

Матьшин Никита Олегович

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ
К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
В УСЛОВИЯХ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА**

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Шпилянский Эдуард Маркович

Официальные оппоненты:

Линденбрaten Александр Леонидович – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (г. Москва), руководитель научного направления «Экономические исследования в системе охраны здоровья населения»

Брескина Татьяна Николаевна – доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва), кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья, профессор кафедры

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва)

Защита диссертации состоится «__» _____ 2018г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д.208.040.02 в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу (119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр.1, Научно-исследовательский центр).

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37/1 и на сайте ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) <http://www.sechenov.ru>.

Автореферат разослан «__» _____ 2018 года

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 208.040.02

доктор медицинских наук

профессор

Манерова Ольга Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Ишемическая болезнь сердца, согласно сведениям Федеральной службы государственной статистики, продолжает вносить существенный вклад в смертность населения Российской Федерации – 25,5% в общей структуре по итогам 2016 года (Росстат, 2017). Вместе с тем, аналогичный показатель в странах Европейского союза составляет 20,0%, в Великобритании - 11,6% (Townsend N. et al., 2016; British Heart Foundation, 2017).

Целевыми индикаторами реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, является снижение смертности от болезней системы кровообращения в целом до 500,0 на 100 тыс. населения к 2025 году.

Вместе с тем, согласно оценкам Росстата, по итогам 2016 года показатель смертности от болезней системы кровообращения составил 616,4 на 100 тыс. населения (в том числе 328,5 на 100 тыс. населения – от ишемической болезни сердца).

В рамках государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании, к медицинским организациям предъявляются требования к качеству медицинской помощи.

Учитывая вышесказанное медицинским организациям для поддержания высокого качества медицинских услуг крайне важно обеспечить соответствие процесса оказания медицинской помощи требованиям действующего законодательства Российской Федерации – порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Степень разработанности темы исследования

В целях достижения целевых индикаторов при оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе с острым инфарктом миокарда, идет поиск путей повышения качества медицинской помощи данной категории больных путем внедрения современных подходов к управлению

качеством (Кухарчик Г.А. с соавт., 2012; Эрлих А.Д., Грацианский Н.А., 2012; Посненкова О.М. с соавт, 2014; Руденко Б.А., Шаноян А.С., Бойцов С.А., 2014; Мовсесянц М.Ю., Алекян Б.Г., 2015).

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь включает в себя предоставление медицинских услуг. Поэтому в целях управления «качеством медицинской помощи» необходимо создать систему управления «качеством медицинских услуг», которые составляют непрерывную последовательность в процессе оказания данной медицинской помощи.

Законодательством Российской Федерации установлено, что для реализации целей развития здравоохранения и укрепления национальной безопасности до 2020 года необходимо создание системы управления качеством медицинской помощи (распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р). Но требований, какую именно систему управления качеством необходимо внедрить, в законодательстве Российской Федерации не установлено.

В этой связи продолжается поиск путей совершенствования подходов к управлению качеством медицинской помощи по определенным направлениям как на государственном и региональном уровнях (Линденбратен А.Л., 2014; Калашников В.Н., 2008; Авксентьева М.В., 2003; Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э., 2013), так и на уровне определенной медицинской организации (Брескина Т.Н., 2016; Князюк Н.Ф., 2013).

Современные принципы управления качеством подтверждают свою эффективность в различных сферах, в том числе существуют примеры их успешного применения в медицинских организациях, о чем свидетельствуют публикации ряда авторов (Бедорева И.Ю., 2009; Гайфуллин Р.Ф. с соавт., 2013).

Все вышеизложенное обуславливает актуальность проведения данного исследования в области совершенствования подходов к управлению качеством медицинских услуг при оказании медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.

Цель исследования – научное обоснование и разработка предложений по совершенствованию подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.

Задачи исследования

1. Проанализировать научные подходы к управлению качеством медицинской помощи по данным научных публикаций и нормативной правовой базы.
2. Провести оценку эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистых центрах путем сравнения интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи.
3. Определить внешние и внутренние компоненты системы управления качеством медицинской помощи.
4. Провести анализ внутренних компонентов системы управления качеством в рамках оценки подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистых центрах.
5. Разработать модель сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистых центрах.

Научная новизна

В научном исследовании проведена оценка эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.

Показано, что использование процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации позволяет достигать лучших интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистом центре.

Продемонстрирована роль аналитического социологического исследования для анализа функционирования внутренних компонентов системы управления качеством медицинской помощи и выявлены преимущества процессного подхода к управлению качеством.

Разработаны предложения по совершенствованию подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистых центрах.

Научно-практическая значимость

В ходе исследования показана актуальность поиска современных подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда.

В целях оценки эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистых центрах разработаны интегральные индикаторы качества процесса оказания медицинской помощи (использование рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения; летальность от инфаркта миокарда; доля случаев с дефектами медицинской помощи, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате по обязательному медицинскому страхованию).

Для определения ключевых факторов, влияющих в организации на управление качеством медицинской помощи, в ходе исследования установлена совокупность внутренних и внешних компонентов системы управления качеством медицинской помощи.

Модель сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистых центрах, разработанная в ходе исследования, может быть применена для оценки деятельности сосудистых центров, как в рамках одного, так и в нескольких субъектах Российской Федерации.

Практические рекомендации, подготовленные по результатам исследования, могут быть использованы в сосудистых центрах для совершенствования подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В исследовании продемонстрировано, что в целях соблюдения при осуществлении медицинской деятельности обязательных требований, предъявляемых в соответствии с законодательством Российской Федерации к медицинским организациям (порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения)), необходимо наличие эффективного подхода к управлению качеством медицинской помощи.

2. Использование процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации позволяет при оказании медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистом центре эффективнее исполнять требования к качеству, предъявляемые к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Адаптация медицинской документации является инструментом управления качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.

4. Социологическое исследование (анкетирования врачей), направленное на анализ внутренних компонентов системы управления качеством, применимо для поиска путей повышения эффективности управления качеством медицинской помощи в сосудистом центре.

5. Сравнение эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистых центрах включает элементы разработанной в исследовании модели.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования используются в практической работе ГБУЗ МО «МГКБ» (акт внедрения от 14 мая 2018 г.) и ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов» (акт внедрения от 14 июня 2018 г.) в рамках совершенствования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистом центре.

Результаты исследования применяются в образовательных программах профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в Институте лидерства и управления здравоохранением ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (акт внедрения от 05 декабря 2017 г.).

Апробация результатов исследования

Основные результаты диссертационного исследования были доложены и обсуждены на научно-практических конференциях: VII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество - 2014» в Москве (2014 г.), VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество - 2015» в Москве (2015 г.), IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество - 2016» в Москве (2016 г.).

Личный вклад автора

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, анализе и обобщении полученных результатов. Вклад автора является определяющим

и заключается в непосредственном участии во всех этапах исследования: постановке задач, разработке программы и методики исследования, сборе данных и анкетировании врачей, статистической обработке результатов исследования, обсуждении в научных публикациях и разработке предложений по совершенствованию подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности: 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение». Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 7 и 8.

Структура и объем диссертации

Работа изложена на 175 страницах печатного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложений. Текст иллюстрирован 19 таблицами, 14 рисунками. Список литературы включает 179 источников, в том числе 114 отечественных и 65 иностранных авторов.

Публикации по теме диссертации

Основные материалы диссертационного исследования опубликованы в 9 печатных работах, в том числе 6 статьях в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность темы исследования, охарактеризована степень разработанности проблемы, представлены цель и задачи диссертационной работы, аргументированы ее научная новизна и научно-практическая значимость, сформулированы положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** описаны установленные в законодательстве Российской Федерации требования к качеству медицинской помощи. Для решения задачи по выбору наиболее эффективного подхода к управлению качеством медицинской помощи, который сможет обеспечить соблюдение перечисленных требований законодательства Российской Федерации, в исследовании определено, что включает в

себя построение системы управления качеством и каковы преимущества тех или иных систем управления качеством.

В аспекте оценки качества как оценки результата медицинской помощи, учитывая мнение Аведиса Донабедиана, следует подчеркнуть, что данные о самом процессе являются наиболее чувствительными показателями в оценке качества, чем данные о результате процесса. Таким образом для управления качеством медицинской помощи (изучения, оценки и контроля) целесообразнее анализировать не только сам результат, но и непосредственно те процессы, которые приводят к тому или иному результату.

Описано значение процессного подхода к управлению качеством и направления его реализации применительно к повышению эффективности системы управления качеством медицинской помощи.

Во **второй главе** представлены методика и организация проведения исследования, приведена программа и этапы диссертационной работы, охарактеризованы базы исследования.

Программа исследования была построена исходя из цели и задач диссертационной работы и реализована в несколько этапов (таблица 1). Исследование проводилось в период с февраля 2013 по ноябрь 2016 гг.

На *первом этапе* была разработана методологическая основа исследования, проведен обзор литературных и других источников информации по направлениям научного поиска

На *втором этапе* проводилась оценка эффективности разных подходов к управлению качеством медицинской помощи при инфаркте миокарда в сосудистых центрах проводилась путем сравнение интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи по результатам 2014 года.

Интегральные индикаторы качества процесса оказания медицинской помощи были выбраны экспертным путем на основе анализа требований действующего законодательства Российской Федерации и клинической практики.

Среди интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи были оценены:

– показатели использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (доля пациентов с инфарктом миокарда, получивших

рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения; доля рентгенэндоваскулярных вмешательств при инфаркте миокарда в первые 90 минут от момента госпитализации);

- летальность от инфаркта миокарда в стационаре;
- работа больничной койки;
- доля случаев с дефектами медицинской помощи, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате по обязательному медицинскому страхованию.

На третьем этапе рамках оценки подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистых центрах проводился анализ внутренних компонентов системы управления качеством.

Изначально на основе публикаций ВОЗ, ведущих исследователей и организаций в области менеджмента качества проведен анализ и систематизация компонентов системы управления качеством медицинской помощи. Авторами определены внутренние и внешние компоненты системы управления качеством медицинской помощи. Затем, определенные в ходе исследования внутренние компоненты системы управления качеством, изучены с использованием социологического опроса врачей.

В опросе были использованы стандартизованные анкеты, специально разработанные авторами для исследования.

На четвертом этапе были сформулированы выводы и предложены практические рекомендации по совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи, *на пятом этапе* проведена работа по внедрению результатов диссертационного исследования.

Гипотеза исследования: процессный подход к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации обеспечивает достижение лучших интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда.

Объект исследования: процесс оказания медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.

Предмет исследования: подходы к управлению качеством медицинских услуг при оказании медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.

| | | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| Цель исследования | Научное обоснование и разработка предложений по совершенствованию подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра. | | |
| Этапы исследования | <ol style="list-style-type: none"> 1) Изучение основных подходов к управлению качеством медицинской помощи, определение преимуществ процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг в сосудистом центре. 2) Сравнение интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи в сосудистых центрах. 3) Анализ внутренних компонентов системы управления качеством медицинской помощи. 4) Разработка рекомендаций по совершенствованию подходов к управлению качеством медицинской помощи при инфаркте миокарда в условиях сосудистого центра. 5) Внедрение результатов исследования в практику. | | |
| Методы исследования | Библиографический, контент-анализ | Статистический, аналитический, метод экономического анализа, сравнительный | Социологических, статистический, экспертных оценок; сравнительный аналитический |
| Материалы исследования | Монографии; статьи в научных журналах; научно-практические рекомендации и руководства; сборники научных трудов, тезисов; диссертации; нормативно-правовые документы (федеральные законы, приказы Минздрава России, ФФОМС) - 175 источников. | Показатели использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, летальность в стационаре, работа больничной койки (таблица 2000 формы федерального статистического наблюдения №14; таблицы 3100, 5111, 5112 формы федерального статистического наблюдения №30); доля случаев с дефектами медицинской помощи, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате по обязательному медицинскому страхованию - 2356 случаев оказания медицинской помощи (реестры актов экспертиз). | Анкеты врачей для анализа внутренних компонентов системы управления качеством медицинской помощи (6 блоков вопросов: информация и знания; организация процесса; сотрудники; руководство; использование ресурсов; ориентация на пациента) - 56 врачей. |

Характеристика базы исследования

Согласно имеющейся федеральной статистической отчетности, данные о конкретном количестве и перечне медицинских организаций, применяющих процессный к управлению качеством медицинских услуг (в условиях сосудистого центра), в Российской Федерации отсутствуют.

Поэтому на основании научных публикаций и экспертного мнения для сравнения была выбрана медицинская организация, в которой использовался процессный подход к управлению качеством медицинских услуг при оказании медицинской помощи пациентам с инфарктом в условиях сосудистого центра, и по соответствующим ей параметрам – медицинская организация, в которой не применялся процессный подход к управлению качеством медицинских услуг (таблица 2).

Таблица 2– Базы исследования

| | | |
|--|--|---|
| Характеристика | МБЛПУ «Городская клиническая больница №1» г. Новокузнецк, сосудистый центр (далее - МО №1) | ГБУЗ «Городская клиническая больница №64 ДЗМ», сосудистый центр (далее - МО №2) |
| Организация деятельности | приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н | приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н |
| Режим деятельности | круглосуточно / 7 / 365 | круглосуточно / 7 / 365 |
| Территория ответственности | 550 тыс. человек | 550 тыс. человек |
| Оснащение, медицинское оборудование | приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н | приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н |
| Оплата медицинских услуг (наличие соответствующего тарифа ОМС) | применяется | применяется |
| Квалификация и штат медицинского персонала | приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н | приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н |
| Клиническая база | является | является |

Контингент пациентов в период исследования в медицинских организациях достоверно не отличался по возрасту ($p > 0,05$): в МО №1 средний возраст $65,3 \pm 0,5$ лет; в МО №2 средний возраст $66,4 \pm 0,7$ лет. Таким образом, исключено влияние этого фактора на результаты исследования.

В МО №1 поэтапно внедрялись элементы системы менеджмента качества. В рамках использования процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг пациентам с инфарктом миокарда в МО №1 были созданы механизмы оценки, организован мониторинг и сбор данных о процессе оказания медицинской помощи.

В рамках процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг в МО №1 проведена адаптация медицинской документации – разработаны учетные формы в медицинскую карту стационарного больного, позволяющие отслеживать своевременность и правильность выбора медицинских вмешательств пациентам с инфарктом миокарда (в том числе, частоту предоставления и кратность применения необходимых медицинских услуг).

В МО №2 управление качеством реализовано в форме профессиональной модели, при которой исполнение требований законодательства Российской Федерации к качеству медицинской помощи обеспечено благодаря профессиональной квалификации отдельного врача. Такая модель управления качеством сформировалась традиционно, и, наряду с внешней бюрократической моделью контроля качества медицинской помощи, функционирует в большинстве медицинских организаций на территории Российской Федерации.

В **третьей главе** изложены результаты оценки эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи при инфаркте миокарда в сосудистых центрах путем сравнения интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи.

При внедрении системы менеджмента качества применительно к оказанию медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда важно выстроить процессы таким образом, чтобы соблюдались требования законодательства Российской Федерации к качеству медицинской помощи – порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения), в том числе путем грамотного управления медицинской документацией.

Для объективизации контроля объема и сроков проведения медицинских вмешательств в рамках адаптации медицинской документации разделы медицинской карты были дополнены кодом медицинской услуги в соответствии с утвержденной Номенклатурой медицинских услуг (рисунок 1).

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ:

ЧСС (A02.10.002) _____ в минуту, АД (A02.12.002) _____ мм. рт. ст.

Центральное венозное давление (0,2) (A02.12.003) _____

Исследование пульса (A02.12.001)

Пульс на *a.radialis* – ритмичен, нет, симметричный, асимметричный

Наполнение – удовлетворительное, нет, напряжен, ослаблен.

Пульс на стопах – в норме, снижен

Видимая пульсация сосудов шеи – нет, есть _____

Шумы над артериями – нет, да, над сонными, почечными, бедренными _____

Область сердца (A01.10.003) (не изменена, изменена) _____

Верхушечный толчок (в норме, усилен, смещен влево) _____

Перкуссия при патологии сердца и перикарда (A01.10.004): граница сердца: правая на _____ см от правого края грудины, верхняя _____ межреберье, левая на _____ см внутри, снаруж от левой СКЛ, по СКЛ

Аускультация при патологии сердца и перикарда (A01.10.005)

Аускультативно I тон (на верхушке) в норме, усилен, глухой

II тон _____ III тон (есть, нет) _____.

Шумы (нет, есть) _____

Рисунок 1. – Фрагмент первичного осмотра врача-кардиолога с дополнением кодов медицинских услуг

В соответствии с приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в Российской Федерации созданы сосудистые центры для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда.

Согласно п. п. 32, 33, 34 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н, рентгенэндоваскулярные вмешательства (первичное чрезкожное вмешательство) при неосложненном течении выполняется в первые 12 часов от начала течения заболевания. После тромболитической терапии рентгенэндоваскулярное вмешательство может быть выполнено в период до 24 часов от начала течения заболевания.

Национальными клиническими рекомендациями «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

электрокардиограммы» установлено, что при инфаркте миокарда важно, как можно раньше провести реперфузионную терапию. Следует стремиться чтобы чрескожные коронарные вмешательства осуществлялись в пределах ближайших 90 минут после первого контакта больного с медицинским персоналом.

Кроме того, в настоящее время рекомендована рутинная инвазивная тактика ведения и пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (Национальные клинические рекомендации «Диагностика и лечение больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы»).

Для расчета первого интегрального индикатора качества процесса оказания медицинской помощи проанализирована информация из таблицы 5112 формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» и таблицы 2000 формы федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

Было установлено, что доля пациентов с инфарктом миокарда в МО №1 ($70,4 \pm 4,4\%$), превышала долю пациентов с инфарктом миокарда в МО №2 ($49,4 \pm 4,0\%$), получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения ($p < 0,01$).

Для расчета второго интегрального индикатора качества процесса оказания медицинской помощи анализировалась информация из таблицы 5112 формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» (таблица 3).

Таблица 3 - Сравнение количества рентгенэндоваскулярных вмешательств при инфаркте миокарда, выполненных в первые 90 минут от момента госпитализации

| Доля рентгенэндоваскулярных вмешательств при инфаркте миокарда в первые 90 минут от момента госпитализации (%) | | |
|--|-------------------|--------------|
| МО №1 | МО №2 | * $p < 0,05$ |
| $41,2 \pm 3,78^*$ | $34,7 \pm 3,62^*$ | |

Важным показателем, который позволяет комплексно оценить качество организации лечебно-диагностического процесса в стационаре, адекватность

применения современных медицинских технологий, является также показатель летальности в стационаре.

Для оценки летальности от инфаркта миокарда были проанализированы строки 10.4.2, 10.4.3 в таблице 2000 формы федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях». Установлено, что *летальность от инфаркта миокарда* в МО №1 ($7,1 \pm 1,9\%$), достоверно ниже летальности от инфаркта миокарда в МО №2 ($9,7 \pm 1,8\%$), с вероятностью $p < 0,05$.

Экспертиза качества медицинской помощи, проводимая территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями, является законодательно установленным объективным методом оценки качества медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС. Она осуществляется путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

Поэтому в качестве интегрального индикатора качества процесса оказания медицинской помощи использовано сравнение в МО №1 и МО №2 доли случаев оказания медицинской помощи по диагнозам **I21 – I22 МКБ-10**, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате по итогам проведенных территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи.

Результаты оценки показали, что в МО №1 *доля случаев оказания медицинской помощи, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате*, достоверно меньше, чем в МО №2, и составляет $2,1 \pm 1,4\%$ против $5,8 \pm 1,9\%$ соответственно ($p < 0,01$).

В четвертой главе сначала определены внешние и внутренние компоненты системы управления качеством медицинской помощи.

Внутренние компоненты системы управления качеством медицинской помощи – факторы, на которые можно повлиять внутри медицинской организации для повышения эффективности работы системы (*информация и знания; организация процесса; сотрудники; руководство; использование ресурсов; ориентация на пациента*).

Внешними компонентами системы управления качеством медицинской помощи являются факторы, которые зависят от окружающих условий: 1) *общество в целом* 2) *партнеры* 3) *финансирование*. На внешние компоненты недостаточно влияния только самой медицинской организации.

Далее проведен анализ внутренних компонентов системы управления качеством медицинской помощи в ходе социологического опроса врачей. В социологическом исследовании в изучаемых медицинских организациях приняли участие все врачи, оказывающие помощь пациентам с инфарктом миокарда в сосудистом центре.

Одним из выявленных преимуществ процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг в МО №1, является подтверждение врачами того, что руководством осуществляется учет данных о качестве медицинской помощи, оказываемой конкретным врачом, при формировании его заработной платы (рисунок 2).

В МО №2 большинство врачей (61,1%) склонны считать, что руководство не учитывает данные о качестве медицинской помощи, оказываемой определенным врачом, при формировании выплат по заработной плате, и только треть опрошенных (38,9%) ответили, что эти данные учитываются.

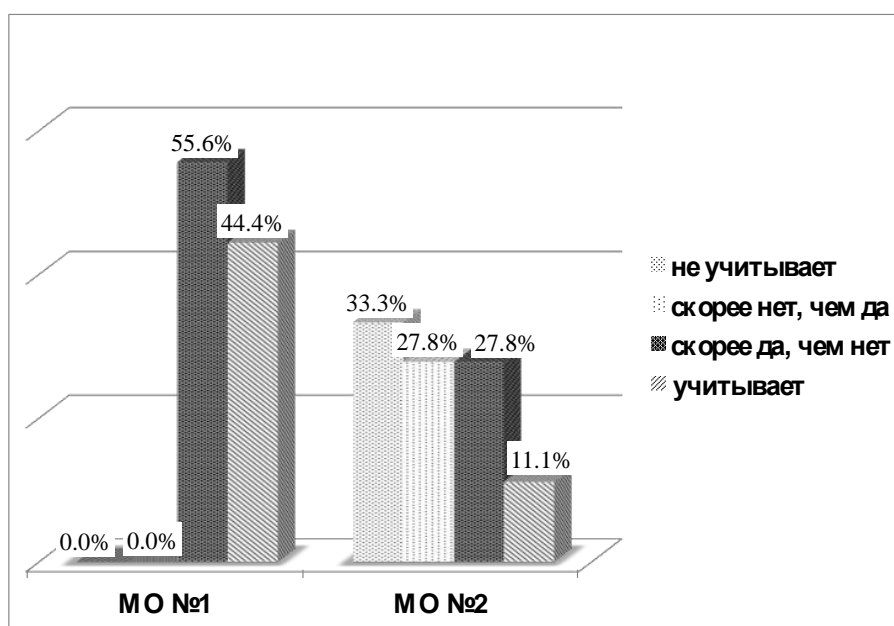


Рисунок 2. – Сравнение мнения врачей о формировании заработной платы с учетом качества оказания медицинской помощи конкретным специалистом

В пятой главе приведено описание разработанной модели сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистом центре.

Учитывая, что в диссертационной работе изучались на основании разработанной авторами модели аналогичные по структуре и функциям сосудистые центры, модель может быть применена при сравнении эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в других сосудистых центрах (рисунок 3).

Модель является комплексной и позволяет не только судить о достижении или недостижении конкретных интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи, но и оценить на перспективу готовность системы управления качеством в сосудистом центре к непрерывному совершенствованию.

Положениями части 8 статьи 8.1 Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ, которые вступили в силу с 2018 года, предусматривается в рамках федерального государственного контроля (надзора), осуществляемого с применением риск-ориентированного подхода (в том числе государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности), использование органом государственного контроля (надзора) *индикаторов риска нарушения обязательных требований* для определения необходимости проведения внеплановых проверок и иных мероприятий по контролю.

Сосудистые центры оснащаются всем необходимым медицинским оборудованием и должны обеспечивать диагностику и лечение инфаркта миокарда современными методами, в том числе путем использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения. Таким образом в качестве индикаторов риска нарушения обязательных требований, разрабатываемых Министерством здравоохранения Российской Федерации и применяемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, могут быть использованы показатели использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (доля пациентов с инфарктом миокарда, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения), а также летальность от инфаркта миокарда.

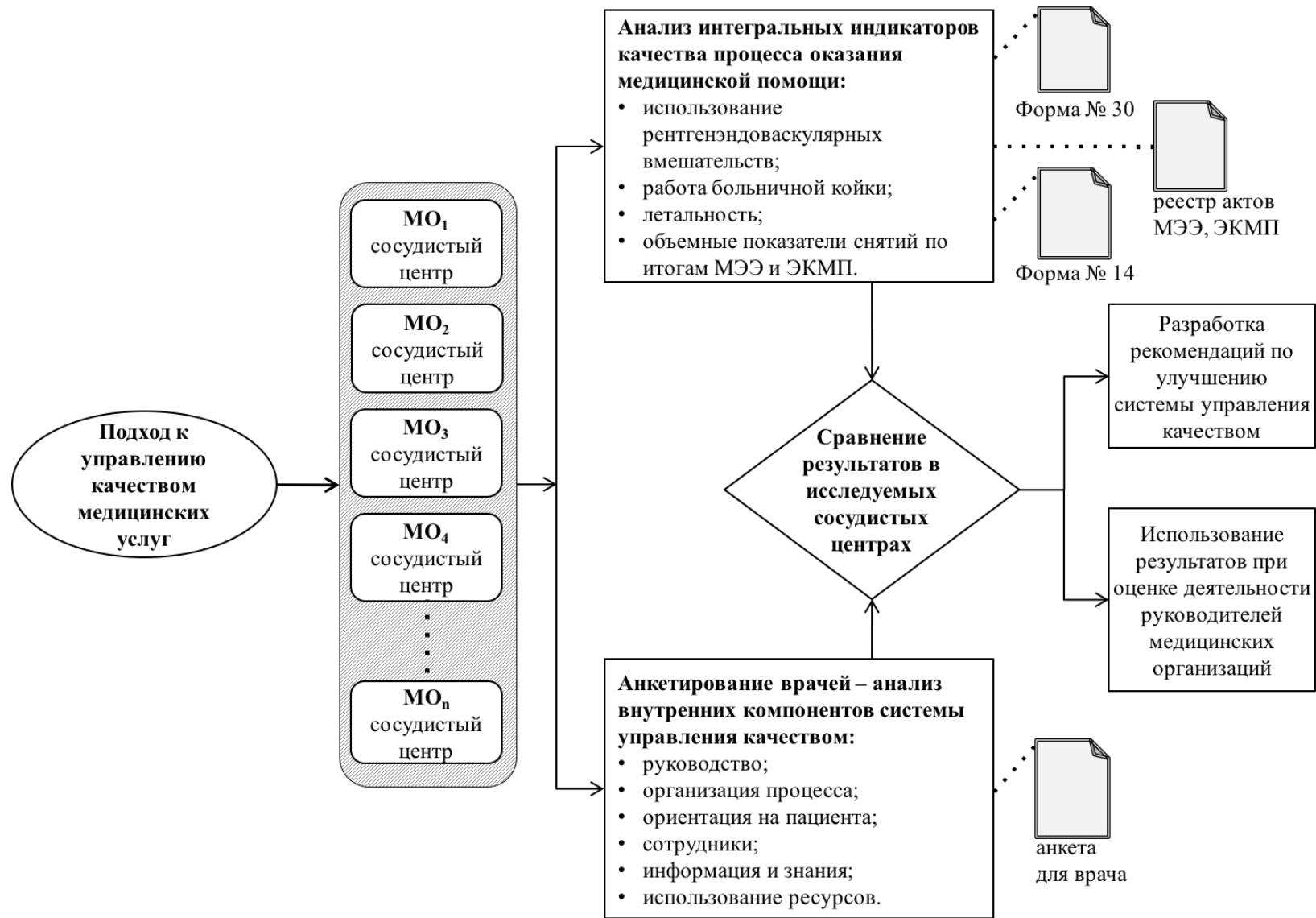


Рисунок 3. – Модель сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистых центрах

С 2015 года Министерством здравоохранения Российской Федерации в целях достижения целевых показателей деятельности системы здравоохранения осуществляет мониторинг реализации мероприятий по снижению смертности от основных причин в субъектах Российской Федерации с использованием *сигнальных индикаторов*.

Важно отметить, что в числе сигнальных индикаторов для мониторинга реализации мероприятий по снижению смертности от ишемической болезни сердца определена «Доля ангиопластик коронарных артерий, проведенных больным с острым коронарным синдромом, к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром».

Выбранные в исследовании для оценки эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи при инфаркте миокарда в сосудистом центре интегральные индикаторами качества процесса оказания медицинской помощи – показатели использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, согласуются с указанным сигнальным индикатором.

В **заключении** представлено обобщение полученных результатов. Продемонстрировано, что в диссертационной работе в целях совершенствования подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра проведена оценка эффективности подходов к управлению качеством медицинских услуг путем сравнения интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи и анализа внутренних компонентов системы управления качеством.

ВЫВОДЫ

1. В соответствии с приоритетными задачами развития здравоохранения в медицинских организациях необходимо создание эффективной системы управления качеством медицинской помощи. Для снижения смертности от болезней системы кровообращения и, учитывая вклад инфаркта миокарда в структуру смертности населения, представляется актуальным поиск путей совершенствования подходов управления качеством медицинской помощи в сосудистых центрах. В обзоре литературы приведены возможные подходы к обеспечению качества и управлению качеством медицинской помощи. Процессный подход к управлению качеством

позволяет осуществлять мониторинг оказания медицинских услуг для подтверждения их соответствия заявленным требованиям.

2. Процессный подход к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации позволяет при оказании медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистом центре обеспечивать соответствие требованиям к качеству, установленным законодательством Российской Федерации, – порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

3. Можно констатировать достижение лучших показателей использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения пациентов с инфарктом миокарда в сосудистом центре, в котором внедрен процессный подход к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации. Путем анализа форм федерального статистического наблюдения установлено, что в МО №1 доля пациентов с инфарктом миокарда, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения (70,4%), превышала долю пациентов в МО №2 (49,4%), $p < 0,01$.

4. По итогам проведенных территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи по диагнозам I21 – I22 МКБ-10 доля случаев с дефектами медицинской помощи, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате, в медицинской организации, применяющей процессный подход к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации, меньше, чем в медицинской организации не применяющей процессный подход, и составляет 2,1% против 5,8% соответственно ($p < 0,01$).

5. В рамках исследования определены внутренние и внешние компоненты системы управления качеством, которые универсальны для любых медицинских организаций. Внутренние компоненты: руководство, организация процесса, ориентация на пациента, сотрудники, информация и знания, использование ресурсов. Внешние компоненты: общество в целом, партнеры, финансирование.

6. Изучение мнения врачей выступает частью общей оценки эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в сосудистых центрах. Сравнительный анализ внутренних

компонентов системы управления качеством медицинской помощи путем социологического опроса врачей свидетельствует о преимуществах процессного подхода к управлению качеством. Анкетирование врачей позволяет найти инструменты для повышения эффективности функционирования системы управления качеством медицинской помощи в сосудистых центрах, ориентации ее на сотрудников, в том числе укреплению мотивации медицинского персонала.

7. Реализованная в исследовании модель направлена на определение рекомендаций по совершенствованию подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в условиях сосудистого центра.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения:

1.1. Анализ эффективности применения процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации (включающей применение учетных формы в медицинской карте стационарного больного, направленных на контроль соблюдения необходимого объема и сроков проведения медицинских вмешательств) позволяет рекомендовать аналогичные учетные формы к использованию в других сосудистых центрах.

1.2. Для объективизации учета и контроля проведенных медицинских вмешательств (в том числе в системе обязательного медицинского страхования) целесообразно предусмотреть внесение в шаблон медицинской карты стационарного больного (заполняемый в печатном или электронном виде) наименования и кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг.

2. Федеральным органам исполнительной власти и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации: целесообразно внедрение процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации в сосудистых центрах для достижения целей развития здравоохранения, предусматривающих в соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года

(распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 №1662-р) решения задачи по созданию системы управления качеством медицинской помощи.

3. Федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по контролю и надзору в сфере охраны здоровья: определенные в ходе исследования экспертным путем интегральные индикаторы качества процесса оказания медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда (доля пациентов с инфарктом миокарда, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения, летальность от инфаркта миокарда) доступны в форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» и в форме федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», и могут использоваться в целях реализации риск-ориентированного подхода при организации государственного контроля (надзора) в здравоохранении.

4. Руководителям медицинских организаций:

4.1. С учетом широких полномочий врачебной комиссии медицинской организации, закрепленных приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», внедрение процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации может проводиться врачебной комиссией в рамках разработки мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов.

4.2. Анкеты, разработанные экспертами в рамках исследования, могут быть использованы при социологических опросах врачей для анализа внутренних компонентов системы управления качеством медицинской помощи и определения основных направлений, требующих решения, в целях повышения эффективности подходов к управлению качеством в медицинской организации.

5. Образовательным учреждениям высшего профессионального образования: результаты исследования могут быть рекомендованы для изучения в рамках образовательных программ повышения квалификации и/или профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Матыцин Н.О.**, Богачанская Н.Н., Слюсарь И.В., Аверченко Е.А., Баранов А.И., Казакова А.А. Анализ факторов, определяющих качество медицинской помощи: использование социологического опроса врачей // **Социология медицины**, 2014. - том 13(2). - С. 37-42.
2. **Матыцин Н.О.**, Баранов А.И. Использование современных подходов к менеджменту качества для создания системы управления качеством медицинской помощи // **Вестник Росздравнадзора**, 2015; №3-С. 44-48.
3. **Матыцин Н.О.**, Шпилянский Э.М., Баранов А.И. Компоненты системы управления качеством медицинской помощи // **Вестник Росздравнадзора**, 2015; №6- С. 28-32.
4. Мурашко М.А., Кондратьев Ю.А., **Матыцин Н.О.**, Швабский О.Р. Единые подходы к проведению экспертизы качества медицинской помощи // **Вестник Росздравнадзора**, 2016; №1-С. 5-9.
5. Мурашко М.А., Шарикадзе Д.Т., Кондратьев Ю.А., **Матыцин Н.О.** Экспертиза качества медицинской помощи, не включенной в программу ОМС // **Управление качеством в здравоохранении**, 2016; №2- С. 3-10.
6. **Матыцин Н.О.**, Силкина С.В. Нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья: санкции КоАП РФ // **Правовые вопросы в здравоохранении**, 2016; №10- С. 92-101.
7. **Матыцин Н.О.**, Шпилянский Э.М., Фисенко В.С., Махов В.А. Адаптация медицинской документации в целях соблюдения требований к качеству медицинской помощи // **Вестник Росздравнадзора**, 2016; № 5.- С. 87-95.
8. Мурашко М.А., Серегина И.Ф., **Матыцин Н.О.** Методические основы применения риск-ориентированного подхода при осуществлении государственного контроля в сфере здравоохранения // **Вестник Росздравнадзора**, 2017; № 3- С.9-13.
9. Шаронов А.Н., **Матыцин Н.О.** Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности: новые требования к проведению проверок // **Управление качеством в здравоохранении**, 2018; № 2- С. 4-8.