

Министерство Науки и Высшего образования Республики Казахстан

**НАО «Казахский национальный медицинский университет им
С.Д. Асфендиярова»**

Учреждение «SDU University»

Бекматова Клара Наурызовна

**ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП**

МАГИСТЕРСКИЙ ПРОЕКТ

Специальность - 7М04105 «ЕМВА Менеджмент в здравоохранении»

Алматы, 2024

Министерство Науки и Высшего Образования Республики Казахстан

**НАО «Казахский национальный медицинский университет имени
С.Д.Асфендиярова»**

Учреждение «SDU University»

«Допущен(а) к защите»

Зав. Кафедрой НАО «КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова»

Кошербаева Л.К., Phd, профессор

«___» _____ 2024 г.

Директор магистерских программ БШ СДУ

Заманбеков Д.Ш., PhD, ассист. Профессор

«___» _____ 2024 г.

Магистерский проект

**на тему: «Оценка системы внутреннего контроля качества медицинской
помощи на уровне ПМСП»**

по специальности 7M04105 – «EMBA Менеджмент в здравоохранении»

Выполнила: Бекматова К.Н.

Научный руководитель: Кожамет Санат Темиргалиевич, PhD, Assistant
Professor SDU University

Научный руководитель: Ергалиев Куаныш Асылханович, DrPH, Assistant
Professor SDU University

Научный консультант: Файзуллина К., PhD, директор Алматинского
городского филиала РГП на ПХВ «ННЦРЗ им. С.Каирбековой» МЗ РК

Алматы, 2024

АБСТРАКТ

Цель исследования – определить современную и эффективную модель, позволяющую улучшить внутренний контроль качества оказываемой медицинской помощи на уровне первичной медико-социальной помощи (ПМСП)

Методология: проведен литературный обзор в зарубежных источниках, в котором была обнаружена современная модель Plan-Do-Study-Act (PDSA), позволяющая увеличить уровень пациент-ориентированной медицинской помощи.

Оригинальность / ценность исследования заключается в том, что с использованием новых моделей повышения контроля качества медицинской помощи в здравоохранении на уровне ПМСП, таких как PDSA, возможно сосредоточение на наиболее важных элементах, которые способствуют возникновению проблем в оказании медицинской помощи, и, соответственно, их дальнейшему устранению.

Результаты исследования. Использование данной модели в организациях здравоохранения позволяет найти наибольшее количество способов по управлению системой качественного обслуживания для удовлетворения потребностей пациентов. Этот подход также помогает поставщикам медицинских услуг сократить потери дисбаланс в процессах обслуживания населения.

Практическая значимость исследования. Данная модель позволяет улучшить качество работы медицинской организации, повысить удовлетворенность и лояльность пациентов.

Ключевые слова: общественное здравоохранение, медицинская помощь, первичная медико-социальная помощь, контроль качества.

ТҮЙІНДЕМЕ

Зерттеу мақсаты: Зерттеудің мақсаты-алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек (МСАК) деңгейінде көрсетілетін медициналық көмектің сапасын ішкі бақылауды жақсартуға мүмкіндік беретін заманауи және тиімді модельді анықтау

Әдістеме: шетелдік дереккөздерде әдеби шолу жүргізілді, онда пациентке бағытталған медициналық көмек деңгейін арттыруға мүмкіндік беретін заманауи plan-do-Study-Act (PDSA) моделі табылды.

Зерттеудің өзіндік ерекшелігі / құндылығы: PDSA сияқты МСАК деңгейінде денсаулық сақтау саласындағы медициналық көмектің сапасын бақылауды арттырудың жаңа үлгілерін пайдалана отырып, медициналық көмек көрсетуде проблемалардың туындауына ықпал ететін ең маңызды элементтерге назар аударуға және сәйкесінше оларды одан әрі жоюға болады.

Зерттеу нәтижелері: Бұл модельді Денсаулық сақтау ұйымдарында қолдану пациенттердің қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін сапалы қызмет көрсету жүйесін басқарудың көптеген жолдарын табуға мүмкіндік береді. Бұл тәсіл медициналық қызмет көрсетушілерге шығындарды азайтуға көмектеседі теңгерімсіздік Халыққа қызмет көрсету процестерінде.

Зерттеудің практикалық маңыздылығы: Бұл модель пациенттердің қанағаттануы мен адалдығын арттыра отырып, медициналық ұйымның жұмыс сапасын жақсартуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: Қоғамдық денсаулық сақтау, медициналық көмек, Алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек, сапаны бақылау.

ABSTRACT

The purpose of the study: The study aims to identify a modern and effective model to improve the internal quality control of medical care at the level of primary medical and social care (PHC)

Methodology: a literature review was conducted on foreign sources. The modern Plan-Do-Study-Act (PDSA) model was found. It helps to improve patient-centered medical care.

The originality/value of the study. The new models such as PDSA have a great chance to increase health care quality control at the PHC level. According to that model, the healthcare workers have to focus on the most important elements that contribute to the problems in providing healthcare and eliminate them, eventually.

Findings. The use of this model in healthcare organizations finds many ways to manage the quality care system to meet the needs of patients. This approach also helps healthcare providers reduce losses and imbalances in the population service.

Practical value of the study. This model can improve the quality of healthcare organizations by increasing patient satisfaction and loyalty.

Keywords: public health, medical care, primary medical and social care, quality control.

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
СПИСКИ ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ.....	7
НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	8
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	9
ВВЕДЕНИЕ	10
1 ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП (литературный обзор).....	13
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	38
3 ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГКП на ПХВ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 6» г. УРАЛЬСК....	43
4 ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА, ПРОВОДИМОГО В ГКП НА ПХВ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 6» г. УРАЛЬСК	50
4.1. Основные результаты анкетирования врачей ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» г. Уральск.....	50
4.2. Основные результаты анкетирования пациентов из числа прикрепленного населения к ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» г. Уральск	53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
ВЫВОДЫ.....	62
РЕКОМЕНДАЦИИ.....	63
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	65
ПРИЛОЖЕНИЕ	72

СПИСКИ ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Порядков ый номер	Название таблицы	Стр.
Таблица 1	Результаты внутриведомственного контроля качества оказанной медицинской помощи в городе Ижевске за 2008—2011 гг.	29
Таблица 2.	Ключевые индикаторы качества и безопасности МП, 2022 г.	31
Таблица 3	Балльный метод оценки индикаторов и включённых в них критериев качества и безопасности МП, 2022 г.	32
Таблица 4	Программа исследования	38
Таблица 5	Сравнительный анализ обращений 2022 и 2023гг.	47
Рисунок 1	Модель улучшения качества медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control)	14
Рисунок 2	Доля лиц, удовлетворенных качеством оказанных медицинских услуг в Актюбинском областном консультативно-диагностическом центре за 3 года исследования.	35
Рисунок 3	Структура основных причин смертности	44
Рисунок 4	Структура смертности по возрастам	44
Рисунок 5	Анализ обращений в службу поддержки пациента	48
Рисунок 6	Анализ структуры обращений	48
Рисунок 7	Распределение ответов врачей, ответивших на утверждение: "При оценке рисков безопасности для моего пациента я учитываю ВСЕ из следующего: мнение пациента, членов его семьи, других медицинских работников, информацию в электронной медицинской карте и современные данные".	50
Рисунок 8	Распределение ответов врачей, ответивших на утверждение: "Я считаю, что постоянное улучшение качества является неотъемлемой частью ежедневной работы".	51

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем магистерском проекте использованы ссылки на следующие стандарты:

1. Кодекс Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.

2. Приказ Министра здравоохранения РК «Об утверждении правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения РК» №32 от 21 января 2009 года.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

DMAIC	- Define, Measure, Analyze, Improve, Control
PDSA	- Plan-Do-Study-Act
РОСТ	- Point of Care Technology
БСК	- Болезни системы кровообращения
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВОП	- Врач общей практики
ВПр	- Врожденные пороки развития
ГОБМП	- Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГКП на ПХВ	- Государственное казенное предприятие на правах хозяйственного ведения
ЛПУ	- Лечебно-профилактическое учреждение
МЗ РК	- Министерство здравоохранения Республика Казахстан
МП	- Медицинская помощь
ОНМК	- Острое нарушение мозгового кровообращения
ОСМС	- Обязательное социальное медицинское страхование
ПМСП	- Первичная медико-социальная помощь
РФ	- Российская Федерация
СДВГ	- Синдром дефицита внимания и гиперактивности
СМП	- Средний медицинский персонал
СППВК	- Служба поддержки пациента и внутреннего контроля
США	- Соединенные Штаты Америки
ТО	- Теории ограничений
УКЛ	- Уровень качества лечения
ЭКО	- Экстракорпоральное оплодотворение

ВВЕДЕНИЕ

В нынешних условиях учреждениям здравоохранения важна система, реализующая концепцию непрерывного улучшения качества, предусматривающая постоянную работу по созданию условий, в которых требуемое качество производится и повышается в процессе оказания медицинской помощи.

Сегодня первичному звену здравоохранения уделяется большое внимание. Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи направлено на вопросы доступности медицинской помощи и качества оказываемых услуг. Внутренний контроль в поликлинике должен быть действенным инструментом управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Качество медицинских услуг складывается из комплекса составляющих, включающих в себя своевременность оказания медицинской помощи, Применение адекватных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата.

Совершенствование контроля качества и безопасности медицинской деятельности обуславливается, во-первых, потребностью теоретического обоснования методики ее организации, во-вторых практической востребованностью медицинскими организациями, исходя из первостепенных задач сферы здравоохранения.

Медицинские организации ориентируются на непрерывное улучшение результатов оказания медицинской помощи. Для этого необходимо создание условий внутренней и внешней среды, регулярная комплексная оценка ключевых показателей деятельности, проведение точечных исследований, непрерывное обучение медицинского персонала и др.

Технологии внутреннего контроля в организации здравоохранения позволяют найти большое количество способов по управлению системой качественного обслуживания для удовлетворения потребностей пациентов. Данные подходы помогают поставщикам медицинских услуг сократить потери и дисбаланс в процессах обслуживания населения. модели внутреннего контроля могут улучшить качество работы медицинской организации, повысив удовлетворенность и лояльность пациентов, что обеспечивает качественную работу большого количества медицинских организаций. При правильном подходе они могут повысить экономическую эффективность за счет улучшения качества работы.

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, необходимы главные критерии оказания качественной медицинской помощи - это эффективная и своевременная помощь населению, эффективное использование материальных и человеческих ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов при оказании медицинской помощи и результативность проведенной терапии.

Гипотеза исследования - с помощью определенных инструментов (анализ деятельности медорганизации, анкетирование врачей и пациентов) можно выявить недостатки работы внутреннего контроля качества медицинских услуг для разработки рекомендаций по его дальнейшему совершенствованию.

Цель исследования: Совершенствование системы внутреннего контроля качества медицинских услуг ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральск.

Задачи:

1. Изучить международный и отечественный опыт по оценке системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП;
2. Провести анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска, в том числе Службы поддержки пациента и внутреннего контроля;
3. Изучить мнения врачей и пациентов ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск по вопросам организации внутреннего контроля;
4. Разработать рекомендации по совершенствованию системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП на базе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска;

Вид исследования: работа выполнена в инициативном порядке.

Методы исследования: статистические, аналитические, социологические, информационно-аналитические

Объем исследования: 87 врачей, 382 пациента из числа прикрепленного населения к ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральск

Объект исследования: ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральск.

Предмет исследования: Деятельность ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6», включая Службу поддержки пациента и внутреннего контроля, мнение врачей и пациентов из числа прикрепленного населения поликлиники.

Научная новизна: предложены рекомендации по совершенствованию качества медицинских услуг на основании определения степени влияния различных факторов в обеспечении качества медицинских услуг.

Положения, выносимые на защиту

1. Существуют различные методы и технологии мониторинга и оценки качества оказываемых услуг, которые позволят повысить уровень медицинской помощи.

2. В ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска имеется дефицит кадров, уровень заболеваемости и смертности в поликлинике равносителен среднему уровню в Республике. Показатель онкозаболеваемости незначительно увеличился, число случаев инфаркта миокарда и инсульта среди прикрепленного населения уменьшилось.

3. Зафиксировано 222 обращения за последний год. Меньше половины обращений было подано через информационную систему обращений в государственные органы и организации e-Otinish и в фонд ОСМС.

Обоснованными или частично обоснованными были всего 4,5% обращений. По данным случаям были вынесены меры дисциплинарного взыскания или предупреждения.

4. Каждый десятый врач не согласен или сомневается в том, что постоянное улучшение качества является неотъемлемой частью ежедневной работы, каждый четвертый врач не уверен, что его голос услышан, когда высказывает свое мнение о качестве оказания медицинской помощи в отделении. Каждый четвертый пациент не удовлетворен доброжелательностью, треть опрошенных удовлетворены качеством оказываемой помощи.

5. Были сформированы рекомендации, позволяющие совершенствовать систему внутреннего контроля качества медицинских услуг.

Практическая и теоретическая значимость: сформулированы рекомендации для руководства поликлиники, врачей и для пациентов для повышения качества оказываемых медицинских услуг.

Ожидаемые результаты: Результаты исследования помогут разработать рекомендации, направленные на уменьшение количества обоснованных жалоб и на повышение качества оказываемых медицинских услуг.

1 ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПМСП (литературный обзор)

В последние годы качество медицинской помощи и безопасность пациентов стали главными целями для врачей, медсестер и руководителей институтов первичной медико-социальной помощи (ПМСП). Оценка данных показателей является важной темой в здравоохранении, конечной целью которой является поддержание высокого уровня удовлетворенности пациентов при одновременном увеличении финансовых элементов и безопасности пациентов [1].

Институты ПМСП очень обеспокоены качеством работы своих систем здравоохранения. С этой целью они внедряют огромное количество методов оценки качества для достижения большей удовлетворенности пациентов. Внедрение большого количества методов обосновано тем, что цели постоянно меняются и они могут зависеть от различных внешних факторов. Когда медицинское учреждение сталкивается с препятствиями на пути к достижению этих целей, очень важно понять основные причины и как можно скорее принять соответствующие меры для достижения целей безопасности пациентов и экономической эффективности [2].

В исследованиях, посвященных эффективности работы системы здравоохранения, изучаются различные способы измерения качества ее работы. Для этого необходимо четко определить результаты деятельности с количественными или качественными показателями. Исходя из предположения, что данные показатели отражают качество и безопасность оказанной помощи, а также в силу высокой конкуренции институтов ПМСП в здравоохранении, сотрудники данных институтов постоянно ищут способы улучшить свои показатели и повысить удовлетворенность пациентов [3].

Например, согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), необходимы 4 главных критерия оказания качественной медицинской помощи: эффективная и своевременная помощь населению, эффективное использование материальных и человеческих ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов при оказании медицинской помощи и результативность проведенной терапии [4].

Однако с учетом сложности работы системы здравоохранения, узкоспециализированного характера многих ее процессов, большого количества персонала и ширины сферы деятельности, измерение качества работы ПМСП становится затруднительным. Одной из сложнейших задач измерения качества работы в здравоохранении является учет вариативности, связанный с высоким уровнем когнитивных рассуждений, гибкое принятие решений и применение эмпирических подходов. Кроме того, трудно определить величину совершенных врачебных и медсестринских ошибок, их закономерность и последствия [5].

В одном из американских штатов в качестве пилотного исследования местным организациям здравоохранения было предложено внедрить модель DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control) для улучшения качества работы центров ПМСП (рисунок 1).

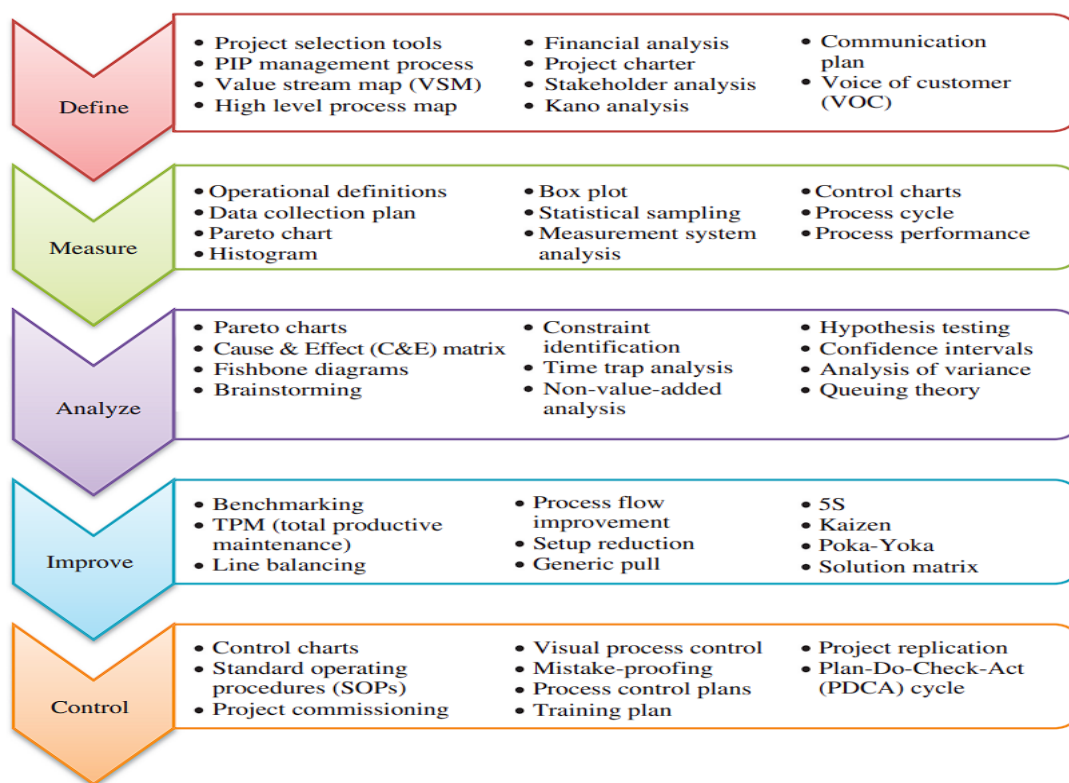


Рисунок 1 - Модель улучшения качества медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control)

Примечание: источник [6].

Основной причиной использования данного подхода было улучшение качества производственного процесса за счет устранения ошибок и снижения затрат в автомобильной и типографической сферах [6-8].

1 этап – этап определения (Define). На этапе определения высшее руководство организации здравоохранения должно четко определить цель и объем проекта для команды в соответствии с объемом выполняемых работ. Высшее руководство должно объяснить команде, "что такое проект и чего он должен достичь", чтобы определить потребности пациентов. Именно поэтому основной задачей фазы определения является анализ цели проекта и его продолжительности. Фаза определения должна подтвердить понимание между врачами, медсестрами и руководством центра ПМСП. Для этого необходимо сделать следующее:

- Прийти к коллективному согласию: руководство клиники задает медицинскому персоналу основные вопросы относительно факторов, определяющих мнение пациента;

- Разработать корпоративную стратегию (карта процессов) и ее связь с возвратом на инвестированный капитал;
- Согласиться с ограничениями проекта;
- Определить, какие показатели будут применяться для измерения успеха работы медицинской организации [9].

Как показал опыт ученых из Индии, все вышеперечисленные пункты важны для медицинских организаций, за исключением второго. Согласно изначальной теории, когда разрабатывается карта процессов, организация обычно определяет начальную и конечную точки на карте проекта. В медицинских организациях, особенно в центрах ПМСП, подобные процессы не работают, если проблемы людей не определены должным образом. На этапе определения границ необходимо определить две проблемы, связанные с людьми.

Во-первых, руководитель медицинской организации должен убедиться, что в команде находятся только «нужные» медицинские работники. Для выполнения этой задачи происходит контроль не только знаний и опыта медработников, но их отношения к работе и производительности. Упор на последних двух пунктах позволил улучшить показатели качества медицинской помощи ($p < 0,05$).

Во-вторых, руководитель медицинской организации должен определить вовлеченность всех членов мультидисциплинарной команды в работу с пациентами. Чем больше членов команды осознанно работают в команде и понимают важность работы, тем легче будет ее завершить [10].

Как показало исследование, проводимое в Вашингтоне, крайне важным моментом фазы определения является разработка инструмента обратной связи от медицинских работников. Одним из таких инструментов является организация личных встреч между руководителем или его законным представителем и работниками медицинской организации на регулярной основе. Этот шаг необходим для информирования о результатах и процессах организации медицинской помощи. Анализ показал, что данный шаг способен снизить количество врачебных ошибок, и, соответственно, поднять качество оказываемой помощи населению ($p = 0,04$; 95% ДИ: 0,14-0,29) [11].

Чешские исследователи выявили, что руководитель проекта во время фазы определения должен заблаговременно информировать врача или медсестру о внесении изменений в протокол диагностики и лечения. Обратная связь с медработником задаст направление, которое будет способствовать успеху в его работе и дальнейшей реализации без сложностей [12].

2 этап – этап измерения (Measure). На этом этапе определяются статистические показатели обслуживания населения центром ПМСП. На этом этапе также определяются входные и выходные измерения (метрики), такие как сбор данных на уровне процесса, установление базовых метрик, логическое размещение массива данных в визуальных изображениях и соблюдение статистической строгости: выборка и отчетность. Выбор четких критериев для

анализа работы амбулаторных центров позволит упростить контроль качества оказываемой помощи населению [13].

Выбор измерений основывается на предыдущем опыте медицинских работников. Происходит ретроспективный анализ как положительных, так и отрицательных взаимодействий между медицинским работником и пациентом. На основе данной системы отзывов создаются переменные. Хотя потребности пациента ПМСП определяют приоритеты в модели DMAIC, именно анализ отзывов подчеркивает точное понимание потребностей пациента как важнейший фактор, определяющий повышение качества оказанной медицинской помощи, что было продемонстрировано в одном из индийских исследований [14].

Организация 2 этапа выглядит следующим образом: план сбора данных (какие физикальные, лабораторные и инструментальные данные необходимо собирать при определенной патологии) → анализ текущих и будущих состояний (изменения, осуществляемые в результате опыта взаимодействия с пациентами); → определения специфических, уникальных изменений для определенной патологии; → использования удобного визуального инструмента для объяснения медицинским работникам, на что необходимо обратить внимание при сборе данных (гистограммы, диаграммы и графики для характеристики переменных, которые могут отражать рассматриваемую проблему качества). К сожалению, было замечено, что многие медицинские работники в медицинских организациях неправильно используют данные и статистику для обоснования ложных аргументов. Поэтому руководители медицинских организаций должны участвовать в сборе и обработке данных, как отмечают исследователи. Они должны попросить членов команды решить, какие типы данных следует собирать и почему, и как они будут использоваться для оценки потребностей клиентов [15].

3 этап – этап анализа (Analyze). На этом этапе анализируются собранные данные взаимодействия всех медицинских работников амбулаторного центра и пациентов с целью выявления и подтверждения причин ошибок, влияющих на качества оказываемой помощи. На этом этапе анализируется информация, собранная на этапе измерений, для выявления источников задержек, отходов и низкого качества медицинской помощи.

Крайне важным элементом данного этапа является инструмент анализа полученных данных. В одном из исследований, проведенных в Мичигане, были использованы диаграммы Парето, диаграммы причин и следствий, диаграммы рассеяния, чтобы наметить и изучить причинно-следственные связи [16].

На этапе анализа мультидисциплинарная команда также выявляет экономические проблемы в процессах обслуживания и оценивает недостатки и преимущества взаимодействия между медработником и пациентом амбулаторного центра в денежном эквиваленте. Процесс создания последнего можно разделить на три различные категории:

- Добавленная стоимость на пациента: фокусируется только на стоимости правильного/неправильного решения с расчетом на одного пациента;

- Добавленная стоимость для медицинской организации: стоимость правильного/неправильного решения с расчетом на функционирование центра ПМСП;
- Не добавленная стоимость: это результат деятельности медработника, которая не имеет экономической ценности с точки зрения, как для пациента, так и для медицинских организации. Для организации подобного анализа крайне важно включать бухгалтеров и экономистов в мультидисциплинарную команду [17].

Грамотная организация 3 этапа в одном из исследований позволила определить, что такие факторы, как звонки по телефону с пациентом и телемедицина позволили в среднесрочной перспективе уменьшить стоимость оказания медицинской помощи для медицинской организации за счет сэкономленного времени ($p < 0,05$). Хорошо организованная команда может выявить проблемы в процессах обслуживания и помочь команде провести необходимые мероприятия, чтобы определить элементы оказания помощи, увеличивающие добавленную стоимость. В конечном итоге контроль экономической эффективности работы медицинских организации будет соблюден [18].

4 этап – этап улучшения (Improve). На этом этапе мультидисциплинарная команда устраняет коренные причины дефектов, которые повлияли на процесс взаимодействия между медработником и пациентом. Что еще более важно, фаза улучшения вносит изменения в процессы обслуживания, устраняя дефекты, потери и затраты, связанные с потребностями клиентов, выявленными на фазе определения. На этом этапе используются общие инструменты и стратегии для выбора лучших альтернатив, удовлетворяющих потребности пациентов. Чтобы выбрать лучшие альтернативы, команда должна использовать инструмент матриц решений, поскольку он напрямую связан с предыдущими этапами, в особенности, методами удовлетворения потребностей пациентов. Изменения внимания на методологии смог улучшить показатели качества жизни в одном из исследований [19].

После выбора лучших альтернатив для удовлетворения потребностей пациента руководитель медицинской организации должен обратить внимание на большое количество факторов. Руководитель медицинской организации должен внимательно следить за ее деятельностью. В случае повторного возникновения конфликта/недопонимания между медицинским работником и пациентом, который негативно отразился как в репутационном плане, так и в экономическом, руководящее лицо в немедленном порядке созывает собрание. По ходу собрания руководитель проекта выясняет причину возникновения этих проблем способ их устранения, чтобы избежать задержек или перерывов в процессе совершенствования качества медицинской помощи на уровне ПМСП.

Следующим моментом является реализация плана действий по устранению проблемы качества оказания помощи. Далее, необходимо спланировать стратегию устранения сдерживающих факторов и тонкого продвижения тех факторов, способствующих экономической и социальной

эффективности медицинской организации. Подобный контроль со стороны руководителей центров ПМСП наблюдался в других иностранных исследованиях [20].

Однако ничего не изменится на этапе улучшения, если руководитель не уделит внимания вопросам коллектива медорганизации, особенно общению с врачами и медсестрами, их вовлеченности и приверженности профессиональному делу. Члены команды могут быть использованы в качестве образца, представляющего большую группу людей, которые работают над этим процессом. Их работа может быть облегчена благодаря четкому и регулярному общению с коллегами, которое будет способствовать достижению поставленных целей. Они могут делиться потенциальными решениями, предоставлять конструктивные отзывы о работе коллег и просить о помощи. Одним из элементов 4 этапа может служить концепция «кайдзен». Ее суть заключается в том, что она может помочь определить рабочие задачи каждого члена мультидисциплинарной команды и измерить степень их выполнения. Она поддерживает эффективную командную работу и проактивную коммуникацию для повышения эффективности работы [21].

5 этап – Контроль (Control). Фаза контроля направлена на достижение устойчивых решений. Для этого необходимо улучшить и контролировать все переменные, особенно критически важные для эффективности процесса, а также отслеживать саму эффективность процесса (социальную и экономическую) [22].

Мультидисциплинарная команда должна делиться своими знаниями с теми, кто будет выполнять их задание, и следить за тем, чтобы все члены работали по одному и тому же набору обновленных процедур. Существует шесть важных вопросов контроля качества медицинской помощи в ПМСП, на которые команда должна обращать внимание, чтобы обеспечить повышение эффективности процессов:

- организация рабочего процесса;
- улучшение оказания помощи, которое подтверждается по ходу рабочего процесса, а не только по его итогам;
- обеспечение регистрации динамики улучшения оказания помощи населению;
- обеспечение экономического контроля (проверяется финансовым отделом);
- создание автоматизированной системы мониторинга для выявления "неконтролируемых" показателей;
- создание «плана контроля» и «контрольных карт» [23, 24].

Согласно американским ученым, план контроля обычно основывается на том плане, который был сформирован в фазе «определения», указывая, кто и за что отвечает в данном плане. Поэтому мультидисциплинарная команда должна помнить о причинах новых потенциальных проблем, которые могут возникнуть в процессе устранения старых проблем качества оказания помощи, а использование контрольных карт поможет отслеживать изменения

потенциальных проблем. Помимо использования контрольных карт, команде также необходимо реализовать план контроля, наблюдая за статистически значимыми отклонениями, и обучить членов команды эффективной работе с интегрированной системой контроля качества, а также предоставить им полномочия принимать решения в процессе обслуживания населения. Опрос медицинских работников показал, что «план контроля» и «контрольные карты» способствовали повышению дисциплины у медицинских работников и других сотрудников центров ПМСП, что отразилось на повышенных показателях качества оказания помощи населению [25].

Модель DMAIC была применена успешно во многих исследованиях, однако, работники системы здравоохранения одного из европейских институтов здравоохранения решили улучшить данную модель на основе «Теории ограничений (ТО)» Это философия управления, которая фокусируется на процессах непрерывного совершенствования [26]. ТО определяет ограничения как то, что способствует системе работать на более высоком уровне, чем она работает в настоящее время. Она предлагает руководящие принципы и концепции, которые подкрепляются набором логистических подходов к обработке рабочих потоков в системе. Она использует логические инструменты для выявления системных ограничений, разработок и внедрений эффективных способов улучшения работы организации [27].

Фундаментальные предпосылки ТО включают системное мышление, которое рассматривает предприятия как полную и сложную систему с взаимодействующими составными частями, где существуют ограничения. Ограничения рассматриваются как препятствия в системе, которые подрывают пик производительности, и в системе должно быть хотя бы одно такое ограничение. Причина состоит в том, что чем быстрее ограничение будет найдено, тем быстрее его необходимо устранить. Устранение ограничений способствует росту эффективности работы предприятия [28].

Один из американских исследователей определил ограничения как набор инструментов, которые способствуют увеличению, как прибыли медицинской организации, так и эффективности работы предприятия. Существование ограничений предоставляет отличную возможность для улучшения работы организации, поскольку позволяет системе организационной обработки выделить наименее продуктивную область путем ее выявления.

Существует пять шагов, которые помогут медицинской организации улучшить качество оказываемой медицинской помощи: определить ограничения системы → Решить, как их использовать → Подчинить/синхронизировать все компоненты системы с учетом найденных ограничений → Улучшить систему, устранив найденные ограничения → Вернуться к первому шагу, если предпринятые меры по борьбе с найденными ограничениями оказались бесполезными [29].

Эти пять шагов связаны с системой тщательного отбора на 1 этапе модели DMAIC, которая постоянно фокусируется на улучшении качества в системах управленческой обработки в медицинской организации. Этот

инструмент доказал свою эффективность в процессах управления, инвентаризации, управлении проектами, нацеленными на улучшение качества оказываемой помощи в ПМСП, принятии важных для медорганизации решений и т. д. Со стратегической точки зрения, метод DMAIC и ТО связывает внутренние и внешние показатели деятельности медицинской организации. Такая интеграция дает медицинским работникам представление о схеме DMAIC и ТО для непрерывного улучшения качества работы медицинских учреждений. Очень важно, чтобы высшее руководство поставщиков медицинских услуг потратило время на понимание обоих подходов и включило эти модели в управленческий надзор и стратегическое планирование для непрерывного улучшения [30].

По мнению британских ученых, ТО в совокупности с DMAIC предлагает логичный и строгий подход к анализу и повышению эффективности работы организации здравоохранения. Эта теория была применена в ряде областей здравоохранения как в США, так и в Великобритании для улучшения качества оказанной медицинской помощи в рамках ПМСП [31].

По мнению французских ученых, интеграция ТО и DMAIC, ТО имеет большое значение, когда речь идет об улучшении управления персоналом с целью повышения качества работы медицинской организации. Интеграция ТО и DMAIC в исследованиях французских работников здравоохранения улучшает планирование и управление человеческими ресурсами, обучение, признание заслуг сотрудников и удовлетворенность их работой ($p < 0,05$) [32].

Эта интеграция помогает организациям здравоохранения сократить медицинские расходы, медицинские ошибки, административные ошибки и дефекты, что способствует удовлетворенности и лояльности пациентов. Эта интеграция также помогает организациям здравоохранения нанимать лучших сотрудников, обладающих навыками и качествами для эффективного выполнения поставленных задач и лидерства. Такая мультидисциплинарная команда является ключом к повышению качества медицинского обслуживания [33].

Согласно результатам исследования ученых из Нидерландов, данный метод оказывает сильное влияние на развитие инновационных медицинских услуг за счет снижения затрат и ошибок. Благодаря внедрению DMAIC и ТО снизилось количество медикаментозных и лабораторных ошибок и повысилась безопасность пациентов [34].

Аналогичным образом корпорация Commonwealth Health Corporation, США, внедрила данный подход в некоторые амбулаторные центры, и за несколько лет им удалось снизить уровень врачебных ошибок более чем на 65 %. Подход не только снизил потери и затраты, но и создал культуру непрерывного улучшения качества в медицинской организации для обеспечения своевременного получения точных результатов [35].

Применение модели DMAIC и ТО позволило устранить нехватку медсестер в большом количестве центров ПМСП в США. Согласно результатам

исследования, было замечено, что модель помогают повысить доступность медсестер в клинике, а также избежать утечки кадров [36].

В 2018 году было проведено исследование по внедрению данной модели в лечебном учреждении Дар Эль-Шифа, Египет. Ученые предположили, что одним из главных недостатков, влияющих на качество оказываемой медицинской помощи, является большое количество времени ожидания в коридоре, перед приемом. Применяв модель ТО и DMAIC, исследователи отметили, что внедрение модели помогло медицинскому центру сократить время ожидания на 88 %. Эта модель также помогла больнице улучшить общую производительность системы здравоохранения на 6 % и увеличить доступность врачей на 40 % ($p < 0,05$) [37].

Сотрудники клиники Hamad General Hospital в Дохе, Катар, применив данную модель, провели исследование по сокращению количества пациентов, требующих стационарного хирургического лечения и отмены плановых операций. Результаты исследования свидетельствуют о том, что модель ТО и DMAIC помогает сотрудникам клиники лучше проанализировать систему здравоохранения и найти лучшие решения для устранения вышеупомянутых проблем [38].

В исследовании, проведенном в Турции, модель ТО и DMAIC использовалась для упрощения рабочего процесса в лаборатории центра ПМСП и сокращения времени выполнения исследований за счет исключения этапов, не добавляющих ценности. В конечном итоге, было исключено 3 ч и 22,5 мин работы, не приносящей ценности. После внедрения системы бережливого производства время выполнения анализов уменьшилось с 68 до 59 минут. Количество этапов, чреватых врачебными ошибками и представляющих потенциальную опасность как для сотрудников амбулаторного медицинского учреждения, так и пациентов, сократилось с 30 до 3 % ($p < 0,05$) [39].

Следующей моделью, позволяющей улучшить контроль качества оказываемой медицинской помощи, в т.ч. и на уровне ПМСП, это Plan-Do-Study-Act (PDSA). Она широко используется для улучшения качества помощи в системах здравоохранения большинства стран мира, где инструменты и модели, вдохновленные промышленным менеджментом, стали оказывать свое влияние. Педиатр Дональд Бервик заимствовал концепции повышения качества, используемые в промышленности, в попытке обеспечить индивидуальное и маломасштабное тестирование каждого изменения [40].

Методология PDSA занимает одно из центральных мест в Модели совершенствования Института совершенствования здравоохранения США. Для того чтобы любые усилия по совершенствованию были успешными, должны произойти изменения. Во-первых, четко определите цель или задачи усилий по улучшению. Во-вторых, определите, какие данные и каким образом будут собираться, чтобы оценить, произошли ли изменения; решение об этом должно быть принято до начала преобразований. В-третьих, разработайте изменение, которое, по прогнозам, приведет к улучшению; это ведет к началу цикла PDSA. В конце цикла выбранные вмешательства выбираются и тестируются, чтобы

определить, помогают ли выбранные вмешательства команде достичь цели. Циклы PDSA - это итеративная четырехэтапная модель совершенствования процесса оказания медицинской помощи.

Перед тем, как начать цикл задается 3 вопроса:

- 1) Какой показатель оказания качественной медицинской помощи требует улучшения?
- 2) Как сотрудники медицинской организации поймут, что изменение есть улучшение?
- 3) Какие изменения приведут к улучшению искомого показателя? [41].

Планируйте (Plan) - это разработка плана с определенными задачами и назначение ответственных людей за их выполнение, а также определение того, когда, как и где план будет реализован. На этом этапе должны быть сформулированы конкретные цели и прогнозы результатов.

Делайте (Do) - осуществить план и задокументировать соответствующие данные, которые выявляют успехи, проблемы или неожиданные результаты.

Изучайте (Study) – самый важный этап данного цикла. Задачей данного этапа является изучение и оценка за документированных данных, чтобы определить, работает ли план. Результаты сравниваются с прогнозами, а также с результатами предыдущих выступлений, выводы обсуждаются и документируются.

Корректируйте (Act) означает, что тестируемое вмешательство принимается, адаптируется или отменяется на основе оценки данных, полученных на предыдущем этапе. Здесь описываются следующие шаги по решению проблемы. Для упрощения выполнения данного этапа создается рабочий лист планирования, может послужить дополнительным руководством при создании цикла PDSA [42].

Одним из примеров использования PDSA является один из проектов Американской академии педиатрии, помогающий педиатрам амбулаторной службы сосредоточиться на создании фундаментальных знаний, необходимых для улучшения работы с определенными группами пациентов. Одной из составляющих проекта было помочь медработникам создать надежные процессы и системы, которые позволят обеспечить более высокое качество медицинской помощи в отношении пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [43].

В данном примере педиатрические амбулаторные медработники сосредоточилась на одном из ключевых факторов "партнерство с родителями для эффективного управления СДВГ", и определила следующий показатель для улучшения: "среднее время получения первых положительных оценок от родителей с момента начала лечения СДВГ". Соответственно, для получения данных оценок была разработана модель:

Планируйте–снизить количество последующих визиты по поводу СДВГ или пополнять запасы лекарств родителей до тех пор, пока родители сами не заполнят шкалу оценки;

Делайте - связываться с родителями, если они не заполнили шкалу оценки в течение 7 дней;

Изучайте – медработнику включать напоминание о необходимости связываться с родителями с целью заполнения шкалы оценки. Также была выявлена закономерность полученных данных;

Корректируйте - требовать заполнения шкалы оценки родителям в день приема до последующего визита. Говорить родителям, что должно быть сделано, чтобы ребенок обратил внимание на просьбы родителя.

Поскольку каждая стадия должна быть проконтролирована отдельно и в небольшом масштабе, одна команда медработников начала свой цикл PDSA с одного пациента, решив запустить процесс № 1, соответственно, резко сократить последующие визиты по поводу СДВГ и пополнять запасы лекарств до тех пор, пока не будут заполнены шкалы оценки родителей. Они изучили результаты и зафиксировали успех: родители первого пациента заполнили оценочные шкалы. Приняв эту меру, они увеличили второй цикл PDSA до тестирования трех пациентов и получили аналогичные результаты. Предсказывая, что они столкнутся с тем же успехом у пяти пациентов, команда попробовала провести вмешательство у пяти пациентов, однако отметила, что двое из них не получали лекарства от СДВГ в течение целого месяца из-за отсутствия заполнения оценочных шкал. Этот нежелательный эффект заставил команду отказаться от этого процесса и попробовать новый цикл PDSA, совершив «возврат» [44].

Следующее исследование было также посвящено лечению СДВГ и детей. Данная педиатрическая команда продемонстрировала успешное использование четырех основных компонентов цикла PDSA. Цели испытания, а также прогноз результата на этапе "Планирования" были проанализированы и сопоставлены с фактическим результатом. Сбор всех данных по пациентам с СДВГ был завершен на этапе "Делайте". Данные собирались в течение определенного времени, после сборов которых были построены графики, позволившие получить наглядное представление о том, как изменения влияют на результаты (этап «Изучения»). Далее, результаты были сообщены родителям детей. Важным моментом является получение обратной связи от родителей. Соответственно, возникшие проблемы, успехи и неожиданные наблюдения документировались и корректировались (этап «Корректирования»).

После завершения одного цикла запускались следующие, многократно повторяющиеся. Каждый цикл был посвященной определенной проблеме, как новой, так и старой в случае отсутствия успеха от результатов предыдущего цикла. Благодаря этому, группа медицинских работников позволяла накапливать опыт, извлеченный из каждого предыдущего цикла.

Был сделан вывод, что опыт полученный в ходе одного цикла, должен служить основой для последующих циклов в итеративном формате, когда изменения принимаются, адаптируются или отменяются (этап «корректирования»). Проводя различные циклы PDSA с течением времени, одна из глав данных медицинской организаций в итоге смогла разработать

процесс, в результате которого среднее время получения первого набора контрольных оценок родителей с начала лечения СДВГ увеличилось с 58 % в исходном состоянии до 83 % в конце проекта. Экономическая эффективность и качество жизни данных пациентов значительно увеличилось [45].

Суть PDSA заключается в четкой структуре замкнутого типа, состоящая из 4 этапов. Она используется несколько раз, с последовательными итерациями циклов, представляющими собой основу для непрерывного обучения сотрудников через тестирование происходящих в медицинской организации изменений [46].

Каждый цикл служит основой для последующего цикла. В идеале сложность и масштаб вмешательства увеличиваются итеративно по мере того, как проходит время, накапливаются знания и улучшается качество обслуживания населения [47].

Тем не менее, несмотря на эффективное применение данной методологии, некоторые ученые отмечают, что данный метод не является интуитивно понятным в своем использовании. Исследователи сообщают, что постоянный возврат назад может происходить довольно часто при контроле качества лечения некоторых социально-значимых заболеваний [48].

Метод PDSA в последние 10 лет подвергался модификации. Hospital Corporation of America разработала систематическую стратегию улучшения процессов, которая называется FOCUS-PDSA. FOCUS (F = найти проблему, O = организовать команду, C = прояснить проблему, U = понять проблему, S = выбрать вмешательство).

Первым шагом в методологии FOCUS-PDSA является определение и характеристика конкретного процесса, который необходимо улучшить, или проблемы, которую необходимо решить (F). Далее, необходимо организовать междисциплинарную команду (O), которая предложит простые и эффективные инструменты сбора данных и отчетности на основе полученных знаний по данной проблеме (C). Этот процесс подразумевает систематическое, повторное тестирование большого количества инструментов, способных улучшить качество помощи пациентам (U). После проверки предпринятых мер выбирается отдельный, наиболее эффективный способ улучшения качества помощи населению (S) [49].

Особенностью данных методологий FOCUS и PDSA является то, что их легче использовать для изменения способа предоставления услуг на основе данных, собранных на каждом этапе или цикле. Исследователи отмечают, что указанный подход также можно использовать для оценки эффективности сразу нескольких параметров оказания медицинской помощи, в то время как PDSA лучше сфокусировать только на одном параметре [50].

Как отметили исследователи из Индии, FOCUS - это последовательность выявления областей для улучшения, тогда как PDSA состоит лишь из циклического повтора процессов улучшения. Основное ограничение PDSA состоит в том, что проверяет лишь одно изменение через все 4 фазы на основе

обнаруженных результатов, что может занять большое количество времени [51].

Другим подходом является метод Кайдзен для непрерывного улучшения, но этот метод ограничен конкретными мерами контроля качества в течение короткого периода времени (до 6 месяцев), в то время как FOCUS-PDSA не ограничен конкретным периодом и более прост в реализации. FOCUS-PDSA вносит изменения шаг за шагом, понемногу, тем самым способствуя непрерывному улучшению целевых видов деятельности или процессов [52].

Одним из примеров применения FOCUS-PDSA является сокращение количества госпитализаций при лечении амбулаторных пациентов. Цель заключалась в выявлении и устранении причин большой загруженности многопрофильных стационаров в одном из городов Саудовской Аравии. Были установлены конкретные измеримые цели на год. В результате, наблюдалось постепенное снижение числа госпитализаций в период с 2016 по 2018 год, однако средняя продолжительность лечения пациентов в амбулаторных условиях незначительно увеличилась ($p > 0.05$). Показатели заболеваемости и смертности снизились после внедрения вмешательства в 2017 и 2018 году, что свидетельствует об улучшении контроля качества лечения пациентов [53].

В следующем исследовании, проведенном также в Саудовской Аравии, город Эр-Рияд, FOCUS-PDSA использовалась для повышения эффективности паллиативной помощи на уровне ПМСП в условиях, когда для интеграции услуг и разработки политики используется амбулаторный способ оказания помощи. Описывается опыт реализации проекта по улучшению качества помощи в амбулаторных условиях для решения проблемы переполненности коек в комплексном онкологическом центре. В рамках цикла PDSA были задействованы все заинтересованные стороны со всех уровней обслуживания, проведено тестирование вмешательств в рамках упрощенных пилотных проектов, разработан детальный план и бизнес-обоснование для дальнейшего внедрения и развертывания, которые затем были использованы для доработки процесса внедрения изменений. В результате было отмечено значительное сокращение коечного фонда: с 35 % в 2017 году до 13,8 % в 2018 году. При этом экономическая эффективность проведенных мероприятий также была замечена: затраты на помощь паллиативным пациентам снизились на 10-15% в 2019 году [54].

Опыт Российской Федерации. Одним из основных принципов современной стратегии развития страны на период с 2015-2030 гг. является доступность и качество медицинской помощи, а также необходимость выстраивания вертикальной системы контроля качества в сфере здравоохранения [55].

Статья 2 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» регламентирует, что качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [56].

Согласно Федеральному Закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», процесс выявления нарушений в процессе оказания медицинской помощи, в том числе, оценка обоснованности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных недочетов в оказании медицинской помощи является определением контроля качества оказанной медицинской помощи [57]. Главным инструментом реализации данного вида контроля считается медицинский учет. Основная часть - ведение медицинской документации в медицинских организациях [58].

Медицинская документация, согласно одному из последних приказов Министерства Здравоохранения, есть система документов установленной формы, предназначенных для обобщения и анализа записей данных медицинского персонала относительно большого количества мероприятий, в т.ч. профилактических, лечебных, санитарно-гигиенических диагностических. Российские исследователи отмечают, что благодаря медицинской документации имеется возможность сбора статистической информации, которая характеризует работу сферы здравоохранения в целом [59].

Информация, зафиксированная в документации, позволяет не только осуществлять непосредственную оценку работы медицинской организации, но и заниматься планированием организационных и профилактических мероприятий, направленных на улучшение общего состояния здоровья населения граждан [60].

Основным первичным медицинским и юридическим документом пациента, который заполняется на каждого больного при обращении за медицинской помощью в любую медицинскую организацию, является медицинская карта. Особенностью контроля качества с помощью данного инструмента является тот факт, что юридический документ хранится в базах данных медицинских организаций в течение 25 лет после последнего посещения пациента [61].

Паспортная часть медицинской карты оформляется в регистратуре лечебного учреждения на основании документа, удостоверяющего личность гражданина, согласно утвержденным требованиям. Как показали данные одного из исследований в Уфе, врачи некоторых медицинских профилей до сих пор допускают ошибки в оформлении паспортной части медицинских карт. На подобное умозаключение указывали факты некоторого количества судебных разбирательств, возникавших при конфликтных ситуациях с пациентом в отсутствие необходимой информации в медицинской карте [62].

Как отмечают работники общественного здравоохранения из Москвы, в заполнении основной части медицинской карты врачебной документации необходимо указывать следующее:

- информация о том, что согласие пациента перед осмотром было получено;

- описание всех необходимых разъяснений, начиная от обсуждения этапа планирования до лечения и рекомендаций по профилактике осложнений основного заболевания;

- подтверждение, что диагностика заболевания проведена полноценно;
- описание проведенных обследований и их результатов;
- документирование всех манипуляций, назначений, этапов лечения и необходимых процедур [63].

Несмотря на то, что приказ Министерства Здравоохранения «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» предписывает о вышесказанном, экономическая эффективность и корреляционная связь между временем, затраченным медицинским специалистом на заполнение медицинской карты и эффективностью оказанной помощи не были обнаружены [64].

Помимо правильности заполнения медицинской карты, определены и другие критерии контроля качества медицинской помощи:

- удовлетворенность населения оказанной медицинской помощью (вычисляется в процентах);
- число человек (на 100000 населения), с установленным впервые в жизни диагнозом, которые страдают социально-значимыми заболеваниями;
- число человек в возрасте 18 лет и старше (на 10000 населения), впервые признанных инвалидами;
- общая смертность населения (на 1000 человек);
- смертность только трудоспособного населения (на 100000 человек); смертность граждан (на 100000 населения) в зависимости от определенного вида хронических заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические, эндокринологические и т.д.);
- материнская смертность (на 100000 детей, которые родились живыми); младенческая смертность (на 1000 детей, которые родились живыми);
- охват населения профилактическими осмотрами, для выявления социально-значимых заболеваний (туберкулеза и других) [65].

Тем не менее, исследователи, проделавшие большое исследование, заявили, что данные критерии являются очень обобщенными и могут быть слабо применимыми для определения качества оказания медицинской помощи в определенном медицинском учреждении, у конкретного врача, конкретному пациенту, в конкретное время. Исследователи заявили, что внутренний контроль качества необходимо пересмотреть [66].

В исследовании, проведенном в Ижевске, была использована комплексная методика, включающая экспертную оценку, полученную из большого количества источников, таких как: нормативно-правовые документы; медицинские карты, отзывы пациентов, проходивших лечение в медицинском

центре ОАО «РЖД», материалы государственной и ведомственной статистики и пр. Исследование проводилось в период с 2008 по 2011 гг.

Было разработано положение, которое определяет критерии ответственности учреждения за объем, качество и условия предоставления медицинских услуг. В данном положении особое место уделяется методике анализа уровня качества лечения (УКЛ), основанная на оценке врачами-экспертами четырех шкал:

- Количество диагностических мероприятий в соответствии с протоколом диагностики и лечения;
- Правильная постановка клинического диагноза;
- Количество лечебных мероприятий в соответствии с клиническим протоколом,
- Результат лечения конкретного пациента.

Кроме того, для реализации задач исследования разработана специальная формализованная экспертная карта, по оценке качества и безопасности оказания медицинской помощи. Каждая из шкал имеет ранжированную балльную оценку от 0 до 1 (0; 0,25; 0,50; 0,75; 1,0), которая соответствовала уровню соответствия критерия установленным требованиям и стандарту оказания медицинской помощи. Баллы по шкалам суммировались с расчетом средней величины. Внутриведомственный контроль проводился поэтапно: заведующие отделениями → заместители главного врача → врачебная комиссия лечебного учреждения.

Подобный подход к организации контроля качества оказанной помощи, привел к повышению качества проведения лечебно-диагностических мероприятий в отношении пациентов в каждой медицинской дисциплине, что отразилось как в снижении дефектов, выявленных при обязательной и выборочной экспертизах, так и в уменьшении числа обоснованных жалоб граждан ($p < 0.05$) (таблица 1).

Таблица 1. Результаты внутриведомственного контроля качества оказанной медицинской помощи в городе Ижевске за 2008—2011 гг

Показатели КМП	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Обязательные экспертизы, всего	688	523	411	221
В том числе:				
• случаев летальных исходов	15	18	18	15
• случаев внутрибольничных осложнений	—	—	—	—
• случаев первичной инвалидизации лиц трудоспособного возраста	99	57	54	30
• случаев повторной госпитализации по поводу одного и того заболевания в течение года	180	96	75	27
• случаев заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения или временной нетрудоспособности	344	318	237	122
• случаев расхождения диагнозов	42	33	27	27
• по жалобам больных или их родственников	8	1	—	—
Выборочные экспертизы, всего	5 883	6 928	7 301	7 282
В том числе:				
• в стационаре	4 028	4 387	4 655	3 900
• в амбулаторно-поликлинических учреждениях	1 859	2 541	2 646	3 382
• выявлено дефектов, в том числе				
– непрофильная госпитализация	9	9	6	—
– нарушения в оформлении медицинской документации	117	117	81	60
– ненадлежащее качество оказания медицинской помощи	54	31	23	12

Примечание: источник [67].

В Санкт-Петербурге была предложена трехступенчатая модель контроля качества оказания медицинской помощи. Первой ступенью контроля качества медицинской помощи являются врачи и заведующие структурными подразделениями амбулаторных центров, так как они являются первым звеном взаимодействия с пациентами или их законными представителями. Вторая ступень контроля осуществляется заместителями главного врача по клинико-экспертной работе. Причина состоит в том, что они отвечают за оперативное управление структурными подразделениями. Врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) является третьей ступенью. Это особый орган, функционирующий на постоянной основе при медицинском учреждении в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам, принятия решений в наиболее сложных ситуациях по вопросам диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и пр. [68].

В результате внедрения трехступенчатого контроля качества в одном из лечебных учреждений при Российской Академии Наук, количество жалоб граждан относительно проведения лечебных, диагностических и профилактических мероприятий врачебной комиссией сократилось на 27%, уровень качества и безопасности оказанной помощи также вырос за счет сокращения госпитализаций на 13% и улучшения ведения медицинских карт пациентов ($p < 0.05$). На 34% уменьшилось число врачей, которым требовалось повышение квалификации, удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью возросла на 35% [69].

В Красноярске на фоне внедренной системы проведено анонимное анкетирование пациентов одной из государственных поликлиник. 44 человека были отобраны методом случайной выборки. Критериями отбора были присутствие в данном лечебном учреждении в течение 2 рабочих дней и согласие на проведение анкетирования.

Исследователи отмечают, что 68,2 % пациентов удовлетворены оказанием медицинской помощи; 18,2 % – больше удовлетворены, чем не удовлетворены; 4,6 % – удовлетворены не в полной мере.

45,5 % респондентов удовлетворены организацией работы медорганизации; 2,3 % – не удовлетворены; 34,1 % – больше удовлетворены, чем не удовлетворены; 11,4 % – удовлетворены не в полной мере; 9,1 % – затруднились ответить;

63,6% пациентов поставили положительную оценку в отношении работы врачей; 72,7 % – удовлетворены отношением среднего медицинского персонала к пациентам; 20,5 % пациентов – обеспокоены большими очередями на прием к врачу; 6,8 % пациентов – не удовлетворены долгим временем ожидания в регистратуре по причине очередей.

6,8% опрошенных людей посчитали, что объем обследования был недостаточен. Столько же респондентов заявили, что в поликлинике имеется недостаток специалистов; 4,6% пациентов выразили свою озабоченность отсутствием приспособлений для лиц с ограниченными возможностями. Подавляющее большинство пациентов (86,4 %) при анонимном анкетировании высказали полное или частичное удовлетворение работой поликлиники. Однако, исследователи подчеркнули, что для вынесения значимого суждения об удовлетворенности пациентов работой консультативной поликлиники следует обеспечить требования к соблюдению объема выборки [70].

В Оренбурге внедрялась четырехэтапная система внедрения контроля качества оказанной помощи на уровне ПМСП в педиатрии. 1 этапом был анализ удовлетворенности предоставляемой медицинской помощи детскому населению на амбулаторно-поликлиническом этапе путем социологического опроса. 2 этап состоял в очной экспертизе работы каждого педиатрического участка заведующим структурным подразделением и заместителями главного врача по поликлинической, клинико-экспертной и лечебной работе. Определение индикаторов качества работы каждого участка было целью 3 этапа. 4 этап — рассмотрение результатов работы объединения на координационном совете амбулаторного центра с принятием необходимых управленческих решений, в том числе и определением персональных стимулирующих надбавок для сотрудников больницы.

Внедрение данной системы позволило: сократить время постановки диагноза на 25%, уменьшить количество очередей в коридорах на 10%, повысить удовлетворённость оказания помощи в 3 раза, снизить количество необоснованных диагностических процедур на 25%, сократить время ожидания результатов диагностических мероприятий в 4 раза ($p=0,03$). Медицинская эффективность организованного контроля качества медицинской помощи

также отразилась на таких важных показателях деятельности лечебно-профилактического учреждения, как показатели уровней общей заболеваемости, инвалидизации детского населения и младенческой смертности, которые статистически значимо уменьшились ($p < 0.05$) [71].

В 2022 году международное научное сообщество накопило большой объём методических и практических рекомендаций по оценке качества и безопасности медицинской помощи населению. По результатам проведенной работы представители российского здравоохранения порекомендовали использовать конкретные индикаторы качества и безопасности медицинской помощи с целью сокращения бюрократической нагрузки при проведении данной оценки (таблица 2). При этом сама оценка индикаторов может проводиться на основе установленных баллов (таблица 3) [72].

Таблица 2. Ключевые индикаторы качества и безопасности МП, 2022 г. (МП – Медицинская помощь)

Наименование индикатора	Критериальное описание индикатора
Индикатор А. Своевременность оказания МП	Критерий а1. Обоснованность амбулаторной формы оказания МП относительно совокупности симптомов пациента при первом (последующем) обращении
	Критерий а2. Соответствие продолжительности периода от момента первого (повторного) обращения до получения первого медицинского вмешательства, выбранного на основе совокупности симптомов пациента
Наименование индикатора	Критериальное описание индикатора
Индикатор В. Правильность выбора методов оказания МП	Критерий б1. Достаточность использования диагностических методов, выбранных на основе совокупности симптомов
	Критерий б2. Соответствие полноты и правильности использования выбранных лечебно-диагностических, реабилитационных, профилактических вмешательств относительно совокупности симптомов
Индикатор С. Достижение результата оказания МП	Критерий с1. Соответствие своевременности и правильности оказания МП облегчению состояния пациента либо устранению угрозы его жизни и здоровью
	Критерий с2. Общая продолжительность периода лечения (реабилитации, профилактики) с учётом выявленных или возникших осложнений относительно рекомендаций и установленных норм по продолжительности этого периода
Примечание: источник [72].	

Таблица 3. Балльный метод оценки индикаторов и включённых в них критериев качества и безопасности МП, 2022 г. (МП – Медицинская помощь)

Индикаторы	Вес индикатора	Критерии	Распределение баллов		
			Минимум	Среднее	Максимум
А. Своевременность оказания МП	0,35 (35%)	a1	1	2	3
		a2	1	2	3
В. Правильность выбора методов оказания МП	0,45 (45%)	b1	1	2	3
		b2	1	2	3
С. Достижение результата оказания МП	0,2 (20%)	c1	1	2	3
		c2	1	2	3
Итоговая оценка безопасности и качества оказанной помощи с учетом веса индикатора			2	4	6
Примечание: источник [72].					

Подход выстроен следующей группой исследователей на использовании системы упомянутых выше индикаторов, а для каждого индикатора определены по два базовых критерия, которые последовательно характеризуют:

1) своевременность оказания медицинской помощи конкретному пациенту с учётом его жалоб и объективно наблюдаемых симптомов заболевания (острого или находящегося в стадии обострения);

2) правильность и быстрота применения методов медицинских вмешательств с учётом выбранной формы, тяжести наблюдаемой симптоматики и результатов диагностики;

3) результативность оказания медицинской помощи в контексте своевременно выбранной формы и правильности применения методов медицинских вмешательств [73].

Весовые значения индикаторов разработаны на основе формально-логического подхода, который был сформулирован в исследовании, проведенном также в 2022 г:

- своевременность оказания помощи (например, при наиболее раннем обращении пациента как за медицинской помощью по поводу заболевания, так и при выявлении признаков заболевания во время диспансеризации или скрининга) — это второй по весу (значимости) индикатор относительно его вклада в качество и безопасность оказанной помощи. Мощность (вес) данного индикатора составляет на уровне 35—40%;

- правильность выбора методов оказания медицинской помощи во многом определяет достижение результата даже при условии, что медицинская помощь не была оказана вовсе, в том числе по независящим от медицинской организации причинам (неверно назначенное лечение, позднее обращение пациента и т. д.). Вклад правильности выбора методов в качество и безопасность проведенной помощи был оценен на уровне 45— 50%;

- достижение результата оказания медицинской помощи напрямую зависит от того, насколько своевременно была оказана эта помощь и от того, насколько правильно были подобраны или выбраны методы её оказания. Авторы оценили вес этого индикатора на уровне 20%.

Соответственно, сформировано три основных варианта итоговой оценки на основании баллов вышеупомянутой методики:

1) высокий уровень качества медицинской помощи (2 балла за каждый индикатор) - 6 баллов и выше;

2) приемлемый уровень качества медицинской помощи, (если 1 или 2 индикатора были оценены в 1 балл) - от 4 до 6 баллов;

3) неприемлемый уровень качества медицинской помощи, (почти все индикаторы имеют минимальный балл) - от 2 до 4 баллов [74].

В 2023 году по мнению исследователей, занимавшихся комплексным анализом данной методологии, такой дифференцированный подход позволил снизить бюрократическую нагрузку на медицинскую организацию и за счет проведения подобного внутреннего контроля. Также появилась возможность более оперативно и эффективно реагировать на изменения в уровне качества и безопасности медицинской помощи в медицинской организации. Обобщение данных внутреннего контроля по территориальной совокупности медицинских организаций позволило объективно оценивать общее состояние качества и безопасности медицинской помощи, как на региональном, так и федеральном уровнях. Это в свою очередь позволит активизировать организационную, образовательную работу, работу по совершенствованию технологического и материально-технического обеспечения российских медицинских организаций, тем самым стимулируя повышение уровня качества и безопасности населения [75].

Ситуация в Казахстане. В системе здравоохранения Республики Казахстан была сформирована система контроля качества медицинской деятельности (внешний и внутренний контроль), внедрен контроль условий, сроков и объемов для предоставления необходимой медицинской помощи по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи. Возрастает роль и значение службы внутреннего аудита, создаваемого при каждой медицинской организации [76].

В Кодексе Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК "О здоровье народа и системе здравоохранения" в статье 28 главы 5. "Государственный контроль и надзор в области здравоохранения" отражено, что реализацией государственной политики по государственному контролю и надзору в области здравоохранения признается комплекс мер, направленных на проверку соблюдения и исполнения требований законодательства Республики Казахстан, а также на предупреждение, выявление, пресечение и устранение правонарушений в области здравоохранения, включающий государственный контроль и надзор в сфере оказания медицинских услуг (помощи) [77].

Контроль качества медицинской помощи и внутренний аудит в Казахстане был внедрен по следующим причинам:

- повышение внимания руководителей медицинских организаций к проблемам качества медицинских услуг;
- радикальное решение проблем качества медицинского обслуживания населения;
- возрастающие потребности населения в получении качественных медицинских услуг,
- обеспечение высокого уровня профилактики и лечения заболеваний, соответствующего международным стандартам;
- снижение издержек при организации лечебно-диагностического процесса и себестоимости лечения одного пациента;
- острая необходимость медицинских организаций уменьшить число исходящих жалоб со стороны населения [78, 79].

Группа казахстанских исследователей отмечает, что проблема контроля качества лабораторных и диагностических исследований в рамках ПМСП по-прежнему остаётся нерешенной.

Согласно данным исследования контроля качества скрининга, происходящего во всех медицинских организациях, ориентированных на ПМСП, количество населения, страдающих такими заболеваниями, как артериальная гипертензия, сахарный диабет и хроническая сердечная недостаточность могло бы быть гораздо больше, если бы вышеперечисленные скрининговые программы не были бы введены, что подтверждает их эффективность. Чтобы решить проблему отсутствия контроля качества исследований по направлениям специалистов ПМСП, эти исследования предполагается проводить по системе диагностики, известной как РОСТ (Point of Care Technology) или «Диагностика у постели больного» [80].

Следующая группа казахстанских ученых заявила, что контроль удовлетворенности медицинских работников своей работой имеет важное значение для устойчивого развития базового здравоохранения в Казахстане. Однако в настоящее время лица, принимающие решения в сфере здравоохранения, не уделяют должного внимания удовлетворенности работой местного медицинского персонала. Эту ситуацию подтверждают полученные результаты по удовлетворенности врачей в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях (47,7%) ($p < 0.05$). Исследователи считают, что в контексте проводимой в стране реформы амбулаторно-поликлинической службы исследование уровня удовлетворенности трудом должно быть продолжено [81].

Исследователи из Алматы оценили качество оказанной медицинской помощи в поликлинике №25. Для проведения оценки использовались статистические отчетные формы номер 12 и номер 30 городской поликлиники №25 г. Алматы, анкеты опроса прикрепленного населения. Оценка качества медицинских услуг производилась по трем критериям: определение соответствия оказанных медицинских услуг медицинским стандартам, проведение оценки качества самих медицинских услуг и изучение удовлетворенности пациентов. Как показало исследование, повышение

качества предоставляемых населению медицинских услуг было незначительно ($p > 0.05$) [82].

В последнее время в здравоохранении Казахстана наблюдается устойчивый рост интереса к разработке и внедрению системы менеджмента качества, соответствующих международным требованиям. В организациях, внедривших службу внутреннего аудита, имеется стратегия развития системы менеджмента с целью повышения конкурентоспособности медицины Казахстана [83].

Во всех медицинских организациях Казахстана с 2009 года созданы службы внутреннего аудита. Целью создания данного подразделения в медицинских организациях является обеспечение прав пациентов на получение своевременной, качественной и безопасной медицинской помощи в необходимом объеме. Представители службы внутреннего аудита занимаются решением многих проблем медицинских организаций [84].

Одним из элементов внутреннего аудита является изучение обратной связи с населением посредством анкетирования. В Актобе был проведен ретроспективный анализ сводных данных по анкетированию пациентов Актюбинского областного консультативно-диагностического центра за 3 года. В первом году приняло участие 385 пациентов, во втором - 337 пациентов, в третьем – 252 пациента. Результаты оценивались ежеквартально.

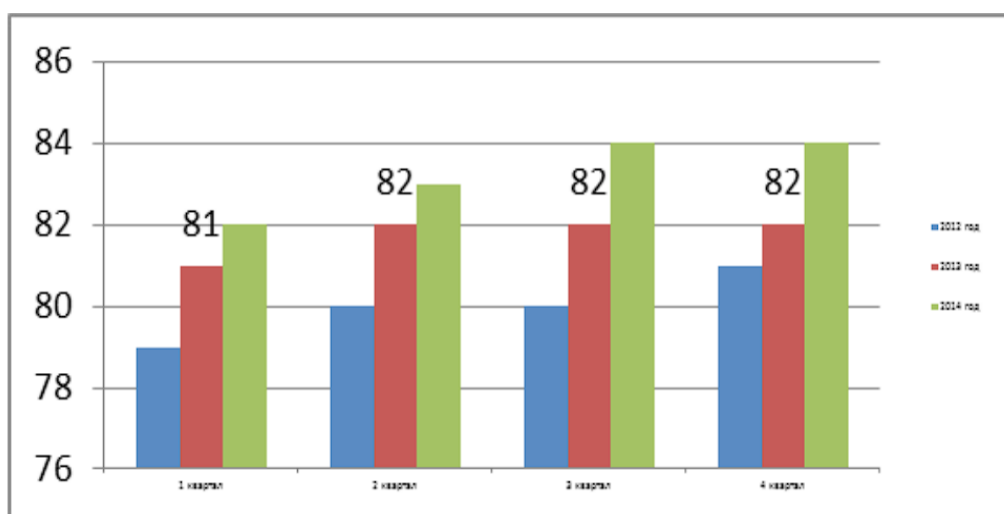


Рисунок 2: Доля лиц, удовлетворенных качеством оказанных медицинских услуг в Актюбинском областном консультативно-диагностическом центре за 3 года исследования.

Примечание: источник [85].

При поквартальном сравнении за 2013 и 2014 года, процент доли лиц, удовлетворенных качеством оказанных услуг, имеет постепенный рост вплоть до 3 и 4 квартала, где наблюдается постоянство. Исследователи отмечают, что даже минимальное увеличение положительных отзывов дается с большим усилием, давая перспективу для дальнейшего совершенствования методов и способов, процессов оказания медицинских услуг за счет мероприятий по

увеличению числа сотрудников медицинских служб, размещения номеров телефонов доверия и их эффективного функционирования, управления здравоохранения и регионального call-центра в регистратуре, кабинетах врачей и иных местах ожидания пациентов [85].

В Алматы, в результате анкетирования респондентов было рассмотрено большое количество факторов, оказывающих влияние на оценку респондентом качества медицинской помощи. В результате анализа с использованием статистической обработки было выявлено, что оценка участниками исследования качества медицинской помощи была статистически связана с такими факторами, как уровень образования, уровень материального благополучия, психологическая обстановка, самооценкой здоровья и степенью доверия к врачам ($p < 0.05$). При разработке эффективного инструмента внутреннего контроля качества медицинской помощи следует учитывать данные факторы [86].

Таким образом, одна из концепций повышения контроля качества медицинской помощи в здравоохранении на уровне ПМСП- сосредоточение на наиболее важных элементах, которые способствовали возникновению проблемы.

Применение DMAIC и ТО в организации здравоохранения позволяет найти большое количество способов по управлению системой качественного обслуживания для удовлетворения потребностей пациентов. Этот подход также помогает поставщикам медицинских услуг сократить потери и дисбаланс в процессах обслуживания населения. Данная модель может улучшить качество работы медицинской организации, повысив удовлетворенность и лояльность пациентов. Метод DMAIC и ТО обеспечил качественную работу большого количества медицинских организаций. При правильном подходе оба подхода могут повысить экономическую эффективность за счет улучшения качества работы.

Использование ключевых методологических особенностей в циклах PDSA также обеспечивает оказание качественной медицинской помощи и четкую последовательность действий. Тем самым, происходит адаптация работы медработников и минимизируется риск возникновения вредных или расточительных непредвиденных последствий. Однако, цикл PDSA не является достаточным как отдельный метод, и необходима интеграция целого набора ключевых характеристик.

Улучшенная система FOCUS-PDSA смогла интегрировать большое количество характеристик. Как отмечают исследователи, применявшие данную стратегию, она проста для понимания и применения к управлению любым процессом, связанным с улучшением работы медицинских организаций на уровне ПМСП. FOCUS-PDSA используется для установления стандартов качества и непрерывного совершенствования и обеспечения качества. Эта модель необходима для непрерывного совершенствования и, как правило, дает стратегии повышения качества в здравоохранении. FOCUS-PDSA, также

известная как цикл проб и ошибок, поощряет мелкие модификации, а также быструю адаптацию и улучшения.

Предоставление качественной и безопасной медицинской помощи в Российской Федерации осуществляется с помощью медицинских информационно-аналитических систем и экспертных оценок с целью контроля качества медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе. Это позволяет проводить независимую и адекватную оценку работы каждого звена лечебного процесса в любой промежуток времени. Подобная стратегия направлена на повышение эффективности оказания медицинской помощи населению на уровне ПМСП в России.

В Республике Казахстан в последние годы повышаются требования к качеству оказания медицинской помощи населению. Проводится внутренний аудит, мониторинг удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. На мнение пациента о качестве оказанной ему медицинской помощи влияет широкий круг факторов.

По мере роста потребности в высококачественном уходе за пациентами многие медицинские организации начали контролировать свою работу, чтобы обеспечить безопасное, эффективное, своевременное, ориентированное на пациента, справедливое и действенное лечение и профилактику заболеваний.

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования являются оценка системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП на базе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска. Была разработана программа исследования, которая включала несколько этапов и состояла из решения поставленных задач на каждом этапе (таблица 4).

Таблица 4: Программа исследования

Задача исследования	Объекты исследования	Методы исследования	Результаты
1 этап			
Изучить международный и отечественный опыт по оценке системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП.	Научные литературные источники	Библиографический	Был произведен поиск научных материалов в базах Web of Science, PubMed, Scopus (Elsevier), eLibrary (Российский индекс научного цитирования), Cyberleninka. Количество источников – 86.
2 этап			
Провести анализ деятельности ГКП №6» г.Уральска, в том числе СППиВК	Отчетная документация деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска за 2023 г.	Информационно-аналитический.	Проведен анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральска за 2023 год с учетом структуры поликлиники в разрезе отделений и вспомогательных структур, штатного расписания, включая врачей, средний и младший медицинский персонал, количество обращений, структуры заболеваемости, результатов внутреннего аудита.
Изучить мнение врачей и пациентов ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральск по совершенствованию системы внутреннего контроля путем анкетирования	Врачи ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска и пациенты из числа прикрепленного населения.	Социологический опрос, статистическая обработка	Анкеты на русском и казахском языках были разработаны на основе различных, соответствующих литературных источников. В анкете для врачей было 19 вопросов, для пациентов – 23 вопроса. Выборка среди врачей сплошная, 87 человек. В исследовании приняли участие 382 человека в возрасте от 18 лет и старше. Сбор данных среди врачей проводился главным исследователем. Анкетирование респондентов из случайной

Задача исследования	Объекты исследования	Методы исследования	Результаты
			<p>выборки когорты прикрепленного населения осуществлялось средним медицинским персоналом после проведения необходимого инструктажа.</p> <p>Опросники были заполнены вручную. Анкетирование было проведено анонимно, без сбора персональных данных.</p> <p>Респонденты были уведомлены, что их личная подпись в анкете является согласием на участие в исследовании.</p>
3 этап			
Разработать рекомендации по совершенствованию системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП на базе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска	Рекомендации на основании анализа литературных источников и результатов анализа анкетирования	Аналитический	Разработаны рекомендации на основании анализа литературных источников и результатов анализа анкетирования
Примечание: составлена автором			

В качестве методов исследования были использованы анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска, анализа деятельности Службы поддержки пациента и внутреннего контроля за 2022-2023 гг., а также анкетирования среди врачей поликлиники и пациентов, прикрепленных к данной поликлинике для разработки рекомендаций по совершенствованию системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП. Были использованы анкеты, содержащие вопросы, касающиеся повышению контроля качества медицинской помощи.

Данное исследование проводилось на базе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска, с целью разработки рекомендации по совершенствованию системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП.

Был проведен анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска за 2023 год с учетом структуры поликлиники в разрезе отделений и вспомогательных структур, штатного расписания, включая врачей средний и младший медицинский персонал, количества обращений, структуры заболеваемости, результатов внутреннего аудита.

При проведении анализа деятельности Службы поддержки пациента и внутреннего контроля за 2022-2023 гг. учитывались обращения пациентов, прикрепленных к ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска. Анализировались обращения на Веб-сайт Министерства здравоохранения РК, в Фонд ОСМС, через информационную систему обращений в государственные органы и организации eOtinish, на Веб-сайт Управления здравоохранения Западно-Казахстанской области, так же в Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК, с письменным обращением в Службу поддержки пациента и внутреннего контроля поликлиники, в Call-центр Управления здравоохранения Западно-Казахстанской области и поликлинике, а так же с устными обращениями пациентов.

Для анкетирования была сформирована выборка среди врачей, работающих в поликлинике и пациентов из числа прикрепленного населения к ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска.

Анкета для врачей была разработана после изучения различных соответствующих литературных источников. Анкета состоит из 25 вопросов и направлена на получение объективной ситуации по изучению мнения врачей для совершенствования системы внутреннего контроля на уровне ПМСП. Таким образом, выборочная совокупность составила 87 человек. Использовался сплошной метод выборки. В настоящем исследовании для изучения мнения врачей была использована анкета, которая разработана на основе опыта предыдущих исследований, проводимых в мире.

Было проведено анкетирование пациентов из числа прикрепленного населения к ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска. к поликлинике прикреплено 76470 человек. после проведения расчета выборки в исследовании приняли участие 382 человека в возрасте от 18 лет и старше. Выборочная совокупность прикрепленного населения рассчитывалась статистически с традиционно применяемым для такого рода исследований уровнем достоверности 95,0% и с предельной ошибкой выборки в 5%. Для получения типической (стратифицированной) выборки применялась формула для бесповторного отбора:

$$n = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{\Delta^2 \times N + t^2 \times p \times q}, \quad \text{где} \quad (1)$$

n – объем выборочной совокупности,

N – объем генеральной совокупности,

t – доверительный коэффициент (для нашего исследования $t = 2$),

Δ - предельная ошибка выборки (для нашего исследования 5%),

p, q – выборочные доли/частота встречаемости признаков.

Была использована анкета, разработанная на основе изучения различных соответствующих литературных источников. Анкета состоит из 23 вопросов и направлена на получение объективной ситуации по изучению мнения

пациентов для совершенствования системы внутреннего контроля на уровне ПМСП.

Для достижения цели диссертационной работы была разработана программа исследования, которая включала несколько этапов и состояла из решения поставленных задач на каждом этапе.

Анкеты были растиражированы в количестве, учитывающем объем сплошной выборки с учетом возможных потерь вследствие некачественного заполнения части анкет.

Перед проведением анкетирования был проведен необходимый инструктаж лиц, проводящих опрос. Анкетирование было проведено анонимно, без сбора персональных данных. Респонденты были уведомлены, что их личная подпись в анкете является согласием на участие в исследовании.

Сбор данных среди врачей проводился главным исследователем.

Анкетирование респондентов из случайной выборки когорты прикрепленного населения осуществлялось средним медицинским персоналом после проведения соответствующего инструктажа на базе поликлиники.

Для ввода, обработки и получения результатов применялся математический метод и метод программирования. Была разработана оригинальная программа ввода и хранения данных, позволяющая на этапе ввода отбраковывать некачественно заполненные анкеты.

С помощью системы управления базами данных была подготовлена программа обработки введенных данных, позволяющая проводить необходимые сравнения и получать требуемые связи между различными признаками, характеризующими выборочную совокупность.

Полевые работы происходили согласно утвержденному календарному плану работ в течение января - февраля 2024 г.

В работе использованы основные методы:

1. Информационный и аналитический методы. Проработаны и углубленно изучены литературные данные, международный опыт и особенности организации внутреннего аудита за рубежом, в странах СНГ и в Казахстане.

2. Аналитический метод. Проведен анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска за 2023 год. Проведен анализ результатов деятельности Службы поддержки пациента и внутреннего контроля за 2022 и 2023 гг. по ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск.

3. Социологический метод (анкетирование). Опрос интервьюеров с помощью анкет. Проводилась изучение мнения врачей и пациентов ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6». Анализ анкет проводился с помощью программы статистического анализа и обработки данных SPSS 20.0 for Windows.

Для графического изображения полученных данных строились диаграммы и таблицы.

В процессе исследования был проведен анализ существующего опыта проведения внутреннего аудита в мире и в Казахстане. Проведен анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска за 2023 год. Проведен анализ результатов деятельности Службы поддержки пациента и внутреннего контроля за 2022 и 2023 гг. по ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск Проведено социологическое исследование по изучению мнения врачей и пациентов ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска по совершенствованию системы внутреннего контроля. Разработаны рекомендации по совершенствованию системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП на базе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска.

3 ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГКП на ПХВ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 6» г. УРАЛЬСК

Был проведен анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» за 2023 год и дано сравнение за 2022 год.

Городская поликлиника обслуживает население численностью 76470 человек, из них взрослых - 48117, дети - 28353 (из них до года - 1723), старше 65 лет - 5483, женщины фертильного возраста - 18138. Из 76470 прикрепленного населения детское население составляет 37% - 28353, взрослые 48117 человек.

В половозрастной структуре населения 88% (67775 человек) составляет люди до 59 лет, 60-69 лет составляет всего 7,23% (5529 человек), а 70 лет и старше - 4,14% (3166 человек).

Отмечается снижение медико-демографических показателей по поликлинике за последние три года (с 2021г. по 2023г.). Рождаемость снизилась на 18,5% с 29,7 до 24,2, смертности на 24,6% с 7,3 до 5,5. Естественного прироста на 13,6% с 22 до 19 в 2023г.

В поликлинике открыто 50 участков. На 50 участках (4 педиатрических, 46 ВОП) работают 29 ВОП и 3 педиатра, дефицит врачей ВОП составляет 42%.

В 2023 году уменьшилась обеспеченность врачебными кадрами на 9,4% с 13,7 (102) до 12,4 (95).

Всего работают 87 врачей и 366 средних медицинских работников. Дефицит врачебных кадров, в соответствии со штатным расписанием, составляет 36 специалистов, из них 21 ВОП, 15 профильных специалистов (1 кардиолога, 1 аллерголог, 1 онколога, 2 по лучевой диагностики, 1 травматолога, также не хватает 2 уролога, 2 детского невропатолога, инфекционист, реабилитолог, ревматолог, эпидемиолог, клинический фармаколог).

В 2023 году общая смертность выросла на 7,1% с 5,2 до 5,6. на 100 тыс. человек, в основном за счет болезней системы кровообращения.

Лидирующие места в структуре основных причин смертности занимают:

- 1.Болезни системы кровообращения -141,2 (108 случаев)
- 2.Травмы и отравления-68,0 (53 случаев)
- 3.Болезни нервной системы-66,6 (51 случаев)
- 4.Болезни органов дыхания-64,0 (49 случаев)
5. Злокачественные новообразования-56,2 (43 случаев) (рисунок 3)

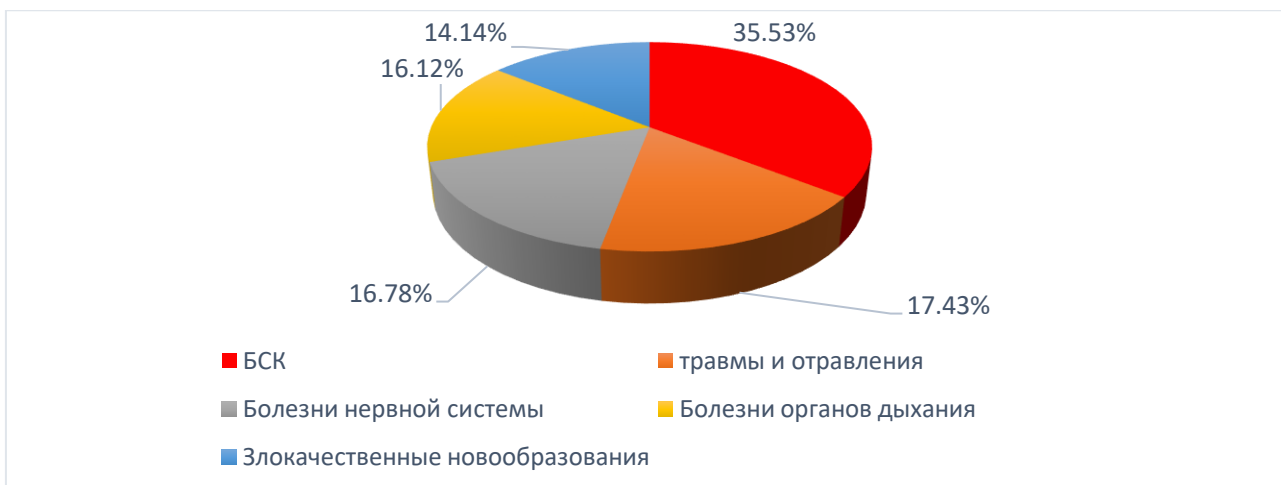


Рисунок 3. Структура основных причин смертности.

Примечание: составлено автором.

В 2023 году смертность у детей от 0 до 18 лет составила 17 человек (4%), в возрасте 18 -19 лет 17 человек (4%), от 30 до 39 лет - 23 человека (5%), от 40 до 49 лет умерло 45 (11%), а от 50 до 59 лет - 57 человек (13%), от 60 до 63 лет - 34 (8%), от 64 до 79 лет - 125 человек (30%) и от 80 лет и старше - 105 человек (25%) (рисунок 4).

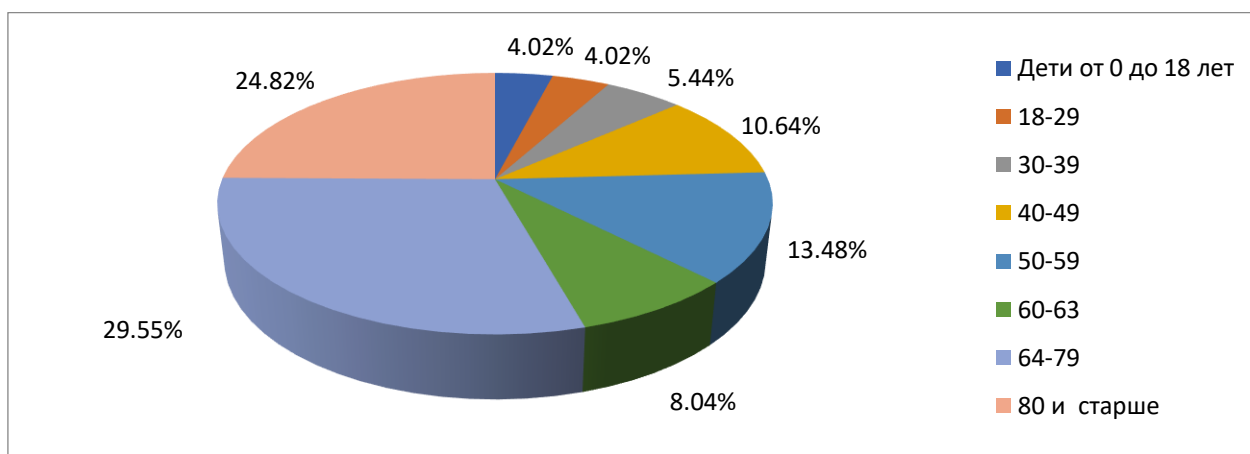


Рисунок 4: структура смертности по возрастам

Примечание: составлено автором

В 2023 году отмечается рост умерших трудоспособного возраста на 13,2% с 36,0% (141 случай) до 41,5% (176 случаев). Количество умерших старше 60 лет снизилось и составляет 61,8% (264 случая) против 67,8 (265 случаев) в 2022г. Рост количества умерших связан в основном с заболеваниями системы кровообращения. Из 108 умерших от БСК на диспансерном учете состояло 82% (76 человека).

Акушерско-гинекологическое отделение обслуживает население в количестве 37700 женщин, в том числе женщин фертильного возраста – 18351. Количество взятых беременных в 2023г. уменьшилось на 219 человек в сравнении с 2022г. Отмечается улучшение раннего взятия беременных до 12

недель (99%) из них до 10 недель выросло (с 63,7% до 97,3%) в сравнении с 2022 годом.

В 2023г. на 12 случаев уменьшились законченные случаи с 1966 в 2022г. до 1954 законченных случаев, количество преждевременных родов меньше на 4 случая. Увеличилось количество самопроизвольных выкидышей на 26 случая за счет неразвивающихся беременностей.

Прерывание беременности по медицинским показаниям в 2023г. составило 23 случая (ВПР и ХАГЗ), по социальным показаниям – 5 (много рожавшие и подростки).

За 12 месяцев 2023г. прошло 49 преждевременных родов, что составило 2,7% на 1807 родов, в 2022г. за этот же период было на 1845 родов составило 52 (2,8%) случая.

Причины преждевременных родов:

1. Акушерская патология: маловодие – 2, преэклампсия тяжелой степени – 11, ЭКО–2, кровотечения – 7, преждевременное излитие вод – 12, Истмико-цервикальная недостаточность – 4. врожденные пороки развития плода-2

2. Экстрагенитальный заболевания: хроническая артериальная гипертензия у беременных – 3, цирроз печени-1,

3. Многоплодная беременность: тройня – 2, двойня – 2.

В 2022 году доля антенатальной смертности составила 4,8%, в 2023 году - 6,5%. Постнатальная гибель в 2022 году - 2,1%, в 2023 году составила 2,7%.

В 2023 году отмечается рост показателя заболеваемости БСК на 9,5% и снижение показателя смертность на 1,8%. В 2023 году заболеваемость от БСК зарегистрировано в 1213 случаев, против 1108 в 2022 году.

Отмечается некоторое снижение количества пациентов, перенесших инфаркт миокарда на 8,1% с 74 – 99,2 до 68- 88,9 в 2023году. В 2023г. отмечается снижение показателя заболеваемости ОНМК на 12%с 191,7 (143) до 168,6 (129).

За 12 месяцев 2023 года отмечается рост онкозаболеваемости на 5,2%, со 179,7% (134 случаев) до 184,4 (141 случаев).

За 12 месяцев 2023 года увеличилось количество запущенных форм на 53,8% по сравнению 2022 годом.

Всего на диспансерном учете у врача онколога состоит 689 пациентов. Из них вновь выявленных-141.

В 2023 году отмечалось увеличение заболеваемости от травм и отравлений -1,1%. За 2023 год увеличились травмы среди взрослых 6,3%, детей на 10,9%. Среди детей получили травмы в 2023 году 449 человек, а в 2022 году - 436, подростки в 2023 году - 93 человек, а в 2022 году - 82 человека, взрослые травмированы в 2023 году 1335 человек, а в 2022 году - 1280.

Заболеваемость туберкулезом населения за 2023 г. снизилась на 6,1%, составил 36,2 (абс.27) против 41,4 (абс.30) в 2022 году. Среди детей (0 -17 лет) заболеваемость туберкулезом снизилась на 51,4%, среди подростков на 54,7%.

Таким образом, ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» за 2023 год обслуживает население численностью 76470 человек на 50 участках. Всего

работают 87 врачей и 366 средних медицинских работников. Дефицит врачебных кадров, в соответствии со штатным расписанием, составляет 36 специалистов.

Лидирующие места в структуре основных причин смертности занимают: болезни системы кровообращения - 141,2, травмы и отравления-68,0, болезни нервной системы - 66,6, болезни органов дыхания - 64,0, злокачественные новообразования-56,2. Отмечается рост умерших трудоспособного возраста на 13,2% с 36,0% в 2022г. до 41,5% в 2023г.

В 2023 году отмечается рост показателя заболеваемости БСК на 9,5% и снижение показателя смертность на 1,8%. Снижается количество пациентов, перенесших инфаркт миокарда 74 в 2022г. до 68 в 2023году. Отмечается снижение показателя заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения (острый инфаркт) с 191,7 в 2022г. до 168,6 в 2023г.

За 12 месяцев 2023 года отмечается рост онкозаболеваемости, с 179,7% в 2022г. до 184,4 в 2023г. В данном году лидирующие позиции занимал рак легких, далее рак желудка и рак молочной железы.

В 2023 году отмечается увеличение заболеваемости от травм и отравлений на 1,1%. Увеличились травмы среди взрослых на 6,3%, детей на 10,9%.

По данным Службы поддержки пациента и внутреннего контроля за 12 месяца 2023 года поступило 222 обращений, показатель по поликлинике 2,9 на 1000 нас. (в 2022 году 136-1,8).

При анализе обращений в сравнении с 2022 годом видно, что количество обращений увеличилось на 61,26% со 136 в 2022г. до 222 в 2023г. Увеличилось количество обращений в Фонд ОСМС на 53,01%, через информационную систему обращений в государственные органы и организации e-Otinish - на 64,22%, на Веб-сайт Управления здравоохранения Западно-Казахстанской области - на 57,14%. Так же необходимо отметить, что по наблюдается сокращение обращений в Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК - на 33,33%, с письменным обращением в Службу поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск - 18,51%. По таким видам обращений, как на Веб-сайт Министерства здравоохранения РК, с письменным обращением в Управление здравоохранения Западно-Казахстанской области, в Call-центр Управления здравоохранения Западно-Казахстанской области, С устными обращениями Службу поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск, на телефон доверия и в ситуационный центр ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск в 2023 году обращений не было (таблица 5).

Таблица 5: Сравнительный анализ обращений 2022 и 2023гг.

Обращения	2022 г.	2023 г	%
Всего зарегистрировано обращений, из них	136	222	> 61,26%
на Веб-сайт Министерства здравоохранения РК	1	-	
В Фонд ОСМС	44	83	> 53,01%
В Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК	3	1	< 33,33%
На E-Gov через информационную систему обращений в государственные органы и организации eOtinish	39	109	> 64,22%
На Веб-сайт Управления здравоохранения Западно-Казахстанской области	3	7	>57,14%
С письменным обращением в Управление здравоохранения Западно-Казахстанской области	2	-	
в Call-центр Управления здравоохранения Западно-Казахстанской области	1	-	
С письменным обращением в Службу поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск	27	22	<18,51%
С устными обращениями Службу поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск	8	-	
На телефон доверия ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск	5	-	
Ситуационный центр ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск	3	-	
Примечание: составлено автором			

При рассмотрении обращений Службой поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск было отозвано самими пациентами 59 обращений, 7 обращений были со словами благодарности сотрудникам поликлиники, 3 обращения были ошибочными или не по адресу, на 15 обращений были предоставлены информационные письма. (рисунок 5)

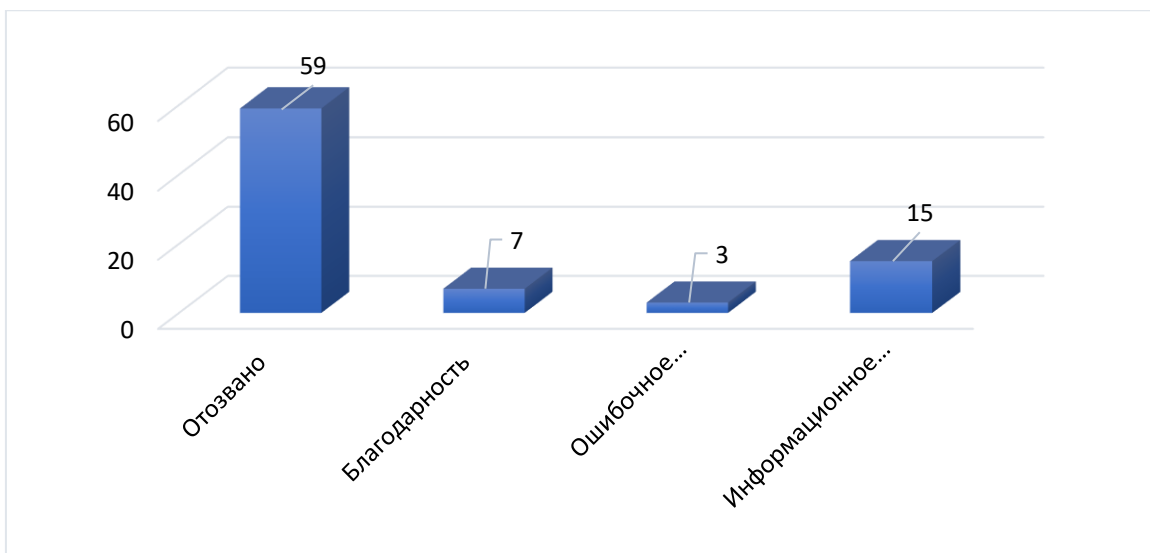


Рисунок 5: Анализ обращений в службу поддержки пациента за 2023 г
Примечание: составлено автором.

Из оставшихся 138 обращений 23 (16,66%) пришлись на организационные вопросы, 29 (21,01%) - жалобы на качество оказываемых медицинских услуг, 19 (13,76%) - по вопросам инвалидности, 35 (25,36%) обращений по вопросам обязательного социального медицинского страхования, 5(3,62%) жалоб по части этики и деонтологии медицинского персонала, 18 (13,04%) жалоб на работу дневного стационара, 8 (5,79%) по поводу консультаций (рисунок 6).

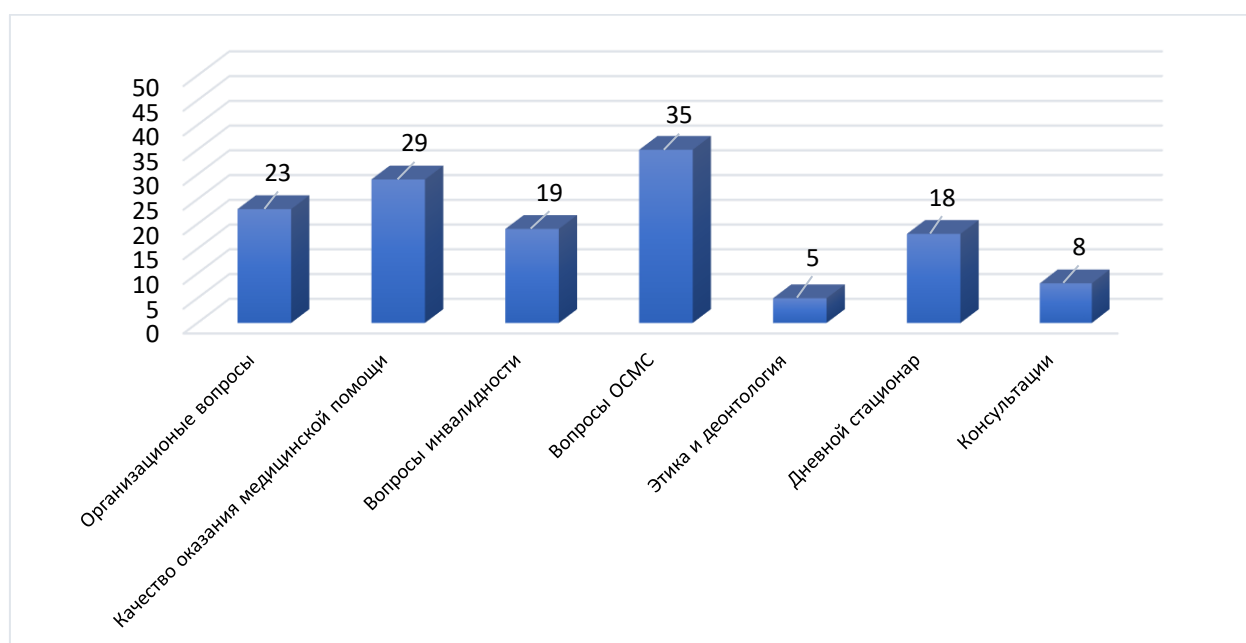


Рисунок 6: Анализ структуры обращений
Примечание: составлено автором.

По всем обращениям были проведены проверки, 2 из которых были обоснованными и по результатам проверок были вынесены 1 выговор и 1 предупреждение. 8 обращений были частично обоснованными, по которым были вынесены 6 дисциплинарных взыскания и 2 устных предупреждения.

Одной из задач Службы поддержки пациента и внутреннего контроля является внутренний аудит амбулаторных карт. За 12 месяцев 2023 года подлежало аудиту-730 амбулаторных карт. Было проверено 650 (92%) карт в том числе диспансерных - 153, инвалидов - 115 пролеченных случаев -57 амбулаторных карт.

Службой поддержки пациента и внутреннего контроля было организовано и проведено 4 семинара для персонала ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск по ознакомлению нормативно правовых актов (приказы по ПМСП, по прикреплению, по больничным листам, по стандартам работы ПМСП, по протоколам диагностики и лечения определенных нозологий).

В 2023 году проведено анкетирование среди пациентов, обратившихся в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск по вопросам качества оказываемой медицинской помощи. Было проанкетировано 350 пациентов. В целом удовлетворены деятельностью поликлиники 72% опрошенных, удовлетворены деятельностью медперсонала 74% респондентов.

Таким образом, за 2023 год было 222 обращения. В основном обращались через информационную систему обращений в государственные органы и организации e-Otinish (49,09%), в Фонд ОСМС (37,38%), с письменным обращением в Службу поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск (9,90%). в структуре обращений каждая пятая приходилась на жалобы на качество оказываемых медицинских услуг, четверть обращений по вопросам обязательного социального медицинского страхования, каждое шестое обращение пришлось на организационные вопросы. При анализе обращений 2 были обоснованными, 8 - частично обоснованными. по данным случаям были вынесены выговоры, дисциплинарные взыскания и предупреждения. анализ анкетирования среди пациентов поликлиники показал, что 72% опрошенных удовлетворены деятельностью поликлиники, а 74% работой медицинского персонала.

4 ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА, ПРОВОДИМОГО В ГКП НА ПХВ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №6» г. УРАЛЬСК

4.1. Основные результаты анкетирования врачей ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» г. Уральск

В рамках данного исследования был проведен опрос 87 врачей ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6». Использовалась адаптированная анкета, содержащая вопросы, касающиеся повышению контроля качества медицинской помощи.

На утверждение: "Я должен уметь эффективно общаться со всеми членами команды медицинских работников, чтобы обеспечить качественную помощь пациенту" 63 (72,41%) респондента выбрали вариант ответа "согласен", 10 (11,49%) - "не согласен", 14 (16,09%) - "затрудняюсь ответить".

Респондентам предлагалось выбрать ответ на утверждение: "Я ценю активное партнерство с пациентами в планировании, осуществлении и оценке лечения" 20 (22,99%) опрошенным согласились, 51 (58,62%) респондентов не согласились с предложенным утверждением и 16 (18,39%) выбрали вариант ответа "затрудняюсь ответить".

На рисунке 7 представлены данные количества выбранных ответов на утверждение: "При оценке рисков безопасности для моего пациента я учитываю ВСЕ из следующего: мнение пациента, членов его семьи, других медицинских работников, информацию в электронной медицинской карте и современные данные". Вариант "согласен" выбрали 69 (79,31%) респондентов, ответ "не согласен" отметили в анкете 7 (8,05%) человек, а затруднились с ответом 11 (12,64%).

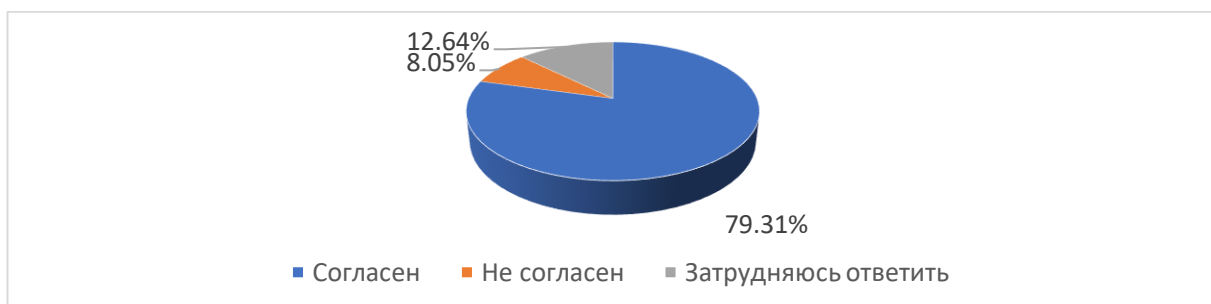


Рисунок 7: Распределение ответов врачей, ответивших на утверждение: "При оценке рисков безопасности для моего пациента я учитываю ВСЕ из следующего: мнение пациента, членов его семьи, других медицинских работников, информацию в электронной медицинской карте и современные данные".

Примечание: составлено автором.

Респондентам задавался вопрос относительно утверждения: "Я считаю, что научные исследования вносят вклад в мою практику, предоставляя

доказательства для лучшего оказания помощи". Ответы показали, что 52 (59,77%) опрошенных врача согласны, не согласились 12 (13,79%) и затруднились с ответом 23(26,44%) респондента.

На вопрос относительно утверждения: "Я уважаю точку зрения и опыт других членов медицинской команды при принятии решений" большинство врачей 80 (91,95%) согласны с этим, 1 (1,15%) - не согласен, 6 (6,90%) - затруднились с выбором ответа.

На рисунке 8 представлены данные количества выбранных ответов на утверждение: "Я считаю, что постоянное улучшение качества является неотъемлемой частью ежедневной работы ". Вариант "согласен" выбрали 76 (87,36%) респондентов, ответ "не согласен" отметили в анкете 3 (3,45%) человек, а затруднились с ответом 8 (9,20%).

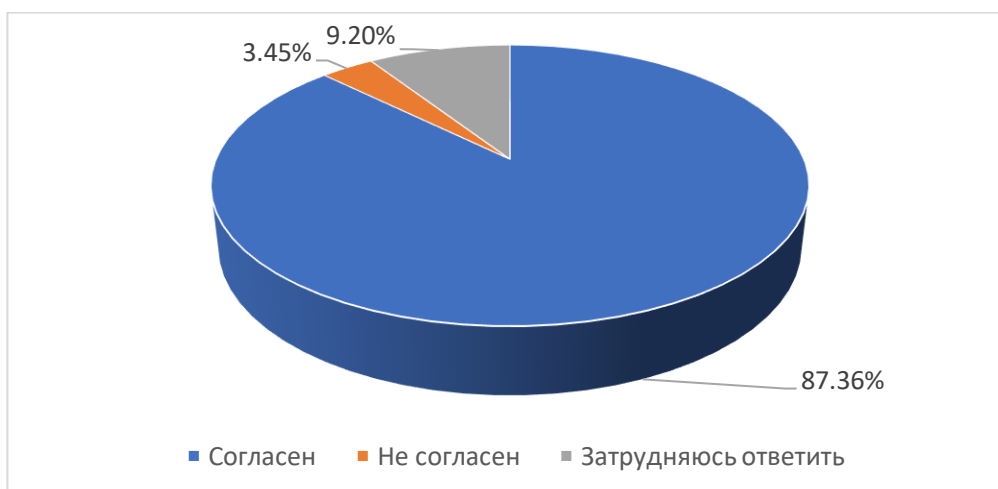


Рисунок 8: Распределение ответов врачей, ответивших на утверждение: "Я считаю, что постоянное улучшение качества является неотъемлемой частью ежедневной работы ".

Примечание: составлено автором.

Респондентам предлагалось выбрать ответ на утверждение: "Я считаю, что врачи не должны отклоняться от передовой практики ради экономии времени или трудозатрат" 77 (88,51%) опрошенных согласились, 1 (1,15%) респондент не согласился с предложенным утверждением и 9 (10,34%) выбрали вариант ответа "затрудняюсь ответить".

На утверждение: "Я считаю, что мне отведена роль в анализе небезопасных практик, ошибок и разработке системных улучшений" 70 (80,46%) респондента выбрали вариант ответа "согласен", 5 (5,75%) - "не согласен", 12 (13,79%) - "затрудняюсь ответить".

Респондентам задавался вопрос относительно утверждения: "Я стараюсь учитывать условия для пациентов и изучать результаты современных исследований, чтобы руководствоваться ими для повышения качества оказания мед услуг". Ответы показали, что 65 (74,71%) опрошенных врача согласны, не согласились 5 (5,75%) и затруднились с ответом 17 (19,54%) респондента.

На вопрос относительно утверждения: "Когда я вижу риск снижения безопасности пациента, я сразу же думаю, не является ли это проблемой всей системы" большинство врачей 50 (57,47%) согласны с этим, 18 (20,69%) - не согласен, 19 (21,84%) - затруднились с выбором ответа.

Количество выбранных ответов на утверждение: "Я считаю, что мои руководители ценят информацию об условиях, в которых я работаю и это влияет на качество оказания мед помощи в моем подразделении". Вариант "согласен" выбрали 66 (75,86%) респондентов, ответ "не согласен" отметили в анкете 2 (2,30%) человек, а затруднились с ответом 19 (21,84%).

Респондентам предлагалось выбрать ответ на утверждение: "Я чувствую, что принимаю важное участие в процессе улучшения качества". 81 (93,10%) опрошенным согласились, 1 (1,15%) респондент не согласился с предложенным утверждением и 5 (5,75%) выбрали вариант ответа "затрудняюсь ответить"

На утверждение: "Я чувствую, когда что-то угрожает безопасности пациента мои коллеги, информируют об этом мое подразделение" 71 (81,61%) респондента выбрали вариант ответа "согласен", 9 (10,34%) - "не согласен", 7 (8,05%) - "затрудняюсь ответить".

Респондентам задавался вопрос относительно утверждения: "Я чувствую, что в моем подразделении созданы условия для безопасной работы". Ответы показали, что 77 (88,51%) опрошенных врача согласны, не согласились 2 (2,30%) и затруднились с ответом 8 (9,20%) респондента.

На вопрос относительно утверждения: "Я чувствую, что мой голос услышан, когда я высказываю свое мнение о качестве оказания мед помощи в моем отделении" большинство врачей 65 (74,71%) согласны с этим, 10 (11,49%) - не согласен, 12 (13,79%) - затруднились с выбором ответа.

Количество выбранных ответов на утверждение: "Когда я вижу риск для пациента, я сообщаю об этом руководителю". Вариант "согласен" выбрали 74 (85,06%) респондентов, ответ "не согласен" отметили в анкете 1 (1,15%) человек, а затруднились с ответом 12 (13,79%).

Респондентам предлагалось выбрать ответ на утверждение: "Когда я вижу риск для пациента, я выражаю обеспокоенность своим коллегам". 76 (87,36%) опрошенным согласились, 1 (1,15%) респондент не согласился с предложенным утверждением и 10 (11,49%) выбрали вариант ответа "затрудняюсь ответить".

На утверждение: "Когда я вижу риск нарушения безопасности, я ничего не предпринимаю" 2 (2,30%) респондента выбрали вариант ответа "согласен", 74 (85,06%) - "не согласен", 11 (12,64%) - "затрудняюсь ответить".

Таким образом, в результате анализа проведенного опроса можно сделать выводы. Не согласны с утверждением или затрудняются ответить на утверждение, что должны уметь эффективно общаться со всеми членами команды медицинских работников, чтобы обеспечить качественную помощь пациенту более четверти опрошенных врачей (27,58%). Более половины респондентов (58,62%) не ценят активное партнерство с пациентами в планировании, осуществлении и оценке лечения. Достаточное количество респондентов (37,23%) затрудняются с ответом или не согласны с

утверждением, что научные исследования вносят вклад в практику, предоставляя доказательства для лучшего оказания помощи. Каждый десятый врач (12,65%) не согласен или сомневается в том, что постоянное улучшение качества является неотъемлемой частью ежедневной работы. Каждый пятый участник опроса (19,54%) не старается учитывать условия для пациентов и изучать результаты современных исследований, чтобы руководствоваться ими для повышения качества оказания мед услуг. Только чуть более половины врачей (57,47%) согласны с утверждением: "Когда я вижу риск снижения безопасности пациента, я сразу же думаю, не является ли это проблемой всей системы". Каждый пятый врач (21,84%) сомневается в том, что руководители ценят информацию об условиях, в которых я работаю и это влияет на качество оказания мед помощи в моем подразделении. Каждый десятый респондент (11,5%) не чувствует, что в подразделении созданы условия для безопасной работы. Каждый четвертый врач (25,28%) не уверен, что его голос услышан, когда высказывает свое мнение о качестве оказания мед помощи в моем отделении.

4.2. Основные результаты анкетирования пациентов из числа прикрепленного населения к ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» г. Уральск

В анкетировании приняло участие, прикрепленное населения, которое обслуживается в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» г. Уральск. Согласно расчету репрезентативности выборки, в исследовании приняли участие 382 человека в возрасте от 18 лет. От общего числа респондентов женщины составили 196 (51,31%) респондентов, а мужчины 186 (48,69%) человек.

В каждой возрастной группе было опрошено примерно одинаковое количество респондентов. В возрасте от 18 лет до 30 лет приняло участие в анкетировании 41 мужчина и 42 женщины, что составляет 21,72% от общего количества участников. В группе от 31 года до 40 лет женщин 51, а мужчин 54, что соответствует 27,48% от всех респондентов, от 41 до 50 лет - количество мужчин и женщин было одинаково по 34 человека, это 17,80% от общего количества участников анкетирования. В возрастной группе от 51 года до 60 лет так же мужчин и женщин было одинаковое количество - по 28 участников, что соответствует 14,65% от всех. В возрасте от 61 до 70 лет мужчин 19 человек, женщин 24, что составляет 11,25% от всех участников опроса. От 71 года и старше участники распределились следующим образом - 9 мужчин и 16 женщин, это 6,54% от общего количества респондентов.

Ответы респондентов на вопрос: "К какому медицинскому работнику вы обратились?". Ответы распределились следующим образом: чаще всего пациенты обращались к ВОПу - 273 случая, что составляет 71,46% от общего числа посещений. К педиатру - 21, к акушеру-гинекологу - 20 обращений, это 5,49% и 5,23% соответственно от общего числа. Терапевта выбрали 16 человек

(4,18%), хирурга 10 (2,61%). К эндокринологу записались на прием 5 (1,30%) человек. Одинаковое количество обращений - по 4 (1,04%) было у травматолога - ортопеда и врача УЗИ. Гастроэнтеролог детский в день опроса принял 3 (0,78%) посетителей, офтальмолог 1 (0,26%), фтизиатр 2 (0,52%) пациентов, участвующих в анкетировании.

Респондентам задавался вопрос: "Цель вашего визита?". Ответы распределились следующим образом: пришли на прием к врачу по болезни 278 (72,77%) человек, выписать рецепт 34 (8,90%), взять направление на анализы 29 (7,59%) опрошенных, за направлением на госпитализацию или к узкому специалисту 8 (2,09%), в дневной стационар 6 (1,57%), взять справку у врача 5 (1,30%), 2 (0,52%) пришли на профосмотр и 20 (5,23%) посетителей указали "другое".

На вопрос: "Удовлетворены ли вы обслуживанием (доброжелательность, вежливость)?" положительно ответили 287 (74,93%) опрошенных, отрицательно 96 (25,07) респондента.

Ответы респондентов на вопрос: "Что именно Вас не удовлетворило в обслуживании?". Вариант ответа: "не разъяснили информацию о состоянии здоровья" отметили 35 (36,45%) недовольных в обслуживании респондентов. Такие замечания как: "не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации" и "не выписали рецепт" выделили по 18 (18,75%) человек в каждой категории. Не дали выписку 4 (4,16%) и 21 (21,87%) посетителей указали "другое".

Респондентам задавался вопрос: "Сколько дней Вы ждали с момента записи на прием к врачу/медсестре?". Ответы распределились следующим образом: ждали 1-2 дня 130 (34,03%) опрошенных, 3-6 дней 188 (49,21%) и 7 дней и более 64 (16,75%).

На вопрос: "При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача)?" положительно ответили 336 (87,96%) опрошенных, отрицательно 46 (12,04%) респондента.

Ответы респондентов на вопрос: "Каким образом Вы записываетесь на прием к врачу чаще всего?". По телефону чаще записываются 184 (48,17%) опрошенных, обращались в регистратуру лично 122 (31,94%), лечащим врачом на приеме 50 (13,09%), с использованием сети Интернет 26 (6,81%).

Респондентам задавался вопрос: "По какой причине чаще всего не удается записаться на прием?". Выбор вариантов ответов распределился следующим образом: не дозвонился/лась 166 (50,00%) опрошенных, не было талонов 52 (15,66%), не было технической возможности записаться в электронном виде 38 (11,45%) и выбрали вариант "другое" 76 (22,89%).

На вопрос: "Медицинский специалист Вас принял вовремя, в установленное по записи?" положительно ответили 344 (90,05%) опрошенных, отрицательно 38 (9,95%).

Ответы респондентов на вопрос: "При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях

медицинской организации (стенды, другие информационные материалы)?" Положительно ответили 72 (18,85%) человека, отрицательно 310 (81,15%).

Респондентам задавался вопрос: "Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой данной информации (стенды, другие информационные материалы)?" Выбор вариантов ответов распределился следующим образом: удовлетворены 81 (63,78%) опрошенных, ответили отрицательно на этот вопрос 46 (36,22%) человек.

На вопрос: "Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?" положительно ответили 69 (18,06%) опрошенных, отрицательно 313 (81,94%).

Ответы респондентов на вопрос: "Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?". Положительно ответили 294 (76,96%) участников опроса, отрицательно 88 (23,04%).

Респондентам предлагалось отметить те условия, которыми они были не удовлетворены во время пребывания в медицинской организации. Ответы распределился следующим образом: недовольны отсутствием свободных мест ожидания 31 (35,23%) человек, санитарными условиями 15 (18,04%), состоянием туалета 12 (13,64%) опрошенных, 6 (6,82%) отсутствием питьевой воды, 2 (2,27%) отсутствием мест для детских колясок и 22 (25%) указали другие условия, которыми они были не удовлетворены во время пребывания в медицинской организации.

На вопрос: "Как долго Вы ожидали проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование?". Выбрали вариант ответа: "3-5 дня" 120 (31,41%), "1-2 дня" 110 (28,80%) человек, не назначалось диагностическое исследование 100 (26,18%) опрошенным, ждали исследования 7 дней и более 52 (13,61%) участника опроса.

Ответы респондентов на вопрос: "Диагностическое исследование выполнено вовремя, установленное по записи?". Положительно ответили 271 (96,10%) участников опроса, отрицательно 11 (3,90%).

Респондентам задавался вопрос: "Ваше обслуживание в медицинской организации?". Выбор вариантов ответов распределился следующим образом: отметили вариант "бесплатное" 331 (86,65%) опрошенных, "платное" 18 (4,71%) и вариант "комбинированное (платное и бесплатное)" 33 (8,64%) человека.

На вопрос: "Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра, врача общей практики) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?". Положительно ответили 267 (69,90%) опрошенных, отрицательно 115 (30,10%).

Ответы респондентов на вопрос: "Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики)?" Обращались 1 раз в месяц 45 (11,78%) опрошенных, раз в квартал 90 (23,56%), раз в полугодие 120 (31,41%), раз в год 15 (3,93%) человек и не обращались 15 (3,93%).

Респондентам задавался вопрос: "Как часто Вы обращаетесь к врачам-специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог, другие)?" Обращались 1

раз в месяц 22 (5,76%) опрошенных, раз в квартал 30 (7,85%), раз в полугодие 41 (10,73%), раз в год 61 (15,97%) человек и не обращались 228 (59,69%).

На вопрос: "Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?". Положительно ответили 44 (11,52%) опрошенных, отрицательно 338 (88,48%).

Ответы респондентов на вопрос: "Какой комментарий Вы оставляли о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?". Положительный комментарий оставили 32(72,73%) посетителей, отрицательный 12 (27,27%).

Респондентам задавался вопрос: "Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?". Положительно ответили 344 (90,05%) опрошенных, отрицательно 38 (9,95%).

Таким образом, в результате анализа проведенного опроса можно сделать выводы. Чаще всего пациенты обращаются к ВОПу (71,46%) на прием по болезни (72,77%). При этом каждый четвертый посетитель (25,07%) не удовлетворен обслуживанием (доброжелательностью, вежливостью). Свое недовольство по поводу того, что не разъяснили информацию о состоянии здоровья выражают 36,45% респондентов. Почти половина посетителей поликлиники (49,21%) ждали приема к врачу с момента записи 3-6 дня. Каждый десятый (12,04%) не смог при первом обращении в медицинскую организацию сразу записаться на прием к врачу (получить талон с указанием времени приема и ФИО врача). Почти половина опрошенных пациентов (48,17%) записываются на прием к врачу по телефону, а с использованием сети Интернет только 6,81%. Половина опрошенных (50,00%) указывают причину, по которой не удается записаться на прием - "не дозвонился/лась"

Отмечается, что большинство респондентов 81,15% при обращении в медицинскую организацию не обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, другие информационные материалы). При этом только 36,78% удовлетворены качеством и полнотой данной информации (стенды, другие информационные материалы).

Небольшое количество пациентов (18,06%) перед обращением в поликлинику заходили на официальный сайт медицинской организации. Из числа опрошенных, которые не удовлетворены условием пребывания в медицинской организации (23,04%), были отмечены причины: отсутствие свободных мест ожидания (35,23%), санитарные условия (18,04%), состояние туалета (13,64%). Каждый третий из десяти (30,10%) не знает своего участкового терапевта (ФИО, график работы, № кабинета). К участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики) обращаются раз в год 31,41%, раз в полугодие 29,32% и раз в квартал 23,56% опрошенных. К узким специалистам обращаются раз в год 15,97%, раз в полугодие 10,73%, но большинство опрошенных не обращаются (59,69%). Только 11,52% анкетированных оставляли комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях и 27,27%

оставили отрицательный комментарий. Однако 90,05% рекомендовали бы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из концепций повышения контроля качества медицинской помощи в здравоохранении на уровне ПМСП является сосредоточение внимания на наиболее важных элементах, которые способствовали возникновению проблемы.

Технологии внутреннего контроля в организации здравоохранения позволяют найти большое количество способов по управлению системой качественного обслуживания для удовлетворения потребностей пациентов. Данные подходы помогают поставщикам медицинских услуг сократить потери и дисбаланс в процессах обслуживания населения. Модели внутреннего контроля могут улучшить качество работы медицинской организации, повысить удовлетворенность и лояльность пациентов, что обеспечивает качественную работу большого количества медицинских организаций. При правильном подходе они могут повысить экономическую эффективность за счет улучшения качества работы.

Использование ключевых методологических особенностей обеспечивают оказание качественной медицинской помощи и четкую последовательность действий. Тем самым, происходит адаптация работы медработников и минимизируется риск возникновения вредных или расточительных непредвиденных последствий. Однако, не все технологии являются достаточным, и необходима интеграция целого набора ключевых характеристик.

Предоставление качественной и безопасной медицинской помощи осуществляется с помощью медицинских информационно-аналитических систем и экспертных оценок с целью контроля качества медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе. Это позволяет проводить независимую и адекватную оценку работы каждого звена лечебного процесса в любой промежуток времени. Подобная стратегия направлена на повышение эффективности оказания медицинской помощи населению на уровне ПМСП.

В Республике Казахстан в последние годы повышаются требования к качеству оказания медицинской помощи населению. Проводится внутренний аудит, мониторинг удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. На мнение пациента о качестве оказанной ему медицинской помощи влияет широкий круг факторов.

По мере роста потребности в высококачественном уходе за пациентами многие медицинские организации начали контролировать свою работу, чтобы обеспечить безопасное, эффективное, своевременное, ориентированное на пациента, справедливое и действенное лечение и профилактику заболеваний.

Целью представленного исследования является оценка системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП на базе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска для разработки рекомендаций по ее совершенствованию.

В качестве методов исследования были использованы анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска, анализа деятельности Службы поддержки пациента и внутреннего контроля за 2022-2023 гг., а также анкетирования среди врачей поликлиники и пациентов, прикрепленных к данной поликлинике для разработки рекомендаций по совершенствованию системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП. Были использованы анкеты, содержащие вопросы, касающиеся повышению контроля качества медицинской помощи.

Данное исследование проводилось на базе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска, с целью разработки рекомендации по совершенствованию системы внутреннего контроля качества медицинской помощи на уровне ПМСП.

Был проведен анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска за 2023 год, а так же сравнение с показателями 2022 года, с учетом структуры поликлиники в разрезе отделений и вспомогательных структур, штатного расписания, включая врачей средний и младший медицинский персонал, количества обращений, структуры заболеваемости, результатов внутреннего аудита. анализ показал, что ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» за 2023 год обслуживает население численностью 76470 человек на 50 участках. Всего работают 87 врачей и 366 средних медицинских работников. Дефицит врачебных кадров, в соответствии со штатным расписанием, составляет 36 специалистов.

Лидирующие места в структуре основных причин смертности занимают: болезни системы кровообращения - 141,2, травмы и отравления-68,0, болезни нервной системы - 66,6, болезни органов дыхания - 64,0, злокачественные новообразования-56,2. Отмечается рост умерших трудоспособного возраста на 13,2% с 36,0% в 2022г. до 41,5% в 2023г.

В 2023 году отмечается рост показателя заболеваемости БСК на 9,5% и снижение показателя смертность на 1,8%. Снижается количество пациентов, перенесших инфаркт миокарда 74 в 2022г. до 68 в 2023году. Отмечается снижение показателя заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения (острый инфаркт) с 191,7 в 2022г. до 168,6 в 2023г. За 12 месяцев 2023 года отмечается рост онкозаболеваемости, с 179,7% в 2022г. до 184,4 в 2023г. В данном году лидирующие позиции занимал рак легких, далее рак желудка и рак молочной железы.

В 2023 году отмечается увеличение заболеваемости от травм и отравлений на 1,1%. Увеличились травмы среди взрослых на 6,3%, детей на 10,9%.

При проведении анализа деятельности Службы поддержки пациента и внутреннего контроля за 2022-2023 гг. учитывались обращения пациентов, прикрепленных к ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска. Анализировались обращения на Веб-сайт Министерства здравоохранения РК, в Фонд ОСМС, через информационную систему обращений в государственные органы и организации e-Otinish, на Веб-сайт Управления здравоохранения

Западно-Казахстанской области, так же в Департамент Комитета медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК, с письменным обращением в Службу поддержки пациента и внутреннего контроля поликлиники, в Call-центр Управления здравоохранения Западно-Казахстанской области и поликлинике, а так же с устными обращениями пациентов. За 2023 год было 222 обращения. В основном обращались через информационную систему обращений в государственные органы и организации e-Otinish (49,09%), в Фонд ОСМС (37,38%), с письменным обращением в Службу поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Уральск (9,90%). в структуре обращений каждая пятая приходилась на жалобы на качество оказываемых медицинских услуг, четверть обращений по вопросам обязательного социального медицинского страхования, каждое шестое обращение пришлось на организационные вопросы. При анализе обращений - 2 были обоснованными, 8 - частично обоснованными. по данным случаям были вынесены выговоры, дисциплинарные взыскания и предупреждения. анализ анкетирования среди пациентов поликлиники показал, что 72% опрошенных удовлетворены деятельностью поликлиники, а 74% работой медицинского персонала.

Было проведено анкетирование врачей ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска. Использовалась специально разработанная анкета на основе анализа международного опыта. В результате анализа проведенного опроса можно сделать выводы. Не согласны с утверждением или затрудняются ответить на утверждение, что должны уметь эффективно общаться со всеми членами команды медицинских работников, чтобы обеспечить качественную помощь пациенту более четверти опрошенных врачей (27,58%). Более половины респондентов (58,62%) не ценят активное партнерство с пациентами в планировании, осуществлении и оценке лечения. Достаточное количество респондентов (37,23%) затрудняются с ответом или не согласны с утверждением, что научные исследования вносят вклад в практику, предоставляя доказательства для лучшего оказания помощи. Каждый десятый врач (12,65%) не согласен или сомневается в том, что постоянное улучшение качества является неотъемлемой частью ежедневной работы. Каждый пятый участник опроса (19,54%) не старается учитывать условия для пациентов и изучать результаты современных исследований, чтобы руководствоваться ими для повышения качества оказания мед услуг. Только чуть более половины врачей (57,47%) согласны с утверждением: "Когда я вижу риск снижения безопасности пациента, я сразу же думаю, не является ли это проблемой всей системы". Каждый пятый врач (21,84%) сомневается в том, что руководители ценят информацию об условиях, в которых я работаю и это влияет на качество оказания мед помощи в моем подразделении. Каждый десятый респондент (11,5%) не чувствует, что в подразделении созданы условия для безопасной работы. Каждый четвертый врач (25,28%) не уверен, что его голос услышан, когда высказывает свое мнение о качестве оказания мед помощи в моем отделении.

Было проведено социологическое исследование среди пациентов из числа прикрепленного населения к ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска. В результате анализа было выявлено, что чаще всего пациенты обращаются к ВОПу (71,46%). При этом каждый четвертый посетитель (25,07%) не удовлетворен обслуживанием (доброжелательностью, вежливостью). Свое недовольство по поводу того, что не разъяснили информацию о состоянии здоровья выражают 36,45% респондентов. Почти половина посетителей поликлиники (49,21%) ждали приема к врачу с момента записи 3-6 дня. Каждый десятый (12,04%) не смог при первом обращении в медицинскую организацию сразу записаться на прием к врачу (получить талон с указанием времени приема и ФИО врача). Почти половина опрошенных пациентов (48,17%) записываются на прием к врачу по телефону, а с использованием сети Интернет только 6,81%. Половина опрошенных (50,00%) указывают причину, по которой не удастся записаться на прием - "не дозвонился/лась". Отмечается, что большинство респондентов 81,15% при обращении в медицинскую организацию не обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, другие информационные материалы). При этом только 36,78% удовлетворены качеством и полнотой данной информации (стенды, другие информационные материалы). Небольшое количество пациентов (18,06%) перед обращением в поликлинику заходили на официальный сайт медицинской организации. Из числа опрошенных, которые не удовлетворены условием пребывания в медицинской организации (23,04%), были отмечены причины: отсутствие свободных мест ожидания (35,23%), санитарные условия (18,04%), состояние туалета (13,64%). Каждый третий из десяти (30,10%) не знает своего участкового терапевта (ФИО, график работы, № кабинета). К участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики) обращаются раз в год 31,41%, раз в полугодие 29,32% и раз в квартал 23,56% опрошенных. К узким специалистам обращаются раз в год 15,97%, раз в полугодие 10,73%, но большинство опрошенных не обращаются (59,69%). Только 11,52% анкетированных оставляли комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях и 27,27% оставили отрицательный комментарий. Однако 90,05% рекомендовали бы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи.

ВЫВОДЫ

1. Предоставление качественной и безопасной медицинской помощи осуществляется с помощью различных методов и технологий, направлено на повышение контроля качества медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне, что позволяет проводить адекватную оценку работы каждого звена лечебного процесса в любой промежуток времени. Подобная стратегия направлена на повышение эффективности оказания медицинской помощи населению на уровне ПМСП.
2. Анализ деятельности ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска за 2023 год показал, что имеется дефицит кадров, структура заболеваемости и смертности схожа со среднереспубликанскими показателями, отмечался незначительный рост онкозаболеваемости, уменьшается число случаев инфаркта миокарда и инсульта среди прикрепленного населения. Анализ деятельности Службы поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска показал, что за 2023 год было 222 обращения, почти половина из которых была через информационную систему обращений в государственные органы и организации e-Otinish, треть в Фонд ОСМС. 4,5% обращений были обоснованными или частично обоснованными и по данным случаям были вынесены меры дисциплинарного взыскания или предупреждения.
3. Анкетирование врачей ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г.Уральска показало, что более половины респондентов не ценят активное партнерство с пациентами в планировании, осуществлении и оценке лечения, каждый десятый врач не согласен или сомневается в том, что постоянное улучшение качества является неотъемлемой частью ежедневной работы, каждый четвертый врач не уверен, что его голос услышан, когда высказывает свое мнение о качестве оказания медицинской помощи в отделении. При анкетировании среди пациентов было выявлено, что почти половина опрошенных пациентов записываются на прием к врачу по телефону, а с использованием сети Интернет только 6,81%, каждый четвертый посетитель не удовлетворен доброжелательностью, вежливостью персонала, каждый десятый респондент не смог при первом обращении в медицинскую организацию сразу записаться на прием к врачу, треть опрошенных удовлетворены качеством и полнотой информации на стендах, треть пациентов жаловалась на отсутствие свободных мест ожидания, столько же не знают своего участкового терапевта; однако 90,05% рекомендовали бы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи.
4. При проведении данного исследования были сформированы рекомендации.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Исполнение указанных рекомендаций возлагается на службу поддержки пациента и внутреннего контроля медицинской организации. Периодичность проведения контроля исполнения рекомендаций зависит от количества прикрепленного населения медицинских организации, а также от частоты внесения изменений в систему внутреннего контроля. Как правило, рекомендуется проводить контроль не реже одного раза в два года. Однако в некоторых случаях может потребоваться учащение периодичности контроля рекомендаций, например, после значительных изменений в системе внутреннего контроля или при возникновении серьезных проблем.

Рекомендации для медицинских работников:

Соблюдение письменных инструкций и регламентов. Это включает в себя руководство по назначению лекарственных средств, использование медицинских устройств и соблюдение протоколов оказания медицинской помощи;

Ведение точных и полных медицинских записей. Вся информация о пациенте, включая историю болезни, физикальный осмотр, результаты тестов и назначенное лечение, должна быть тщательно задокументирована;

Участие в мероприятиях по повышению квалификации и непрерывного медицинского образования. Это позволит медработникам возможность узнавать информацию об инновационных методах лечения;

Соблюдение требований инфекционного контроля. Это включает в себя санитарную обработку рук, использование перчаток и масок, а также надлежащую обработку медицинских инструментов и поверхностей;

Обеспечение конфиденциальности медицинской информации пациентов. Информация о пациенте должна распространяться среди тех лиц, которым она необходима для оказания медицинской помощи;

Любые неправомерные действия должны быть задокументированы. Медицинские работники должны сообщать о любых подозрительных действиях, которые могут быть угрозой для внутреннего контроля или безопасности пациентов.

Сотрудничество с администрацией по вопросам внутреннего контроля. Готовность врачей к участию в оценках рисков, аудитах и других мероприятиях по совершенствованию системы внутреннего контроля должно проводится не только в рамках личной инициативы, но и инициативы администрации медицинской организации.

Рекомендации для администрации:

Установить механизмы сбора и анализа мнения персонала о качестве оказания медицинской помощи. Проведение анкетирования на регулярной основе является одним из самых эффективных способов определения взаимосвязи между медицинским персоналом и администрацией медицинской организации;

Установить обратную связь с прикрепленным населением о путях повышения качества оказываемых медицинских услуг. В качестве примера приводится информирование прикрепленного населения о наиболее оптимальных методах записи на прием;

Усовершенствовать размещенные в помещениях медицинской организации информационные материалы для пациентов (информационные стенды, бюллетени, видеоролики в залах ожидания и пр.);

Совершенствовать работу по повышению квалификации медицинского персонала, особенно в части развития коммуникативных навыков. В учебных программах высшего учебного заведения внедрить цикл «эффективные методы коммуникации» с проведением ролевых игр для формирования навыков общения у будущего медицинского работника со всеми членами мультидисциплинарной команды медицинских работников, установка партнерских отношений с пациентами в рамках планирования, осуществления и оценке проведенных диагностических и лечебных мер.

Рассмотреть внедрение QR-кода для оценки качества обслуживания медицинского работника или для оценки удовлетворенности пациента.

Рекомендации для пациентов:

Иметь осведомленность о собственных участковых врачах общей практики и терапевтов;

Более активное сотрудничество со Службой поддержки пациента и внутреннего контроля поликлиники;

Посещение Интернет-ресурсов поликлиники для получения актуальной и адекватной информации о деятельности поликлиники.

Рекомендации для специалистов в области информационных технологий:

Увеличение доступа пациентов к Сети Интернет;

Настройка Интернет-ресурсов поликлиники с целью увеличения удобства использования для всех категорий пациентов;

Использование Сети Интернет должно быть использовано в качестве основной платформы для пациента с целью предварительной записи к медицинскому работнику. Для осуществления данной рекомендации необходимо настроить единую государственную медицинскую информационную систему с целью включения самой медорганизации в ее реестр.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Staccini P, Lau AYS; Section Editors for the IMIA Yearbook Section on Consumer Health Informatics and Education. Findings from 2017 on Consumer Health Informatics and Education: Health Data Access and Sharing. *YearbMedInform*. 2018;27(1):163-169. doi:10.1055/s-0038-1641218
2. Varkey P, Reller MK, Resar RK. Basics of Quality Improvement in Healthcare. *MayoClinProc* 2007;82(6):735–9.
3. Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M, Hawkins C. The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. *AcadManag J* 2005;48(1):117–34.
4. Lee JL, Chang BL, Pearson ML, Kahn KL, Rubenstein LV. Does what nurses do affect clinical outcomes for hospitalized patients? A review of the literature. *HealthSerRes* 1999;34(11):39–45.
5. Asch SM. Developing a clinical performance measure. *Am J PrevenMed* 1998;14(3):14–21.
6. Chiarini A, Baccarani C, Mascherpa V. Leanproduction, Toyota Production System and Kaizen philosophy: a conceptual analysis from the perspective of ZenBuddhism. *TQM J* 2018;30(4):425–38.
7. Dahlgaard JJ, MiDahlgaard-Park S. Lean production, Six Sigma quality, TQM and company culture. *TQM Mag* 2006;18(3):263–81.
8. Chalice R. Improving healthcare using Toyota lean production methods: 46 stepsforimprovement. Milwaukee, WI: ASQ QualityPress; 2007
9. Yeh HL, Lin CS, Su CT, Wang PC. Applying Lean Six Sigma to improve healthcare: a nempirical study. *Afr J BusManage* 2011;5(31):12356–70.
10. Srinivasan K, Muthu S, Devadasan SR, Sugumaran C. Six Sigma through DMAIC phases: a literature review. *Int J Product Qual Manage* 2016;17(2):236–57
11. Maleyeff J, Campus H. Improving service delivery in government with LeanSixSigma. Washington, DC: IBM Center for the Business of Government, 2007.
12. Pojasek RB. Lean, SixSigma, and the systems approach: management initiatives for process improvement. *Environ QualManage* 2003;13(2):85–92
13. George ML (2003). *Lean Six Sigma for service: how to use lean speed and six Sigma quality to improve services and transactions*. New-York, McGraw-Hill.
14. Chen YK, Lin J, Chang CC. Taiwan: improving radiography through application of SixSigmatechniques. *J HealthcQual* 2005:44-52.
15. George A, Joseph AM, Kolencherry S, Kodath VV, Menaka K, Duraisingh B, et al. Applicationof SixSigma DMAIC methodology to reduce medication errors in a major trauma care centerin India. *Indian J Pharm Pract* 2018;11(4):183.
16. García-Porres J, Ortiz-Posadas MR. Sigma level performance of the innovated process in the imaging department at a Mexican health institute. *J DigitImaging* 2013;26(2):353-60.

17. Maynard KJ, Curri EJ, Washburn S. Patient Experience Project (PEP): understanding the patient experience to enhance patients at is faction and care using the DMAIC process. *J OncolNavigSurviv* 2016;7(9):31–2.
18. Carreira B, Trudell B. *Lean Six Sigma that works: a powerful action plan for dramatically improving quality, increasing speed, and reducing waste.* New York, NY: AMACOM/American Management Association, 2006.
19. Gorman A, Donnell L, Hepp H, Mack T. Improving communication and documentation concerning preliminary and final radiology reports. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality* 2007. p. 13-21.
20. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, etal. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *AnnInternMed* 2009;151:W65-94.
21. Higgins J, Green S, eds. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions.* 5.0.1 ed. Chichester, UK: JohnWiley; 2008.
22. Cherrie JW. Kaizen. *Ann WorkExpoHealth.* 2017;61(4):398-400. doi:10.1093/annweh/wxx015
23. Walters LM, Barneva R. Drilling the data: students use SixSigma DMAIC toimprovedentalpracticeinventorymanagement. *BRC Acad J Educ* 2017;6(1):57–74.
24. George M. *LeanSixSigma: CombiningSixSigmaQualitywithLeanSpeed.* New York: McGraw-Hill, 2002.
25. George ML, George M. *LeanSixSigmaforservice: howtouseLeanspeedandSixSigmaqualitytoimproveservicesandtransactions.* New York: McGraw-Hill, 2003.
26. Kuwaiti AA, Subbarayalu AV. Reducingpatients’ fallsrateinanAcademicMedicalCenter (AMC) usingSixSigma “DMAIC” approach. *Int J HealthcQualAssur* 2017;30(4):373–84.
27. Goldratt EM, Cox J. *TheGoal,* Croton-on-Hudson. NY: NorthRiverPressInc., 1984.
28. Dettmer HW. *Goldratt’stheoryofconstraints: a systemsapproachtcontinuousimprovement.* Wisconsin: ASQ QualityPress, 1997.
29. Dettmer HW. *Breakingtheconstraintstoworld-classperformance.* Wisconsin: ASQ QualityPress, 1998.
30. Nelson B, Sproull B. *Epiphanized: a novelonunifyingtheoryofconstraints, Lean, andSixSigma.* New York: ProductivityPress, 2015.
31. Rajini J, Nagaraju D, Narayanan S. Integrationoflean, SixSigmaandtheoryofconstraintsforproductivityimprovementofminingindustry. *Int J ProductQualManag* 2018;24(3):424–40.
32. Breen AM, Burton-Houle T, Aron DC. Applyingthetheoryofconstraintsinhealthcare: Part 1 – thephilosophy. *QualManageHealthc* 2002;10(3):40–6.
33. Lepore D, Cohen O. *Thetheoryofconstraintsandthesystemofprofoundknowledge.* GreatBarrington, MA: NorthRiverPressPublishingCo., 1999

34. Gowen III CR, McFadden KL, Settaluri S. Contrasting continuous quality improvement, Six Sigma, and lean management for enhanced outcomes in US hospitals. *Am J Bus* 2012;27(2):133–53.
35. DeKoning H, Verver JP, vandenHeuvel J, Bisgaard S, Does RJ. Lean Six Sigma in healthcare. *J Healthc Qual* 2006;28(2):4–11.
36. Neufeld NJ, Hoyer EH, Cabahug P, González-Fernández M, Mehta M, Walker NC, et al. A Lean Six Sigma quality improvement project to increase discharge paperwork completeness for admission to a comprehensive integrated inpatient rehabilitation program. *Am J Med Qual* 2013;28(4):301–7.
37. Pawlak R. Theory of constraints: what can we learn to support the nursing workforce? *J Nurs Admin* 2016;46(11):558–60.
38. Grida M, Zeid M. A system dynamics-based model to implement the theory of constraints in a health care system. *Simulation* 2018:1–13.
39. Sahraoui A, Elarref M. Bed crisis and elective surgery late cancellations: an approach using the theory of constraints. *Qatar Med J* 2014;1:1–11.
40. Inal TC, Goruroglu Ozturk O, Kibar F, et al. Lean six sigma methodologies improve clinical laboratory efficiency and reduce turnaround times. *J Clin Lab Anal.* 2018;32(1):e22180. doi:10.1002/jcla.22180
41. Nicolay CR, Purkayastha S, Greenhalgh A, Benn J, Chaturvedi S, Phillips N, et al. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. *Br J Surg.* 2012;99(3):324–335. doi: 10.1002/bjs.7803.
42. Langley GJ, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The improvement guide*, 2nd edition. Jossey-Bass. 2009.
43. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf* 2013;0:1–9.
44. Perla RJ, Provost LP, Parry GJ. Seven propositions of the science of improvement: exploring foundations. *Qual Manag Health Care.* 2013;22(3):170–186. doi: 10.1097/QMH.0b013e31829a6a15.
45. Christoff P. Running PDSA cycles. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2018;48(8):198-201. doi:10.1016/j.cppeds.2018.08.006
46. Portela MC, Pronovost PJ, Woodcock T, Carter P, Dixon-Woods M. How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. *Postgrad Med J.* 2015;91(1076):343–354. doi: 10.1136/postgradmedj-2014-003620rep.
47. Etchells E, Ho M, Shojania KG. Value of small sample sizes in rapid-cycle quality improvement projects. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(3):202–206. doi: 10.1136/bmjqs-2015-005094.
48. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence 2.0: revised publication*

- guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf.* 2016;25:986–992. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004411.
49. Foy R, Ovretveit J, Shekelle PG, Pronovost PJ, Taylor SL, Dy S, et al. Theroleoftheoryinresearchtodevelopandevaluatetheimplementationofpatientsafety practices. *BMJ QualSaf.* 2011;20(5):453–459. doi: 10.1136/bmjqs.2010.047993.
 50. Costanza M, Lilly A, Lilly MP. Qualityinthevascularlaboratory. *NoninvasiveVascularDiagnosis A PracticalTextbookforClinicians*. Springer; 2022. 1–18.
 51. Vordenberg SE, Smith MA, Diez HL, et al. Usingtheplan-do-study-act (PDSA) modelforcontinuousqualityimprovementofanestablishedsimulatedpatientprogram. *InnovPharm*. 2018;9:1.
 52. Gupta M. Makingtransfusionmedicine a journeyfromgoodtogreatbyusingqualityindicatorsandbringingincontinuousqualityi mprovement. *Glob J TransfusMed*. 2021;6:127.
 53. Kauth MR, Sullivan G, Cully J, et al. Facilitatingpracticechangesinmentalhealthclinics: a guideforimplementationdevelopmentinhealthcaresystems. *PsycholServ*. 2011;8:3 6.
 54. Abuzied Y, Maymani H, AlMatouq B, et al. Reducingthelengthofstaybyenhancingthepatientdischargeprocess: usingqualityimprovementtoolstooptimizehospital efficiency. *Global J QualSafHealthcare*. 2021;4:44–49.
 55. Alshammary SA, Abuzied Y, Ratnapalan S. Enhancingpalliativecareoccupancyandefficiency: a qualityimprovementprojectthat uses a healthcarepathwayforserviceintegrationandpolicydevelopment. *BMJ OpenQual*. 2021;10:e001391.
 56. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://static-1.rosminzdrav.ru>
 57. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru>
 58. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru>
 59. Измайлова З.М., Бочковская Е.О., Лавренюк Е.А. Законодательные и нормативные правовые акты, регулирующие вопросы экспертизы качества оказания медицинской помощи. *Стоматология для всех.* 2018; 4:44-47.
 60. Страндстрем Е.Б., Смирнова Л.Е., Вагнер В.Д., Лапина А.К. Законодательное и нормативное правовое обеспечение контроля качества и

- безопасности медицинской деятельности экспертизы качества медицинской помощи. Клиническая стоматология. 2016;4(80):73-77.
61. Косухина О.И. Основные дефекты ведения медицинской документации в терапевтической практике. Судебная медицина и медицинское право: актуальные вопросы. Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти Заслуженного деятеля науки РФ, профессора Г.А. Пашияна. М. 2011.
 62. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации №12от 22.01.01 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»
 63. Кицул И.С. Влияние управленческих факторов на качество медицинской помощи. Медицинский альманах. 2011;1:14-17.
 64. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации №1177н от 20.12.12 «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»
 65. Андреева С.Н., Кулаков А.А., Бутова В.Г., Гветадзе Р.Ш. Нормативная правовая база, регламентирующая контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Стоматология. 2018;2:4-7
 66. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru>
 67. Бульхина, Г.Р. Совершенствование контроля качества на региональном уровне: автореферат диссертации кандидата медицинских наук / Г.Р. Бульхина. — М., 2010. — 24 с
 68. Н. В. Родин, Е. А. Кудрина, Е. И. Камалова, О. В. Орлова. Мониторинг качества медицинской помощи в системе негосударственного учреждения здравоохранения ОАО "РЖД" // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. – № 1(37). – С. 60-62.
 69. Пузырев В.Г., Глущенко В.А. Создание эффективной системы контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении. Медицина и организация здравоохранения, 2016; 1(1), 12-20.
 70. Гончаров Н. Г., Бойченко Ю. Я., Оранская О. В. Практика внедрения системы внутреннего контроля качества в ЦКБ РАН. Вестник Росздравнадзора. 2017; 6: 47–59
 71. Л. Н. Свицерская, В. М. Симакова, И. В. Демко и др. Сравнительная оценка организации контроля доступности и качества оказания медицинской помощи в условиях краевой консультативной поликлиники // Сибирское медицинское обозрение. – 2016. – № 5(101). – С. 53-64.

72. М. В. Батяева, С. Б. Чолоян. Организация оценки контроля качества медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе // Практическая медицина. – 2008. – № 6(30). – С. 19.
73. Нетесин Е. С., Горбачев В., Уткин Н. Н. Юридические аспекты оценки качества медицинской помощи. Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова. 2022; (1): 141—148
74. Заливанский Б. В., Самохвалова Е. В., Бояринова И. В. Регулирование кадровой политики в региональной системе здравоохранения. RussianEconomicBulletin. 2022; 5(3): 11—15
75. Бедорева И. Ю., Григоркина З. Б., Губина Е. В., Кирилова И. А. Методические подходы к организации проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. ActaBiomed. Sci. 2022; 7(1): 198—207
76. М. А. Кузьмина, А. В. Зуев, О. В. Сертакова. Проблемы обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи населению // Ремедиум. – 2023. – Т. 27, № 1. – С. 36-41. – DOI 10.32687/1561-5936-2023-27-1-36-41.
77. Кодекс Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.
78. Ботаев Б.Б., Панов С.Т. (2019). Роль врача внутреннего аудита и его влияние на качество медицинских услуг в современных условиях на примере районной больницы. Экономика и социум, (6 (61)), 1151-1156.
79. Е.М. Меирбекова, & Л.Т. Алшембаева (2014). Управление системой контроля качества медицинской помощи. Вестник Казахского Национального медицинского университета, (2-4), 130-132.
80. Ш. Е. Төлеуғали, А. К. Абикулова, А. Б. Құмар. Қазақстан Республикасында медициналық көмектің сапасын бақылау мен ұйымдастыруды реттейтін нормативтік-құқықтық актілердің контент-талдауы удк // Фармация Казахстана. – 2022. – No. 1. – P. 105-111.
81. Кошимбеков М.К., Рысулы М.Р., Куракбаев К.К., Аденова А.Д., & Аскарова Г.Е. (2016). Мониторинг качества лабораторных исследований и стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Республике Казахстан. Вестник Казахского Национального медицинского университета, (4), 374-379.
82. G. Aldabergenova, A. Turgambayeva. Satis faction with the working conditions of Kazakhstan physicians // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – No. 3. – P. 382-385.
83. Мазбаева А., Утеулиев Е., & Айтамбаева Л. (2017). Совершенствование методов оценки качества медицинских услуг на примере ГП №25 (обзор литературы). Вестник Казахского Национального медицинского университета, (3), 442-443.
84. Кенжебаева И.Б. Экспертиза качества медицинской помощи // Медицинский журнал западного Казахстана. – 1 (29) 2011. – С. 13-15.

85. Приказ Министра здравоохранения РК «Об утверждении правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения РК» №32 от 21 января 2009 года.
86. Умарова Г.А., &Кенжебаева И.Б. (2015). Анализ эффективности работы службы внутреннего аудита. *Journal of Health Development*, (2 (15)), 30-34.
87. Б. С. Турдалиева, В. Ю. Байсугурова, Г. Т. Кашафутдинова и др. Оценка населением города Алматы Республики Казахстан качества медицинской помощи: поперечное исследование // *Экология человека*. – 2017. – № 11. – С. 56-64. – DOI 10.33396/1728-0869-2017-11-56-64.

Анкета для врачей

Эта анкета содержит вопросы, касающиеся повышению контроля качества медицинской помощи.

Предоставленная Вами информация поможет повысить качество медицинской помощи.

Ответьте на каждый вопрос, пометчая выбранный вами ответ. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

Ваша подпись в указанной анкете является согласием на участие в исследовании.

№	Вопрос	Согласен	Не согласен	Затрудняюсь ответить
1	Я ценю технологии, которые помогают принимать клинические решения, предотвращать ошибки и координировать помощь пациенту.			
2	Я должен уметь эффективно общаться со всеми членами команды медицинских работников, чтобы обеспечить качественную помощь пациенту.			
3	Я ценю активное партнерство с пациентами в планировании, осуществлении и оценке лечения.			
4	При оценке рисков безопасности для моего пациента я учитываю ВСЕ из следующего: мнение пациента, членов его семьи, других медицинских работников, информацию в электронной медицинской карте и современные данные.			
5	Я считаю, что научные исследования вносят вклад в мою практику, предоставляя доказательства для лучшего оказания помощи			
6	Я уважаю точку зрения и опыт других членов медицинской команды при принятии решений			
7	Я считаю, что постоянное улучшение качества является неотъемлемой частью ежедневной работы			
8	Я считаю, что врачи не должны отклоняться от передовой практики ради экономии времени или трудозатрат.			
9	Я считаю, что мне отведена роль в анализе небезопасных практик, ошибок и разработке системных улучшений.			
10	Я стараюсь учитывать условия для пациентов и изучать результаты современных исследований, чтобы руководствоваться ими для повышения качества оказания мед услуг.			
11	Когда я вижу риск снижения безопасности пациента, я сразу же думаю, не является ли это проблемой всей системы.			

№	Вопрос	Согласен	Не согласен	Затрудняюсь ответить
12	Я считаю, что мои руководители ценят информацию об условиях, в которых я работаю и это влияет на качество оказания мед помощи в моем подразделении.			
13	Я чувствую, что принимаю важное участие в процессе улучшения качества.			
14	Я чувствую, когда что-то угрожает безопасности пациента мои коллеги информируют об этом мое подразделение			
15	Я чувствую, что в моем подразделении созданы условия для безопасной работы			
16	Я чувствую, что мой голос услышан, когда я высказываю свое мнение о качестве оказания мед помощи в моем отделении.			
17	Когда я вижу риск для пациента, я сообщаю об этом руководителю.			
18	Когда я вижу риск для пациента, я выражаю беспокойство своим коллегам			
19	Когда я вижу риск нарушения безопасности, я ничего не предпринимаю			

Спасибо за участие!

АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях.

Ваша подпись в указанной анкете является согласием на участие в исследовании.

1. Пол
Муж _____ Жен _____
2. Возраст
18-29 лет _____
30-39 лет _____
40-49 лет _____
50-59 лет _____
60-69 лет _____
70 лет и старше _____
3. К какому медицинскому работнику вы обратились?
- ВОП
- терапевт / врач общей практики
- акушер - гинеколог
- педиатр
- хирург
- травматолог - ортопед
- эндокринолог
- невропатолог
- окулист (офтальмолог)
- кардиолог
- онколог
- медсестра
- другое (указать) _____
4. Цель вашего визита
- прием по болезни
- дневной стационар?
- направление на анализы
- направление на госпитализацию/дневной стационар/узкому специалисту
- профосмотр
- справка
- рецепт
- другое (указать) _____
5. Удовлетворены ли вы обслуживанием (доброжелательность, вежливость)?
- да
- нет
6. Удовлетворены ли вы компетентностью (грамотностью, опытом) специалиста?
- да
- нет → Что именно Вас не удовлетворило?
 - не разъяснили информацию о состоянии здоровья
 - не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
 - не дали выписку

- не выписали рецепт
 - другое(указать) _____
7. Сколько дней Вы ждали с момента записи на прием к врачу/медсестре?
- 1-2 дня
 - 3-5 дней
 - 7 дней и более
8. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача)?
- да
 - нет
9. Каким образом Вы записываетесь на прием к врачу чаще всего?
- по телефону
 - с использованием сети Интернет
 - в регистратуре лично
 - лечащим врачом на приеме
10. По какой причине чаще всего не удается записаться на прием?
- не дозвонился/лась
 - не было талонов
 - не было технической возможности записаться в электронном виде
 - другое (указать) _____
11. Медицинский специалист Вас принял во время, в установленное по записи?
- да
 - нет
12. При обращении в медицинскую организацию Вы изучаете информацию, размещенную в помещениях медицинской организации (стенды, другие информационные материалы)?
- да
 - нет
13. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой данной информации (стенды, другие информационные материалы)?
- да
 - нет
14. Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?
- да
 - нет
15. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?
- да
 - нет → Что не удовлетворяет?
 - отсутствие свободных мест ожидания
 - состояние гардероба
 - состояние туалета
 - отсутствие питьевой воды
 - санитарные условия
 - отсутствие мест для детских колясок
 - другое (указать) _____
16. Как долго Вы ожидали проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование?
- не назначалось
 - 1-2 дня
 - 3-5 дней
 - 7 дней и более

17. Диагностическое исследование выполнено во время, в установленное по записи?
- да
 - нет
 - не назначалось
18. Ваше обслуживание в медицинской организации?
- бесплатное
 - платное
 - комбинированное (платное и бесплатное)
19. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра, врача общей практики) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?
- да
 - нет
20. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики)? - раз в месяц
- раз в квартал
 - раз в полугодие
 - раз в год
 - не обращаюсь
21. Как часто Вы обращаетесь к узким врачам-специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?
- раз в месяц
 - раз в квартал
 - раз в полугодие
 - раз в год
 - не обращаюсь
22. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?
- нет
 - да → Характеристика комментария
 - положительный
 - отрицательный
23. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?
- да
 - нет

Спасибо за участие в опросе!