

На правах рукописи

ДАВИДОВ ДАВИД РУДОЛЬФОВИЧ

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ»**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Шикина Ирина Борисовна

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор, научный руководитель ФГБУ «Национальный институт качества Росздравнадзора»

**Берсенева
Евгения Александровна**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой экономики и маркетинга в здравоохранении Академии постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России

**Кочубей
Аделина Владимировна**

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» (РУДН)

Защита диссертации состоится «25» марта 2022 года в 10:00 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11 и на сайте института: https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Davidov_text.pdf

Автореферат разослан « ____ » _____ 202__ г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Сабгайда Тамара Павловна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. По данным Всемирной организации здравоохранения психические расстройства широко распространены и вносят весомый вклад в бремя болезней во всем мире (WHO, 2018). Проблема обеспечения качества медицинской помощи (КМП) по профилю «психиатрия» является приоритетным направлением развития как мировой, так и отечественной психиатрии (Солохина Т.А., 2003; Pincus H.A. et al., 2016; Аргунова Ю.Н., 2017; Kilbourne A.M. et al., 2018; Масякин А.В., Костюк Г.П., 2018). За рубежом деятельность медицинских организаций, отвечающих за медицинскую помощь по профилю «психиатрия», сосредоточена на разработке теоретических положений и внедрении конкретных практических мер по обеспечению КМП по профилю «психиатрия» (Ito H., 2009; Gaebel W. et al., 2009; Brown P., Pirkis J., 2009; Schoen C. et al., 2013). Врачи и ученые выдвигают рекомендации по созданию международных критериев оценки КМП по профилю «психиатрия» и стандартизации измерения КМП в области психического здоровья (National Institute for Health and Welfare, 2002; Hermann & Mattke, 2008; Saxena S. et al., 2011; Гайдаров Г.М. с соавт. 2017).

В РФ в последние десятилетия КМП по профилю «психиатрия» изучалось в исследованиях психиатров и организаторов здравоохранения (Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., 2010; Захаров Н.Б. с соавт., 2013; Линденбратен А.Л., Гололобова Т.В., 2014). Авторами проводился анализ статистических показателей деятельности служб психического здоровья на различных административных уровнях (Уткин А.А., 2009; Гурович И.Я. с соавт., 2015), предлагались системы критериев оценки КМП по профилю «психиатрия» (Былим И.А., Любов Е.Б., 2010; Жукова О.А. с соавт., 2011; Лиманкин О.В., 2013), уделялось внимание и безопасности медицинской деятельности (Гуткевич Е.В. с соавт., 2011; Voskanyan Y. et al., 2020).

В сфере законодательного регулирования Минздравом России разработаны приказы: от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» и от 31.07.2020 № 785н (раннее действующий Приказ Минздрава России от 07.06.2019 № 381н) «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества (ВКК) и безопасности медицинской деятельности», который регламентируют деятельность служб по организации ВКК и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. ФГБУ «Национальный институт качества Росздравнадзора» для медицинских организаций разработал Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации ВКК и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (для стационара и поликлиники) (2015; 2017), согласно которым, контроль КМП и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации должны осуществляться с соблюдением следующих подходов: пациент-ориентированный, риск-ориентированный, управление КМП, безопасность медицинской деятельности и другие. Для контроля медицинской деятельности используются

экспертные мнения, мнения пациентов и их родственников (Шикина И.Б., 2020, Voskanyan Y. et al., 2020). Таким образом, несмотря на внимание исследователей к изучению вопросов КМП и безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия», в российской психиатрической практике до сих пор не решены задачи эффективного управления КМП и обеспечения безопасности медицинской деятельности, что обуславливает актуальность настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования. Вопросы управления КМП изучались многими отечественными авторами (Линденбратен А.Л., Шикина И.Б., Брескина Т.Н., Гуткевич Е.В., Анисимов М.В., Ройтберг Г.Е. и др.). Частные вопросы КМП в области психиатрии освещены в работах отечественных ученых - Костюка Г.П., Гуровича И.Я., Кирьяновой Е.М., Сальниковой Л.И., Аргуновой Ю.Н. и др. Критерии оценки КМП по профилю «психиатрия» были описаны такими авторами Pincus H.A., Kilbourne A.M, Солохиной Т.А., Аргуновой Ю.Н., Костюк Г.П. и др. Использование внутреннего контроля качества в практической деятельности - Гайдаров Г.М., Шикина И.Б., Жигулева Л.Ю., Руголь Л.В., Мурзалиев М.Т., Галкина Д.О. и др. Несмотря на имеющиеся исследования, вопросы управления качеством организации медицинской помощи и обеспечения безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия» в настоящее время до конца не изучены и продолжают оставаться актуальными.

Цель исследования – научно обосновать, разработать и внедрить в деятельность территориального психиатрического объединения комплекс мероприятий по управлению качеством организации оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия».

Для достижения цели были сформулированы следующие **задачи**:

1. Провести ретроспективный анализ состояния, эффективности сложившейся системы управления качеством организации оказания медицинской помощи и обеспечения безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия» за период с 2015 по 2017 гг.
2. Разработать и внедрить критерии оценки качества медицинской помощи для обеспечения безопасности пациентов через регистрацию дефектов лечебно-диагностического процесса. Провести оценку качества оказанной медицинской помощи и обеспечения безопасности медицинской деятельности в территориальном психиатрическом объединении.
3. Изучить удовлетворенность пациентов и медицинского персонала качеством оказанной медицинской помощи по профилю «психиатрия».
4. Разработать комплекс мероприятий по управлению качеством организации оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия».

Научная новизна исследования заключается в том, что: проведен сравнительный анализ эффективности существовавшей и внедренной модели управления КМП по профилю «психиатрия» с целью повышения безопасности медицинской деятельности; выявлены дефекты

в диагностике, определении преемственности и этапности в организации медицинской помощи по профилю «психиатрия» в территориальном психиатрическом объединении, снижающие результативность лечения; установлены новые факторы, влияющие на безопасность медицинской деятельности; разработаны и внедрены новые критерии оценки КМП, проведена оценка их эффективности; разработаны 94 стандартные операционные процедуры (СОП) для среднего и младшего медицинского персонала для обеспечения безопасности медицинской деятельности; разработан мониторинг для выявления дефектов лечебно-диагностического процесса в амбулаторных и стационарных условиях с использованием программы автоматизированной оценки показателей ВКК; установлены статистически значимые дефекты в организации лечебно-диагностического процесса пациентам по профилю «психиатрия» в амбулаторных условиях; разработаны предложения, способствующие повышению КМП, безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия».

Теоретическая и практическая значимость исследования определяется разработкой и реализацией предложений, способствующих повышению КМП и безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия», которые можно использовать в практической и учебной работе. На основе анализа карт ВКК внесены предложения по их усовершенствованию для использования в территориальном психиатрическом объединении. Разработанные критерии оценки КМП повышают выявляемость дефектов лечебно-диагностического процесса и результативность мониторинга КМП по профилю «психиатрия». Разработана программа для ЭВМ, осуществляющая автоматизированную оценку показателей ВКК в амбулаторных и стационарных условиях (свидетельство от 11.02.2021 № 2021612092) в режиме реального времени. Внедрение критериев оценки КМП для обеспечения безопасности пациентов по профилю «психиатрия» позволяет повысить клиническую результативность лечебно-диагностического процесса.

Методология и методы исследования. Теоретической основой исследования явились научно-исследовательские работы отечественных и зарубежных авторов в области организации здравоохранения и психиатрии. Изучены КМП и безопасность медицинской деятельности по профилю «психиатрия» на примере ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П.Б. Ганнушкина» Департамента здравоохранения города Москвы (далее – ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ») с применением: аналитического, статистического, социологического методов исследования, метода экспертных оценок и контент-анализа, организационного моделирования. Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с использованием методов описательной, параметрической и непараметрической статистики в программе SPSS STATISTICS 26.0 (критерии Стьюдента, Уилкоксона, Краскела-Уоллеса, Манна-Уитни, хи-квадрат, Колмогорова-Смирнова). Выборочная совокупность рассчитывалась на калькуляторе

размера выборки ГБУ НИИОЗММ ДЗМ (<https://niioz.ru/mediko-sotsiologicheskie-issledovaniya/kalkulyatory/>). Статистическая выборка репрезентативна ($p < 0,05$).

Основные положения, выносимые за защиту:

1. Внутренний контроль качества в медицинских организациях крупных территориальных психиатрических объединений должен осуществляться при помощи централизованного отдела контроля качества и безопасности медицинской помощи, который будет систематизировать работу по внутреннему контролю качества, создавать единые требования для сбора, учета, хранения и анализа карт внутреннего контроля качества, обеспечит постоянный мониторинг качества оказываемой медицинской помощи по профилю «психиатрия».

2. При наличии множества разрозненных медицинских организаций в территориальном психиатрическом объединении в 2015-2017 гг. и отсутствии конкретных критериев оценки качества медицинской помощи существовали сложности при проведении экспертизы дефектов лечебно-диагностического процесса. Использование критериев внутреннего контроля качества может способствовать повышению безопасности пациентов в психиатрической практике.

3. Внедрение в психиатрическую практику комплекса мероприятий по управлению качеством организации медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности, включая критерии качества, позволяет выявлять дефекты лечебно-диагностического процесса, принимать своевременные организационно-управленческие решения, что приводит к положительной динамике изученных показателей, повышению удовлетворенности пациентов и медицинского персонала качеством оказываемой медицинской помощи по профилю «психиатрия».

Степень достоверности полученных результатов обусловлена достаточным объемом исследований (56050 единиц наблюдения), статистической обработкой информации, апробацией результатов исследования путём их публикации в рецензируемых журналах, в т.ч. из перечня высшей аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

Личный вклад автора: самостоятельно определил цель и задачи исследования, определил дизайн и программу исследования (90%); провел поиск и анализ литературных источников по теме (98%); разработал анкеты, провел анкетирование (99%) и статистическую обработку (100%); обобщение и анализ результатов (95%). Разработал компьютерную базу данных, программу для ЭВМ (90%). Экспертная оценка КМП проводилась с привлечением врачей-экспертов (доля участия автора 88%). На основе полученных результатов сформулировал выводы и практические рекомендации (95%). Подготовил статьи по теме исследования, учебно-методическое пособие и справочник (80%).

Апробация результатов исследования. Материалы исследования были представлены и обсуждены на: конференции ДЗМ «Система управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в психиатрической медицинской организации» (Москва, 2019); Integrated Science in Digital Age (ISIC 2019) (Батуми, 2019); VI ежегодной конференции с международным участием, посвященной памяти Полякова И.В. «Реформы здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития» (Санкт-Петербург, 2019); Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 30-летию создания ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, «Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее» с международным участием (Москва, 2019); IV Межрегиональной научно-практической конференции «Этические и правовые проблемы современной медицины» (Архангельск, 2019); конференции ДЗМ «Совершенствование организации управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в психиатрической медицинской организации» (Москва, 2020); международном конгрессе «Всемирный день безопасности пациентов» (Москва, 2020); Advances in Public Health Care, Hospitals & Rehabilitation (ICADS 2021) (Salvador, 2021); II международная научно-практическая конференция «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций» (Саратов, 2021).

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования внедрены в работу: ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» (акт внедрения от 10.01.2020 № 17п); психиатрической службы Московской области (акт внедрения от 06.03.2020 № 47-15/п); ГБУ «Психоневрологический интернат № 20 Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы» (акт внедрения от 10.03.2020 № 288); в учебный процесс: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (акт внедрения от 22.03.2021), ГБПОУ СПО «Медицинский колледж № 7 Департамента здравоохранения города Москвы» (акт внедрения от 18.03.2020 № 34-р). Разработаны и опубликованы учебно-методическое пособие (Шикина И.Б., Давидов Д.Р., Москвичева А.С., Шляфер С.И. Стандартные операционные процедуры как элемент внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: Учебно-методическое пособие. 2021. - Москва: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 48 с.) и справочник (Давидов Д.Р, Москвичева А.С. Проведение внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»: справочник. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2021. – 111 с. – ISBN 9785299011036). Зарегистрирована и внедрена программа автоматизированной оценки показателей ВКК в амбулаторных и стационарных условиях для ЭВМ (свидетельство от 11.02.2021 № 2021612092).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение. Результаты исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 2, 3, 6.

Связь работы с научными программами. Диссертация выполнена в соответствии с государственным заданием ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Научно-методологическое и информационное обеспечение мероприятий по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи населению» (№ госрегистрации 730000Ф.99.1.БВ10АА00006).

Публикации. По результатам исследования опубликовано 17 научных работ, в том числе 5 статей в рецензируемых изданиях, включенных в перечень ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации и 2 – в изданиях, входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 217 страницах машинописного текста, состоит из: введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включает 64 таблицы, 19 рисунков. Список литературы содержит 283 источника, из них 115 работ отечественных и 168 – зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

В **первой главе** «*Организация управления качеством оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в психиатрической практике. Обзор литературы*» на основе анализа источников литературы охарактеризованы организационные основы, современные цели и задачи при оказании специализированной медицинской помощи населению по профилю «психиатрия», организационно-методические подходы к управлению КМП и безопасности медицинской деятельности.

Во **второй главе** «*Материалы и методы исследования*» изложены методические подходы, использованные в ходе проведения исследования. **Объект исследования** – территориальное психиатрическое объединение. **Предмет исследования** – процесс управления качеством организации оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия», медицинская документация. **Единицы наблюдения:** пациенты, медицинский персонал, первичная медицинская документация, анкеты и карты ВКК.

Доля обслуживаемого в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» составляет 36,3% (4 591 091 чел.) официальных жителей г. Москвы, из которых ежегодно получают консультативно-лечебную помощь 34,7% лиц, страдающих психическими расстройствами (2020 г.). На момент начала исследования в г. Москве действовал приказ ДЗМ от 16.08.2013 № 820. К сожалению, он не учитывал особенности законченного случая психического заболевания и длительность сроков лечения, поэтому текущий ВКК и контроль качества законченных случаев являлись составной частью единого процесса. До вступления в силу Приказа Минздрава России от 16.09.2019 № 381н,

были не доступны общеприменимые критерии для ВКК и он осуществлялся в порядке, установленном руководителем каждой медицинской организации самостоятельно (ФЗ № 323-ФЗ). Для решения поставленных задач проведен анализ карт ВКК, сроков лечения и повторные госпитализации, социологический опрос пациентов и медицинских работников. Этапы, методы и объем проведения исследования, источники информации представлены в таблице 1.

В 2018 г. в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» был создан отдел контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – отдел). Для продолжения мониторинга по локальному приказу до 31 декабря 2019 г. продолжалась работа с картами ВКК (по приказу ДЗМ от 16.08.2013 № 820) и в соответствии с вступившим в силу приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н. Экспертиза проводилась по методике интегрированной оценки КМП с оценкой медицинской документации и карт ВКК у 1079 пациентов, пролеченных в условиях стационара – 282 человека (26,1%), ПНД – 797 человек (73,9%) с описанием выявленных дефектов на 2 уровнях контроля (заведующие структурными подразделениями и заместители руководителя медицинской организации): описание жалоб и анамнеза; объективный осмотр; диагностические мероприятия и оформление диагноза; лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация и экспертиза, медицинское освидетельствование; сроки оказания медицинской помощи; госпитализация; преемственность, этапность; результат лечения; оформление медицинской документации; удовлетворенность пациентов (12 карт ВКК стационарного больного были исключены из анализа по причине дефектов заполнения).

Максимальная оценка по каждому пункту составляла 1 балл. По результатам рассчитывался коэффициент качества: от 0,8 до 1 балла (хорошо) – качественно оказанная медицинская помощь, от 0,6 до 0,7 (удовлетворительно) – качественно, но с единичными дефектами, не приведшими к ухудшению состояния здоровья пациента; от 0 до 0,5 (неудовлетворительно) – некачественно оказанная медицинская помощь. Далее вычислялось среднее арифметическое – общий коэффициент качества. Врачи-эксперты на 1 уровне контроля давали количественную оценку КМП, оказываемой по профилю «психиатрия», на 2 уровне – количественную оценку с описанием дефектов. Анализ выполнен в стационарных условиях за три периода – с 2015 по 2016 гг., с 2017 по 2018 гг. и 2019 г. (45 карт (16,0%) с 2015 по 2016 гг., 123 карты (43,6%) с 2017 по 2018 гг. и 114 карт (40,4%) в 2019 г.) и в амбулаторных условиях – с 2015 по 2016 гг., с 2017 по 2018 гг. и 2019 г. (375 карт (47,0%) с 2015 по 2016 гг., 301 карта (37,8%) с 2017 по 2018 гг. и 121 карта (15,2%) в 2019 г.). Медианный возраст пациентов, вошедших в исследование, составил 42,0 (31,0; 56,0) лет (мода составила 35 лет).

Таблица 1 – Этапы исследования, материалы и объем, объект исследования

№	Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации	Объем исследования
1	Анализ литературы, законодательно-правовых и организационно-методических документов.	Аналитический, контент-анализ.	Научные статьи, учебные пособия, монографии, диссертации, авторефераты, онлайн-сервисы «Консультант Плюс», «Гарант», «Техэксперт».	Медицинская литература: 283 источника, включая нормативно-правовые документы: федеральные и региональные законы и подзаконные акты.
2	Изучение эффективности системы контроля оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия» и обеспечения безопасности медицинской деятельности, существующей в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ».	Аналитический, статистический, организационного моделирования.	Формы федерального статистического наблюдения №№ 10, 30, 36. Первичная медицинская документация (учетные формы № 025-у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н) и № 003/у «Медицинская карта стационарного больного» (Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 №1030).	56 050 медицинских карт за период с 2015 по 2019 гг. (1050 медицинских карт стационарных больных и 55000 медицинских карт амбулаторных больных). 1079 пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» в период с 2015 по 2019 гг., из них получивших медицинскую помощь в условиях стационара – 282 человека, в амбулаторных условиях (ПНД) – 797 человек. Создан отдел контроля качества и безопасности медицинской помощи в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ».
3	Изучение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи по профилю «психиатрия» ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ».	Аналитический, статистический, социологический.	Анкеты для опроса пациентов.	Пациенты ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» (N=288), получающие медицинскую помощь в амбулаторных (N=161) и стационарных (N=127) условиях в июне-июле 2019 г.
4	Изучение удовлетворенности медицинских работников качеством оказанной медицинской помощи по профилю «психиатрия» ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ».	Аналитический, статистический, социологический.	Анкеты для опроса медицинских работников.	Медицинские работники (врачи, медицинские сестры) ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ», работающие в амбулаторных (врачи N=84, медицинские сестры N=132) и стационарных (врачи N=53, медицинские сестры N=193) условиях в июне-июле 2019 г. (N=462).
5	Разработка комплекса мероприятий по управлению качеством организации оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия» в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ».	Аналитический, экспертных оценок.	Результаты собственного исследования. Проверено 9 ПНД, 48 структурных подразделений в стационарах и ПНД.	Разработан комплекс мероприятий для амбулаторных и стационарных условий по профилю «психиатрия»: программа автоматизированной оценки показателей ВКК для мониторинга дефектов лечебно-диагностического процесса; 2 чек-листа для осуществления комплексных проверок ВКК; 94 СОПа для среднего и младшего медицинского персонала.

Изучена удовлетворенность пациентов и медицинских работников КМП, оказываемой по профилю «психиатрия». Анкеты были внедрены приказом главного врача ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» с предварительным одобрением этического комитета ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (протокол от 25.12.2019 № 7-5/1547) и содержали вопросы с единичными и множественными ответами. Оценка проведена по десятибалльной шкале. Валидность шкал обеспечивалась отбором индикаторов, используемых для оценки КМП (Кочубей А.В., 2017; Брескина Т.Н., 2018; Берсенева Е.А. и соавт., 2018). Анонимный опрос проведен в июне-июле 2019 г. среди 288 пациентов, пришедших на прием к врачу-психиатру или госпитализированных в стационар на протяжении 15 дней, после внедрения проверочных листов в соответствии с утвержденными СОПами, содержащие сведения: об учете и использовании лекарственных средств, ведении медицинской документации, работе медицинских сестер, эпидемиологическом режиме и реабилитационных мероприятиях. Критерии исключения: острый психоз, недееспособность, утрата когнитивных функций. Критерии включения: добровольное участие. Распределение пациентов по полу: 161 из ПНД (53,4% женщин и 46,6% мужчин); 127 из стационара (50,4% женщин и 49,6% мужчин). Возраст пациентов в ПНД составил $44,6 \pm 9,3$ лет, в стационаре – $42,1 \pm 8,7$ лет.

Анонимный опрос среди медицинского персонала стационара проводился в течение 2 календарных дней – 96,4% врачей-психиатров и 91,5% медицинских сестёр; в ПНД – 83,2% врачей-психиатров и 91,7% медицинских сестёр. В опросе среди врачей-психиатров ПНД приняли участие 70% мужчин и 30% женщин; в стационаре – 74% мужчин и 26% женщин ($p=0,673$). Среди медицинских сестер ПНД опрошены 18% мужчин и 82% женщин ($p=0,224$), в стационаре – 24% мужчин и 76% женщин. Средний возраст врачей-психиатров составил $37 \pm 4,2$ лет в стационаре, ПНД – $48 \pm 5,3$ лет ($p < 0,05$); медицинских сестер стационара – $35 \pm 3,8$ лет, ПНД – $39 \pm 4,3$ лет ($p > 0,05$). Стаж работы: врачи-психиатры ПНД – $9 \pm 3,1$ лет и стационара – $4 \pm 1,4$ года, медицинские сестры ПНД – $8 \pm 2,6$ лет и стационара $5 \pm 1,5$ лет ($p < 0,05$). Отказов не было. Критерии включения: медицинские работники, трудоустроенные на штатную должность в ГБУЗ «ПКБ 4 ДЗМ»; фактическое присутствие в день опроса на рабочем месте. Критерии исключения: отсутствие сотрудника в дни проведения опроса, отказ от анкетирования. Анкеты включали 6 вопросов для медицинских сестер и 7 вопросов для врачей-психиатров.

При создании в 2018 г. отдела контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» использован *метод организационного моделирования* при планировании работ на основе математических и аналитических моделей распределения задач, ставших базой для построения организационных структур на основе анализа взаимосвязей между переменными. Это позволило направить организационные выводы на

решение конкретных целей, опираясь на разработанные критерии оценки КМП и безопасности пациентов. Проведен аудит организационной системы. Для наглядного представления распределения целей внутри команд использованы аналоговые схемы-модели. Алгоритм создания структуры: 1) разработка стратегии организации, 2) идея создания структуры, 3) аудит имеющейся системы (оценка степени централизации, наличия дублирующих структур, способов принятия управленческих решений, принципов руководства, хозяйственной деятельности), выявление ее недостатков и скрытых резервов; 4) разработка структуры организации; 5) оценка потребностей в ресурсах; 6) персонал и финансирование организации; 7) информационное обеспечение; 8) оценка взаимодействия с другими структурами.

В третьей главе *«Анализ дефектов лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи пациентам по профилю «психиатрия»* представлен анализ эффективности ВКК в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» в 2015-2019 гг. В амбулаторных условиях (ПНД) медиана коэффициента качества на 1 уровне контроля (N=661) составила 0,9167 (0,86; 1,0), на 2 уровне (N=275) – 0,727 (0,625; 0,8). В стационаре – медиана на 1 уровне контроля (N=269) составила 0,955 (0,917; 0,958), на 2 уровне (N=112) – 0,864 (0,792; 0,909).

При экспертизе карт ВКК в амбулаторных условиях (ПНД) врачи-эксперты на 2 уровне контроля выявили дефекты при заполнении разделов учетной формы № 025/у: «предъявляемые жалобы» и «anamnez» в виде ответа «описание не в полном объеме» (N=72, 9,03% ответов, 36,5% наблюдений); «объективного осмотра пациента» с ответом «неполный осмотр» (N=74, 9,28% ответов, 40,2% наблюдений); «диагностические мероприятия по основному и сопутствующему заболеваниям» – с ответом «диагностические мероприятия не в полном объеме» (N=51, 6,40% ответов, 37,2% наблюдений); «лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация» с ответом «лечение проведено не в полном объеме и несвоевременно по причине отказа (уклонения) пациента от медицинского вмешательства» (N=57, 7,15% ответов, 27,9% наблюдений); «медицинская экспертиза и освидетельствование» с ответом «не в полном объеме; не проводилась» и «не проводилась по объективным причинам» (N=74, 9,28% ответов, 42,0% доля среди валидных ответов).

В 56,2% картах ВКК врачами-экспертами отмечено, что диагноз пациентам ПНД установлен своевременно, обоснованно и в соответствии с клинико-функциональной характеристикой. В тоже время осталось непонятным, как при не полных диагностических мероприятиях мог быть выставлен обоснованный диагноз. Сроки оказания медицинской помощи были проставлены как «оптимальные» (N=74, 9,28% ответов, 59,2% наблюдений), при этом ответ «завышены или занижены, но не повлияли на ход лечения» встречался в почти четверти случаев (N=30, 3,76% ответов, 24,0% наблюдений). В половине карт ВКК дефектом раздела «госпитализация» был «порядок соблюден, но достаточных оснований для

госпитализации не было» (N=194, 24,34% ответов, 50,4% наблюдений), следовательно, по мнению экспертов, у 37% пациентов госпитализация производилась без достаточных на то оснований. В трети изученных карт ВКК раздел «преемственность, этапность» содержал комментарий «соблюдается» (N=67, 8,41% ответов, 31,3% доля валидных ответов). В каждой пятой карте выявлен дефект «не соблюдены» (N=46, 5,77% ответов, 21,5% доля валидных ответов), в каждой четвертой – «соблюдены не в полном объеме, что не повлияло на исход заболевания» (N=34, 4,27% ответов, 15,9% доля валидных ответов), в каждой девятой – «соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход». Таким образом, более чем в 10% случаев преемственность и этапность были либо не соблюдены, либо соблюдены не в полном объеме, что могло повлиять на исход заболевания. Самыми частыми дефектами в разделе «результаты лечения» были определены у 40,9% пациентов – «результат лечения достигнут частично» и «результат неудовлетворительный»; в четверти случаев первичная медицинская документация – «оформлена не в полном объеме» (N=102, 12,80% ответов, 25,2% доля валидных ответов); «удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи» с ответом «анкетирование проводилось не в полном объеме» и «удовлетворена частично» (N=82, 10,29% ответов, 48,8% доля валидных ответов). Частота обращений (жалоб) от пациентов ПНД составила 3,3%.

В условиях стационара отмечен формальный подход при заполнении карт ВКК врачами-экспертами, при анализе выявлен частый дефект на 2 уровне контроля в виде «в анамнезе отсутствуют объективные сведения со слов родственников», что свидетельствует о недостаточном взаимодействии лечащих врачей с родственниками пациентов, хотя их вовлечение в процесс оказания медицинской помощи – основа общественно-ориентированного лечения в психиатрии. Медиана коэффициента качества (N=112) составила 0,864 (0,792; 0,909), мода – 0,909. Основной дефект в разделе «жалобы и анамнез» – «отсутствуют объективные сведения со слов родственников» (N=7, 2,59% ответов, 77,8% наблюдений). Выявлено 10 дефектов в 270 картах ВКК (3,70%). К объективному осмотру пациента замечаний практически не было, т.к. данный раздел в 99,3% случаев не был заполнен врачами-экспертами. Дефектом раздела «диагностические мероприятия по основному и сопутствующему заболеваниям» был «отсутствуют консультации отдельных «узких» специалистов» (N=10, 3,70% ответов, 34,5% наблюдений). В 17,2% карт ВКК не был проеден осмотр всеми специалистами. Обращает внимание отсутствие стандартизации дефектов – от «узкого» – «отсутствие контроля лития в крови» до «общего» – «не в полном объеме».

Частым дефектом в разделе «оформление диагноза основного и сопутствующего заболеваний» был пункт – «не проведена врачебная комиссия с обоснованием» (N=12, 4,44% ответов, 60,0% доля валидных ответов). В 250 (92,6%) случаях дефектов медицинской помощи

врачами-экспертами выявлено не было. В четверти случаев дефектов раздела «лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация» были – «не соответствуют стандартам» (N=11, 4,07% ответов, 26,2% доля валидных ответов); «назначение нейролептиков без коррекции при выписке» и «реабилитационные мероприятия не в полном объеме» (N=9). У 15,6% (N=42) пациентов отмечены дефекты лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Дефектом раздела «медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование» был пункт «отсутствует экспертный эпикриз» (N=9, 3,33% ответов, 64,3% доля валидных ответов), что, к сожалению, является основной причиной возврата документов, направленных в судебные инстанции. В четверти случаев (28,6%) отсутствовали рекомендации при выписке. «Сроки оказания медицинской помощи» были «превышены» (N=32, 11,85% ответов, 72,7% доля валидных ответов), что может указывать на недостаточно эффективную терапию. Тем не менее, в 27,3% случаев сроки оказания медицинской помощи в стационарных условиях оказались, наоборот, «занижены». Распространенными дефектами раздела «преемственность, этапность» выявлены пункты – «преемственность соблюдена не в полном объеме» (N=15, 5,65% ответов, 65,2% доля валидных ответов) и «преемственность не соблюдена» (34,8%); раздела «результаты лечения» – «результат лечения достигнут частично» (N=18, 6,67% ответов, 75,0% доля валидных ответов). В 16,7% случаев планируемый результат лечения не был достигнут, следовательно, пациент выписан недолеченным, что, возможно, приведет к повторной госпитализации. 25% дефектов раздела «оформление первичной медицинской документации» связаны с «не обосновано назначение лекарственных препаратов» (N=25, 9,26% ответов, 23,1% наблюдений).

Для оценки КМП в стационарных условиях выполнено сравнение коэффициентов качества 2 уровня карт ВКК за исследуемые периоды (45 карт (16,0%) с 2015 по 2016 гг., 123 карты (43,6%) с 2017 по 2018 гг. и 114 карт (40,4%) в 2019 г.). В 2015-2016 гг. коэффициент не определялся в связи с отсутствием экспертного контроля. Медиана коэффициента качества за 2017-2018 гг. составила 1,0 (0,9; 1,0), в 2019 г. – 0,86 (0,79; 0,91). Коэффициент качества в 2017-2018 гг. статистически значимо выше, чем в 2019 г. ($p = 0,011$), что свидетельствует об эффективности работы введенного в 2018 г. единого отдела контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В разделах «предъявляемые жалобы» и «анамнез» у пациентов в стационарных условиях в 2017-2018 гг. дефекты не были выявлены ни в одной карте, в 2019 г. – в 7,9% (N=9) случаях. В разделе «объективный осмотр», в 2017-2018 гг. дефекты не были выявлены, в 2019 г. – в 2 картах (1,8%) с единичными замечаниями. Доля выявленных замечаний в обоих разделах за разные периоды статистически значимо не различалась.

В разделе «диагностические мероприятия по основному и сопутствующему заболеваниям» в 2017-2018 гг. дефекты лечебно-диагностического процесса не выявлены, в

2019 г. – в 29 картах (25,4%). Доля дефектов значимо возросла в 2019 г. ($p < 0,001$), что свидетельствует о более ответственном отношении врачей-экспертов к проводимой экспертизе. С 2017-2018 гг. и в 2019 г. возросло количество дефектов, выявленных врачами-экспертами на 2 уровне контроля в разделах: «оформление диагноза основного и сопутствующего заболеваний» (с 0 до 29 (25,4%), $p < 0,001$); «лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация» (с 0 до 42 (36,8%), $p < 0,001$); «медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование» (с 0 до 14 (12,3%), $p < 0,001$); «сроки оказания медицинской помощи» (с 0 до 44 (38,6%), $p < 0,001$); «преемственность, этапность» (с 0 до 23 (20,2%), $p < 0,001$); «результат лечения» (с 0 до 24 (21,1%), $p < 0,001$); «оформление медицинской документации» (с 1 (0,8%) до 107 (93,9%), $p < 0,001$) (таблица 2).

Доля замечаний в разделе «удовлетворенность пациента оказанием медицинской помощи» за 2017-2018 гг. и 2019 г. значимо не различалась ($p > 0,05$). При контроле 2 уровня медиана коэффициента качества в 2017-2018 гг. была 1,0 (0,9; 1,0), в 2019 г. – 0,86 (0,79; 0,91), коэффициент качества в 2017-2018 гг. был статистически значимо выше, чем в 2019 г. ($p = 0,011$). Суммарная доля дефектов при анализе карт ВКК в стационаре в 2019 г. составила 39,0% (в 110 из 282 карт ВКК). В амбулаторных условиях выполнено сравнение коэффициентов качества карт ВКК 2 уровня контроля за исследуемые периоды (375 карт (47,0%) с 2015 по 2016 гг., 301 карта (37,8%) с 2017 по 2018 гг. и 121 карт (15,2%) в 2019 г.).

Таблица 2 – доля дефектов, зарегистрированных врачами-экспертами, при 2 уровне контроля у пациентов стационара в 2017-2018 гг. и в 2019 г. в абсолютных числах и процентах

Раздел в учетной форме № 003/у	2017-2018 гг.	2019 г.	Уровень значимости, p
диагностические мероприятия по основному и сопутствующему заболеваниям	0(0%)	29 (25,4±3,4%)	<0,001
оформление диагноза основного и сопутствующего заболеваний	1(0,8±4,51%)	19(16,7±4,42%)	<0,001
лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация	0(0%)	42(36,8±4,7%)	<0,001
медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование	0(0%)	14(12,3±2,96%)	<0,001
сроки оказания медицинской помощи	0(0%)	44(38,6±4,12%)	<0,001
преемственность, этапность	0(0%)	23(20,2±2,43%)	<0,001
результат лечения	0(0%)	24(21,1±1,73%)	<0,001
оформление медицинской документации	1(0,8±4,51%)	107(93,9±4,96%)	<0,001

Коэффициент качества в 2015-2016 гг. определен в 102 картах из 375 (27,2%), за период 2017-2018 гг. – у 173 из 301 (57,5%), за 2019 г. – у 15 из 121 (12,4%). Медиана коэффициента качества за 2015-2016 гг. составила 0,71 (0,63; 0,82), за 2017-2018 гг. – 0,75 (0,63; 0,79), в 2019 г.

– 0,79 (0,75; 0,83). Коэффициент качества в 2019 г. был статистически значимо выше, чем в 2015-2016 гг. и 2017-2018 гг. ($p=0,013$ и $0,015$, соответственно), что свидетельствует об эффективности работы единого отдела контроля качества и безопасности медицинской деятельности, и, следовательно, улучшении качества оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия». Сравнение количества дефектов, выявленных при 2 уровне контроля качества за исследуемые периоды представлено в таблице 3.

Таблица 3 – дефекты, зарегистрированные врачами-экспертами при 2 уровне контроля у пациентов ПНД с 2015 по 2019 г. в абсолютных числах и процентах

Раздел в учетной форме № 025/у	2015-2016 гг.	2017-2018 гг.	2019 г.	Уровень значимости, p
«предъявляемые жалобы» и «анамнез»	38 (10,1±1,0%)	109 (36,2±1,58%)	51 (42,1±1,77%)	<0,001
объективный осмотр	28 (7,5±2,2%)	109 (36,2±1,58%)	50 (41,3±3,04%)	<0,001
диагностические мероприятия по основному и сопутствующему заболеваниям	21 (5,6±2,4%)	81 (26,9±3,22%)	30 (24,8±4,83%)	<0,001
оформление диагноза основного и сопутствующего заболеваний	21 (5,6±2,4%)	80 (26,6±2,68%)	33 (27,3±3,04%)	<0,001
лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация	59 (15,7±2,57%)	98 (32,6±2,68%)	52 (43,0±8,81%)	<0,001
сроки оказания медицинской помощи	21 (5,6±2,4%)	76 (25,2±1,58%)	28 (23,1±1,77%)	<0,001
госпитализация	68 (18,1±1%)	117 (38,9±3,22%)	32 (26,4±3,49%)	<0,001
преемственность, этапность	57 (15,2±1,41%)	107 (35,5±2,46%)	48 (39,7±4,54%)	<0,001
результат лечения	66 (17,6±2,4%)	100 (33,2±1,58%)	69 (57,0±8,81%)	<0,001
оформление медицинской документации	70 (18,7±2,57%)	144 (47,8±3,06%)	89 (73,6±4,23%)	<0,001
удовлетворенность пациента оказанием медицинской помощи	58 (15,5±2,2%)	99 (32,9±3,22%)	11 (9,1±1,77%)	<0,001

На 2 уровне контроля системно пропущены примечания в целом в 396 из 797 карт ВКК (49,7%), из них: в 255 из 375 карт за 2015-2016 гг. (68,0%); в 131 из 301 карты за 2017-2018 (43,5%) гг. и в 10 из 121 карты за 2019 г. (8,3%), что явилось проявлением формального подхода врачей-экспертов при заполнении карт ВКК. Различия статистически значимы ($p<0,001$).

В четвертой главе «Оценка безопасности и качества специализированной медицинской помощи, оказываемой населению по профилю «психиатрия» представлены результаты социологического опроса, изучающего удовлетворенность КМП пациентов и медицинских работников. Медицинские сестры оценили на 9 баллов из 10 уровень удовлетворенности своей

работой (7,0; 10,0); степень возложенной ответственности на работе на 10 баллов из 10 (9,0; 10,0); уровень КМП до внедрения проверочных листов – на 3 балла из 10 (2,0; 4,0) (рис. 1А) и после – на 9 баллов из 10 (8,0; 10,0) (рис. 1Б); удовлетворенные потребности пациентов на 9 баллов из 10 (8,0; 10,0); упрощение выполнения повседневных манипуляций после внедрения СОПов на 9 баллов из 10 (8,0; 10,0).

Медицинские сестры оценили на 7 баллов из 10 и выше уровень удовлетворенности своей работой 76,5% (244 из 319); уровень КМП до внедрения проверочных листов – 3,4% сестер (11 из 319) и после внедрения – 93,7% (299 из 319). Различия статистически значимы ($p < 0,001$). Удовлетворенность пациентов в стационаре / ПНД на 7 баллов и выше оценили 91,5% медицинских сестер (292 из 319).

Медицинские сестры оценивали на 7 баллов из 10 и выше: уровень удовлетворенности своей работой: в стационаре – 75,4% (141 из 187), в ПНД – 78% (103 из 132) ($p = 0,586$); уровень КМП после внедрения проверочных листов: в стационаре – 95,7% (179 из 187), в ПНД – 90,9% (120 из 132) ($p = 0,081$). Удовлетворенность пациентов на 7 баллов и выше оценили 89,8% медицинских сестер стационара (168 из 187) и 93,9% (124 из 132) ПНД ($p = 0,196$).

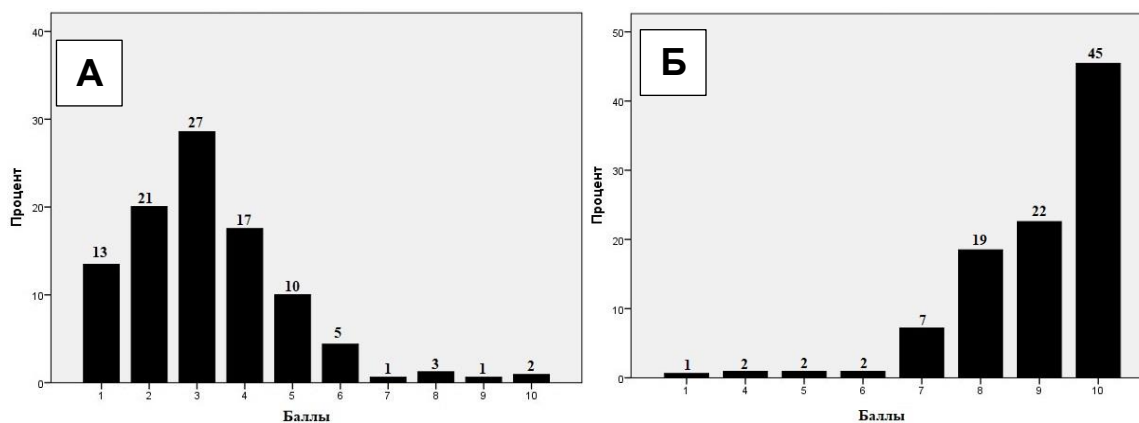


Рис. 1. Уровень качества оказания медицинской помощи до (А) и после (Б) внедрения проверочных листов, по мнению медицинских сестер (баллы, %).

Врачи-психиатры оценили на 10 баллов из 10: уровень удовлетворенности своей работой (8,0; 10,0); степень возложенной ответственности на работе (9,0; 10,0); уровень КМП до внедрения проверочных листов – в 2 балла из 10 (1,0; 3,0) (рис. 2А) и после внедрения – (9,0; 10,0) (рис. 2Б); удовлетворенные потребности пациентов (8,0; 10,0); упрощение заполнения медицинской документации после внедрения проверочных листов (8,0; 10,0). Оценка уровня оказания медицинской помощи до внедрения проверочных листов была статистически значимо ниже, чем после их внедрения ($p < 0,001$).

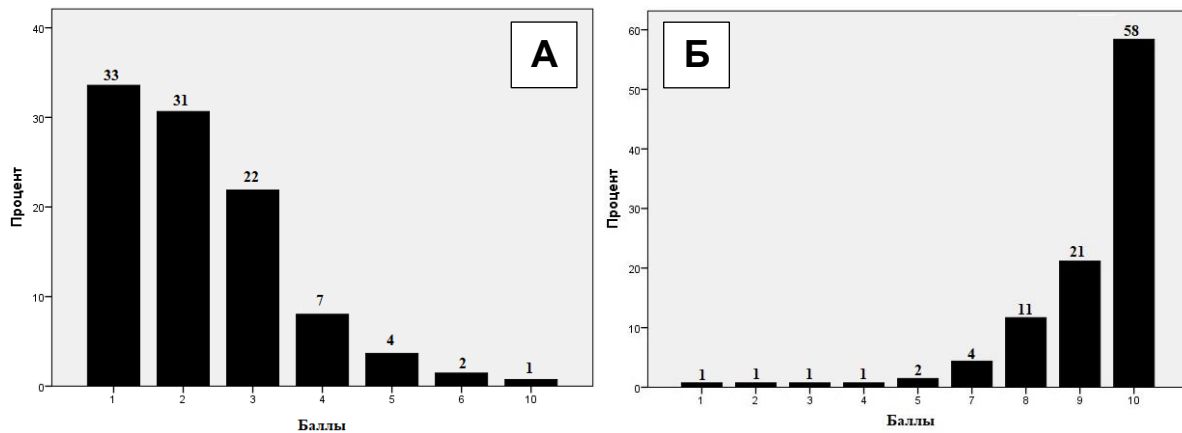


Рис. 2. Уровень качества оказания медицинской помощи до (А) и после (Б) внедрения проверочных листов, по мнению врачей-психиатров (в баллах, %).

Уровень удовлетворенности своей работой на 7 баллов из 10 и выше оценили 83,9% (115 из 137) врачей-психиатров, из них: 81,1% (43 из 53) стационара и 85,7% (72 из 84) ПНД ($p=0,477$). Уровень КМП до внедрения проверочных листов – на 7 баллов и выше – 0,7% врачей (1 из 137); после внедрения – 95,6% (131 из 137) ($p<0,001$). Удовлетворенность пациентов на 7 баллов и выше отметили 81,7% врачей-психиатров (112 из 137), из них: 81,1% (43 из 53) врачей-психиатров стационара и 82,2% (69 из 84) врачей ПНД ($p=0,882$).

Пациенты стационара оценили на 5 баллов из 5: уровень удовлетворенности своим лечением (5,0 (4,0; 5,0)); улучшение самочувствия после лечения (5,0 (4,0; 5,0)); необходимость продолжить курс лечения после выписки (5,0 (3,0; 5,0)); время, уделенное врачом-психиатром (5,0 (4,0; 5,0)); внимательность медицинских сестер (5,0 (5,0; 5,0)); доброжелательность и вежливость санитаров (5,0 (4,0; 5,0)); условия пребывания (5,0 (4,0; 5,0)), питание (5,0 (3,0; 5,0)). На 4 и 5 баллов оценили: внимательность медицинских сестер – 92,9% (118 из 127); время, уделенное врачом-психиатром, и условия пребывания в стационаре на 89,8% (114 из 127); доброжелательность и вежливость санитаров – 86,6% (110 из 127); удовлетворенность лечением и улучшение самочувствия на 81,9% (104 из 127); питание – 70,9% (90 из 127).

Пациенты ПНД в ходе опроса поставили 5 баллов из 5: за время ожидания приема врача (5,0 (3,0; 5,0)); время, уделенное врачом-психиатром (5,0 (4,0; 5,0)); самочувствие после лекарств, выписанных врачом (5,0 (4,0; 5,0)); работу медицинских сестер (5,0 (4,0; 5,0)); вежливость и внимательность сотрудников (5,0 (4,0; 5,0)); условия пребывания (5,0 (4,0; 5,0)), работу регистратуры (5,0 (4,0; 5,0)). На 4 и 5 баллов оценили: работу регистратуры – 95,0% пациентов (151 из 161); время, уделенное врачом – 90,1% (145 из 161); условия пребывания – 89,5% (144 из 161); самочувствие после приема лекарств, выписанных врачом-психиатром, – 88,8% (143 из 161); вежливость и внимательность сотрудников – 87,6% (141 из 161); работу медицинских сестер – 86,4% (139 из 161). Условия пребывания на 4 и 5 баллов оценили 89,5% пациентов ПНД (144 из 161), 89,8% пациентов в стационаре (114 из 127) ($p=0,930$).

Пятая глава «Управление качеством организации оказания медицинской помощи населению по профилю «психиатрия» посвящена взаимосвязи сроков лечения и повторных госпитализаций, как индикаторов КМП по профилю «психиатрия». Медианный срок лечения в амбулаторных условиях (N=797) составил 3492,0 (1652,5; 5918,5) дней или 9,0 (4,0; 16,0) лет. Сроки лечения в ПНД в зависимости от диагноза пациента представлены в таблице 4.

Таблица 4 – сроки лечения в амбулаторных условиях (психоневрологический диспансер) в зависимости от диагноза пациента

Код диагноза МКБ-10	Количество пациентов, чел.	Срок лечения (медиана и межквартильный размах), дней	Срок лечения (медиана и межквартильный размах), лет	Срок лечения, дней
F 00-09	129	2866,0 (805,25; 5010,25)	7,0 (2,0; 13,0)	59
F 20-29	581	3693,5 (2017,0; 6215,5)	10,0 (5,0; 16,75)	6164
F 30-39	32	2675,0 (1661,75; 5792,0)	6,5 (4,25; 15,25)	192
F 40-49	11	1922,0 (401,0; 3911,0)	5,0 (1,0; 10,0)	151
F 50-59	2	1566,5 (270,0; -)	3,5	-
F 60-69	1	400,0	-	400,0
F 70-79	34	2673,0 (1618,0; 4470,75)	7,0 (3,5; 12,0)	116
F 80-89	7	1246,0 (502,0; 4819,0)	3,0 (1,0; 13,0)	355

Сроки повторной госпитализации пациентов, находящихся под наблюдением в амбулаторных условиях (ПНД), составили 59,0 (23,0; 335,5) дней. Сроки повторной госпитализации в зависимости от диагноза пациента представлены в таблице 5.

Таблица 5 – сроки повторной госпитализации пациентов в зависимости от диагноза*

Код диагноза по МКБ-10	Количество пациентов, чел.	Срок повторной госпитализации (медиана и межквартильный размах), дней
F 00-09	23	36,0 (27,0; 180,0)
F 20-29	143	78,0 (22,0; 349,0)
F 30-39	4	98,5 (24,75; 1549,25)
F 40-49	2	27,0 (13,0; -)
F 60-69	1	380
F 70-79	6	29,5 (10,75; 29,5)
F 80-89	1	36

Примечание: *Различия между группами статистически незначимы ($p = 0,594$).

Сроки лечения в стационарных условиях, в зависимости от диагноза пациента, представлены в таблице 6. Медианный срок лечения в стационарных условиях составил 44,0 (30,0; 54,0) дня (мода составила 51 день), что свидетельствует о превышении сроков, предусмотренных стандартами оказания специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия» и о необходимости дальнейшего улучшения КМП.

Таблица 6 – сроки лечения в стационарных условиях в зависимости от диагноза пациента

Код диагноза по МКБ-10	Количество пациентов, чел.	Срок лечения (медиана и межквартильный размах), дней
F 00-09	41	46,0 (27,0; 61,5)
F 10-19	22	50,0 (30,75; 55,25)
F 20-29	180	41,0 (30,0; 52,0)
F 30-39	30	49,5 (29,5; 56,0)
F 40-49	3	46,0 (44,0; -)
F 60-69	2	24,5 (12,0; -)
F 70-79	3	26,0 (13,0; -)
F 80-89	1	32

Примечание: *Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$).

Согласно Концепции развития психиатрической службы столицы, средняя длительность лечения в круглосуточном стационаре не должна превышать 30 дней и только при условии угрозы для себя и окружающих, а далее – в условиях дневного стационара или в амбулаторных условиях (ПНД).

Разработанный комплекс мероприятий по управлению качеством организации медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия» позволил выявить ряд повторяющихся дефектов оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия». Предложено совершенствование системы ВКК в виде стандартизации заполнения карт ВКК, использования проверочных листов для комплексных проверок, внедренных в практике с 2019 г. Оценочные листы содержат вопросы ведения медицинской документации, аспекты сестринской деятельности, соблюдение санитарно-эпидемиологического режима; учет и хранение лекарственных средств; реабилитационные мероприятия и др. с оценкой по каждому направлению ряда показателей, одновременно служащих целевыми показателями для обеспечения КМП и безопасности медицинской деятельности. Внедрение проверочных листов в работу ВКК уменьшило количество выявленных дефектов и нарушений со стороны ведомственного контроля качества.

ВЫВОДЫ

1. Ретроспективный анализ состояния и эффективности сложившейся системы управления качеством организации оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности за 2015-2017 гг. выявил, что дефекты лечебно-диагностического процесса при оценке врачами-экспертами были трудновоспроизводимы и не сопоставимы, что связано с отсутствием конкретных рекомендаций по заполнению карт внутреннего контроля качества в Приказе № 820 ДЗМ для применения их по профилю «психиатрия».

2. Показано, что критериями оценки качества медицинской помощи для обеспечения безопасности пациентов по профилю «психиатрия» являются: качество заполнения первичной медицинской документации; соответствие объемов лабораторного исследования существующим стандартам; преемственность, этапность, полнота объема лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий и их результативность; удовлетворенность пациентов и их родственников, сроки и частота повторных госпитализаций; соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, учета и хранения лекарственных средств, контроль деятельности среднего медицинского персонала.

3. При проведении оценки качества оказания медицинской помощи установлено, что среди выявленных в стационарных условиях по профилю «психиатрия» дефектов лечебно-диагностического процесса в 2017-2018 гг. было значимо меньшее количество карт ВКК с описанием дефектов в сравнении с 2019 г. (2 карты из 123 (1,6%) в 2017-2018 гг. против 108 карт из 114 (94,7%) в 2019 г., $p < 0,001$). Сопоставление количества зарегистрированных дефектов в амбулаторных условиях за те же периоды свидетельствует об улучшении регистрации дефектов лечебно-диагностического процесса, что необходимо для принятия своевременных административно-управленческих решений.

4. Выявлено, что оценка качества оказания медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях до внедрения проверочных листов была неудовлетворительной и статистически значимо не различалась. Анализ результатов анкетирования после внедрения проверочных листов показал возросшую удовлетворенность медицинского персонала их работой – 9 баллов из 10 для медицинских сестер и 10 баллов из 10 для врачей-психиатров. Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи на 7 баллов и выше оценили 81,1% врачей стационара, 82,2% врачей ПНД, 89,8% медицинских сестер стационара и 93,9% сестер ПНД. Удовлетворенность потребностей пациентов при оказании им медицинской помощи на 7 баллов и выше (из 10) оценили более 90% медицинских сестер и 81,7% врачей.

Пациенты стационара при анкетировании оценили на 5 баллов из 5 (100%): уровень удовлетворенности своим лечением; улучшение самочувствия после лечения; необходимость продолжить курс лечения после выписки; время, уделенное врачом; внимательность медицинских сестер; доброжелательность и вежливость санитаров; условия пребывания, питание. Пациенты ПНД в ходе опроса поставили 5 баллов из 5 (100%): оценка времени ожидания приема врача; время, уделенное врачом; самочувствие после приема лекарственных средств, выписанных врачом; работу медицинских сестер; вежливость и внимательность сотрудников; условия пребывания, работу регистратуры.

5. Разработан комплекс мероприятий по управлению качеством организации оказания медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия»,

который включает: создание единого отдела контроля качества и безопасности медицинской деятельности для территориального психиатрического объединения, проведение внутреннего контроля качества с использованием чек-листов, стандартизацию заполнения контрольной документации и непрерывный мониторинг качества оказания медицинской помощи. Все вышеуказанное обеспечивает возможность своевременного выявления дефектов лечебно-диагностического процесса для принятия организационно-управленческих решений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «психиатрия» (амбулаторные и стационарные условия):

1. Создать единый отдел контроля качества и безопасности медицинской деятельности для территориального психиатрического объединения для контроля за качеством оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия».
2. Внедрить проведение ВКК с использованием чек-листов.
3. Стандартизировать заполнение контрольной (карты ВКК) документации.
4. Использовать разработанные критерии оценки КМП для обеспечения безопасности пациентов в стационарных условиях по профилю «психиатрия»: качество заполнения первичной медицинской документации; установление предварительного диагноза врачом-психиатром приемного или врачом-психиатром психиатрических отделений; формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного и обоснования клинического диагноза; назначение лекарственных средств с учетом инструкций; наличие осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний; соответствие объемов лабораторного исследования существующим стандартам и клиническим рекомендациям; полноты объема лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий соответствующих диагнозу; удовлетворенность пациентов и их родственников; сроки оказания медицинской помощи; частота повторных госпитализаций; соблюдение санитарно-эпидемиологического режима; соблюдение режима учета и хранения лекарственных средств; контроль деятельности среднего медицинского персонала.
5. Использовать критерии оценки КМП для обеспечения безопасности пациентов в амбулаторных условиях по профилю «психиатрия»: качество заполнения первичной медицинской документации; первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи; установление предварительного диагноза; формирование плана обследования в ходе первичного приема и плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинические проявления заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента; назначение лекарственных средств для медицинского применения с учетом инструкций, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного

заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний; установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра; данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования; результатов консультаций врачей-специалистов; преемственность и этапность при оказании медицинской помощи по профилю «психиатрия»; соблюдение санитарно-эпидемиологического режима; соблюдение режима учета и хранения лекарственных средств; контроль деятельности среднего медицинского персонала.

Для образовательных организаций:

1. Разработать учебные программы для непрерывного образования среднего медицинского персонала с целью повышения уровня их подготовки по работе с СОПами, действующими в территориальных психиатрических объединениях.
2. Для повышения знаний по вопросам КМП и безопасности медицинской деятельности по профилю «психиатрия» необходимо инициировать разработку специальных образовательных программ для врачей-психиатров.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендуемых ВАК

1. Давидов, Д.Р. Качество медицинской помощи в психиатрии: результаты анкетирования среднего медицинского персонала / Д.Р. Давидов, А.В. Масыкин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2019. - №5. – С. 47-48 (0,23 ус. печ.л., 0,12 а.л.).
2. Давидов, Д.Р. Изучение удовлетворенности медицинского персонала психиатрической службы качеством оказания медицинской помощи / Д.Р. Давидов, И.Б. Шикина, А.В. Масыкин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2020. - №2. – С. 282-295 (1,62 ус. печ.л., 1,00 а.л.).
3. Давидов, Д.Р. Дефекты лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю «психиатрия» / Д.Р. Давидов, И.Б. Шикина, А.В. Масыкин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2020. - №4. – С. 487-510 (2,77 ус. печ.л., 1,94 а.л.).
4. Давидов, Д.Р. Дефекты лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи пациентам по профилю «психиатрия» в стационарных условиях / Д.Р. Давидов, И.Б. Шикина // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. - 2021. - №1 (2,90 ус. печ.л., 1,89 а.л.).
5. Шикина, И.Б. Использование карт внутреннего контроля качества при экспертизе медицинской помощи в психиатрической практике / И.Б. Шикина, Д.Р. Давидов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021 - №2. – С. 623 – 642 (2,71 ус. печ.л., 1,90 а.л.).

Публикации в изданиях, входящих в зарубежные реферативные базы

6. Voskanyan, Y. Medical Care Safety – Problems and Perspectives / Y. Voskanyan, I. Shikina, F. Kidalov, D. Davidov // In: Antipova T. (eds) Integrated Science in Digital Age. ICIS 2019. Lecture Notes in Networks and Systems, vol 78. Springer, Cham. pp. 291-304 (1,62 ус. печ.л., 0,82 а.л.).
7. Voskanyan, Y. Latent Failures of the Individual Human behavior as a Root Cause of Medical Errors / Y. Voskanyan, I. Shikina, F. Kidalov, S. Musaeva, D. Davidov // In: Antipova T. (eds) 2021

International Conference on Advances in Digital Science (ICADS 2021), AISC 1352, pp. 222-234 (1,60 ус. печ.л., 0,79 а.л.).

Работы, опубликованные в других изданиях

8. Масякин, А.В. Модернизация психиатрической службы г. Москвы в 2010–2017 годах: стационарное звено / А.В. Масякин, Д.Р. Давидов // Национальное здоровье – 2019. - № 1. – С. 45-50 (1,16 ус. печ.л., 0,54 а.л.).
9. Бурьгина, Л.А. Современные вопросы организации и управления качеством медицинской помощи в психиатрии / Л.А. Бурьгина, В.В. Чораев, Д.Р. Давидов // Евразийский Научный Журнал — 2019. — № 2. — С. 73-76 (0,46 ус. печ.л., 0,32 а.л.).
10. Давидов, Д.Р. Этические аспекты пациент-ориентированной психиатрии / Д.Р. Давидов // Сб. научных трудов IV Межрегиональной научно-практ.конф. «Этические и правовые проблемы современной медицины». Архангельск, 2019. – С. 49-54 (0,69 ус. печ.л., 0,69 а.л.).
11. Бурьгина, Л.А. Организация административных обходов в психиатрии в рамках проведения внутреннего контроля качества / Л.А. Бурьгина, Д.Р. Давидов, В.В. Чораев // Евразийский Научный Журнал — 2019. — № 3. — С. 67-70 (0,46 ус. печ.л., 0,33 а.л.).
12. Voskanyan, Y. Assessment of Modern Health Care Opportunities in Management of Medical Care Safety / Y. Voskanyan, I. Shikina, F. Kidalov, D. Davidov // Acta Scientific Medical Sciences 3.11 (2019): pp. 38-46 (1,04 ус. печ.л., 0,40 а.л.).
13. Давидов, Д.Р. Совершенствование организации управления качеством медицинской помощи в психиатрии / Д.Р. Давидов, Л.А. Бурьгина // Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития. Под ред. И.М. Акулина, О.В. Мироненко. Сб. материалов конференции. СПб.: Центр современной литературы и книги на Васильевском – Санкт-Петербург, 2019. – С. 9-15 (0,81 ус. печ.л., 0,56 а.л.).
14. Shikina, I.B. Assessment of the quality of medical care provided to patients in a psychiatric hospital / I.B. Shikina, D.R. Davidov // Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine, 2020, vol. 15, issue 4, pp. 274-282 (1,03 ус. печ.л., 0,53 а.л.).
15. Voskanyan, Y. Multifactorial model of adverse events and medical safety management system / Y. Voskanyan, I. Shikina, O. Andreeva, F. Kidalov, D. Davidov // Journal of Digital Science 2020, V.2(1): pp. 29-39 (1,27 ус. печ.л., 0,46 а.л.).
16. Voskanyan, Y. Risk management in the healthcare safety management system / Y. Voskanyan, I. Shikina, F.Kidalov, D. Davidov, T. Abrosimova // Journal of Digital Science 2021, 3(1), pp. 41-53 (1,29 ус. печ.л., 0,49 а.л.).
17. Давидов, Д.Р. Автоматизированная оценка показателей внутреннего контроля качества и безопасности в амбулаторных и стационарных условиях / Д.Р. Давидов, А.С. Москвичева // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций. Под ред. А.С. Федонникова, И.Г. Новокрещенова. Сб. материалов конференции. Саратов: Амирит – Саратов, 2021. – С. 80-83 (0,45 ус. печ.л., 0,33 а.л.).

Свидетельства о регистрации интеллектуальной собственности

Программа автоматизированной оценки показателей внутреннего контроля качества в амбулаторных и стационарных условиях. Свидетельство РФ № 2021612092. 2021 // Программа для ЭВМ / Д.Р. Давидов, А.С. Москвичева, П.А. Пазычев, И.Б. Шикина, А.В. Масякин.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВАК – высшая аттестационная комиссия

ВКК – внутренний контроль качества

ГБПОУ СПО – государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение среднего профессионального образования

ГБУ – государственное бюджетное учреждение

ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина» Департамента здравоохранения Москвы

ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы

КМП – качество медицинской помощи

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

НИИОЗММ – Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента

ПНД – психоневрологический диспансер

РФ – Российская Федерация

СОП – стандартные операционные процедуры

ФЗ – Федеральный закон

ФГБУ – Федеральное государственное бюджетное учреждение

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ЭВМ – электронная вычислительная машина