

*На правах рукописи*

**ОРЛОВ  
АНДРЕЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА  
В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**

**Автореферат**

**диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**САМАРА  
2016**

Работа выполнена на кафедре управления качеством в здравоохранении ИПО Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный консультант:**

доктор медицинских наук, профессор

**Павлов Василий Васильевич**

**Официальные оппоненты:**

**Серегина Ирина Федоровна** - доктор медицинских наук, профессор, заместитель руководителя «Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения», профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

**Борщук Евгений Леонидович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 1 ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Петрова Наталия Гурьевна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой сестринского дела ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.И.П. Павлова» Минздрава России.

**Ведущая организация:** ФГБНУ "Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А.Семашко"

Защита диссертации состоится «25» марта 2016 года в 10 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11 и на сайте: <http://www.mednet.ru/ru/dissertacionnyj-sovet/svedeniya-opredstoyashhix-zashhitax.html>

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.

Учёный секретарь  
Диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

Т.П. Сабгайда

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Главной целью функционирования любого учреждения здравоохранения является оказание населению качественной медицинской помощи, что определено как Федеральными законами (21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан РФ»), так и практически всеми нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения РФ. Вместе с тем, как показывают результаты многочисленных исследований (Белов Л.А., 2009; Максимова Т.М., Лушкина Н.П., 2011; Щепин О.П. и соавт., 2011; Павлов В.В., Вакулич Е.А., 2012; Светличная Т.Г. и соавт., 2012 и др.), данная задача далека от решения. Более того, несмотря на длительный опыт функционирования стройной системы обеспечения качества в западных странах, проблема оказания качественной медицинской помощи сохраняет свою актуальность во многих из них (Hysong S.J., 2010; Gardner B. et al., 2010; Miccola M., 2012).

Для того чтобы добиться реальных позитивных сдвигов в уровне качества оказываемой помощи необходима реализация ряда условий. Одним из важнейших среди них является формирование реальной системы всеобщего управления качеством (TQM) – как на уровне отдельно взятого лечебно-профилактического учреждения, так и на прочих уровнях системы здравоохранения (Калининская А.А., Ковалев В.А., 2012; Поляков И.В. и соавт., 2012; Линденбратен А.Л., 2013; Eckerman S., Coelli T., 2012).

В условиях глобализации здравоохранения и связанной с ним трансформацией отечественной системы, когда определяющим критерием ее эффективности является удовлетворенность потребителя (Жиляева Е.П., Заика Н.М., 2013; Чудинова И.Э., 2013), а основным механизмом совершенствования уровня менеджмента - вовлеченность персонала (Петрова Н.Г. и соавт., 2010), внедрение данной системы становится приоритетной задачей.

До настоящего времени исследования, посвященные теоретическому осмыслению и (тем более) анализу и оценке результатов внедрения системы

TQM в деятельность учреждений здравоохранения нашей страны, носят единый характер (Тайц Б.М. и соавт., 2010). Особенно важное значение имеет внедрение данной системы в стационарные учреждения, которые остаются наиболее ресурсоемкой частью здравоохранения и оказывают помощь наиболее тяжелому контингенту больных (Черникова О.М. и соавт., 2012).

Указанные аспекты и определили выбор темы настоящего исследования.

**Степень разработанности темы исследования.** Теоретические аспекты оценки качества медицинской помощи (КМП), начиная с 60-ых годов в зарубежных странах и с конца 80-ых в России, изучались многими учеными, такими как: Вялков А.И., Комаров Ю.М., Кучеренко В.З., Линденбратен А.Л., Максимова Т.М., Павлов В.В., Петрова Н.Г., Поляков И.В., Серегина И.Ф., Чавпецов В.Ф., Шипунов Д.А., Щепин В.О., Щепин О.П., Donabedian D., Eskerman S., Evans J.M., McNamara P. И другими.

Основные направления этих исследований можно свести к следующим:

- определение понятийного и методологического аппарата;
- исследование влияния отдельных составляющих на КМП;
- поиск и оценка значимости различных критериев КМП, определение их роли, попытка интегрализации существующих критериев;
- изучение реального состояния КМП в различных учреждениях, при разных заболеваниях, у отдельных контингентов пациентов;
- разработка подходов к системе управления качеством.

Уровень разработанности перечисленных аспектов различен. Наибольшее число работ посвящено результатам оценки КМП (в целом или отдельных его составляющих). Дискутабельным остается вопрос самого понятия качества медицинской помощи. При в целом сформировавшемся мнении о направлениях (инструментарии) оценки КМП продолжает привлекать внимание ученых проблема поиска универсальных критериев, которые максимально учитывали бы всю совокупность полученных частных оценок. Наименее же разработанным аспектом является создание системы обеспече-

ния КМП, в которой учитывались бы в максимальной степени все результирующие критерии и все составляющие качества.

**Целью исследования** является научное обоснование организационных основ и оценка эффективности внедрения системы обеспечения качества на базе городской многопрофильной больницы.

Для реализации поставленной цели были сформулированы следующие **задачи исследования**:

- обобщить и систематизировать современные подходы к оценке, контролю и обеспечению качества медицинской помощи;
- провести комплексный анализ основных показателей качества медицинской помощи в городской многопрофильной больнице;
- проанализировать качество помощи на основании экспертных оценок;
- дать комплексную характеристику уровня больничной летальности с оценкой качества прижизненного ведения больных;
- изучить уровень подготовленности врачей больницы по вопросам контроля и обеспечения качества медицинской помощи;
- провести социологический опрос пациентов по вопросам удовлетворенности медицинской помощи;
- представить обоснование организационных основ формирования системы обеспечения качества в условиях городской многопрофильной больницы и оценить эффективность ее внедрения.

**Научная новизна исследования** заключается в том, что:

- Разработан методологический подход внедрения системы комплексной оценки уровня качества медицинской помощи в условиях городской многопрофильной больницы (на основании интегральных критериев результативности, данных экспертной оценки, результатов анкетирования пациентов и сотрудников больницы).
- Установлено, что научная оценка, разработанных нами, интегральных моделей конечных результатов позволяет вырабатывать рациональные управленческие подходы к обеспечению качества медицинской помощи.

- На основании моделей конечного результата выявлены проблемы в ведении пациентов (в целом, в разных подразделениях, при разных нозологических формах).

- Изучен уровень теоретической подготовленности сотрудников городской многопрофильной больницы (врачей и среднего медицинского персонала) в различных вопросах, касающихся оценки, контроля и управления качеством медицинской помощи.

- Разработана система реализации принципов всеобщего управления качеством – организационная модель обеспечения качеством в городской больнице, включая организационную структуру, основные критерии и направления их достижения, первичная учетная документация.

**Теоретическая и практическая значимость работы** состоит в том, что нами разработана новая организационная модель управления качеством медицинской помощи основанная на принципах TQM и требованиях стандартов менеджмента качества серии ISO 9000.

Организационная модель обеспечения качеством в городской больнице может быть взята за основу при создании аналогичных систем в любых стационарных учреждениях Самарской области и других регионов РФ, а также (при сохранении идеологии и частичном изменении частных характеристик, включая набор критериев и модификацию экспертных оценок) в учреждениях иного типа.

Методический инструментарий (включая первичные учетные документы – карты и анкеты) может быть использована при проведении аналогичных исследований по оценке качества медицинской помощи в других медицинских организациях. В частности, целесообразно использование разработанной технологии контроля уровня знаний медицинского персонала по вопросам оценки и обеспечения КМП, мониторинг которых является важным условием совершенствования кадровой (а в более обобщенном понятии – структурной) составляющей качества.

Представленные в работе данные, касающиеся обобщенных современных представлений о теоретических основах и практической реализации системы обеспечения качеством, интегральных подходов к его контролю, методология оценки уровня знаний медицинского персонала о системе качества медицинской помощи, могут быть полезны при подготовке специалистов (врачей и среднего медицинского персонала) – на додипломном уровне и в процессе непрерывного последипломного образования, а также экспертов в области качества медицинской помощи (в т.ч. экспертов страховых медицинских организаций и Фондов ОМС).

Результаты данного исследования используются в деятельности Министерства здравоохранения Самарской области, Клиниках Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина», Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер».

Результаты данного исследования используются в учебном процессе на кафедре управления качеством в здравоохранении ИПО Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Положения, выносимые автором на защиту:**

1. Обеспечение качества медицинской помощи должно носить комплексный характер и проводиться на основании формирования единой базы данных, экспертных оценок различных аспектов деятельности, результатов изучения уровня удовлетворенности пациентов и данных социологического опроса персонала.

2. Модели конечных результатов, как интегральный показатель деятельности медицинской организации эффективен для оценки и принятия управленческих решений в обеспечении качеством медицинской помощи.

3. Все виды экспертной деятельности в стационаре должны быть унифицированы и проводиться по единой методике. Организационно-методическое руководство экспертной деятельностью целесообразно осуществлять в рамках созданной Службы качества.

4. Для достижения высокого уровня качества необходима реализация принципа вовлеченности персонала, что предполагает владение теоретической основой управления качеством, информированностью о целях и задачах медицинской организации в области его обеспечения.

5. Реализации разработанной организационной модели, основанной на принципах TQM, позволяет обеспечивать качество медицинской помощи в условиях городской многопрофильной больницы.

**Личный вклад автора.** Автором была составлена комплексная программа исследования; самостоятельно разработаны статистические карты и анкеты для сбора материала. Доля участия автора в сборе информации – 90%, в обработке данных, обобщении и анализе материала – 100%.

На результаты диссертационного исследования получены свидетельства на объекты интеллектуальной собственности:

1. Орлов А.Е., Шишакина Е.Н., Прошина О.А., Подусова Т.Н., Павлов В.В., Егорова А.Г., Голова Е.А., Карпенко Д.А., Терехов В.В., Черников В.В. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ Решение «Эффективный контракт на основе индикаторов качества медицинской помощи» на платформе программного продукта «Парус-бюджет 8.хх» № 2015612589 от 24 февраля 2015 года.

2. Орлов А.Е., Егорова А.Г., Попова Т.Ф., Росохатый А.В., Перов Н.В. Свидетельство о государственной регистрации базы данных «Электронная история болезни ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» № 2015620455 от 6 марта 2015 года.



3. Егорова А.Г., Орлов А.Е., Попова Т.Ф., Росохатый А.В., Перов Н.В., Сомов А.Н., Свидетельство о государственной регистрации базы данных «Самарский госпитальный раковый регистр» № 2015620482 от 16 марта 2016 года.

4. Орлов А.Е., Егорова А.Г., Попова Т.Ф., Росохатый А.В., Перов Н.В. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ автоматизированная информационная система «Электронная история болезни онкологического стационара» № 2015613391 от 16 марта 2015 года.

5. Орлов А.Е., Росохатый А.В., Зубков В.П., Егорова А.Г., Исхакова Г.Н., Попова Т.Ф., Сомов А.Н., Гудкова Л.И., Черников В.В. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ автоматизированное рабочее место «Заведующего приемным покоем» для автоматизированных информационных систем «ИМЦ: Поликлиника» и «ИМЦ: Стационар» № 2015662967 от 8 декабря 2015 года.

Учебные пособия:

Орлов, А.Е. Маркетинг и менеджмент в здравоохранении /**А.Е.Орлов**, В.В.Павлов, Н.С.Измалков //Маркетинг и менеджмент в здравоохранении: Учебное пособие - Самара: ГБОУ ВПО «СамГМУ»; ООО «ДСМ», 2013 – 146 с. 8,6 п.л. (авт. 2,87 п.л.).

Орлов, А.Е. Современные аспекты деятельности врачебной комиссии медицинской организации / **А.Е.Орлов**, Суслин С.А., Павлов В.В., Тарасова Т.Н. //Учебно-методическое пособие для клинических интернов, ординаторов, слушателей циклов специализации и тематического усовершенствования - Самара: ООО «Издательство Ас Гард», 2014. - 28 с.

По материалам диссертации опубликовано 47 научных работ, из них 15 статей в рецензируемых изданиях, 17 статей - в сборниках докладов международных и общероссийских конференций, получено пять патентов на изобретение.

**Степень достоверности и апробация результатов.** В первую очередь, достоверность полученных данных и результатов обеспечивается использо-

ванной комплексной методикой, включающей оценку всех составляющих КМП. Анализ данных генеральной совокупности обо всех пролеченных пациентах в стационаре на протяжении 10 лет обеспечивает статистическую достоверность полученных результатов и выводов о качестве работы стационара. Генеральные совокупности анализировались также при анализе закономерностей летальности (данные отчетов стационара за 10 лет, патолого-анатомического отделения за 10 лет и все протоколы заседаний Комиссии по изучению летальных исходов за 2011 г.). При проведении выборочного исследования определялся по соответствующим формулам необходимый для обеспечения достоверности объем выборок. Общий объем выборки составил 3921 единицу наблюдений. Статистическая обработка материалов диссертации проводилась на персональном компьютере с применением программных средств Microsoft Excel7, Microsoft Access 7, Statistica 7.

Основные результаты исследования были обсуждены и доложены на:

- научно-практических конференциях врачей Самарской городской клинической больницы №1 им.Н.И.Пирогова (2008, 2009, 2010, 2011 гг.);
- Республиканской научно-практической конференции «Медицинская профилактика и формирование здорового образа жизни населения в сельской местности» (Якутск, 2012);
- VI международной научно-практической конференции «Теоретические и практические аспекты развития современной науки» (Москва, 2012);
- Всероссийской научно-практической конференции «Инновации в здоровье нации (Санкт-Петербург, 2013);
- I Международной научно-практической конференции «Современные проблемы здоровья и пути решения» (Оренбург, 2013);
- 17 Всероссийской научно-практической конференции «Многопрофильная больница: проблемы и решения» (Ленинск-Кузнецкий, 2013);
- Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2013);

- Всероссийской научно-практической конференции «Экономика, менеджмент и маркетинг в военном и гражданском здравоохранении» (Санкт-Петербург, 2013);

- межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 10-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения факультета последиplomного дополнительного образования ОрГМА «Актуальные вопросы организации и общественного здоровья» (Оренбург, 2014);

- Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Скорая медицинская помощь – 2014» (Санкт-Петербург, 2014);

- научно-практической конференции «Актуальные вопросы здравоохранения и медицинского образования» (Санкт-Петербург, 2014);

- Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения (Москва, 2014);

- IV Международной научно-практической конференции (Канада, Westwood, 2014);

- X Международной дистанционной научной конференции «Современная наука: Актуальные проблемы и пути их решения» (Липецк, 2014);

- заседаниях научной проблемной комиссии по организации здравоохранения и медико-профилактическому делу ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России (Самара, октябрь 2013).

**Объем и структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, восьми глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Работа изложена на 308 страницах машинописного текста, иллюстрирована 61 рисунком и 50 таблицами. Библиографический указатель содержит 240 источников, из них 173 отечественных и 67 иностранных.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обоснована актуальность проблемы, определены цель и задачи исследования, показана научная новизна и практическая значимость работы, представлены основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** представлен обзор отечественных и зарубежных исследований, посвященных вопросам оценки и обеспечения КМП. В частности, анализируется современный понятийный аппарат КМП, положительные и отрицательные аспекты различных критериев оценки качества, дается обобщенный анализ состояния оказываемой населению медицинской помощи, в т.ч. приводятся данные о ее дефектах и проблемах организации. Подробно рассмотрены вопросы управления качеством (в т.ч. с учетом исторических аспектов и зарубежного опыта). Отдельно (в силу ее особой значимости) рассмотрена проблема кадрового менеджмента в здравоохранении.

**Во второй главе** представлено описание базы, программы и методики исследования. Больница состоит из 9 зданий общей площадью 44335,3 кв. м. Она насчитывает 1012,1 среднегодовых коек (в 2012 г.), включая кардиологические, хирургические (для взрослых и детей), нейрохирургические, торакальной хирургии (для взрослых и детей), сосудистой хирургии, травматологические (для взрослых и детей), ожоговые, ортопедические, урологические, стоматологические, для беременных и рожениц, патологии беременности, гинекологические, неврологические, проктологические, гнойные хирургические (для взрослых и детей), для новорожденных (в т.ч. недоношенных). В составе больницы среди прочих региональный сосудистый центр (на 110 коек), реанимационное отделение на 18 коек, консультативно-диагностический центр, физиотерапевтическое отделение, отделение лечебной физкультуры для взрослых и детей, отделение гемодиализа (на 15 диализных мест), отделение гипербарической оксигенации (на 4 барокамеры), отделение медицинской профилактики, кабинеты функциональной диагностики, эндоскопическое отделение, лаборатория, патологоанатомическое отделение. Больница оснащена тремя рентгенодиагностическими комплексами, передвижной

рентгенотелевизионной установкой, тремя ангиографическими аппаратами, тремя рентгенокомпьютерными томографами, магниторезонансным томографом, 9 аппаратами УЗИ.

В больнице оказывается стационарная помощь, помощь в условиях дневного стационара, амбулаторная консультативная помощь. Штатная численность персонала – 2150,75 ст. (укомплектованность по ставкам – 100%; по физическим лицам – 62,0%).

Традиционно работа включала четыре основных этапа (таблица 1). При составлении плана (дизайна) исследования мы исходили из представленных в главе I современных подходов к оценке качества медицинской помощи. Так, для его оценки проводился углубленный анализ основных статистических показателей структурной составляющей (по критериям фондооснащенности и фондовооруженности, укомплектованности кадров) и общепринятых показателей качества результата. В целом по стационару анализировались данные за период с 2003 по 2012 г., а динамика показателей по отдельным подразделениям изучалась за 5 лет (а по некоторым – за 3 года), т.к. структура больницы постоянно модифицируется.

Процессуальное качество изучалось на основании экспертных оценок. При этом были использованы данные ряда экспертиз. С учетом разработанных в стационаре при нашем участии «Карты экспертизы качества медицинской помощи» и «экспертного заключения», которые были проанализированы за двухлетний период (2011-2012 гг., общее число карт – 2500). Дополнительно была составлена интегральная «Карта экспертной оценки», на которую выкопировались сведения из перечисленных документов. При этом была сделана 20% выборка (число заполненных карт составило 500).

«Карта экспертной оценки» включала следующие вопросы: повод для проведения экспертизы, подразделение, сведения о пациенте (пол, возраст, диагноз, осложнения, сопутствующая патология, характер госпитализации, длительность лечения, исход) и заключение эксперта об обоснованности госпитализации, степени выполнения стандартов, качестве ведения документа-

ции, замечания по консультативной помощи, лабораторным, функциональным исследованиям, характеру проведенного лечения, общее заключение о качестве медицинской помощи (надлежащее/ненадлежащее).

Таблица 1

## Схема проведения исследования

I ЭТАП - Формирование дизайна исследования Определение цели, задач, формирование рабочей гипотезы, выбор базы, единиц, методов наблюдения.			
<i>Направление – анализ КМП с использованием статистических показателей</i>			
Единицы наблюдения:	Период	Метод	Выборка
А. Один лечившийся в больнице.	2003-2012 гг.	Сплошной	Совокупность – генеральная.
Б. Один умерший.	2003-2012 гг.	Сплошной	Совокупность – генеральная.
<i>Направление – анализ процессуального качества (экспертная оценка)</i>			
А. Один лечившийся	2011-2012 гг.	Выборочный	Выборка - многоступенчатая. Первичная экспертиза (плановая, целевая) - карта экспертизы качества, экспертное заключение, всего 2500 единиц. Карта экспертной оценки (выборка механическая) – 20% (500 единиц)
Б. Один случай смерти.	2011-2012 гг.	Выборочный	Выборка – механическая (270 единиц), 30% Карта разбора истории болезни Карта изучения случая смерти
<i>Направление – изучение мнения пациента</i> Социологический опрос.			
Один лечившийся в больнице	2012 г.	Выборочный	Выборка гнездовая (хирургическое, терапевтическое, акушерско-гинекологическое отделение) и механическая. Объем – 356 единиц. Карта социологического опроса.
<i>Направление – оценка мнения и уровня подготовки персонала по КМП</i> Социологический опрос.			
Один медицинский работник.		Выборочный	Выборка случайная. Карта социологического опроса. Объем – 295 единиц.
<i>Направление – разработка и оценка системы управления качеством</i>			
	2011-2012 гг.	Экспериментальный	
II ЭТАП - Сбор материала			
А. Отчеты больницы (ф. 12, ф. 30, ф. 17) за 2003-2012 гг.		Б. Отчеты отделений по критериям результативности (2011-2012 г.).	В. Заполнение разработанных карт.
III ЭТАП - Обработка материала			
IV ЭТАП - Анализ, формулировка выводов и рекомендаций			

Кроме того, отдельно проводилась экспертиза летальных исходов – на основании протоколов вскрытия и протоколов заседания комиссии по изучению летальных исходов. Исходя из среднего числа летальных исходов в год (около 800 ежегодно) нами было проведено выборочное изучение 270 случаев смерти (30% выборка). При этом сведения заносились в специальную «Карту изучения случая смерти» и «Карту разбора истории болезни умершего», которая включала сведения о поле, возрасте, социальном статусе, диагнозе умершего (сопоставлялись диагнозы направления, приемного покоя, клинический – включая основное заболевание, его осложнения, сопутствующую патологию, патологоанатомический – по тем же аспектам), а также о каналах госпитализации, длительности пребывания в стационаре и отделении, в котором лечился пациент. По каждому из отделений отбор проводился случайным методом, путем механического отбора (каждая третья история болезни).

«Карта разбора истории болезни» включала вопросы о выявленных дефектах на догоспитальном этапе и в стационаре (наличие диагностической ошибки, ее характер, дефекты обследования, медикаментозного, немедикаментозного, оперативного лечения, ведения медицинской документации и общее заключение, касавшееся влияния выявленных дефектов на исход). Отбор протоколов осуществлялся на тот же случай смерти, который был отобран при выборке историй болезни.

Поскольку важнейшим средством оценки качества являются результаты анкетирования пациентов, нами был проведен социологический опрос лечившихся в больнице в 2012 г.

Изучение уровня осведомленности сотрудников больницы по вопросам качества медицинской помощи проводилось с помощью специальной «Карты оценки». Она включала самооценку уровня подготовленности в вопросах КМП, оценку состояния работы в больнице по обеспечению качества и ряд вопросов тестового характера, позволивших оценить уровень информиро-

ванности сотрудников в теоретических аспектах современных представлений о качестве медицинской помощи.

Особо следует остановиться на методике расчета показателей результативности. По каждому из отделений были выделены наиболее существенные показатели, определены их нормативы (которые периодически пересматриваются). При соблюдении норматива этому показателю присваивается максимальный балл (10). Кроме того, каждый показатель имеет коэффициент значимости. Результат по каждому критерию оценивается как разница нормативного и фактического показателя, умноженная на коэффициент значимости, которая прибавляется к присвоенному баллу (10).

$$\text{Т.е. } КР = Б \pm (\Phi - Н) \times К,$$

где Б – балл (10),

Φ – фактическое значение показателя,

Н – нормативное значение показателя,

К – коэффициент значимости.

Общий показатель результативности по отделению рассчитывается как сумма полученных результатов по каждому критерию, деленная на сумму баллов.

Общими критериями для всех отделений являются: оборот койки, средняя длительность пребывания на койке, общая летальность, наличие жалоб, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов, а в хирургических отделениях – также оперативная активность, длительность предоперационного периода, наличие послеоперационных осложнений.

К указанным критериям могут добавляться, например, средняя длительность лечения и летальность при различных заболеваниях; для родильного отделения – удельный вес операций кесарева сечения, отсутствие внутрибольничных гнойно-септических осложнений, родовых травм, эклампсии в родах, предотвратимых случаев материнской смертности, предотвратимых перинатальных потерь.



Алгоритм управления КМП в больнице на стадии предварительного этапа исследования представлен на рис. 1.

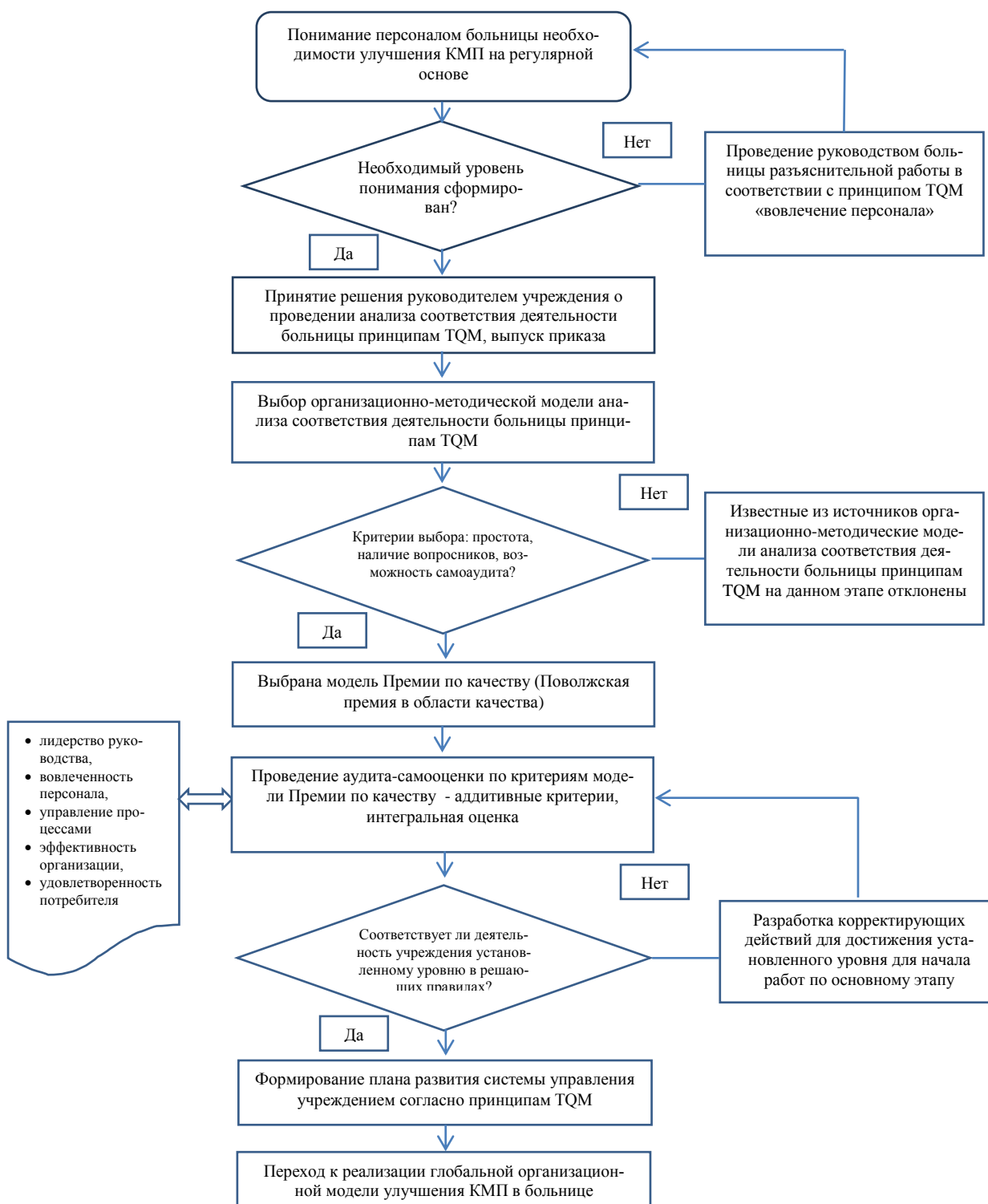
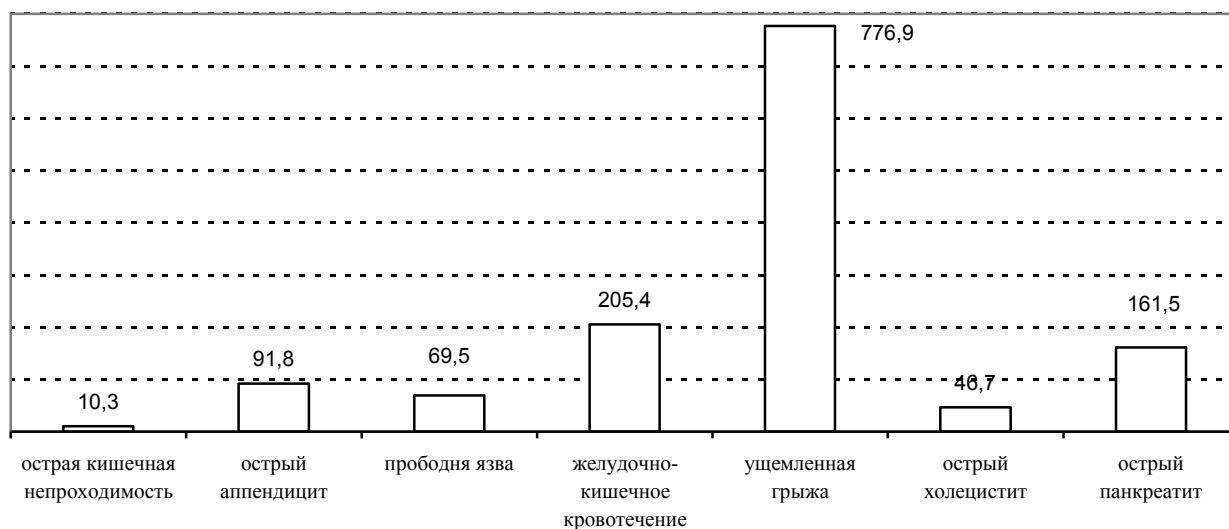


Рис. 1 Алгоритм управления КМП в городской многопрофильной больнице на стадии предварительного этапа исследования

**В третьей главе** приведен анализ основных показателей работы больницы в динамике за 10 лет. Показатель средней длительности работы койки имеет выраженную тенденцию к росту: за анализируемый период он увеличился на 11,8%, составив в 2012 г. 340,0 дней. Средняя длительность пребывания на койке за анализируемый период времени практически не менялась (8,2-8,3 дня). Оборот койки значительно (на 6,5%) увеличился в 2008 г., три года почти не менялся (39,5-39,9) и вновь снизился практически до начального уровня (37,2) в 2012 г. Общей тенденцией последних лет является «утяжеление» контингента больных, поступающих в стационар. Одним из доказательств указанного является динамика доли пациентов, госпитализированных по поводу различных заболеваний, входящих в синдромокомплекс «острого живота», через сутки и позже от начала заболевания. Увеличение этого показателя имеет место по всем нозологическим формам, но особенно выраженным является при ущемленной грыже (более чем восьмикратное) и желудочно-кишечном кровотечении (более чем трехкратное) (рис. 2).

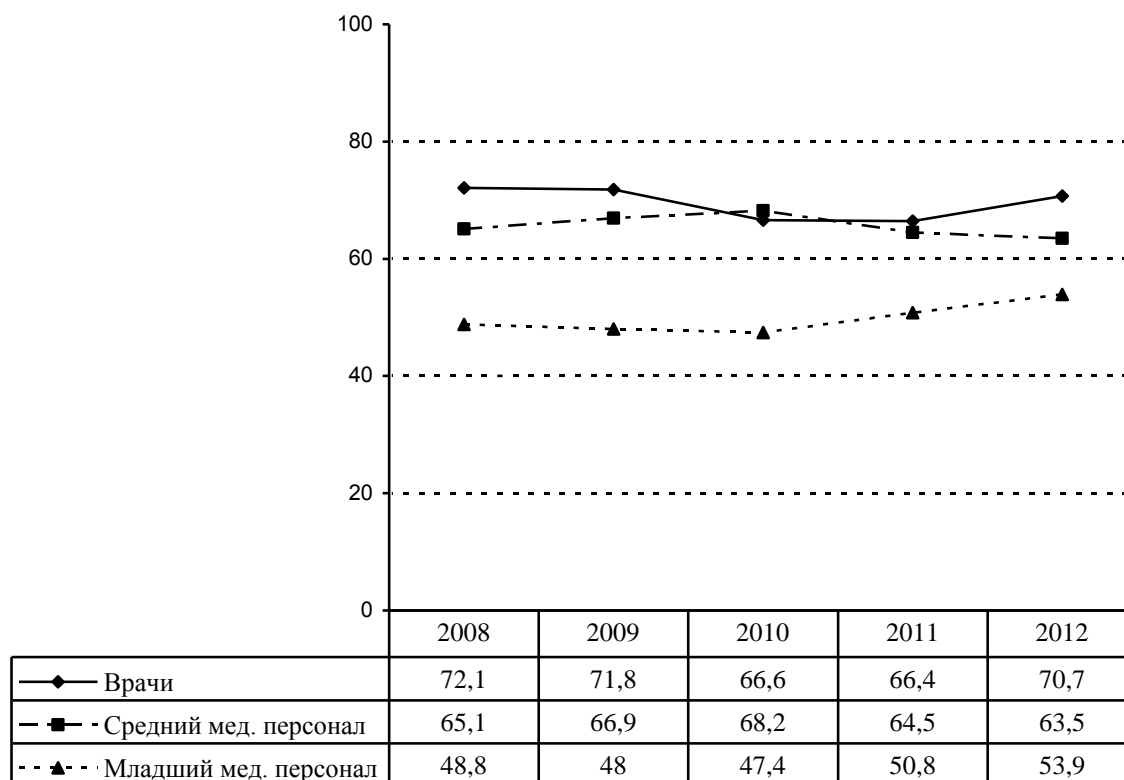


**Рис. 2 Темп прироста доли поступивших через 24 часа и позже от начала заболевания при различной патологии за период 2008-2012 г., %.**

Поэтому увеличение средней длительности лечения на койках хирургического профиля отчасти является объективным и оправданным. В целом же сопоставление динамики перечисленных показателей со структурными изменениями коечного фонда больницы, которые носят перманентный ха-

ракти, показало, что перепрофилизация отдельных коек (отделений) не всегда носит обоснованный характер и не учитывает долговременный тренд всей показателей, оцененных в комплексе. Соответственно была предложена оптимизационная модель структурного (коечный фонд) качества.

Среди совокупности «внутренних» факторов, влияющих на качество и эффективность лечения, мы выделили кадровую составляющую, т.к. вопрос укомплектованности кадрами (особенно среднего и младшего медицинского персонала) является в настоящее время одним из наиболее актуальных в здравоохранении. Весьма распространенным явлением в здравоохранении является совместительство. Мы рассчитали укомплектованность штатов по физическим лицам, а также коэффициент совместительства (рис. 3).



**Рис. 3** Динамика показателя укомплектованности кадрами, %

Укомплектованность врачами составляет чуть более 2/3 (70,7% в 2012 г.) и имеет тенденцию к сокращению. Коэффициент совместительства находится на уровне 1,4-1,5. Еще ниже (63,5% в 2012 г.) с тенденцией к снижению - укомплектованность средним медицинским персоналом (коэффициент совместительства в 2012 г. составил 1,6). Примерно на уровне 50% (но с не-

которой тенденцией к росту) – укомплектованность младшим медицинским персоналом (при коэффициенте совместительства 1,8, а в 2008 г. – 2,5). Полученные данные свидетельствуют о необходимости активной целенаправленной работы в области кадрового менеджмента.

Одной из предпосылок интенсификации лечебного диагностического процесса является современная материально-техническая база. Отметим в связи с этим, что за 10 лет (с 2004 по 2012 г.) фондовооруженность труда медицинского персонала увеличилась с 50006,27 руб./чел. до 894287,29 руб./чел., т.е. почти в 16 (17,8 раз), что свидетельствует о положительной тенденции в создании надлежащих условий оказания медицинской помощи.

Хотя традиционные статистические показатели не утратили своей управленческой значимости, более полное представление об уровне организации работы того или иного подразделения дает комплексная оценка (с использованием ряда показателей, с индивидуальным их нормированием по подразделениям с учетом их специфики), в т.ч. расчет дифференцированных критериев результативности (рис. 4).

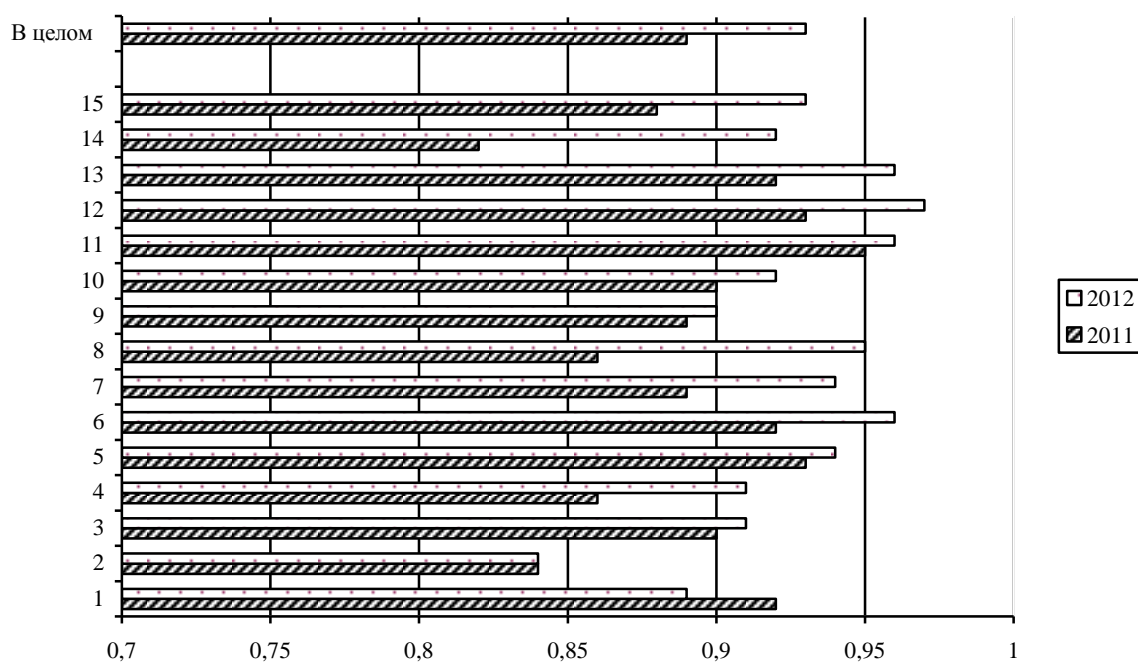
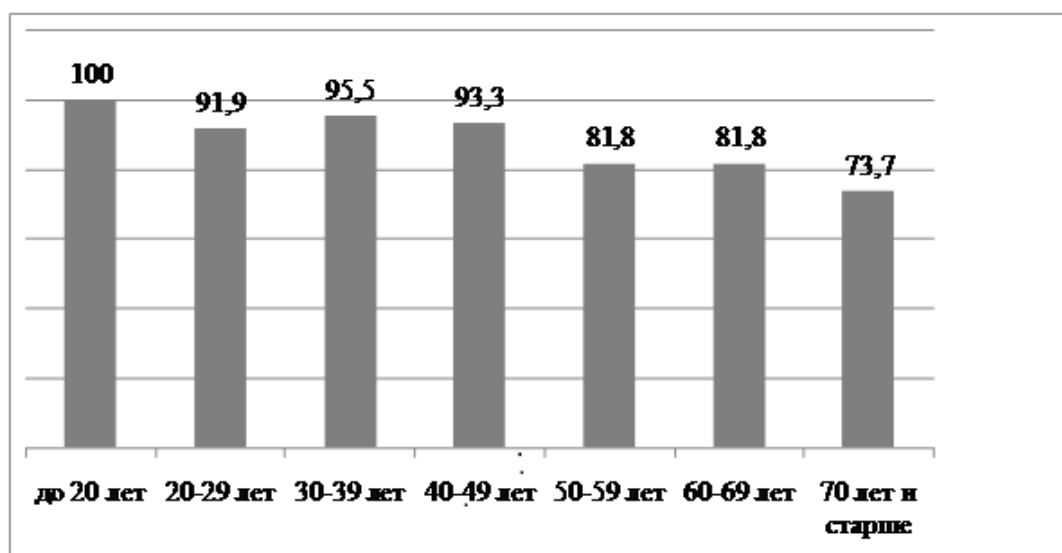


Рис. 4 Средние значения показателей результативности работы отделений в 2011 - 2012 гг.

Дифференцированные критерии результативности позволяют ранжировать все отделения и делать более обоснованные заключения об организации их работы и о стимулировании сотрудников. Если в 2008 – 2010 гг. показатели колебались от 0,75-0,79; то в 2011 г. - 0,89, в 2012 г. - 0,93 (при максимальном значении – 1,0). В разных отделениях они колебались от 0,82 до 0,95 («размах» составил 25%, что, на наш взгляд, достаточно существенно). Ниже среднего по больнице был показатель в пяти отделениях, в двух – он совпал со средним, в остальных - был выше.

Уровень и динамика результирующих критериев (в числе прочего) учитываются при определении размера стимулирующих выплат по каждому из подразделений.

**Четвертая глава** содержит результаты анализа экспертиз. Из них 32,0% были плановыми; а 67,1% - целевыми. В подавляющем большинстве (98,5%) случаев госпитализации были обоснованными. Случаи необоснованных госпитализаций имели место в возрастных группах 20-29 (2,7%) и 40-49 лет (6,2%). Стандарты обследования и лечения были выполнены в 88,0% случаев, минимален (73,7%) показатель – в старшей возрастной группе (рис. 5).



**Рис. 5** Выполнение стандартов медицинской помощи у пациентов разного возраста (%)

Невыполнение стандартов имело место у 46,2% пациентов с острыми, у 16,8% - с хроническими заболеваниями органов пищеварения; у 26,3% - с заболеваниями почек и мочевыводящих путей; у 5,4% - с патологией женских половых органов; у 5,6% - с травмами и у 11,1% - с новообразованиями. Важно подчеркнуть, что если при выполнении стандартов доля летальных исходов составляла 3,2%, то в противном случае она была в десять раз выше (27,8%).

Замечания по ведению документации были высказаны более чем в половине (54,2%) случаев. Почти в трети случаев (29,7%) эксперты сочли, что сбор жалоб был осуществлен не вполне корректно (неполно, несвоевременно). Еще более высоким (35,8%) оказался удельный вес случаев, когда эксперты высказали замечания по поводу сбора анамнеза заболевания. В каждом четвертом случае (23,8%) имелись замечания по поводу сведений из анамнеза жизни. Осмотр пациентов практически во всех случаях (94,7%) был проведен всесторонний и правильный. Редкими были замечания по оказанию консультативной помощи: они имели место в 4,1% случаев. Указанные замечания касались ведения пациентов с ОНМК (12,5%), острыми заболеваниями органов пищеварения (14,3%), заболеваниями женских половых органов (2,7%), травмами (11,1%). Если у выписанного больного замечания по консультативной помощи имели место в 2,9% случаев, то при летальных исходах – в 22,2% ( $p < 0,001$ ). В трети случаев (33,1%) эксперты сделали замечания по лабораторным исследованиям (у мужчин – в 27,9%; у женщин – в 35,2%). Эксперты отметили, что в 3,5% случаев лабораторное обследование было неполным и (или) несвоевременным, а в 6,9% случаев были назначены излишние исследования.

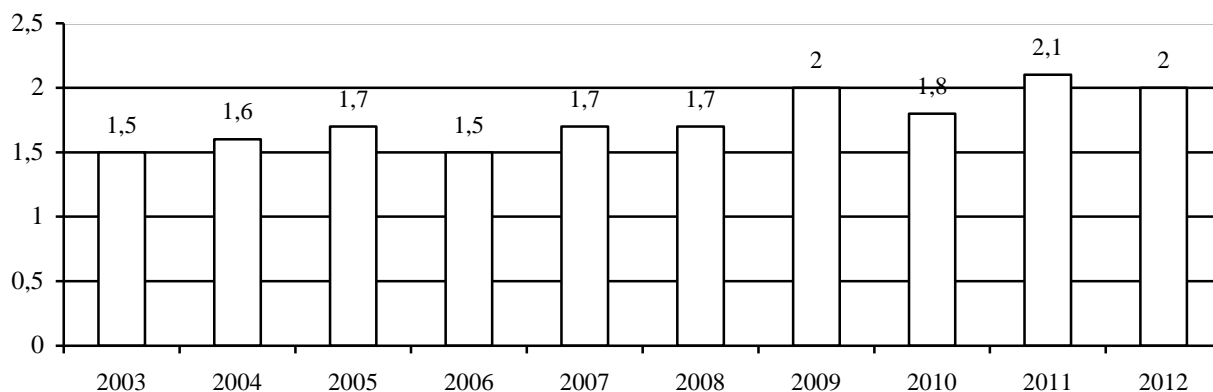
Замечания по инструментальным исследованиям имели место почти в каждом пятом (19,6%) случаев. При благоприятном исходе процент случаев с замечаниями составил 19,3%; при летальном – 33,3% ( $p < 0,05$ ). Эксперты отмечали, что в 2,9% случаев не были назначены (или были назначены несвоевременно), а в 9,9% случаев они проводились в излишнем объеме. Обосно-

ванность и формулировка основного диагноза, по мнению экспертов, практически всегда (в 97,7%) были совершенно верными. В 2,3% эксперты считали, что диагноз был сформулирован неполно. Значительно в большем ( $p < 0,01$ ) проценте случаев (55,6%) были высказаны замечания по обоснованности и формулировке диагноза осложнений и почти во всех случаях (98,9%) – сопутствующих заболеваний. Более чем по трети (35,6%) проэкспертированных случаев имелись замечания по качеству лечения. Вдвое ниже доля случаев замечаний по лечению у выписанных больных (33,3%) по сравнению с умершими (66,7%). Надлежащим качество помощи было признано в 88,1% случаев (ненадлежащим – соответственно в 11,9%). С увеличением возраста пациентов снижается доля случаев надлежащего качества: со 100% (в возрасте до 20 лет) до 77,8% (в старшей возрастной группе). При всех изученных летальных исходах качество помощи было признано ненадлежащим.

Приведенные данные, во-первых, подтвердили необходимость и важность систематической работы по оценке качества медицинской помощи, и, во-вторых, доказали, что на современном этапе это качество требует улучшения (причем, на уровень качества влияют как внутренние факторы, так и условно «внешние» - возраст пациентов, характер госпитализации, уровень работы амбулаторно-поликлинической сети, включающий, в числе прочего, характер госпитализации). Учитывая множественность сопутствующей патологии среди лиц старшего возраста, видимо, следует совершенствовать стандарты диагностики и лечения, которые должны включать алгоритмы диагностики и лечения при наиболее частых сочетаниях хронических заболеваний.

**Пятая глава** посвящена изучению больничной летальности как одному из основных критериев качества медицинской помощи. Показатель больничной летальности за период с 2003 по 2012 г. колебался в динамике от 1,5 до 2,1% (рис. 6). В целом за этот период он вырос на 93,3%. На койках различного профиля динамика носила неоднозначный характер. Использование метода наименьших квадратов при выравнивании динамических рядов показало, что отчетливая тенденция к росту летальности имела место на койках

хирургического профиля и (менее выраженная) – на ожоговых койках. Самый высокий уровень летальности (в 2012 г.) отмечается на койках торакальной хирургии (10,0%). Далее следуют неврологические (7,3%), ожоговые (5,8%), кардиологические (3,7%) и прочие.



**Рис. 6** Динамика больничной летальности за период 2003-2012 гг. (%)

Анализ контингента умерших показал, что большую часть (63,1%) составили мужчины. В возрастной структуре незначительная часть (3,8%) пришлась на долю лиц младше 40 лет; 24,2% составили пациенты 40-49 лет; 16,6% - 50-59 лет; 24,8% - 60-69 лет, а наибольшей (30,6%) была доля лиц 70 лет и старше.

Возрастная структура умерших мужчин была более «молодой» по сравнению с женщинами. Так, доля лиц до 50 лет соответственно составила 38,3% и 10,3% ( $p < 0,01$ ), а лиц 70 лет и старше – 25,3% и 39,7% ( $p < 0,01$ ). В социальной структуре умерших 19,9% пришлось на рабочих; 16,7% - на служащих; 1,3% - на учащихся; 34,6% - на пенсионеров; 5,5% - на неработающих; 22,4% - на инвалидов. Подавляющее большинство (80,0%) было направлено скорой помощью, 14,8% - поликлиниками; 5,2% поступили самостоятельно. Наибольшую долю в структуре причин смерти (около трети) составили острое нарушение мозгового кровообращения (32,3%) и травмы (31,0%). Третье место в структуре пришлось на острый инфаркт миокарда (15,8%). Несколько ниже (12,0%) была доля умерших от хронических заболе-



ваний органов пищеварения, 2,5% пришлось на долю умерших от хронической ИБС.

Полное совпадение диагнозов направления с клиническими имело место в подавляющем большинстве (98,7%) случаев; частичное и несовпадение – в 0,7%. Случаи несовпадения диагнозов имели место только среди пациентов 70 лет и старше (на их долю пришлось 2,1%); частичное совпадение – в 40-49 лет (2,7%). Случаи неполного совпадения (несовпадения) диагнозов имели место при хронической ИБС, ОНМК, травмах.

Изучение характера осложнений показало, что у 64,3% умерших имело место одно осложнение, у 26,0% - два; у 9,7% - три и более. При этом для мужчин характерно большее число осложнений. Так, доля имевших три и более осложнений составила 12,2% среди мужчин и 5,4% среди женщин. У 2/3 (70,2%) умерших имелись сопутствующие заболевания, в т.ч. у 1,9% - одно; у 15,2% - два; у 53,7% - три и более. Наличие сопутствующей (в т.ч. множественной) патологии более характерным было для женщин.

Полное совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов имело место в 98,1% случаев; частичное – в 1,9% (среди пациентов 50-59 лет – 3,7%; 60-69 лет – 2,6%; 70 лет и старше – 2,1%). Частичное совпадение имело место при хронической ИБС, хронических заболеваниях органов пищеварения, травмах. В небольшой степени изменилась после вскрытия и «картина» осложнений. Несколько снизилась (с 64,3% до 58,2%) доля случаев с наличием одного осложнения и увеличилась – с наличием двух (с 26,0% до 27,9%), трех и более осложнений (с 9,7% до 13,9%), что свидетельствует как о наличии у значительной части пациентов множественных осложнений, так и об их клинической гиподиагностике. Значительно в большем проценте случаев, чем клинически, при вскрытии выявлялись сопутствующие заболевания. Они были выявлены у всех умерших, в т.ч. у 6,0% одно (у 7,4% мужчин и 4,1% женщин); у 20,5% - два (у 23,5% мужчин и 16,3% женщин); у 73,5% - три и более (у 69,1% мужчин и 79,6% женщин). Соответственно полное совпадение по диагностике сопутствующих заболеваний было в 39,6%

случаев, частичное – в 34,9%; несовпадение – в 25,5%. То есть, в большей части случаев клинически многие сопутствующие заболевания не были выявлены (и соответственно не лечились), что могло повлиять на развитие неблагоприятного исхода.

Анализ протоколов и карт разбора историй болезни на заседаниях КИ-ЛИ показал, что из общего числа проанализированных случаев по 84,6% из них имелись замечания. В 17,6% замечания касались догоспитального этапа (преимущественно – поздняя госпитализация), причем, только в 18,0% из числа этих случаев данные замечания не сочетались и с дефектами, выявленными на стационарном этапе. В случаях выявления дефектов в стационаре 42,0% пришлось на долю выявления одного дефекта; 36,2% - двух; 16,7% - трех; 2,3% - четырех; 2,8% - пяти. В большинстве (70,6%) случаев имели место замечания по ведению медицинской документации (рис. 7).

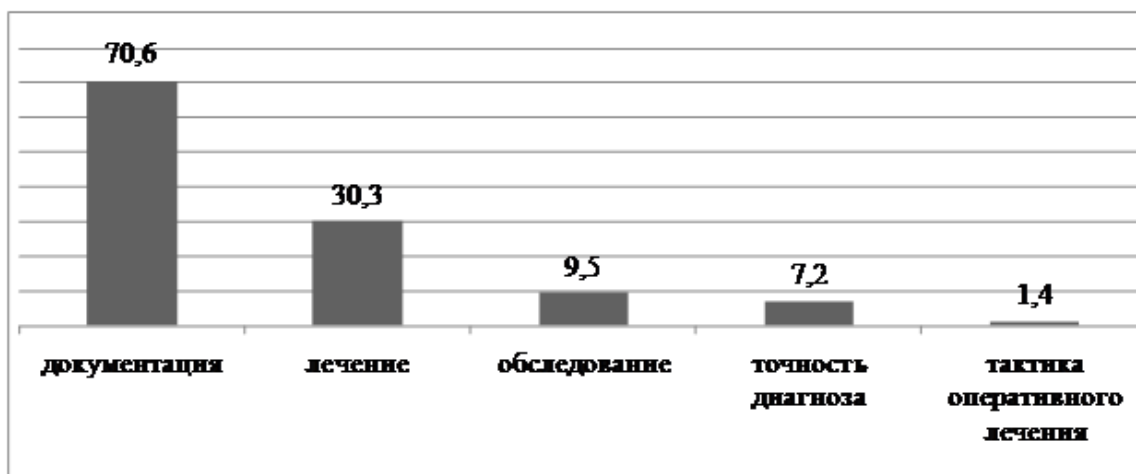
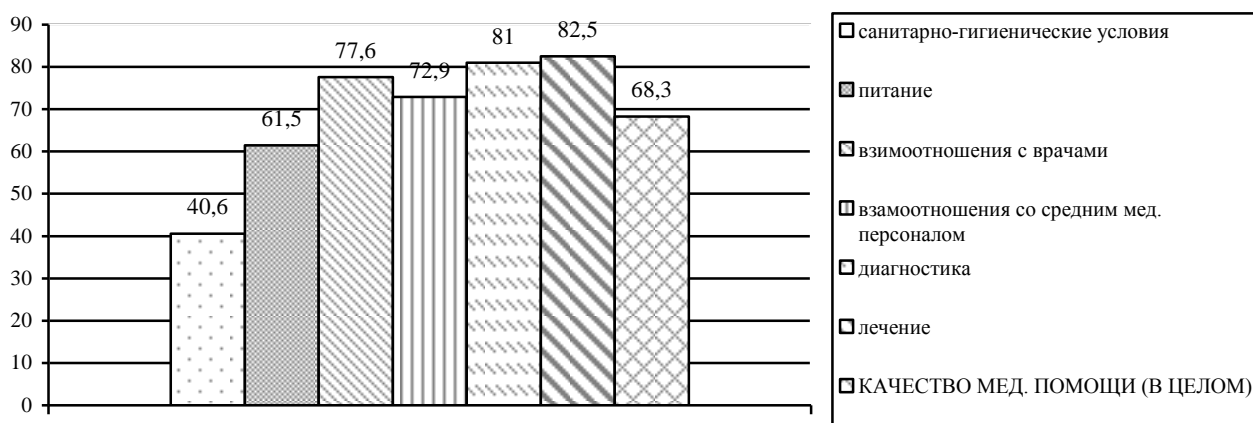


Рис. 7 Дефекты прижизненного ведения умерших больных (%)

В каждом третьем (30,3%) случае эксперты высказывали замечания по медикаментозной терапии (они касались преимущественно неназначения при наличии показаний того или иного препарата; 8,5% из числа этих замечаний пришлось на сочетания препаратов); почти в каждом десятом (9,5%) случае – по обследованию (в 90,5% обследование было неполным, в 9,5% - излишним); в 7,2% имело место расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов, в т.ч. в 2,5% - полное; в 1,4% были замечания по тактике оперативного лечения. Формулируя общее заключение по рассмотренным

случаям, КИЛИ пришла к выводу о наличии в ведении 38,8% умерших пациентов достаточно существенных дефектов, которые, однако, не повлияли на исход заболевания.

**В шестой главе** приведены результаты социологического опроса пациентов (рис. 8). Он показал, что санитарно-гигиеническими условиями в стационаре были удовлетворены менее половины (40,6%) респондентов. Еще столько же (43,5%) указали, что они скорее удовлетворены, чем нет; полную неудовлетворенность высказали 6,9% опрошенных, частичную – 9,2%. Качеством питания было удовлетворено большинство пациентов («да» ответили 61,5% из них, «скорее да» - 29,1%); неполную удовлетворенность высказали 6,7% опрошенных; неудовлетворенность – 2,7%. Взаимоотношениями с врачами были удовлетворены в полной мере 77,6% опрошенных; «скорее да» - 21,0%; незначительным был процент отметивших частичную (1,1%) и неудовлетворенность этими взаимоотношениями (0,3%). Несколько ниже был уровень удовлетворенности средним медицинским персоналом. Полную удовлетворенность высказали 72,9% респондентов; 25,4% респондентов считали, что они скорее удовлетворены, чем нет. Не удовлетворены этими взаимоотношениями были 0,6% опрошенных. Уровнем диагностики в стационаре были вполне довольны 81,0% респондентов; «скорее да» - 16,3%. 2,2% респондентов дали ответ «скорее нет»; 0,5% - не были удовлетворены объемом проведенного обследования.



**Рис. 8** Удовлетворенность пациентов условиями пребывания в стационаре, взаимоотношением с персоналом, качеством диагностических и лечебных мероприятий (%)

Подавляющее большинство опрошенных полностью (82,5%) или в большей степени (14,4%) было удовлетворено качеством проведенного лечения. Больше нет, чем да, были удовлетворены им 1,9% респондентов, случаи неудовлетворенности были единичными (на их долю пришлось 1,1%). На вопрос об оплате лечения (в целом или отдельных услуг) положительно ответили 10,8% респондентов.

В целом по уровню удовлетворенности качеством оказанной в стационаре помощи пациенты распределились следующим образом: удовлетворены были 68,3% респондентов; «скорее да» - 27,8%; «скорее нет» - 3,5%; не удовлетворены – 0,6%. Средний балл оценки качества (в пятибалльной системе) составил  $4,38 \pm 0,03$ .

Таким образом, проведенное исследование показало, что в большинстве своем пациенты были удовлетворены как условиями пребывания в стационаре, так и качеством диагностических и лечебных мероприятий, организацией медицинской помощи. По всем оценивавшимся аспектам случаи полной неудовлетворенности респондентов были единичными; невысока и доля тех, кто был частично не удовлетворен теми или иными параметрами. Наибольшие нарекания пациентов вызывают санитарно-гигиенические условия и питание. В то же время весьма важную роль играют деонтологические аспекты, поскольку имеют место случаи неудовлетворенности пациентов взаимоотношениями с медицинским персоналом и пожелания совершенствования этой составляющей качества медицинской помощи. Особого внимания в этом плане требуют женщины, пациенты более молодого возраста, безработные и домохозяйки. Имеющиеся в разных отделениях различия свидетельствуют о важной роли заведующих в формировании соответствующих условий и обеспечении высокого уровня удовлетворенности пациентов.

**В седьмой главе** освещены результаты анкетирования сотрудников больницы по проблеме информированности о современных подходах в оценке и обеспечении качества медицинской помощи, и содержится оценка мнения персонала о его уровне в базовом стационаре.

Отвечая на вопрос о подготовленности в вопросах КМП, 49,2% респондентов считали себя достаточно подготовленными; 20,3% сочли себя не вполне подготовленными. Сравнительно небольшая (5,1%) часть респондентов ответила отрицательно на данный вопрос, 25,4% опрошенных не смогли определиться с ответом. Важно отметить, что субъективная оценка информированности медицинского персонала об уровне своих знаний в области КМП не соответствовала реальной ситуации. Респондентам было предложено перечислить компоненты КМП. Правильно не назвал их никто из опрошенных. Большинство (67,6%) приводило ответы совершенно неправильные (не имеющие отношения к компонентам вообще); 16,2% перечислили не все компоненты; в 16,2% анкет ответ отсутствовал вообще. Требования, которым должно отвечать надлежащее КМП, неправильно сформулировали 10,8% респондентов; указали их частично – 50%, а 39,2% опрошенных предпочли не отвечать на данный вопрос. Субъекты контроля КМП правильно указали 9,5% опрошенных; неправильно – 23,0%; указали не все – 44,6%; уклонились от ответа на данный вопрос – 23,0%. Не смогли респонденты и четко сформулировать ответ на вопрос, какие виды контроля осуществляют страховые медицинские организации. 43,2% респондентов перечислили не все, 27,0% назвали неправильно, а 29,7% вообще не стали отвечать на него. Респондентам было предложено также перечислить основные статистические показатели, характеризующие качество работы больницы. Только 5,4% опрошенных указали правильно основные из них, 39,2% указали лишь часть из них, 23,0% назвали лишние, 10,8% - неверные показатели, а каждый пятый (21,6%) вообще не смог ответить на данный вопрос. Определение социальной эффективности здравоохранения правильно дали 2,7% опрошенных, частично правильно – 40,5%, неправильно – 21,6%. Более трети (35,1%) респондентов воздержались от ответа на данный вопрос. Респондентам предлагалось назвать категории диагностических ошибок. Правильно указали их только 6,8% опрошенных.

В больнице разработаны критерии результативности для каждого отделения, которые (в числе прочего) влияют на уровень оплаты труда персонала. Поэтому нами был задан вопрос о том, насколько респонденты осведомлены о них. Считали себя осведомленными 61,4% опрошенных. На вопрос о том, считают ли респонденты указанные критерии адекватными, положительно ответили 54,2% опрошенных, а 45,8% не смогли ничего ответить. Предложения по их изменению (анкета предполагала такую возможность) внесли 4,1% опрошенных.

Респондентам предлагалось оценить качество помощи, оказываемой в больнице, по пятибалльной системе. Неудовлетворительным его считали 1,5% опрошенных, удовлетворительным – 18,8%, хорошим – 47,8%, отличным – 31,9%. Средний балл составил  $4,1 \pm 0,09$ . Выше были оценки качества помощи, оказываемой в тех отделениях, где работали респонденты. Неудовлетворительные оценки отсутствовали; доля удовлетворительных составила 1,4%, хороших – 42,9%, отличных – 55,7%. Средний балл составил  $4,54 \pm 0,06$ . Предложения по улучшению качества высказали 69,1% респондентов. Большая их часть (42,7%) свелась к улучшению материально-технической базы больницы, 4,4% составили предложения по увеличению заработной платы; 8,8% респондентов указали оба из перечисленных вариантов; 7,4% респондентов считали необходимым повысить уровень укомплектованности штатов, 5,9% - повысить квалификацию сотрудников.

Ответы на вопрос «Считаете ли Вы, что в больнице налажена постоянная работа по повышению квалификации персонала в области КМП?» распределились следующим образом: «да» ответило подавляющее большинство (87,3%) респондентов, «нет» - соответственно 12,7%.

Таким образом, проведенное исследование, во-первых, подтвердило, что в базовой больнице ведется систематическая работа по обучению медицинского персонала вопросам оценки, контроля и обеспечения КМП. При этом и врачи, и средний медперсонал, кроме традиционных форм обучения, достаточно активно занимаются самообразованием. Во-вторых, указанная

работа имеет позитивный результат, что проявляется и высоким процентом считающих себя осведомленными в вопросах КМП, и высокой оценкой качества помощи, оказываемой в больнице (и особенно в «собственных» подразделениях), и высоким процентом считающих, что в больнице ведется постоянная работа по обеспечению КМП. В-третьих, данная работа требует совершенствования, поскольку на многие вопросы тестового характера респонденты не смогли дать полного и правильного ответа (особенно это касается компонентов КМП, видов контроля, осуществляемых страховыми медицинскими организациями, средств контроля). Интересно отметить, что по ряду вопросов более осведомленными были респонденты в возрасте моложе 30 лет (которые недавно окончили учебные заведения и, видимо, знакомились в них с вопросами КМП), а по некоторым – наиболее опытные сотрудники, имеющие высшую квалификационную категорию. Наиболее осторожными в высказываниях были лица старшей возрастной группы. Как положительный, следует оценить тот факт, что используемые в больнице критерии результативности сотрудники в большинстве своем знают и принимают, хотя часть из них считает необходимым их совершенствование (при этом высказываемые предложения не всегда являются обоснованными).

**В восьмой главе** сформулированы основы системы обеспечения КМП в условиях многопрофильного стационара. Эта система основана на ряде принципов. Первым из них является обеспечение лидирующей роли руководства в формировании и реализации стратегии TQM. Его выполнение предусматривает: а) личную ответственность руководителей всех уровней за продвижение принципов и культуры TQM при управлении персоналом и системой качества в организации (что зафиксировано в локальных нормативных актах и функциональных обязанностях); б) обязательное обучение руководителей (тематическое усовершенствование) вопросам обеспечения КМП; в) формирование руководством соответствующих этических норм и ценностей (культуры организации), для чего, в частности, в больнице была создана Комиссия по медицинской этике в составе Больничного совета; г) регуляр-

ный анализ уровня достижения целей (ежемесячно - показателей результативности; ежеквартально – отчеты различных служб на заседаниях Медицинского совета; ежегодно – итоговый анализ с отчетом на Медицинском Совете).

Поддержание лидирующей роли руководства невозможно без наличия обратной связи. В больнице разработана «Анкета по удовлетворенности взаимодействия персонала с руководством больницы»; с учетом результатов анкетирования сотрудников разрабатывается план корректирующих мероприятий.

Одним из условий удовлетворенности сотрудников и залогом их активного участия в реализации цели организации является наделение работников определенными полномочиями. Анкетирование показало, что 78,2% сотрудников больницы удовлетворены своими должностными полномочиями. Кроме того, 85% сотрудников удовлетворены продвижением по службе. 63% сотрудников удовлетворены предоставляемыми возможностями для обучения и повышения квалификации, а 59,5% - реакцией руководства на рост уровня профессиональной подготовки. Как положительный, следует отметить и тот факт, что 78% респондентов удовлетворены отношением руководства к подаче предложений по улучшению КМП и столько же сотрудников – признанием руководством заслуг отдельных работников и групп. Большинство (85%) респондентов удовлетворены и поддерживают политику развития больницы; 63% опрошенных сотрудников удовлетворены существующей системой материального поощрения; 70% - деятельностью руководства по реализации политики и стратегии в области качества. «Узким» местом остается удовлетворенность условиями труда (ими удовлетворены только 25,0% сотрудников). Сравнительно низкой остается и удовлетворенность оплатой труда и льготами (только 7,4% сотрудников полностью удовлетворены заработной платой). В то же время 67,3% респондентов не планируют сменить место работы.



Следующим принципом является формирование и обеспечение политики и стратегии организации в области качества. Исходными данными (внешними параметрами или «входом в систему») являются: ожидания потребителей, партнеров, общества, прогнозирование развития сегментов рынка, анализ деятельности конкурентов, социальные, экологические, условия, нормативно-правовые акты, требования безопасности, новые медицинские технологии и т.д. При формировании политики вначале определяется предназначение (миссия) организации, ее приоритетные ценности, которые утверждаются на заседании Медицинского Совета.

Реализации политики в области качества способствуют также использование совокупности методов материальной и нематериальной мотивации. Система мотивации включает четко прописанные процедуры и технологии, а также распределение функций между руководителями всех уровней управления. Четкость и «прозрачность» мотивационной системы определяется наличием набора структурно-организационных, функциональных, научно-методических, информационных, компетентностных требований и критериев оценки всех сотрудников, которые увязаны с целями учреждения. С этой системой ознакомлены все сотрудники, что обеспечивается путем обязательных тренингов для руководителей по проведению аттестационных и отборочных интервью при приеме на работу, проведения презентаций для сотрудников, обучения специалистов кадровой и других служб.

Как известно, в основе мотивационного механизма лежит удовлетворение потребностей, включая материальные, духовные, этические, эстетические и т.д. Важно также максимальное сочетание удовлетворения групповых, индивидуальных, коллективных потребностей. Для оптимизации материальной мотивации, как отмечалось выше, в стационаре используются результирующие критерии качества. Руководители разных уровней обеспечивают удовлетворение потребности в обучении. Кадровая служба активно занимается стратегией продвижения сотрудников. Для оптимизации морально-психологического климата в коллективе в организации существует психоло-

гическая служба (социальные психологи), среди задач которых: формирование подразделений («команд») на основе психологического соответствия сотрудников; формирование личной мотивации людей, исходя из философии организации; минимизация психологических конфликтов (скандалов, обид, стрессов, раздражения) и др. Также к методам стимулирования сотрудников можно отнести совершенствование организации труда (включая четкое целеполагание, совершенствование нормирования, обогащение содержания труда, использование гибких графиков, улучшение условий труда), а к числу долговременных факторов - развитие материально-технической базы, совершенствование всех технологических процессов в ЛПУ (включая системное внедрение новых медицинских технологий).

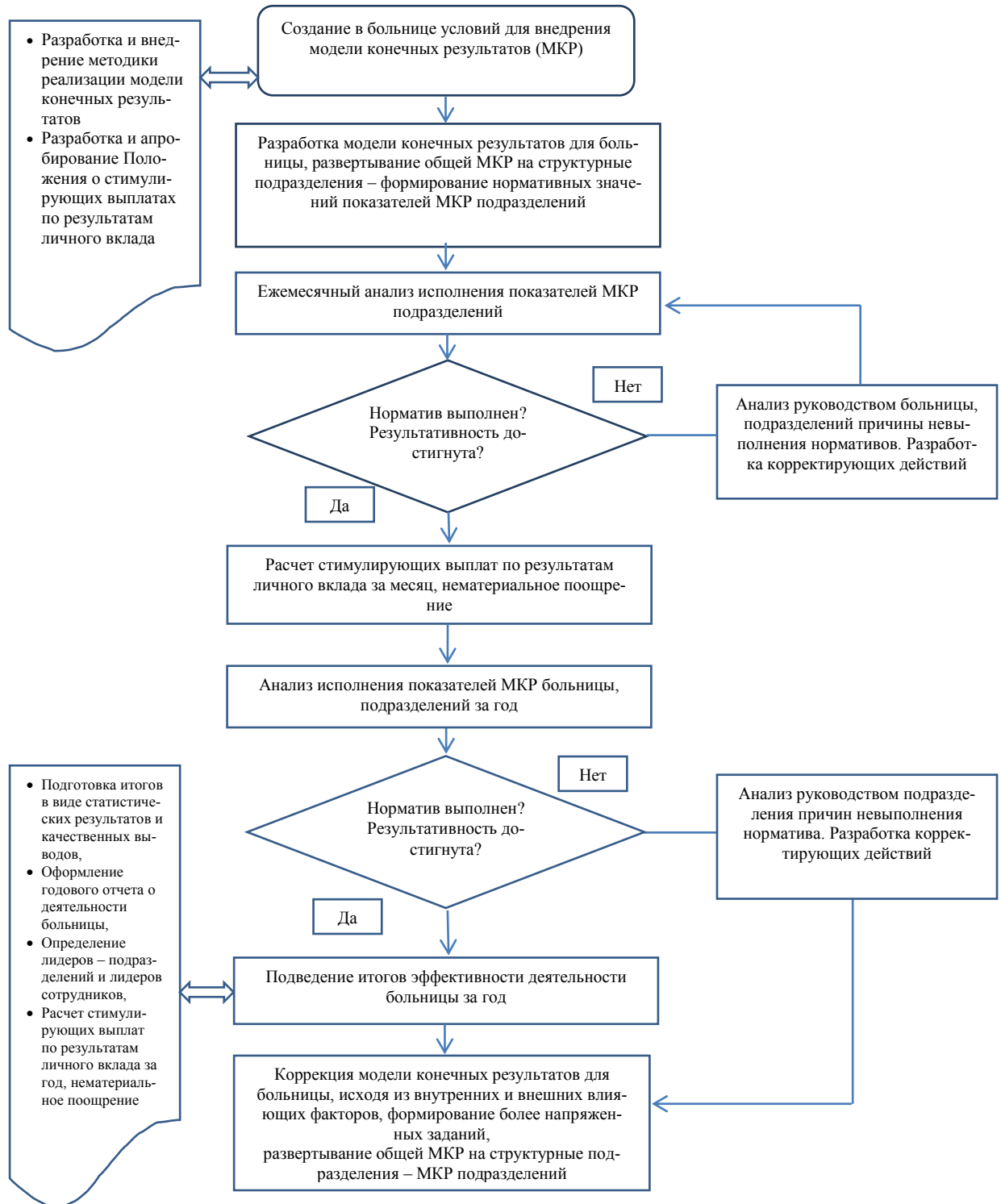
Следующим основополагающим принципом является достижение максимальной удовлетворенности потребителей (пациентов). Для мониторинга уровня удовлетворенности в больнице внедрена «Анкета по оценке качества медицинской помощи»; создан Интернет-сайт (на котором, в числе прочего, также размещена данная анкета). Также необходимо подчеркнуть, что в больнице сформирован четкий алгоритм работы с обращениями (устными и письменными) пациентов, родственников и других заинтересованных лиц. К этому же принципу можно отнести такое направление работы по обеспечению качества, как формирование благоприятного общественного мнения. Больница строит свою деятельность в режиме информационной открытости по отношению к обществу.

В ходе настоящего исследования проведена корректировка алгоритма управления КМП в больнице (рис. 9).

Все перечисленные выше мероприятия координируются специально созданной в больнице службой Качества медицинской помощи (рис. 10).

Служба КМП – это функциональное подразделение, предназначенное для организации и осуществления планомерных работ по непрерывному улучшению КМП. В числе прочего ежегодно специалистами Службы рассчитывается коэффициент качества.

При выполнении 90-100% требуемых диагностических и лечебных мероприятий, указанных в федеральном стандарте, он принимается равным единице.



**Рис. 9 Предлагаемый алгоритм управления КМЭ в городской многопрофильной больнице**

Выполнение менее 90% наименований федерального стандарта оценивается в зависимости от фактического количества проведенных диагностических и лечебных мероприятий по формуле:

$$\text{коэффициент качества} = a : b,$$

где, а – количество фактически выполненных диагностических и лечебных процедур с частотой предоставления «1»,

в – количество диагностических и лечебных процедур с частотой предоставления «1», предусмотренных стандартом.



**Рис. 10 Структура Службы Качества городской многопрофильной больницы**

Таким образом, в больнице на основании реализации системного подхода внедрены основные принципы всеобщего обеспечения качеством; создана информационная, нормативно-правовая база, сформирована соответствующая структура, позволяющая планировать, организовывать, вести постоянный контроль за работой, определены результирующие критерии, основные направления мотивации персонала и современного кадрового менеджмента, поддержания адекватной ресурсной базы, разработана организационная модель (рис. 11), позволяющая своевременно реагировать на изменения в макро- и микросреде, оценивать эффективность управленческих воздействий в сфере управления качеством.

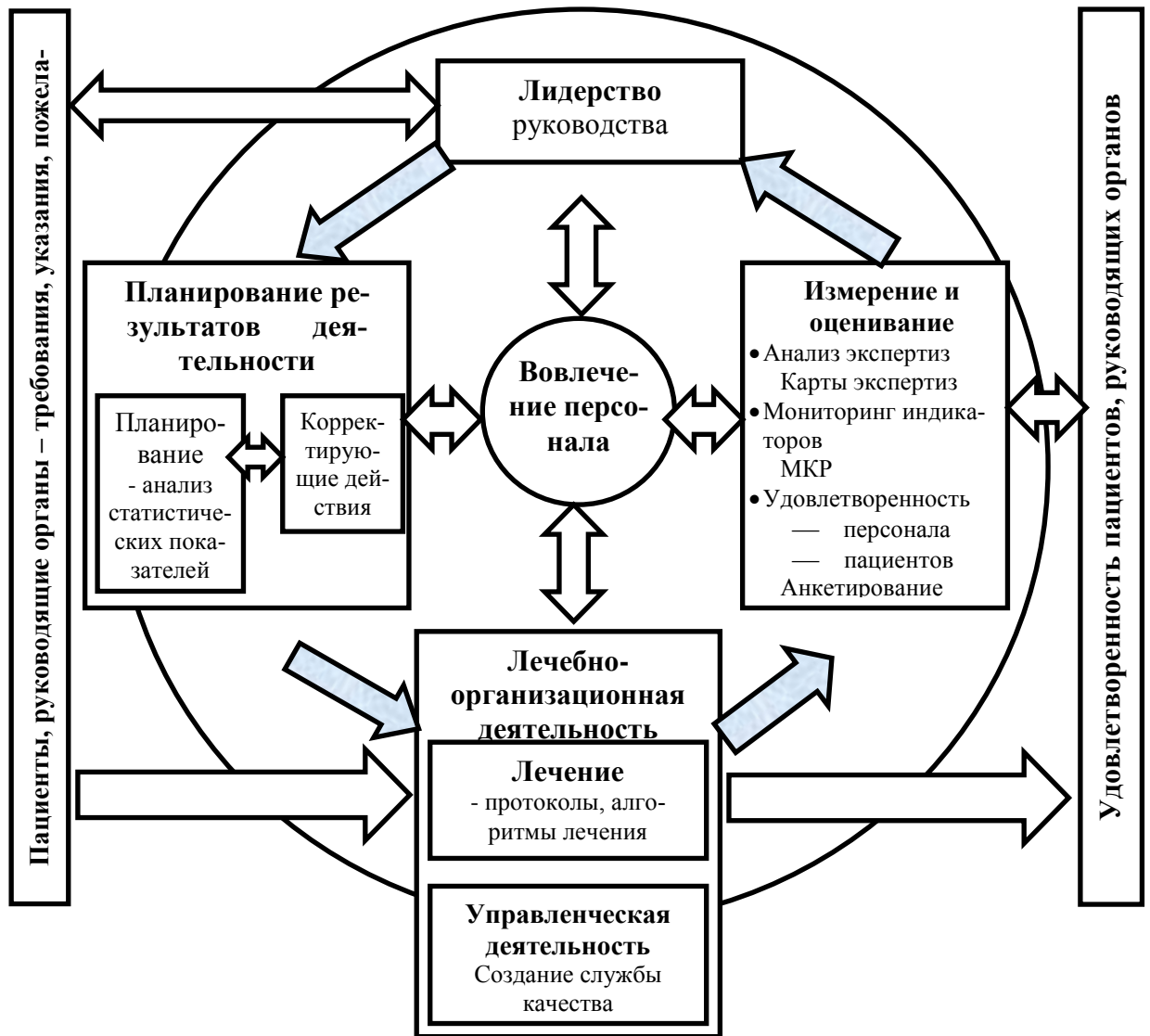


Рис. 11 Организационная модель

## ВЫВОДЫ

1. В деятельности медицинской организации оценка и анализ по результатам использования различных инструментов контроля проводится разобщенно, мало применяются объективные критерии и модели конечных результатов. Контроль качества осуществляется субъектами по различным методикам, получаемые при этом оценки носят разнонаправленный и противоречивый характер, что затрудняет принятие управленческих решений. Также практически отсутствует опыт создания в медицинских организациях завершенных систем обеспечения качества медицинской помощи, основанных на

объективном походе, интегральных оценках и единых формализованных критериях в соответствии с принципами TQM.

2. В системе оценок качества медицинской помощи важное значение имеют модели конечных результатов, основанные на объективной оценке интегральных показателей деятельности отделений и больницы в целом. Опыт их использования в городской многопрофильной больнице свидетельствуют об эффективности системы обеспечения качества медицинской помощи. Уровень интегрального критерия результативности многопрофильной больницы колеблется в различных отделениях от 0,82 до 0,95, а в целом по учреждению растет с 0,79 в 2008 - 2009 годах, до 0,91 в 2011 - 2012 годах.

3. По результатам анализа экспертиз выявлены замечания по выполнению стандартов лечения, диагностики, лабораторным и инструментальным исследованиям, ведению документации. Снижение экспертных оценок определяется объективными факторами «утяжелению» контингента пациентов в динамике, увеличения возраста пациентов, недостаточной укомплектованностью кадрами. Объективный анализ конечных результатов позволяет своевременно выявлять негативные факторы, управлять ими и минимизировать их влияние в рамках системы обеспечения качества медицинской помощи.

4. Важнейший показатель качества медицинской помощи является показатель больничной летальности он должен присутствовать в каждой модели конечных результатов (по отделениям). Среднегодовой уровень летальности в больнице составляет 2,1%. Значение показателя определяется наличием у 35,7% умерших множественными осложнениями основного заболевания, а также наличием у большинства (70,2%) - сопутствующей патологией (преимущественно множественной). По заключению экспертов имели место замечания по качеству прижизненного ведения пациентов (включая дефекты обследования - в 9,5% случаев, проведенного лечения – в 30,3%). Все случаи больничной летальности признаны непредотвратимыми, что свидетельствует об эффективности функционирования системы обеспечения качеством.

5. Одним из важнейших критериев эффективности системы обеспечения качества в условиях многопрофильной больницы является показатель удовлетворенности пациентов. Полностью удовлетворены взаимоотношениями с врачами были 77,6% из них; со средним медицинским персоналом – 72,9%; проведенными диагностическими мероприятиями – 81,0%; лечением – 82,5%; медицинской помощью в целом – 68,3%. При анкетировании пациентов по 5 бальной шкале средний балл оценки составил 4,38. Указанное является доказательством и следствием систематической целенаправленной работы в области повышения квалификации и воспитания деонтологической культуры сотрудников.

6. В результате внедрения системы обеспечения качеством на основе принципов TQM осведомленность персонала о политике руководства больницы в области качества медицинской помощи присутствует, хотя уровень его информированности о различных теоретических аспектах не высок. Тем не менее считали себя подготовленными в области качества медицинской помощи 42,9% опрошенных сотрудников. Большинство (61,4%) респондентов было осведомлено о результирующих критериях качества, разработанных в больнице, а 87,3% полагали, что в стационаре налажена систематическая работа по обеспечению качества медицинской помощи. Средний балл оценки системы качества в больнице составил 4,1 в 2008 году, а в 2012 - 4,54 по пятибалльной шкале.

7. О вовлеченности персонала в систему обеспечения качеством свидетельствуют следующие показатели: 85,0% - продвижением по службе; 85% респондентов удовлетворены и поддерживают политику развития больницы; 78,2% сотрудников больницы удовлетворены своими функциональными обязанностями; 78,0% - отношением руководства к подаче предложений по улучшению КМП и признанием руководством заслуг отдельных работников и групп; 70% - деятельностью руководства по реализации политики и стратегии в области качества. Тем не менее, не удовлетворены: 37,0% - возможностями, созданными в больнице, для обучения и повышения квалификации;

37% опрошенных сотрудников существующей системой материального поощрения; 40,5% - реакцией руководства на рост уровня профессиональной подготовки. Неоднозначность показателей свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования системы обеспечения качества.

8. Созданная организационная модель обеспечения качества в городской многопрофильной больнице с помощью сформированной структуры - службы качества, позволяет своевременно реагировать на изменения в макро- и микросреде, оценивать эффективность управленческих воздействий в сфере управления качеством для повышения удовлетворенности населения медицинской помощью.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

1. Разработанный алгоритм управления качеством медицинской помощи на основе моделей конечных результатов позволяет получить интегральную оценку, необходимую для принятия управленческих решений в области улучшения медицинской помощи населению.

2. Организационная модель системы обеспечения качества на основании предложенного алгоритма позволяет внедрить в деятельность медицинской организации принципы всеобщего управления качеством TQM и требования стандартов менеджмента качества серии ISO 9000.

3. Необходима систематическая работа по повышению уровня знаний всех категорий медицинского персонала в области современных представлений о качестве медицинской помощи, его критериях, системе контроля и обеспечения с последующим периодическим контролем.

4. Для упорядочения и координации в медицинской организации работы по обеспечению качества медицинской помощи целесообразно создание единой организационной структуры – службы качества медицинской помощи больницы, объединяющей все структуры, участвующие в осуществлении внутреннего контроля и взаимодействующие с субъектами внешнего контроля. В функции данной службы должны быть включены: мониторинг ста-



тистических показателей; анализ уровня удовлетворенности пациентов и сотрудников; разработка и корректировка системы мотивации персонала; обеспечение непрерывного обучения персонала, формирование системы наставничества; организация экспертной работы (по единой программе и алгоритмам); разработка внутренних протоколов медицинской организации (включая стандартизацию ведения медицинской документации); взаимодействие с внешними субъектами контроля.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

### Работы, опубликованные в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК

1. Балохина, С.А. Социологические опросы пациентов как информационная база для принятия решений в области стратегии качества медицинской помощи /С.А. Балохина, **А.Е. Орлов**, Д.А. Сидоренков //Врач-аспирант.2014. -Т. 63. №2. - С. 24-32. 1,03 п.л. (авт. 0,34 п.л.).

2. Балохина, С.А. Опыт создания системы управления качеством медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице /С.А. Балохина, Д.А. Сидоренков, В.В. Павлов, **А.Е. Орлов** //Врач-аспирант. – 2014. - №5. – С. 146-152. 0,80 п.л. (авт. 0,20 п.л.).

3. Горячев, В.В. Мониторинг показателей работы многопрофильного стационара по моделям конечного результата /В.В. Горячев, В.В. Павлов, **А.Е. Орлов**, М.С. Дмитриева //Экономика здравоохранения. 2011. № 3. С. 52-53. 0,23 п.л. (авт. 0,05 п.л.).

4. Орлов, А.Е. Информированность медицинского персонала о теоретических аспектах качества медицинской помощи /**А.Е. Орлов** //Здоровье семьи – 21 век. 2014. № 3. URL: <http://fh-21.perm.ru/download/11-3-2014.pdf> (авт.1,0 п.л.)

5. Орлов, А.Е. Медико-социологическая характеристика городской многопрофильной больницы /**А.Е. Орлов** //Вестник новых медицинских технологий. 2015. Т.22. № 1. С. 106-110. (авт.0,4 п.л.)

6. Орлов, А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) /А.Е. Орлов // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 4-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4979.pdf> (дата обращения: 24.02.2015). (авт. 1,0 п.л.)

7. Орлов, А.Е. Социологические опросы пациентов как важный критерий качества медицинской помощи /**А.Е. Орлов** //Современные проблемы науки и образования. 2014. № 5. URL: <http://science-education.ru/119-14942> (дата обращения: 16.10.2014) (авт. 1,0 п.л.)

8. Орлов, А.Е. Экспертиза качества медицинской помощи в городской многопрофильной больнице /**А.Е. Орлов** //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/120-15660> (дата обращения: 01.12.2014). (авт. 1,0 п.л.)

9. Орлов, А.Е. Формирование управленческих решений на основе анализа больничной летальности многопрофильного стационара /**А.Е. Орлов** //Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Том 16. – №5(4). – 2014. – С. 1523-1526. 0,46 п.л. (авт. 0,46 п.л.).

10. Орлов, А.Е. Индикаторы качества деятельности городской многопрофильной больницы /**А.Е. Орлов**, В.В. Павлов, Суслин С.А. //Аспирантский вестник Поволжья. - № 5-6. – 2014. – С. 138-142. 0,58 п.л. (авт. 0,20 п.л.).

11. Орлов, А.Е. Анализ больничной летальности в городской многопрофильной больнице /А.Е. Орлов, С.А. Суслин, В.В. Павлов //ЭНИ Забайкальский медицинский вестник. – № 1. – 2015. – С. 63-67. 0,57 п.л. (авт. 0,19 п.л.).

12. Павлов, В.В. Анализ удовлетворенности пациентов многопрофильного стационара качеством медицинской помощи /В.В. Павлов, **А.Е. Орлов** //Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Том 16. – №5(4). – 2014. – С. 1527-1530. 0,46 п.л. (авт. 0,23 п.л.).

13. Погосян, С.Г. Анализ мнения врачей об их профессиональной подготовленности /С.Г. Погосян, **А.Е. Орлов**, С.Е. Тептин //Проблемы соц. гиги-

ены, здравоохранения и истории медицины. 2014. №1. с. 33-35. 0,35 п.л. (авт. 0,12 п.л.).

14. Погосян, С.Г. Роль мотивированности медицинского персонала в системе обеспечения качества медицинской помощи /С.Г. Погосян, Д.А. Сидоренков, С.А. Балохина, **А.Е. Орлов** //Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 4. С. 30-33. 0,46 п.л. (авт. 0,12 п.л.).

15. Орлов, А.Е. Управление коечным фондом как инструмент повышения качества медицинской помощи в городской многопрофильной больнице /**А.Е. Орлов** // Фундаментальные исследования. 2015. № 7. С.

#### **Основные работы, опубликованные в других изданиях**

16. Кириллов, В.И. Влияние программы «Модернизация здравоохранения Самарской области на 2011-2015 гг.» на показатели качества работы многопрофильного стационара /В.И.Кириллов, **А.Е.Орлов**, М.С.Дмитриева //Здравоохранение. Модернизация. Качество. Результат: Сборник статей. – Самара, 2012. - С. 80-87. 0,92 п.л. (авт. 0,31 п.л.).

17. Орлов, А.Е. Система управления качеством медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара /**А.Е.Орлов** //Теоретические практические аспекты развития современной науки: Материалы VI международной научно-практической конференции. – М., 2012. – С. 132-135. 0,08 п.л. (авт. 0,08 п.л.).

18. Сборник документов по организации системы контроля качества в городской больнице /В.В. Павлов, В.И.Кириллов, **А.Е.Орлов**, М.С.Дмитриева, О.А.Прошина, Е.А. Вакулич – М.: ООО «Издательство «Перо»; Самара: МБУ ВПО «СамГМУ»; ММБУ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, 2012. – 248 с. 14,42 п.л. (авт. 2,43 п.л.).

19. Мурзабекова, М.М. О результатах анкетирования пациентов онкологического профиля /М.М.Мурзабекова, Е.С.Евдокимова, **А.Е. Орлов**, Е.Г. Зражевская, К.Ю.Кротов //Проблемы городского здравоохранения. Вып.18: Сб.науч.тр. /Под ред. проф.Н.И.Вишнякова, д.м.н.Ю.П.Линца. – СПб., 2013. - С. 254-257. 8,6 п.л. (авт. 1,72 п.л.).

20. Орлов, А.Е. Кадровый менеджмент в системе обеспечения качества медицинской помощи /**А.Е.Орлов** //Современные возможности науки: Материалы YIX научно-практической конференции. - Прага, 2013. - С. 258-265. 8,6 п.л. (авт. 0,96 п.л.).

21. Орлов, А.Е. Мнение сотрудников больницы о качестве оказываемой медицинской помощи /**А.Е. Орлов** //Наука и образование в жизни современного общества: Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. Часть 4. -Тамбов, 2013. - С. 95. 0,12 п.л. (авт. 0,12 п.л.).

22. Орлов, А.Е. Служба качества медицинской помощи как интегральное звено в системе ее контроля и обеспечения /**А.Е.Орлов** //Восточноевропейский журнал общественного здоровья и здравоохранения. - 2013.- №1. - С. 214-215. 0,23 п.л. (авт. 0,23 п.л.).

23. Орлов, А.Е. О результатах изучения удовлетворенности пациентов качеством стационарной помощи /**А.Е.Орлов** //Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения: Материалы X международной дистанционной научной конференции. – Липецк, 2014. – С. 109-112. 0,46 п.л. (авт. 0,46 п.л.).

24. Погосян, С.Г. Совершенствование учебного процесса как важное условие обеспечения качества сестринской помощи /С.Г. Погосян, О.С. Твердохлебова, **А.Е. Орлов** //Скорая медицинская помощь – 2014: Мат. Всероссий.научно-практ.конф. с межд.участием. – СПб., 2014. – С. 118-119. 0,23 п.л. (авт. 0,08 п.л.).

25. Орлов, А.Е. Качество стационарной медицинской помощи: мнения пациентов/ **А.Е.Орлов,** В.В.Павлов, С.А.Суслин, Т.Н.Тарасова //Современные проблемы здоровья и пути решения: Сборник материалов I Международной научно-практической интернет-конференции. – Оренбург, 2014. – С. 90-95. 0,69 п.л. (авт. 0,17 п.л.).

26. Орлов, А.Е. Некоторые результаты экспертизы качества медицинской помощи в городском многопрофильном стационаре /**А.Е.Орлов,**

В.В.Павлов, С.А.Суслин //Современные проблемы здоровья и пути решения: Сборник материалов I Международной научно-практической интернет-конференции. – Оренбург, 2014. – С. 96-100. 0,57 п.л. (авт. 0,19 п.л.).

27. Орлов, А.Е. Система управления качеством организации работы с персоналом лечебных учреждений (на примере крупной поликлиники и многопрофильного стационара) /**А.Е. Орлов**, В.В. Павлов, Д.Н. Лисица //Самара: ГБОУ ВПО «СамГМУ»; ООО ПК «ДСМ», 2014. – 208 с. 0,06 п.л. (авт. 0,02 п.л.).

28. Павлов, В.В. Модель конечного результата как механизм тотального управления качеством в организации /В.В.Павлов, **А.Е.Орлов** //Теоретический и практический журнал «Информационный архив» № 1, 2013 год. 0,57 п.л. (авт. 0,19 п.л.).

29. Balohina, S.A. Modern approcci alla gestione sanitaria di qualita /S.A. Balohina, **А.Е. Orlov**, S.G. Pogosjan, D.A. Sidorenkov //Italian Science Review. – 2014. - №4. - pp. 73-76. 0, 46 п.л. (авт. 0, 23 п.л.).

30. Sidorenkov, D.A. Approaches to estimates of quality of medical care /D.A. Sidorenkov, A.E.Orlov //Science, Technology and Higher Education: materials of the IV international research and practice conference, Westwood, Canada. - January 30, 2014. – 502-508p. 0, 80 п.л. (авт. 0,40 п.л.).

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИБС	- ишемическая болезнь сердца
ИПО	- институт профессионального образования
КМП	- качество медицинской помощи
ОМС	- обязательное медицинское страхование
ОНМК	- острое нарушение мозгового кровообращения
УЗИ	- ультразвуковое исследование
ISO	- International Organization for Standardization (Международная организация по стандартизации)
TQM	- Total quality management (тотальное управление качеством)