

ЭКОНОМИКА И МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УДК 614.2

Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Сафонова Н.Г., Маевская И.В.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ФАКУЛЬТЕТСКИХ КЛИНИК ИГМУ)

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск, Россия

В современных условиях отсутствия федерального нормативного документа, определяющего формат организации внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинской организации, а также с учётом несовершенства системы стандартизации в сфере здравоохранения РФ в многопрофильной медицинской организации разработаны и внедрены инновационные подходы в управлении качеством медицинской помощи. Данные анализа, проведённого в динамике на этапах до и после внедрения новых подходов по совершенствованию внутреннего контроля качества медицинской помощи, свидетельствуют об эффективности и целесообразности предложенных мероприятий.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, внутренний контроль, ведомственный контроль, качество сестринской помощи

ORGANIZATION OF INTERNAL CONTROL OF QUALITY OF MEDICAL CARE (FACULTY CLINICS OF IRKUTSK STATE MEDICAL UNIVERSITY)

Gaidarov G.M., Alekseeva N.Yu., Safonova N.G., Maevskaya I.V.

Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

Currently, there is no normative document at the federal level that determines the format of the organization of internal control of medical care quality in a medical organization. The system of standardization in the sphere of public health of the Russian Federation remains incomplete. In this regard, in the multidisciplinary medical organization, innovative approaches have been developed and implemented in the management of the medical care quality and ensuring the safety of medical activities: the development of a number of local regulatory documents; strengthening the expert institute (setting up a department for quality control and safety of medical activities); increasing the role of the internal expertise of the quality of medical care; standardization of medical care; improving the organization of work of middle and junior medical links; strict adherence to the three-stage internal quality control with the obligatory presence of self-control when monitoring the quality of work of medical, middle and junior medical personnel. The authors show the dynamics of the main indicators of the quality of care at the stages before and after the introduction of new approaches to improve the internal quality control of medical care. The presented data testify to the effectiveness and expediency of the proposed measures.

Key words: quality of medical care, internal control, departmental control, quality of nursing care

ВВЕДЕНИЕ

Система контроля качества и безопасности медицинской деятельности, развитие эффективной системы управления качеством являются одной из приоритетных задач организаторов здравоохранения, предусмотренной Федеральным законом РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утверждённой Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294. На настоящий момент основополагающим нормативно-правовым документом, регламентирующим порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, является Приказ ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230.

Основным назначением контроля качества медицинской помощи (ККМП) являются оценка качества медицинского обслуживания с позиции его соответствия уровню современных требований и использование результатов проведённой экспертизы в качестве важнейшего инструмента защиты прав застрахованного населения. По результатам нарушений, выявленных при проведении ККМП, должна проводиться работа, направленная на устранение выявленных дефектов. Однако на практике очень часто конечным практическим результатом этой работы становятся применение штрафных санкций к учреждениям здравоохранения, допустившим некачественное оказание медицинской помощи застрахованному населению, и статистический учёт нарушений [1, 3, 6].

В таких условиях важной составляющей качества медицинской услуги в современной многопрофильной

медицинской организации является качество управления оказанием медицинской помощи и создание соответствующей нормативно-правовой базы по ЭКМП внутри учреждения. Основным инструментом организации эффективной системы внутреннего контроля качества медицинской помощи является стандартизация основных процессов организации диагностики и лечения пациентов, а также стандартизация фармакологической и эпидемиологической безопасности медицинской деятельности, создание алгоритмов деятельности среднего персонала, в том числе стандартизация простых и сложных медицинских услуг, производимых медицинскими сёстрами [1, 2, 5, 6].

Внедрение системы внутреннего контроля качества медицинской помощи с элементами стандартизации основных видов деятельности всех участников лечебного диагностического процесса является основополагающим фактором улучшения показателей качества медицинских услуг, повышения степени удовлетворённости пациентов и, как следствие, повышения экономической эффективности деятельности любой медицинской организации [3, 4, 6].

Традиционная система оценки качества медицинской помощи, используемая во многих медицинских организациях России и, в том числе, Иркутской области, имеет свои недостатки. Основными причинами дефектов качества медицинской помощи являются: отсутствие стандартов организации своевременной качественной медицинской помощи на всех её этапах (от госпитализации до выписки пациента), отсутствие оптимальных единых стандартов ведения медицинской документации, что в свою очередь не позволяет экспертам внутреннего, ведомственного и государственного контроля качества медицинской деятельности дать объективную оценку качества медицинской помощи в конкретном учреждении, провести анализ из-за отсутствия единой оценки качества медицинской помощи и сравнить данные показатели по результатам внутреннего, ведомственного, государственного ККМП. Отсутствие на федеральном уровне нормативного документа, определяющего формат организации внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинской организации, безусловно, возлагает большую ответственность на руководителя учреждения при выборе оптимальной модели внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности. Такой выбор зависит от правильности оценки трудовых и материальных ресурсов, имеющихся в медицинской организации, а также задач, поставленных перед организуемой системой качества медицинской помощи. При использовании элементов стандартизации в организации лечебно-диагностического процесса и оценки качества результатов медицинской деятельности появляется возможность внедрения системы оплаты труда медицинских сотрудников, напрямую связанной с показателями качества медицинской помощи и надлежащим выполнением должностных обязанностей [2, 4, 5].

При отсутствии стандартов качества всех этапов лечебно-диагностического процесса, стандартизации простых медицинских услуг, единой оценки качества

экспертам внутреннего контроля качества медицинской помощи независимо от опыта работы, уровня квалификации и специализации сложно быть объективным, делать правильные выводы по оценке работы врачебного и среднего медицинского персонала. Такая система внутреннего контроля качества медицинской помощи, несомненно, ведёт к росту дефектов по результатам ведомственного и государственного контроля качества медицинской помощи, увеличению количества обоснованных обращений граждан по поводу несвоевременности и ненадлежащего качества медицинской помощи [4, 6]. Так как заработная плата в реальных условиях практически не зависит от результатов качества работы медицинского персонала, мотивация медицинского сообщества на предоставление качественной медицинской помощи остаётся низкой.

Задачи повышения качества и эффективности медицинской помощи, уменьшения количества рисков для пациента и снижения бремени финансовых санкций за выявленные дефекты на основе использования единых стандартизированных требований к ведению первичной медицинской документации являются главными задачами и клиник медицинских ВУЗов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность разработанных и внедрённых в практику мероприятий, направленных на совершенствование системы внутреннего контроля качества медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении в современных организационно-правовых и экономических условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиники Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (Клиники ИГМУ) – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение клинического типа I категории, являющееся структурным подразделением Иркутского государственного медицинского университета. Клиники ИГМУ имеют в своей структуре стационар, насчитывающий 525 коек, дифференцированных по восьми профилям: терапевтическое, хирургическое, неврологическое (первое и второе), дерматовенерологическое, офтальмологическое, оториноларингологическое и психиатрическое отделения и отделение челюстно-лицевой хирургии, а также амбулаторно-поликлиническую стоматологическую службу мощностью 140 посещений в смену, работающую по трём направлениям – терапевтическая, хирургическая и ортопедическая стоматология. В состав Клиник ИГМУ входит консультативно-диагностическая поликлиника, на базе которой проводятся приём амбулаторных пациентов и полное предгоспитальное обследование пациентов, поступающих на стационарное лечение в плановом порядке.

В Клиниках ИГМУ, являющихся мощной лечебной, учебной и научной базой, вопросу качества медицинской помощи всегда уделялось должное внимание. Существующие сложные экономические условия и постоянно возрастающие требования к уровню

оказания медицинской помощи со стороны страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования и других контролирующих государственных органов обозначили необходимость совершенствования организации ККМП.

Действующая в Клиниках ИГМУ уже в течение более десяти лет система внутреннего ККМП в конце 2013 г. была подвергнута нами объективному пересмотру и усовершенствована в соответствии с жесточайшими требованиями на уровне ведомственного и государственного ККМП. Проведённый глубокий анализ основных причин дефектов при оказании медицинской помощи (как врачебной, так сестринской) позволил выявить «слабые» моменты в системе организации внутреннего ККМП и внести в неё необходимые существенные коррективы. Итогом этой работы стало развитие следующих основных направлений в системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

- 1) разработка ряда локальных нормативных документов, совершенствующих систему управления качеством медицинской помощи;
- 2) усиление экспертного института (создание отдела контроля качества и безопасности медицинской деятельности);
- 3) повышение роли очной экспертизы качества медицинской помощи;
- 4) стандартизация медицинской помощи;
- 5) совершенствование организации работы среднего и младшего медицинского звеньев;
- 6) строгое соблюдение трёхэтапности внутреннего контроля качества с обязательным наличием самоконтроля при проведении контроля качества работы врачебного, среднего и младшего медицинского персонала;
- 7) постоянный мониторинг организации оказания медицинской помощи в Клиниках ИГМУ и качества работы врачебного, среднего и младшего медицинского персонала путём проведения социологических опросов пациентов Клиник ИГМУ (в т. ч. целевое анкетирование, направленное на изучение мнения пациентов по конкретному разделу работы медицинской организации);
- 8) изучение мнения сотрудников Клиник ИГМУ (врачебного, среднего и младшего медицинского персонала) об организации и основных подходах к усовершенствованию оказания медицинской помощи в Клиниках ИГМУ.

В рамках реализации первого направления в Клиниках ИГМУ были разработаны и внедрены Методические рекомендации, определяющие последовательный алгоритм госпитализации, диагностики и лечения пациента. Так, в план догоспитального обследования пациентов, которым показано плановое оперативное лечение катаракты, было в обязательном порядке включено консультирование врача анестезиолога-реаниматолога, что позволило полностью исключить случаи невозможности проведения операции или увеличения предоперационной длительности пребывания в стационаре по причине неполной компенсации или декомпенсации сопутствующей патологии.

Ключевым разделом данных Рекомендаций является полное описание стандартизированного ведения медицинской карты стационарного пациента, включая правила оформления и написания дневниковых записей, оформление этапного и выписного эпикриза. В последующем данные рекомендации, изначально универсальные для всех профильных отделений Клиник ИГМУ, были адаптированы по каждому профилю медицинской помощи, оказываемой в нашей медицинской организации. Особой ценностью и значимостью для врачебного персонала стало акцентирование внимания в Рекомендациях на тех разделах первичной медицинской документации и этапах курации пациентов, в рамках которых наблюдается наибольшее количество дефектов, выявляемых в ходе ведомственного ККМП.

В соответствии с утверждёнными на федеральном уровне стандартами оказания медицинской помощи при участии клинического фармаколога были разработаны фармакологические формуляры правил назначения и выписывания лекарственных препаратов для практикующего врача, подготовлены дорожные карты ведения пациентов с внутрибольничной инфекцией и ряд других методических пособий. Значительный вклад в разработку вышеуказанных рекомендаций (практических пособий) был сделан сотрудниками профильных кафедр Иркутского государственного медицинского университета (ИГМУ), активно применяющих в своей деятельности новейшие российские и международные клинические рекомендации.

С целью усиления экспертной работы в Клиниках ИГМУ были разработаны и утверждены приказом главного врача Алгоритмы проведения внутреннего ККМП. Приказом главного врача был создан отдел контроля качества и безопасности медицинской помощи, определён его состав. В качестве экспертов выступают не только сотрудники Клиник ИГМУ (заведующие отделениями, заместители главного врача, штатные врачи-эксперты), но и профессорско-преподавательский состав ИГМУ. В начале 2014 г. было пересмотрено и утверждено в новой редакции Положение об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Клиниках ИГМУ.

Огромную роль в повышении качества оказываемой медицинской помощи играет усиление очного этапа экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). На сегодняшний день каждый случай оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара в обязательном порядке подвергается очной экспертизе. Внедрённая в Клиниках ИГМУ схема проведения ЭКМП разработана таким образом, что частота очной экспертизы прямо пропорциональна тяжести и сложности курируемого пациента. Это позволило в значительной степени сократить число выявляемых в ходе ведомственного ККМП дефектов ведения пациентов.

В соответствии с условиями, сложившимися на сегодняшний день в российском здравоохранении, большое внимание администрации Клиник ИГМУ было уделено вопросам стандартизации. Так, были адаптированы и утверждены приказом главного врача стандарты простых медицинских услуг, разработанные РАМС, стандарты организации работы среднего

медицинского персонала (протоколы сестринской помощи) в режимных кабинетах. Для составления и адаптации стандартов также привлечены профессорско-преподавательский состав медицинского университета и медицинского училища и врачебный персонал Клиник ИГМУ. Это позволяет создавать стандарты с учётом особенностей и проблем, имеющих в практике нашего учреждения в настоящее время.

В Клиниках ИГМУ вопросу качества медицинской помощи среднего медицинского персонала уделяется существенное внимание. Главной составляющей высокого качества сестринской помощи (КСП) является высокий уровень профессиональной подготовки. Уже на начальном этапе при приёме на работу в Клиниках действует система конкурсного замещения вакантных должностей. Наряду с традиционно сложившимися формами квалификационной подготовки кадров, в Клиниках успешно применяются такие дополнительные формы профессионального обучения, как ежегодное проведение конкурсов профессионального мастерства, научно-практических конференций, мастер-классов на экспериментальных площадках (некоторых отделений Клиник ИГМУ) по внедрению элементов сестринского процесса.

Высокий уровень профессиональной подготовки средних медицинских работников Клиник позволяет активно применять имеющиеся знания и умения при использовании современных медицинских технологий и выполнении медицинских манипуляций.

С 2014 г. в Клиниках ИГМУ активно проводится работа, направленная на совершенствование организации и повышение качества работы младшего медицинского персонала. Ежегодно проводится конференция, в рамках которой проводится обучение сотрудников младшего медицинского и прочего звена по вопросам этики и деонтологии при общении с коллегами и пациентами, по вопросам санитарно-эпидемиологического режима в медицинской организации, техники безопасности, некоторым аспектам трудового законодательства

Разработанная и успешно внедрённая в Клиниках Карта экспертного контроля качества медицинской помощи предусматривает следующую этапность реализации. Первый этап предусматривает проведение самоконтроля лечащим врачом в соответствии с федеральными и региональными нормативными документами, а также с нормативно-правовыми документами, утверждёнными на локальном уровне (приказы главного врача, порядок госпитализации, стандарты диагностики и лечения пациентов и т. д.). На втором этапе оценку проводит заведующий отделением, осуществляющий очную экспертизу КМП в период нахождения в стационаре пациента. На третьем этапе оценка КМП проводится рядом экспертов, в число которых входит заведующий клинической кафедрой ИГМУ, заместитель главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по ЭКМП, а также заместитель главного врача и врач-эксперт, курирующий вопросы организации оказания медицинской помощи по конкретному профилю (терапия, хирургия, дерматология, стоматология). Данный этап осуществляется в виде заочной экспертизы КМП по-

сле выписки пациента из стационара. Необходимо отметить, что с начала 2016 г. в Клиниках ИГМУ во всех профильных отделениях успешно стала применяться практика так называемого «перекрёстного самоконтроля» между врачами отделения.

Экспертиза качества сестринской помощи и качества работы младшего медицинского персонала по аналогии с экспертизой качества врачебной медицинской помощи осуществляется с использованием формализованных «Карт оценки качества сестринской помощи» и «Карт экспертной оценки качества работы младшего персонала». Учитывая необходимость получения объективной и всесторонней оценки качества сестринской помощи, принятия оперативных профессиональных решений по устранению выявленных дефектов, в трёхуровневой экспертизе качества, помимо непосредственно представителей среднего и младшего медицинского звена, активное участие принимают врачи профильных отделений, сотрудники клинических кафедр ИГМУ. Экспертиза качества сестринской помощи и работы младшего медицинского персонала включает в себя и самоконтроль самих сотрудников – исполнителей услуги.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Об эффективности реализации представленных выше мероприятий позволяет судить проведённый нами углублённый анализ результатов ККМП в Клиниках ИГМУ за 2011–2016 гг., охватывающий период до внедрения новых подходов по совершенствованию системы внутреннего ККМП в Клиниках ИГМУ (2011–2013 гг.) и непосредственно сам этап реализации данных подходов (2014–2016 гг.).

Исходя из данных, представленных в таблицах 1 и 2, можно сделать вывод о том, что разработка и внедрение новых подходов к совершенствованию системы внутреннего ККМП явились абсолютным правильным и эффективным оперативным решением со стороны администрации Клиник ИГМУ. Несмотря на постоянно функционирующую в Клиниках ИГМУ с 2005 г. и доказавшую свою эффективность до 2010 г. систему ККМП, с 2011 г. стала наблюдаться отрицательная динамика основных показателей КМП по всем без исключения профильным отделениям. Так, абсолютное число дефектов, выявленных при проведении внутреннего ККМП в целом по Клиникам ИГМУ, за период с 2011 по 2013 гг. увеличилось в 1,45 раза (2995 дефектов в 2011 г., 4356 дефектов в 2013 г.), показатель уровня качества лечения (УКЛ) снизился на 0,6 % (0,987 в 2011 г., 0,981 в 2013 г.). Для медицинской организации, в которой на протяжении более 5 лет указанные показатели имели только положительную динамику, даже такое, на первый взгляд, незначительное снижение было исключительным явлением и требовало незамедлительных оперативных мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи.

Комплексный подход к совершенствованию системы внутреннего ККМП, включавший развитие перечисленных ранее направлений, позволил успешно справиться с негативными явлениями в Клиниках ИГМУ и к концу 2016 г. выйти на показатели, превысившие уровень таковых в 2011 г. (табл. 2). Значение

Таблица 1

Результаты внутреннего ККМП в Клиниках ИГМУ за период 2011–2013 гг.
(до этапа внедрения новых подходов по совершенствованию системы внутреннего ККМП)

Отделение	2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	УКЛ	Число дефектов	УКЛ	Число дефектов	УКЛ	Число дефектов
Терапевтическое	0,980	626	0,978	759	0,975	987
Неврологическое	0,985	463	0,981	597	0,979	867
Дерматологическое	0,990	323	0,987	381	0,983	402
Хирургическое	0,986	379	0,983	454	0,980	596
Офтальмологическое	0,989	421	0,982	424	0,978	567
Оториноларингологическое	0,988	356	0,985	390	0,981	398
Отделение челюстно-лицевой хирургии	0,982	298	0,980	365	0,979	391
Психиатрическое	0,992	129	0,990	145	0,990	148
ВСЕГО	0,987	2995	0,983	3515	0,981	4356

Таблица 2

Результаты внутреннего ККМП в Клиниках ИГМУ за период 2014–2016 гг.
(этап реализации новых подходов по совершенствованию системы внутреннего ККМП)

Отделение	2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	УКЛ	Число дефектов	УКЛ	Число дефектов	УКЛ	Число дефектов
Терапевтическое	0,979	584	0,981	394	0,983	302
Неврологическое	0,982	495	0,984	334	0,986	256
Дерматологическое	0,987	265	0,990	176	0,991	90
Хирургическое	0,984	397	0,986	264	0,989	144
Офтальмологическое	0,981	456	0,985	304	0,989	173
Оториноларингологическое	0,985	286	0,987	190	0,989	113
Отделение челюстно-лицевой хирургии	0,984	314	0,985	209	0,987	151
Психиатрическое	0,992	142	0,993	94	0,993	55
ВСЕГО	0,984	2939	0,986	1965	0,988	1284

УКЛ в целом по медицинской организации возросло с 0,981 в 2013 г. до 0,988 в 2016 г. (абсолютный прирост составил 0,8 %); число дефектов, по сравнению с 2013 г. (4356 дефектов), сократилось почти в 3,4 раза и составило 1284.

Доказательством эффективности разработанных и активно применяемых в Клиниках ИГМУ с 2014 г. новых подходов в системе внутреннего ККМП стала и динамика результатов ККМП, проводимого страховыми медицинскими организациями (СМО) и территориальным фондом обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области (ТФОМС). Как наглядно представлено в таблице 3, общее число дефектов, выявленных в Клиниках ИГМУ на этапе ведомственного ККМП, за трёхлетний период с 2013 г. (1456 дефектов) сократилось более чем в 4,6 раза до уровня 315 дефектов в 2016 г. Кроме того, данный показатель по итогам 2016 г. в 2,8 раза меньше аналогичного показателя по итогам 2010–2011 гг. (890 дефектов), когда ситуация в Клиниках ИГМУ по результатам всех видов ККМП считалась удовлетворительной.

Наиболее критическая ситуация к 2013 г. по основным показателям качества медицинской помощи сложилась в терапевтическом и неврологическом, а также в офтальмологическом и хирургическом отделениях

Клиник ИГМУ. Причина данного явления очевидна: на отделения именно этих профилей приходится, во-первых, более половины коечного фонда медицинской организации, а во-вторых, наибольший удельный вес (около 75 %) первичной медицинской документации.

Хорошим результатом общей работы экспертного состава Клиник ИГМУ, в том числе в период с 2014 г., служит значительное снижение числа дефектов по всем экспертируемым отделениям при проведении ведомственного и государственного ККМП.

Оценка качества сестринской помощи, оказываемой в любой медицинской организации, как обязательного компонента КМП является немаловажным индикативным показателем эффективности действующей системы внутреннего ККМП. Как представлено в таблице 4, уровень среднего УКЛ при оценке качества работы среднего медицинского персонала имеет достаточно значительный скачок – с 0,984 в 2013 г. до 0,991 в 2015–2016 гг. При этом надо отметить, что объективность оценки работы как самого среднего медицинского персонала (самоконтроль), так и непосредственного руководства носит более жёсткий и непредвзятый характер, по сравнению с оценкой, данной врачам персоналом работы своих коллег: так, среднее значение УКЛ по оценке врачей в 2013 г. превышает среднее

значение УКЛ, отражающее оценку всех трёх уровней экспертизы, на 6,1 %, в 2016 г. – на 3 %.

Недостаточная продолжительность проведения экспертизы качества работы младшего медицинского персонала в Клиниках ИГМУ с середины 2015 г. и недостаточная обработанность данного вида оценки пока не позволяют использовать полученные за 1,5 года средние значения УКЛ как объективные показатели эффективности системы ККМП в части работы работников младшего медицинского звена. Однако успешно используемая и уже положительно зарекомендовавшая себя система оформления дефектных карт при выявлении недостатков в работе сотрудников свидетельствует об эффективности данного механизма. Исходя из дан-

ных, представленных в таблице 5, общее количество дефектных карт, оформленных на сотрудников среднего и младшего медицинского персонала Клиник ИГМУ, даже при изначально небольшом их количестве в год, по итогам 2016 г. сократилось более чем в 2,4 раза, по сравнению с 2015 г. Следствием активно проводимой в Клиниках ИГМУ работы, связанной как с постоянным повышением профессиональных навыков, так и с расширением знаний в части этики и деонтологии, трудового права, в 2016 г., по сравнению с 2014 г., явилось:

- отсутствие среди младшего медицинского персонала и значительное сокращение среди среднего медицинского персонала дефектов по разделу «Нарушение этики и деонтологии»;

Таблица 3

Количество выявленных дефектов по результатам ведомственного ККМП в динамике за период 2011–2016 гг.

Отделение	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Терапевтическое	235	294	378	265	139	90
Неврологическое	159	196	289	194	124	75
Дерматологическое	84	110	125	69	54	15
Хирургическое	106	146	201	108	81	36
Офтальмологическое	104	137	189	95	85	42
Оториноларингологическое	108	125	141	84	58	25
Отделение челюстно-лицевой хирургии	94	117	133	95	64	32
ВСЕГО	890	1125	1456	910	605	315

Таблица 4

Динамика показателя среднего значения УКЛ при оценке качества сестринской помощи в клиниках ИГМУ в рамках внутреннего ККМП за период 2011–2016 гг.

Год	Средний УКЛ (3 уровня экспертизы)	Оценка врачeбным персоналом, средний УКЛ	Превышение УКЛ оценки врачeбного персонала над средним УКЛ (%)
2011	0,985		–
2012	0,983		–
2013	0,984	0,990	6,1 %
2014	0,990	0,992	2 %
2015	0,991	0,992	1 %
2016	0,991	0,994	3 %

Таблица 5

Динамика числа дефектных карт на сотрудников среднего и младшего медицинского звена в Клиниках ИГМУ за период 2014–2016 гг.

Наименование дефекта	2014 г.		2015 г.		2016 г.		Абсолютный прирост/убыль 2016/2014 (%)	
	средний мед. персонал	младший мед. персонал	средний мед. персонал	младший мед. персонал	средний мед. персонал	младший мед. персонал	средний мед. персонал	младший мед. персонал
Ненадлежащее выполнение должностных обязанностей	2	4	2	3	1	1	–50	–75
Нарушение правил санэпидрежима	3	1	3	1	2	–	–33,3	–100
Невыполнение врачeбных назначений	1	–	–	–	1	–	0	–
Нарушение трудовой дисциплины	2	8	2	4	1	2	–50	–75
Нарушение правил этики и деонтологии	1	–	3	1	1	–	0	–
ВСЕГО	9	13	10	9	6	3	–33,3	–76,9
ИТОГО	22		19		9		–59,1	

- сокращение случаев нарушения трудовой дисциплины в 4 раза среди младшего медперсонала и в 2 раза среди медицинских сестёр;
- сокращение дефектов, связанных с выполнением должностных обязанностей, среди среднего и младшего медицинского персонала в 2 и 4 раза соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, используемая в Клиниках ИГМУ и усовершенствованная с 2014 г. модель контроля качества медицинской помощи позволяет своевременно иметь полную информацию о результатах качества медицинской помощи в любом структурном подразделении, на любом этапе её оказания, оперативно анализировать индикативные показатели качества, выявлять причины допущенных дефектов, на профессиональном уровне принимать управленческие решения, направленные на улучшение организации и качества медицинской помощи. Персонализированный учёт результатов качества медицинской и сестринской помощи позволяет эффективно применять на практике Положение об оплате труда сотрудников Клиник ИГМУ, повышая материальную заинтересованность сотрудников в оказании пациентам медицинской помощи надлежащего качества.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Бударин С.С., Смирнова Е.В. Организация экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС и ее экспертный потенциал // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 6. – С. 13–23.
2. Бударин С.С., Смирнова Е.В. (2016). Medical care quality evaluation of in the system of compulsory health insurance and its expertise [Organizatsiya ekspertizy kachestva meditsinskoj pomoshchi v sisteme OMS i ee ekspertnyy potentsial]. *Vestnik Roszdravnadzora*, (6), 13-23.
3. Каратаев О.П. Рекомендации по применению ГОСТ Р ИСО 9004-2010 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации: подход на основе менеджмента качества» в медицинских организациях // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2017. – № 1. – С. 66–79.
4. Каратаев О.П. (2017). Recommendations on the application of GOST R ISO 9004-2010 "Management

for achieving sustainable success of an organization: an approach based on quality management" in medical organizations [Rekomendatsii po primeneniyu GOST R ISO 9004-2010 «Menedzhment dlya dostizheniya ustoychivogo uspekha organizatsii: podkhod na osnove menedzhmenta kachestva» v meditsinskikh organizatsiyakh]. *Voprosy ekspertizy i kachestva meditsinskoj pomoshchi*, (1), 66-79.

3. Ледяева Н.П., Гайдаров Г.М., Сафонова Н.Г., Алексеева Н.Ю. Основные подходы к совершенствованию управления и организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 1. – С. 43–54.

Ledyayeva NP, Gaidarov GM, Safonova NG, Alekseeva NY. (2013). Basic approaches to improving the management and organization of medical care quality control in a multidisciplinary medical preventive institution [Osnovnye podkhody k sovershenstvovaniyu upravleniya i organizatsii kontrolya kachestva meditsinskoj pomoshchi v mnogoprofil'nom LPU]. *Vestnik Roszdravnadzora*, (1), 43-54.

4. Нестеров О.Л. Уровни контроля качества медицинской помощи // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2015. – № 8. – С. 25–32.

Nesterov OL. (2015). Levels of medical care quality control [Urovni kontrolya kachestva meditsinskoj pomoshchi]. *Voprosy ekspertizy i kachestva meditsinskoj pomoshchi*, (8), 25-32.

5. Платонова Н.И. Организация ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2015. – № 1. – С. 3–8.

Platonova NI. (2015). Organization of departmental medical care quality and safety control [Organizatsiya vedomstvennogo kontrolya kachestva i bezopasnosti meditsinskoj deyatel'nosti]. *Voprosy ekspertizy i kachestva meditsinskoj pomoshchi*, (1), 3-8.

6. Татарников А.М. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в вопросах и ответах // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2016. – № 12. – С. 24–28.

Tatarnikov AM. (2016). Medical care quality and safety control in questions and answers [Kontrol' kachestva i bezopasnosti meditsinskoj deyatel'nosti v voprosakh i otvetakh]. *Voprosy ekspertizy i kachestva meditsinskoj pomoshchi*, (12), 24-38.

Сведения об авторах Information about the authors

Гайдаров Гайдар Мамедович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; тел. (3952) 20-10-82; e-mail: irkafoz@yandex.ru)

Gaidarov Gaidar Mamedovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Public Health and Health Care of Irkutsk State Medical University (664003, Irkutsk, ul. Krasnogo Vosstaniya, 1; tel. (3952) 20-10-82; e-mail: irkafoz@yandex.ru)

Алексеева Наталья Юрьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (e-mail: nata610@mail.ru)

Alekseeva Natalya Yuryevna – Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Public Health and Health Care of Irkutsk State Medical University (e-mail: nata610@mail.ru)

Сафонова Наталья Григорьевна – заместитель главного врача по организации экспертизы качества медицинской помощи Клиник ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (тел. (3952) 28-08-00; e-mail: sngkliniki@yandex.ru)

Safonova Natalya Grigoryevna – Deputy Chief Physician for Organization of Medical Care Quality Evaluation of the Clinics of Irkutsk State Medical University (tel. (3952) 28-08-00; e-mail: sngkliniki@yandex.ru)

Маевская Ирина Викторовна – ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (e-mail: i.w.m@mail.ru)

Maevskaya Irina Viktorovna – Teaching Assistant at the Department of Public Health and Health Care of Irkutsk State Medical University (e-mail: i.w.m@mail.ru)