

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания.....	4
Список сокращений и условных обозначений.....	5
Введение.....	6
<b>Глава 1. Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в организациях первичной медико-санитарной помощи.....</b>	<b>7</b>
1.1. Показатели для оценки качества медицинской помощи на основе международного опыта.....	7
1.2. Описание системы, термины и определения.....	24
<b>Глава 2. Требования контрольно-надзорных органов к качеству и безопасности медицинской деятельности.....</b>	<b>30</b>
2.1. Современные подходы к проведению контрольно-надзорных мероприятий.....	30
2.2. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.....	32
2.2.1. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья.....	33
2.2.2. Соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.....	42
2.2.3. Соблюдение порядков проведения медицинских экспертиз, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.....	48
2.2.4. Соблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».....	59
<b>Глава 3. Международные требования к безопасности пациентов.....</b>	<b>61</b>
3.1. Правильная идентификация пациентов.....	61
3.2. Эффективная коммуникация между медицинскими работниками.....	67
3.3. Безопасное применение препаратов высокого риска.....	76
3.4. Правильная маркировка операционного участка.....	81
3.5. Снижение риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.....	85
3.6. Профилактика падений.....	91
<b>Глава 4. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.....</b>	<b>95</b>
4.1. Алгоритмы решения задач внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.....	61
<b>Глава 5. Оценка качества и безопасности медицинской деятельности.....</b>	<b>117</b>
5.1. Оценка качества медицинской помощи пациентами/законными представителями пациентов. Анкета Medical SERVQUAL.....	117
5.2. Независимая оценка качества медицинских услуг.....	123
Список литературы.....	126

## СИСТЕМА ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

### 1.1. ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА

---

#### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Приведем несколько определений, которые наиболее часто используются при обсуждении вопросов оценки качества и доступности медицинской помощи.

**Показатель** (индикатор) — это одна из характеристик объекта, процесса или результата, значение которой чаще всего выражается в цифровой форме.

**Критерий** (мера) — это значение показателя, на основании которого принимается решение или производится оценка: критерии госпитализации, отнесение к какому-либо классу, виду, степени и т.п. Например, степень приближения фактического показателя к его целевому значению может составить 90% — это и есть критерий достижения цели.

**Эффективность** (efficiency) — это соотношение достигнутых результатов (эффектов) и использованных ресурсов. Это всегда соотношение входа (затраты) и выхода (результаты). Оценка эффективности всегда происходит путем сравнения.

В здравоохранении чаще всего оценивают **результаты** оказания медицинской помощи. Если же показатели результата отклоняются от заданного уровня, то изучают процессы и/или показатели, характеризующие инфраструктуру (обеспеченность кадрами, стационарными койками). Для **макроуровня** (системы здравоохранения в целом) используются такие показатели, как смертность, заболеваемость, инвалидность населения. Для **уровня медицинской организации (МО)** — эффективность использования диагностического оборудования, внутрибольничная летальность и др. На **уровне «врач—пациент»** обычно оценивают такие показатели, как правильность назначений, их соответствие клиническим рекомендациям.

**Результативность** (effectiveness) — это степень достижения запланированных результатов.

## Категории показателей качества медицинской помощи, принятые в развитых странах

Результативность	<ul style="list-style-type: none"><li>• На макроуровне — показатели здоровья населения.</li><li>• На микроуровне — результаты лечения пациента</li></ul>
Безопасность	<ul style="list-style-type: none"><li>• Созданы ли условия, чтобы предотвратить нежелательные последствия и ошибки</li></ul>
Доступность	<ul style="list-style-type: none"><li>• В какие сроки оказана медицинская помощь.</li><li>• Доступна ли помощь территориально.</li><li>• Доступна ли помощь финансово</li></ul>
Равенство	<ul style="list-style-type: none"><li>• Качественная медицинская помощь доступна жителям различных муниципалитетов, населенных пунктов и городов</li></ul>
Ориентированность на нужды пациента	<ul style="list-style-type: none"><li>• Оправдывает ли медицинская помощь ожидания пациента, как складываются взаимоотношения с медицинскими работниками</li></ul>
Эффективность	<ul style="list-style-type: none"><li>• Получен ли максимально возможный (лучший) результат за имеющиеся ресурсы</li></ul>

В последние 15 лет в развитых странах на национальном уровне уделяется повышенное внимание оценке деятельности МО, в особенности оказывающих стационарную медицинскую помощь. Это связано как с усложнением технологий оказания медицинской помощи, так и с увеличением их стоимости. Усложнение технологий влечет за собой рост рисков для пациентов, как следствие, должны повышаться требования к безопасности медицинской помощи и усиливаться контроль за результатами. Увеличение стоимости технологий влечет за собой необходимость контроля за эффективностью их использования.

В оценке качества медицинской помощи (КМП) наиболее часто используются следующие подходы:

- регулярная официальная инспекция;
- опросы потребителей;
- оценка третьей стороной (например, добровольная оценка на соответствие международным стандартам) (*Joint Commission International — JCI*);
- отчет по установленным показателям;
- внутренняя оценка.

Для оценки деятельности МО обычно используют не более **100 показателей**, причем единых для национального уровня. Так, в Канаде, Голландии и Дании на национальном уровне для оценки деятельности больничных учреждений применяется порядка **50** показателей (как объективных, так и субъективных, основанных на мнении пациента), в Германии — около **100** (для справки: в РФ — это **2400** показателей). Примерно в половине случаев предоставление отчетности МО по установленным показателям является **обязательным**. Всемирная организация здравоохранения также разработала перечень рекомендуемых показателей (индикаторов) для оценки деятельности больниц. Этот проект получил название «Инструмент оценки эффективности для повышения качества работы больниц» (*Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals — PATH*). Многие страны взяли его за основу.

**ОРИГИНАЛ СТАТЬИ СМ. В ПУБЛИКАЦИЯХ**



## **ОПЫТ СТРАН ЕВРОСОЮЗА ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ**

Предоставление медицинской помощи, ориентированной на пациента, играет большую роль в политике здравоохранения в странах ЕС и ОЭСР. В разных странах опыт (мнение) пациентов рассматривается в качестве прямого источника информации и становится все более распространенным способом мониторинга, планирования и принятия решений в области здравоохранения. Проведенная работа по измерению и мониторингу опыта (мнения) пациентов во многих странах уже привела к улучшению показателей КМП.

В некоторых странах даже созданы специальные организации, которые являются ответственными за измерение и предоставление информации об опыте пациентов при обращении в МО. Для этого разработаны специальные инструменты: анкеты, стандартизированные процедуры анализа, формат предоставления публичной отчетности. В ряде случаев показатели, связанные с опытом пребывания пациентов в больнице (Patient-Reported Experience Measures), дополняются показателями, определяющими результаты их лечения и самочувствия (Patient-Reported Outcome Measures). Например, испытывает ли пациент после выписки боль, дискомфорт, беспокойство, депрессию; также оценивается состояние до и после определенного медицинского вмешательства (например, после эндопротезирования суставов) и т.д.

Данные о мнении пациентов публикуются в периодических национальных отчетах системы здравоохранения или размещаются на общедоступных веб-сайтах, демонстрирующих различия между больницами, регионами и периодами времени. Корея, Норвегия, Швеция и Великобритания используют результаты проведения опросов среди пациентов для дифференцированной оплаты МО и врачей. Австралия, Канада, Чехия, Дания и Франция используют эти данные для информирования органов здравоохранения в целях контроля и регулирования деятельности МО.

Обычно пациентам задают простые и понятные вопросы, например: «Врач проводит достаточно времени с вами во время консультации?», «Врач объясняет понятно, как применять лекарственные средства (ЛС)?», «Врач принимал решение о лечении совместно с вами?»

### **ОРИГИНАЛ СТАТЬИ СМ. В ПУБЛИКАЦИЯХ**



### **ОПЫТ ВЕЛИКОБРИТАНИИ**



## **ОПЫТ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ АМЕРИКИ ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕТОДИКА РАСЧЕТА НАЦИОНАЛЬНОГО РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

В США за последние годы апробировано около 10 различных систем оценки деятельности больничных учреждений, например: Best Hospitals Honor Roll1, America's Best Hospitals, 100 Top Hospitals и The Joint Commission Quality Check.

Все это предварило создание и внедрение **единой национальной системы** оценки деятельности МО, разработанной по поручению министерства здравоохранения США (*Centers for Medicare & Medicaid Services — CMS*). В США в 2015 г. впервые был опубликован **рейтинг**, основанный на субъективных показателях (опросах пациентов), а в 2016 г. — комплексный, который уже включал **и субъективные, и объективные** показатели. В настоящее время каждая больница США **обязана** предоставлять отчеты по данным показателям с определенной периодичностью (ежеквартально, ежегодно). Результаты отчетов и рейтингов используются для определения объемов финансирования МО из общественного страхового фонда (государственная страховая компания Medicare).

Для частнопрактикующих врачей и объединенных врачебных практик внедрена мотивационная система — the Merit-based Incentive Payment System. Для стационаров внедрена система оплаты, основанная на ценностях, — the hospital Value-Based Purchasing program. В этих схемах учитывается как достижение целевых показателей, так и динамика их изменения. Клиники, набравшие необходимый суммарный балл, получают дополнительное финансирование, а клиники, не достигшие этого показателя, наоборот — вычит из оплаты оказанных ими услуг.



## ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

**Оценка деятельности медицинских организаций является мощным управленческим инструментом**

1

Путем объективного сравнения показателей качества и безопасности медицинской помощи можно выявить «лучшие» и «худшие» медицинские организации, и, соответственно, сфокусировать управленческое воздействие на «худших» и изучить опыт «лучших»

2

Рейтинги, составленные на основании субъективных и объективных показателей, помогают пациентам в принятии решения о выборе больницы, а также мотивируют медицинские организации улучшать результаты своей деятельности

3

Показатели эффективности деятельности медицинских организаций позволяют руководителям здравоохранения оценить, насколько рационально расходуются общественные ресурсы

## Оценка качества медицинской помощи пациентами

В США для оценки КМП пациентами в медицинских учреждениях был разработан специальный опросник «Анкета для оценки пациентами больничных учреждений и медицинских центров» (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*). Научное исследование по разработке анкеты было начато в 2002 г. Министерством здравоохранения США совместно с Агентством по исследованиям и качеству в области здравоохранения (*Agency for Healthcare Research and Quality*). Полученные вопросы анкеты были размещены для обще-

ственного обсуждения. В мае 2005 г. Национальный форум по качеству (National Quality Forum) (организация, созданная для стандартизации измерения качества и отчетности в области здравоохранения) официально одобрил этот опросник. Сегодня он предназначен, во-первых, для получения сопоставимых данных между МО, во-вторых, для формирования публичной отчетности.



### Оценка качества медицинской помощи по объективным показателям

В 2014 г. Министерство здравоохранения США для целей создания комплексного рейтинга по разработке системы оценки КМП и безопасности пациентов в больницах заключило контракт с медицинским центром — Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research and Evaluation. В результате была разработана методология, которая позволяет рассчитать комплексный рейтинг каждой больницы на основании порядка **60** показателей. Дополнительно к этим показателям с каждой больницы собирается общая информация, которая в дальнейшем используется для стандартизации. Общая информация включает следующие сведения: технологии лечения, методы профилактики хирургических осложнений, средства диагностики, стоимость услуг и др.

Показатели, которые используются для составления комплексного рейтинга МО, подразделяются на следующие категории.

1. Показатели летальности пациентов в стационаре.
2. Безопасность пациентов.
3. Частота повторных госпитализаций.
4. Профилактическая направленность медицинской помощи.
5. Своевременность оказания медицинской помощи.
6. Эффективность использования диагностического оборудования.
7. Удовлетворенность пациентов.

Ниже приведены примеры показателей с формулой расчета и их средним значением в США в 2018 г.

1. **Летальность пациентов в стационаре.** Показатели летальности показывают, как часто госпитализированные пациенты умирают в течение 30 дней после поступления в стационар. Примеры показателей оценки летальности пациентов в стационаре представлены в таблице.

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Летальность пациентов от инфаркта миокарда в течение 30 дней после поступления в стационар (возраст пациентов — 65 лет и старше)	Число умерших от инфаркта миокарда в течение 30 дней (в том же стационаре, в другом или на дому) $\times$ 100. Число выписанных пациентов с диагнозом «инфаркт миокарда»	12,9%

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
2. Летальность пациентов после аортокоронарного шунтирования в течение 30 дней после поступления в стационар (возраст пациентов — 65 лет и старше)	Число смертей в стационаре после аортокоронарного шунтирования в течение 30 дней (в том же стационаре, в другом или на дому) $\times 100$ . Число выписанных пациентов, которым выполнено аортокоронарное шунтирование	3,2%
3. Летальность пациентов от пневмонии в течение 30 дней после поступления в стационар (возраст пациентов — 65 лет и старше)	Число умерших от пневмонии в течение 30 дней (в том же стационаре, в другом или на дому) $\times 100$ . Число пациентов, выписанных с диагнозом «пневмония»	13,8%

2. **Безопасность пациентов.** Показатели данной группы представляют информацию об инфекциях, которые проявляются во время пребывания пациента в больнице. Многие из этих инфекций можно предотвратить с помощью надлежащих процедур и соблюдения мер безопасности. Примеры показателей оценки безопасности пациентов показаны в таблице.

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Частота инфекций мочевыводящих путей, ассоциированных с установкой мочевыводящего катетера	Число пациентов с катетер-ассоциированными инфекциями мочевыводящих путей $\times 100$ Число пациенто-дней с катетером	—
2. Частота заражений кишечными инфекциями в стационаре	Число случаев лабораторно подтвержденного инфицирования <i>Clostridium difficile</i> ( <i>C. diff.</i> ) $\times 100$ . Число пациенто-дней в стационаре	—

- При измерении показателя важно, чтобы сбор данных о пациентах проходил унифицировано. Мочевыводящий катетер может стать источником проникновения серьезных инфекций (катетер-ассоциированная инфекция) в мочевыводящие пути, если он установлен неправильно или не соблюдается чистота в отделении, или когда катетер находится на месте в течение длительного периода времени. Для того чтобы избежать этого, важно соблюдать стандарты (протоколы) безопасности и постоянно контролировать медицинский персонал.



3. **Частота повторных госпитализаций.** Уровень повторной незапланированной госпитализации показывает, были ли пациенты, которые ранее выписаны из больницы, снова госпитализированы в стационар в течение



30 дней после выписки. Эта группа показателей определяет, смогла ли больница (врачи, персонал) сделать все возможное, чтобы предотвратить возникновение осложнения заболевания, были ли предоставлены пациенту четкие инструкции, как организовать уход на дому. Примеры показателей оценки частоты повторных госпитализаций представлены в таблице.

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Частота незапланированных повторных госпитализаций пациентов с инфарктом миокарда в течение 30 дней	Число незапланированных повторных госпитализаций пациентов с инфарктом миокарда в течение 30 дней $\times$ 100. Число госпитализаций пациентов за год	15,7%
2. Частота незапланированных повторных госпитализаций пациентов после аортокоронарного шунтирования в течение 30 дней	Число незапланированных повторных госпитализаций пациентов после аортокоронарного шунтирования в течение 30 дней $\times$ 100. Число госпитализаций пациентов за год	12,8%
3. Частота незапланированных повторных госпитализаций пациентов с пневмонией в течение 30 дней	Число незапланированных повторных госпитализаций пациентов с пневмонией в течение 30 дней $\times$ 100. Число госпитализаций пациентов за год	16,6%

**4. Профилактическая направленность оказания медицинской помощи.** Показатели, входящие в эту группу, указывают, насколько МО своевременно проводят профилактические и лечебно-диагностические вмешательства по предотвращению заболеваний и их осложнений. Примеры показателей оценки результативности оказания медицинской помощи представлены в таблице.

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Доля пациентов, получивших вакцинацию от гриппа	Число пациентов, получивших прививку от гриппа (неважно, в каком медицинском учреждении) + число пациентов, которые отказались от прививки $\times$ 100. Число пациентов, которые обращались в медицинское учреждение хотя бы 1 раз в период с 1 октября по 1 марта	94%
2. Доля пациентов, обратившихся в амбулаторно-поликлиническое учреждения с подозрением на ишемию (инфаркт) миокарда, которые получили ацетилсалициловую кислоту (Аспирин <sup>®</sup> ) в течение 24 ч после поступления в приемное отделение (стационарное отделение скорой медицинской помощи)	Число пациентов, обратившихся в амбулаторно-поликлиническое учреждения с подозрением на ишемию (инфаркт) миокарда, которые получили ацетилсалициловую кислоту (Аспирин <sup>®</sup> ) в течение 24 ч после поступления в приемное отделение $\times$ 100. Число пациентов в приемном отделении с подозрением на инфаркт миокарда	96%



Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
3. Доля пациентов, поступивших в приемное отделение (стационарное отделение скорой медицинской помощи) с симптомами острого нарушения мозгового кровообращения и которые получили компьютерную томографию (КТ)/магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга в течение 45 мин с момента поступления	Число пациентов, поступивших в приемное отделение с симптомами острого нарушения мозгового кровообращения и получивших КТ/МРТ головного мозга в течение 45 мин с момента поступления $\times 100$ . Число пациентов, которые поступили в отделение неотложной помощи с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения, симптомы которого начали проявляться не более 2 ч назад	70%

Оригинал статьи см. в публикации



5. **Своевременность оказания медицинской помощи.** В группе представлены данные, указывающие сроки оказания помощи в отделениях экстренной медицинской помощи при стационарах (emergency department) (для России это аналог стационарного отделения скорой медицинской помощи). Задержки в оказании необходимой помощи увеличивают риски осложнений у пациентов с тяжелыми заболеваниями или травмами. Время ожидания в разных МО может варьировать в зависимости от количества наблюдаемых пациентов, уровня укомплектования персоналом, производительности труда персонала, наличия стационарных коек для размещения пациентов в соответствующем отделении. Примеры показателей оценки своевременности оказания медицинской помощи представлены в таблице.

**Примеры показателей оценки своевременности оказания медицинской помощи**

Показатель	Средний показатель в США
1. Среднее время, которое проводят поступившие по экстренным показаниям пациенты в приемном отделении от момента поступления до направления в профильное отделение	4 ч
2. Среднее время, в течение которого пациенту с загрудинной болью выполнили электрокардиографию (ЭКГ) от момента обращения в лечебно-профилактическое учреждение	8 мин
3. Среднее время, которое пациент с экстренными показаниями проводит в приемном отделении до начала осмотра врачом	22 мин

- Первый показатель таблицы учитывает среднее время, проведенное в приемном отделении — с момента прибытия и до того времени, когда пациенты переводятся в профильное отделение. В расчет включаются только те пациенты,

которые были госпитализированы в стационар. Считается, что пациенты с болью в груди или с подозрением на инфаркт миокарда должны пройти ЭКГ по прибытии в приемное отделение в сроки до 10 мин (второй показатель в таблице). Если пациентам выполняют ЭКГ раньше, чем они попадают в больницу (например, в машине скорой помощи), это считается как 0 мин.

- Третий показатель таблицы учитывает среднее время в минутах, проведенное в приемном отделении с момента прибытия пациента до его ухода после осмотра медицинским работником. В расчет этого показателя не входят пациенты, которые были госпитализированы в стационар после осмотра, умерли в отделении неотложной помощи или уехали, будучи не принятыми. Чем ниже значение этого показателя, тем лучше.

6. **Эффективность использования диагностического оборудования.** В таблице представлены примеры показателей, входящие в группу эффективности использования диагностического оборудования (КТ, МРТ, маммография). Если значения показателей являются высокими, это может означать, что больница проводит ненужные исследования.

#### Примеры показателей оценки эффективности использования диагностического оборудования

Показатель	Формула для расчета	Средний показатель в США
1. Доля пациентов амбулаторно-поликлинического отделения с болью в нижней части спины или поясницы, которым было рекомендовано сделать МРТ, прежде чем было назначено лечение, в том числе физиотерапия	Число пациентов с болью в нижней части спины или поясницы, которым было сделано МРТ до того, как было назначено медикаментозное лечение, в том числе физиотерапия $\times 100$ . Число всех пациентов с болью в нижней части спины или поясницы	39,5%
2. Доля пациентов, которым одновременно было сделано КТ головного мозга и КТ придаточных пазух носа	Число пациентов, которым одновременно было сделано КТ головного мозга и КТ придаточных пазух носа в одном и том же учреждении в один и тот же день $\times 100$ . Число всех пациентов, которым было сделано КТ головного мозга	2,9%

- Первый показатель может представлять излишние назначения МРТ-исследований. Клинические рекомендации по ведению пациентов с болями в пояснице указывают, что, прежде чем назначить МРТ-исследование, необходимо выяснить, помогает ли медикаментозное или физиотерапевтическое лечение, чтобы избежать ненужного стресса и риска для пациента, или излишних затрат на МРТ.
- КТ головы и придаточных пазух носа подвергает пациентов воздействию высокого уровня радиации. Если у пациента с головной болью есть подозрение на хронический или острый синусит, то сначала выполняется КТ пазух, прежде чем решать, нужно ли также КТ головного мозга. Эксперты не рекомендуют делать оба исследования сразу, за исключением случаев, когда у врача есть подозрение, что у пациента может быть травма головы, новообразование или серьезная инфекция.

7. **Удовлетворенность пациентов.** Примеры показателей оценки удовлетворенности пациентов рассмотрены выше.

### **Методология расчета комплексного рейтинга медицинских организаций в США**

Для расчета комплексного рейтинга МО применяется специально разработанная методология, которая состоит из пяти шагов.

- **Шаг 1. Выбор и стандартизация показателей для включения в итоговый рейтинг.** В расчет рейтинга следует включать измеримые показатели из большого количества МО, отвечающие требованиям публичной отчетности.
- Прежде чем объединять эти данные, каждый показатель сначала приводят к единой числовой шкале измерения и стандартизируют с учетом единиц измерения (количество, проценты, время).
- **Шаг 2. Распределение показателей по группам.** Все возможные для анализа показатели распределяют по группам, которые были рассмотрены выше.
- **Шаг 3. Вычисление показателей модели.** Для этого используется метод регрессионного анализа. Суть регрессионного анализа заключается в выявлении количественных связей (они выражаются в коэффициентах) между переменными (значениями показателей), которые влияют на конечный результат по группе показателей.
- **Шаг 4. Расчет суммарного балла больницы с учетом удельного веса каждой группы показателей.** Получив на предыдущем этапе оценку для каждой больницы и каждой группы показателей, вычисляется средневзвешенное значение, которое объединяет семь значений групп в единый итоговый балл больницы.
- **Шаг 5. Применение алгоритма кластеризации для получения итоговых оценок.** Методология рейтинговой оценки больниц использует алгоритм кластеризации, чтобы разделить все больницы, участвующие в рейтинге, на пять групп. Больницам, которые имеют минимальное значение итогового показателя, присваивается одна звезда, а больницам с высоким значением — пять звезд.
- В таблице приведено сравнение показателей качества и доступности медицинской помощи в РФ и развитых странах. Из нее следует, что в РФ большинство показателей не измеряется в соответствии с международно принятыми методиками, а имеющиеся значения показателей значительно хуже, чем в изучаемых странах.

Сравнение показателей качества медицинской помощи в России, странах ОЭСР, «старых», «новых-8» странах ЕС и «новых-8» странах ЕС

Показатель	Единица измерения	РФ, 2014 г.	ОЭСР в среднем, 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС, 2015 г.
<b>I. Показатели, характеризующие КМП в амбулаторных условиях и необоснованные госпитализации</b>					
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «бронхиальная астма»	Число пациентов на 100 000 населения соответствующего возраста	1285	45	38	72
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «хроническая обструктивная болезнь легких»	Число пациентов на 100 000 населения соответствующего возраста	3206	190	177	183
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «застойная сердечная недостаточность»	Число пациентов на 100 000 населения соответствующего возраста	3617	228	231	439
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «сахарный диабет»	Число пациентов на 100 000 населения соответствующего возраста	3818	137	117	180
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом «сахарный диабет», которым была ампутирована нижняя конечность (конечности)	Число пациентов на 100 000 населения	—	6,4	5,3	5,3
Прием антибиотиков в амбулаторных условиях	Число стандартных дневных доз на 1000 населения в день	—	20	21	22
<b>II. Показатели, характеризующие КМП в стационарных условиях</b>					
Внутрибольничная летальность пациентов старше 45 лет с острым инфарктом миокарда в течение 30 дней от момента поступления	Число случаев на 100 госпитализаций соответствующего возраста	16,5	7,5	6,6	6,7
Внутрибольничная летальность пациентов старше 45 лет с ишемическим инсультом в течение 30 дней от момента поступления	Число случаев на 100 госпитализаций соответствующего возраста	13,7	8,2	7,6	10,7

Показатель	Единица измерения	РФ, 2014 г.	ОЭСР в среднем, 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС, 2015 г.
Внутрибольничная летальность пациентов старше 45 лет с геморагическим инсультом в течение 30 дней от момента поступления	Число случаев на 100 госпитализаций соответствующего возраста	43,2	22,6	21,7	30,4
<b>III. Показатели, характеризующие безопасность медицинской помощи в стационарных условиях</b>					
Частота случаев послеоперационного сепсиса при полостных операциях	Число случаев на 100 000 полостных операций	—	2117	2103	359
Частота случаев легочной эмболии после хирургического вмешательства во время операции на бедре и колене	Число случаев на 100 000 хирургических вмешательств данного вида (бедро и колена)	—	301	291	58
Частота случаев тромбоза глубоких вен после хирургического вмешательства во время операции на бедре и колене	Число случаев на 100 000 хирургических вмешательств данного вида (бедро и колена)	—	357	556	68
Частота случаев оставления инородного тела (хирургических принадлежностей) после оперативного вмешательства	Число случаев на 100 000 операционных вмешательств	—	5,4	6,1	0,4
Частота случаев акушерской травмы рожениц при вагинальных родах с применением щипцов	Число случаев на 100 соответствующих родов	—	5,7	5,1	0,9
Частота случаев акушерской травмы рожениц при вагинальных родах без применения щипцов	Число случаев на 100 соответствующих родов	—	1,5	1,6	0,1
Несоответствие лечения установленным стандартам и клиническим рекомендациям, правилам (выборочные исследования)	Доля	22%	5%	—	—
<b>IV. Показатели, характеризующие КМП пациентам с онкологическими заболеваниями</b>					
Скрининг женщин в возрасте 50–69 лет на рак молочной железы	Доля в общей численности женщин соответствующего возраста	—	61%	65%	54%

Показатель	Единица измерения	РФ, 2014 г.	ОЭСР в среднем, 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС, 2015 г.
Пятилетняя относительная выживаемость женщин с диагнозом «рак молочной железы» (то есть по сравнению с популяцией женщин такого же возраста, не имеющих этого диагноза)	Доля	73%	85%	86%	78%
Летальность пациентов с диагнозом «рак молочной железы»	Число случаев на 100 000 женщин (стандартизованный коэффициент)	14,2	24,9	26,8	26,5
Пятилетняя относительная выживаемость пациентов с диагнозом «рак толстой кишки» (то есть по сравнению с популяцией, не имеющей этого диагноза)	Доля	65%	63%	63%	54%
Пятилетняя относительная выживаемость пациентов с диагнозом «рак прямой кишки» (то есть по сравнению с популяцией, не имеющей этого диагноза)	Доля	63%	52%	62%	50%
Летальность пациентов с диагнозом «рак толстой и прямой кишки»	Число случаев на 100 000 населения (стандартизованный коэффициент)	—	23,9	22,8	31,4
<b>V. Показатели, характеризующие КМП пациентам, страдающим психическими заболеваниями</b>					
Число случаев повторных госпитализаций среди населения старше 15 лет с диагнозом «шизофрения» в то же учреждение в течение 30 дней (2011)	Число случаев на 100 пациентов	—	11,4	11,4	8,7
Число случаев повторных госпитализаций среди пациентов старше 15 лет с диагнозом «биполярное расстройство» в то же учреждение в течение 30 дней (2011)	Число случаев на 100 пациентов	—	10,6	11,4	7,8

Показатель	Единица измерения	РФ, 2014 г.	ОЭСР в среднем, 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС, 2015 г.
Самоубийство в стационаре среди пациентов с психическим расстройством среди лиц старше 15 лет	Число случаев на 100 пациентов	—	—	0,04	0,01
Самоубийство в стационаре в течение 30 дней после поступления среди пациентов с психическим расстройством, среди лиц старше 15 лет	Число случаев на 100 пациентов	—	—	0,07	0,09
Самоубийство в стационаре в течение 1 года после поступления среди пациентов с психическим расстройством, среди лиц старше 15 лет	Число случаев на 100 пациентов	—	—	0,25	0,31
<b>VI. Показатели, характеризующие оказание медицинской помощи детям и новорожденным</b>					
Число пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом «бронхиальная астма»	Число пациентов на 100 000 населения соответствующего возраста	20 618	—	—	—
Число пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом «сахарный диабет»	Число пациентов на 100 000 населения соответствующего возраста	12 419	—	—	—
Число пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом «гастроэнтерит»	Число пациентов на 100 000 населения соответствующего возраста	8820	—	—	—
Младенческая смертность	Число случаев на 1000 родившихся живыми	5,6 (Росстат)	3,9	3,3	3,8
Неонатальная смертность	Число умерших в возрасте до 28 дней на 1000 родившихся живыми	3,5	2,6	2,3	2,6
Перинатальная смертность	Число умерших в возрасте до 7 дней на 1000 родившихся живыми и мертвыми	7,5 (Росстат)	5,3	6,3	4,3



Показатель	Единица измерения	РФ, 2014 г.	ОЭСР в среднем, 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС, 2015 г.
<b>VII. Показатели, характеризующие КМП для пациентов старшей возрастной группы населения</b>					
Доля лиц старше 65 лет	Доля среди всего населения	14,2% (Росстат)		19,9%	17,3%
Доля лиц старше 65 лет, оценивающих свое здоровье как очень хорошее и хорошее	Доля среди населения соответствующего возраста	5%		43%	18%
Доля лиц старше 65 лет, ограниченных в повседневной деятельности	Доля среди населения соответствующего возраста	—		54%	72%
Распространенность деменции среди населения	Число случаев на 1000 населения	10 (ОЭСР)		19	10
Доля лиц старше 65 лет, получающих услуги по долговременному уходу (в домах престарелых и дома)	Доля населения соответствующего возраста	2,6% (расчет ВШОУЗ-КМК)		11,3%	5,2%
Доля лиц старше 65 лет, получающих услуги по долговременному уходу дома	Доля населения соответствующего возраста, получающего долговременный уход	—		67%	72%
Доля сиделок, работающих неофициально, от числа лиц старше 50 лет	Доля	—		16%	13%
Доля пациентов старше 65 лет, которым проведена операция при переломе шейки бедра в течение 48 ч после поступления	Доля среди населения соответствующего возраста	—		80%	79%
Число коек длительного ухода в домах престарелых, социальных учреждениях и в системе здравоохранения среди лиц старше 65 лет	Число коек на 1000 населения старше 65 лет	13,5 (расчет ВШОУЗ-КМК)		49,2	29,8
Социальные работники (длительного ухода)	На 100 человек старше 65 лет	3 (расчет ВШОУЗ-КМК)		5	3
Расходы на услуги по долговременному уходу	Доля внутреннего валового продукта	0,2% (расчет ВШОУЗ-КМК)		1,2%	0,5%

Показатель	Единица измерения	РФ, 2014 г.	ОЭСР в среднем, 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС, 2015 г.
Показатель охвата иммунизацией против вируса гриппа граждан старше 65 лет	Доля среди населения соответствующего возраста	—	—	53%	16%
<b>VIII. Показатели, характеризующие ориентированность амбулаторной медицинской помощи на пациента</b>					
Число пациентов, которые отметили, что врач первичного звена провел с ними достаточно времени	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	81	—	—
Число пациентов, которые отметили, что врач первичного звена дал им доступные объяснения по заболеванию	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	89	—	—
Число пациентов, которые отметили, что врач первичного звена дал им возможность задать вопросы об их заболевании	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	83	—	—
Число пациентов, которые отметили, что врач первичного звена обсудил с ними лечение их заболевания	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	86	—	—
<b>IX. Показатели, характеризующие доступность оказания медицинской помощи</b>					
Доля пациентов в возрасте 18 лет и старше, которые не смогли попасть к врачу первичного звена при необходимости (хоть 1 раз в год)	Доля от 100 опрошенных	33%	14% (США)	—	—
Число пациентов старше 15 лет, которые не смогли пройти обследование и последующее лечение в стационаре из-за его высокой стоимости	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	4,7	—	—
Число пациентов старше 15 лет, которые не смогли попасть на консультацию к врачу из-за его стоимости	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	2326	10,5	—	—
Число пациентов, которые не смогли принимать назначенное ЛС из-за его стоимости	Стандартизованный коэффициент от 100 опрошенных	—	7,1	—	—

Показатель	Единица измерения	РФ, 2014 г.	ОЭСР в среднем, 2015 г.	«Старые» страны ЕС, 2015 г.	«Новые-8» страны ЕС, 2015 г.
Доля пациентов, которые не были осмотрены врачом в стационарном отделении скорой медицинской помощи	Доля пациентов, которые поступили и обратились в эти отделения	—	1,5% (США)	—	—
Среднее время ожидания планового хирургического вмешательства	Дни	≤30 (норматив)	16–42 (Нидерланды)	≤30 (Германия)	—
Время доставки скорой медицинской помощи по жизнеугрожающим состояниям (в том числе дорожно-транспортные происшествия)	Минуты	20 (90% вызовов)	9,5–11,0 (Канада)	7,5–8,0 (Германия, Великобритания)	—

