Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

На правах рукописи

Матыцин Никита Олегович

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

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Шпилянский Эдуард Маркович

Москва – 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 12

1.1. Направления научного поиска в сфере управления качеством медицинской помощи 12

1.2. Законодательство Российской Федерации в сфере обеспечения качества медицинских услуг 14

1.3. Определение терминологии, касающейся понятия «качество» 24

1.4. Подходы к управлению качеством 29

1.5. Особенности процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг 33

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ 41

ГЛАВА 3. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 57

3.1. Подход к управлению качеством медицинских услуг, направленный на обеспечение требований законодательства Российской Федерации 57

3.2. Инструменты мониторинга и сбора данных о процессе предоставления медицинских услуг 61

3.3. Интегральные индикаторы качества процесса оказания медицинской помощи 69

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 87

4.1. Определение внешних и внутренних компонентов системы управления качеством 87

4.2. Сравнительный анализ внутренних компонентов системы управления качеством медицинской помощи в сосудистых центрах 96

ГЛАВА 5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛИ СРАВНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДХОДОВ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 114

5.1. Элементы модели сравнения 114

5.2. Критерии оценки качества медицинской помощи 116

5.3. Применение риск-ориентированного подхода 119

5.4. Мониторинг реализации мероприятий по снижению смертности 130

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 134

ВЫВОДЫ 141

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 143

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 145

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 146

ПРИЛОЖЕНИЯ 167

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Ишемическая болезнь сердца, согласно сведениям Федеральной службы государственной статистики, продолжает вносить существенный вклад в смертность населения Российской Федерации. В 2016 году ишемическая болезнь сердца составила 25,6% в общей структуре смертности [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 Росстат, 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).

Высокая распространенность инфаркта миокарда и значительный вклад заболевания в смертность трудоспособного возраста в Российской Федерации определяет поиск многими исследователями современных подходов к организации оказания медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда [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].

Применение системы управления качеством медицинской помощи в современных условиях развития здравоохранения становится неотъемлемой составляющей обеспечения эффективности работы любой медицинской организации.

Вместе с тем, когда работников здравоохранения спрашивают, что могло бы наилучшим образом повысить качество медицинской помощи, большинство

врачей и руководителей медицинских организаций отвечают: «Больше сотрудников, больше оборудования и больше финансирования». Однако убедительные международные исследования продемонстрировали, что это не единственное. Более важными компонентами являются: наличие необходимого времени; доступ к необходимым данным и информации; возможности и навыки, как клинические, так и в сфере управления.

Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) рекомендует расценивать большинство причин низкого качества не как следствие недостатков отдельных медицинских специалистов или медицинских изделий, а как следствие недостатков системы организации медицинской помощи [World Health Organization, 2005].

Важно отметить, что существует несколько концептуальных подходов к обеспечению качества медицинской помощи. В первую очередь это связано разными определениями понятия «качество» в здравоохранении. Также единого научного мнения и подтверждения того, что какой-то из подходов предпочтительнее, нет, так как проведено не так много исследований оценивающих и сравнивающих различные подходы [WHO Regional Office for Europe, 2005].

Законодательством Российской Федерации установлено, что для реализации целей развития здравоохранения и укрепления национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан до 2020 года необходимо создание системы управления качеством медицинской помощи [распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р]. Однако единая концепция по обеспечению качества медицинской помощи в медицинских организациях на территории Российской Федерации отсутствует. Поэтому, в соответствии с современными требованиями продолжается поиск более действенных механизмов обеспечения качества медицинской помощи.

Аведис Донабедиан (A. Donabedian) в аспекте оценки качества как оценки результата медицинской помощи писал: «наблюдаемый результат объясняется предшествующим процессом... подтверждение требуется, путем

непосредственной оценки самого процесса...» [Donabedian A., 1988]. Данные о самом процессе являются наиболее чувствительными показателями в оценке качества, чем данные о результате процесса [Mant J., Hicks N., 1995; Brook R., McGlynn E., Shekelle P., 2000].

Появляется все больше подтверждений того, что для успешного функционирования медицинским организациям необходимо осуществлять не только анализ законченных случаев, но и мониторинг и измерение процессов оказания медицинских услуг с целью подтверждения их качества и постоянного совершенствования. Принципы управления качеством на основе процессного подхода могут успешно применяться для управления качеством в медицинских организациях, о чем свидетельствуют публикации различных авторов [Лыков В.А., 2008; Михайлова Н.В., 2010].

В ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дана характеристика понятия «качество медицинской помощи». В той же статье определено, что «медицинской помощью» является комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Вместе с тем «медицинская услуга» представляет собой медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Учитывая такие определения, применительно к «качеству медицинской помощи», следует взять за основу, что в целях управления «качеством медицинской помощи» необходимо создать единую систему управления «качеством медицинских услуг», которые составляют непрерывную последовательность в процессе оказания данной медицинской помощи.

В Российской Федерации законодательно установлены требования к медицинским организациям – лицензионные требования при осуществлении медицинской деятельности, включающие, в том числе, соблюдение порядков оказания медицинской помощи и соблюдение установленного порядка

осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291]. Нарушение лицензионных требований, выявленное в рамках лицензионного контроля, влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации (от наложения административного штрафа до приостановления деятельности организации).

В рамках системы ОМС проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам (медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи). Экспертиза качества медицинской помощи предусматривает проверку соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи к медицинским организациям могут быть применены санкции в соответствии с перечнем оснований (критериев) для отказа в оплате, либо уменьшения оплаты медицинской помощи [Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ; приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230].

Учитывая вышесказанное в настоящее время 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, стандартам медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Для обеспечения соответствия заявленным требованиям, эффективного использования ресурсов, принятия решений на основе фактов и удовлетворения ожиданий всех заинтересованных сторон необходимо развивать систему

управления качеством в организации [ГОСТ Р ИСО 9004-2010; ГОСТ Р ИСО 9000-2015].

Применительно к оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда основную функцию, учитывая Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н, выполняет сосудистый центр (Приложение № 14 – Правила организации деятельности сосудистого центра).

Современные принципы управления качеством подтверждают свою эффективность в различных сферах, и также 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 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 качествам 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 в рамках полномочий, имеющихся у врачебной комиссии медицинской организации.

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

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 работы

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 01.12.2014, VIII Всероссийской научно-практической

конференции с международным участием «Медицина и качество - 2015» в Москве 30.11.2015, IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество - 2016» в Москве 06.12.2016.

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.

Публикации

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

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. Указатель литературы содержит 179 источников, из которых 65 иностранных авторов.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Направления научного поиска в сфере управления качеством медицинской помощи

На современном этапе развития сферы оказания медицинской помощи неотъемлемой составляющей системы управления в медицинских организациях становится формирование систем менеджмента качества и методов обеспечения качества медицинских услуг [51, 22, 47].

Идет развитие новых подходов к организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, акцент в которых делается не только на анализе законченных случаев, но и на создание условий для мониторинга и измерения эффективности процессов оказания медицинских услуг с целью подтверждения их качества [61, 37, 17].

При внедрении средств менеджмента качества безусловно возникает потребность в оценке эффективности процесса оказания медицинской помощи до и после внедрения системы менеджмента качества. В связи с изложенным в медицинских организациях проводится оценка соответствия структурных элементов системы управления качеством (руководство, сотрудники, организация процессов и т.д.) с использованием внешних систем оценки, премий в области качества [151, 154, 78].

Учитывая, что совершенствование процесса оказания медицинских услуг невозможно без проведения внутреннего мониторинга и анализа выполнения запланированных работ, ряд авторов подчеркивают важность использования, кроме систем внешней оценки, еще и регулярных внутренних аудитов [46, 36, 24].

Вместе с тем, выбор систем менеджмента качества для внедрения в медицинской организации является прерогативой руководства организации. Единых обязательных требований законодательством Российской Федерации в части, касающейся процесса предоставления медицинских услуг, не установлено.

В этой связи продолжается поиск путей совершенствования подходов к управлению качеством медицинских услуг по определенным направлениям как на

государственном, так и региональном, и городском уровнях [8, 40, 112]. Также по результатам внедрения подходов к менеджменту качества авторами проводится оценка изменений в рамках одной медицинской организации [52, 34].

При проведении оценки эффективности функционирования системы менеджмента качества предлагаются различные критерии (показатели) подтверждения качества лечебно-диагностического процесса и его этапов [58, 161, 110, 50, 19]. В ряде научных исследований подчеркивается важность оценки соответствия процесса оказания медицинских услуг утвержденным в законодательстве Российской Федерации требованиям к качеству медицинской помощи (стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям), что безусловно является важной составляющей внедрения системы менеджмента качества [18, 44].

При оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе с инфарктом миокарда (далее – ИМ), также идет поиск путей повышения качества медицинских услуг данной категории больных путем внедрения современных подходов к управлению качеством в целях повышения результативности и эффективности лечебно-диагностического процесса [10, 109, 53, 68, 12].

Согласно обзорам ВОЗ, единого научного мнения, что какой-либо из подходов управления качеством предпочтительнее для применения в той или иной медицинской организации, нет. Это связано с не достаточным количеством исследований сравнивающих различные подходы. Большинство публикаций ограничивается описанием и результатами внедрения конкретного подхода. В тоже время существуют определенные доказательства того, что использование стандартов, четкая маршрутизация пациентов, статистический контроль процессов – являются эффективными средствами повышения качества [176, 177].

В ходе обзора литературы авторами не обнаружено исследований, направленных на сравнение эффективности двух разных подходов к управлению качеством медицинских услуг в однотипных подразделениях нескольких

медицинских организаций, оказывающих помощь пациентам с ИМ – сосудистых центрах.

Поэтому представляет научный интерес провести анализ интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи и внутренних компонентов системы управления качеством в типовых сосудистых центрах, использующих разные подходы к управлению качеством медицинских услуг.

Для того, чтобы выбрать, какие именно подходы к управлению качеством медицинских услуг в сосудистых центрах целесообразно сравнивать в рамках исследования, в первую очередь важно определить требования законодательства в области обеспечения качества медицинской помощи, терминологию в области качества, возможности и недостатки применения различных существующих систем управления качеством.

1.2 Законодательство Российской Федерации в сфере обеспечения качества медицинских услуг

В Российской Федерации основные направления и необходимость внедрения системы управления качеством в медицинских организациях установлены законодательно.

Развитие системы управления качеством медицинской помощи, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» [101], является требованием для решения задач национальной безопасности в сфере здравоохранения в среднесрочной и долгосрочной перспективе.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [93], создание системы управления качеством медицинской помощи является неотъемлемой задачей для реализации целей развития системы здравоохранения.

Приоритетные изменения в здравоохранении с 2015 по 2020 годы определялись постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Целью государственной программы

Российской Федерации «Развитие здравоохранения» определено обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Подпрограммой «Управление развитием отрасли» (среди задач которой, в том числе институциональные преобразования, направленные на создание системы управления качеством медицинских услуг) запланировано увеличение доли медицинских организаций, внедривших систему управления качеством медицинских услуг, до 95 процентов [76].

Таким образом в законодательстве определено, что для формирования системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, необходимо построение современной системы управления качеством.

Задача по формированию системы управления качеством медицинской помощи поставлена. Для решения этой задачи, важно определиться, что включает в себя построение системы управления качеством медицинской помощи и из каких неотъемлемых компонентов должна состоять система.

Вместе с тем, понятие «управление качеством медицинской помощи» в законодательстве Российской Федерации не раскрывается. В нормативных правовых документах преобладающее внимание уделяется контролю качества медицинской помощи.

В соответствии со ст. ст. 87, 88 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзором) и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации проводится государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе путем лицензирования медицинской деятельности [76, 108, 61].

Согласно Порядку организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденному приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н, федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации проводится ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности [84].

По итогам государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в случае несоблюдения установленных требований, к медицинским организациям применяются меры административного воздействия.

Согласно ч. 2 ст. 87 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказу ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [107, 108, 92]. фондами обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) и страховыми медицинскими организациями проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Согласно п. 5.3 приказу ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», целями контроля является предупреждение возникновения дефектов медицинской помощи, проявляющиеся в невыполнении и/или неправильном выполнения порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

По результатам контроля в рамках обязательного медицинского страхования сумма подлежащая оплате медицинской организации за оказанную медицинскую помощь может быть удержана либо наложен штраф на медицинскую организацию с учетом выявленных дефектов медицинской помощи

(нарушений при оказании медицинской помощи). К таким дефектам относится, в том числе невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту медицинских вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) [92].

Предъявляемые в рамках государственного контроля и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, обязательные требования стимулируют к развитию в медицинских организациях внутренней системы обеспечения качества. Крайне важно, чтобы такая система могла поддерживать соответствие процесса оказания медицинской помощи утвержденным законодательством Российской Федерации нормативным правовым документам.

На основании ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, в порядке, установленном руководителями указанных организаций. Единых подходов к проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации не утверждено. В ряде субъектов (город Москва, Московская область, Забайкальский край, Республика Крым, Кемеровская область и др.) локальными нормативными правовыми актами утвержден типовой порядок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, применяемый в государственных медицинских организациях, которые подведомственны органу исполнительной власти. К 2015 году в 61% субъектов Российской Федерации были разработаны рекомендации регионального уровня для определения порядка организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской

деятельности [96]. С учетом типового порядка руководителями утверждается порядок для каждой конкретной медицинской организации.

В рамках приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» врачебная комиссия медицинской организации наделена широким кругом полномочий:

– оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

– разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

– организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации).

Весь данный функционал позволят использовать медицинским организациям внутренние механизмы развития системы обеспечения качества, и, в том числе управления качеством медицинской помощи.

Для использования в системе контроля качества оказания медицинской помощи используются всевозможные критерии оценки качества в сфере здравоохранения.

Согласно ч. 2 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», утверждено использование критериев оценки качества медицинской помощи. Приказами Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан (до 01.07.2017) и от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (вступил в силу с 01.07.2017) на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) установлены критерии для оценки качества в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара [79, 80]. Среди указанных критериев в стационарных условиях выделены такие как:

– установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения);

– ведение медицинской документации – заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

– указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики.

Таким образом при организации процесса оказания медицинской помощи для соблюдения установленных требований к качеству врачу необходимо:

– следовать стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям (протоколам лечения);

– должным образом оформлять результаты осмотра пациента (заполнять все предусмотренные разделы в медицинской карте);

– делать отметки в медицинской карте о необходимости проведения пациенту хирургических методов лечения и (или) диагностики.

В целях реализации ч. 5 ст. 79.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обеспечиваются условия для реализации независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Независимая оценка качества оказания услуг предусматривает оценку условий оказания услуг по следующим общим критериям:

– открытость и доступность информации о медицинской организации;

– комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения;

– время ожидания предоставления медицинской услуги;

– доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации;

– удовлетворенность оказанными услугами.

Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, утверждены приказом Минздрава России от 28.11.2014 № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» [81].

На основании ч. 3 ст. 58 Федерального закона 21.11.2011 от № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» постепенно создаются возможности для проведения независимой медицинской экспертизы. Профессиональными некоммерческими организациями и специалистами для применения в ходе независимой медицинской экспертизы разрабатываются алгоритмы выявления дефектов (критериев нарушения требований к качеству) оказания медицинской помощи (Старченко А.А. и соавт. 2015).

Однако проведение контроля и использование критериев для оценки качества в сфере здравоохранения – это только часть необходимых средств для формирования системы управления качеством медицинской помощи.

Действующая нормативная правовая база направлена на создание условий, обеспечивающих качество медицинской помощи, в том аспекте, как это устанавливается в ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Учитывая установленное законодательством определение «качество медицинской помощи», медицинские работники, участвующие в процессе оказания медицинской помощи, должны быть обеспечены едиными средствами принятия решения:

- о временных рамках оказания медицинской помощи;
- об оптимальной последовательности выполнения медицинских услуг и маршрутизации пациентов;
- о выборе тактики медицинской помощи в зависимости от состояния пациента, а также уровня доказательности целесообразности применения определенной медицинской услуги;
- о запланированном результате медицинской помощи с учетом мнения врача и пациента.

Порядки оказания медицинской помощи разрабатываются по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включают в себя, согласно ч. 3 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Стандарты медицинской помощи, согласно ч. 4 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения.

Стандарты в основном являются медико-экономическими документами. Стандарты обеспечивают медицинских работников нормативами в применении медицинских услуг: врачебных консультаций, лечебных, диагностических и др. медицинских обследований и вмешательств, лекарственных препаратов. Сами по себе стандарты не дают медицинским работникам инструментов организации процесса оказания медицинской помощи в части оптимальной последовательности и рационального времени выполнения медицинских услуг.

В числе составляющих порядков оказания медицинской помощи выделены: правила организации деятельности медицинской организации, стандарты оснащения медицинской организации и структурных подразделений, рекомендуемые штатные нормативы, которые в совокупности определяют обязательные требования к структурам для оказания медицинской помощи.

Составляющая «этапы оказания медицинской помощи», которая номинально включена порядки, на практике в большей части порядков оказания медицинской помощи отсутствует. В действующих порядках просто перечисляются виды, условия и формы оказания медицинской помощи с некоторыми пояснениями в соответствии с группой заболеваний. Исключение составляют несколько порядков (в их числе Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»,

Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями) [87, 82, 83]. Учитывая изложенное, можно сделать вывод, что преобладающее большинство порядков оказания медицинской помощи не обеспечивают врачей средствами принятия решения о преемственности между разными этапами оказания медицинской помощи, временных рамках оказания медицинской помощи и требованиях к маршрутизации пациентов.

На основании ч. 2 ст. 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с учетом результатов клинической апробации [4]. После согласования профильной комиссией Министерства здравоохранения Российской Федерации клинические рекомендации (протоколы лечения) размещаются в Федеральной электронной медицинской библиотеке (ФЭМБ). В настоящее время на сайте ФЭМБ размещено более тысячи клинических рекомендаций (протоколов лечения) [61]. Также новым информационным ресурсом, на котором размещаются клинические рекомендации (протоколы лечения), является cr.rosminzdrav.ru.

Клинические рекомендации (протоколы лечения) представляют консенсус о выборе тактики медицинской помощи в зависимости от состояния пациента, а также уровня доказательности целесообразности применения определенной медицинской услуги при конкретном заболевании или клинической ситуации.

Ряд порядков оказания медицинской помощи (принимая во внимание внесенные в них недавно изменения) предусматривают оказание медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения):

- Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н;

- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением

психоактивных веществ, утвержденный приказом Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н.

Как уже упоминалось выше, в соответствии со ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» критерии оценки качества формируются на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Поэтому организация процесса оказания медицинской помощи должна быть ориентирована на соблюдение установленных в законодательстве требований к качеству медицинской помощи, а именно: порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Исполнение медицинской организацией перечисленных требований к качеству медицинской помощи снижает вероятность возникновения причин для неоплаты или уменьшения оплаты за медицинскую помощь, оказанную в рамках обязательного медицинского страхования, или возникновения административных наказаний для медицинской организации со стороны контролирующих органов.

Для выполнения лицензионных требований (в части соблюдения порядков оказания медицинской помощи), необходимого объема медицинских услуг и сроков их предоставления в соответствии с конкретным стандартом медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения), медицинским организациям целесообразно внедрять внутренние подходы к обеспечению качеством медицинской помощи.

Обеспечение качества медицинской помощи является составной частью управления качеством [43, 100].

Для выбора преимуществ того или иного подхода к управлению качеством медицинской помощи, учитывая перечисленную нормативную правовую базу, рассмотрим существующие определения понятия «качество», в том числе применительно к процессу оказания медицинской помощи, и эволюцию подходов к обеспечению качества медицинской помощи.

1.3 Определение терминологии, касающейся понятия «качество»

С того момента как появляется производитель и потребитель определенного товара или услуги, возникает понятие «качество».

В течение последних десятилетий многие специалисты в сфере здравоохранения стремились дать определение «качеству» применительно к оказанию медицинской помощи и деятельности медицинских организаций [42, 43, 45, 102, 132]. Однако следует принять во внимание, что в медицину такие понятия как «производитель», «потребитель» и «организация» пришли из сферы экономики и управления, поэтому описывать понятие «качество» применительно к качеству медицинской помощи целесообразно с учетом подходов, принятых в сферах экономики и управления.

В рамках процесса оказания медицинской помощи потребитель – это пациент и его окружение; производители – медицинские организации.

Также как управление процессами обеспечения качества медицинской помощи – это прикладная дисциплина общей теории управления [45], так и термин «качество» применительно к медицинской помощи должен рассматриваться в соответствии с общепринятыми международными подходами к данному термину.

Международная организация по стандартизации (International Organization for Standardization, ISO) в 1986 году впервые определила терминологию, касающуюся понятия «качество» [62].

В настоящее время стандарт ISO 9000-2015 определяет качество следующим образом: «Качество – степень соответствия совокупности присущих характеристик требованиям» [1].

Дополнительно в данном стандарте разъясняется понятие «требование» – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным [1]. Под термином «характеристика» подразумевается «отличительное свойство», и в примечании перечислен список классов характеристик. Среди них выделяют:

- физические (например, механические, электрические, химические или биологические характеристики);
- органолептические (например, связанные с запахом, осязанием, вкусом, зрением, слухом);
- этические (например, вежливость, честность, правдивость);
- временные (например, пунктуальность, безотказность, доступность);
- эргономические (например, физиологические характеристики или связанные с безопасностью человека);
- функциональные (например, максимальная скорость самолета) [1].

Значит для обеспечения качества необходимо:

- выявить требования (потребности или ожидания), которым необходимо соответствовать;

- определить характеристики, совокупность которых будет соответствовать требованиям [62].

Интересно отметить, что среди характеристик, определенных в стандарте ISO 9000-2011, не выделены экономические характеристики. Хотя эта категория характеристик является одной из ключевых как при системе государственного финансирования, так и для частных инвесторов в сфере здравоохранения.

Отражение экономического компонента в определении понятия качества применительно к медицине находит подтверждение и во взглядах М.Ремер и С.Монтойя Агиляр. Они определяли качество как «должное проведение всех мероприятий, которые являются безопасными, приемлемыми в смысле затраченных средств и влияют на смертность, заболеваемость, инвалидность» [цит. по 43].

Не следует рассматривать качество только с позиции соответствия требованиям потребителя (пациента), но при этом не стоит и занижать важность этого соответствия.

На данный факт указывал еще в начале XX века Уолтер Шухарт (Walter A. Shewhart), всемирно известный ученый, статистик, труды которого легли в основу современных подходов к управлению качеством. В книге «Economic Control of

Quality of Manufactured Product» (1931 г.) ученый выделил два аспекта качества: объективный, включающий технические характеристики, которыми должен обладать продукт/услуга, и субъективный – свойства, которые связаны с требованиями потребителей [63, 134].

Этот взгляд в дальнейшем развил Джозеф Джуран (Joseph M. Juran). Согласно его определению, у слова «качество» существует множество значений, но два из них преобладают над другими [63]:

- качество состоит из тех свойств продукта, которые соответствуют требованиям потребителей, а значит, обеспечивают удовлетворенность данным продуктом;
- качество заключается в свободе от дефектов.

Один из основоположников теории качества в сфере здравоохранения Аведис Донабедиан (A. Donabedian) в 1988 году описал качество и компоненты для его достижения в аспекте оказания медицинской помощи.

Он предложил широко известный подход для оценки качества. Аведис Донабедиан выделил три категории – структура (материально-технические ресурсы, человеческие ресурсы, организационная структура); процесс (конкретные действия, предпринимаемые в ходе оказания медицинской помощи); результат (эффект оказания медицинской помощи на состояние здоровье пациента и общества в целом), при анализе которых могут быть сделаны выводы о качестве медицинской помощи [131, 160].

Аведис Донабедиан также выделил в статье «The seven pillars of quality» [132] (1990 г.) семь характеристик медицинской помощи, определяющие ее качество:

2. действенность (efficacy) – способность помощи обеспечивать максимальное улучшение здоровья;
3. результативность (effectiveness) – степень, в которой достижимые улучшения здоровья реализованы;
4. эффективность (efficiency) – способность достигать наибольших улучшений здоровья при минимальных затратах;

5. оптимальность (optimality) – наиболее оптимальный баланс между затратами и пользой;
6. приемлемость (acceptability) – соответствие предпочтениям пациента относительно доступности, взаимоотношений с врачом, удобства, результатов лечения и его стоимости;
7. законность (legitimacy) – соответствие всего выше перечисленного социальным предпочтениям;
8. справедливость (equity) – беспристрастность в распределении медицинской помощи и ее эффектов на здоровье человека.

Эксперты ВОЗ так характеризуют понимание качества медицинской помощи: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который бы привел к оптимальным для здоровья этого пациента результатам... При этом, для достижения такого результата, должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным, пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи…» [43].

Согласно Глоссарию «Качество медицинской помощи. Россия-США», качество медицинской помощи (quality of medical care) – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии» [42]. В этом определении не закладывается соответствие потребностям «производителя услуг» (т.е. врачей, руководства медицинской организации и др.) и инвесторов.

Схожее определение относительно качества профилактической медицинской помощи приводят А.И. Вялков и Р.Г. Оганов [102].

П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева и соавт. характеризуют качество, как «результат деятельности, направленной на создание таких условий медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством (медицинским учреждением) гарантии в соответствии с установленными

критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в полученной медицинской помощи» [45].

Резюмируя взгляды на качество медицинской помощи, стоит обратить внимание на определение качества, которое дала Кристель Вудворд (Christel A. Woodward) – «делать правильные вещи именно тому человеку в нужное время с минимальными затратами» [178].

Таким образом в обеспечении качества медицинской помощи в любой медицинской организации как системе участвуют все ее субъекты. В процессе оказания медицинской помощи участвуют врачи, средний медицинский персонал, вспомогательный персонал медицинской организации, руководство медицинской организации, пациенты, и, конечно, заинтересованные инвесторы (если это касается коммерческих медицинских услуг).

Вместе с тем, пожелания пациентов, требования производителей медицинских услуг могут меняться с течением времени.

Наличие изменчивости (вариабельности) во всех явлениях и процессах применительно к понятию «качество» было описано Уолтером Шухартом: «...во всем, что мы делаем, неизвестные и случайные причины оказывают свое влияние...», «...мы также должны принять за аксиому, что контролируемое качество не будет постоянным. Вместо этого контролируемое качество должно быть вариабельным качеством» [134, 28]. В дальнейшем Уолтер Шухарт развил это подход, выделив случайные причины (chance causes) и внешние – особые причины (assignable causes) изменчивости, применил контрольные карты и лимиты [3, 5, 8].

Учитывая сказанное выше, результат («выход») любого процесса, в частности, процесса оказания медицинской помощи, подвержен определенной вариабельности. С точки зрения менеджмента, принимая во внимание возможности вариаций в результатах процесса, для управления (изучения, оценки, контроля) качества медицинской помощи целесообразнее анализировать не только результат, но и, самое главное, – непосредственно процессы, которые приводят к тому или иному результату.

1.4 Подходы к управлению качеством

Управление качеством медицинской помощи – это прикладная дисциплина общей теории управления [45].

Для построения целостной системы управления качеством медицинской помощи необходимо прежде всего правильное понимание термина «управление».

По мнению ведущего теоретика в области управления Peter F. Drucker: «... управление – особый элемент современной организации, будь то торгово-промышленное предприятие или университет, больница или вооруженные силы, исследовательская лаборатория или правительственная организация» [133].

В книге «Основы менеджмента» («Management») М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури приводят прикладное определение этого термина: «управление – непрерывная серия взаимосвязанных управленческих функций» [62, 56].

Функциями процесса управления являются [56]:

− планирование;

− организация;

− мотивация;

− контроль.

Таким образом, для эффективного процесса управления качеством медицинской помощи в медицинской организации важно использовать все функции в совокупности:

- планирование – определение руководством достигаемых целей и требуемых для их достижения ресурсов;
- организация – создание условий для процесса работы, выбор лиц и подразделений, ответственных за реализацию поставленных целей;
- мотивация – формирование подхода для удовлетворения потребностей сотрудников и пациентов с целью достижения требуемых результатов;
- контроль – установление стандартов, измерение и сравнение достигнутого со стандартами, выбор действий для устранения проблем и коррекции отклонений от первоначального плана.

Из указанного выше следует, что на процесс управления качеством медицинской помощи влияет много различных факторов. Это и грамотное руководство, и система организации процессов оказания медицинской помощи, и сотрудники, и ориентация медицинской помощи на пациента и другие факторы.

Разобравшись с пониманием самого термина «управление», перейдем непосредственно к управлению качеством медицинской помощи.

В настоящее время существуют следующие общепризнанные концепции управления качеством медицинской помощи [161]:

1) контроль качества (quality control) – методы деятельности, приводящие качество к соответствию определенным заранее измеримым стандартам.
2) оценка качества (quality assessment) – сравнение реального исполнения с ожиданиями, стандартами и целями, что определяет возможности для улучшений; однако не предлагает существенных решений, не требует обязательных намерений или умений принимать меры по исправлению недостатков.
3) обеспечение качества (quality assurance) – все виды деятельности, которые способствуют определению, проектированию, оценке, мониторингу и улучшению качества.
4) всеобщее управление качеством (total quality management - TQM) – комплексная система, объединяющая все процессы и все подразделения – согласованные усилия руководства и персонала; участие всех членов организации, выгода для всех членов организации; нацеленность на долгосрочный успех через удовлетворение потребителей.
5) непрерывное повышение качества (continuous quality improvement - CQI) – акцент на переходе от оценки текущего качества к активным действиям по выявлению слабых мест как возможностей для усовершенствования.
6) развитие качества медицинской помощи (quality of care development) – динамичный процесс выявления и использования наилучших достижений в области здравоохранения, охватывающий общие концепции контроля, оценки, улучшения и обеспечения качества.

Выделяют также три основные модели управления качеством в здравоохранении [62, 11] – профессиональную, бюрократическую и индустриальную.

Профессиональная модель – высокая квалификация врача, отвечающая определенным требованиям – единственный гарант качества оказываемой медицинской помощи. Администрация больницы только создает врачу необходимые технические условия для работы. Оценка подходов к лечению находится сугубо в сфере профессиональной экспертизы.

Бюрократическая модель – аудиторский принцип является гарантом качества; на законодательном уровне от медицинской организации требуют сертификат и/или лицензию государственного образца; уполномоченные организации проводят регулярные многочисленные проверки медицинской деятельности с применение методов статистического анализа.

Индустриальная модель – основана на использовании адаптированной к системе здравоохранения индустриальной модели непрерывного повышения качества. Учитывая, что в здравоохранении концепции CQI и TQM используются как взаимозаменяемые [146], то индустриальная модель предполагает новую парадигму управления процессами и людьми; постоянное усовершенствование продукции и услуг.

Исходя из приведенных выше нормативных правовых документов, можно сделать вывод, что на данный момент времени в Российской Федерации преобладает «внешняя» бюрократическая модель управления качеством и профессиональная модель – внутри медицинской организации. В системе управления ведущая роль отводится процессам контроля качества.

При этом экспертиза качества медицинской помощи в основном проводится на основании экспертной оценки законченных случаев на их соответствие «порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике» [92].

Оценка качества на соответствие стандартам проводится самими производителями и не учитывает мнение потребителя. «Основанная на

аудиторском принципе бюрократическая модель... наталкивается на естественное сопротивление людей, заинтересованных не в демонстрации недостатков качества, не в выявлении причин этих недостатков, а, напротив, в их искусственном преуменьшении и сокрытии от аудиторов. Такой способ руководства не способен стимулировать систематическую работу по улучшению качества, не требует поиска и анализа отклонений...» [Цит. по 62].

Таким образом, бюрократический вариант модели управления качеством в здравоохранении имеет существенные ограничения, не предоставляет реальных возможностей управления процессом оказания медицинской помощи.

Основываясь на подходе Аведис Донабедиана, при действующей нормативной правовой базе в Российской Федерации имеются подходы к обеспечению качества «структуры» и качества «результатов». Категория «качество процессов» остается, по большей части, не регламентированной.

Поэтому, для обеспечения соблюдения в медицинской организации требуемых временных рамок оказания медицинской помощи, оптимальной последовательности выполнения медицинских услуг и маршрутизации пациентов необходимо принятие внутренних эффективных мер для поддержания «качества процессов».

В рамках реализации полномочий руководства и врачебной комиссии медицинской организации (приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 №502н), к которым относится «разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов» [90], есть возможности в условиях действующего законодательства внедрять современные подходы к управлению качеством медицинской помощи.

Следует также отметить наличие Методических рекомендациях Минздрава «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении» [58], которые описывают современные подходы к управлению качеством медицинских услуг в медицинской организации и подробно описывают значимость и применимость всеобщих принципов управлению качеством к деятельности медицинских организаций.

1.5 Особенности процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг

Согласно определению Томаса Давенпорта (Thomas H. Davenport), процесс – это специфически упорядоченная совокупность работ, заданий во времени и в пространстве с указанием начала и конца и точным определением входов и выходов [62, 128].

Основу для применения «процессного подхода» в управлении качеством составляют межгосударственные стандарты серии ISO 9000 [1, 2, 6, 33].

Стандарты серии ISO 9000 разработаны с целью оказания помощи организациям (независимо от их вида, размера и рода деятельности) при внедрении и обеспечении системы менеджмента (управления) качеством [1, 6]. Семейство стандартов ISO 9000 представляет собой международные рекомендации по формированию в любых организациях, в том числе, медицинских, системы менеджмента качества на основе «процессного подхода».

«Процессный подход» является ведущей концепцией, на которой базируются стандарты серии ISO 9000.

Для успешного функционирования организация должна осуществлять менеджмент многочисленных взаимосвязанных и взаимодействующих процессов. Часто «выход» одного процесса является непосредственным «входом» следующего.

Так, например, ухудшение тяжести состояния пациента в терапевтическом (хирургическом) отделении и необходимость перевода пациента в отделение реанимации – тесно связанные процессы. Критическое состояние пациента является «выходом» из процесса лечения в терапевтическом (хирургическом) отделении и непосредственным «входом» в процесс интенсивной терапии в отделении реанимации. И только комплексное изучение процесса оказания медицинской помощи позволит сделать вывод, явилось ли ухудшение состояния результатом прогрессирования и тяжести самого заболевания или ухудшение связано с неадекватностью оказания медицинской помощи на предыдущем этапе.

Применение в организации системы процессов наряду с их идентификацией и взаимодействием, а также менеджмент процессов могут быть определены как «процессный подход» [1, 2].

Согласно перечисленным ниже стандартам серии ISO 9000, организации следует развивать систему менеджмента качества для [6]:

- эффективного использования ресурсов;
- принятия решений на основе фактов;
- акцентирования внимания на удовлетворении запросов потребителей, а также потребностей и ожиданий других заинтересованных сторон.

Трудно переоценить значимость перечисленных подходов для совершенствования системы управления при оказании медицинской помощи в условиях дефицита кадровых и финансовых ресурсов в системе здравоохранения.

Существуют различные международные стандарты, устанавливающие подходы к управлению качеством.

В настоящее время на основе межгосударственных стандартов серии ISO 9000 в Российской Федерации созданы национальные ГОСТы в сфере управления качеством [1, 2, 6]. Таким образом медицинские организации могут использовать проверенные инструменты для повышения эффективности системы управления качеством.

Первая версия стандартов серии ISO 9000 была опубликована в 1987 г. Позже было подготовлено еще несколько версий. Действующие на сегодняшний день стандарты серии ISO 9000 представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Соответствие национальных стандартов и международных стандартов в области менеджмента качества

Международный стандарт	**Национальный стандарт**
ISO 9000:2015	ГОСТ Р ИСО 9000-2015
ISO 9001:2015	ГОСТ Р ИСО 9001-2015
ISO 9004:2009	ГОСТ Р ИСО 9004-2010
ISO 19011:2011	ГОСТ Р ИСО 19011-2012

Основные требования к системе управления качеством и рекомендации по внедрению и совершенствованию данной системы описаны в стандартах ISO 9000, ISO 9001 и ISO 9004. Перечисленные стандарты содержат следующую информацию (таблица №2).

Таблица 2 – Содержание стандартов ISO 9000, ISO 9001 и ISO 9004

Стандарт	**Содержание**
ISO 9000:2015	Основные термины и положения системы менеджмента качества
ISO 9001:2015	Основные требования к системе менеджмента качества
ISO 9004:2009	Рекомендации по повышению эффективности системы менеджмента качества

Интерес руководителей медицинских организаций к применению стандартов серии ISO 9000 для повышения эффективности системы управления качеством возрастает. Однако стратегия внедрения, заложенная в стандарты серии ISO 9000, не всем известна.

За разработку и введение стандартов серии ISO 9000 в Международной организации по стандартизации ответственность несет Технический комитет ISO/TC 176 «Менеджмент качества и обеспечение качества». Техническим комитетом была определена философия и стратегия внедрения стандартов серии ISO 9000, которая представлена трехуровневой системой достижения качества, изображенной на схеме (рисунок 1).

Рисунок 1. – Уровни достижения качества [162, 170]

Из этой схемы следует, что стратегию внедрения системы менеджмента качества на основе стандартов серии ISO 9000 в медицинских организациях необходимо рассматривать как последовательное формирование определенных уровней качества. Таким образом применение стандартов серии ISO 9000 основано не на какой-то единственной концепций достижения качества, а на последовательном внедрении нескольких концепций в соответствии с выделенными уровнями. Каждому уровню соответствует своя конкретная концепция.

Первый уровень достигается на основе внедрения стандарта ISO 9001, регламентирующего требования к системе менеджмента качества, контроля качества для минимизации жалоб потребителей и соответствия их ожиданиям.

Второй уровень, более совершенный, – стандарт ISO 9004, который содержит рекомендации для повышения эффективности и результативности системы управления качеством, оптимизации процессов, снижения затрат и дальнейшего повышения удовлетворенности потребителей.

Самым высоким уровнем, в соответствии со схемой, является уровень всеобщего управление качеством (total quality management - TQM). Его достижение предполагает консолидированное участие всех сотрудников

организации в системе управления качеством, нацеленность на долгосрочный успех и стратегическое планирование с учетом удовлетворения потребителей.

Качество медицинской помощи является результатом взаимодействия производителей (медицинских организаций) и потребителей (пациентов), и ему, как итогу любого процесса, присуща определенная изменчивость. Очевидно, что оценка процесса обладает большей способностью прогнозирования, чем оценка результата. «...можно будет сказать, что явление будет контролируемым, когда, используя пройденное, мы сможем прогнозировать, по крайней мере, в определенных пределах, каким образом следует ожидать изменений явления в будущем» [134].

«Процессный подход» обеспечивает систему управления качеством реальными механизмами воздействия на качество медицинской помощи.

Один из известных консультантов в области качества Philip B. Crosby писал, что в условиях жесткой конкуренции на рынке и ограниченных финансовых ресурсов, единственный способ достичь успеха – это «делать вещи правильно с первого раза» [126].

Данный тезис крайне актуален в аспекте совершенствования оказания специализированной медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца, который утвержден одним из направлений государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Построение в медицинской организации системы менеджмента качества позволяет повысить удовлетворенность пациентов и эффективность процесса оказания медицинской помощи с точки зрения использованных ресурсов и достигнутых результатов [47, 62].

Каким же образом, следует проводить оценку эффективности системы управления качеством оказания медицинской помощи в конкретной медицинской организации?

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 рекомендует организациям использовать подходящие методы мониторинга и измерения процессов системы менеджмента качества. Такие методы должны демонстрировать способность процессов,

существующих в организации, достигать запланированных результатов. Пункт 8.4 данного ГОСТа предусматривает, что организация должна определять, собирать и анализировать соответствующие данные для демонстрации пригодности и результативности системы менеджмента качества, а также оценивания, в какой области возможно постоянное повышение результативности системы менеджмента качества [2].

Согласно ГОСТ Р ИСО 9001-2015, анализ данных о системе менеджмента качества должен включать информацию об удовлетворенности потребителей, соответствии требованиям к продукции, поставщиках, характеристиках и тенденциях процессов и продукции, включая возможности проведения предупреждающих действий. Особую значимость приобретают характеристики и тенденции процессов в аспекте применения процессного подхода к управлению качеством медицинской помощи – постоянно возрастают требования со стороны потребителей (пациентов) к качеству предоставляемых услуг, а также возрастает естественная конкуренция между самими медицинскими организациями.

В настоящее время статистические методы анализа технологических процессов рекомендованы Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации – МГС (ISC) – к повсеместному использованию в работе по повышению качества. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 рекомендует использование статистических методов для решения проблем и повышения результативности и эффективности работы любой организации [1].

ГОСТ Р ИСО/ТО 10017-2005 предполагает использование количественных данных, количественных характеристик процессов и изделий на основе статистических методов их обработки для измерения, описания, анализа, моделирования и интерпретации изменчивости процессов [7].

Среди инструментов для оценки эффективности текущей системы управления процессом оказания медицинской помощи, выделяют следующие методы измерения и сбора данных:

• проведение регулярного внешнего и внутреннего аудита на соответствие законченных случаев утвержденным стандартам и порядкам оказания медицинской помощи [76, 92];

• системы индикаторов качества [161, 111, 110];

• инструменты обратной связи с пациентами (анкетирования, «горячие линии», отзывы на Интернет-ресурсах, книга жалоб и предложений др.) [88, 62, 176, 158, 20];

• медико-социологические исследования с использованием анкетирования и опроса сотрудников медицинских организаций [27, 143, 161].

Согласно мнению экспертов ВОЗ, наиболее обсуждаемыми факторами, дефицит которых служит препятствием для широкого внедрения методов повышения качества оказания медицинской помощи, являются [176]:

– уровень вовлеченности врачей;

– объем имеющихся данных;

– эффективность руководства;

– доля рабочего времени сотрудников медицинских учреждений, уделяемая на совершенствование процессов, в сравнении с основной клинической деятельностью.

Поэтому в исследовании в ходе оценки разных подходов к управлению качеством медицинской помощи при ИМ уделено внимание не только изучению определенных интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи, но и анкетированию врачей как части общей оценки процесса обеспечения качества в медицинской организации.

Резюмируя выше сказанное, для решения задачи по выбору наиболее эффективного подхода к управлению качеством медицинской помощи, который сможет обеспечить соблюдение перечисленных требований законодательства Российской Федерации, в исследовании было определено, что включает в себя построение системы управления качеством и каковы преимущества тех или иных систем управления качеством.

Важно подчеркнуть, наличие изменчивости (вариабельности) во всех явлениях и процессах, которая применительно к понятию «качество» была описана Уолтером Шухартом. Результат («выход») любого процесса, в частности, процесса оказания медицинской помощи, подвержен определенной вариабельности.

Об этом в аспекте оценки качества как оценки результата медицинской помощи писал и Аведис Донабедиан. Данные о самом процессе являются наиболее чувствительными показателями в оценке качества, чем данные о результате процесса.

Таким образом для управления (изучения, оценки, контроля) качества медицинской помощи целесообразнее анализировать не только сам результат, но и непосредственно процессы, которые приводят к тому или иному результату.

Процессный подход с учетом основных направлений его реализации позволяет использовать проверенные инструменты для повышения эффективности системы управления качеством медицинской помощи.

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационная работа является комплексным медико-социальным исследованием и направлена на совершенствование подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с ИМ в условиях сосудистых центров путем использования процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации.

Программа исследования была построена исходя из цели и задач диссертационной работы и реализована в несколько этапов (таблица 3).

Программа исследования

Настоящее исследование проводилось в период с февраля 2013 по ноябрь 2016 гг. и включало в себя различные этапы, на каждом из которых были определены основные методы и материалы исследования, единицы наблюдения и объем исследования.

На *первом этапе* была разработана методологическая основа исследования, проведен обзор литературных и других источников информации по направлениям научного поиска в сфере управления качеством медицинских услуг в Российской Федерации и за рубежом. На данном этапе проведена оценка нормативной правовой базы в сфере обеспечения качества медицинской помощи, проанализирована терминология, касающаяся понятий «качество» и «управление качеством» применительно к сфере предоставления медицинских услуг. Установлены возможные преимущества процессного подхода к управлению качеством, целесообразность наличия объективных средств для мониторинга процессов с целью подтверждения их соответствия определенным требованиям.

На *втором этапе* оценивалась эффективность разных подходов к управлению качеством медицинских услуг при ИМ в типовых сосудистых центрах путем сравнение интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи по результатам 2014 года.

Интегральные индикаторы качества в сосудистом центре, в которым использовался процессный подход к управлению качеством медицинских услуг,

были оценены в сравнении с индикаторами в сосудистом центре, в котором не применялся процессный подход.

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

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.

Доля пациентов с инфарктом миокарда, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения (в %) вычислялась по формуле (1):

$$\mathbf{D_1} = \frac{\text{Выполнено пациентам с инфарктом миокарда рентгенэндоваскулярных вмешательств}}{\text{Число выписанных + умерших пациентов с инфарктом миокарда}} \times 100\% \quad (1)$$

где: D_1 - доля пациентов с инфарктом миокарда, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения.

Таблица 3 – Программа исследования

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	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.

Доля рентгенэндоваскулярных вмешательств при инфаркте миокарда в первые 90 минут от момента госпитализации (в %) вычислялась по формуле (2):

$$\mathbf{D_2} = \frac{\text{Число рентгенэндоваскулярных вмешательств, выполненных пациентам с инфарктом миокарда в первые 90 мин с момента поступления}}{\text{Общее число рентгенэндоваскулярных вмешательств, выполненных пациентам с инфарктом миокарда}} \times 100\% \quad (2)$$

где: D_2 - доля рентгенэндоваскулярных вмешательств при инфаркте миокарда в первые 90 минут от момента госпитализации.

Показатели работы больничной койки рассчитывались следующим образом.

Средняя длительность пребывания больного на койке рассчитывалась по формуле (3):

$$\mathbf{D_3} = \frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Число выбывших больных}} \quad (3)$$

где: D_3 - средняя длительность пребывания больного на койке.

Средняя длительность пребывания пациентов трудоспособного возраста на койке рассчитывалась по формуле (4):

$$\mathbf{D_4} = \frac{\text{Число проведенных койко-дней пациентами трудоспособного возраста}}{\text{Число выбывших пациентов трудоспособного возраста}} \quad (4)$$

где: D_4 - средняя длительность пребывания пациентов трудоспособного возраста на койке.

Оценка объемов и сроков предоставления медицинских услуг на соответствие утвержденным законодательством Российской Федерации требованиям к качеству медицинской помощи проводилась путем анализа результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

В исследуемых сосудистых центрах проведена сравнительная оценка доли случаев оказания медицинской помощи по диагнозам I21 – I22 МКБ-10, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате по итогам проведенных страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи. Информация оценена на основании реестров актов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Третьим этапом в рамках сравнительной оценки подходов к управлению качеством медицинских услуг проводилось исследование внутренних компонентов системы управления качеством медицинской помощи.

Сначала на основе публикаций ВОЗ, ведущих исследователей и организаций в области менеджмента качества проведен анализ и систематизация компонентов системы управления качеством медицинской помощи [1, 97, 119, 151, 154, 161, 169, 78]. Авторами были определены внутренние и внешние компоненты системы управления качеством медицинской помощи.

Затем, определенные в ходе исследования внутренние компоненты системы управления качеством изучены при социологическом опросе врачей.

В опросе были использованы стандартизованные анкеты (Приложение 1), специально разработанные авторами для исследования. Анкетирование являлось частью общей оценки эффективности разных подходов к управлению качеством медицинских услуг в типовых сосудистых центрах.

Анкета была подготовлена с использованием опыта российских и международных материалов по изучению мнения медицинских специалистов и пациентов [155, 137, 145, 147, 144, 116, 21, 99].

Анкета проходила многоступенчатое формирование:

a) обобщение материалов, используемых в других международных и российских анкетах;
b) первичное обсуждение и корректировка варианта анкеты экспертами – последовательно с представителями администрации медицинской организации, практикующими врачами и специалистами по социологии медицины;
c) проведение пилотного анкетирования;
d) повторное обсуждение и корректировка варианта анкеты экспертами – последовательно с представителями администрации медицинской организации, практикующими врачами и специалистами по социологии медицины;
e) подготовка окончательного рабочего варианта анкеты.

В социологическом исследовании в изучаемых медицинских организациях приняли участие все врачи, оказывающие помощь пациентам с ИМ в сосудистом центре (отделении кардиологии и палатах реанимации и интенсивной терапии, отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделения анестезиологии и реанимации). В каждой медицинской организации социологическому исследованию подверглись n=28 врачей (штатные врачи, в том числе заведующие отделениями).

Каждому врачу было предложено заполнить анкету, состоящую из 43 вопросов. Вопросы в анкете задавались в одинаковом порядке и одинаковой формулировке абсолютно для всех респондентов. Такой подход обеспечил равные условия для всех участников опроса и дал возможность сравнения полученных ответов. В анкете использовались закрытые, полузакрытые и открытые вопросы. Открытая форма вопросов позволила получить более широкую информацию по некоторым ключевым моментам исследования.

Анкета состояла из 6 блоков вопросов в соответствие с определенными авторами внутренними компонентами системы управления качеством.

Первый блок вопросов касался компонента «Информация и знания». Путем опроса врачей сосудистых центров оценено:

- личное отношение к данным о качестве медицинской помощи;
- доступность данных о качестве медицинской помощи, оказываемой самим врачом и оказываемой другими врачами;
- доступные источники данных о качестве медицинской помощи;
- доступность на рабочем месте информационных источников о новых технологиях и подходах к лечению;
- использование медицинской информационной системой и других электронных источников врачами в процессе работы.

Второй блок вопросов был составлен для изучения мнения врачей о компоненте «Организация процесса» обеспечения качества медицинской помощи. Изучались вопросы отношения врачей к ошибкам в работе коллег; назначению необоснованных консультаций; процессу работы «в команде», как важному аспекту, влияющему на результат медицинской помощи; другим организационным вопросам, касающимся процесса обеспечения качества оказания медицинской помощи.

Третий блок вопросов был связан с изучением компонента «Сотрудники», с точки зрения их заинтересованности, компетентности и мотивированности в работе.

Четвертый блок вопросов сформирован для оценки компонента «Руководство». Вопросы связаны с изучением мнения врачей о системе руководства в медицинской организации: прозрачность и понятность взаимоотношений руководства и сотрудников; учет интересов сотрудников в деятельности организации; адекватность трудовой занятости и заработной платы; соответствие реально проводимых действий заявленной стратегии.

Пятый блок вопросов характеризовал компонент «Использование ресурсов» с точки зрения мнения врачей: достаточность обеспечения отделений лекарственными препаратами и расходными материалами, и др.

Шестой блок вопросов касался одного из наиболее значимых компонентов в обеспечении качества оказания медицинской помощи – «Ориентация на пациента». Изучено отношение врачей к аспекту лечения боли во время

нахождения пациента в рамках медицинской организации; использования в отделениях системы «обратной связи» с пациентами для определения удовлетворенности пациентов процессом оказания медицинской помощи.

Результаты социологического исследования позволили провести анализ внутренних компонентов системы управления качеством в рамках сравнения разных подходов к управлению качеством медицинских услуг в сосудистых центрах.

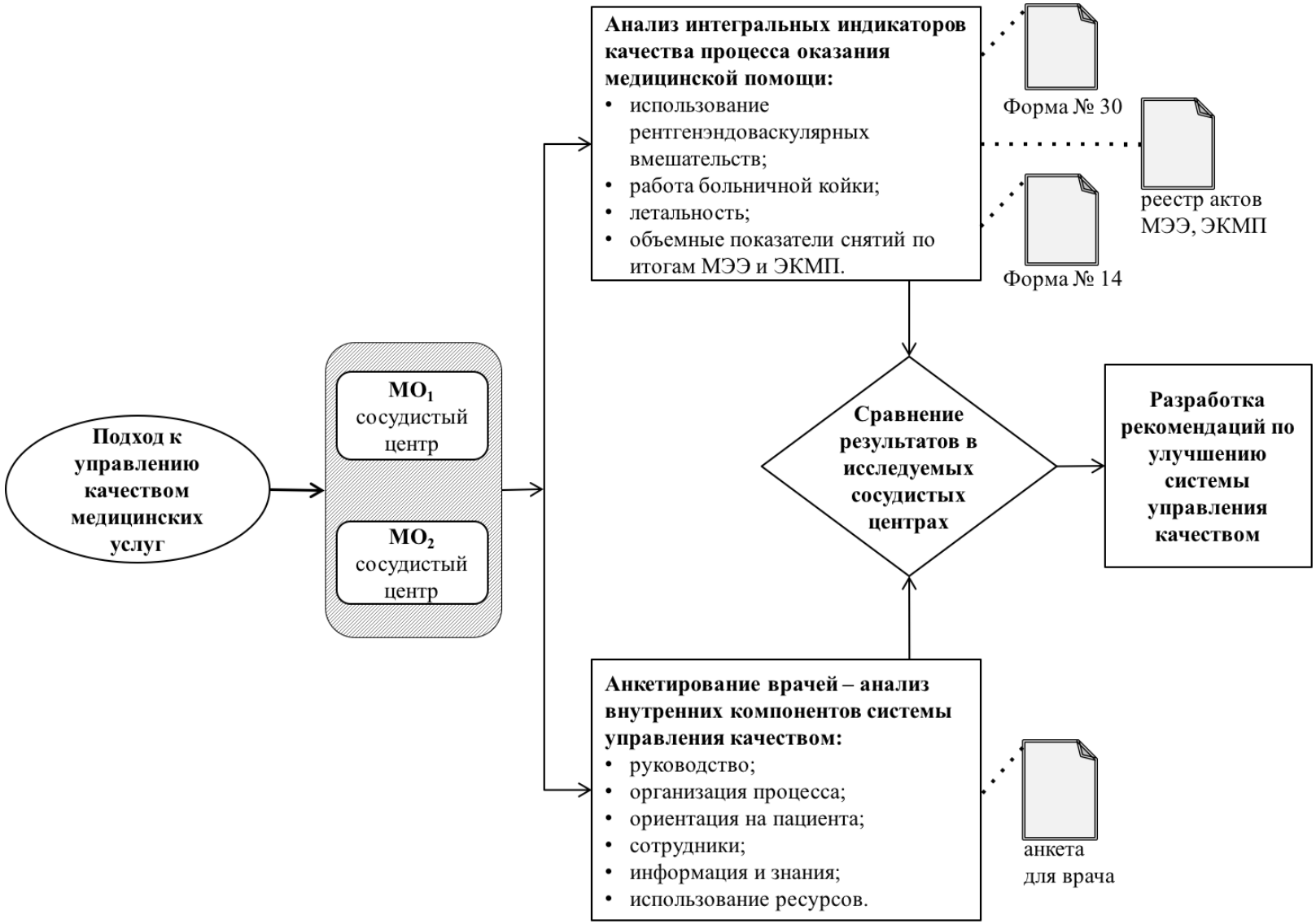
Таким образом оценка подходов к управлению качеством медицинской помощи в изучаемых сосудистых центрах проводилась на основании разработанной авторами для исследования модели (рисунок 2).

Модель сравнения включает проводимый на втором этапе исследования анализ интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи пациентам с ИМ в сосудистых центрах и анализ внутренних компонентов системы управления качеством, проводимый на третьем этапе исследования.

На *четвертом этапе* были сформулированы выводы и предложены практические рекомендации по совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи и применению процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ в условиях сосудистых центров.

На *пятом этапе* проводилась работа по внедрению результатов диссертационного исследования в практическое здравоохранение и образовательные программы профессиональной подготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Рисунок 2. – Модель, используемая в исследовании



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 ИМ.

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

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

Характеристика базы исследования

Согласно имеющимся в распоряжении авторов источникам информации, 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 в качестве медицинской организации, в которой использовался процессный подход к управлению качеством медицинских услуг при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ в условиях сосудистого центра, было выбрано Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Городская клиническая больница №1» г. Новокузнецк (далее – МО №1).

По соответствующим МО №1 параметрам в качестве медицинской организации сравнения было выбрано Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 64 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – МО №2), в которой не применялся процессный подход к управлению качеством медицинских услуг.

Обе медицинские организации являются многопрофильными и оказывают круглосуточную (24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году) специализированную медицинскую помощь пациентам с ИМ в условиях

сосудистого центра в экстренной форме в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Численность населения в зоне ответственности исследуемых медицинских организаций при оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями равная и составляет 550 тыс. человек.

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

В обеих медицинских организациях деятельность сосудистых центров организована и имеется все необходимое оснащение для оказания специализированной медицинской помощи больным с ИМ в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 №918н.

Квалификация медицинского персонала и штат в сосудистых центрах обеих медицинских организаций соответствовали требованиям приказа Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», постановления Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности» для выполнения заявленных работ (услуг) [71, 83].

В своей структуре для оказания специализированой медицинской помощи пациентам с ИМ медицинские организации МО №1 и МО №2 имеют:

1) кардиологическое отделение (30 коек) с палатой реанимации и интенсивной терапии (6 коек);
2) отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения;
3) приемное отделение;
4) отделение анестезиологии-реанимации;
5) клинико-диагностическую лабораторию;
6) отделение функциональной диагностики;
7) отделение ультразвуковой диагностики.

На базе МО №1 располагаются кафедры ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

МО №2 является клинической базой кафедр медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области на 2014 год, определена для оплаты стационарной медицинской помощи в МО №1 стоимость законченного случая лечения «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда» – 50 925,00 руб.

Тарифным соглашением на медицинские услуги, оказываемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, установлены для стационарной медицинской помощи в МО №2 тарифы на «Острый инфаркт миокарда неосложненный» и «Острый инфаркт миокарда осложнений» в размере 43 717,61 руб. и 61 322,66 руб. соответственно.

Таблица 4 – Базы исследования

Характеристика	**МБЛПУ «Городская клиническая больница №1» г. Новокузнецк, сосудистый центр**	**ГБУЗ «Городская клиническая больница №64 ДЗМ», сосудистый центр**
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

Вместе с тем, в МО №1 использовался процессный подход к управлению качеством медицинских услуг в сосудистом центре. В рамках применения процессного подхода были созданы механизм оценки и критерии результативности процессов, организован мониторинг и сбор данных о процессах.

В целях обеспечения соответствия процесса оказания медицинской помощи требованиям действующего законодательства Российской Федерации в МО №1 была проведена адаптация медицинской документации – разработаны учетные формы в медицинскую карту стационарного больного, позволяющие отслеживать своевременность и правильность выбора медицинских вмешательств (в том числе, частоту предоставления и кратность применения необходимых медицинских услуг) пациентам с ИМ.

В МО №2 не применялся процессный подход к управлению качеством медицинских услуг при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ (рисунок 3).

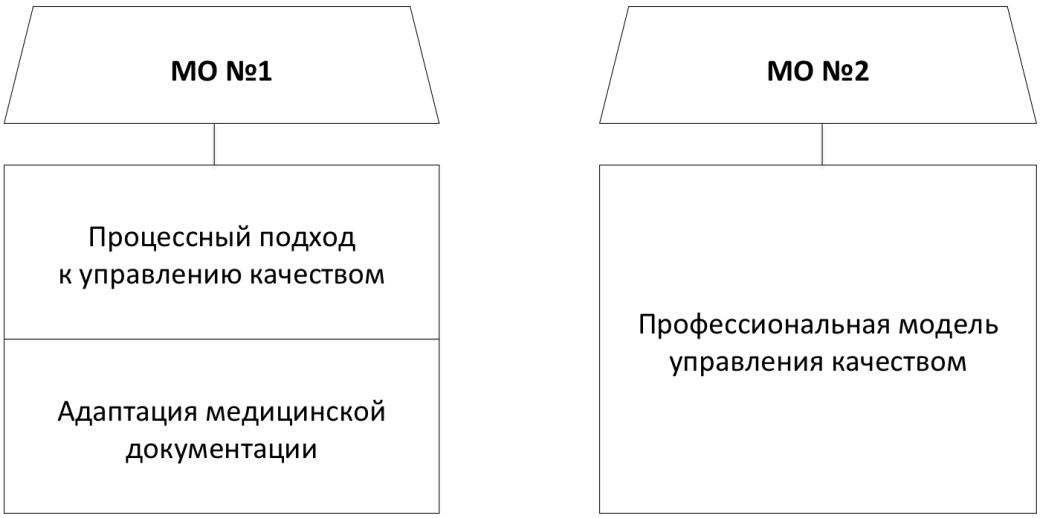


Рисунок 3. – Подходы к управлению качеством медицинских услуг в МО №1 и МО №2

В МО №2 управление качеством реализовано в профессиональной модели управления качеством медицинских услуг, при которой исполнение требований законодательства Российской Федерации к качеству медицинской помощи реализуется 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.

Методы исследования

Для изучение основных подходов к управлению качеством и определения преимуществ процессного подхода к управлению качеством медицинской помощи проводился научный анализ отечественной и зарубежной литературы в области обеспечения качества, включая рекомендации ВОЗ, статьи в научных журналах по различным направлениям медицины и здравоохранения, научно-практические руководства, монографии, сборники научных трудов и тезисов, нормативно-правовые документы, диссертации, а также результатов научных исследований по данной проблеме других авторов.

Для анализа и систематизации компонентов системы управления качеством медицинской помощи и выбора факторов, влияющих на качество медицинской помощи, проведен контент-анализ публикаций ведущих исследователей и организаций в области менеджмента качества, а также ВОЗ.

Для проведения социологического исследования был выбран метод анонимного анкетного опроса, как наиболее доступный и информативный метод для достижения цели исследования.

Сбор материала с использованием специально разработанной анкеты проходил в течении одной недели последовательно в исследуемых медицинских организациях. Была проведена статистическая обработка полученных сведений, включающая контроль собранной информации, шифровку, группировку и сводку данных в статистические таблицы.

Статистическая обработка и анализ данных проведены с использованием прикладной программы SPSS Statistics (версия 20.0) фирмы IBM. С помощью данной программы проведена оценка основных статистических показателей, построены необходимые графики, диаграммы. Анализ полученных данных позволил сформулировать ряд выводов и предложений по теме исследования.

Для анализа эффективности подходов к управлению качеством медицинских услуг при ИМ в сосудистых центрах и сопоставления интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи в исследуемых медицинских организациях проводилось изучение данных, представленных в форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации»; форме федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»; реестрах актов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи (Приложения к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденному приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 [92]) с применением аналитического и статистических методов.

Для сбора данных об изучаемом процессе использовались применяемые в современных, в том числе международных исследованиях, методы [161, 143]. Анализ данных об изучаемом процессе проводился методами, описанными Walter A. Shewhart в начале 20 века и рекомендованными сегодня Международной организацией по стандартизации (ISO) для повсеместного использования [134, 7].

В ходе анализа полученного материала проводилась точечная и интервальная оценка параметров [65]. Ошибка репрезентативности (m) для номинальных признаков определялась по формуле (5):

$$m = \pm\sqrt{\frac{pq}{n}} \quad (5),$$

где: p – частота появления признака в совокупности;

q – показатель, альтернативный p;

n – число наблюдений в выборке.

Для сравнения статистических совокупностей использовался критерий *t* Стьюдента. Для сопоставления двух независимых серий наблюдений для частотных показателей критерий *t* Стьюдента рассчитывался по формуле (6):

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \quad (6),$$

где: P_1 и P_2 – частотные показатели в сравниваемых совокупностях;

m_1 и m_2 – ошибки репрезентативности показателей в сравниваемых совокупностях.

ГЛАВА 3. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1 Подход к управлению качеством медицинских услуг, направленный на обеспечение требований законодательства Российской Федерации

В МО №1 поэтапно внедрялись элементы системы менеджмента качества. С 2004 года в медицинской организации идет активное внедрение процессного подхода к управлению качеством и ставится акцент на непрерывное повышение качества медицинских услуг [26].

Основу построения процессного подхода и системы менеджмента качества в МО №1 составили стандарты серии ISO 9000, критерии Премии Правительства Российской Федерации в области качества [1, 2, 6, 78].

В 2007 году, в связи с необходимостью обучения сотрудников вопросам управления качеством, 60 сотрудников МО №1 прошли обучение по программе «менеджер по качеству». В 2008 году МО №1 стало дипломантом Премии Правительства Российской Федерации в области качества.

Среди ключевых задач внедрения системы менеджмента качества, основанной на процессном подходе, были определены: сокращение сроков лечения и периода нетрудоспособности, своевременность выполнения необходимых медицинских вмешательств, повышение качества жизни пациентов после лечения, повышение удовлетворенности пациентов и развитие новых медицинских технологий.

Система премирования и поощрения работников основана как на их индивидуальных достижениях, так и на показателях деятельности структурных подразделений. Данный факт способствует командной работе и нацеленности на результат в рамках реализации процессного подхода к управлению качеством медицинской помощи.

Как было показано в обзоре литературы, в условиях действующего законодательства Российской Федерации необходимо обеспечение четкого соответствия процесса оказания медицинской помощи установленным

требованиям (порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения)).

Учитывая рекомендации стандартов серии ISO 9000, для мониторинга и измерения процессов оказания медицинских услуг с целью подтверждения их качества и постоянного совершенствования необходимо проводить регулярный сбор и анализ соответствующих данных.

Согласно ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи. Соблюдение порядков оказания медицинской помощи – это неотъемлемая составляющая для выполнения лицензионных требований, применяемых к медицинским организациям.

Специализированная медицинская помощь пациентам с ИМ в условиях стационара должна оказываться в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н [83].

Для оценки качества оказания медицинской помощи в рамках проведения проведении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности применяются критерии, утвержденные приказами Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан и от 15.07.2016 № 203н. Критерии включают оценку установления клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Соблюдение необходимого объема медицинских услуг в части соответствия конкретному стандарту медицинской помощи является требованием, предъявляемым к медицинским организациям в рамках государственного контроля и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской

деятельности; контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Как уже было отмечено, в рамках программ ОМС по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи к медицинским организациям могут быть применены санкции в соответствии с перечнем оснований (критериев) для отказа в оплате, либо уменьшения оплаты медицинской помощи.

Основу в выборе необходимого объема медицинских услуг при ИМ в настоящее время составляют:

- Стандарт специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы), утвержденный приказом Минздрава России от 01.07.2015 №404ан [86];
- Стандарт специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы), утвержденный приказом Минздрава России от 01.07.2015 №405ан [85].

До выхода указанных приказов оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ в условиях стационара необходимо было проводить на основе Стандарта медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 06.09.2005 № 548 [91].

С целью оптимизации медицинской помощи и поддержки принятия решений врачом или другим медицинским работником в отношении медицинских вмешательств в определенных клинических ситуациях, разрабатываются клинические рекомендации (протоколы лечения).

Пошаговую инструкцию для выбора оптимального медицинского вмешательства в зависимости от уровня его доказательности и особенностей течения заболевания при ИМ составляют Национальные клинические рекомендации (проколы лечения):

- Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (Общество специалистов по неотложной кардиологии, 2013 г.) [31];
- Диагностика и лечение больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы (Общество специалистов по неотложной кардиологии, 2015 г.), [30].

При внедрении системы менеджмента качества оказания медицинской помощи пациентам с ИМ важно выстроить процессы таким образом, чтобы соблюдались перечисленные требования к качеству медицинской помощи, установленные законодательством Российской Федерации, в том числе путем грамотного управления медицинской документацией.

В МО №1 функционирует система обеспечения соответствия оказываемых медицинских услуг действующим требованиям к качеству медицинской помощи, которые определены законодательством Российской Федерации.

В рамках процессного подхода к управлению качеством медицинской помощи в МО №1 проведена адаптация медицинской документации – разработаны учетные формы в медицинскую карту стационарного больного, позволяющие в рамках системы управления качеством отслеживать соблюдение необходимого объема и сроков проведения медицинских вмешательств.

Применение процессного подхода к исполнению законодательно установленных требований к качеству медицинской помощи предусматривает командную работу администрации и всех сотрудников подразделений медицинской организации, оказывающих помощь пациентам с ИМ (рисунок 4). Только слаженная работа всех сотрудников обеспечивает эффективное исполнение стандарта медицинской помощи и позволит добиться положительных результатов лечения.

Напротив, в МО №2 управление качеством реализовано в профессиональной модели управления качеством медицинских услуг, при которой исполнение требований законодательства Российской Федерации к

качеству медицинской помощи реализуется благодаря профессиональной квалификации отдельного врача.

Обеспечение качества медицинской помощи в МО №2 достигается в основном путем создания врачам необходимых условий для оказания медицинской помощи и внешнему контролю качества со стороны администрации законченных случаев лечения. Такая система управления качеством не ориентирована на унификацию мониторинга и сбора данных о характеристиках всех этапов процесса оказания медицинской помощи, и не содержит единых инструментов для оценки каждого случая оказания медицинской помощи (действий конкретного медицинского персонала) на предмет адекватности выбора медицинских вмешательств и своевременности их выполнения.

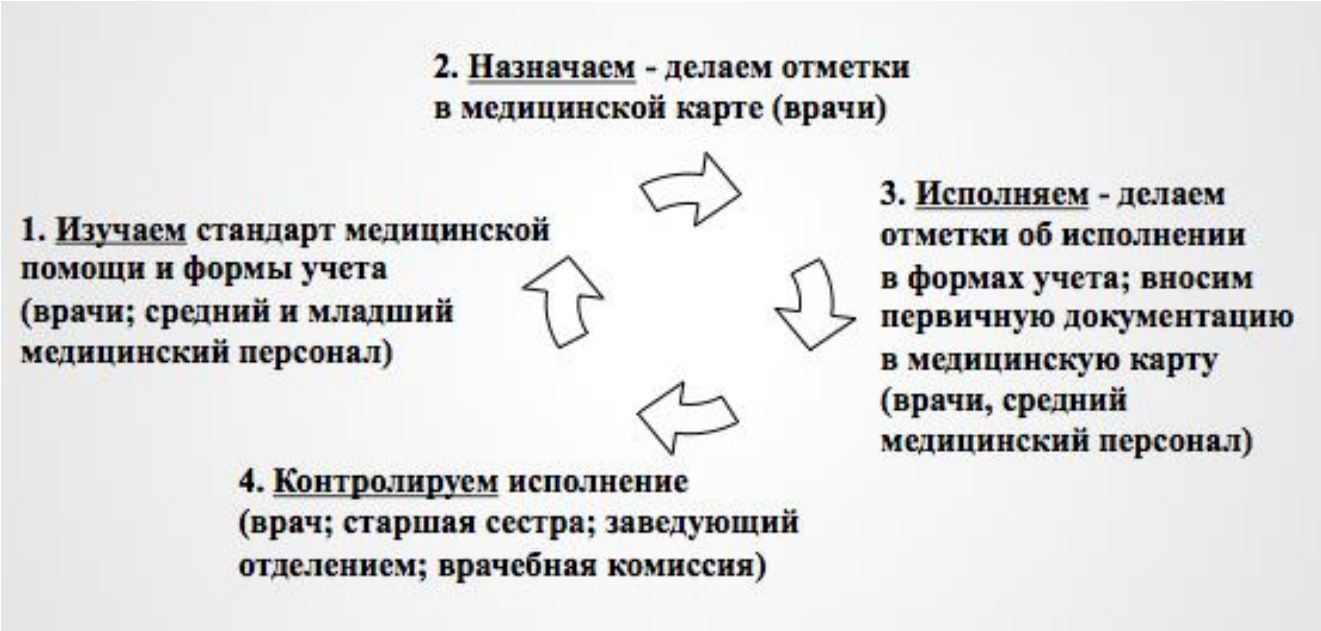


Рисунок 4. – Схема работы медицинского персонала при внедрении стандарта медицинской помощи в МО №1

3.2 Инструменты мониторинга и сбора данных о процессе предоставления медицинских услуг

В МО №1 для непрерывного повышения качества медицинской помощи пациентам с ИМ была создана система мониторинга и сбора данных о процессе предоставления медицинских услуг.

Данная работа проводится в рамках внутреннего контроля качества и реализации требований Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н.

Как уже было отмечено, медицинская помощь включает в себя предоставление медицинских услуг. Поэтому в МО №1 для обеспечения качества медицинской помощи пациентам с ИМ была создана система, позволяющая отслеживать выполнение всех необходимых медицинских услуг, предусмотренных в стандарте медицинской помощи.

В рамках адаптации медицинской документации для учета частоты предоставление и кратности применения необходимых медицинских услуг были разработаны следующие учетные формы в медицинскую карту стационарного больного (*таблица 5*):

- карта учета манипуляций медицинского персонала (*рисунок 5)*;
- карта учета врачебных консультаций (манипуляций и лечебных процедур) (*рисунок 6)*;
- лист назначения диагностических исследований (*рисунок 7)*.

Таблица 5 – Формы учета медицинских услуг, предоставляемых пациентам с инфарктом миокарда в условиях стационара

Наименование медицинских услуг	**Форма учета**
Инструментальные и лабораторные методы обследования	Лист назначения диагностических исследований
Осмотры и консультации врачей, медицинские манипуляции	Карта учета врачебных консультаций (манипуляций и лечебных процедур)
Манипуляции, исполняемые средним медицинским персоналом	Карта учета манипуляций медицинского персонала
Манипуляции, исполняемые младшим медицинским персоналом	

В учетных формах, применяемых в медицинской карте стационарного больного, до выхода в 2015 г. новых стандартов по лечению ИМ (с подъемом и без подъема сегмента ST), наименование медицинских услуг приводилось в соответствии со Стандартом медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда и Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н.

Важно отметить, что во всех учетных формах указывались не только наименования медицинских услуг, но и соответствующий код медицинской услуги. Данный факт упрощает учет и объективизацию оказанных медицинских услуг, а также взаимодействие сотрудников медицинской организации с экспертами страховых медицинских организаций и фондов ОМС.

В настоящее время в медицинской организации проведена работа по интеграции в процесс оказания медицинской помощи приказов Минздрава России от 01.07.2015 № 404ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)» и от 01.07.2015 № 405ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)» [85, 86].

КАРТА УЧЁТА МАНИПУЛЯЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
(ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ)

Ф.И.О. _____ возраст _____ № истории болезни _____

Код	Наименование	Дата исполнения													
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств *														
A11.01.002	Подкожное введение лекарственных средств и растворов*														
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств *														
A14.28.001	Пособие при мочеиспускании тяжелобольного *														
A11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен*														
A14.12.001	Уход за сосудистым катетером *														
A14.31.001	Перемещение тяжелобольного в постели *														
A14.31.003	Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения *														
A14.31.011	Пособие при парентеральном введении лекарственных средств *														
A14.19.001	Пособие при дефекации тяжелого больного *														
A14.31.004	Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд *														
A14.31.005	Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному *														
A14.31.006	Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному *														
A14.31.002	Размещение тяжелобольного в постели *														
A16.12.018	Остановка кровотечения из периферического сосуда *														
A14.07.001	Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии (0,5)														
A15.12.002	Эластическая компрессия нижних конечностей (0,5)														
A14.31.003	Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения (0,5)														
A14.31.007	Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных (0,5)														
A14.01.017	Бритье кожи предоперационного или поврежденного участка (0,5)														
A21.10.002	Массаж при заболеваниях сердца и перикарда (0,3)														
A14.01.001	Уход за кожей тяжелобольного пациента (0,3)														
A14.19.002	Постановка очистительной клизмы (0,2)														
A16.12.018	Остановка кровотечения из периферического сосуда (0,1)														

* манипуляции обязательны для исполнения

Старшая медицинская сестра _____

Заведующий отделением _____

Рисунок 5. – Карта учета манипуляций медицинского персонала

КАРТА УЧЁТА ВРАЧЕБНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ (МАНИПУЛЯЦИЙ И ЛЕЧЕБНЫХ ПРОЦЕДУР)
(ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ)

Ф.И.О. _____ возраст _____ № истории болезни _____

Код	Наименование	Дата исполнения													
A19.10.001	Лечебная физкультура при заболеваниях сердца и перикарда *														
A17.31.012	Мезоэнцефальная модуляция *														
A11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен (0,5)														
B01.043.01	Прием (осмотр, консультация) врача сердечно-сосудистого хирурга первичный (0,5)														
A17.10.001	Электроимпульсная терапия при патологии сердца и перикарда (0,3)														
A11.12.008	Внутриартериальное введение лекарственных средств (0,2)														
A17.10.002	Электрокардиостимуляция (0,2)														
A21.10.001	Массаж сердца (0,05)														
A11.10.001	Чрезвенозная катетеризация сердца (0,3)														
A16.12.025	Баллонная вазодилятация (0,4)														
A16.12.027	Установка стента в сосуд (0,35)														

* манипуляции обязательны для исполнения (в случае отсутствия показаний отметить «не показано» либо «противопоказано», рядом указать фамилию врача-консультанта)

Заведующий отделением _____

Рисунок 6. – Карта учета врачебных консультаций (манипуляций и лечебных процедур)

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ (к истории болезни № _____)
(ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ)

Ф.И.О. _____ возраст _____ № истории болезни _____

Код	Наименование	Дата исполнения								
A12.05.042	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) *									
A09.05.031 A09.05.030	Исследование уровня калия, натрия в крови *									
A11.12.009 A11.05.001 A08.05.010 A09.05.002 A11.12.009 A11.05.001 A08.05.004 A08.05.006 A09.05.003 A12.05.001 A08.05.003 A08.05.005	Общий анализ крови (взятие крови; гематокрит; лейкоциты с формулой; гемоглобин; эритроциты; СОЭ; тромбоциты) *									
A06.09.008 A06.31.007	Рентгенография легких (ОГК) *									
A09.28.001 B03.016.06	Общий анализ мочи (с микроскопией осадка) *									
A09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови (РФМК, Д-димер) *									
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови *									
A09.05.050 A12.05.027	Коагулограмма (фибриноген; ПТВ) *									
A09.05.199	Определение уровня тропонина в крови *									
A09.05.042 A09.05.041 A09.05.043 A09.05.039	Трансаминазы крови (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК, КФК-МВ) *									
A05.10.004	Холтеровское мониторирование *									
A04.10.002 A12.10.003	Эхокардиография (с исследованием сердечного выброса) *									
A09.05.027 A09.05.028 A09.05.024 A09.05.025 A09.05.026	Исследование уровня липопротеидов в крови (общих липидов; липопротеидов низкой плотности; триглицеридов; холестерина) *									
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови *									
A09.05.020 A09.05.017	Исследование уровня креатинина, мочевины в крови *									
A26.06.036 A26.06.041	Определение антигена HBs Ag Hepatitis B virus, антител класса M, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus *									
A26.06.048 A26.06.049	Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к HIV 1; определение антител класса M, G (IgM, IgG) к HIV 2 *									
A12.05.005 A12.05.006	Определение основных групп крови (A, B, O), резус-принадлежности									
A12.06.011	Реакция Вассермана (RW) *									
A05.10.001 A05.10.007	Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) с расшифровкой *									
A08.05.008	Исследование уровня ретикулоцитов в крови (0,5)									
A09.28.004	Обнаружение миоглобина в моче (0,1)									
A12.10.001	Велоэргометрия (электрокардиография с физическими упражнениям) (0,5)									
A06.10.003 A06.31.007	Рентгенография сердца с контрастированием пищевода (0,1)									
A04.10.002.001	Эхокардиография чреспищеводная (0,3)									
A06.10.007	Коронарография (0,4)									
A06.10.010	Компьютерная томография сердца (0,1)									
A07.31.001 A07.10.001	Сцинтиграфия миокарда (0,01)									
A05.10.008	Ядерно-магнитная резонансная томография сердца (0,01)									
	Подпись мед. сестры									

* манипуляции обязательны для исполнения

Заведующий отделением _____

Рисунок 7. – Лист назначения диагностических исследований

Подтверждением выполнения медицинских услуг, отмеченных в формах учета, являются записи в медицинской карте, наличие результатов анализов и заключения по результатам диагностических исследований.

В осмотры специалистов в медицинской карте тоже были сделаны дополнения для учета частоты предоставление и кратности применения необходимых медицинских услуг. Так необходимые записи в «первичном осмотре врача-кардиолога» сопровождались кодом предоставляемой медицинской услуги (рисунок 8): измерение частоты сердцебиения (А02.10.002) и артериального давления (А02.12.002); исследование пульса (А02.12.001); аускультация при патологии сердца и перикарда (А01.10.005).

Не заполнение определенных граф в форме означает невыполнение конкретной медицинской услуги, а, следовательно, нарушение соответствующих требований к качеству медицинской помощи.

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ:

ЧСС (А02.10.002)_____в минуту , АД (А02.12.002) _____мм. рт. ст.

Центральное венозное давление (0,2) (А02.12.003) _____

Исследование пульса (А02.12.001)

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

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 (А01.10.003) (не изменена, изменена) _____

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

Перкуссия при патологии сердца и перикарда (А01.10.004): граница сердца: правая на ____см от правого края грудины, верхняя _____ межреберье, левая на _____см внутри, кнаружи от левой СКЛ, по СКЛ

Аускультация при патологии сердца и перикарда (А01.10.005)

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

II тон _____III тон (есть, нет) _____.

_____

Шумы (нет, есть) _____

_____

Рисунок 8. – Фрагмент первичного осмотра врача-кардиолога с дополнением кодов медицинских услуг

Благодаря хорошей структурированности учетных форм в медицинской карте стационарного больного, в МО №1 сотрудникам не приходится тратить больше времени на бумажную работу. Процессный подход к управлению качеством медицинских услуг позволяет выделить возможности для непосредственного лечебного процесса и контакта с пациентом.

Правильное ведение учетных форм в медицинской карте позволяет структурировать работу медицинского персонала (таблица 6) в рамках процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг и обеспечить строгое соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Таблица 6 – Принципы реализации стандарта медицинской помощи

Показания для определенной медицинской услуги	**Частота предоставления медицинских услуг в стандарте**	
	равна 1	*менее 1*
Имеются	– выполняются пациенту при отсутствии противопоказаний	– указывается обоснованность выполнения (наличие относительных или абсолютных показаний)
Отсутствуют	– указывается обоснованность неисполнения (отсутствие показаний; наличие противопоказаний)	– обоснований указывать не требуется

3.3 Интегральные индикаторы качества процесса оказания медицинской помощи

Одним из направлений сравнительной оценки эффективности подходов к управлению качеством медицинских услуг было изучение интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи в исследуемых сосудистых центрах.

Выбор определенных интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи проведен экспертным путем на основе анализа требований действующего законодательства Российской Федерации и клинической практики.

В программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014, на 2015, на 2016 и на 2017 года [72, 73, 74] среди критериев качества медицинской включены «доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым 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, больной с острым коронарным синдромом при оказании скорой медицинской помощи (в том числе после проведения тромболизиса) доставляется в максимально короткие сроки в сосудистый центр или другую ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения [83]. Рентгенэндоваскулярные вмешательства (первичное чрезкожное вмешательство) при неосложненном течении выполняется в первые 12 часов от начала течения заболевания. При осложненном течении острого коронарного синдрома сроки рентгенэндоваскулярных вмешательств могут быть продлены. После проведения 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» [31] установлено, что при ИМ 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. Выполнение первичного чрескожного коронарного вмешательства или чрескожного коронарного вмешательства вслед за тромболитической терапией, как этого требуют современные стандарты ведения больных с ИМ с подъемом сегмента ST, существенно уменьшает долю больных, у которых требуется принимать решение о повторной коронароангиографии до выписки из стационара.

Согласно Национальным клиническим рекомендациям «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» только восстановление коронарного кровотока в первые 12 часов от начала первых симптомов болезни (за исключением особых случаев) достоверно улучшает прогноз.

Вместе с тем, в настоящее время также 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» указывают на необходимость стремления в проведении коронароангиографии большей части больных. Сроки проведения коронароангиографии в пределах госпитализации у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST зависит от возможного риска ишемических событий [30].

Во многих исследованиях было показано, что выполнение как можно более ранней коронароангиографии с последующим соответствующим лечением по сравнению с отсроченной коронароангиографии позволяет добиться снижения числа ишемических осложнений, а также сокращения сроков госпитализации [138, 141, 152, 69]. Больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и низким риском осложнений выполнение коронароангиографии и

последующей реваскуляризации можно отложить без увеличения риска, однако следует выполнить обе процедуры в течение одной госпитализации [67].

Учитывая вышесказанное, среди интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи были выбраны показатели использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения:

– доля пациентов с ИМ, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения (таблица 7);

– доля рентгенэндоваскулярных вмешательств при ИМ в первые 90 минут от момента госпитализации (таблица 8).

Для расчета первого оценочного индикатора 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».

Таблица 7 – Сравнение количества пациентов с инфарктом миокарда, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения

Наименование показателя	**МО №1**	**МО №2**
Пациентам с инфарктом миокарда выполнено рентгенэндоваскулярных исследований	679	688
Выписано пациентов с инфарктом миокарда (I21, I22)	964	1392
Умерло пациентов с инфарктом миокарда (I21, I22)	68	135
Доля пациентов с инфарктом миокарда, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения (%)		
МО №1	**МО №2**	
70,4 ± 4,4*	49,4 ± 4,0*	
* p<0,01		

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

Для расчета второго оценочного индикатора анализировалась информация из таблицы 5112 формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации».

Таблица 8 – 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**
41,2 ± 3,78*	34,7 ± 3,62*
* p<0,05	

В МО №1 доля рентгенэндоваскулярных вмешательств (41,2%) превышает долю рентгенэндоваскулярных вмешательств в МО №2 (34,7%) при ИМ в первые 90 минут от момента госпитализации (p<0,05).

При этом нужно учитывать, что Национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению больных с острым коронарным синдром как с подъемом, так без подъема сегмента ST электрокардиограммы определена важность проведения коронароангиографии и чрескожных коронарных вмешательств (при наличии показаний) в процессе лечения пациентов с ИМ.

Таким образом, анализ показывает, что адаптация медицинской документации в МО №1 позволяет в рамках процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг осуществлять мониторинг и контроль наличия показаний и своевременности выполнения пациентам коронароангиографии (чрескожного коронарного вмешательства).

Одним из показателей, который позволяет комплексно оценить качество организации лечебно-диагностического процесса в стационаре, адекватность применения современных медицинских технологий, является также показатель летальности в стационаре [58, 57, 64].

Целесообразность расчета летальности существует не только в целом по стационару, но также и по отдельным нозологическим формам. В исследовании одним из интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи была выбрана летальность от ИМ в сравниваемых сосудистых центрах.

Для оценки летальности от ИМ 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» (таблицы 9).

Таблица 9 – Летальность от инфаркта миокарда в сосудистом центре МО №1 в сравнении с МО №2

№/ показатель	**Наименование заболевания**	**Код по МКБ-10**	**Выписано пациентов**	**Умерло**	**Летальность (%)**	**Общая летальность (%)**
МО №1	Острый инфаркт миокарда	I21	704	40	5,4 ± 1,1	7,1 ± 1,9*
	Повторный инфаркт миокарда	I22	192	28	12,7 ± 2,0	
МО №2	Острый инфаркт миокарда	I21	861	64	6,9 ± 1,1	9,7 ± 1,8*
	Повторный инфаркт миокарда	I22	396	71	15,2 ± 1,5	
* $p<0,05$						

Установлено, что летальность от ИМ в сосудистом центре МО №1 (7,1%), достоверно ниже летальности от ИМ в сосудистом центре МО №2 (9,7%), с вероятностью $p<0,05$.

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе пациентам с ИМ, предусматривает использования специальных методов и сложных медицинских технологий. Поэтому с одной стороны, является одним из

наиболее высокозатратных видов медицинской помощи, но с другой стороны – крайне важным этапом, определяющим конечный результат оказания медицинской помощи, дальнейший прогноз и качество жизни пациента, перенесшего ИМ [31, 30].

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи определены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в том числе на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Стандартом медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 06.09.2005 № 548, до 2015 года, а также после выхода новых стандартов (приказы Минздрава России от 01.07.2015 № 404ан и № 405ан), четко регламентированы средние сроки оказания медицинской помощи, усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг.

Следует отметить, что Стандарт медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 06.09.2005 №548, предусматривал длительность лечения из расчета 12 дней.

Сроки пребывания в стационаре, согласно требованиям Национальных клинических рекомендаций, зависят тяжести патологии, сопутствующих заболеваний и от широты использования новых методов лечения, таких как рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения.

Использование рентгенэндоваскулярных методы диагностики и лечения может существенно сократить сроки госпитализации. Национальными клиническими рекомендациями предусматривают варианты сокращенного до 5-6 суток пребывания в стационаре. Критериями для ранней выписки могут быть сочетание возраста менее 70 лет, фракции выброса левого желудочка более 45%, 1-2 сосудистого поражения и успешного чрескожного коронарного

вмешательства. В остальных случаях сроки определяются временем стабилизации состояния больного и составляют до 14 суток [31].

Однако следует помнить, что ранняя выписка из стационара существенно ограничивает возможности по обучению больного и подбора вторично-профилактических вмешательств. Следовательно, в этом случае становится крайне важным учет возможностей организации преемственности ведения больного после выписки в виде консультаций кардиолога и прохождением обязательной амбулаторной программы реабилитации.

Особым социальным аспектом являются показатели качества оказания медицинской помощи пациентам трудоспособного возраста с ИМ. Указанный аспект также выделяется среди критериев качества медицинской помощи в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения) [74].

Методическими рекомендациями Минздрава России «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении» среди критериев оценки качества лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре выделается средний койко-день.

Учитывая все вышеперечисленное, для оценки использования дорогостоящих коек в сосудистых центрах и эффективности подходов к управлению качеством медицинских услуг пациентам с ИМ были выбраны определенные показатели работы больничной койки (таблица 10):

– средняя длительность пребывания больного на койке;

– средняя длительность пребывания пациентов трудоспособного возраста на койке.

Таблица 10 – Сравнение средней длительности пребывания пациента с инфарктом миокарда на койке (в том числе пациентов трудоспособного возраста)

	МО №1	**МО №2**
Средняя длительность пребывания больного на койке	11,4	8,0
Средняя длительность пребывания пациентов трудоспособного возраста на койке	12,7	5,4

В 2014 году средняя длительность пребывания больного на койке в МО №1 составила 11,4 дня, в МО №2 – 8,0 дней. Средняя длительность пребывания пациентов трудоспособного возраста на койке в МО №1 – 12,7 дней, а в МО №2 – всего 5,4 дня.

С учетом сокращенной средней длительности пребывания на койке в МО №2 (8,0 и 5,4 дня) необходимо отметить.

В соответствии с Национальными клиническими рекомендациями сокращенные сроки пребывания в стационаре до 5-6 суток предусматриваются при сочетании определенных вариантов течения заболевания и проведении успешного чрескожного коронарного вмешательства. Однако реализация указанных обстоятельств не возможна в МО №2, так как общая доля пациентов с ИМ, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения составляет только 49,4% (табл. 6).

Оценка соответствия оказанного объема медицинских вмешательств установленным требованиями к качеству медицинской помощи по фактам сокращенных сроков лечения требует внимания со стороны страховых медицинских организаций и территориального фонда ОМС при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Анализ штрафных санкций, примененных к МО №2, позволит продемонстрировать последствия неисполнения вышеуказанных требований законодательства Российской Федерации.

В соответствии с ч. 2 ст. 87 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Согласно ст. ст. 34, 38, 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации обеспечивают права граждан в сфере ОМС путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Как ранее было отмечено, контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи включает в себя медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи.

Путем экспертизы качества медицинской помощи осуществляется выявление нарушений, в том числе оценка своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Экспертиза качества медицинской помощи, проводимая страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС, является единственным 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.

Для оценки соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС проводится медико-экономическая экспертиза.

Медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся в целевой и плановой форме. Причинами целевых экспертиз являются, например, поступление жалоб от застрахованного лица или его представителя, повторной госпитализации в течении 90 дней. Причиной целевой экспертизы качества медицинской помощи являются также летальные случаи при оказании медицинской помощи [92].

Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённым приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230, установлен объем ежемесячных плановых экспертиз в стационаре, составляющий от числа законченных случаев лечения не менее:

– 8% – для медико-экономической экспертизы;
– 5% – для экспертизы качества медицинской помощи.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи к медицинской организации могут быть применены финансовые санкции за дефекты медицинской помощи (в том числе невыполнение, несвоевременное выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и/или клиническими рекомендациями (протоколами лечения); преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий и др.) – раздел 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи или

уменьшения оплаты медицинской помощи (Приложение № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённому приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230) [92].

Поэтому медицинской организации для предотвращения возникновения финансовых санкций со стороны страховых медицинских организаций и территориального фонда ОМС необходимо выполнять необходимый объем медицинских вмешательств в установленные законодательством Российской Федерации сроки при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ.

Соответствие оказанной медицинской помощи установленным законодательно требованиям к ее качеству (порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям) в части необходимого объема и сроков проведения медицинских вмешательств свидетельствует об эффективности работы медицинской организации (ее подразделений).

Для анализа эффективности подходов к управлению качеством в изучаемых сосудистых центрах при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ было проведено сравнение доли случаев с дефектами медицинской помощи, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи).

В первую очередь было изучено, какие именно дефектах медицинской помощи и/или нарушениях при оказании медицинской помощи с учетом Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи выявлены в МО №1 и МО №2 по результатам проведенных экспертиз (таблица 11).

Важно отметить, что по результатам анализа в МО №2 в структуре дефектов более 10,0% составляют дефект 3.3.1 «Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания

медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица». Данный дефект отсутствуют в МО №1.

Это свидетельствует о том, что процессный подход к управлению качеством позволяет более эффективно с учетом затрат финансовых средств выстраивать организацию медицинской помощи без изменения достигаемых результатов лечения.

Вместе с тем и в МО №2, и в МО №1 выявлялся дефект 3.2.1, который наиболее часто присутствует в структуре дефектов по результатам экспертиз, проводимых другими фондами обязательного медицинского страхования [41]. Дефект свидетельствует о недочетах в работе отдельных специалистов и указывает на наличие резервов для совершенствования процесса оказания медицинской помощи.

Дефекты оформления первичной медицинской документации (код дефекта 4.2), препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи), также присутствуют по результатам экспертиз в обеих исследуемых медицинских организациях.

Таблица 11 – Сравнение оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи

Код дефекта	**Наименование дефекта медицинской помощи**	**Выявлено в МО №1, абс. / %**	**Выявлено в МО №2, абс. / %**
3.2.1.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица.	8 / 38,1	8 / 10,3
3.3.1	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица.	-	9 / 11,5
3.4	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	-	5 / 6,4
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	1 / 4,8	-
4.1	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	-	1 / 1,3

4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	5 / 23,8	4 / 5,1
4.4	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	-	1 / 1,3
4.6.1	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией.	-	16 / 20,5
5.1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов: некорректное заполнение полей реестра счетов.	7 / 33,3	-
5.3.1	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС.	-	5 / 6,4
5.3.3	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	-	2 / 2,6
5.7.3	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией.	-	27 / 34,6
		Итого: 21 / 100,0	Итого: 78 / 100,0

Оценка соответствия оказанного объема медицинских вмешательств установленным требованиями к качеству медицинской помощи по фактам сокращенных сроков лечения в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС подтвердила неисполнение должным образом в МО №2 регламентированных требований к качеству медицинской помощи. В ходе анализа результатов экспертиз установлено наличие дефекта 3.4 «Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)» в МО №2. Указанный дефект в МО №1 отсутствует.

Также важно отметить наличие в МО №2 дефекта 4.6.1 «Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией» (более 20,0% в общей структуре дефектов).

По результатам проведенных экспертиз дефекта 4.6.1 в МО №1 не выявлено. Указанные факты свидетельствуют о том, что применение процессного подхода к управлению качеством с адаптацией медицинской документации позволяет контролировать обоснованность предоставления медицинских услуг и обеспечивает учет оказанных услуг в первичной медицинской документации.

Для общей оценки эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи, кроме анализа структуры дефектов медицинской помощи (нарушений при оказании медицинской помощи), важен общий объем финансовых санкций, не подлежащих оплате медицинской организации.

Поэтому в МО №1 и МО №2 проведено также сравнение доли случаев оказания медицинской помощи по диагнозам I21 – I22 МКБ-10, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате по итогам проведенных страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи (таблица 12).

Таблица 12 – Сравнение доли случаев оказания медицинской помощи по диагнозам I21 – I22 МКБ-10, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате

МО №1		**МО №2**	
всего случаев, абс. / %	Случаи, подлежащие отказу (уменьшению) в оплате, %	всего случаев, абс. / %	Случаи, подлежащие отказу (уменьшению) в оплате, %
988 / 100	2,1 ± 1,4*	1334 / 100	5,8 ± 1,9*
* p<0,01			

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% против 5,8% соответственно (p<0,01).

Различия в доле случаев между МО №1 и МО №2 по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи обусловлено наличием в МО №1 процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг, включающего в себя адаптацию медицинской документации, которая позволяет выстраивать процесс оказания медицинской помощи в максимальном соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Резюмируя сказанное выше, в рамках применения процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации в МО №1 выстроена система обеспечения соответствия оказываемой медицинской помощи пациентам с ИМ установленным законодательством Российской Федерации требованиям к качеству – порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Адаптация медицинской документации проведена путем применения учетных форм в медицинской карте стационарного больного, позволяющих в рамках системы управления качеством отслеживать соблюдение необходимого объема и сроков проведения медицинских вмешательств.

С целью сравнительной оценки эффективности разных подходов к управлению качеством медицинских услуг пациентам с ИМ были изучены интегральные индикаторы качества процесса оказания медицинской помощи в типовых сосудистых центрах (показатели использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, летальность от ИМ, доля случаев с дефектами медицинской помощи, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате по обязательному медицинскому страхованию по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи).

Применение процессного подхода к качеству медицинской помощи с адаптацией медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ позволяет достигать в МО № 1 достоверно более высокой доли пациентов с инфарктом миокарда, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения, и доли рентгенэндоваскулярных вмешательств при инфаркте миокарда в первые 90 минут от момента госпитализации, чем в МО № 2.

Летальность пациентов с ИМ в МО №1 достоверно ниже летальности пациентов в МО №2.

Оценка работы больничной койки демонстрирует достоверно более низкие показатели средней длительности пребывания больного на койке и средней длительности пребывания пациентов трудоспособного возраста на койке в МО №2, чем в МО №1. Указанные показатели в МО №2 также ниже установленных в стандарте медицинской помощи сроков госпитализации. Таким образом, учитывая требования Национальных клинических рекомендаций, в МО № 2 отмечено необоснованное сокращение сроков госпитализации.

Сравнение штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций и территориального фонда ОМС при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, продемонстрировало возможные последствия такого уменьшения средней длительности пребывания на койке, при котором не могут быть полностью исполнены требования к объему медицинских вмешательств.

Общая доля случаев с дефектами медицинской помощи, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, позволят сделать вывод о большей эффективности процессного подхода к управлению качеством в МО № 1, чем подхода, применяемого в МО №2.

Исследование показало, что в МО №1 процессный подход к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ позволяет более эффективно выполнять требования к качеству, предъявляемые к медицинским организациям в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с законодательством об ОМС.

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1 Определение внешних и внутренних компонентов системы управления качеством

Результат любого процесса, в частности, процесса оказания медицинской помощи, как было описано выше, подвержен определенной вариабельности. Для оценки эффективности процессов управления качеством в медицинской организации целесообразно изучать не только сам результат оказания медицинской помощи, но и все процессы, которые ему предшествовали [131]. Поэтому для построения и оценки системы управления качеством медицинской помощи необходимо определить совокупность неотъемлемых компонентов этой системы.

Специалистами в сфере здравоохранения предлагаются подходы для комплексного изучения факторов, оказывающих влияние на качество медицинской помощи, а также анализа возможностей медицинской организации в обеспечении качества [175, 32]. Сформировались также системы внешней оценки эффективности построения в организации процессов обеспечения качества, применяемые, также и к оценке деятельности медицинских организаций [78, 154].

Разные авторы и организации выделяют в рамках системы менеджмента качества различные компоненты, обеспечивающие процесс повышения качества. В рамках исследования был проведен анализ и систематизация компонентов, составляющих систему управления качеством медицинской помощи.

Согласно законодательству Российской Федерации, для медицинских организаций регламентированы обязательные лицензионные требования при осуществлении медицинской деятельности.

Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности», лицензионными требованиями, предъявляемыми к соискателю лицензии на осуществление медицинской деятельности, являются:

• наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг);

• наличие медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг);

• наличие у руководителя, заместителей руководителя, руководителей структурных подразделений медицинской организации соответствующего уровня образования и стажа работы;

• наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;

• соответствие структуры и штатного расписания соискателя лицензии, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, установленным требованиям;

• наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [71].

Лицензионными требованиями, предъявляемыми к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности, являются требования, предъявляемые к соискателю лицензии, а также соблюдение порядков оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии со ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Так, принимая во внимание наличие лицензионных требований, предъявляемых к медицинским организациям, а также учитывая подход Аведиса Донабедиана (который выделил три категории – структура, процесс, результат – для анализа качества медицинской помощи), можно сделать вывод, что в Российской Федерации созданы определенные единые требования к структуре для осуществления медицинской деятельности.

Однако по соблюдению требований к структуре возможно судить только о том, насколько созданные условия способствуют или препятствуют оказанию качественной медицинской помощи.

Медицинской организации в целях обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг недостаточно только соответствия требованиям к структуре для оказания медицинской помощи. Необходимо, кроме этого, выстроить грамотную систему управления имеющимися элементами структуры.

Из каких же компонентов должна состоять система управления качеством медицинской помощи, обеспечивающая, с учетом определения Томаса Давенпорта [128], процесс преобразования «входов» (имеющиеся структуры) в «выходы» (клиническая результативность и эффективность)? Общий вид данного процесса, представлен на схеме 1.

Достижение высокого качества медицинской помощи неразрывно связано с эффективностью построения системы управления качеством, состоящей из определенных компонентов. Систематизируем различные существующие взгляды на ключевые компоненты, используемые в системе управления качеством.

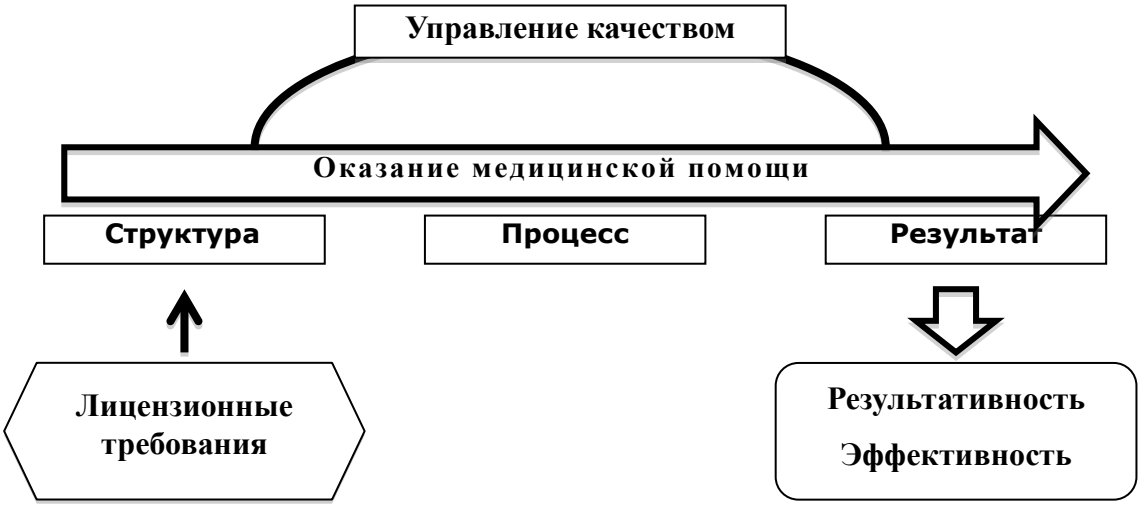


Схема 1. – Процесс управления качеством медицинской помощи

Аведис Донабедиан в статье «The quality of care: How can it be assessed?» выделил определенные сферы обеспечения качества медицинской помощи. В ходе исследования в публикациях на русском языке не выявлено перевода данной статьи, поэтому ниже приводится схема, в переводе автора с учетом терминологии, существующей в сфере российского здравоохранения [131] (рисунок 9).

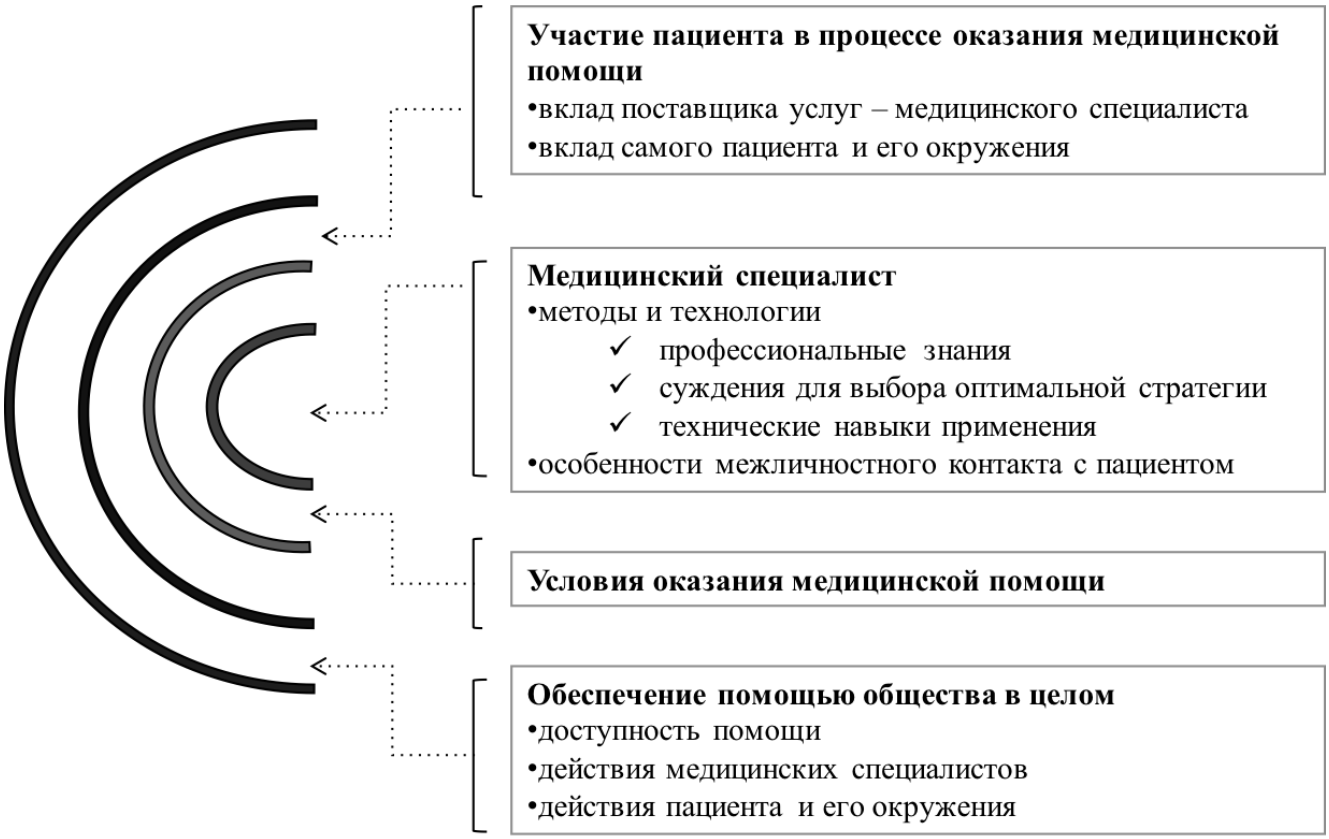


Рисунок 9. – Сферы обеспечения качества медицинской помощи

Первая сфера: медицинский специалист – поставщик услуг. Сфера включает несколько компонентов:

1. используемые методы и технологии, которые зависят от:

a) профессиональных знаний;

b) используемых суждений для выбора оптимальной стратегии;

c) навыков применения;

2. особенности межличностного контакта с пациентом.

Вторая сфера: условия оказания медицинской помощи – уверенность, комфорт, конфиденциальность при оказании медицинской помощи.

Третья сфера: участие самого пациента – выполнение рекомендаций врача и настрой пациента на лечение. Сфера включает несколько компонентов:

1. вклад поставщика услуг – медицинского специалиста;
2. вклад самого пациента и его окружения.

Четвертая сфера: обеспечение помощью общества в целом. Сфера включает следующие компоненты:

1. доступность помощи;
2. действия медицинских специалистов;
3. действия пациента и его окружения.

Другие авторы и международные организации выделяют определенные неотъемлемые компоненты системы управления качеством.

Одной из таких организаций является Международная организация по стандартизации. Согласно стандартам серии ISO 9000, для успешного функционирования организация должна определить и использовать процессы, необходимые для системы менеджмента качества [1, 2, 6].

В стандартах серии ISO 9000 описываются такие процессы в системе управления качеством как менеджмент ресурсов (в т.ч. человеческие ресурсы, инфраструктура и др.), деятельность руководства (в т.ч. ориентация на потребителя), а также другие процессы.

В публикациях других ведущих организаций в области изучения качества факторы, оказывающие влияния на процесс управления качеством, упоминаются в различных контекстах:

- ключевых составляющих в оценке способности медицинской организации обеспечивать качество – Европейское региональное бюро ВОЗ (WHO Regional Office for Europe) [151];
- основных компонентов, обеспечивающих качество медицинской помощи в системе здравоохранения – Исполнительный комитет ВОЗ [97];

• основных структурных направлений, формирующих «хорошую» систему медицинской помощи – Международное общество по обеспечению качества в здравоохранении (The International Society for Quality in Health Care, ISQua) [161];

• критериев, обеспечивающих стабильный успех организации и качество продукции и услуг – Национальная премия качества Малкольма Болдриджа в США (Malcolm Baldrige National Quality Award, MBNQA) [119], базовая категория оценочных критериев Премии Деминга (The Deming Prize) [169];

• критериев «возможностей» организации для достижения совершенства в сфере своей деятельности – модель Европейского фонда управления качеством (The European Foundation for Quality Management, EFQM) [154], Премия Правительства Российской Федерации в области качества (РПК) [78].

Называть их можно по-разному: направления, составляющие, критерии, но все они служат для одной задачи – обозначить основные компоненты, обеспечивающие эффективность системы управления качеством.

Используя выделенные Аведисом Донабедианом сферы обеспечения качества медицинской помощи и принимая во внимание подход Исполнительного Комитета ВОЗ, компоненты были сгруппированы на основании их смысловых характеристик и роли в процессе управления качеством медицинской помощи. В сводной таблице 13 приведена систематизация компонентов из оригинальных источников.

Таблица 13 – Компоненты системы управления качеством (сводная таблица)

Deming Prize, 1951 [169]	**WHO: PATH, 2003 [151]**	**MBNQA, 1987 [119]**	**ВОЗ, 2007 [97]**
Политика управления	Чуткое руководство	Руководство - лидерство Стратегическое планирование	Руководство и управление
Поддержание и повышение качества Система управления		Процессы	Организация процесса
	Ориентация на пациента	Ориентация на потребителя	

Развитие человеческих ресурсов	Ориентация на сотрудников	Ориентация на сотрудников	Медицинские работники
Анализ информации и использование IT		Измерение, анализ и управление знаниями	Информация и знания
	Эффективность процессов**		Медицинские изделия и технологии
Инновации	Безопасность Клиническая результативность*	Результаты	Финансирование
РПК, 1996 [78]	**ISQua, 2003 [161]**	**ISO, 2000 [1]**	**EFQM, 1992 [154]**
Лидирующая роль руководства		Лидерство руководителей	Руководство – лидерство
Политика и стратегия в области качества		Постоянное совершенствование Принятие решений, основанных на фактах	Стратегия развития
Процессы, продукция и услуги	Организация оказания услуг	Процессный подход Системный подход к менеджменту	Процессы, товары и услуги
	Потребители Общество в целом	Ориентация на потребителя	
Персонал	Благополучие сотрудников Компетентность сотрудников	Вовлечение сотрудников	Сотрудники
	Обмен информацией		
Партнерство и ресурсы	Управление ресурсами	Взаимовыгодные отношения с поставщиками	Партнеры и ресурсы
	Безопасность и учет рисков Клиническая результативность*		

* Результативность – перевод английского термина «effectiveness» – степень, в которой возможные клинические результаты достигнуты.

** Эффективность – перевод с английского «efficiency» – способность достигать наибольших улучшений здоровья при наиболее выгодном использовании ресурсов.

Внимательно изучив представленные в российских и зарубежных источниках компоненты системы управления качеством, можно предложить применительно к управлению качеством медицинской помощи нижеследующее.

Как уже было сказано выше, в Российской Федерации установлены единые обязательные требования к «структуре» для осуществления медицинской деятельности любой организацией. Учитывая данный факт, повышение качества медицинской помощи может быть обеспечено в большей степени за счет формирования эффективной системы управления качеством.

В статье «The seven pillars of quality» Аведис Донабедиан описал эффективность и результативность в качестве характеристик медицинской помощи, определяющих ее качество [132]. Поэтому целесообразно рассматривать приведенные в таблице «клиническую результативность» и «результаты» [161, 151, 119], не как компоненты системы управления, а как проявления самого качества – непосредственного результата процесса оказания медицинской помощи.

Компонент «инновации», используемый в The Deming Prize [94], важен для оценки нескольких систем управления качеством медицинской помощи в различных организациях. Однако внутри самой медицинской организации «инновации» являются составляющими всех перечисленных других ключевых компонентов. В таблице также упоминаются «безопасность», «безопасность и учет рисков». Эти компоненты не целесообразно выделять отдельно, а в силу смыслового значения будем рассматривать их в качестве неотъемлемых составляющих других ключевых компонентов, перечисленных выше.

Так на основании данных таблицы можно выделить ключевые внутренние и внешние факторы, влияющие на процесс управление качеством. Внутренние компоненты системы управления качеством медицинской помощи – факторы, на которые можно влиять внутри медицинской организации для повышения эффективности работы системы:

1) руководство;
2) организация процесса;

3) ориентация на пациента;

4) сотрудники;

5) информация и знания;

6) использование ресурсов.

На внутренние компоненты медицинская организация может влиять преимущественно самостоятельно.

Есть несколько внешних компонентов системы управления качеством медицинской помощи – факторов, которые сильно зависят от окружающих условий: 1) общество в целом 2) партнеры 3) финансирование. На внешние компоненты недостаточно влияния только самой медицинской организации.

Медицинской организации необходимо регулярно проводить изучение и мониторинг информации о работе компонентов системы управления качеством для оценки ее результативности и определения, в каком направлении возможны улучшения [2].

Резюмируя сказанное выше, при анализе информации из российских и зарубежных источников в рамках исследования определены внутренние и внешние компоненты системы управления качеством медицинской помощи, которые универсальны для любых медицинских организаций, как государственной, так и частной систем здравоохранения, независимо от их организационно-правовой формы. Комплексное применение выбранных компонентов позволяет построить эффективную систему управления качеством медицинской помощи.

От учета в системе управления качеством медицинской помощи всех ее неотъемлемых компонентов зависят успех в работе медицинской организации и удовлетворенность пациентов.

В ходе социологического опроса врачей были исследованы внутренние компоненты системы управления качеством как часть общей оценки процесса обеспечения качества в выбранных медицинских организациях.

4.2 Сравнительный анализ внутренних компонентов системы управления качеством медицинской помощи в сосудистых центрах

Мониторинг функционирования каждого из компонентов системы управления качеством, как уже было сказано, включает сбор необходимых данных и их анализ по определенным показателям.

В соответствии с концепцией непрерывного повышения качества оказания медицинской помощи, изучение мнения врачей выступает частью общей оценки процесса обеспечения качества в медицинской организации.

Поэтому в рамках оценки системы управления процессом оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ было проведено анкетирование врачей выбранных отделений.

В исследовании проведено анкетирование с большим количеством «открытых» вопросов. Анкетирование было подготовлено совместно группой экспертов – представителей администрации, врачами и специалистами по социологии медицины.

Анкеты включали в себя вопросы для анализа каждого из 6 внутренних компонентов системы управления качеством медицинской помощи в медицинской организации.

Использование анонимного анкетирования позволило исключить воздействие межличностного фактора (к примеру, респонденты могут быть не до конца откровенными, отвечая на вопросы о своих коллегах), который может иметь место при интервьюировании.

Также, проведение социологического опроса в форме анкетирования требует меньше организационных мер от руководства медицинской организации. Анкетирование проводилось в перерывах в течение рабочего дня, не отрывая врачей от основного вида деятельности и не нарушая текущий режим труда.

В опросе в МО №1 приняли участие 22,2% мужчин и 77,8% женщин. Возрастной состав респондентов: от 36 до 54 лет - 22,8%; до 35 лет - 50,0%; старше 55 лет - 22,2 %. Немаловажно, что в МО №1 большинство врачей,

обладали большим опытом работы: более 15 лет – 44,5%; от 5 до 14 лет – 33,3%; до 2 лет – только 22,2%.

В опросе со стороны МО №2 приняли участие 44,4% мужчин и 55,6% женщин. Возрастной состав респондентов: от 36 до 54 лет - 66,7%; до 35 лет - 16,7 %; старше 55 лет - 16,7 %. Необходимо отметить, что в МО №2 большинство врачей, также обладали большим опытом работы: более 15 лет – 66,7%; от 5 до 14 лет - 22,2%; от 2 до 4 лет – только 11,1%.

Первый информационный блок в анкетировании – «Информация и знание» был сфокусирован на выявлении мнения врачей об имеющейся в медицинской организации информации о качестве медицинской помощи, доступности и актуальности этой информации для специалистов, а также на изучении использования врачами определенных информационных источников в процессе работы.

Полученные данные показывают, что при направлении пациента на консультацию к другому специалисту в МО №2 только чуть более половины врачей (55,6%) располагают данными, характеризующими показатели «качества медицинской помощи»[1] (КМП) определенного специалиста (рисунок 10).

В МО №1 все опрошенные врачи (100,0%) располагают данными, характеризующими показатели «качества медицинской помощи» специалиста, к которому направляют на консультацию.

Выявленный факт свидетельствует о преимуществах системы управления качеством, основанной на процессном подходе, который ориентирован на непрерывное повышение качества и на регулярный мониторинге данных о лечебном процессе и характеристиках деятельности каждого из его участников.

При изучении вопроса о важности для врачей конкретных показателей «качества медицинской помощи» в случае направления пациента на консультацию к другому специалисту были получены следующие результаты.

---

[1] Для единого понимания определения врачами, в анкете было уточнение, что под термином «качеством медицинской помощи» подразумевается «объективная количественная информация о лечении, такая как процент пациентов, получающих рекомендуемое лечение, количество положительных исходов лечения и т.д.»

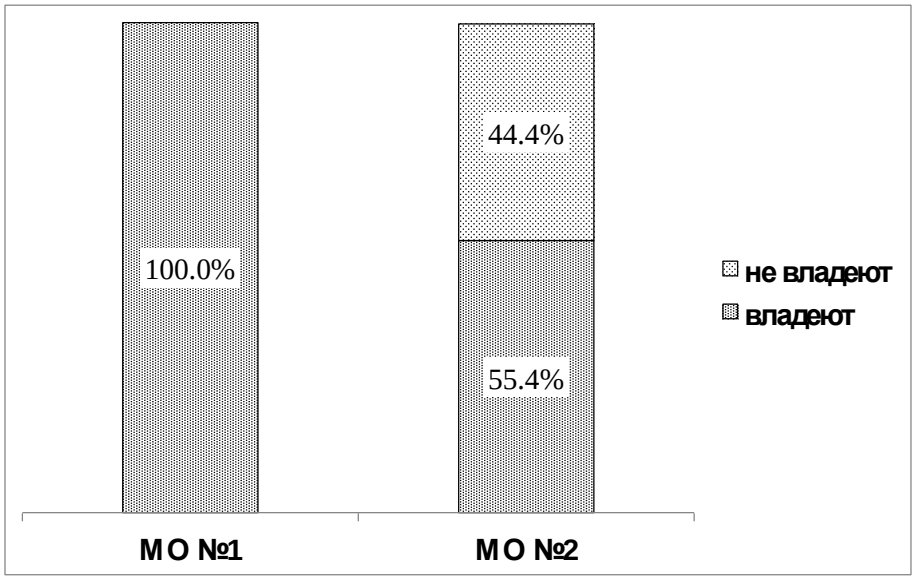


Рисунок 10. – Сравнение в МО №1 и МО №2 наличия у врачей данных, характеризующих показатели «качества медицинской помощи»

Личное мнение респондентов в обеих исследуемых организациях о качестве работы медицинского специалиста-коллеги выступило важным аспектом при принятии решения о направлении к нему пациента на консультацию (таблицы 14, 15). Репутация врача среди коллег «так же» (66,7%) или «более важен» (33,3%) в МО №1 и «так же» (55,6%) или «более важен» (33,3%) для врачей в МО №2, чем данные о качестве оказываемых им медицинских услуг. Личный опыт взаимодействия с конкретным специалистом «так же» (77,8%) или «более важен» (11,1%) в МО №1 и «так же» (44,4%) или «более важен» (38,9%) для врачей в МО №2, чем данные о качестве оказываемых им медицинских услуг.

Неожиданным результатом явилась низкая ориентация врачей на учет мнения пациента о специалисте-коллеге, к которому пациент направляется – 77,8% (в МО №1) и 50,0% (в МО №2) считают эту информацию менее важной, чем имеющиеся у них данные о профессионализме коллеги.

Вместе с тем, необходимо обратить внимание, что сегодня на государственном уровне среди критериев доступности и качества оказания

медицинской помощи перечислена именно «удовлетворенность населения» качеством услуг [75].

Таблица 14 – Важность данных о КМП по отношению к другой информации о специалисте-коллеге по оценке врачей в МО №1 (в % к итогу)

ВАЖНОСТЬ / ИНФОРМАЦИЯ	Менее важно, чем данные о КМП, %	Так же важно, чем данные о КМП, %	Более важно, чем данные о КМП, %	Итог, %
Репутация врача среди коллег	0,0	66,7	33,3	100,0
Профессиональная квалификация врача (научное звание, курсы повышения квалификации, стажировки и т.д.)	0,0	66,7	33,3	100,0
Личный опыт взаимодействия с врачом	11,1	77,8	11,1	100,0
Мнение пациентов о враче	77,8	22,2	0,0	100,0

Таблица 15 – Важность данных о КМП по отношению к другой информации о специалисте-коллеге по оценке врачей в МО №2 (в % к итогу)

ВАЖНОСТЬ / ИНФОРМАЦИЯ	Менее важно, чем данные о КМП, %	Так же важно, чем данные о КМП, %	Более важно, чем данные о КМП, %	Итог, %
Репутация врача среди коллег	11,1%	55,6%	33,3%	100,0
Профессиональная квалификация врача (научное звание, курсы повышения квалификации, стажировки и т.д.)	16,7%	27,7 %	55,6%	100,0
Личный опыт взаимодействия с врачом	16,7%	44,4%	38,9%	100,0
Мнение пациентов о враче	50,0%	50,0%	0,0%	100,0

Указанные факты свидетельствует, что несмотря на построение в МО №1 процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг (индустриальной модели), в обеих медицинских организациях среди опрошенных врачей до сих пор продолжает преобладать оценка коллег со стороны

профессиональной модели управления качеством. Профессиональная модель складывалась в российском здравоохранении в течении длительного исторического периода. Поэтому, несмотря на построение в МО №1 процессов непрерывного повышения качества, сложно сразу изменить сложившее историческим путем мнение врачей об оценке профессиональной компетентности коллег.

Одним из ключевых аспектов эффективного управления медицинской организацией является организация системного учета и анализа данных об ошибках и недочетах во врачебной деятельности. Результаты исследования показывают, что в МО №1 все опрошенные врачи (100,0%) информированы о том, что в их организации осуществляется систематизация таких данных.

В МО №2 только 50,0% врачей полагают, что в их организации осуществляется систематизация таких данных, более четверти опрошенных (38,9%) не знают о подобной деятельности и еще 11,1% медиков уверены, что такого учета в их организации не ведется. Заметим, что объективные показатели о качестве медицинской помощи, оказываемой конкретным врачом, являются определяющими для оценки эффективности его работы.

Доступность для врача данных о качестве медицинской помощи, которую он оказывает, позволяет ему сравнивать результаты своей работы с результатами российских и международных коллег. Эти данные позволяют врачу определить не только области для устранения ошибок, но и наметить стратегию для повышения своей квалификации, что особенно актуально при внедрении в настоящее время в здравоохранение системы непрерывного медицинского образования.

Преимуществом процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг, построенного в МО №1, является то, что все прошенные врачи (100,0%) отмечают доступность данных о качестве оказываемой ими медицинской помощи. При этом, в МО №2 лишь 44,4% опрошенных врачей указали на доступность данных о качестве оказываемой ими медицинской помощи.

Анализ данных социологического опроса выявил однородность ответов по теме использования электронных систем доступа и обмена информацией в МО №1. Такие ответы показывают осведомленность и унифицированные подходы у врачей, независимо от их пола, возраста и стажа работы, к использованию электронных систем доступа и обмена информацией в процессе оказания медицинской помощи в МО №1.

Неоднородность использования электронных систем доступа и обмена информацией сотрудниками МО №2, показывает недостаточную сформированность подходов к использованию аналогичных систем в медицинской организации (таблица 16). Многообразие вариантов ответов (в том числе взаимоисключающих) об использования электронных систем доступа и обмена информацией в МО №2 может оказывать негативное влияние на взаимодействие и преемственность между разными специалистами в едином процессе оказания медицинской помощи.

Таблица 16 – Использование врачами МО №1 и МО №2 в работе электронных систем доступа и обмена информацией

Варианты использования электронных систем доступа и обмена информацией	Сосудистый центр	
	МО №1	МО №1
Нет	0.0%	5.6%
Просто используем электронные шаблоны для печати информации	100.0%	33.3%
Ведем дневники в электронной истории болезни	0.0%	11.1%
Делаем назначения в электронной базе	100.0%	16.7%
Смотрим результаты КТ и др. исследований	100.0%	66.7%
Используем полноценную электронную историю болезни (направления, назначения и т.д.)	0.0%	55.6%

Второй информационный блок вопросов - «Организация процесса» - посвящен изучению особенностей организации процесса предоставления медицинских услуг и взаимодействию между медицинскими специалистами (в

том числе вопросам, связанным с отношением врачей к процессу работы «в команде», как важной характеристике, влияющей на результат медицинской помощи).

Оценивая в эффективность системы предупреждения и сокращения количества медицинских ошибок в МО №1, больше половины респондентов (66,7%) считают ее «скорее эффективной» и 33,3% считают ее «эффективной» (рисунок 11).

В МО №2, также больше половины опрошенных (61,1%) считают ее «скорее эффективной», но только 16,7% считают ее «эффективной» и 22,2% оценивают ее как «скорее не эффективная».

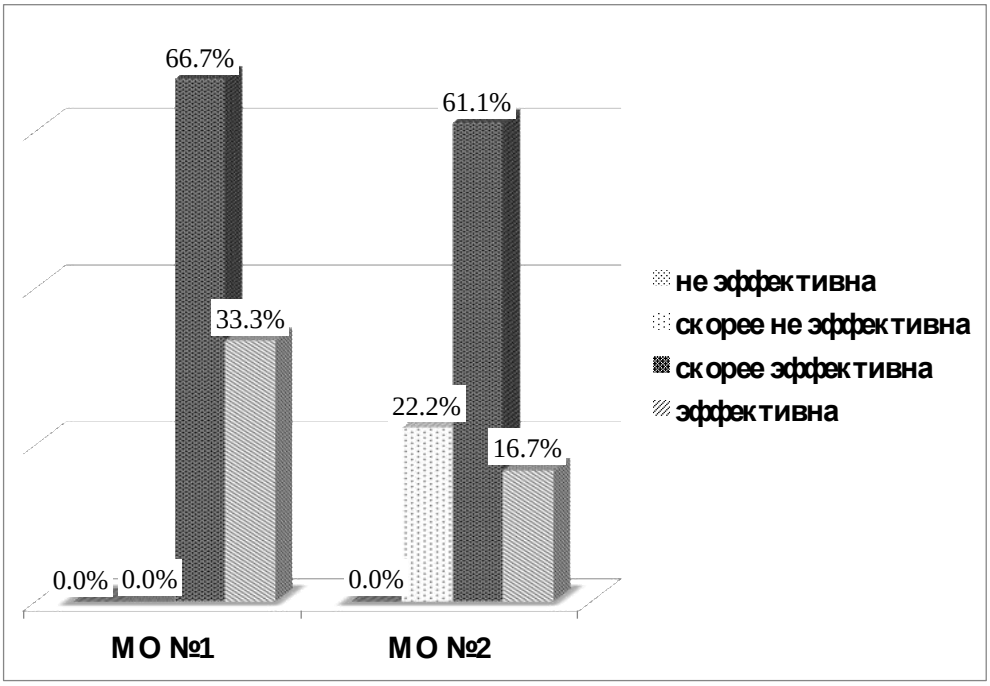


Рисунок 11. – Сравнение оценки врачами эффективности системы предупреждения и сокращения количества медицинских ошибок

То есть в МО №1 на 15,6% больше, чем в МО №2 респондентов оценивает систему предупреждения и сокращения количества медицинских ошибок как эффективную. Респонденты, которые бы оценивали систему предупреждения и сокращения количества медицинских ошибок как «скорее не эффективная», в МО

№1 отсутствуют. Указанные факты являются показательным результатом внедрения процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг.

Для достижения наилучших результатов в процессе оказания медицинской помощи необходимо, чтобы действия врачей предпринимались слаженно и согласованно как участников одной команды. Большинство врачей в обеих исследуемых медицинских организациях считают, что обмен данными между членами «команды» улучшает результативность медицинской помощи.

Но необходимо отметить, что в МО №2, в которой не внедрен процессный подход к управлению качеством медицинских услуг, 16,7% врачей считают, что вовлеченность в «команду» разных специалистов увеличивает вероятность возникновения медицинских ошибок. Данное мнение может негативно сказываться на взаимодействие различных специалистов МО №2 в едином процессе оказания медицинской помощи.

Важно еще отметить, что в МО №2 больше половины (55,5%) опрошенных врачей указывают, что достаточно, чтобы каждый делал свою работу хорошо, тогда эффективность всегда повышается. Этот факт свидетельствует о недооценки роли «команды» специалистов во влиянии на результат оказания медицинской помощи. Врачи недооценивают организационную составляющую их работы и возможности повышения эффективности и результативности работы только при работе «в одной команде».

В обеих медицинских организациях идет процесс обучения «младших» сотрудников более опытными сотрудниками. В МО №1 все опрошенные врачи (100,0%) ответили, что часто разбирают с «младшими» сотрудниками ошибки и вопросы, связанные с улучшением показателей «качества медицинской помощи». В МО №2 две трети (66,7%) часто и одна треть респондентов (33,3%) иногда разбирают с «младшими» сотрудниками ошибки и вопросы, связанные с улучшением показателей «качества медицинской помощи».

Для изучения эффективности процесса обеспечения качества медицинской помощи важно еще рассмотреть, какую долю рабочего времени врачи тратят на непосредственно лечебную работу.

В анкетировании при ответе на данный вопрос к объективной оценке рабочего времени добавляется определенный эмоциональный компонент. Однако данные анкетирования в целом соответствуют по многим показателям результатам проводимых с аналогичной целью хронометражей рабочего времени врачей [62].

В целом по данным анкетирования в МО №1 врачи тратят в среднем 50% (медиана) рабочего времени на бумажную работу, наиболее часто врачи указывали число - 50% (мода). Результаты анкетирования в МО №2 отличались: тратят в среднем 70% рабочего времени, наиболее часто врачи указывали число - 80%, и соответственно им остается только 20-30% времени на непосредственный лечебный процесс. Процент времени, который врачи тратят на «бумажную работу» обращает на себя внимание. Для сравнения, по данным The Physicians Foundation [116] американские врачи в 2012 г. в среднем тратили на «бумажную работу» только 22% своего рабочего времени.

Таким образом в ходе анкетирования установлено, что по мнению врачей, врачи в МО №1 тратят в среднем на 20% меньше на бумажную работу.

Несмотря на требование к применению разработанных учетных форм в медицинской карте стационарного больного (обеспечивающих соответствие частоты предоставление и кратности применения медицинских услуг требованиям российского законодательства), оптимизация труда сотрудников благодаря внедрению процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг в МО №1 позволяет выделять больше возможностей для непосредственного лечебного процесса и контакта с пациентом.

По итогам опроса, в МО №1 55,6% врачей считают, им хватает времени на непосредственный лечебный процесс, 44,4% отмечают, что им хотелось бы больше времени.

Подтверждая приведенные выше результаты (касающиеся затрат времени на «бумажную работу»), в МО №2 только 50,0% респондентов отметили, что им хотелось бы больше времени на лечебный процесс, остальные же 50,0% врачей,

участвующих в оказании помощи пациентам с ИМ, указывают, что им катастрофически не хватает времени на непосредственный лечебный процесс.

В третьем информационном блоке вопросов «Сотрудники» изучалась заинтересованность врачей в работе, мотивированность и стремление к повышению своего профессионального уровня, удовлетворенность трудом.

Следует учитывать, научно доказано, что «существует сильная взаимосвязь между степенью заинтересованности персонала и показателями смертности» [164] в медицинской организации.

По данным опроса, в среднем, в МО №1 врачи оценивают удовлетворенность своим трудом на 8 баллов из 10 (наиболее часто врачи указывали цифру 9 баллов (мода).

В МО №2 врачи несколько ниже оценивают удовлетворенность работой – в среднем на 8 баллов (наиболее часто указываемый ответ – 8 баллов).

Среди основных мотивирующих факторов в работе врачи наиболее указали следующие (таблица 17).

Таблица 17 – Сравнение факторов, мотивирующих врачей в работе

Мотивирующий фактор	Сосудистый центр	
	МО №1	МО №2
Удовлетворённость от результатов работы	55,6%	66,7%
Заработная плата	55,6%	44,4%
Хороший коллектив	33,3%	44,4%
Возможность профессионального роста	44,4%	27,8%

Основными мотивирующими факторами в работе, наряду с заработной платой, врачи и МО №1, и МО №2 отдали аспекту «удовлетворенность от результатов работы» (55,6% и 66,7% соответственно). Такое распределение показывает приоритеты врачей в работе и позволяет надеяться на возможности (резервы) совершенствования качества оказания медицинской помощи населению.

Как видно из распределения ответов, достойная оплата труда является одним из значимых мотивирующих факторов респондентов обеих исследуемых медицинских организаций – для 55,6% врачей в МО №1, для 44,4% врачей в МО №2. И вместе с тем 88,9% врачей в МО №1 и все врачи (100,0%) в МО №2 отмечают, что им приходится работать сверх установленных трудовым договором часов (рисунок 12).

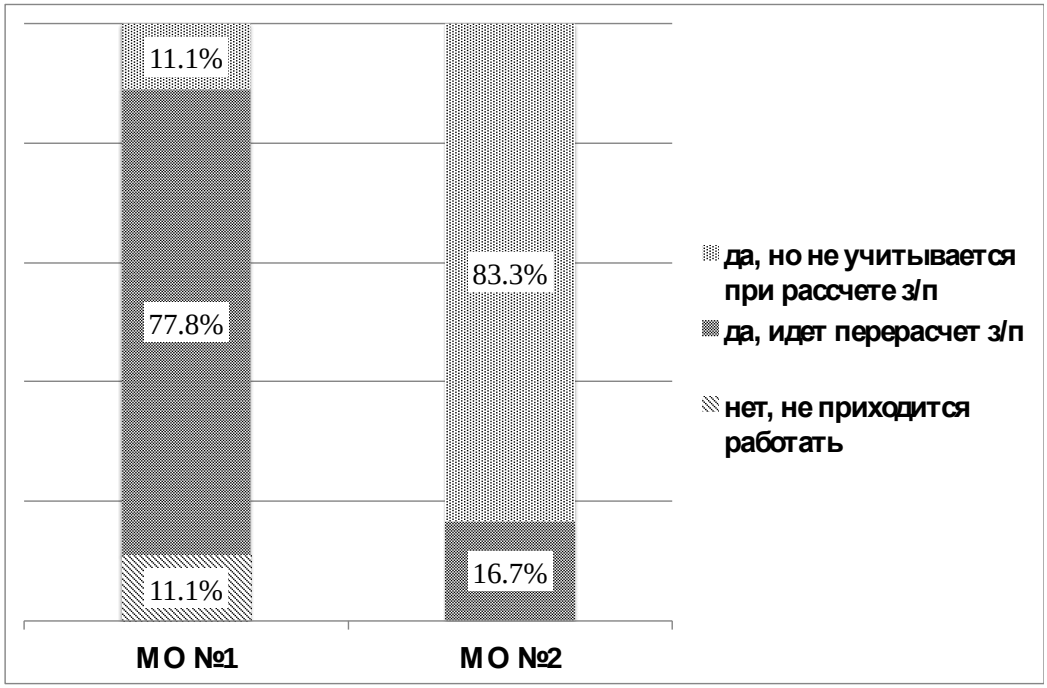


Рисунок 12. – Работа сверх установленных трудовым договором часов по оценке врачей в исследуемых медицинских организациях

Однако, отметим различие учета в нагрузке сверх установленных трудовым договором часов в исследуемых медицинских организациях. В рамках системы непрерывного повышения качества в МО №1 ведется учет характеристик и тенденций процесса оказания медицинской помощи (на что указали 77,8% респондентов). Это позволяет при наличии повышенной трудовой нагрузки на врачей вести учет их работы сверх установленных трудовым договором часов и принимать во внимание при выплате заработной платы.

Отсутствие должной работы таковой системы в МО №2 проявляется в том, что 83,3% врачей подчеркивают в своих ответах отсутствие учета работы сверх

установленных трудовым договором часов при расчете заработной платы. Такая ситуация требует изучения и пристального внимания со стороны администрации. Повышенная нагрузка и отсутствие соответствующей оплаты оказывает негативный эффект на результативность труда врачей и на качество оказываемых ими услуг.

В четвертом информационном блоке вопросов «Руководство» раскрываются особенности управленческой стратегии в медицинской организации, характеризуется система взаимоотношений руководства и медицинского персонала, учет интересов сотрудников при принятии управленческих решений.

В МО №1 результаты опроса показывают, что по мнению врачей (44,4% считают, что полностью; 55,6% - что недостаточно), руководство учитывает их мнение при принятии новых управленческих решений.

Напротив, в МО №2 только 16,7% респондентов указывают, что руководство учитывает их точку зрения при принятии новых управленческих решений. Более трети опрошенных (38,9%) уверены, что руководство не учитывает точку зрения врачей. Еще 44,4% считают, что руководство недостаточно учитывает мнение врачей при принятии новых организационных или управленческих решений.

Тем самым результаты опроса демонстрируют преимущество системы управления качеством в МО №1 для процесса непрерывного повышения качества медицинских услуг, одним из важнейших аспектов которого выступает учет мнения работников при принятии административно-управленческих решений. Соблюдение принципов Эдвардса Деминга в управлении качеством позволяет эффективно способствовать постепенному улучшению качества услуг [28].

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

В МО №1 врачи подтверждают, что руководство учитывает данные о качестве медицинской помощи, оказываемой определенным врачом, при формировании заработной плате (рисунок 13).

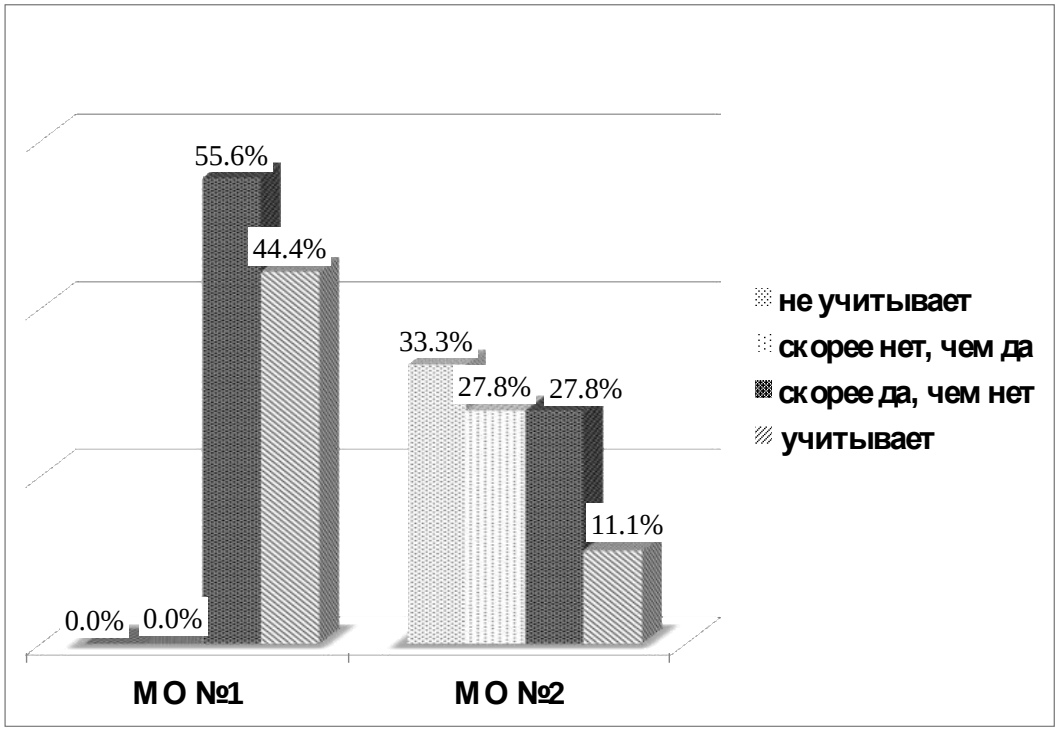


Рисунок 13. Сравнение мнения врачей о формировании заработной платы с учетом качества оказания медицинской помощи конкретным специалистом

Принимая во внимание, что действующая в медицинских организациях прогрессивная система оплаты труда, предусматривает финансовое стимулирование сотрудников к повышению эффективности своего труда (стимулирующие выплаты), полученное распределение ответов медицинских специалистов в МО №2 выступает основанием для более детального изучения и принятия корректирующих мер со стороны руководства.

Поддержание высокого уровня мотивации сотрудников к достижению высокого качества медицинских услуг – это неотъемлемая составляющая в системе управления качеством медицинской помощи.

Немаловажно, что в обеих исследуемых медицинских организациях преобладающему большинству опрошенных врачей приходится совмещать курсы

повышения квалификации с работой в отделении в силу производственной необходимости: в МО №1 все врачи совмещают процесс образования с частичной трудовой занятостью; в МО №2 две трети врачей (66,6%) совмещают курсы повышения квалификации с работой в отделении (22,2% врачей вынуждены совмещать обучение с полной занятостью на работе, 44,4% – совмещают с частичной занятостью). Безусловно такая ситуация оказывает влияние на результаты лечебного и образовательного процессов.

Пятый информационный блок вопросов «Использование ресурсов» посвящен оценке мнения респондентов о достаточности обеспечения отделений лекарственными препаратами и расходными материалами, рациональности использования ресурсов в медицинской организации.

В МО №1 в силу внедрения процессного подхода к управлению качеством медицинской помощью все опрошенные врачи (100,0%) отмечают, что отделение достаточно обеспечено лекарственными препаратами и расходными материалами.

В МО №2 только 61,1% респондентов указывают, что медицинская организация в достаточной мере обеспечена лекарственными препаратами и расходными материалами. Более трети опрошенных (39,9%) отмечают, что иногда вынуждены обращаться к пациентам с просьбой принести дополнительные лекарства либо расходные материалы.

Реализация процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг позволяет обеспечивать подразделения медицинской организации лекарственными препаратами и расходными материалами строго в соответствии с потребностями лечебного процесса.

Оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи подразумевает предоставление гражданам гарантированного объема медицинских услуг, в том числе обеспечение необходимыми лекарственными препаратами [72, 108]. Учитывая результаты опроса, очевидно, что в МО №1, в отличии от МО №2, соблюдаются условия для исполнения требований законодательства Российской Федерации (ст. ст. 10, 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), определяющие доступность бесплатной медицинской помощи.

Шестой информационный блок вопросов «Ориентация на пациента» отражает уровень ориентированности врачей медицинской организации на потребности и мнение пациентов.

Ключевым моментом, отражающим ориентацию на мнение потребителей медицинских услуг, является практика «обратной связи» с пациентами (таблица 18).

Таблица 18 – Сравнение мнения врачей об использовании практики «обратной связи»

Практика «обратной связи» с пациентами	Сосудистый центр	
	МО №1	МО №2
Не используется	33.3%	33.3%
На основании жалоб пациентов	22.2%	22.2%
В устной беседе с лечащим врачом	33,3%	27,8%
Письменное анкетирование	11,1%	16,7%

Как видно из представленных данных, четко сформированной системы «обратной связи» с пациентами нет ни в одной из изучаемых медицинской организации. Данный факт подтверждает выявленную в ходе опроса низкую ориентированность врачей на мнение пациента при направлении его на консультацию к другому специалисту (первый информационный блок «Информация и знания»).

Врачи и в МО №1, и в МО №2 продолжают судить об адекватности оказания медицинской помощи преимущественно со стороны профессиональной модели управления качеством, которая складывалась в российском здравоохранении в течении длительного исторического периода.

Врачи недооценивают важность учета мнения пациентов. Ориентация на мнение пациентов выступает залогом повышения их удовлетворенности. Так, Эдвардс Деминг подчеркивает, что «повышение качества, в основе которого

лежит изучение мнения потребителя, приводит не только к совершенствованию продукта, но и снижению затрат и улучшению конкурентных позиций...». Ученый также писал: «легко оценить затраты на замену дефектного изделия на производственной линии, но затраты, связанные с последствиями попадания дефектного изделия к потребителю, не поддаются измерению... установите жесткую программу обеспечения обратной связи с потребителями в отношении удовлетворенности услугами» [28].

Это заключение справедливо и для процесса оказания медицинской помощи. Необходимо стремится максимально обеспечивать качество в течение всего процесса оказания медицинской помощи, не ограничиваться поиском и устранением финальных дефектов, а совершенствовать текущий процесс от момента поступления пациента в приемное отделение до выписки из стационара.

Резюмируя сказанное выше, изучение мнения врачей как часть общей оценки процесса обеспечения качества в медицинских организациях позволило оценить внутренне компоненты системы управления качеством медицинской помощи и выявить механизмы повышения качества в медицинской организации, указав на преимущества процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг.

Анкетирование было подготовлено совместно группой экспертов – представителей администрации, врачами и специалистами по социологии медицины. В опросе были использованы стандартизованные анкеты, специально разработанные авторами для исследования.

Результаты анкетирования показывают, что по факту 88,9% врачей в МО №1 и все врачи (100,0%) в МО №2 отмечают, что им приходится работать сверх установленных трудовым договором часов.

Но важно отметить, что в рамках системы непрерывного повышения качества в МО №1 ведется учет характеристик и тенденций процесса оказания медицинской помощи, поэтому существует система учета работы врачей сверх установленных трудовым договором часов, которая, по мнению более 75,0% респондентов принимается во внимание при выплате заработной платы.

Напротив, в МО №2 более 80,0% врачей указали в своих ответах на отсутствие учета работы сверх установленных трудовым договором часов при расчете заработной платы.

Отметим, что опрос демонстрирует преимущество системы управления качеством в МО №1 для процесса непрерывного повышения качества медицинских услуг, одним из важнейших аспектов которого выступает учет мнения работников при принятии административно-управленческих решений.

Кроме того, большинство врачей в МО №2 склонны считать, что руководство не учитывает данные о качестве медицинской помощи, оказываемой конкретным врачом, при формировании выплат по заработной плате, и только треть опрошенных ответили, что эти данные учитываются.

В МО №1 врачи подтверждают, что руководство учитывает данные о качестве медицинской помощи, оказываемой определенным врачом, при формировании заработной плате.

Поддержание высокого уровня мотивации сотрудников к достижению высокого качества медицинских услуг является неотъемлемой составляющей в системе управления качеством в медицинской организации.

Полученные при анкетировании данные могут использоваться не только для улучшения организации медицинской помощи и повышения качества предоставляемых услуг, но и смогут способствовать решению ряда внутренних вопросов в организации, в том числе – повышению рациональности распределения трудовых ресурсов, усовершенствованию системы управления и ориентации ее на сотрудников, укреплению мотивации медицинского персонала.

Анкетирование врачей может проводится с определенной периодичностью внутри каждой медицинской организации путем использования полномочий врачебной комиссии (приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации») по разработке мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов.

Особую важность приобретает правильная работа с персоналом с учетом одной из задач государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» – обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными кадрами, мотивированными на постоянное совершенствование собственных знаний, умений и навыков, необходимых для достижения и сохранения высокого качества профессиональной деятельности в соответствии с требованиями профессиональных стандартов в здравоохранении, стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания.

ГЛАВА 5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛИ СРАВНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДХОДОВ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

5.1 Элементы модели сравнения

Исследование проводилось на основании разработанной авторами модели.

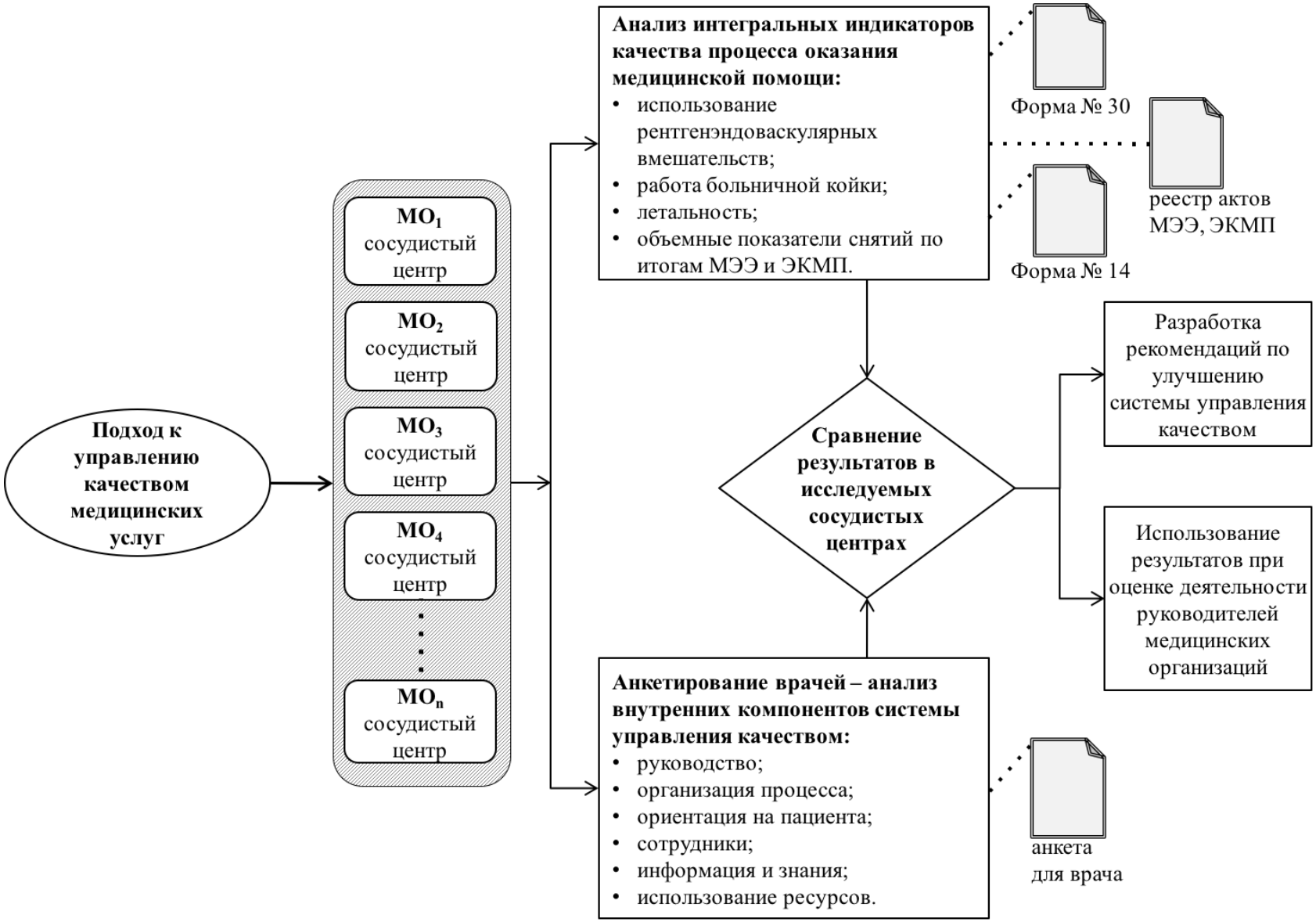
Модель позволила объективизировать и систематизировать критерии для сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистых центрах, оказывающих помощь пациентам с ИМ.

Учитывая, что в диссертационной работе изучались на основании разработанной авторами модели аналогичные по структуре и функциям типовые сосудистые центры, модель может быть применена при сравнении эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с ИМ в других сосудистых центрах (рисунок 14).

Таким образом сравнении эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в нескольких сосудистых центрах может быть проведено следующим образом:

1. Выбор сосудистых центров для сравнения.
2. Оценка интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи в сосудистых центрах (используемые сведения – формы федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и № 30 «Сведения о медицинской организации»; реестры актов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи).
3. Анализ внутренних компонентов системы управления качеством путем анкетирования врачей (используемые сведения – стандартизованные анкеты из 6-ти блоков вопросов: информация и знания, организация процесса, сотрудники, руководство, использование ресурсов, ориентация на пациента).
4. Сравнение результатов в исследуемых сосудистых центрах.

Рисунок 14. - Модель сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистых центрах



5. Разработка рекомендаций по улучшению подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с ИМ в каждом из исследуемых сосудистых центров.

6. Использование результатов сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в рамках внешнего мониторинга деятельности сосудистых как одного из направлений для оценки работы руководства медицинских организаций, на базе которых расположены соответствующие сосудистые центры.

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.

Модель универсальна, может использоваться для сравнения подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с ИМ и в сосудистых центрах, оказывающих медицинскую помощь в рамках ОМС, и в сосудистых центрах, не оказывающих медицинскую помощь в рамках ОМС; расположенных как в рамках одного, так и в нескольких субъектах Российской Федерации.

5.2 Критерии оценки качества медицинской помощи

Как уже было отмечено, согласно ч. 2 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» применяются критерии оценки качества медицинской помощи.

Критерии оценки качества медицинской помощи утверждены приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н.

В соответствии с данным приказом критерии применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата [80].

Учет клинических рекомендаций (протоколов лечения) при оказании медицинской помощи предусмотрен одним из пунктов критериев по условиям

оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Среди критериев по группам заболеваний (состояний) применительно к ИМ (3.9.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме (коды по МКБ - 10: I20.0; I21- I24)) перечислены важные медицинские вмешательства, которые также предусмотрены клиническими рекомендациями по лечению ИМ, упоминаемыми в главе 4. (таблица 19).

В перечне необходимых вмешательств в таблице 19, в том числе перечислено чрескожное коронарное вмешательство. В работе также именно использование рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения было выбрано в качестве интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи.

Необходимо учесть, что ориентир на оценку соответствия объема оказанной медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи существует как при проведении Росздравнадзором проверок в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, так и при контроле объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимом страховыми медицинским организациями и территориальными фондами ОМС. Поэтому оценка интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи (использование рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения) в рамках разработанной модели сравнения обеспечивает поиск механизмов для построения процессов оказания медицинской помощи в сосудистых центрах в соответствии с критериями, утвержденными приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н.

Наиболее эффективно обеспечивать соответствие оказанной медицинской помощи пациентам при ИМ в сосудистом центре требованиям к качеству, установленным законодательством Российской Федерации (в том числе критериям оценки качества медицинской помощи), можно путем использования

процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации.

Таблица 19 – Критерии качества

3.9.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме (коды по МКБ - 10: I20.0; I21- I24)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови	Да/Нет
5.	Проведена (при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) терапия фибринолитическими лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в случае, если терапия фибринолитическими лекарственными препаратами не проведена на догоспитальном этапе) или выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов	Да/Нет
7.	Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой	Да/Нет
8.	Проведена терапия гиполипидемическими препаратами	Да/Нет
9.	Выполнено электрокардиографическое исследование до начала тромболитической терапии и через 1 час после окончания (в случае проведения тромболитической терапии)	Да/Нет
10.	Выполнено электрокардиографическое исследование до начала чрескожного коронарного вмешательства и через 30 минут после его окончания (при чрескожном коронарном вмешательстве)	Да/Нет

Как уже было установлено, процессный подход к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации обеспечивает соблюдение объема и сроков медицинских вмешательств, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Требования Стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы), утвержденного приказом Минздрава России от 01.07.2015 №404ан, и Стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии,

остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы), утвержденного приказом Минздрава России от 01.07.2015 №405ан, предусматривают аналогичные медицинские вмешательства при ИМ тем, которые внесены в раздел «3.9.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме» [80, 85, 86].

Таким образом акцент на соблюдение требований, установленных законодательством Российской Федерации (стандартов медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения)), в рамках применения процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации позволит также гарантировать и соответствие оказанной пациентам при ИМ медицинской помощи утвержденным приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н критериям оценки качества медицинской помощи.

5.3 Применение риск-ориентированного подхода

Риск-ориентированный подход становится с 2017 г. ведущей концепцией в реформе государственного контроля (надзора) в Российской Федерации.

Паспорт приоритетной программы «Реформа контрольной и надзорной деятельности» (далее – приоритетная программа) утвержден на заседании президиума Совета при Президенте по стратегическому развитию и приоритетным проектам под председательством Премьер-министра Российской Федерации Д.А. Медведева 21.12.2016. Старшим должностным лицом, отвечающим за реализацию приоритетной программы в Правительстве Российской Федерации, назначен министр Российской Федерации по вопросам Открытого правительства М.А. Абызов [66].

Ключевые цели приоритетной программы – снизить административную нагрузку на организации и граждан, осуществляющих предпринимательскую деятельность, и повысить качество администрирования контрольно-надзорных функций, а также сократить число смертельных случаев, заболеваний и отравлений, материального ущерба.

Срок реализации приоритетной программы: с декабря 2016 г. по 2025 г. (включительно).

В результате реализации приоритетной программы количество смертельных случаев, заболеваний и отравлений, пострадавших и травмированных по контролируемым видам рисков должно снизиться вдвое к концу 2025 г., а уровень материального ущерба – на 30%. Также к концу 2025 г. вдвое должна снизиться и административная нагрузка на организации и граждан, осуществляющих предпринимательскую деятельность.

Для реализации приоритетной программы в системе здравоохранения в 2017 году (внесены коррективы 13.02.2018) утвержден паспорт реализации проекта «Совершенствование функции государственного надзора в сфере здравоохранения в рамках реализации приоритетной программы Реформа контрольной и надзорной деятельности».

Мировой опыт свидетельствует об активном использовании системы управления рисками в целях снижения общей административной нагрузки на объекты государственного контроля с одновременным повышением уровня эффективности контрольно-надзорной деятельности органов власти, то есть повышением уровня безопасности охраняемых законом ценностей.

Внедрение риск-ориентированного подхода (системы управления рисками) основывается на следующих принципах:

- открытость и прозрачность критериев риска и категорий риска, а также результатов распределения по ним подконтрольных субъектов, что не исключает отнесения в отдельных сферах общественных отношений указанной информации к охраняемой законом тайне, если это необходимо для достижения публично значимых целей;

- нацеленность категорий и критериев риска, мер по оценке и управлению риском на задачи минимизации причинения вреда охраняемым законом ценностям как при установлении категорий и критериев риска, так и в процессе их применения, что, в частности, означает преимущественную их ориентацию на деятельность хозяйствующих субъектов, работающих в представляющих

опасность для охраняемых законом ценностей сферах государственного регулирования, нарушающих требования законодательства;

- построение системы управления рисками, принятие мер по оценке и анализу риска на основании объективных и достоверных данных;

- периодическая переоценка рисков, основанная на изменении источников и факторов риска для охраняемых законом ценностей;

- соответствие уровня зрелости ведомственных систем управления рисками уровню развития управленческих и информационных процессов в ведомстве, так как полноценная система управления рисками невозможна без соответствующего уровня зрелости информационных решений по сбору, обобщению и анализу данных, а также внутриведомственных управленческих процессов.

В общем виде риск причинения вреда – это вероятность наступления событий, следствием которых может стать причинение вреда охраняемым законом ценностям различной степени тяжести. Таким образом, риск причинения вреда является произведением вероятности наступления негативных событий на объем потенциального вреда.

Охраняемые законом ценности применительно к системе здравоохранения – жизнь и здоровье граждан, права, свободы и законные интересы граждан и организаций.

Федеральным законом от 13.07.2015 № 246-ФЗ внесены изменения в Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ [106], предусматривающие применение риск-ориентированного подхода при организации государственного контроля (надзора) и регламентированные в статье 8.1.

При организации отдельных видов государственного контроля (надзора), определяемых Правительством Российской Федерации, применяется риск-ориентированный подход в целях оптимального использования трудовых, материальных и финансовых ресурсов, задействованных при осуществлении государственного контроля (надзора), снижения издержек юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и повышения результативности деятельности органов государственного контроля (надзора).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2016 № 806 в числе видов государственного контроля (надзора), которые осуществляются с применением риск-ориентированного подхода были определены:

– государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;

– федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств;

– государственный контроль за обращением медицинских изделий.

Риск-ориентированный подход представляет собой метод организации и осуществления государственного контроля (надзора), при котором в предусмотренных случаях выбор интенсивности (формы, продолжительности, периодичности) проведения мероприятий по контролю, мероприятий по профилактике нарушения обязательных требований определяется отнесением деятельности юридического лица, индивидуального предпринимателя к определенной категории риска.

Отнесение к определенной категории риска осуществляется органом государственного контроля (надзора) с учетом тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями обязательных требований, а также с учетом оценки вероятности несоблюдения соответствующих обязательных требований.

Правила отнесения деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей и (или) используемых ими производственных объектов к определенной категории риска или определенному классу (категории) опасности определяются постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2016 № 806.

Оценка тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований проводится с учетом:

– возможной степени тяжести потенциальных случаев причинения вреда;

– возможной частоты возникновения и масштаба распространения потенциальных негативных последствий в рамках подобных случаев причинения вреда;

– трудности преодоления возникших в их результате негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований.

Под степенью тяжести потенциальных случаев причинения вреда подразумевается соответствующая тяжесть последствий произошедших случаев причинения вреда. Так, например, в случае если охраняемой законом ценностью является жизнь и здоровье граждан, то можно выделить следующие степени тяжести вреда: смерть, причинение тяжелого, среднего и незначительного вреда здоровью.

Под масштабом распространения потенциальных негативных последствий в рамках подобных случаев причинения вреда подразумевается количественное измерение охраняемых законом ценностей, находящихся под потенциальным негативным воздействием различной степени тяжести. Так, например, в случае если охраняемой законом ценностью является жизнь и здоровье граждан, то подобные случаи причинения вреда можно классифицировать по потенциальному числу погибших, получивших тяжелый, средний или незначительный вред здоровью.

Под трудностью преодоления возникших негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований понимается наличие компенсационных мер, возможности возмещения ущерба или ликвидации негативных последствий. Так, применительно к жизни и здоровью граждан должна оценивается возможность устранения последствий и восстановления здоровья в случае причинения того или иного вреда.

Кроме учета критериев, которые определяют возможную величину вреда и возможную частоту его возникновения, требуется также учесть критерии, которые указывают на поведенческие особенности того или иного подконтрольного субъекта, которую отражает оценка вероятности несоблюдения

данными юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований.

Под оценкой вероятности несоблюдения юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований подразумевается предположение относительно их добросовестности.

При оценке вероятности несоблюдения юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований анализируется имеющаяся в распоряжении органов, уполномоченных на осуществление государственного контроля (надзора), информация о результатах ранее проведенных проверок юридического лица или индивидуального предпринимателя и назначенных административных наказаниях за нарушение обязательных требований.

Учет индивидуального поведения предполагает возможность перемещения как в более высокую, так и в более низкую категорию риска при недобросовестном или добросовестном поведении, соответственно, в случае если подобное индивидуальное поведение статистически свидетельствует о снижении риска причинения вреда.

По общему правилу, повышение или понижение категорий должно быть не более чем на один уровень.

Информация, использующаяся для расчета критериев отнесения к категориям риска, должна быть проверяема заинтересованными сторонами, обновляема и поддающаяся администрированию самим органом государственного контроля (надзора).

При распределении подконтрольных субъектов по категориям риска необходимо ориентироваться на увеличение интенсивности контрольно-надзорных мероприятий в отношении подконтрольных субъектов, причиняющих максимальный ущерб (вред) охраняемы ценностям, при одновременном снижении частоты проверок или отказ от плановых проверок в отношении подконтрольных субъектов (объектов), не причиняющих значимый вред охраняемым ценностям.

При распределении подконтрольных субъектов по категориям риска должны применяться максимально открытые, прозрачные и понятные критерии, формулы и расчеты. Орган государственного контроля (надзора) размещает соответствующую информацию об объектах на своем официальном сайте.

Юридическое лицо или индивидуальный предприниматель вправе подать в орган государственного контроля (надзора) заявление об изменении присвоенной ранее их деятельности категории риска (в том числе в случае изменения перечня выполняемых работ (услуг)) по соответствующему виду государственного контроля (надзора).

Новые положения Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ в части риск-ориентированного подхода при осуществлении государственного контроля (надзора) применяются с 1 января 2018 г.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2016 №806 [70] критерии отнесения объектов государственного контроля (надзора) к определенной категории риска устанавливаются положениями о видах государственного контроля (надзора) с учетом Правил отнесения деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей и (или) используемых ими производственных объектов к определенной категории риска.

Во исполнение вышеуказанных требований Росздравнадзором при взаимодействии с Минэкономразвития России, Аналитическим центром при Правительстве Российской Федерации, Минюстом России, Минздравом России и представителями экспертного сообщества были внесены изменения в Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности (утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 05.07.2017 № 801).

Концепцией реформы контрольной и надзорной деятельности предполагаете, что при распределении подконтрольных субъектов по категориям риска должны применяться максимально открытые, прозрачные и понятные критерии, формулы и расчеты.

В рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности выбор критериев отнесения объектов государственного контроля к определенной категории риска осуществляется на основании объективных данных, размещаемых в Едином реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности, ведение которого осуществляет Росздравнадзор.

Критерии устанавливаются с учетом Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (определен приложением к Положению о лицензировании медицинской деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291), а также требований к организации и выполнению указанных работ (услуг), устанавливаемых Минздравом России.

Показатели риска, присвоенные работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность, приведены в приложении к Критериям отнесения деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность, к определенной категории риска, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 05.07.2017 № 801.

Итоговый показатель риска для объекта государственного контроля определяется путем суммирования значения показателей риска, присвоенных выполняемым медицинской организацией работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность, с учетом видов медицинской помощи и условий ее оказания.

Следует отметить, что реформой контрольной и надзорной деятельности предполагается возможность перемещения юридического лица или индивидуального предпринимателя как в более высокую, так и в более низкую категорию риска при недобросовестном или добросовестном поведении, соответственно.

При оценке вероятности несоблюдения юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований анализируется имеющаяся в распоряжении органов, уполномоченных на осуществление

государственного контроля (надзора), информация о результатах ранее проведенных проверок юридического лица или индивидуального предпринимателя и назначенных административных наказаниях за нарушение обязательных требований.

В рамках осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности определено, что для оценки вероятности несоблюдения обязательных требований (свидетельств добросовестного / недобросовестного поведения) используется отсутствие / наличия по итогам проверок постановлений о привлечении к административной ответственности с назначением административного наказания в виде административного штрафа юридическому лицу, его должностным лицам, индивидуальному предпринимателю за совершение административного правонарушения, предусмотренного частью 21 статьи 19.5 КоАП РФ («Невыполнение в установленный срок законного предписания, решения федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, его территориального органа»).

Данная мера демонстрирует возможность перехода юридического лица или индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в более низкую категорию риска при соблюдении законных требований Росздравнадзора (его территориального органа) и подчеркивает важность профилактики нарушений обязательных требований в рамках реформы контрольной и надзорной деятельности.

На официальном сайте Росздравнадзора в сети «Интернет» в разделе «Реформа контрольно-надзорной детальности» размещается информация об объектах государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, отнесенных к категориям чрезвычайно высокого, высокого и значительного рисков.

Следует подчеркнуть, что статья 8.1 Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ дополнена часть 8 (Федеральный законом от 03.07.2016 № 277-ФЗ).

Положениями части 8 статьи 8.1 Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ предусматривается в рамках федерального государственного контроля (надзора), осуществляемого с применением риск-ориентированного подхода (в том числе при государственном контроле 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.

Индикаторы риска нарушения обязательных требований разрабатываются и утверждаются федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной сфере деятельности, и подлежат размещению в сети «Интернет». В сфере охраны здоровья таким органом власти является Минздрав России.

Принимая во внимание необходимость снижения нагрузки на медицинские организации в рамках реализации приоритетной программы «Реформа контрольной и надзорной деятельности», разработка индикаторов риска нарушения обязательных требований может стать действенной мерой со стороны контрольного органа для проведения внеплановых проверок только тех медицинских организаций, которые действительно могут нести максимальный риск причинения вреда охраняемым законом ценностям.

Безусловно, учитывая существенный вклад ишемической болезни в целом и, в частности, ИМ в структуру смертности населения Российской Федерации, целесообразна разработка Минздравом России индикаторов риска нарушения обязательных требований в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь данной категории больных.

Как уже было отмечено, согласно национальным клиническим рекомендациям использование рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения влияет на качество лечения пациентов с ИМ (как с подъемом

сегмента ST, так и без подъёма сегмента ST) и на дальнейший прогноз в лечении заболевания.

Сосудистые центры обладают всем необходим медицинским оборудованием и должны обеспечивать диагностику и лечение ИМ современными методами, в том числе путем использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения.

Таким образом в качестве индикаторов риска нарушения обязательных требований, применяемых Росздравнадзором при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности применительно к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь при ИМ, могут быть использованы показатели использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (доля пациентов с ИМ, получивших рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения), летальность от ИМ.

Информация для расчета предлагаемых индикаторов риска нарушения обязательных требований собирается на основании форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» и № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях». Также, при необходимости, может быть предусмотрен оперативный сбор необходимой информации с использованием информационных систем в сфере здравоохранения, в том числе с учетом выхода постановления Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

Индикаторы могут применяться не только для осуществления мониторинга ситуации в одной отдельно взятой медицинской организации, но и при сравнении нескольких медицинских организаций в субъектах Российской Федерации. Своевременное реагирование на негативную динамику упомянутых индикаторов и принятие Росздравнадзором мер будет направлено на предотвращение рисков причинения вреда жизни и здоровью граждан.

А медицинские организации, с учетом утверждения индикаторов риска, будут уделять повышенное внимание соблюдению соответствующих обязательных требований (порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения)) при осуществлении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Необходимо отметить, что паспорт проекта «Совершенствование функции государственного надзора в сфере здравоохранения в рамках реализации приоритетной программы Реформа контрольной и надзорной деятельности», регламентирующий реализацию Росздравнадзором направлений в рамках реформы контрольной и надзорной деятельности, включает ряд показателей, направленных на снижение количества смертельных случаев по контролируемым видам деятельности [105].

В числе показателей по государственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности представлен показатель «Снижение госпитальной летальности от инфаркта миокарда (человек)». Объективное снижение данного показателя безусловно возможно только при активном участии каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с ИМ.

5.4 Мониторинг реализации мероприятий по снижению смертности

С 2015 года Минздрав России в целях достижения целевых показателей деятельности системы здравоохранения осуществляет мониторинг реализации мероприятий по снижению смертности от основных причин.

Установлен порядок ежемесячного предоставления органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны сведений в специализированную информационную систему для их дальнейшего анализа Минздравом России и принятия организационных и методических мер.

В числе целевых показателей для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны Минздравом России

определены 19 сигнальных индикаторов для мониторинга реализации мероприятий по снижению смертности от:

ишемической болезни сердца;

цереброваскулярных болезней;

дорожно-транспортных происшествий;

новообразований, в том числе злокачественных;

болезней органов дыхания;

болезней органов пищеварения;

туберкулеза.

Сбор сведений, предоставляемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны, осуществляется ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России с использованием специально разработанного информационного ресурса в автоматизированной системе.

По итогам сбора сведений Минздравом России регулярно проводятся видео-селекторные совещания с руководителями органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны для выработки своевременных мер реагирования в случае недостижения определенных 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».

Данный индикатор согласуется с выбранными в исследовании для оценки эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи при ИМ в сосудистых центрах интегральными индикаторами качества процесса оказания медицинской помощи – показатели использования рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения.

Учитывая вышесказанное, модель сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистых центрах (используемые в ней интегральные индикаторы качества процесса оказания медицинской помощи) может быть применена в качестве поиска мер для повышения эффективности деятельности сосудистых центров, оказывающих помощь пациентам с острым коронарным синдромом (в частности ИМ), в целях достижения сигнальных индикаторов, определенных Минздравом России, в субъектах Российской Федерации.

Как было показано в исследовании, достижение лучших интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи, в том числе снижение летальности от ИМ, может быть достигнуто при применении процессного подхода к управлению качеством медицинской помощи, который ориентирован на соблюдение законодательных требований Российской Федерации (порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения)).

Модель сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистых центрах (как путем использования ее в целом, так и использования ее отдельных составляющих) может реализована в следующих направлениях:

для объективизации сведений при оценке подходов к управления качеством медицинской помощи, в том числе в рамках проведения внешней оценки деятельности руководства медицинских организаций, осуществляющих оказание медицинской помощи пациентам с ИМ в условиях сосудистого центра;

для выработки механизмов соответствии оказанной медицинской помощи критериям оценки качеств медицинской помощи;

при реализации в рамках проведения реформы контрольной и надзорной деятельности в сфере здравоохранении;

в рамках деятельности, направленной на достижение сигнальных индикаторов, установленных Минздравом России для мониторинга реализации мероприятий по снижению смертности от основных причин.

Разработанная авторами «Модель сравнения эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи в сосудистых центрах» может применяться в региональной практике для оценки подходов к управления качеством при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ.

Реализация модели направлена на то, чтобы в медицинской организации, как при внутренней оценке, так и при внешней оценке подходов к управлению качеством медицинских помощи, появилась возможность судить в сравнении о существующих преимуществах и недостатках того или иного подхода.

Таким образом в исследовании научно обоснованы и разработаны направления по совершенствованию подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с ИМ в условиях сосудистого центр, определены преимущества процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении проведенного исследования необходимо отметить, что в Российской Федерации установлена законодательном необходимость развития системы управления качеством в медицинских организациях.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года предполагает, что для реализации целей развития системы здравоохранения необходимо создание системы управления качеством медицинской помощи. Но требований, какую именно систему управления качеством необходимо внедрить, в законодательстве Российской Федерации не установлено.

Таким образом в законодательстве Российской Федерации определено, что для формирования системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, необходимо построение современной системы управления качеством.

Высокая распространенность ИМ и значительный вклад заболевания в смертность трудоспособного возраста в Российской Федерации определяет поиск многими исследователями современных подходов к организации оказания медицинской помощи пациентам с ИМ. Поэтому актуальным является сравнение эффективности различных подходов к управлению качеством медицинских услуг пациентам с ИМ в условиях сосудистого центра.

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

На основании результатов государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности при несоблюдении установленных требований к медицинским организациям применяются меры административного характера.

По результатам контроля в рамках ОМС к медицинской организации могут быть применены финансовые санкции с учетом выявленных дефектов медицинской помощи (нарушений при оказании медицинской помощи).

Учитывая изложенное, в современных условиях медицинским организациям крайне важно обеспечить соответствие процесса оказания медицинской помощи требованиям действующего законодательства Российской Федерации – порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям. Для обеспечения соответствия заявленным требованиям, эффективного использования ресурсов, принятия решений на основе фактов и удовлетворения ожиданий всех заинтересованных сторон необходимо развивать систему управления качеством.

На уровне медицинской организации (государственной, муниципальной или частной) в соответствии со ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регламентировано осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Однако единых подходов к внутреннему контролю качества и безопасности в Российской Федерации не утверждено, порядок проведения такого контроля устанавливается руководителями указанных организаций.

Широкие полномочия врачебной комиссии, закреплены приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». Поэтому, с учетом перечисленных полномочий, деятельность врачебной комиссии может составлять основу для внедрения внутренних механизмов развития системы управления качеством медицинской помощи в медицинской организации.

Однако, единого научного мнения и подтверждения того, что какой-то из подходов обеспечения качества предпочтительнее нет, так как проведено не так много исследований оценивающих и сравнивающих различные подходы. Все все это подтверждает актуальность проведения исследования в области

совершенствования подходов к управлению качеством медицинских услуг при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ в условиях сосудистого центра.

Обзор литературы по теме исследования показал, что понятие «управление качеством медицинской помощи» в законодательстве Российской Федерации не раскрывается. В нормативных правовых документах преобладающее внимание уделяется контролю качества медицинской помощи.

Поэтому для решения задачи по формированию наиболее эффективной системы управления качеством медицинской помощи, которая сможет обеспечить в медицинской организации соблюдение перечисленных требований законодательства Российской Федерации, во-первых, в исследовании было определено, что включает в себя построение системы управления качеством и каковы преимущества тех или иных систем управления качеством.

Важно подчеркнуть, наличие изменчивости (вариабельности) во всех явлениях и процессах, которая применительно к понятию «качество» была описана Уолтером Шухартом. Результат («выход») любого процесса, в частности, процесса оказания медицинской помощи, подвержен определенной вариабельности.

Об этом в аспекте оценки качества как оценки результата медицинской помощи писал и Аведис Донабедиан. Данные о самом процессе являются наиболее чувствительными показателями в оценке качества, чем данные о результате процесса.

Таким образом для управления (изучения, оценки, контроля) качества медицинской помощи важно анализировать не только сам результат, но и непосредственно процессы, которые приводят к тому или иному результату.

Основываясь на концепции всемирно известного доктора Эдвардса Деминга, необходимо отметить, что для соблюдения временных рамках при оказании медицинской помощи, оптимальной последовательности выполнения медицинских услуг и маршрутизации пациентов, необходимо иметь такую систему управления, которая бы гарантировала качество на всех этапах процесса оказания медицинской помощи.

Процессный подход с учетом основных направлений его реализации позволяет использовать проверенные инструменты для повышения эффективности системы управления качеством медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи при ИМ регламентировано требованиями законодательства Российской Федерации – порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

В исследовании оценка эффективность подходов к управлению качеством медицинских услуг пациентам с ИМ в типовых сосудистых центрах проведена, используя сравнение интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи.

Результаты доказывают преимущество процессного подхода к управлению качеством с адаптацией медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ в условиях сосудистого центра.

Сравнение интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи позволяет констатировать, что применение процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации при оказании медицинской помощи пациентам с ИМ обеспечивают контроль наличия показаний и своевременности выполнения коронароангиографии (чрескожного коронарного вмешательства).

Анализ объемных показателей снятий по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, проводимых страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, позволил продемонстрировать меньшую долю случаев оказания медицинской помощи, подлежащих отказу (уменьшению) в оплате, в медицинской организации, применяющей процессный подход к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации.

Таким образом процессный подход к управлению качеством медицинских услуг с адаптацией медицинской документации позволяет:

1. обеспечивать своевременность выполнения необходимых медицинских вмешательств;
2. контролировать обоснованность предоставления медицинских услуг;
3. обеспечивать необходимую кратности применения медицинских услуг;
4. определять оптимальную последовательность выполнения медицинских услуг;
5. выявлять наиболее частые ошибки и недочеты при оказании медицинской помощи.

Процессный подход к управлению качеством медицинских услуг также обеспечивает четкое соблюдение требований к объему медицинских вмешательств, установленных законодательством Российской Федерации.

Адаптация медицинской документации обеспечивает соответствие оказываемой в сосудистом центре медицинской помощи пациентам с ИМ требованиям к ее качеству, установленным законодательством Российской Федерации, – порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Поэтому при построении системы управления качеством медицинской помощи необходимо учитывать все ее неотъемлемые компоненты – от этого зависит успех в работе медицинской организации и удовлетворенность пациентов.

В рамках исследования на основе публикаций ведущих ученых и организаций в области изучения качества были определены внутренние (руководство, организация процесса, ориентация на пациента, сотрудники, информация и знания, использование ресурсов) и внешние (общество в целом, партнеры, финансирование) компоненты системы управления качеством.

Уровень вовлеченности врачей, согласно мнению экспертов ВОЗ, является одним из наиболее обсуждаемых факторов, дефицит которых служит препятствием для широкого внедрения методов повышения качества оказания медицинской помощи.

Поэтому в исследовании в ходе оценки эффективности подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с ИМ уделено внимание не только изучению определенных интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи, но и анкетированию врачей как части общей оценки процесса обеспечения качества в медицинской организации.

На внутренние компоненты системы управления качеством медицинской помощи медицинская организация может влиять преимущественно самостоятельно внутри, поэтому именно они были изучены в ходе социологического опроса.

Результаты анкетирования свидетельствуют о преимуществах построения в сосудистых центрах системы управления качеством, основанной на процессном подходе, который ориентирован на непрерывное повышение качества и регулярный мониторинг процессов с целью подтверждения их соответствия определенным требованиям.

Так, например, преимуществом процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг в МО №1, является то, что все прошенные врачи отмечают доступность данных о качестве оказываемой ими медицинской помощи. При этом, в МО №2 лишь 44,4% опрошенных врачей указали на доступность таковых данных.

Аналогичная ситуация отмечается, по мнению врачей, и при направлении пациента на консультацию к другому специалисту – в МО №2 только чуть более половины врачей (55,6%) располагают данными, характеризующими показатели «качества медицинской помощи» специалиста, к которому направляют на консультацию, а в МО №1 все опрошенные врачи располагают этими данными. Это свидетельствует о преимуществах внедрения процессного подхода к управлению качеством, который ориентирован на непрерывное повышение качества и регулярный мониторинге данных о лечебном процессе.

По данным анкетирования, несмотря на требование к применение учетных форм в медицинской карте стационарного больного, в МО №1 врачи тратят в среднем на 20% меньше на бумажную работу, чем в МО №2. Оптимизация труда

сотрудников благодаря внедрению процессного подхода к управлению качеством медицинских услуг в МО №1 позволяет выделять больше возможностей для непосредственного лечебного процесса и контакта с пациентом.

Социологический опрос врачей указал на наиболее значимые направления, требующие решения для повышения эффективности системы управления качеством, ориентации ее на сотрудников, укреплению мотивации медицинского персонала.

Таким образом в диссертационной работе в целях совершенствования подходов к управлению качеством медицинской помощи пациентам с ИМ в типовых сосудистых центрах проведена оценка эффективности подходов к управлению качеством медицинских услуг путем сравнения интегральных индикаторов качества процесса оказания медицинской помощи, а также сравнительный анализ 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 обязательного медицинского страхования 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, а также 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 проводится врачебной комиссий 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 управления 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 СОКРАЩЕНИЙ

ИМ – инфаркт миокарда

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ОМС – обязательное медицинское страхование

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «ГОСТ ISO 9000-2011. Межгосударственный стандарт. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.» введен в действие Приказом Росстандарта. 22.12.2011 г. № 1574-ст.
2. «ГОСТ ISO 9001-2011. Межгосударственный стандарт. Системы менеджмента качества. Требования.» введен в действие Приказом Росстандарта. 22.12.2011 г. № 1575-ст.
3. «ГОСТ Р 50779.42-99 (ИСО 8258-91). Государственный стандарт Российской Федерации. Статистические методы. Контрольные карты Шухарта» принят и введен в действие Постановлением Госстандарта России. 15.04.1999 г. № 127.
4. «ГОСТ Р 56034-2014. Национальный стандарт Российской Федерации. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения», утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 04.06.2014 № 503-ст.
5. «ГОСТ Р ИСО 7870-1-2011 Статистические методы. Контрольные карты. Часть 1. Общие принципы.» утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии. 09.11.2011 г. № 524-ст.
6. «ГОСТ Р ИСО 9004-2010. Национальный стандарт Российской Федерации. Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества.» утв. и введен в действие Приказом Росстандарта. 23.11.2010 г. № 501-ст.
7. «ГОСТ Р ИСО/ТО 10017-2005. Статистические методы. Руководство по применению в соответствии с ГОСТ Р ИСО 900.» утвержден Приказом Ростехрегулирования. 31.05.2005 г. № 111-ст.
8. «Р 50.1.018-98. Рекомендации по стандартизации. Обеспечение стабильности технологических процессов в системах качества по моделям стандартов ИСО серии 9000. Контрольные карты Шухарта» приняты и введены в действие Постановлением Госстандарта РФ. 14.05.1998 г. № 204.

9. Авксентьева М.В. Методологические основы организации, проведения и применения клинико-экономических исследований в управлении качеством медицинской помощи: дис. ... док. мед. наук: 14.00.33. - Москва, 2003. - 359 с.
10. Алленов А.М. Совершенствование организации и управления кардиологической помощью населению в субъекте Российской Федерации: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. - Москва, 2012. - 181 с.
11. Арустамян, Г.Н. Организационно-экономические механизмы повышения качества социальных услуг: дис. ... канд. экон. наук: 08.00.01, 08.00.05. - Москва, 2012. - 178 с.
12. Баев В.В. Клинико-экономический анализ при остром инфаркте миокарда дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33, 14.00.06. - Абакан, 2006. - 231 с.
13. Бедорева И.Ю. Научное обоснование системы менеджмента качества медицинской организации: дис. ... док. мед. наук: 14.00.33. - Новосибирск, 2009. - 355 с.
14. Бедорева И.Ю., Фомичев Н.Г., Садовой М.А., Самарина В.Ю. Система управления качеством специализированной медицинской помощи пациентам с травмой позвоночника на основе принципов ИСО серии 9000 // Хирургия позвоночника. - Новосибирск: Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии НИИТО, 2004; №3: 89-96.
15. Бичурина, Ю. А. Социально-гигиенические и экономические аспекты оптимизации медицинской помощи больным острым коронарным синдромом на модели крупного промышленного центра в рамках реализации национального проекта Здоровье: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - Красноярск, 2006. - 19 с.
16. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации – 2014. – М.: НЦССХ имени А.Н. Бакулева, 2015. – 206 с.

17. Бошкович Р., Иванов И.В. Самооценка медицинской организации при внедрении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Вестник Росздравнадзора, 2016; № 6: 43-50.
18. Брескина Т.Н. Карта экспертизы качества медицинской помощи как основа организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре // Единые подходы к проведению экспертизы качества медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора, 2016; №1: 21-31.
19. Вардосанидзе С.Л. Теоретические и прикладные аспекты управления качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - Москва, 2002. - 243 с.
20. Вишняков Н. И. с соавт. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением, 2009. - №2. - С. 43-45.
21. Всероссийское медицинское обсуждение. Социологическое исследование «Изменения законодательства в здравоохранении и его модернизация: мнения врачей» // Российская медицинская ассоциация URL: http://www.rmass.ru/publ/info/Obsujdenie (дата обращения: 01.06.2014).
22. Гайфуллин Р.Ф., Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И. Модернизация внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи в системе оперативного управления крупной многопрофильной организацией. // Практическая медицина. Актуальные проблемы медицины. - 2013. - №1-2 (69). - С. 25-31.
23. Ганюков В.И., Протопопов А.В., Башкирева А.Л. и соавт. Европейская инициатива «STENT FOR LIFE» в России // Российский кардиологический журнал, 2016; 6 (134): 68–72.
24. Голубева А.П. Научное обоснование модели клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений: дис. ... док. мед. наук: 14.00.33. - Москва, 2003. - 336 с.
25. Городская клиническая больница № 64 // Департамент здравоохранения города Москвы URL: http://www.mosgorzdrav.ru/mgz/KOMZDRAV

institutions.nsf/va_WebPages/lpu_01046?OpenDocument (дата обращения: 01.06.2014).

26. Данцигер Д.Г., Харитонова Л.П., Махов В.А. Построение системы менеджмента качества в многопрофильном медицинском учреждении // Сертификация, 2009; №4: 7-12.
27. Демидчик Ю.Е., Калинина Т.В., Щавелева М.В., Мороз И.Н., Станкевич С.И., Шваб Л.В. Оценка врачами качества оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2010. - №4. - С. 58-63.
28. Деминг, Э. Выход из кризиса: Новая парадигма управления людьми, системами и процессами. / Пер. с англ. - 4-е изд. - М.: Альпина Паблишер, 2011. - 419 с.
29. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб./ Росстат. - М., 2017. - 265 с.
30. Диагностика и лечение больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы (Национальные клинические рекомендации) // Федеральная электронная медицинская библиотека URL:http://www.femb.ru/find (дата обращения: 12.04.2016).
31. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (Национальные клинические рекомендации) // Федеральная электронная медицинская библиотека URL:http://www.femb.ru/find (дата обращения: 12.04.2016).
32. Духанина, И.В. Административный учет в деятельности лечебно-профилактического учреждения как основа повышения результативности оказываемой медицинской помощи пациентам терапевтического профиля: дис. ... д-р. мед. наук: 14.00.05, 14.00.33. Москва, 2006. - 153 с.
33. Дьяченко, В.Г. Качество в современной медицине. - Хабаровск: ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава, 2007. - 490 с.

34. Заболотный А.Г. Научное обоснование и формирование интегрированной системы управления качеством офтальмологической помощи (на уровне медицинской организации): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - Москва, 2008. - 230 с.

35. Иваненко, В.В. Мониторинг качества медицинской помощи в стационарах на региональном уровне: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. - СПб., 2011. - 184с.

36. Иванов Г.А., Эмануэль А.В. Методологические аспекты внедрения систем менеджмента качества в области лабораторной медицины в учреждениях здравоохранения Российской Федерации // Ученые записки СПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2010. - том XVII. - № 3. - С. 30-36.

37. Иванов И.В. Предложения по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) // Управление качеством в здравоохранении, 2016. - № 2. - С. 17-22.

38. Иванова, М.А. Оптимизация ведения больных с острым коронарным синдромом в терапевтической практике и оценка прогноза заболевания: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05. - Рязань, 2005. - 153 с.

39. Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным. - Программа охраны сексуального и репродуктивного здоровья. - Копенгаген: Европейского регионального бюро ВОЗ, Всемирная Организация Здравоохранения, 2013.

40. Калашников В.Н. Научное обоснование модели стратегического развития стоматологической службы региона и системы управления качеством медицинских услуг: дис. ... док. мед. наук: 14.00.33, 14.00.21. - Ростов-на-Дону, 2008. - 352 с.

41. Карачевцева М.А., Михайлов С.М., Гуринов П.В., Савин К.А. Экспертиза в сфере обязательного медицинского страхования (опыт Санкт-Петербурга) // Вестник Росздравнадзора, 2013; №3: 68-73.

42. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия–США. Российско-Американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству Комитет по здравоохранению. Доступность качественной медицинской помощи. – М., 1999
43. Качество медицинской помощи. Учебное пособие. / Семенов В.Ю., - М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2005. - 76 с.
44. Киселев А.Р., Посненкова О.М., Гриднев В.И. Возможности, ограничения и перспективы применения российских стандартов медицинской помощи и процессного подхода с использованием клинических индикаторов для оценки качества медицинской помощи // КАРДИО-ИТ, 2014. - том 1(2). - С. 0205.
45. Клинико-экономический анализ / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура, - М.: Ньюдиамед, 2004. - 404 с.
46. Князюк Н.Ф. Научно-методические основы повышения эффективности управления медицинскими организациями в современных условиях: дис. ... док. мед. наук: 14.02.03. - Иркутск, 2014. - 291 с.
47. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций. - М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2013. - 312 с.
48. Крючков, Д.В. Новые формы оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме на этапе приемного отделения специализированного центра: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. - Кемерово, 2013. - 131 с.
49. Кухарчик Г.А., Воронина У.В., Политов К.Г. и соавт. Состояние качества медицинской помощи при остром коронарном синдроме // Здравоохранение Российской Федерации, 2012. - № 1. - С. 34-39.
50. Линденбратен А.Л. Организационно-правовые аспекты управления качеством медицинской деятельности // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2014. - № 1. - С. 165-169.

51. Линденбратен А.Л., Дубинин Н.Д., Фаррахова Г.Р., Ягудин Р.Х. Некоторые аспекты внедрения систем управления качеством медицинской помощи // Практическая медицина, 2015. - № 4-2. - С. 68-71.
52. Лыков В.А. Оптимизация управления анестезиологической помощью в военном многопрофильном госпитале на основе внедрения процессного подхода: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - Москва, 2008. - 157 с.
53. Макаров С.А. Инновационные клинико-организационные технологии повышения качества специализированной помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: дис. ... докт. мед. наук: 14.00.33, 14.00.06. - Кемерово, 2006. - 310 с.
54. Маслов, Д. В. Сравнительный анализ мировых премий по качеству / Д.В. Маслов, Э.А. Белокоровин // Стандарты и качество. - 2005. - №5. - С. 88 - 94.
55. Матчин Ю.Г., Привалова О.Б., Привалов Д.В. и соавт. Новый подход к проведению диагностической коронарографии в учреждениях, не имеющих собственных ангиографических лабораторий // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2008; 7 (8): 51-57.
56. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента (Management). / Пер. с англ. - М.: Дело, 1997. - 704 с.
57. Методика расчета показателей деятельности учреждений здравоохранения, и здоровья населения: учебно-методическое пособие / Ставрополь: изд-во: СГМА. - 2006. – 46 с.
58. Методические рекомендации «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Методические рекомендации № 2002/92» // утв. Минздравом РФ 09.10.2002 – М.: НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова МЗ РФ, 2002.
59. Михайлова Н.В. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 // Вестник Росздравнадзора, 2010; №3: 19-27.

60. Мовсесянц М.Ю., Алекян Б.Г. Новые тенденции в выполнении чрескожного коронарного вмешательства при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST // Эндоваскулярная хирургия, 2015; Т.2, №4: 14-18.
61. Мурашко М.А. Качество медицинской помощи: новый вектор развития // Вестник Росздравнадзора, 2015; №6: 7-11.
62. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. - М.: Медицина, 2000. - 368 с.
63. Нодельман В. А. Развитие теории управления комплексным качеством (TQM) / В. А. Нодельман // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 8. Менеджмент. - СПб.: Изд-во С.-Петербургского Университета, 2004; 2 (№ 16): 69 – 87
64. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 608 с.
65. Основы эпидемиологии и статистического анализа в общественном здоровье и управлении здравоохранением. Учебное пособие. / Сырцова Л.Е., Косаговская И.И., Авксентьева М.В., - М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2004. - 194 с.
66. Открытое правительство // Президиум Совета по стратегическому развитию утвердил паспорт реформы госконтроля URL: http://open.gov.ru/events/5515675/ (дата обращения: 28.04.2017)
67. Показания к реваскуляризации миокарда (Национальные клинические рекомендации) //Федеральная электронная медицинская библиотека URL:http://www.femb.ru/find (дата обращения: 16.04.2016).
68. Посненкова О.М. Возможности применения системы клинических индикаторов для оценки качества медицинской помощи, больным артериальной гипертонией в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.06. - Саратов, 2006. - 153 с.
69. Посненкова О.М., Киселев А.Р., Попова Ю.В. и соавт. Новый подход к оценке качества медицинской помощи больным с острым коронарным

синдромом с подъемом сегмента ST: ориентация на клинический результат. // Саратовский научно-медицинский журнал, 2014. - №3(10). - С. 408-13.

70. Постановление Правительства Российской Федерации «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» от 17.08.2016 № 806 // Собрание законодательства РФ с изм. и допол. в ред. от 30.03.2017.
71. Постановление Правительства РФ «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» от 16.04.2012 № 291 // Собрание законодательства РФ, с изм. и допол. в ред. от 15.04.2013.
72. Постановление Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» от 19.12.2015 № 1382 // Собрание законодательства РФ, 28.12.2015, № 52 (часть I), ст. 7607.
73. Постановление Правительства РФ «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» от 18.10.2013 № 932 // Собрание законодательства РФ, 28.10.2013, № 43, ст. 5558.
74. Постановление Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» от 28.11.2014 № 1273 // Собрание законодательства РФ, 08.12.2014, № 49 (часть VI), ст. 6975.
75. Постановление Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» от 19.12.2016 № 1403 // Собрание законодательства РФ, 02.01.2017, N 1 (Часть I), ст. 159.

76. Постановление Правительства РФ «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» от 26.12.2017 № 1640 // Собрание законодательства РФ, 01.01.2018, № 1 (Часть II), ст. 373.
77. Постановление Правительства РФ «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» от 12.11.2012 № 1152 // Российская газета, № 265, 16.11.2012.
78. Премия Правительства Российской Федерации в области качества, Модель и критерии премии // Всероссийский научно-исследовательский институт сертификации, ВНИИС URL: http://www.vniis.ru/qualityaward/cotnents (дата обращения: 29.08.2014).
79. Приказ Минздрава России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» от 07.07.2015 № 422ан //http://www.pravo.gov.ru, 14.08.2015.
80. Приказ Минздрава России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» от 10.05.2017 № 203н // http://www.pravo.gov.ru, 17.05.2017.
81. Приказ Минздрава России «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» от 28.11.2014 № 787н // Российская газета, №299, 31.12.2014.
82. Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» от 01.11.2012 № 572н // Российская газета с изм. и допол. в ред. от 11.06.2015.
83. Приказ Минздрава России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» от 15.11.2012 № 918н // Российская газета (специальный выпуск), №90/1, 25.04.2013, с изм. и допол. в ред. от 14.04.2014.

84. Приказ Минздрава России «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» от 21.12.2012 № 1340н // Российская газета, №136, 26.06.2013.
85. Приказ Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)» от 01.07.2015 № 405ан // http://www.pravo.gov.ru, 12.08.2015.
86. Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 404ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)» // http://www.pravo.gov.ru, 23.07.2015.
87. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» // Российская газета (специальный выпуск), №90/1, 25.04.2013.
88. Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» // http://www.pravo.gov.ru, 26.02.2015.
89. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27.12.2011 № 1664н // Российская газета, №26, 08.02.2012, с изм. и допол. в ред. от 10.12.2014.
90. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» от 05.05.2012

№ 502н // Зарегистрировано в Минюсте России 09.06.2012 № 24516, с изм. и допол. в ред. от 02.12.2013.

91. Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда» от 06.09.2005 № 548.
92. Приказ ФФОМС «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» от 01.12.2010 № 230 // Российская газета. с изм. и допол. в ред. от 22.02.2017.
93. Распоряжение Правительства РФ «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» от 17.11.2008 № 1662-р // Российская газета. с изм. и допол. в ред. от 10.02.2017.
94. Руденко Б.А., Шаноян А.С., Бойцов С.А. Современные тенденции развития реперфузионной терапии у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии, 2014; 39: 31-36.
95. Самородская И. В., Бойцов С.А. Повторный инфаркт миокарда: оценка, риски, профилактика // Российский кардиологический журнал 2017, 6 (146): 139–145.
96. Серегина И.Ф., Боброва С.В., Иванов И.В. Состояние организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в субъектах Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора, 2015; №6: 34-37.
97. Системы здравоохранения. Доклад Секретариата - EB120/38 – Всемирная Организация Здравоохранения. Исполнительный комитет., 2007.
98. Системы здравоохранения. Системы управления обеспечением качества. Доклад Секретариата. - EB120/38 Add.1 - Всемирная Организация Здравоохранения. Исполнительный комитет, 2007.
99. Социологическое исследование российских врачей, акушерок и рожениц. Анкета для врача акушера-гинеколога. // Акушерство сегодня. URL:

http://www.midwifery.ru/today/opros_anketa_vrach.htm (дата обращения: 01.06.2014).

100. Тема номера: Качество медицинской помощи // Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения URL: http://www.whodc.mednet.ru/index.php?option=com_attachments&task=download&id=10&lang=ru (дата обращения: 01.06.2014).
101. Указ Президента РФ «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» от 31.12.2015 № 683 // Собрание законодательства РФ, 04.01.2016, № 1 (часть II), ст. 212.
102. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия. / Под ред. А.И. Вялкова, Р.Г. Оганова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 17 с.
103. Улумбекова Г.Э. Научное обоснование направлений развития здравоохранения РФ на среднесрочный период: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.33. - Москва, 2013. - 470 с.
104. Управление качеством. Учебник // С. Д. Ильенкова, Н. Д. Ильенкова, С. Ю. Ягудин и др.; Под ред. доктора экономических наук, профессора Ильенковой С. Д. М.: ЮНИТИ, 1998.
105. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения // Система оценки результативности и эффективности контрольно-надзорной деятельности URL: http://roszdravnadzor.ru/reform/effectiveness (дата обращения: 24.05.2018)
106. Федеральный закон «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» от 26.12.2008 № 294-ФЗ // Российская газета, с изм. и допол. в ред. от 18.04.2018.
107. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Российская газета. с изм. и допол. в ред. от 27.06.2018.

108. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Российская газета. с изм. и допол. в ред. от 07.03.2018.
109. Фуфаев Е.Н. Научное обоснование совершенствования медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями: дис. ... докт. мед. наук: 14.00.33, 14.00.06. - Москва, 2009. - 264 с.
110. Хабриев, Р.У., Воробьев, П.А., Юрьев, А.С. Индикаторы качества оказания медицинской помощи (региональный уровень) // Проблемы стандартизации в здравоохранении: Научно-практический рецензируемый журнал. - 2005. - №10. - С. 54-63.
111. Царик Г.Н., ред. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение». Кемерово: Практика; 2012.
112. Шайдуллина Л.И. Управление качеством медицинской помощи во внебольничных медицинских учреждениях негосударственного сектора здравоохранения (на примере г. Казани): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. - Казань, 2008. - 180 с.
113. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Возможные пути улучшения качества лечения больных с острым коронарным синдромом в Москве. // Главврач, 2012. - №10. - С. 13-21.
114. Эрлих, А.Д. Организация и использование российского регистра для оценки качества лечения и поиска путей по улучшению исходов при остром коронарном синдроме: дис. ... док. мед. наук: 14.01.05. - Москва, 2012. - 305 с.
115. A Rapid Review of the Safety and Quality of Care for Acute Adult Patients in NHS Lanarkshire. Findings and Recommendations. - Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland, 2013.
116. A survey of America's physicians: practice patterns and perspectives. - Boston, Massachusetts: The Physicians Foundation, 2012.

117. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2008; 117: 296-329.
118. Avdeeva, O, Georgieva, L. Promoting the quality of health services in Bulgaria, 2007. Eurohealth, 13(2): 19–20
119. Baldrige Excellence Framework (Health Care) 2015–2016 // Baldrige Performance Excellence Program URL: http://www.nist.gov/baldrige/publications/hc_criteria.cfm (дата обращения: 30.08.2015).
120. Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J 2007; 28: 1598-1660.
121. Beebe, J. Rapid Assessment Process: An Introduction. - Boston: AltaMira Press, 2001. - 224 с.
122. Brook, R., McGlynn, E., Cleary, P. Measuring quality of care. // The New England Journal of Medicine, 1996. - 335(13) - P. 966–970.
123. Brook, R., McGlynn, E., Shekelle, P. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. // International Journal for Quality in Health Care, 2000. - 12(4) - P.281–295.
124. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016 // European Heart Journal URL: https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/42/3232/2536403 (дата обращения: 01.02.2017).
125. Cardiovascular Disease Statistics 2017 // British Heart Foundation URL: https://www.bhf.org.uk/research/heart-statistics/heart-statistics-publications /cardiovascular-disease-statistics-2017 (дата обращения: 01.12.2017).
126. Crosby, B. Philip. Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain / New York: McGraw-Hill, 1979 - 309 p.

127. Currie, C et al. Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/10 survey. World Health Organization Regional Office for Europe: Copenhagen.
128. Davenport T.H. Business Innovation, Reengineering Work through Information Technology. - Boston: Harvard Business School Press, 1993. – 352 p.
129. Davis, K, Schoen, C. State health system performance and state health reform, 2007. Health Affairs (Millwood), 26(6):664–666.
130. Deming, W. Edwards Out of Crisis / W. Edwards Deming, - Reprint. Originally published: Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology, Center fot Advanced Educational Services, 1982. - Cambridge, Mass.: MIT Press, 2000 - 507 p.
131. Donabedian, A. The quality of care: How can it be assessed? // Journal of the American Medical Association, 1988; 260: 1743–1748.
132. Donabedian, A. The seven pillars of quality // Archives of Pathology and Laboratory Medicine, 1990; 114: 1115– 1118.
133. Drucker, Peter F. Management: Tasks, Responsibilities, Practices / New York: Harper Business, 1993, - 864 p.
134. Economic Control of Quality of Manufactured Product. 50th Anniversary Commemorative reissue. / Shewhart W.A., - Reprint. Originally published: New York: Van Nostrand, 1931. - Milwaukee, Wis.: American Society for Quality Control: ASQ Quality Press, 1980. - 501 p.
135. Evans SM, Lowinger JS, Sprivulis PC, Copnell B, Cameron PA (2009) Prioritizing quality indicator development across the healthcare system: identifying what to measure. Intern Med J 39(10):648–654.
136. Find public assessment reports and safety public assessment reports // Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency URL: https://www.gov.uk/pars-safety-pars (дата обращения: 02.05.2017).
137. Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses. - Ottawa: Statistics Canada. Canadian Institute for Health Information, 2006.

138. Fox K. A., Poole-Wilson P., Clayton T. C. et al. 5-year outcome of an interventional strategy in non-ST-elevation acute coronary syndrome: the BritishHeart Foundation RITA 3 randomised trial // Lancet. – 2005. – Vol. 366. – P. 914–920.
139. Georgieva L et al.. Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, 9(1). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
140. Geraedts, M, Schwartze, D, Molzahn, T. Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators, 2007. BMC Health Services Research, 7(1):157.
141. Giugliano R. P., White J. A., Bode C. et al. Early versus delayed, provisional eptifibatide in acute coronary syndromes // N. Engl. J. Med. – 2009. –Vol. 360. – P. 2176–2190.
142. Groene, O et al. The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. Int J Qual Health Care. 2008. Jun; 20(3): 155-61.
143. Gurses A.P., Carayon P., Wall M. Impact of Performance Obstacles on Intensive Care Nurses' Workload, Perceived Quality and Safety of Care, and Quality of Working Life. // Health Serv Res. Apr 2009. - 44(2 Pt 1) - P. 422–443.
144. Health Reform and the Decline of Private Physician Practice. A White Paper Examining the Effects of The Patient Protection and Affordable Care Act On Physician Practices in the United States. – Boston, Massachusetts: The Physicians Foundation, 2010.
145. Health Tracking Physician Survey Methodology Report 2008 // Center for Studying Health System Change (HSC) URL: http://www.hschange.com/CONTENT/1085/ (дата обращения: 01.06.2014).
146. Hughes RG (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008

147. Krogstad U., Hofoss D., Hjortdahl P. Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. // Int J Qual Health Care, 2004. - 16 (6) - P. 491-497
148. Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. - World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. - Bodmin, Cornwall.: MPG Books, 2008. - 210 p.
149. Library & Resources / International Guideline Library // Guidelines International Network G-I-N URL: http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library (дата обращения: 01.05.2017).
150. Mant, J., Hicks, N. Detecting differences in quality of care: the sensitivity of measures of process and outcome in treating myocardial infarction. // British Medical Journal, 1995. - 311 - P.793–796.
151. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. - Report on WHO Workshop - EUR/03/5038066 - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization, 2003.
152. Mehta S. R., Granger C. B., Boden W. E. et al. Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes // N. Engl. J. Med. – 2009. –Vol. 360. – P. 2165–2175.
153. Mente, Andrew, et al. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease, 2009. Archives of internal medicine; 169.7: 659-669.
154. Model Criteria // European Foundation for Quality Management, EFQM URL: http://www.efqm.org/efqm-model/model-criteria (дата обращения: 01.06.2014).
155. National Survey of Physicians and Quality of Care 2003 // The Commonwealth Fund URL: http://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2003/2003-national-survey-of-physicians-and-quality-of-care (дата обращения: 01.06.2014).

156. Ndrepepa G, Kastrati A, Mehilli J, et al. One-year clinical outcomes with abciximab vs. placebo in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention after pre-treatment with clopidogrel: results of the ISAR-REACT 2 randomized trial. Eur Heart J 2008; 29: 455-461.
157. Nolte E., McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis, 2008. Health Affairs (Millwood), 27(1):58–71.
158. Patient experience overall measure: 2012 inpatient survey update. // GOV.UK URL: https://www.gov.uk/government/publications/patient-experience-overall-measure-2012-inpatient-survey-update (дата обращения: 01.06.2014).
159. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). - WHO Regional Office for Europe. Division of Country Health Systems , 2007
160. Peters M., Jenkinson C., Perera S. et al. «Quality in the provision of headache care. 2: defining quality and its indicators» // J Headache Pain, 2012; 13(6): 449–457.
161. Quality and accreditation in health care services: A global review.. - WHO/EIP/OSD/2003.1 - Geneva: Department of Health Service Provision (OSD). World Health Organization, 2003.
162. Quality Improvement Through Statistical Methods / Bovas Abraham, editor; in association with N. Unnikrishnan Nair. – Boston: Birkhauser, 1998. – 442 p.
163. Quality in Health Care // Ed. N. O. Graham. – Gaithersburg, Maryland: Aspen Publication, 1995.
164. Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: overview report. Professor Sir Bruce Keogh KBE // NHS URL: http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keogh-review/Documents/outcomes/ keogh-review-final-report.pdf (дата обращения: 01.06.2014).
165. Schoen, C et al. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Affairs (Millwood), 26(6):717–734.
166. Shaw LJ, Berman DS, Maron DJ, et al. Optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention to reduce ischemic burden: results from the

Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation (COURAGE) trial nuclear substudy. Circulation 2008; 117: 1283-1291.

167. Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen R, Katsarava Z, Martelletti P, Stovner LJ (2011) The global campaign, world health organization and lifting the burden: collaboration in action. J Headache Pain 12(3):273–274.
168. Swanson N, Montalescot G, Eagle KA, et al. Delay to angiography and outcomes following presentation with high-risk, non-ST-elevation acute coronary syndromes: results from the Global Registry of Acute Coronary Events. Heart 2009; 95: 211-215.
169. The Application Guide for The Deming Prize // Union of Japanese Scientists and Engineers, JUSE URL: http://www.juse.or.jp/deming_en/download/ (дата обращения: 30.08.2014).
170. The Executive Guide to Improvement and Change / G. Dennis Beecroft, Grace L. Duffy, John W. Moran. - Milwaukee, WI: ASQ Quality Press, 2003. – 254.
171. The Malcolm Baldrige National Quality Improvement Act of 1987 in H.R. 812, 1987
172. The Philosophy of Shewhart's Theory of Prediction // URL: http://www.flowmap.com/documents/shewhart.pdf (дата обращения: 01.06.2014).
173. Tina C Foster, Julie K Johnson, [...], and Paul B Batalden. Using a Malcolm Baldrige framework to understand high ‐ performing clinical microsystems. // Qual Saf Health Care. Oct 2007. - 16(5) - P. 334 – 341.
174. Tricoci P, Lokhnygina Y, Berdan LG, et al. Time to coronary angiography and outcomes among patients with high-risk non ST-segment elevation acute coronary syndromes: results from the SYNERGY trial. Circulation 2007; 116: 2669-2677.
175. Veillard J et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. // International Journal for Quality in Health Care, 2005; 17(6): 487-496.

176. What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care? - Health Evidence Network report - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization, 2005
177. What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? - Health Evidence Network report - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization, 2003
178. Woodward, C.A. Improving Provider Skills. Strategies for Assisting Health Workers to Modify and Improve Skills: Developing Quality Health Care - A Process for Change // WHO/EIP/OSD/00.1, 2000. - 60 c.
179. Zegers, M et al. Study protocol: design of a retrospective patient record study on the occurrence of adverse events among patients in Dutch hospitals, 2007. BMC Health Services Research, 7(27):1–11.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Уважаемые коллеги!

Просим Вас принять участие в опросе, цель которого – изучение факторов, влияющих на качество медицинской помощи в медицинской организации. Каждый вопрос предполагает один вариант ответа при отсутствии других указаний.

От полноты и искренности Ваших ответов зависит ценность полученных результатов, которые будут использоваться только в обобщенном виде, анонимность гарантируется.

Под «качеством медицинской помощи» в анкете подразумевается объективная количественная информация о лечении, такая как процент пациентов, получающих рекомендуемое лечение, количество положительных исходов лечения и т.д.

1. При направлении пациента на консультацию к другому специалисту, имеются ли у Вас данные, характеризующие показатели «качества медицинской помощи» этого врача?

a) да b) нет

2. Когда Вы направляете пациента на консультацию к другому врачу, насколько информация, представленная ниже, важнее, чем данные о «качестве медицинской помощи», оказываемой этим врачом?

(выберите один ответ в строке)

	Менее важно	*Так же важно*	*Более важно*
2.1 Репутация этого врача среди Ваших коллег			
2.2 Профессиональная квалификация этого врача (научное звание, курсы повышения квалификации, стажировки и т.д.)			
2.3 Ваш личный опыт взаимодействия с этим врачом			
2.4 Мнение пациентов об этом враче			

3. Ведется ли систематизация ошибок/недочетов деятельности врачей в Вашем медицинском учреждении?

a) да b) нет c) не знаю

4. Имеете ли Вы доступ к данным о «качестве медицинской помощи», которую сами оказываете?

a) да b) нет *ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ №8*

5. *Позволяют ли* эти данные Вам сравнивать себя с …?

(выберите всё, что необходимо)

a) зарубежными врачами
b) российскими врачами
c) врачами в субъекте РФ, в котором Вы работаете
d) врачами в медицинской организации, в которой Вы работаете
e) нет, из-за несоответствия формы (объема) получаемых данных *ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ №8*
f) другое *(напишите)*_____

6. На основании этих данных *сравниваете ли* Вы себя с …?

(выберите все, что необходимо)

a) зарубежными врачами
b) российскими врачами

c) врачами в субъекте РФ, в котором Вы работаете
d) врачами в медицинской организации, в которой Вы работает
e) нет, только получаю информации о той помощи, которую сам оказываю.
f) другое *(напишите)*_____

7. Из каких источников Вы получаете данные о «качестве медицинской помощи», которую Вы оказываете пациентам? *(выберите все, что необходимо)*
a) страховые медицинские организации
b) руководство Вашей медицинской организации
c) медицинские профессиональные сообщества и ассоциации
d) другое *(напишите)*_____

8. К каким источникам по современным клиническим рекомендациям, новым подходам к лечению, Вы имеете регулярный, свободный доступ в Вашем отделении? *(выберите все, что необходимо)*
a) определенным научным журналам
b) электронным научным базам (российским или зарубежным)
c) материалам, распространяемым представителями медицинских и фармацевтических фирм
d) материалам, подготовленным врачебной ассоциацией
e) другое *(напишите)*_____

9. Используете ли Вы в работе электронные системы доступа и обмена информацией (результатами лабораторных анализов, диагностических исследований и т.д.)? *(выберите все, что необходимо)*
a) нет
b) да, просто используем электронные шаблоны для печати информации
c) да, ведем дневники в электронной истории болезни
d) да, делаем назначения в электронной базе
e) да, смотрим результаты КТ и др. исследований
f) да, используем полноценную электронную историю болезни (направления, назначения и т.д.)
g) другое*(напишите)* _____

10. Оцените эффективность системы предупреждения и сокращения количества медицинских ошибок в Вашей медицинской организации: выдачи неправильных лекарственных препаратов, нарушении дозировок, хирургических ошибок, ошибок в интерпретации результатов диагностических тестов *(выберите один вариант)*
a) не эффективная
b) скорее не эффективная
c) скорее эффективная
d) эффективная

11. Приходится ли Вам сталкиваться с ошибками/недочетами в работе Ваших коллег?
a) да b) нет *ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ №13*

12. <u>Наиболее часто</u> Вам приходится сталкиваться с ошибками/недочетами в работе следующих медицинских работников…? *(выберите все, что необходимо)*
a) врачей функциональной диагностики
b) врачей рентгенологов, КТ, МРТ
c) врачей УЗИ
d) врачей приемного отделения
e) врачей терапевтов
f) врачей хирургов
g) врачей травматологов
h) врачей неврологов
i) врачей гинекологов
j) врачей урологов
k) врачей отделения реанимации
l) врачей отделения анестезиологии
m) среднего медицинского персонала
n) санитаров
o) сотрудников кабинета переливания крови
p) другое *(напишите)*_____

13. После вызова Вас на консультацию к пациенту в другое отделение, бывает ли, что Вы считаете причины назначения консультации необъективными (консультацию необоснованной)?

a) нет *ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ №15*
b) да, редко
c) да, часто

14. Перечислите отделения, специалисты которых, по Вашему мнению, наиболее часто назначают необоснованные консультации *(напишите)*

_____
_____

15. Ниже представлены утверждения о взаимодействии медицинского персонала в больнице (врачей, среднего медицинского персонала и т.д.) как членов одной «команды». Основываясь на Вашем личном опыте укажите, на сколько Вы согласны с каждым из утверждений? *(выберите один ответ в строке)*

	Совершенно не согласен	Не согласен	Скорее согласен, чем не согласен	Согласен	Совершенно согласен
15.1 Вовлеченность в «команду» разных специалистов увеличивает вероятность возникновения медицинских ошибок					
15.2 Обмен данными между членами «команды» улучшает результативность медицинской помощи					
15.3 Работа «в команде» усложняет процесс					
15.4 Достаточно, чтобы каждый делал свою работу хорошо, тогда эффективность всегда повышается					

16. Собираетесь ли Вы (помимо ежедневных организационных «пятиминуток») коллективом вашего отделения / нескольких отделений для обсуждения достижений и клинически сложных случаев в работе?

a) да, раз в неделю
b) да, раз в 2 недели
c) да, раз в месяц
d) да, реже
e) нет

17. Разбираете ли Вы с «младшими» сотрудниками ошибки и вопросы, связанные с улучшением показателей «качества медицинской помощи»?

a) нет, никогда b) да, редко c) да, иногда d) да, часто

18. Какую часть от Вашего рабочего времени вы тратите на «бумажную работу»? *(отметьте на шкале процент времени)*

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

19. Хватает ли Вам времени на непосредственный лечебный процесс, учитывая необходимость оформления всех требуемых бумаг?
a) да, хватает
b) нет, хотелось бы больше времени
c) нет, катастрофически не хватает

20. В общем и целом, на сколько, в баллах, Вы удовлетворены Вашей работой? *(отметьте на шкале одно число)*
от 1=очень не удовлетворен, до 10=полностью удовлетворен

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Отметьте Ваши основные мотивирующие факторы в работе? *(выберите не более 2-х ответов)*
a) заработная плата
b) возможность профессионального роста
c) удовлетворение от результатов работы
d) хороший коллектив
e) радость от признания Ваших профессиональных заслуг и достижений
f) другое*(напишите)* _____

22. Приходится ли Вам работать сверх установленных трудовым договором часов?
a) да, регулярно, НО это чаще всего не учитывается при расчете з/п
b) да, регулярно, за это идет перерасчет з/п
c) нет, не приходится

23. Как часто Вы посещаете медицинские конференции, семинары и симпозиумы?
a) раз в месяц
b) раз 3 месяца
c) раз в полгода
d) раз в год
e) практически не посещаю

24. Как часто Вы читаете новые профессиональные публикации/прессу/интернет-издания по вашей специальности?
a) раз в неделю
b) более 1 раза в месяц
c) раз в месяц и реже
d) совсем нет времени читать

25. Используете ли Вы в своей практике данные, полученные доказательной медициной (данные, публикуемые Кокрановским Сотрудничеством)?
a) да
b) нет
c) не знаю, что такое Кокрановское Сотрудничество

26. Следите ли Вы обычно за изменениями в законодательной и правовой сферах здравоохранения?
a) да
b) нет *ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ №28*

27. За период с 2010г. по настоящее время был принят ряд новых законов в сфере здравоохранения (в том числе 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и д.р.). Известно ли Вам содержание указанных документов?
a) да, знаю об этом все и подробно
b) да, знаю кое-что
c) да, знаю об этом на уровне комментариев и слухов
d) нет, не знаю

28. Считаете ли Вы, что руководство учитывает Вашу точку зрения (учитывает мнение врачей) перед принятием новых организационных/ управленческих решений?
a) да

b) нет
c) недостаточно

29. Знаете ли Вы свои должностные инструкции (функциональные обязанности), утвержденные в учреждении?
a) нет *ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ №32*
b) скорее нет, чем да
c) скорее да, чем нет
d) да

30. На сколько соответствует *реально выполняемая* Вами работа Вашим должностным инструкциям (функциональным обязанностям), утвержденным в учреждении?
a) соответствует *ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ №32*
b) реальных обязанностей больше, чем указано в документах
c) реальных обязанностей меньше, чем указано в документах
d) не соответствует

31. Перечислите обязанности, которые не указаны в Ваших должностных инструкциях (функциональных обязанностях), но которые Вам приходится выполнять в ходе работы *(напишите)*
_____
_____

32. Считаете ли Вы, что руководство учитывает при формировании выплат по новой системе оплаты труда, данные по «качеству медицинской помощи», оказываемой определенным врачом?
a) нет, не учитывает
b) скорее нет, чем да
c) скорее да, чем нет
d) да, учитывает

33. Понятна ли Вам система формирования Вашей заработной платы (какой оклад, на какие компенсационные и стимулирующие выплаты Вы претендуете) в соответствии с новой системой оплаты труда?
a) да
b) скорее да, чем нет
c) скорее нет, чем да
d) нет

34. Каково отношение руководства Вашей организации к процессу самообразования врачей (посещению конференций, симпозиумов, семинаров и т.д.)?
a) считает процесс важным, но на него надо находить время вне рабочих часов
b) считает процесс важным, идет на встречу при формировании рабочего графика
c) с большим трудом идет на встречу при учете в формировании графика

35. Приходится ли Вам совмещать курсы повышения квалификации, сертификационные курсы с работой в отделении в силу производственной необходимости?
a) да, с полной занятостью
b) да, с частичной занятостью
c) нет, только в силу собственного желания
d) нет

36. Какова Ваша трудовая занятость в этой медицинской организации?
a) работаю на 1 ставку
b) работаю более, чем на 1 ставку в силу потребности в дополнительном заработке
c) работаю более, чем на 1 ставку только в силу производственной необходимости
d) работаю менее, чем на 1 ставку

37. При поступлении на плановое лечение, чаще пациенты полностью подготовлены к оперативному вмешательству (учитывая все патологии) или приходится в рамках госпитализации тратить время на дополнительные обследования, консультации?
a) да, в 100% полностью подготовленные

b) нет, в 10% назначаем дополнительные обследования/консультации
c) нет, в 20% назначаем дополнительные обследования/консультации
d) нет, в 50% назначаем дополнительные обследования/консультации
e) нет, всегда назначаем дополнительные обследования/консультации

38. Хватает ли в Вашем отделении лекарственных препаратов/расходных материалов, либо приходится просить больных принести дополнительные лекарства/расходные материалы?
a) да, хватает
b) нет, приходится иногда просить
c) нет, приходится часто просить
d) нет, приходится всегда просить

39. Обезболивание в Вашем отделении чаще всего назначается в плановом порядке (после оперативных вмешательств, либо при наличии болевого синдрома у пациента) или обезболивание проводится по требованию пациента?
a) в плановом порядке
b) в основном по требованию
c) четкой системы лечения боли нет

40. Используются ли методы «обратной связи» с пациентами при выписке из стационара (изучение вопросов удовлетворенности качеством лечения и др.)?
a) нет, не используются
b) да, на основании жалоб пациентов
c) да, в устной беседе с лечащим врачом
d) да, письменное анкетирование

Укажите, пожалуйста, некоторые сведения о себе:

41. Ваш пол:
a) мужской
b) женский

42. Возраст: _____

43. Стаж работы: _____

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО!

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по лечебной работе,
чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н.
_____ Фомин В.В.
«05» декабря 2017 год

Акт внедрения

Мы, нижеподписавшиеся _____ составили настоящий акт о том, что результаты диссертационного исследования на тему «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА», выполненного Матыциным Никитой Олеговичем на соискание степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение, были использованы при разработке лекционного материала и преподавании образовательных программах профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в Высшей школе управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением ФГБОУ ВО Первый МГМУ им И.М.Сеченова Минздрава России.

Заместитель директора Института лидерства и управления здравоохранением _____ Р.А.Хальфин

Директор международного департамента _____ В.В.Мадьянова

Профессор ВШУЗ _____ И.Н.Ильченко

МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА г. РЕУТОВ»
(ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов»)

143964, Московская область, г. Реутов, ул. Ленина, д.2 а. Тел./факс (495) 528-30-29 www.reutzdrav.ru E-mail:reutzdrav@mail.ru
ОКПО 13391232, ОГРН 1035008256140, ИНН/КПП 5041022845/504101001

14.06.2018 № _____
на № _____

«Утверждаю»

Главный врач ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов»,

д.м.н., проф. _____ К.Ю. Лакунин
«14» 06 2018 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ
результатов научного исследования

Настоящим актом подтверждается, что результаты диссертационной работы Матыцина Н.О. по теме: «Совершенствование подходов к управлению качеством медицинской помощи при инфаркте миокарда в условиях сосудистого центра» используются в деятельности Государственного автономного учреждения здравоохранения Московской области «Центральная городская клиническая больница г. Реутов» в рамках совершенствования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Заместитель главного врача
ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов», к.м.н. Торопцева М.В.

Руководитель Сосудистого центра,
Зав. отделением рентгенэндоваскулярных
диагностики и лечения, к.м.н. Кузнецова В.Ф.

008428

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Мытищинская городская клиническая больница»
(ГБУЗ МО МГКБ)

Коминтерна ул., вл.. 24, г. Мытищи, Московская область, 141009
тел./факс: (495) 586-43-11. E-mail: mgkb-adm@mail.ru
ОГРН 1035005503356, ИНН/КПП 5029037362/502901001, ОКПО 01935170

14.05.2018 № 1002

на №_____ от _____

«Утверждаю»
Главный врач
_____ В.А Янин
«14» мая 2018 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ
результатов научного исследования

Настоящим актом подтверждается, что результаты диссертационной работы Матыцина Н. О. по теме: «Совершенствование подходов к управлению качеством медицинской помощи при инфаркте миокарда в условиях сосудистого центра» используются в деятельности ГБУЗ МО «Мытищинская городская клиническая больница» в рамках совершенствования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Зам. главного врача,
заведующий сосудистым центром — Азаров А. В.

Начальник отдела кадров — Андреева А. А.