

поколения / М.Г. Чухрова, А.С. Потапов, В.В. Гафаров и др. // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 3. – С. 184-190.

3. Сухарев А.Г. Научные основы концепции укрепления здоровья детей и подростков / А.Г. Сухарев // Гигиена и санитария. – 2000. – № 3. – С. 43-44.

Евстигнеев С.В., Васильев В.В.

**ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КРУПНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ
МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза

ФГБОУ ВПО Пензенский государственный университет, г. Пенза

Евстигнеев Сергей Валентинович – к.м.н., главный врач,

Васильев Валерий Валентинович – д.м.н., профессор кафедры гигиены, общественного здоровья и здравоохранения, yvv1755@yandex.ru

Резюме. В работе изложен трехлетний опыт работы Пензенской областной клинической больницы после создания службы качества медицинской помощи. Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи положительно сказалось на снижении дефектов стационарной медицинской помощи.

Ключевые слова: служба качества медицинской помощи, дефекты медицинской помощи.

Abstract. The paper set out a three-year experience of the Penza Regional Clinical Hospital after the establishment of the quality of care services. Improving health care quality management system had a positive impact on reducing health care defects in the hospital.

Key words: quality of health care services, medical care defects.

Обеспечение качества медицинской помощи (КМП) является приоритетной целью функционирования медицинской организации в

целом и отдельных его подразделений [2]. Для его реализации формируется единая система управления КМП [3].

Целью работы явилось изучение опыта организации и проведения внутреннего контроля КМП в крупной многопрофильной больнице регионального уровня.

Материалы и методы. Изучены материалы по организации и проведению внутреннего контроля КМП за период с 2013 по 2015 гг. в Пензенской областной клинической больнице им. Н.Н. Бурденко. Используются статистический и аналитический методы исследования, экспертные оценки.

Результаты исследования. В областной клинической больнице в 2012 г. разработаны и утверждены Положение о внутреннем контроле качества медицинской помощи и Порядок проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (в 2013 г. переработаны и дополнены), создана служба качества медицинской помощи, утверждены формы карты и журнала внутреннего контроля КМП и т. д. [1].

В состав службы КМП входят: заместитель главного врача по медицинской части, являющийся руководителем службы КМП; другие заместители; руководители структурных подразделений; уполномоченный по качеству и безопасности медицинской деятельности в больнице – заведующий отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также врач отделения; председатели врачебной комиссии, комиссии по исследованию летальных исходов; врачи, включенные в регистр экспертов КМП учреждения.

Квалификационные требования, функциональные обязанности, ответственность руководителя и других работников службы КМП регламентируются должностными инструкциями, утверждаемыми главным врачом больницы. Исходя из того, что целью внутреннего контроля в областной клинической больнице является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи, а также в рамках утвержденной приказами МЗ Пензенской области маршрутизации пациентов по профилям медицинской помощи в Пензенской области, требований, предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских

технологий основной задачей службы КМП является совершенствование системы управления КМП. Соответственно основной функцией службы КМП является разработка, внедрение и поддержание системы управления КМП в рабочем состоянии на основе ее совершенствования и использования передовых информационных и управленческих технологий менеджмента качества.

Внутренний контроль осуществляется на трех уровнях. На 1-м уровне руководители структурных подразделений подвергают контролю медицинские карты стационарных больных (в 100% законченных случаев) и медицинские карты амбулаторных больных (не менее 5% от общего количества случаев оказания медицинской помощи за отчетный период) с занесением результатов контроля в карту внутреннего контроля КМП. На 2-м уровне внутренний контроль осуществляют заместители главного врача, заведующий отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения контроля качества случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи с заполнением карты. Заместители главного врача проводят контроль в течение квартала с оформлением результатов в журнале внутреннего контроля. Врачебная комиссия осуществляет внутренний контроль на 3-м уровне. По результатам исследования медицинской карты больного эксперт (экспертная комиссия) дает оценку КМП, подсчитывая коэффициент КМП по 10 критериям. Максимальная величина коэффициента КМП составляет 1,0.

В обязательном порядке внутреннему контролю подлежат: случаи летальных исходов: случаи внутрибольничного инфицирования; случаи заболеваний со значительной (более 50% от утвержденных) удлинненными или укороченными сроками лечения; случаи расхождений заключительных диагнозов и патологоанатомических диагнозов; случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их законных представителей; случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней со дня завершения лечения в стационаре или повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения; случаи выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

Эксперты, осуществляющие внутренний контроль КМП на 1-м уровне, по итогам каждого месяца определяют среднемесячные коэффициенты КМП по каждому врачу, проводят анализ врачебных ошибок, недостатков организации лечебно диагностического процесса и оформления первичной медицинской документации, принимают меры по устранению причин выявленных недостатков. Эксперты второго уровня, наряду с вышесказанным, проводят анализ причин расхождения оценок первого и второго уровней. Экспертные комиссии, осуществляющие внутренний контроль на 3-м уровне, при выставлении оценок, голосуют отдельно по каждому критерию качества, затем определяют итоговую оценку – коэффициент КМП. На 3-м уровне проводится анализ работы подразделений (кабинетов) и сопоставление оценок 1 и 2 уровней с выводами экспертной комиссии и ежемесячным докладом на медицинском совете. Экспертная комиссия дает заключение о качестве работы подразделений, рекомендации по устранению причин выявленных недостатков, предложений главному врачу учреждения о наложении дисциплинарных взысканий к работникам, виновным в ненадлежащем исполнении или неисполнении возложенных на них трудовых обязанностей. Результаты внутреннего контроля КМП сопоставляются с данными ведомственной или вневедомственной экспертизы КМП и используются для применения дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

Количество выявленных дефектов по результатам проведения экспертизы КМП на первом и втором уровнях в 2013 г. составило 7,2, в 2014 г. – 11,9, в 2015 г. – 5,6 на 100 экспертных случаев по стационару и 5,8, 8,9, 5,8 соответственно по поликлинике. Наибольшее число дефектов врачи стационара допускают в оформлении медицинской документации: в 2013 г. – 3,2, в 2014 г. – 5,8, в 2015 г. – 2,4; на втором месте идут дефекты в ведении больных: в 2013 г. – 2,5, в 2014 г. – 2,9, в 2015 г. – 1,6 на 100 экспертных случаев. Меньше дефектов в обследовании пациентов: в 2013 г. – 0,7, в 2014 г. – 1,7, в 2015 г. – 0,96; соответственно в диагностике – 0,52, 1,03, 0,4, в лечении – 0,28, 0,36, 0,23 на 100 экспертиз. В 2015 г. по сравнению с 2013 г. отмечается значительное сокращение дефектов в оформлении медицинской документации и в ведении больных ($p < 0,05$; $p < 0,01$).

В поликлинике наибольшее количество дефектов врачи допускают при оформлении медицинской документации: в 2013 г. – 3,2, в 2014 г. –

5,8, в 2015 г. – 3,4 на 100 экспертных случаев. Частота дефектов в обследовании больных в 2013 г. составила 0,69, в 2014 г. – 1,41, в 2015 г. – 1,03, частота дефектов в ведении больных – 0,96, 0,25, 0,86, частота дефектов в диагностике – 0,65, 2,4, 0,37 соответственно на 100 экспертиз. Наименьшее число дефектов отмечается в лечении больных: в 2013 г. – 0,12, в 2014 г. – 0,47, в 2015 г. – 0,17 на 100 экспертиз.

Таким образом, в результате совершенствования системы управления качеством медицинской помощи путем создания службы КМП в областной клинической больнице наметился положительный тренд в дефектах стационарной медицинской помощи. Полученные данные послужили обоснованием разработки мероприятий для дальнейшего улучшения КМП в учреждении.

Литература

1. Евстигнеев С.В. Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в локальных нормативных актах областной многопрофильной больницы. Пенза: ИП Соколов А.Ю. – 2014. – 338.с.
2. Линденбрaten А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии для его оценки // Бюллетень ННИИ общественного здоровья. – 2013. – Вып. 2. – С. 20– 23.
3. Павлов В.В. Опыт организации системы управления качеством медицинской помощи в Самарской области // Управление качеством медицинской помощи– 2013. – №1. – С. 11– 16.

Егорышева И.В.

ИЗ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИБЛИОТЕКИ

Egorysheva I. V.

FROM THE HISTORY OF CREATION CENTRAL SCIENTIFIC MEDICAL LIBRARY

Резюме. Статья посвящена истории создания в 1919 г. в Москве при Народном комиссариате здравоохранения Центральной научной медицинской библиотеки. Основой библиотеки стали петербургские