатов необходимо управление процессами оказания медицинской помощи, а не только проверка индивидуального выполнения и контроль, но и, в первую очередь, выявление отклонений и анализ их причин.

Обеспечение требуемого качества медицинской помощи осуществляется на всех уровнях системы здравоохранения путем взаимосвязанных мероприятий по оптимизации использования ресурсов, внедрению современных технологий, мониторингованию получаемых результатов с последующей корректировкой. При обеспечении высокого качества всех этапов лечебно-диагностического процесса, применяемых лекарственных средств, материалов, инструментов и методов работы можно существенно сократить усилия, затрачиваемые в настоящее время на административные методы контроля.

8 октября 2003 года Правительством Республики Беларусь одобрена Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003-2007 гг., в которой закреплена новая медико-экономическая модель здравоохранения, призванная обеспечить социальную справедливость и доступность, экономическую, социальную, медицинскую эффективность, профилактическую направленность медицинской помощи. Предусмотрено внедрение унифицированной системы управления качеством медицинской помощи, которая включает стандартизацию медицинских технологий, отработку разноуровневой системы контроля и экспертизы качества медицинской помощи, обеспечение дифференцированной (по уровню качества) оплаты труда медицинского персонала и др.

Непрерывное управление качеством позволяет изменить стереотипы управления – перейти от контроля индивидуального выполнения работ к совершенствованию технологических процессов и их ресурсного обеспечения, выявлению отклонений от установленных требований, причин их возникновения и предотвращения в дальнейшем.

Для достижения этих целей необходимо участие всех лиц и организаций, заинтересованных в сохранении и укреплении здоровья населения, а также непосредственно работающих в системе здравоохранения; взаимное стремление к достижению согласия по основным, наиболее значимым вопросам улучшения деятельности системы.

С учетом международного опыта, можно определить, что управление процессом обеспечения качества медицинской помощи является основным механизмом создания более эффективной модели здравоохранения, перехода к малозатратным медицинским технологиям без снижения объемов и уровня оказываемой медицинской помощи. Системный подход к решению задач управления качеством проявляется в создании целостной системы, которая обеспечивает формирование условий реализации возможностей для повышения качества деятельности медицинской организации на основе стандартизации, использования доказательных технологий, системы показателей качества и методики их оценки.

В основу идеологии непрерывного управления качеством в здравоохранении должны быть заложены следующие принципы:

- направленность всей управленческой деятельности в здравоохранении на обеспечение качества оказываемой медицинской помощи;
- участие всех сотрудников медицинских организаций на всех уровнях организационных структур в управлении качеством медицинской помощи;
- нацеленность на положительный результат, понимание его зависимости от признания потребителями высокого качества результатов деятельности, как медицинских организаций, так и конкретных работников;
- материальное и моральное стимулирование членов трудовых коллективов, заинтересованности их в обеспечении высокого качества оказываемой медицинской помощи.

В здравоохранении назрела необходимость программ повышения качества медицинского обслуживания и эффективности использования имеющихся ограниченных ресурсов на основе стандартизации лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных процессов, сертификации медицинских услуг и аккредитации лечебно-профилактических организаций.

Качество медицинского обслуживания на уровне медицинской организации не может возникнуть само по себе. Его нужно создавать, оно связано с технологическими процессами оказания медицинской помощи, его

можно обеспечить с помощью разработки оптимальной технологии медицинского обслуживания и оценить, имея стандарты и соответствующие критерии оценки. Качество можно и нужно поддерживать, для чего необходимо создавать систему обеспечения качества на уровне отдельной медицинской организации. Им нужно управлять, что требует вовлечения в процесс управления всех работников организации – от администрации до вспомогательного и обслуживающего персонала. Качество не обязательно выше там, где большие затраты. Оно находится в прямой зависимости от эффективности использования ресурсов. Качество связано со специальной профессиональной подготовкой и культурой персонала медицинской организации и зависит от политики организации, которая в свою очередь связана с политикой государства, которая определяет обеспечение качества медицинской помощи как основную цель деятельности любой организации и всей системы здравоохранения.

Оценка качества медицинской помощи предполагает определение соответствия конкретных результатов диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий ожидаемым и производится с использованием стандартов медицинских технологий, а при их отсутствии – в сравнении с общепринятыми технологиями.

Оценка качества медицинской помощи должна носить комплексный характер и предусматривать:

- сопоставление примененной медицинской технологии с тяжестью заболевания и особенностями его течения;
- определение соответствия примененной медицинской технологии общепринятой или стандарту;
- оценку примененной медицинской технологии в неразрывной связи с конечным результатом ее применения.

Обеспечение качества медицинской помощи зависит от развития материально-технической базы медицинских организаций, уровня квалификации персонала, применяемых технологий лечебно-диагностического, профилактического и реабилитационного процессов, имеющихся ресурсов здравоохранения, выполнения персоналом деонтологических норм и правил, а также других составляющих.

Использование в управлении лечебно-профилактическими организациями системы оценки качества медицинской помощи является одной из составляющих повышения эффективности медицинской помощи и деятельности организаций здравоохранения. Система контроля качества обеспечивает объективную оценку деятельности организаций здравоохранения, способствует сокращению дефектов в оказании медицинской помощи населению.

1. Методика расчета оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению врачами ЛПО

Контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется экспертным методом должностными лицами лечебно-профилактических организаций (ЛПО), штатными и внештатными специалистами органов управления здравоохранением. Экспертизу качества медицинской помощи проводят заведующие структурными подразделениями (первая ступень контроля), заместители руководителя организации по медицинской части, родовспоможению, медицинской реабилитации и экспертизе (вторая ступень контроля), члены клиничко-экспертных комиссий (третья ступень контроля). Главные штатные и внештатные специалисты Министерства здравоохранения, областных управлений здравоохранения и комитета по здравоохранению проводят экспертную оценку качества медицинской помощи при комплексных целевых и контрольных проверках лечебно-профилактических организаций, а также при подготовке материалов на лечебно-контрольные комиссии (четвертая ступень контроля) соответствующего уровня.

В течение месяца заведующие структурными подразделениями стационаров проводят экспертизу не менее 40 % законченных случаев.

Заведующие структурными подразделениями амбулаторно-поликлинических организаций осуществляют экспертизу качества оказания медицинской помощи, как по законченным случаям лечения, так и в его процессе. Ежемесячному контролю подлежат не менее 10 % всех законченных случаев лечения в данном подразделении лечебно-профилактической организации (ЛПО).

Эксперты второй ступени осуществляют выборочную экспертизу медицинских карт амбулаторных и стационарных больных подведомственных им подразделений в объеме не менее 30-40 случаев в течение месяца.

Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается методом случайной выборки. Кроме того, экспертному контролю на втором и третьем этапах обязательно подлежат:

В стационаре:

- случаи летальных исходов;
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи заболеваний с необоснованно удлиненным или укороченным сроком лечения;
- случаи госпитализации в непрофильное отделение;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца;
- случаи, сопровождающиеся жалобами больных или их родственников.

В амбулаторно-поликлинических подразделениях:

- случаи летальных исходов на дому;
- запущенные случаи онкологических заболеваний и туберкулеза;
- случаи выхода на инвалидность детей и лиц трудоспособного возраста;
- случаи, сопровождающиеся жалобами больных или их родственников.

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении случаям.

Экспертиза качества медицинской помощи конкретному пациенту проводится на основании изучения медицинской документации: медицинской карты стационарного больного (003/у), медицинской карты амбулаторного больного (025/у) и др. путем оценки конечного результата лечения, а также его сроков и сопоставления, проведенных лечебно-диагностических мероприятий с существующими требованиями (стандартами, протоколами обследования и лечения), содержащими унифицированный набор диагностических и лечебных мероприятий, критерии эффективности лечения. При необходимости может быть проведена и очная экспертиза.

Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса:

- в обязательном порядке оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, правильность и точность постановки диагноза, адекватность выбора и своевременное назначение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и объективным состоянием здоровья пациента.
- выявляет дефекты и устанавливает их причины.

Оценка качества диагностических мероприятий, диагноза, лечебно-оздоровительных мероприятий и состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения и реабилитации осуществляется экспертом в соответствии с оценочной шкалой (таблица 1).

Данные каждого случая экспертизы заносятся экспертами в «Карту оценки качества медицинской помощи» (приложение 1), в случае, когда эксперт в последующем не будет обобщать и анализировать качество работы данного врача, либо в таблицу «Оценки качества работы врача» (приложение 2, 3), в случае, когда эксперт будет обобщать и анализировать качество работы данного врача.

Сведения об экспертизе качества медицинской помощи, оказанной врачами отделений обобщаются и анализируются заведующим отделением, а оказанной другими врачами – заместителями главного врача.

«Карты оценки качества медицинской помощи» передаются лицам ответственными за обобщение и анализ качества работы данного врача. На каждого врача, оказывающего медицинскую помощь пациентам, ежемесячно заполняется «Таблица оценки качества работы врача».

Шкала уровня экспертных оценок

Код строки	Наименование оценки	Оценка дефекта в баллах
1. Оценка диагностических мероприятий		
1.1.	Диагностическое обследование не проводилось	0,25
1.2.	Выполнены отдельные малоинформативные обследования	0,20
1.3.	Обследование проведено наполовину	0,15
1.4.	Обследование проведено почти полностью, имеются некоторые упущения	0,10
1.5.	Обследование проведено полностью	0,00
1.6.	Объем обследования перевыполнен необоснованно	0,05
2. Оценка диагноза		
2.1.	Несоответствие поставленного диагноза клинико-диагностическим данным.	0,20
2.2.	Отсутствие развернутого клинического диагноза с отражением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличия осложнений	0,15
2.3.	Поставлен развернутый клинический диагноз с отражением стадии, фазы, локализации, нарушения функций, наличия осложнений по основному заболеванию без учета сопутствующей патологии	0,05
2.4.	Поставлен развернутый клинический диагноз по основному и сопутствующему заболеванию	0,00
3. Оценка лечебно-реабилитационных мероприятий		
3.1.	Лечебно-оздоровительные мероприятия практически не проводились	0,25
3.2.	Выполнены отдельные малоэффективные процедуры, манипуляции, мероприятия	0,20
3.3.	Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину	0,15
3.4.	Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью, имеются некоторые упущения	0,05
3.5.	Набор лечебно-оздоровительных мероприятий выполнен полностью.	0,00
3.6.	Набор лечебно-оздоровительных мероприятий перевыполнен необоснованно	0,05
4. Оценка состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения, реабилитации		
4.1.	Ожидаемые критерии состояния здоровья пациента в результате лечебно-профилактического процесса и реабилитации, заложенные в стандартах медицинских технологий, практически отсутствуют	0,30
4.2.	Состояние больного не изменилось, критерии лечения по стандарту достигнуты частично	0,20
4.3.	Состояние больного улучшилось, достигнуты основные критерии лечения по стандарту	0,05
4.4.	Состояние больного улучшилось, критерии лечения по стандарту достигнуты полностью	0,00

В результате статистической обработки рассчитываются показатели, характеризующие качество медицинской помощи и работы врача за месяц, составляются аналитические таблицы, отражающие качество медицинской помощи, оказываемой отдельными врачами, структурными подразделениями и в целом медицинской организацией.

Уровень качества медицинской помощи, оказанной врачом конкретному пациенту, определяется путем последовательности вычитания из 1 (единицы) уровней экспертных оценок диагностических мероприятий (ОДМ), диагноза (ОД), лечебно-оздоровительных мероприятий (ОЛМ) и состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения и реабилитации (ОРЛ) в соответствии с оценочной шкалой.

$$УКМ = 1 - ОДМ - ОД - ОЛМ - ОРЛ \quad (1)$$

где: УКМ – уровень качества медицинской помощи, оказанной врачом конкретному пациенту;

ОДМ – экспертная оценка диагностических мероприятий;

ОД – экспертная оценка диагноза;

ОЛМ – экспертная оценка лечебно-оздоровительных мероприятий;

ОРЛ – экспертная оценка состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения и реабилитации.

Пример расчета уровня качества медицинской помощи конкретному пациенту (УКМ):

1. С помощью шкалы оценки полноты выполнения диагностических мероприятий (ОДМ) (Таблица 1) эксперт оценивает выполнение набора диагностических мероприятий (ОДМ)

Объем обследования перевыполнен необоснованно, ОДМ 0,05

2. Используя шкалу оценки качества диагноза (ОД), (Таблица 1) оценивает качество диагноза

Диагноз исчерпывающе полон, соответствует принятой классификации заболевания, ОД=0,0

3. С использованием шкалы оценки полноты проведения лечебно-оздоровительных мероприятий (ОЛМ), (Таблица 1) оценивает выполнение набора лечебно-оздоровительных мероприятий

Лечебные мероприятия выполнены полностью, допущены незначительные ошибки, не повлиявшие на исход лечения, ОЛМ=0,05

4. По шкале оценки результативности лечения (ОРЛ), (Таблица 1) оценивает достигнутый результат

Состояние больного улучшилось, достигнуты основные критерии лечения по стандарту, ОРЛ=0,05

Полученные значения подставляем в формулу 1:

$$УКМ = 1 - ОДМ - ОД - ОЛМ - ОРЛ = 1 - 0,05 - 0,0 - 0,05 - 0,05 = 0,85$$

Таким образом, уровень качества медицинской помощи данному пациенту составил 0,85.

Качество медицинской помощи пациентам, оказанной конкретным врачом за месяц определяется как среднеарифметическая величина уровней качества медицинской помощи, оказанной данным врачом конкретным пациентам. Причем, если в текущем периоде было проведено несколько экспертиз качества медицинской помощи по одному случаю лечения экспертами разных уровней, то для расчета коэффициента качества медицинской помощи за месяц используется только уровень качества, установленный экспертом более высокой степени контроля.

Оценка качества работы врача осуществляется на основе двух составляющих: оценки уровня качества медицинской помощи, оказанной пациентам и оценки уровня дефектов в работе врача.

Качество работы врача определяется как разность между качеством медицинской помощи пациентам, оказанной конкретным врачом и уровнем дефектов допущенных в процессе работы. Дефекты, допущенные врачом в процессе работы, заносятся заведующими отделениями и заместителями главного врача в таблицу «Оценки качества работы врача» (приложение 2). Уровень дефекта определяется экспертом по соответствующей шкале дефектов (таблица 2).

Коэффициент качества работы врача рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{УКРВ} = \text{УКМ} - \text{УД} \quad (2)$$

где: УКРВ – уровень качества работы врача за определенный период времени (месяц, квартал, год);

УКМ – уровень качества медицинской помощи, оказанной пациентам врачом за определенный период времени;

УД – уровень дефектов в работе врача за соответствующий период времени;

Уровень дефектов рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{УД} = Y_1 + Y_2 + \dots + Y_n \quad (3)$$

где: УД – уровень дефектов в работе врача, допущенных в данном месяце;

$Y_1, Y_2 \dots Y_n$ – уровень штрафных санкций дефектов в соответствии с унифицированной таблицей (таблица 2).

За данный период времени врач допустил два дефекта в работе с уровнями штрафных санкций 0,2 и 0,05, таким образом, уровень качества работы врача за указанный период составил:

$$\text{УКРВ} = \text{УКМ} - \text{УД} = 0,85 - 0,25 = 0,60$$

Качество работы врача считается отличным, если УКРВ – 0,91-1,0, хорошим – 0,75-0,90, удовлетворительным – 0,51-0,74.

Качество с оценкой 0,5 и ниже считается неудовлетворительным.

Таким образом, качество работы врача за данный период следует признать удовлетворительным.

**Уровни штрафных санкций при дефектах
в деятельности врачей лечебно-профилактических организаций**

Код	Дефект	Уровень штрафных санкций	Уровень утверждения
1	2	3	4
1.	Обоснованная жалоба пациента или его родственников	0,1	II-III
2.	Неподчинение или невыполнение приказа руководителя (в пределах должностной инструкции)	0,02	III
3.	Самовольное изменение графика работы, опоздание или преждевременный уход с работы	0,1	I-II-III
4.	Появление на работе в нетрезвом состоянии	0,2	III
5.	Нарушение правил техники безопасности	0,05	III
6.	Нарушение санитарно-противоэпидемического режима (по заключению врача эпидемиолога ЛПО или ЦГЭ и ОЗ)	0,1	III
7.	Смерть пациента в результате ошибочных действий или бездействия врача (по заключению ЛКК)	0,2	III
8.	Несвоевременный перевод больного в профильное отделение, повлекший за собой: <ul style="list-style-type: none"> – ухудшение состояния; – удлинение сроков лечения; – осложнение; – без последствий для пациентов. 	0,05 0,05 0,05 0,01	III II-III
9.	Послеоперационное осложнение в результате ошибочных действий врача: <ul style="list-style-type: none"> – приведшее к релапаротомии; – остальные случаи послеоперационных осложнений 	0,02 0,01	III I-II-III
10.	Повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение месяца, в результате дефектов лечения при предыдущей госпитализации	0,1	III
11.	Госпитализация без показаний (за исключением ИОВ, УВОВ и контингента к ним приравненного)	0,01	III
12.	Непредставление в срок утвержденной статистической отчетности	0,01	I-II-III
13.	Небрежное заполнение или не заполнение утвержденной документации	0,01	I-II-III
14.	Запущенные (пропущенные) случаи онко-, вензаболеваний, туберкулеза по непрофессионализму или халатности врача	0,1	III по предоставлению II
15.	Случаи внутрибольничного заражения инфекционными заболеваниями по вине врача	0,1	I-II-III
16.	Несвоевременная организация консилиума при неясных случаях	0,1	II-III
17.	Случаи удлинения или укорочения сроков лечения, необоснованные или в результате технологических нарушений	0,1	III

1	2	3	4
18.	Предоставление недостоверной информации о работе (приписки)	0,1	I-II-III
19.	Отказ в госпитализации или несвоевременная госпитализация в результате недооценки состояния, повлекшие за собой: – смерть больного; – ухудшение состояния, потребовавшее в дальнейшем реанимационных мероприятий или неотложной интенсивной терапии; – удлинение сроков пребывания на больничной койке сверх установленного на 15 %	0,2 0,1 0,01	I-II-III I-II-III I-II-III
20.	Несвоевременное или некачественное наблюдение на участке за инфекционным больным, несвоевременное представление сведений в нужные инстанции	0,05	I-II-III
21.	Невзятие на диспансерный учет после выписки из стационара подлежащего контингента, некачественное проведение диспансеризации	0,05	I-II-III
22.	Невзятие на реабилитацию подлежащего контингента, некачественное проведение реабилитации	0,05	I-II-III

2. Методика расчета оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению средними медицинскими работниками ЛПО

Качество медицинской помощи, оказываемой населению средними медицинскими работниками, оценивается на основании анализа дефектов, допущенных в течение месяца.

При добросовестной работе и отсутствии дефектов, уровень качества работы считается отличным и оценивается в 1,0.

В случае выявления дефектов в работе среднего медицинского работника применяются штрафные санкции в соответствии с таблицей уровня штрафных санкций при отдельных дефектах деятельности среднего медицинского персонала лечебно-профилактических организаций (таблица 3).

Предполагаемая система контроля качества оказания медицинской помощи средними медицинскими работниками позволяет объективно оценить их профессиональную деятельность. В целях повышения качества медицинской помощи администрация в первую очередь задействует экономические рычаги управления качеством. Показатели качества медицинской помощи могут использоваться для дифференцированной оплаты труда средних медицинских работников, материального и морального стимулирования их высококачественной и эффективной работы.

Качество работы среднего медицинского работника считается хорошим при оценке 0,85-0,99, удовлетворительным – 0,75-0,84. Качество с оценкой 0,74 и ниже считается неудовлетворительным.

**Таблица уровня штрафных санкций при отдельных дефектах
деятельности среднего медицинского персонала
лечебно-профилактических организаций**

Код	Дефект	Уровень штрафных санкций	Уровень утверждения
1	2	3	4
1.	Обоснованные жалобы: – на качество наблюдения и ухода; – деонтологическая	0,1 0,1	II-III уровень
2.	Неподчинение или невыполнение приказа руководителя (в пределах должностной инструкции)	0,2	III уровень
3.	Самовольное изменение графика работы, опоздание или преждевременный уход с работы	0,02	I-II-III уровень
4.	Появление на работе в нетрезвом состоянии (по результатам освидетельствования в установленном порядке)	0,2	III уровень
5.	Несвоевременное доведение информации до подчиненных и вышестоящих руководителей	0,01	I-II-III уровень
6.	Нарушение правил техники безопасности	0,05	I-II-III уровень
7.	Нарушение и несоблюдение правил сан.эпид. режима, повлекшие за собой:	0,1	II уровень II уровень I-II уровень I-II-III уровень I уровень III уровень I-II уровень
7.1.	Внутрибольничную инфекцию, гнойно-септические заболевания	0,1	
7.2.	Нарушение режимов дезинфекции, положительный бак-посев смывов, материала, воздуха	0,05	
7.3.	Нарушение правил предстерилизационной обработки мед. инструментов, правил стерилизации	0,05	
7.4.	Невыполнение правил ношения спец. одежды, нарушение ведущих приказов по сан.-эпид. режиму	0,05	
7.5.	Несвоевременное прохождение проф. осмотров	0,05	
7.6.	Невыполнение планов профилактических мероприятий в случае осложнения эпид. обстановки по инфекционным заболеваниям	0,1	
7.7.	Нарушение правил забора и доставки биоматериалов	0,05	
8.	Нарушение своих должностных инструкций, повлекшие за собой тяжелые последствия для больного (невыполнение назначений, некачественное или неграмотное выполнение)	0,2	II-III уровень
9.	Осложнения, возникшие от действий или бездействии среднего медработника, нарушение сестринской технологии с последствиями для пациента – С тяжелыми – Средней тяжести – Легкими	0,2 0,1 0,05	I-II-III уровень
10.	Нарушения, связанные с ведением учетно-отчетной документации. Дефекты в заполнении первичной медицинской документации	0,01	I-II уровень

1	2	3	4
11.	Для фельдшеров		
11.1	Отказ в приеме пациента	0,1	I-II уровень
11.2	Необоснованный отказ дежурного фельдшера от вызова	0,2	I-II уровень
11.3	Неправильная тактика фельдшера скорой помощи, фельдшера ведущего самостоятельный прием (не проведена показанная госпитализация, несвоевременная консультация врача-специалиста, не сделаны необходимые функциональные и др. исследования и т.д.)	0,1	II-III уровень
11.3.1.	С тяжелыми последствиями для пациента	0,2	
	– со средне тяжелыми последствиями	0,1	I-II уровень
	– без последствий	0,05	I-II уровень
12.	Для лаборантов службы лучевой диагностики		
12.1.	Недостаточное использование возможностей методологического проведения исследований	0,1	I-II уровень
12.2.	Нарушение технологии проведения исследования, повлекшее за собой проведение повторного исследования	0,2	II-III уровень
13.	Для акушерок:		
13.1.	Разрыв матки в родах	0,2	II-III уровень
13.2.	Разрыв промежности III стадии в родах	0,1	I-II уровень
14.	Для лаборантов, фельдшеров-лаборантов		
14.1.	Расхождение лабораторных данных с контролем (выше предела допустимых расхождений)	0,1	I-II уровень
14.2.	Использование неунифицированных методик	0,1	I-II уровень
14.3.	Несвоевременное выполнение лабораторных исследований или несвоевременное выдача результатов	0,05	I-II уровень
15.	Для участковых медицинских сестер		
15.1.	Несвоевременное проведение, непроведение или некачественное проведение патронажей	0,1	I-II уровень
15.2.	Неукомплектованность сумок участковой медицинской сестры необходимым набором для оказания неотложной помощи	0,1	I-II уровень

3. Методика расчета оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению структурными подразделениями и лечебно-профилактическими организациями в целом

Основную роль в оказании качественной медицинской помощи играет врачебный и средний медицинский персонал, квалификация и профессионализм деятельности которого определяют в основном ее уровень. Кроме того, современные системы управления качеством медицинской помощи предполагают обязательный учет мнения пациентов при решении его проблем. Поэтому качество медицинской помощи в лечебно-профилактической организации оценивается на основе экспертизы качества работы врачей и среднего медперсонала и изучения социальной удовлетворенности населения по поводу медицинского обслуживания.

На втором уровне контроля, оценка качества медицинской помощи, оказываемой населению врачами и структурными подразделениями осуществляется заместителями руководителя организации по лечебной работе, родовспоможению, медицинской реабилитации и экспертизе и др.

Показатели качества медицинской помощи структурных подразделений вычисляются как среднеарифметические значения уровней качества работы врачей, скорректированных с учетом мнения экспертов II уровня.

$$УКМО = \frac{\sum УКРВ}{N_B} \quad (4)$$

где: УКМО – уровень качества медицинской помощи, оказываемой структурным подразделением;

$\sum УКРВ$ – сумма уровней качества работы врачей отделения;

N_B - число врачей в отделении.

При этом учитываются положительные стороны и недостатки в деятельности врачей, выявленные экспертами в процессе текущей профессиональной деятельности.

На основании полученных данных разрабатываются мероприятия по улучшению качества работы структурных подразделений.

Уровень качества медицинской помощи, оказываемой организацией в целом (УКМУ) вычисляется как среднеарифметическое значение уровней качества работы его структурных подразделений.

4. Методика изучения удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи

Экспертная оценка качества медицинской помощи дополняется изучением мнения пациентов и населения обслуживаемой территории по данному вопросу. Качество медицинской помощи с позиций пациентов определяется двумя главными параметрами: качеством лечения и качеством обслуживания. Изучение общественного мнения о качестве и организации оказываемой поликлинической и стационарной медицинской помощи проводится в лечебных организациях и по месту жительства. Социологические исследования могут проводиться с использованием единовременного или текущего сбора информации сплошным или выборочным способом в зависимости от мощности лечебно-профилактической организации и целей исследования. Ежеквартально опрашиваются не менее 400 пациентов лечебно-профилактической организации.

Изучение общественного мнения о качестве и организации оказываемой амбулаторной и стационарной помощи проводится по специально разработанным анкетам (примерные анкеты приведены в приложении 4, 5).

При проведении опроса, администрация ЛПО обязана обеспечить его анонимность. В доступном для пациентов месте устанавливается опечатанный ящик для сбора заполненных анкет от пациентов нескольких отделений. Опрашиваемые пациенты должны быть абсолютно уверены, что их мнение о качестве оказания медицинской помощи ни при каких условиях не станет известным лечащему врачу. Бланки анкет раздаются пациентам с таким расчетом, чтобы лечащий врач не знал, кто из пациентов участвовал в опросе.

При каждой из изучаемых позиций анкеты рассчитывается коэффициент социальной удовлетворенности пациентов определенным видом деятельности организации по следующей формуле.

$$K_{CV} = \frac{N_V}{N} \quad (5)$$

где: K_{CV} – коэффициент социальной удовлетворенности;
 N_V – число пациентов, удовлетворенных данным видом помощи;
 N – общее число опрошенных пациентов

Интегрированный коэффициент социальной удовлетворенности населения медицинской помощью организации в целом получается в результате суммирования коэффициентов его удовлетворенности отдельными видами помощи.

$$KI_{CV} = \frac{K_{CV1} + K_{CV2} + K_{CV3} + \dots + K_{CVN}}{\sum PI}, \quad (6)$$

где: K_{CV} – интегрированный коэффициент социальной удовлетворенности;
 $K_{CV1} - \dots - K_{CVN}$ – коэффициент удовлетворенности населения отдельным видом медицинской помощи;
 $\sum PI$ – сумма рассматриваемых позиций.

Аналогично рассчитываются коэффициенты удовлетворенности врачей деятельностью вспомогательных лечебно-диагностических служб, административных и хозяйственных служб.

Интегрированный коэффициент качества медицинской помощи, оказываемой структурным подразделением лечебно-профилактической организации определяется как полу сумма коэффициентов уровня качества медицинской помощи (УКМО), определенного экспертным путем, и коэффициента социальной удовлетворительности населения медицинской помощью (K_{CV}).

$$IK_{KMO} = \frac{УКМО + K_{CV}}{2} \quad (7)$$

Интегрированный коэффициент качества медицинской помощи, оказываемой структурными подразделениями, используется для сравнения качества работы отделений лечебно-профилактической организации.

Интегрированный коэффициент качества медицинской помощи, оказываемой организацией, в целом определяется как среднеарифметическое значение коэффициентов его структурных подразделений.

Система контроля качества оказания медицинской помощи врачами и структурными подразделениями позволяет объективно оценить их профессиональную деятельность.

В целях повышения качества медицинской помощи, оказываемой лечебно-профилактической организацией, его администрация должна в первую очередь задействовать экономические рычаги управления качеством.

Показатели качества медицинской помощи могут использоваться для дифференцированной оплаты труда медицинских работников, материального и морального стимулирования их высококачественной и эффективной работы.

Создание системы контроля качества имеют целью исключить ситуацию, когда стремление получить материальные выгоды медицинским работникам могли бы нанести ущерб интересам пациентов. В качестве критериев оценки деятельности организаций здравоохранения в целом и отдельных его звеньев применяется методика оценки деятельности ЛПО на основе моделей конечных результатов (МКР).

Целевое планирование деятельности всех медицинских коллективов осуществляется на основе установленных прогнозируемых значений показателей результативности МКР, отражающих достижения каждым коллективом стоящих перед ним целей и выполнение им основных функций.

Оценка деятельности должна основываться на установленной степени достижения поставленных целей и выполнения функций, то есть показывать насколько реально достигнутые результаты соответствуют прогнозируемым значениям в деятельности оцениваемого коллектива за отчетный период, поэтому в состав МКР входят также показатели дефектов.

Структура модели конечных результатов включает:

- набор показателей, характеризующих результаты деятельности (то есть показатели здоровья и деятельности);
- прогнозируемый уровень (то есть уровень, с которым мы должны сравнивать показатели результативности);
- шкала показателей численной оценки результатов деятельности.

Различают два вида показателей деятельности:

1. Показатели результативности (ПР). Характеризуют уровень достижения целей той или иной службой, подразделением, организацией здравоохранения.

При формировании набора ПР отбираются основные показатели, в максимальной степени оценивающие конечный результат – состояние здоровья, сохранность и восстановление трудоспособности и т.д.

2. Показатели дефектов деятельности (ПД). Учитывают наиболее грубые нарушения в деятельности организаций здравоохранения и как показатели результативности индивидуальны для каждого типа медицинской организации.

Например, для стационара ПД являются послеоперационные осложнения, для поликлиники – случаи выявления больных в далеко зашедших стадиях болезни, обоснованные жалобы и т.д.

Прогнозируемый уровень устанавливается только для показателей результативности, так как показатели дефектов в норме должны быть равны нулю.

Прогнозируемый уровень устанавливается с учетом:

- многолетней динамики показателя;
- среднереспубликанского уровня;
- темпов предполагаемых изменений данного показателя в результате планируемых организационных и лечебно-профилактических мероприятий в организации здравоохранения.

Прогнозируемое значение должно быть таково, чтобы его достижение потребовало от любого подразделения, отделения, организации здравоохранения, оцениваемого с помощью данной модели конечных результатов, значительных усилий, мобилизации ресурсов, резкого улучшения качества оказания медицинской помощи.

В дальнейшем, когда в процессе использования модели конечный результат улучшится, и прогнозируемый уровень будет достигнут, он должен быть пересмотрен в сторону повышения. При установлении прогнозируемого уровня абсолютные значения не применяются, используются только относительные показатели: в процентах, на 1000, 10000 и т.д.

5. Пример расчета КДР на основе модели конечных результатов N региона 2005-2006 гг.

№ № п/ п	Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Показатель	Оценка в баллах			Результат в баллах
					Прогноз уровня	отклонение		
						знак	за единицу измерения (множитель)	
1. Показатели здоровья и деятельности								
1.	Показатель общей смертности за 2004 г.	случаев на 1000 населения	14,5	14,8	2	-	0,05	
	Показатель общей смертности за 2005 г.		14,5	14,3	2	-	0,05	
2.	Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0	5,5	3	+	0,1	
2. Показатели дефектов								
1.	Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	6	0	-	6,0	

Оценка в баллах прогнозируемого уровня результативности устанавливается индивидуально, экспертным путем для каждого показателя и отражает ранговое значение (значимость) этого показателя среди прочих от 1 до 10 баллов.

Каждый показатель результативности имеет знак отклонения (+) или (-) и единицу измерения отклонения показателя (или множитель) в баллах. Знак (-) показывает, что при увеличении фактического значения показателя относительно планового, оценка его в баллах будет уменьшаться и наоборот.

Положительный (+) знак отклонения указывает на то, что при увеличении фактического значения показателя относительно планового, оценка его в баллах будет увеличиваться, и наоборот.

Показатели дефектов измеряются как в относительных, так и в абсолютных величинах. Ранговые значения отдельных показателей дефектов определяются оценкой единицы измерения (множителем).

Методика выполнения:

1-й этап – оценка показателей результативности (ОПР)

Методика вычисления

1) Показатели численной оценки здоровья и деятельности на базе МКР основываются на сравнении реально достигнутых показателей результативности с прогнозируемым уровнем, разница умножается на оценку отклонения для данного показателя (множитель). Полученный балл складывается (вычитается) в зависимости от знака с оценкой норматива данного показателя, таким образом, вычисляется оценка выполнения конкретного показателя результативности.

Сумма этих оценок является итоговой оценкой выполнения показателя результативности.

$$\text{БАЛЛ} = \begin{matrix} \text{оценка} \\ \text{прогнозируе-} \\ \text{мого уровня} \end{matrix} \begin{matrix} + \\ - \end{matrix} \left(\begin{matrix} \text{показатель} \\ \text{текущего} \\ \text{периода} \end{matrix} - \begin{matrix} \text{прогнози-} \\ \text{руемый} \\ \text{уровень} \end{matrix} \right) \times \begin{matrix} \text{за единицу} \\ \text{измерения} \\ \text{(множитель)} \end{matrix}$$

$$\text{ОПР}_1 = 2 - (14,8 - 14,5) \times 0,05 = 1,98$$

Так, прогноз уровня показателя 14,5 оценивается в 2 балла. Отклонение равное 1 на 1000 населения оценивается в 0,05 балла. При этом знак (-) означает, что при увеличении значения показателя относительно прогнозируемого уровня оценка результата в баллах будет уменьшаться, а при уменьшении значения показателя относительно прогнозируемого уровня оценка результата в баллах будет увеличиваться

$$\text{ОПР}_2 = 2 - (14,5 - 14,3) \cdot 0,05 = 2,01$$

2-й этап – оценка показателей дефектов (ОПД)

Если за отчетный период были допущены дефекты деятельности, учитываемые в МКР, то соответствующие показатели умножаются на множитель, результаты всех дефектов суммируются, и получается итоговая оценка дефектов за расчетный период.

$$\text{БАЛЛ} = \begin{matrix} \text{показатель} \\ \text{текущего} \\ \text{года} \end{matrix} \times \left(\begin{matrix} \text{единица измерения} \\ \text{(множитель)} \end{matrix} \right)$$

$$\text{ОПД} = 6 \times 6 = 36 \text{ баллов}$$

3-й этап – вычисление результативного бального показателя оценки здоровья и деятельности – это сумма баллов каждого показателя оценки здоровья и деятельности.

$$\text{БРП} = \text{ОПР}_1 + \text{ОПР}_2 \text{ и т.д.}$$

4-й этап – вычисление бального норматива показателя, который представляет сумму оценок прогноза уровней.

$$\text{БНП} = \text{ПУ}_1 + \text{ПУ}_2$$

$$\text{БНП} = 2 + 3 \text{ и т.д.}$$

5-й этап – вычисление дефектного бального показателя, который представляет сумму баллов каждого показателя дефектов.

$$\text{БДП} = \text{ОПД}_1 + \text{ОПД}_2$$

6-й этап – расчет коэффициента достижения результата (КДР).

$$\text{КДР} = \left(\frac{\text{Фактическое количество баллов (общ. сумма)}}{\text{количество штрафных очков (общ. сумма) (\sum \text{показателей дефектов})}} \right) / \Sigma \text{ норматив}$$

- От суммы показателя результативности вычитаем сумму показателя дефектов.
- Для определения соответствия данного результата прогнозируемым показателям ОДР делится на сумму оценок нормативов показателей, то есть суммарное количество баллов, соответствующих показателю результативности.

Полученное число, как правило, десятичная дробь, так как по правильно сформированной модели ее прогнозируемые значения должны быть труднодостижимы; это называется коэффициентом достижения результата, который показывает насколько деятельность оцениваемого коллектива соответствует предъявляемым к нему требованиям.

В данной системе реализована конкретная численная оценка степени выполнения планов на основе анализа конечных результатов деятельности, дифференцированная по типам органов управления здравоохранением, медицинских организаций, их подразделений, отражающая достижения целей и выполнения функций, то есть реализующая на практике требования системного подхода.

Система степени достижения целей и выполнения функций, выраженная КДР, используется при определении размеров материального стимулирования.

В случае, если сумма оценки показателей дефектов превысит сумму оценки показателей результативности и соотношение их приобретает отрицательное значение, материальное поощрение не выплачивается.

Градация коэффициента достижения результата

1. Низкий уровень КДР – от 0 до 0,19 включительно.
2. Ниже среднего – от 0,20 до 0,39 включительно.
3. Средний уровень КДР – от 0,40 до 0,59 включительно.
4. Выше среднего – от 0,60 до 0,79 включительно.
5. Высокий уровень КДР – от 0,80 и выше.

Градуирование величин КДР позволит проводить сравнение степени достижения конечных результатов деятельности различными лечебно-профилактическими организациями, осуществлять контроль их работы и принимать в результате его проведения конкретные управленческие решения с целью повышения качества оказания медицинской помощи.

В настоящее время коэффициент КДР учитывается при распределении премиального фонда среди лечебных организаций или среди подразделений внутри самой организации и имеет важное значение для определения единого фонда финансовых средств.

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения ЛПО Республики Беларусь на 2005 год (образец)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонения		
					знак	за единицу измерения	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5		2	-	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0		6	-	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5		3	-	0,2	
4. Показатель фетоинфекционных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0		3	-	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0		3	-	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0		2	-	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0		2	+	0,02	

1	2	3	4	5	6	7	8
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0		2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4		4	-	0,2	
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0		3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0		2	-	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0		3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0		3	-	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0		5	-	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0		5	-	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0		2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105		3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5		2	+	0,1	
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0		3	-	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0		5	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0		0	-	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0		0	-	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0		0	-	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0		0	-	0,3	

1	2	3	4	5	6	7	8
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0		0	-	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0		0	-	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0		0	-	0,1	
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0		0	-	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0		0	-	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0		0	-	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0		0	-	0,1	
12. Удельный вес несовпадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несовпадений на 100 вскрытий	0		0	-	0,5	
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0		0	-	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0		0	-	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0		0	-	5,0	

В целях повышения эффективности и качества работы организаций здравоохранения республики, объективной оценки деятельности организаций здравоохранения административных территорий при подведении итогов Республиканского смотра областей, г. Минска и районов республики за повышение качества и культуры медицинского обслуживания, осуществления оперативного контроля за показателями состояния здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения, а также сокращения дефектов приказом Министра здравоохранения от 30 марта 2005 г. № 94 утверждена Модель конечных результатов деятельности организаций здравоохранения административных территорий Республики Беларусь на 2005 год.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Показатель общей смертности предоставляется на основании данных территориальных органов Министерства статистики и анализа Республики Беларусь.

2. Показатель младенческой смертности (без учета младенцев массой 500-999 г) представляется на основании данных, полученных от территориальных органов Министерства статистики и анализа.

3. Показатель перинатальной смертности (без учета младенцев массой 500-999 г) представляется на основании данных, полученных от территориальных органов Министерства статистики и анализа.

4. Показатель фетоинфантильных потерь:

$$\frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми} + \text{число детей, умерших до 1 года}}{\text{Число детей, родившихся живыми} + \text{число детей, родившихся мертвыми}} \times 1000$$

5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 месяцев 29 дней:

$$\frac{\text{Число умерших детей в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дн.}}{\text{Число детей, родившихся живыми}} \times 1000$$

6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда соц. защиты):

$$\frac{\text{Число оплаченных дней временной нетрудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих за отчетный период}} \times 100$$

7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем:

$$\frac{\text{Число зарегистрированных случаев заболеваний ОКИ с установленным возбудителем}}{\text{Число зарегистрированных случаев заболеваний ОКИ}} \times 100 \%$$

8. Выявляемость больных алкоголизмом:

$$\frac{\text{Число случаев с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизм}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте:

$$\frac{\text{Число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения трудоспособного возраста за отчетный период}} \times 10\,000$$

10. Реабилитация инвалидов полная:

$$\frac{\text{Число лиц, которым после освидетельствования группа инвалидности не была установлена}}{\text{Число лиц, прошедших переосвидетельствование}} \times 100$$

11. Аборты (включая вакуум-аспирации):

$$\frac{\text{Число абортов (включая вакуум-аспирации)}}{\text{Число родов}} \times 100$$

12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных:

$$\frac{\text{Число лиц, проживших с момента установления диагноза 5 и более лет}}{\text{Общее число лиц, состоящих на учете по поводу злокачественных новообразований за отчетный период}} \times 100$$

13. Деятельность скорой медицинской помощи:

$$\frac{\text{Число выездов бригад скорой помощи}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

14. Средний срок пребывания на койке:

$$\frac{\text{Число проведенных больными койко-дней за отчетный период}}{\text{Число пролеченных больных}}$$

15. Уровень госпитализации:

$$\frac{\text{Число пролеченных больных}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100$$

16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре:

$$\frac{\text{Число патологоанатомических исследований умерших в стационарах}}{\text{Число умерших в стационарах – число вскрытий в судмедэкспертизе}} \times 100$$

17. Выполнение целевого показателя роста платных медицинских услуг, доведенного Министерством здравоохранения:

$$\frac{\text{Объем платных медицинских услуг на конец отчетного года}}{\text{Объем платных медицинских услуг на конец предыдущего года}} / \text{индекс роста цен}$$

18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению.

Целевой показатель по энергосбережению без учета сопоставимых условий рассчитываются по формуле:

$$\left(\frac{\text{количество тонн условного топлива с начала года}}{\text{количество тонн условного топлива за соответствующий период предыдущего года}} - 1 \right) \times 100$$

ПОКАЗАТЕЛИ ДЕФЕКТОВ

1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии):

$$\frac{\text{Число зарегистрированных случаев III-IV стадии заболевания}}{\text{Всего зарегистрировано онкологических заболеваний}} \times 100$$

2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии):

$$\frac{\text{Число зарегистрированных случаев III-IV стадии заболевания}}{\text{Всего зарегистрировано онкологических заболеваний}} \times 100$$

3. Морфологическое неподтверждение злокачественного новообразования:

$$\frac{\text{Число случаев зарегистрированных злокачественных новообразований, неподтвержденных морфологически}}{\text{Число случаев зарегистрировано злокачественных новообразований}} \times 100$$

Число случаев зарегистрированных злокачественных новообразований, неподтвержденных морфологически, соответствует разности числа случаев зарегистрированных злокачественных новообразований (знаменатель данного показателя) и числа случаев зарегистрированных злокачественных новообразований, подтвержденных морфологически.

4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций.

Определяется числом случаев заболеваемости активным туберкулезом работников противотуберкулезных организаций, состоящих на диспансерном учете.

5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции.

Определяется числом случаев заболеваемости активным туберкулезом лиц, проживающих с бактериовыделителями.

6. Материнская смертность.

Число беременных, рожениц и родильниц, умерших от всех причин,

7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах.

$$\frac{\text{Число детей до 1 года, умерших в стационаре в первые 24 часа пребывания}}{\text{Число детей до 1 года, умерших в стационаре}} \times 100$$

8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости:

$$\frac{\text{Число умерших среди оперированных в стационарах по поводу острых заболеваний органов брюшной полости}}{\text{Число оперированных в стационарах по поводу острых заболеваний органов брюшной полости}} \times 100$$

9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда:

$$\frac{\text{Число умерших в стационарах от острого инфаркта миокарда}}{\text{Число выбывших из стационаров больных с диагнозом «острый инфаркт миокарда»}} \times 100$$

10. Летальность от острой пневмонии:

$$\frac{\text{Число умерших в стационарах от острой пневмонии}}{\text{Общее количество выбывших из стационаров больных с диагнозом «острая пневмония»}} \times 100$$

11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО:

Внутрибольничная инфекция (ВБИ) представляет собой любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращение в нее за лечебной помощью, или инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данной организации, вне зависимости от появления симптомов заболевания во время или после пребывания в больнице. К ВБИ, также, относятся случаи заболеваний, возникшие не только в результате пребывания в больнице, но и вследствие инфицирования при проведении лечебно-профилактических процедур медицинским персоналом в амбулаторно-поликлинических организациях, а также на дому.

$$\frac{\text{Число случаев заболеваний}}{10}$$

12. Удельный вес несовпадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию):

$$\frac{\text{Количество расхождений патологоанатомических диагнозов с клиническими по 1-3 группам несовпадений}}{\text{Количество вскрытий}} \times 100$$

13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя.

Учитывается число несчастных случаев со смертельным исходом медработников, в которых имеют место нарушения законодательства о труде и охране труда допущенные нанимателем.

14. Обоснованные жалобы:

$$\frac{\text{Число обоснованных жалоб населения}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000$$

К обоснованным относятся жалобы граждан по вопросам деятельности организаций здравоохранения и органов управления здравоохранением, поступившие как в территориальные органы управления здравоохранением, так и в Министерство здравоохранения Республики Беларусь, в которых факты полностью подтвердились. Сведения о количестве обоснованных жалоб граждан получают в секторе по работе и контролю за исполнением служебных документов и обращениям граждан Управления медстатистики, информационных технологий и делопроизводства Министерства здравоохранения и территориальных (областных) органах управления здравоохранением (охраны здоровья).

15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР, установленные на основании выездных проверок:

Учитывается число случаев представления недостоверной статистической информации по Модели конечных результатов, установленных на основании выездных проверок.

IX. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО АНАЛИЗУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ МКР

№ 1

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Витебской области на 2005 год (годовая)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонения		
					знак	за единицу измерения	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	15,0	2	-	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	6,2	6	-	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	6,0	3	-	0,2	
4. Показатель фетоинфральных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	12,5	3	-	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	9,5	3	-	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	638,0	2	-	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	72,0	2	+	0,02	
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	252,0	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	42,0	4	-	0,2	
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0	5,9	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	71,0	2	-	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	54,2	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	269,0	3	-	0,01	

1	2	3	4	5	6	7	8
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	13,2	5	–	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	23,1	5	–	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	74,0	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	106	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	7,6	2	+	0,1	
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	47,6	3	–	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	95,0	5	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	1	0	–	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	0	0	–	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	0	0	–	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	2	0	–	0,3	
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	0	0	–	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	1	0	–	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	0	0	–	0,1	
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	0,72	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	15,3	0	–	0,3	

1	2	3	4	5	6	7	8
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	0,44	0	–	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	0	0	–	0,1	
12. Удельный вес несовпадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несовпадений на 100 вскрытий	0	9,32	0	–	0,5	
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	–	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,03	0	–	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	0	0	–	5,0	

№ 2

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Витебской области на 2005 год (годовая)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонения		
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	11,33	2	–	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	6,65	6	–	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	3,1	3	–	0,2	
4. Показатель фетоинфекционных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	11,3	3	–	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	7,25	3	–	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	704,0	2	–	0,01	

1	2	3	4	5	6	7	8
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	80,74	2	+	0,02	
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	266,7	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	34,52	4	-	0,2	
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0	5,2	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	89,0	2	-	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	51,9	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	325,0	3	-	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	9,8	5	-	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	13,84	5	-	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	75,0	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	107,0	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	8,5	2	+	0,1	
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	43,35	3	-	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	96,0	5	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	13,54	0	-	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	16,5	0	-	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	8,56	0	-	0,1	

1	2	3	4	5	6	7	8
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	0	0	–	0,3	
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	0	0	–	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	1,0	0	–	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	5,0	0	–	0,1	
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	0,84	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	15,6	0	–	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	0,54	0	–	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	2	0	–	0,1	
12. Удельный вес несопадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несопадений на 100 вскрытий	0	9,32	0	–	0,5	
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	–	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,36	0	–	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	0,6	0	–	5,0	

№ 3

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Витебской области на 2005 год (годовая)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	Отклонения		
					знак	за единицу измерения	
1	2	3	4	5	6	7	8

1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	15,0	2	–	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	8,3	6	–	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	8,6	3	–	0,2	
4. Показатель фетоинфекционных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	14,2	3	–	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	12,0	3	–	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	652,0	2	–	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	75,0	2	+	0,02	
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	251,0	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	42,0	4	–	0,2	
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0	5,8	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	76,2	2	–	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	54,0	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	289,0	3	–	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	14,3	5	–	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	25,0	5	–	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	82,3	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	115	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	8,6	2	+	0,1	

1	2	3	4	5	6	7	8
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	49,2	3	–	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	95,0	5	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	14,3	0	–	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	15,9	0	–	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	8,2	0	–	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	0	0	–	0,3	
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	0	0	–	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	4,2	0	–	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	9,2	0	–	0,1	
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	0,65	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	12,6	0	–	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	0,35	0	–	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	2	0	–	0,1	
12. Удельный вес несопадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несопадений на 100 вскрытий	0	8,32	0	–	0,5	

1	2	3	4	5	6	7	8
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	-	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,38	0	-	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	0	0	-	5,0	

№ 4

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Витебской области на 2005 год (годовая)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонения		
					знак	за единицу измерения	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	16,2	2	-	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	5,6	6	-	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	7,9	3	-	0,2	
4. Показатель фетально-инфекционных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	13,0	3	-	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	9,2	3	-	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	694,0	2	-	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	75,2	2	+	0,02	
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	295,0	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	35,6	4	-	0,2	

1	2	3	4	5	6	7	8
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имеющих инвалидность	6,0	5,64	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	82,6	2	-	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	56,3	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	267,0	3	-	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	13,6	5	-	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	26,2	5	-	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	84,3	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	106,2	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	6,8	2	+	0,1	
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	48,3	3	-	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	98,6	5	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	12,6	0	-	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	15,98	0	-	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	8,62	0	-	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	0	0	-	0,3	
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	0	0	-	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	2	0	-	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	6,5	0	-	0,1	

1	2	3	4	5	6	7	8
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	0,65	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0		0	–	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	0,62	0	–	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	4	0	–	0,1	
12. Удельный вес несовпадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несовпадений на 100 вскрытий	0	6,58	0	–	0,5	
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	–	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,42	0	–	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	0	0	–	5,0	

№ 5

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Витебской области на 2005 год (годовая)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонения		
					знак	за единицу измерения	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	13,2	2	–	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	5,2	6	–	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	7,6	3	–	0,2	

1	2	3	4	5	6	7	8
4. Показатель фетоинфральных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	11,6	3	–	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	8,3	3	–	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	726,0	2	–	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	85,2	2	+	0,02	
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	302,0	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	41,3	4	–	0,2	
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0	7,3	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	82,6	2	–	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	56,2	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	296,3	3	–	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	14,3	5	–	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	25,7	5	–	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	85,6	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	106,2	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	7,6	2	+	0,1	
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	47,6	3	–	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	95,3	5	+	0,1	

1	2	3	4	5	6	7	8
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	13,5	0	–	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	18,6	0	–	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	8,33	0	–	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	0	0	–	0,3	
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	0	0	–	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	3	0	–	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	6,2	0	–	0,1	
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	1,30	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 бывших больных с установленным диагнозом	0	13,2	0	–	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 бывших больных с установленным диагнозом	0	0,51	0	–	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	0	0	–	0,1	
12. Удельный вес несовпадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несовпадений на 100 вскрытий	0	7,32	0	–	0,5	
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	–	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,06	0	–	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	0	0	–	5,0	

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
административных территорий Витебской области
на 2005 год (годовая)**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонения		
					знак	за единицу измерения	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	12,6	2	-	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	5,3	6	-	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	8,4	3	-	0,2	
4. Показатель фетоинфекционных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	13,2	3	-	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	11,3	3	-	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	710,0	2	-	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	65,3	2	+	0,02	
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	281,0	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	42,1	4	-	0,2	
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0	5,9	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	84,3	2	-	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	52,1	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	295,1	3	-	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	15,2	5	-	0,1	

1	2	3	4	5	6	7	8
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	26,1	5	–	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	85,0	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	110	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	8,2	2	+	0,1	
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	44,6	3	–	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	89,0	5	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	14,6	0	–	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	10,1	0	–	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	10,6	0	–	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	0	0	–	0,3	
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	0	0	–	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	5	0	–	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	9,0	0	–	0,1	
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	1,35	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	13,68	0	–	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	0,49	0	–	1,0	

1	2	3	4	5	6	7	8
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	6	0	–	0,1	
12. Удельный вес несопадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несопадений на 100 вскрытий	0	9,25	0	–	0,5	
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	–	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,25	0	–	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	1	0	–	5,0	

№ 7

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Витебской области на 2005 год (годовая)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонения		
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	13,2	2	–	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	5,2	6	–	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	8,9	3	–	0,2	
4. Показатель фетоинфекционных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	13,2	3	–	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	11,6	3	–	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	725,0	2	–	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	74,0	2	+	0,02	

1	2	3	4	5	6	7	8
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	256,0	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	46,2	4	-	0,2	
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0	9,2	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	79,6	2	-	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	52,3	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	296,0	3	-	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	14,3	5	-	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	23,6	5	-	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	84,6	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	102,6	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	8,2	2	+	0,1	
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	49,2	3	-	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	96,2	5	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	13,0	0	-	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	12,0	0	-	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	8,3	0	-	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	1	0	-	0,3	

1	2	3	4	5	6	7	8
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	1	0	–	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	4,0	0	–	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	9,2	0	–	0,1	
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	1,65	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	16,2	0	–	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	0,35	0	–	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	0	0	–	0,1	
12. Удельный вес несовпадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несовпадений на 100 вскрытий	0	0,65	0	–	0,5	
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	–	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,02	0	–	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	1	0	–	5,0	

№ 8

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Витебской области на 2005 год (годовая)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонения		
					знак	за единицу измерения	
1	2	3	4	5	6	7	8

1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	12,6	2	–	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	7,9	6	–	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	8,3	3	–	0,2	
4. Показатель фетоинфральных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	13,2	3	–	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	11,6	3	–	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	716,5	2	–	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	79,8	2	+	0,02	
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	254,3	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	42,0	4	–	0,2	
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0	5,3	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	81,3	2	–	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	56,8	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	289,3	3	–	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	14,3	5	–	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	26,1	5	–	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	87,3	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	110	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	6,9	2	+	0,1	

1	2	3	4	5	6	7	8
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	49,2	3	–	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	89,9	5	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	14,6	0	–	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	19,86	0	–	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	10,87	0	–	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	1	0	–	0,3	
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	0	0	–	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	3	0	–	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	6,2	0	–	0,1	
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	2,0	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 бывших больных с установленным диагнозом	0	16,1	0	–	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 бывших больных с установленным диагнозом	0	0,52	0	–	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	2	0	–	0,1	
12. Удельный вес несопадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несопадений на 100 вскрытий	0	9,83	0	–	0,5	

1	2	3	4	5	6	7	8
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	-	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,03	0	-	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	1	0	-	5,0	

№ 9

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Витебской области на 2005 год (годовая)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонения		
					знак	за единицу измерения	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	15,3	2	-	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	9,1	6	-	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	8,6	3	-	0,2	
4. Показатель фетоперинатальных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	13,5	3	-	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	9,2	3	-	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	635,0	2	-	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	62,8	2	+	0,02	
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	256,0	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	41,3	4	-	0,2	

1	2	3	4	5	6	7	8
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имеющих инвалидность	6,0	6,9	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	89,3	2	-	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	56,1	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	296,0	3	-	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	13,5	5	-	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	24,9	5	-	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	78,1	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	110	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	7,6	2	+	0,1	
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	47,6	3	-	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	97,6	5	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	14,3	0	-	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	10,6	0	-	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	8,26	0	-	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	0	0	-	0,3	
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	0	0	-	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	5	0	-	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	4,35	0	-	0,1	

1	2	3	4	5	6	7	8
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	1,36	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	13,2	0	–	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	0,65	0	–	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	1	0	–	0,1	
12. Удельный вес несовпадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несовпадений на 100 вскрытий	0	6,58	0	–	0,5	
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	–	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,1	0	–	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	1	0	–	5,0	

№ 10

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Витебской области на 2005 год (годовая)

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	Отклонения		
					знак	за единицу измерения	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности за 2005 год	случаев на 1000 населения	14,5	15,9	2	–	0,05	
2. Младенческая смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми	7,0	8,6	6	–	0,5	
3. Перинатальная смертность (без учета младенцев массой 500-999 г)	случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	6,5	8,2	3	–	0,2	

1	2	3	4	5	6	7	8
4. Показатель фетоинфральных потерь	сумма мертворожденных и умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми и мертвыми	12,0	11,6	3	–	0,2	
5. Коэффициент детской смертности в возрасте до 4 лет 11 мес. 29 дней	число детей, умерших в возрасте 0-5 лет на 1000 живорожденных	10,0	9,5	3	–	0,1	
6. Временная нетрудоспособность (по данным Фонда социальной защиты)	рабочих дней на 100 работающих	640,0	652,0	2	–	0,01	
7. Удельный вес острых кишечных инфекций с установленным возбудителем	% от суммы острых кишечных инфекций	70,0	65,0	2	+	0,02	
8. Выявляемость больных алкоголизмом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	260,0	261,0	2	+	0,02	
9. Первичный выход на инвалидность в трудоспособном возрасте	случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,4	42,3	4	–	0,2	
10. Реабилитация инвалидов полная	случаев на 100 имевших инвалидность	6,0	5,9	3	+	0,1	
11. Аборты (включая вакуум-регуляции)	случаев на 100 родов	70,0	87,5	2	–	0,02	
12. 5-ти летняя выживаемость онкологических больных	% от общего числа состоящих на учете	55,0	56,2	3	+	0,4	
13. Деятельность скорой медицинской помощи	число выездов бригад скорой помощи на 1000 населения	280,0	294	3	–	0,01	
14. Средний срок пребывания на койке	дней	12,0	13,6	5	–	0,1	
15. Уровень госпитализации	в % к численности населения	22,0	26,2	5	–	0,1	
16. Патологоанатомические вскрытия в стационаре	% к числу умерших	70,0	92,0	2	+	0,01	
17. Выполнение целевого показателя темпа роста платных медицинских услуг, доведенного Минздравом	% от уровня прошлого года в сопоставимых ценах	105	102	3	+	0,05	
18. Выполнение целевого показателя по энергосбережению	% от уровня прошлого года в сопоставимых условиях	7,5	8,2	2	+	0,1	
19. Заболеваемость активным туберкулезом	случаев с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения	48,0	47,3	3	–	0,05	
20. Обследование на туберкулез (рентгенофлюорография)	в % к численности подлежащего обследования населения	98,0	98,8	5	+	0,1	

1	2	3	4	5	6	7	8
Показатели дефектов							
1. Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III-IV стадии)	% к общему числу выявленных больных	0	14,6	0	–	0,05	
2. Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III-IV стадии)	случаев на 100 впервые выявленных	0	13,2	0	–	0,05	
3. Морфологическое не подтверждение злокачественного новообразования	случаев на 100 впервые выявленных заболеваний	0	8,76	0	–	0,1	
4. Заболеваемость активным туберкулезом медработников противотуберкулезных организаций	случаев	0	0	0	–	0,3	
5. Заболеваемость активным туберкулезом контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции	случаев	0	0	0	–	0,1	
6. Материнская смертность	случаев	0	2	0	–	2,0	
7. Досуточная летальность детей до 1 года в стационарах	на 100 детей в возрасте до 1 года, умерших в стационарах	0	8,65	0	–	0,1	
8. Послеоперационная летальность при острых заболеваниях органов брюшной полости	случаев на 100 оперированных	0	2,1	0	–	3,0	
9. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	13,2	0	–	0,3	
10. Летальность от острой пневмонии	случаев на 100 выбывших больных с установленным диагнозом	0	0,54	0	–	1,0	
11. Случай заболевания внутрибольничной инфекцией в ЛПО	случаев	0	1	0	–	0,1	
12. Удельный вес несопадений патологоанатомических и клинических диагнозов (по основному заболеванию)	число случаев несопадений на 100 вскрытий	0	3,6	0	–	0,5	
13. Производственный травматизм со смертельным исходом работников органов и организаций здравоохранения по вине нанимателя	случаев	0	0	0	–	5,0	
14. Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	0,2	0	–	6,0	
15. Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	случаев	0	0	0	–	5,0	

Х. ВЫВОД И ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КДР

Сделать выводы по результатам выполнения индивидуального задания необходимо в соответствии с градациями.

Градация коэффициента достижения результата

1. Низкий уровень КДР – от 0 до 0,19 включительно.
2. Ниже среднего – от 0,20 до 0,39 включительно.
3. Средний уровень КДР – от 0,40 до 0,59 включительно.
4. Выше среднего – от 0,60 до 0,79 включительно.
5. Высокий уровень КДР – от 0,80 и выше.

Градуирование величин КДР позволит проводить сравнение степени достижения конечных результатов деятельности различными лечебно-профилактическими организациями, осуществлять контроль их работы и принимать в результате его проведения конкретные управленческие решения с целью повышения качества оказания медицинской помощи.

В настоящее время коэффициент КДР учитывается при распределении премиального фонда среди лечебных организаций или среди подразделений внутри самой организации и имеет важное значение для определения единого фонда финансовых средств.

ХІ. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Основы организации системы контроля качества медицинской помощи больным в организациях здравоохранения.
2. Характеристика понятия «качество медицинской помощи».
3. Методика проведения экспертизы контроля качества.
4. Ступени проведения контроля качества оказания медицинской помощи.
5. Шкала оценки диагностических мероприятий, диагноза, лечебно-оздоровительных мероприятий и состояния здоровья пациента по окончании лечения и реабилитации.
6. Значение карты оценки качества оказания медицинской помощи.
7. Содержание и значение таблицы оценки качества работы врача организации здравоохранения.
8. Уровни штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей организаций здравоохранения.
9. Содержание и методика заполнения анкеты изучения мнения населения о работе организаций здравоохранения.
10. Система управления качеством медицинской помощи в организациях здравоохранения.
11. Схема экспертной оценки качества медицинской помощи в организациях здравоохранения.
12. Группы показателей, характеризующих деятельность организаций здравоохранения.

13. Структура модели конечного результата.
14. Этапы расчета коэффициента достижения результата (КДР).
15. Практическое значение МКР для определения уровня эффективности оказанной медицинской помощи.
16. Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» от 11.11.1999 г., Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 963 от 18 июня 2002 г. «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения».

ХІІ. ЛИТЕРАТУРА

1. Глушанко В.С. Общественное здоровье и здравоохранение: Курс лекций для отечественных студентов. – Витебск, Издательство ВГМУ, 2001. – 359с. (Лекции №№ 9, 10, 6, 7).
2. Сборник вопросов и ответов по клинической медицине / Пол общей редакцией чл.-корр. БелАМН, профессора А.Н.Косинца. – Витебск: ВГМИ, 1998. – 948с.
3. Цыбин А.К., Мовчан К.А., Пилипцевич Н.Н., Нехайчик Т.П., Минайчева Л.М., Седых А.И., Гончаров С.В. Методика расчета оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях: Инструкция по применению / Разраб.: Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения (Регистр. № 37-0102 от 29.05.2002 г.). – Минск, 2004. – 24 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 94 от 30.03.2005 г. «Об утверждении Модели конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Республики Беларусь на 2005 год».
5. «Методика расчета показателей модели конечных результатов деятельности органов и организаций здравоохранения административных территорий Республики Беларусь в 2005 году» от 15 июня 2005 г. № 60-0505.
6. Закон Республики Беларусь от 11 января 2002 г. № 91-3.
7. Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003-2007 годы.
8. Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» от 11.11.1999 г.
9. Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 963 от 18 июня 2002 г. «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения».

КАРТА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Отделение _____
2. Ф.И.О. врача _____
3. Ф.И.О. больного _____
4. Номер медицинской карты _____
5. Оценка полноты обследования (ОДМ) _____
6. Оценка диагноза (ОД) _____
7. Оценка набора лечебных мероприятий (ОЛМ) _____
8. Оценка результативности лечения (ОРЛ) _____
9. Замечания _____

Дата экспертизы «__» _____ 200__ г.

Эксперт (Ф.И.О.) _____ Подпись _____

Таблица оценки качества работы врача _____ за _____ 200__ г.
 Ф.И.О. _____ месяц _____

Ф.И.О больного, № мед. карты	Степень контроля (I-IV)	ОДМ	ОД	ОЛМ	ОРЛ	УКМ (1,0 – ОДМ – ОД – ОЛМ – ОРЛ)	Дата и краткое описание дефекта	Уровень штраф- ных санкций де- фекта (у)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
N								
Уровень качества медицинской помощи (УКМ)=							Уровень дефектов (УД)	
Уровень качества работы врача (УКРВ)=								

Примечание: ОДМ – оценка выполнения диагностических мероприятий; ОД – оценка диагноза; ОЛМ – оценка выполнения лечебных мероприятий; ОРЛ – оценка результативности лечения; УКМ – уровень качества медицинской помощи; УД – уровень дефектов; УКРВ – уровень качества работы врача в данном месяце.

И Н С Т Р У К Ц И Я

по заполнению таблицы «Оценки качества работы врача»

1. Таблица оценки качества медицинской помощи заполняется ежемесячно на каждого врача, оказывающего медицинскую помощь населению в организации.

2. Ответственность за ведение таблиц оценки качества медицинской помощи возлагается на заведующих структурными подразделениями и заместителей главного врача лечебно-профилактической организации.

3. В графе 1 таблицы записывается Ф.И.О. больного и номер медицинской карты, по которой проводилась экспертиза качества медицинской помощи.

4. В графе 2 таблицы отмечается уровень (ступень) контроля качества медицинской помощи: I – заведующие структурными подразделениями; II – заместители руководителя организации по лечебной работе, родовспоможению, медицинской реабилитации и экспертизе; III – члены лечебно-контрольной комиссии организации; IV – главные штатные и внештатные специалисты Министерства здравоохранения, областных управлений здравоохранения и комитета по здравоохранению.

5. В графы 3-6 заносятся результаты экспертной оценки диагностических мероприятий (ОДМ); диагноза (ОД); выполнения лечебных мероприятий (ОЛМ); результативности лечения (ОРЛ).

6. Уровень качества медицинской помощи (графа 7) оказанной врачом конкретному пациенту вычисляется по формуле:

$$УКМ = 1 - ОДМ - ОД - ОЛМ - ОРЛ$$

7. Уровень качества медицинской помощи, оказанной врачом в течение месяца определяется как среднеарифметическое значение показателей уровня качества медицинской помощи отдельным пациентам в данном периоде:

$$УКМ = \frac{УКМ1 + УКМ2 + \dots + УКМn}{N}$$

8. В графы 8-9 вносятся дефекты, выявленные в деятельности врача, как при экспертной оценке качества оказанной медицинской помощи, так и при повседневном контроле за их работой и уровень штрафных санкций за дефекты.

9. Уровень дефектов (УД) в деятельности врача за месяц вычисляется как сумма штрафных санкций по каждому из дефектов, допущенных им за данный период.

10. Уровень качества работы врача в данном месяце (УКРВ) вычисляется по формуле:

$$УКРВ = УКМ - УД$$

АНКЕТА**изучения мнения населения о работе поликлинике**

С целью улучшения медицинского обслуживания просим Вас ответить на вопросы анкеты, выбрав и подчеркнув те ответы, которые соответствуют Вашему мнению.

1. Удовлетворили Вас распорядок работы поликлиники 1. да; 2. нет.
Если нет, то укажите причину _____
2. Сколько времени Вы затратили на запись в регистратуре: _____
3. Сколько времени Вы ждали, чтобы попасть на прием к врачу: _____
4. Имеете ли Вы возможность попасть на прием к врачам-специалистам (невропатологу, ЛОР, офтальмологу и т.д.) в день обращения? 1. да; 2. нет.
5. Если у Вас имеется опыт прошлых лет, как бы Вы оценили доступность оказания медицинской помощи (подчеркнуть):
 - посетить участкового врача: 1. стало проще, 2. сложнее, 3. так же, как и в прошлые годы, 4. затрудняюсь ответить.
 - посетить врача-специалиста: 1. стало проще, 2. сложнее, 2. так же, как и в прошлые годы, 4. затрудняюсь ответить.
6. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам лечащего врача? 1. да; 2. нет.
7. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам медсестры, работающей с лечащим врачом? 1. да; 2. нет.
8. Вы можете отметить, что во время приема:
 - участковый врач спешил: 1. да, 2. нет; был внимателен 1. да, 2. нет
 - врач-специалист спешил: 1. да, 2. нет; был внимателен 1. да, 2. нет.
9. Удовлетворены ли Вы работой:
 - 1) регистратуры: 1. да, 2. нет;
 - 2) лаборатории: 1. да, 2. нет;
 - 3) процедурного кабинета: 1. да, 2. нет;
 - 4) кабинета функциональной диагностики: 1. да, 2. нет;
 - 5) рентген-кабинет: 1. да, 2. нет;
 - 6) отделения физиотерапии: 1. да, 2. нет.
10. Удовлетворены ли Вы качеством медицинского обслуживания в поликлинике (подчеркнуть). 1. удовлетворены полностью; 2. не совсем; 3. не удовлетворены, почему _____
11. Имеются ли медикаменты, назначаемые врачом, в аптеке? 1. да; 2. нет.
12. Имели ли место факты вымогательства, поборов медицинскими работниками поликлиники за оказанную медицинскую помощь: 1. да; 2. нет.
13. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст _____ лет.
14. Укажите, пожалуйста, Ваш пол: мужчина, женщина (подчеркнуть).
Ваши предложения по улучшению работы поликлиники: _____

А Н К Е Т А
изучения мнения населения о работе стационара

С целью повышения качества и эффективности медицинской помощи просим Вас ответить на вопросы анкеты, выбрав и подчеркнув те ответы, которые соответствуют Вашему мнению.

1. В каком отделении больницы Вы находились на лечении: _____
2. Удовлетворяют ли Вас условия пребывания в отделении 1. да, 2. нет.
3. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам лечащего врача? 1. да, 2. нет.
- Удовлетворены ли Вы отношением к Вам среднего медицинского персонала? 1. да, 2. нет.
5. Удовлетворены ли Вы работой:
 - 1) приемного отделения: 1. да, 2. нет.
 - 2) лаборатории: 1. да, 2. нет.
 - 3) процедурного кабинета: 1. да, 2. нет.
 - 4) кабинета функциональной диагностики и рентген-кабинета: 1. да, 2. нет.
 - 5) физиотерапевтического отделения: 1. да, 2. нет.
6. Удовлетворены ли Вы питанием в стационаре? 1. да, 2. нет.
7. Удовлетворены ли Вы обеспечением медикаментами в стационаре? 1. да, 2. нет.
8. Покупали ли Вы медикаменты в период лечения в отделении: 1. да, 2. нет.
9. Удовлетворены ли Вы качеством оказанной Вам медицинской помощи: 1. да, 2. нет.
10. Имели ли место факты вымогательства, поборов медицинскими работниками больницы за оказанную медицинскую помощь: 1. да, 2. нет.
11. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст: _____ лет.
12. Укажите, пожалуйста, Ваш пол: мужчина, женщина (подчеркнуть).

Ваши предложения по улучшению работы стационара:

Система управления качеством медицинской помощи в ЛПО

Цели изучения КМП	Методы изучения КМП
I уровень контроля качества Заведующие отделениями и кабинетами	
<p>Анализ всех элементов лечебно-оздоровительного процесса, проводимого врачами, с последующей корректировкой выявленных недостатков.</p> <p>Установление типичных ошибок деятельности медперсонала.</p> <p>Использование результатов контроля качества для улучшения непосредственной деятельности врачей.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Непосредственный контроль за работой врачей в порядке повседневной профессиональной и административной деятельности. 2. Обходы в отделениях. 3. Метод экспертной оценки КМП, оказываемой пациентам врачами.
II уровень контроля качества Заместители главного врача	
<p>Оценка организации медицинской помощи в ЛПО и разработка мероприятий по улучшению качества работы всех отделений и служб ЛПО.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Непосредственный контроль за работой врачей в порядке повседневной профессиональной и административной деятельности. 2. Обходы в отделениях. 3. Метод экспертной оценки КМП, оказываемой пациентам врачами. 4. Изучение результативности КМП I уровня. 5. Изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью методом социологического опроса. 6. Изучение удовлетворенности медперсонала деятельностью администрации, работой вспомогательных лечебно-диагностических и хозяйственных служб методом опроса.
III уровень контроля качества Клинико-экспертная комиссия, возглавляемая главным врачом	
<p>Разработка мероприятий: по обеспечению качества медицинской помощи; по подготовке и переподготовке кадров; решение вопросов об использовании, разработке и адаптации стандартов медицинской помощи.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ результатов экспертных комиссий I-II уровня. 2. Разработка мероприятий по улучшению КМП в организации.

Схема экспертной оценки качества медицинской помощи в ЛПО

Основные задачи экспертной оценки КМП	Количество экспертиз и сроки их проведения	Объект исследования при экспертной оценке КМП	Конечные документы и мероприятия
I уровень контроля качества медицинской помощи			
Определение уровня качества медицинской помощи, оказываемой пациентам, врачами (УКМВ)	Не менее 10 % амбулаторных больных с законченными случаями обращения в ЛПО и 40 % медицинских карт стационарных больных, закончивших лечение.	1. Медицинские карты о законченных случаях поликлинического обслуживания и стационарного лечения. 2. Выявление дефектов в работе врачей во время повседневной деятельности и при экспертизе. 3. Стандарты медицинской помощи.	1. Аналитические таблицы I уровня о деятельности врачебного персонала отделения. 2. Составление предложений для II и III уровней контроля. 3. Беседы с врачами о ликвидации дефектов и улучшения мед. помощи.
II уровень контроля качества медицинской помощи			
1. Определение уровня качества работы отделений, кабинетов (УКМО, УМКМ). 2. Проведение углубленного анализа качества медицинской помощи в экстраординарных случаях	Ежемесячно По мере их возникновения	1. Аналитические таблицы I уровня. 2. Случаи летальных исходов и резкого ухудшения здоровья пациентов в детском и трудоспособном возрасте и др. 3. Случаи с выраженными дефектами в оказании медицинской помощи. 4. Данные опроса населения об удовлетворенности медицинской помощью.	1. Аналитические документы II уровня о деятельности кабинетов ЛПО в целом. 2. Разработка предложений о ликвидации дефектов в деятельности организации. 3. Справка с анализом, оценкой и предложениями по повышению степени удовлетворенности населения медицинской помощью.

Приложение 7 (продолжение)

Основные задачи экспертной оценки КМП	Количество экспертиз и сроки их проведения	Объект исследования при экспертной оценке КМП	Конечные документы и мероприятий
III уровень контроля качества медицинской помощи			
Изучение удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью	Не реже одного раза за квартал в количестве не менее 400 анкет	1. Аналитические таблицы I-II уровней. 2. Материалы о соответствии уровня оснащенности ЛПО и его кадрового потенциала задачам организации. 3. Сведения о МКР. 4. Материалы о конфликтных ситуациях.	1. Информирование органов управления здравоохранением о состоянии организации и качестве оказываемой помощи и предложение мероприятий по ее улучшению. 2. Регулярное информирование медперсонала о результатах экспертизы КМП на совещаниях, клинических и патолого-анатомических конференциях.

Совет Министров Республики Беларусь

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 18 июля 2002 г. № 963 г. Минск

**О ГОСУДАРСТВЕННЫХ МИНИМАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ
СТАНДАРТАХ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Во исполнение Закона Республики Беларусь от 11 ноября 1999 г. "О государственных минимальных социальных стандартах" Совет Министров Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЕТ**:

1. Установить, что:

1.1. нормативы бюджетного финансирования расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя отражают размеры средств, необходимых для компенсации затрат государственных организации здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи.

Минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя по республике и по бюджетам областей и г. Минска определяется ежегодно в установленном порядке Министерством финансов совместно с Министерством здравоохранения и включается в проект закона о бюджете Республики Беларусь на очередной финансовый (бюджетный) год;

1.2. основные виды услуг по оказанию стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи осуществляются государственными организациями здравоохранения бесплатно согласно приложению.

Государственные организации здравоохранения могут оказывать платные медицинские услуги в соответствии с перечнем и порядком, определяемыми Советом Министров Республики Беларусь;

1.3. нормы и нормативы льготного обеспечения средствами реабилитации и зубопротезирования определяются в соответствии с Государственным реестром (перечнем) технических средств социальной реабилитации, выделяемых инвалидам бесплатно или на льготных условиях, утвержденным постановлением Кабинета Министров Республики Беларусь от 18 марта 1996 г. № 190 (Собрание указов Президента и постановлений Кабинета Министров Республики Беларусь, 1996 г., № 8, ст. 212; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002 г., № 2, 5/9633).

Инвалиды, пенсионеры и другие категории граждан, которые не являются инвалидами, но по медицинским показаниям нуждаются в средствах реабилитации, обеспечиваются зубными протезами 1 раз в 2 года, слуховыми аппаратами – 1 раз в 4 года, глазными протезами – 1 раз в год, телескопическими очками – 1 раз в 10 лет, одним шприцем инсулиновым одноразового пользования в день, одно тест полоской для определения сахара в крови в день, лупами – 1 раз в 1,5 года, глюкометрами, датчиками-глюкосенсорами – 1 раз в 10 лет;

1.4. на основе государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в административно-территориальных единицах Республики Беларусь разрабатываются и утверждаются территориальные программы государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан в порядке, определяемом Министерством здравоохранения;

1.5. государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения пересматриваются не реже одного раза в пять лет.

2. Министерству здравоохранения:

по согласованию с Министерством финансов утвердить в установленном порядке нормы и нормативы материально-технического, медикаментозного, кадрового обеспечения, питания, обмундирования, мягкого инвентаря в государственных организациях здравоохранения различных типов и видов;

утвердить в установленном порядке нормы и нормативы льготного обеспечения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения;

привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим постановлением.

3. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

к Постановлению Совета Министров
Республики Беларусь 18.07.2002 № 963

**Основные виды услуг по оказанию
стационарной, амбулаторно-поликлинической
и скорой медицинской помощи, осуществляемых
государственными организациями здравоохранения
бесплатно**

1. Первичная медико-санитарная помощь:

1.1. диагностика и назначение лечения, проводимые участковыми врачами (терапевты, педиатры, акушер-гинекологи и т.д.) и врачами общей практики в амбулаторных условиях, а также на дому в случаях невозможности явки больного на прием либо представления угрозы здоровью и жизни самого больного или окружающих;

1.2. услуги врачей-специалистов, оказываемые в установленном порядке по направлению участковых врачей или врачей общей практики в учреждениях здравоохранения, в том числе областного и республиканского уровней;

1.3. диагностические услуги - клинические, инструментальные и лабораторные методы исследований, методы лучевой диагностики по направлениям участковых врачей, врачей общей практики и врачей-специалистов;

1.4. профилактика, диагностика и лечение стоматологических заболеваний, за исключением видов стоматологических услуг, относящихся к платным услугам в соответствии с законодательством;

1.5. профилактические меры в отношении онкологических заболеваний, врожденных пороков развития, ВИЧ/СПИД-инфекций, заболеваний молочных желез и щитовидной железы, туберкулеза, заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также формирование здорового образа жизни;

1.6. противоэпидемические мероприятия:

1.6.1. вакцинопрофилактика, проводимая в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям, а также выявление, регистрация и лечение поствакцинальных реакций и осложнений;

1.6.2. выявление больных инфекционными заболеваниями и извещение органов и учреждений государственного санитарного надзора;

1.6.3. профилактические меры в очаге инфекции;

1.6.4. клиническое и лабораторное обследование лиц, находившихся в контакте с больным инфекционным заболеванием или прибывших из стран, неблагополучных по эпидемически опасным заболеваниям;

1.7. профилактические мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе государственный санитарный надзор за исполнением санитарного законодательства физическими и юридическими лицами;

1.8. лабораторное обеспечение проводимой надзорной и противоэпидемической деятельности;

1.9. первичное медицинское освидетельствование наркологом, проведение наркологического контроля, наркологический учет и наблюдение;

1.10. первичное психиатрическое освидетельствование, диспансерное наблюдение, диагностика и лечение психотических форм психических расстройств, военно-психиатрическая экспертиза, врачебно-трудовая экспертиза;

1.11. направление на госпитализацию при наличии медицинских показаний в соответствии со стандартами, критериями и порядком госпитализация, определяемыми Министерством здравоохранения.

2. Скорая медицинская помощь, оказываемая по следующим показаниям:

2.1. внутренние и наружные кровотечения, угрожающие жизни;

2.2. неотложные состояния в кардиологии – инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, сердечная астма, отек легких, кардиогенный шок, аритмия сердца (мерцание и трепетание предсердий, впервые возникшие или тахисистолической формы; пароксизмальная тахикардия; фибрилляция желудочков, блокада сердца с редким сердечным ритмом или синкопальными состояниями), острая сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии, инфекционный эндокардит, ревматические заболевания (интенсивная терапия), гипертонические кризы, подозрение на расслаивающую аневризму аорты;

2.3. пульмонологические заболевания – приступы бронхиальной астмы, спонтанный пневмоторакс, другие заболевания и состояния, сопровождающиеся явлениями острой дыхательной недостаточности;

2.4. острые заболевания желудочно-кишечного тракта – острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, перфоративная язва желудка, другие перфорации полых органов желудочно-кишечного тракта,

острый перитонит, острая непроходимость кишечника, ущемленная грыжа, неотложные состояния при патологии печени, желчных путей, поджелудочной железы, острые отравления, острые заболевания желудочно-кишечного тракта инфекционной и паразитарной этиологии;

2.5. острые заболевания органов мочеполовой системы – острый пиелонефрит, острый гломерулонефрит, острый паранефрит, парафимоз, приапизм, заворот яичка и гидатид, острые заболевания яичка и его придатков инфекционной этиологии, острая почечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность в стадии декомпенсации, почечная колика, острая задержка мочи;

2.6. неотложные состояния, обусловленные эндокринной патологией – гипогликемическая и гипергликемическая комы, аддисонический криз, тиреотоксический криз, гипотиреоидная кома;

2.7. поражение нервной системы – острые гемо- и ликвородинамические церебральные нарушения, геморрагический инсульт, ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, приступы миастении, судорожные состояния;

2.8. заболевания крови (лейкозы, апластические анемии, миелодиспластические синдромы, гемофилия и другие наследственные гемостазиопатии, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, гемолитические анемии);

2.9. психические расстройства гражданина, которые обуславливают:
– непосредственную опасность для него и (или) окружающих;
– его беспомощность, то есть неспособность удовлетворять основные жизненные потребности;
– существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи;

2.10. травмы – острые черепно-мозговые и спинномозговые, позвоночника, вывихи и подвывихи, переломы костей, суставов, травмы мышц, травматический шок, ожоговая болезнь, синдром сдавления, электрическая травма, механическая асфиксия, тепловой удар, солнечный удар, состояние гипотермии с нарушением витальных функций, утопление, травмы и разрывы паренхиматозных и полых органов брюшной и грудной полости, забрюшинного пространства, таза, сосудисто-нервных пучков; раны, экстренная профилактика раневой инфекции;

2.11. стоматологические заболевания – острые состояния (абсцесс, флегмона, острая зубная боль);

2.12. острые заболевания и травмы глаз, в том числе попадание инородных тел;

2.13. острые заболевания уха, горла, носа, опасные для жизни, в том числе попадание инородных тел;

2.14. острые отравления;

2.15. гнойно-воспалительные заболевания всех локализаций, требующие срочного вмешательства;

2.16. острые состояния, связанные с беременностью, роды;

2.17. неотложные состояния в гинекологии – внематочная беременность, пельвиоперитонит, перитонит, маточные кровотечения, острые состояния, связанные с ишемией и некрозом фиброматозных узлов, апоплексия яичников, разрыв и перекрут кист яичника;

2.18. другие неотложные состояния – тромбозы и эмболии магистральных и периферических артерий, нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, угрожающие жизни больного, анафилактический шок, обморожение, острые аллергические реакции, состояния асфиксии, прекома и кома различной этиологии, острая и хроническая надпочечниковая недостаточность, острая печеночная недостаточность, гипертермические реакции различной этиологии с угрозой нарушения витальных функций, острые инфекционные заболевания, связанные с угрозой жизни больного и (или) угрозой здоровья и жизни окружающих.

3. Стационарная помощь:

3.1. роженицам, родильницам, женщинам с патологией беременности;

3.2. детям до 18 лет при заболеваниях;

3.3. больным при острых и обострениях хронических заболеваний, если имеются показания для госпитализации (круглосуточной, дневного пребывания), по направлениям в соответствии с критериями и порядком госпитализации;

3.4. туберкулезным, онкологическим больным, больным с доброкачественными опухолями, пациентам, страдающим психическими заболеваниями, алкоголизмом, токсикоманией и наркоманией, в случаях, представляющих угрозу жизни больного и (или) угрозу здоровью и жизни окружающих, больным инфекционными и венерическими заболеваниями;

3.5. больным, подлежащим плановым хирургическим вмешательствам, при наличии показаний для госпитализации.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ	3
I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ	4
II. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ	4
III. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ	5
IV. МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ.....	5
V. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ.....	5
VI. МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ	6
VII. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ	6
VIII. ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК ТЕМЫ	7
1. Методика расчета оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению врачами ЛПО	12
2. Методика расчета оценки качества медицинской помощи, предоставляемая населению средними медицинскими работниками ЛПО	18
3. Методика расчета качества медицинской помощи, оказываемой населению структурными подразделениями и лечебно-профилактическими организациями в целом	20
4. Методика изучения удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи	21
5. Пример расчета КДР на основе модели конечных результатов.....	24
IX. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО АНАЛИЗУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ТИПА И СТАНЦИЙ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	34
X. ВЫВОД И ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КДР	58
XI. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ	58
XII. ЛИТЕРАТУРА	59
ПРИЛОЖЕНИЯ	60