

О. Т. ОДНОВОЛОВ¹, Н. А. АРШИНОВА¹, В. В. ПОНОМАРЕВ¹, Я. О. ТРУСОВА²

ОПЫТ РАБОТЫ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ ПО АВТОМАТИЗАЦИИ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

¹ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» министерства здравоохранения
Краснодарского края, ул. Красных Партизан, д. 6, корп. 2, Краснодар, Россия, 350012.

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, ул. Седина, д. 4, Краснодар, Россия, 350063.

АННОТАЦИЯ

Цель. Улучшение качества оказания медицинских услуг за счет четкой организации системы управления качеством оказания медицинской помощи, основанной на реализации требований действующих нормативных документов, определяющих экспертную работу, и последующей ее автоматизации.

Материалы и методы. Система управления качеством в медицинском учреждении базируется на действенной многофункциональной организационной структуре, способной быстро реагировать на выявление дефектов в оказании медицинской помощи за счет использования компьютеризации всех направлений ее деятельности. Предлагаемая нами в настоящее время автоматизированная система управления лечебно-диагностическим процессом, в отличие от существующих, позволяет перейти от формального соблюдения требований, установленных действующими нормативными документами, к полноценному управлению качеством медицинской помощи в учреждении за счет комплексной автоматизации структуры внутреннего контроля качества медицинской помощи, обеспечивающего мониторингирование всех направлений деятельности учреждения с формированием автоматизированных учетных и отчетных форм.

Результаты. Внедрение в практическую работу автоматизированной системы управления качеством оказания медицинской помощи позволило сократить в 5 раз время получения оперативной медицинской информации, снизить дефекты, обусловленные некачественным оформлением медицинской документации, на 46%, сократить необоснованную задержку пациентов в стационаре на 10%, уменьшить число случаев повторной госпитализации, обусловленной неадекватной стационарной медицинской помощью на 11%, добиться практически нулевых цифр случаев опозданий на врачебную подкомиссию по продлению листков нетрудоспособности.

Заключение. Предлагаемая нами автоматизированная система управления лечебно-диагностическим процессом, в отличие от существующих в настоящее время, позволяет перейти от формального соблюдения требований, установленных действующими нормативными документами, к полноценному управлению качеством медицинской помощи в учреждении за счет комплексной автоматизации структуры внутреннего контроля качества медицинской помощи, обеспечивающего мониторингирование всех направлений деятельности учреждения и достижение рекомендуемых нормативными документами критериев качества оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: управление качеством, автоматизация, экспертиза, внутренний контроль качества

Для цитирования: Одноволов О.Т., Аршинова Н.А., Пономарев В.В., Трусова Я.О. Опыт работы многопрофильной больницы по автоматизации экспертной деятельности в системе управления качеством оказания медицинской помощи. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018; 25(3): 88-96. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-3-88-96

For citation: Odnovolov O.T., Arshinova N.A., Ponomarev V.V., Trusova Ya.O. Work experience of the multi-profile hospital on automation of expert activities in the health care quality management system. *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik*. 2018; 25(3): 88-96. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-3-88-96

О. Т. ОДНОВОЛОВ¹, Н. А. АРШИНОВА¹, В. В. ПОНОМАРЕВ¹, Я. О. ТРУСОВА²

WORK EXPERIENCE OF THE MULTI-PROFILE HOSPITAL
ON AUTOMATION OF EXPERT ACTIVITIES
IN THE HEALTH CARE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM

¹State Clinical Hospital "Regional Clinical Hospital No 2" of the Ministry of Healthcare of Krasnodar Territory, Krasnih Partizan str., 6, pav. 2, Krasnodar, Russia, 350012.

ABSTRACT

Aim. Improvement of the quality of medical services provided due to a precise organization of the health care quality management system, based on the implementation of the requirements of existing regulatory documents determining expert work and its subsequent automation.

Materials and methods. The quality management system in the institution is based on an active multifunctional organizational structure able to respond quickly to the detection of defects in providing medical care through the use of computerization of all areas of its activities. The automated control system of the diagnostic and treatment process proposed by us allows moving from the formal compliance with requirements established by the current regulatory documents to full management of the quality of medical care in the institution through comprehensive automation of the structure of internal quality control of medical care that ensures monitoring of all directions of the institution with the formation of automated accounting and reporting forms.

Results. The introduction into the practical work of an automated quality management system for providing medical care made it possible to reduce by 5 times the time for obtaining of operative medical information, to reduce defects caused by poor registration of medical documentation by 46%, to reduce the unjustified delay of patients in the hospital by 10%, to reduce the number of cases of repeated hospitalization, due to inadequate inpatient medical care by 11%, to minimize delays at medical sub-commission for the extension of sick leave almost to zero cases.

Conclusion. The automated control system of the diagnostic and treatment process proposed by us, in contrast to the existing ones at the present time, allows us to move from formal compliance with requirements established by the current normative documents to full-fledged management of the quality of medical care in the institution through comprehensive automation of the internal quality control structure of medical care providing monitoring of all activities of the institution and achievement of the recommended regulatory documents criteria of quality of medical care.

Keywords: quality management, automation, expertise, internal quality control

Введение

Актуальность проблемы организации эффективной системы управления качеством медицинской помощи является приоритетной в работе каждого руководителя лечебного учреждения [1]. В настоящее время решение этой проблемы невозможно без автоматизации внутреннего контроля качества медицинской деятельности.

Существующие на современном этапе подходы к автоматизации управления качеством в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) не обеспечивают в полной мере комплексного решения данной проблемы, адаптированной к практической деятельности [2].

Предлагаемая нами автоматизированная система управления качеством оказания медицинской помощи, в отличие от существующих в настоящее время [3], позволяет перейти от формального соблюдения установленных регламентированных нормативными документами требований [4, 5, 6] к полноценному управлению качеством медицинской помощи в ЛПУ за счет:

– новой организационной структуры коллективной работы, в которой объединены в один отдел клинико-экспертная и организационно-методическая деятельность;

– комплексной автоматизации структуры внутреннего контроля качества учреждения, обеспечивающего мониторингирование всех его уровней с формированием автоматизированных учетных и отчетных форм.

Цель исследования: улучшение качества оказания медицинских услуг за счет четкой орга-

низации системы управления качеством оказания медицинской помощи, основанной на реализации требований действующих нормативных документов, определяющих экспертную работу, и последующей ее автоматизации.

Материалы и методы

Для решения поставленной цели в объединении разработаны следующие документы: положение «О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности» в соответствии с требованиями нормативных документов министерства здравоохранения Российской Федерации и Краснодарского края, должностные инструкции и др.

Разработка вышеперечисленных документов позволила четко сформулировать цели, задачи, меры по их реализации на каждом этапе внутреннего контроля качества и организовать гибкую и эффективную управленческую систему по контролю и выполнению поставленных задач.

Система управления качеством в учреждении базируется на действенной многофункциональной организационной структуре, способной быстро реагировать на выявление дефектов в оказании медицинской помощи за счет использования компьютеризации всех направлений ее деятельности.

Организация системы управления качеством оказания медицинской помощи предполагает тесное взаимодействие практически всех служб учреждения: экспертной, клинической, лечебно-диагностической, организационно-методической, финансово-экономической, информационной под

Структурная схема обеспечения процесса оказания медицинской помощи
Structured scheme for providing of medical care process

Главный врач объединения									
Заместитель главного врача по медицинской части									
Заместитель главного врача по хирургии		Руководитель поликлиники СКАЛ			Руководитель КДЦ		Заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи		Заместитель главного врача по педиатрической помощи
Зав. отделом клинично-экспертной и организационно-методической работы									
Статистическая служба				Экспертная служба				Финансово-экономическая	
Стационар	СКАЛ	КДЦ	Перинатальный центр	Ведущие эксперты	Стационар	СКАЛ	Перинатальный центр	Планово-экономический	
Врачи-статистики, экономисты, статистики, регистраторы по выдаче листков нетрудоспособности, архив				Заведующие отделениями, врачи-эксперты структурных подразделений, средний и младший медицинский персонал				Сектор по работе с СМК	

руководством руководителя учреждения (табл. 1).

Как видно из данных таблицы 1, внутренний контроль качества оказания медицинской помощи возглавляет главный врач, в подчинении которого находятся его заместители по направлениям, отдел организационно-методической и клинично-экспертной работы и параклинические службы. Такая организационная система обеспечивает заинтересованность всех служб в достижении единой цели – объединения, направленного на повышение качества медицинской помощи.

Эффективность системы управления качеством оказания медицинской помощи не возможна без комплексной автоматизации всего учреждения.

Автоматизированная система управления качеством оказания медицинской помощи предполагает (рис. 1, 2):

- функционирование автоматизированной информационной системы медицинского учреждения, представляющей собой интегрированный комплекс информационных систем (подсистем), обеспечивающих все многоаспектные потребности деятельности учреждения;

- наличие единой компьютерной сети учреждения, где на центральном серверном узле хранится вся необходимая информация;

- функционирование в подразделениях автоматизированных рабочих мест медицинских сотрудников, с которых производится санкционированный доступ к необходимым данным.

Управление системой качества оказания медицинской помощи проводится на трех уровнях:

1-й уровень – статистическая служба, заведующие отделениями, старшие ординаторы, выполняющие функции врачей-экспертов отделения;

2-й – отдел организационно-методической и клинично-экспертной работы, заместители главного врача по направлениям, возглавляемые за-

седания врачебных подкомиссий, руководители специализированных центров;

3-й – врачебная комиссия учреждения.

На первом уровне организовано проведение сплошной экспресс-экспертизы статистической службой. Последняя многофункциональна и включает в себя: статистику стационара, амбулаторного звена, перинатального центра, централизованные кабинеты по выписке листков нетрудоспособности. В ее штатной структуре работают врачи-статистики, операторы, медицинские статистики, медицинские сестры и медицинские регистраторы.

Основная задача врачей-статистиков, медицинских сестер и медицинских статистиков этого уровня – сплошная экспресс-экспертиза представленных медицинских карт стационарного и амбулаторного больного с точки зрения полноты заполнения информации титульного листа, его оборота, проведения стандартных методов обследования (флюорография, МОР, маркеры гепатита для хирургических больных), наличия этапных эпикризов, систематичности дневниковых записей, правильности кодов Международной классификации болезней (МКБ), наличия патоморфологических результатов, онкодокументов, сведений по листку нетрудоспособности и др.

При наличии выявленных недостатков оформления истории болезни на первом этапе проводится работа по устранению дефектов документации за счет возвращения историй болезни в отделение на доработку. При этом с целью предотвращения в дальнейшем выявленных недочетов информация о них систематически передается на утренние производственные совещания главного врача в разрезе отделений. Такая система позволила в медицинском учреждении уменьшить число недоработанных историй на первом уровне на 46%.

Для обеспечения дальнейшей эффективной работы по внутреннему контролю качества на первом



Рис. 1. Автоматизированная информационная система учреждения.
Fig. 1. Automated information system of the institution.



Рис. 2. Автоматизированная система управления качеством оказания медицинской помощи.
Fig. 2. Automated quality management system of medical care.

этапе, согласно действующим нормативным документам и положению по внутреннему контролю качества, заведующий отделением и ответственный за экспертизу врач-эксперт отделения проводят оперативную и ретроспективную экспертизу историй болезни – 35% от пролеченных больных в стационаре и не менее 100 амбулаторных медицинских карт за месяц. При этом заполняется экспертная карта в автоматизированном режиме.

Экспертная карта включает в себя информацию о паспортных данных пациента, его диагнозе основном, сопутствующем, осложнениях. Данные

реквизиты заполняются в автоматизированном режиме и не требуют затрат времени заведующих отделений на ее обработку.

Это стало возможным за счет полной автоматизации всех служб учреждения, основными из которых по стационару является автоматизированное рабочее место (АРМ) врача, включающее автоматизированную историю болезни всех отделений и центров СКАЛ, а также приемного отделения. По консультативно-диагностическому центру автоматизация предполагает передачу выполненных исследований непосредственно в историю болезни.

По вспомогательным службам функционирует АРМ статистика, экономиста. Автоматизация данных служб позволяет в автоматизированном режиме получать всю информацию статистической карты выписавшего больного, оформленную в отделениях из АРМ врача и автоматически передавать в АРМ экономиста, формирующего финансовые счета.

Последующая информация экспертной карты включает экспертизу следующих разделов работы:

- цели экспертизы (выборочная, целевая, временной нетрудоспособности и др.);
- оценка диагностических мероприятий (ОДМ): качество сбора анамнеза, объективного статуса, полноты лабораторных, инструментальных исследований, обоснования полноты клинического и заключительного диагнозов (ОПМ) с балльной оценкой каждого из вышеназванных признаков по условным шкалам от 0 до 1 единицы;
- оценка лечебных мероприятий (ОЛПМ): адекватность медикаментозной терапии, ее полноту, своевременность с оценкой полипрагмазии в сравнении с действующими стандартами качества медицинской помощи;
- сроков лечения, его эффективности в зависимости от цели госпитализации;
- преемственности этапов лечения;
- оформление документации.

Автоматизация экспертной карты (табл. 2) по вышеназванным признакам позволяет на первом уровне непосредственно через АРМ заведующего отделением проводить ему как оперативный внутренний контроль качества оказания медицинской помощи, то есть пациентов, находящихся на лечении, так и ретроспективно выписанных пациентов по нормируемой балльной оценке.

Комплексный показатель качества оказания медицинской помощи рассчитывается в автоматизированном режиме путем суммирования набранных баллов и делением этой суммы на число признаков экспертной карты. Такая информация на первом уровне имеется на каждого врача и в целом на отделение. Расчет комплексного показателя качества позволяет в балльной системе по следующим градациям (85-100% – хорошая работа, 60-74% – удовлетворительная, до 60% – неудовлетворительная) оценить уровень качества оказания медицинской помощи и использовать данный показатель в распределении премиального фонда заработной платы.

Одновременно с экспертизой автоматически формируется журнал качества оказания медицинской помощи, который брошюруется и хранится в отделении три года (табл. 3).

Автоматизация экспертизы первого уровня сокращает время заведующего отделением, затраченное на первичный сбор и обработку экспертного материала, в 3 раза в сравнении с ручным вариантом, позволяет анализировать работу отде-

ления в целом, в разрезе каждого врача и принимать своевременно управленческие решения для устранения выявленных дефектов.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи на первом уровне проводится также по случаям, подлежащим обязательной экспертной оценке, к которым следует отнести: летальные исходы, осложнения, повторные госпитализации, превышение стандартных сроков лечения. На данный контингент нами также разработаны формализованные экспертные карты, заполнение которых возможно в автоматизированном режиме, что позволяет сократить сроки на проведение их углубленной экспертизы, определить дефекты в оказании медицинской помощи и вынести на последующий этап их разбора заседания врачебных подкомиссий, клинические и патологоанатомические конференции.

Аналогичная работа в отношении экспертизы качества оказания медицинской помощи проводится также на втором уровне в экспертном отделе, руководителями специализированных центров, на заседаниях врачебных подкомиссий по разбору летальных исходов (ПИЛИ), лечебно-контрольной подкомиссии (ЛКП) по изучению послеоперационных осложнений, сложных клинических случаев, подкомиссиях внутреннего контроля качества медицинской помощи (ПВКК) при превышении стандартных сроков лечения и др. При этом в задачи контроля данного уровня входит как проведение оперативной экспертизы с целью коррекции обследования и лечения на этапе стационарного лечения, так и после выписки пациента из больницы.

Экспертиза второго уровня проводится также в автоматизированном режиме с помощью АРМ врача-эксперта. При этом эксперт может просмотреть историю болезни каждого пациента как через АРМ заведующего отделением, так и сопоставить ее заполнение с бумажным вариантом ведения, а также оценить качество экспертизы первого уровня.

По результатам такого контроля разница в комплексной оценке качества оказания медицинской помощи первого и второго уровней экспертиз составила по опыту нашей работы около 10%. Как правило, на втором уровне выявляется больше дефектов, чем на первом. Это позволило нам сделать вывод о недостаточно объективной экспертизе заведующих отделений и некотором формальном подходе к ее проведению, особенно в отношении необоснованной задержки пациента в стационаре.

В этой связи по инициативе экспертного отдела в АРМ врача поставлены следующие блоки, препятствующие дальнейшему ведению истории болезни: блок продолжительности стационарного лечения, превышающего стандарт, блок сбора страхового анамнеза при отсутствии его заполнения, блок заполнения выписного эпикриза при отсутствии в нем информации о явке пациента в

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи

Expert map of medical care

История болезни № _____ Отделение _____ Цель экспертизы _____
 Дата поступления _____ Дата выписки _____ к/дней _____
 Ф.И.О. пациента _____ Дата рождения _____ Возраст _____ Лечащий врач _____
 Клинический диагноз _____ Осложнение _____ Сопутствующий диагноз _____

№	Показатель	Балл	Зав. отд. 1-й уро- вень	Эксперт 2-й уровень
А.	Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)	3		
	1. Объем и качество обслуживания (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данн. конс. специалистов, осмотр зав. отделением)			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное, что не отразилось на исходе заболевания	0,5		
	Неполное, несвоевременное, повлекшее за собой ухудшение состояния больного	0		
	2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Неполное, в т.ч. не выполнены контрольные анализы при выписке при имеющихся изменениях, избыточное	0,5		
	Нет интерпретации лабораторных данных лечащим врачом	0		
	3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное	0,5		
	Не выполнено	0		
Б.	Оценка полноты диагноза (ОПД)			
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, сопутствующие заболевания, осложнения)	2		
	Правильно	1		
	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены сопутствующие заболевания	0,5		
	Не соответствует клинике, расхождение с патологоанатомическим диагнозом	0		
	2. Обоснование диагноза			
	Обоснование полное, с данными клиники и исследований	1		
	Частично обоснован, нет плана ведения, нет этапных эпикризов, неинформативные записи, нет осмотра заведующего отделением	0,5		
	Не обоснован	0		
В.	Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)	4		
	1. Адекватность лечения по диагнозу			
	Адекватное, своевременное	2		
	Неполное, избыточное (полипрагмазия), несвоевременно начато, необоснованное назначение препаратов	0,5		
	Не проведено лечение сопутствующих заболеваний в стадии обострения, не соответствует стандартам	0		
	2. Сроки лечения			
	Адекватные	1		
	Необоснованно длительное лечение (длительный предоперационный период) – более 25% от стандарта	0,5		
	Ранняя необоснованная выписка	0		
	3. Цель госпитализации, эффективность лечения	1		
	Достигнута (выздоровление, компенсация хронического процесса)	1		
	Частично достигнута	0,5		
	Не достигнута, необоснованное пребывание в больнице	0		
Г.	Преемственность этапов (ПЭ)	0,5		
	Соблюдена	0,5		
	Частично соблюдена	0,25		
	Не соблюдена	0		
Д.	Оформление документации	0,5		
	Соответствует принятым нормам	0,5		
	Небрежное оформление, неточность и разночтения в истории болезни, не принятые сокращения	0,25		
	Невозможность прочтения, утеряны анализы, не записаны заключения проведенных исследований и консультации специалистов	0		
	Сумма баллов (max 10)	10		

Журнал контроля качества медицинской помощи
Journal of medical care quality control

Период (месяц, квартал, год)	Отд. Ф.И.О.	Количество проведенных экспертиз	Количество медицинских карт с выявленными дефектами медицинской помощи (абс. и %)						Итоговая оценка качества медицинской помощи с коэффициентом качества	
			Диагностических мероприятий	Полнота диагноза	Лечебно-профилактических мероприятий		Преимущества этапов	Оформления медицинской документации		
2	3	4	5	6	7		8	9		10
Январь			Абс.,%	Абс., %	Абс.	%	Абс.,%	Абс.	%	

поликлинику при наличии листка нетрудоспособности, блок восстановления из архива медицинской карты и др.

Это дало возможность врачебной комиссии (ВК) контролировать обоснованность пребывания пациента в стационаре, полноту сбора анамнеза, преемственность в работе стационара и поликлиники при наличии листка нетрудоспособности. Внедрение этого механизма позволило сократить необоснованную задержку в стационаре пациента на 10 %, свести практически к нулю опоздания на врачебные подкомиссии по продлению листков нетрудоспособности.

Совместная работа статистической службы, включая и автоматизированное ведение заседаний врачебной комиссии по выдаче листков нетрудоспособности, и экспертного отдела, позволила в АРМЕ врача статистика и эксперта выделить участки экспертной работы по следующим позициям: случаи повторной госпитализации в течение 14, 30, 90 дней после стационарного лечения, все случаи летальных исходов и послеоперационных осложнений в разрезе нозологий, оперирующих врачей и отделений.

Внедрение данной автоматизированной системы и систематическая экспертиза второго уровня вышеназванных разделов работы позволило экспертному отделу сократить случаи повторной госпитализации, обусловленной неадекватной стационарной медицинской помощью на 11%, устранить скрытие послеоперационных осложнений и снизить их частоту возникновения на 20%, несмотря на достаточно низкий их уровень 0,15% в 2016 г. и 0,12% в 2017 г.

Результаты экспертизы первого и второго уровней ежемесячно докладываются на производственных совещаниях заведующих отделениями, врачебных клинических и патологоанатомических конференциях, а также на производственных заседаниях главного врача, административных его обходах и протоколируются в автоматизированном режиме.

Автоматизация экспертной деятельности позволила в автоматизированном режиме формировать протоколы заседаний врачебных подкомис-

сий, журналы учета клинико-экспертной работы, что сократило бумажный документооборот в три раза (рис. 3, 4).

Автоматизация требований нормативных документов по выполнению критериев качества оказания медицинской помощи на первом и на втором уровнях позволила оперативно при нахождении пациента в учреждении выявлять дефекты оказания медицинской помощи как по оформлению медицинской документации, так и по лечебно-диагностическому процессу и своевременно принимать управленческие решения, направленные на их устранение (рис. 5). Компьютеризация этого процесса позволила снизить дефекты документации на 28%, а лечебно-диагностические – на 10%.

Для улучшения качества оказания медицинской помощи в учреждении используются следующие административные меры воздействия: проведение конференций (клинических, патологоанатомических, научно-практических), клинические разборы, организационные меры (перемещение врачебного персонала и заведующих отделений на определенный срок работы в приемное отделение, экспертный отдел и др.), приказы главного врача учреждения по реорганизации структурных подразделений, кадровых перемещений, дисциплинарных воздействий, направление на повышение квалификации сотрудников, разработка инструкций, штрафные финансовые санкции и др.

Результаты и обсуждение

Таким образом, автоматизация экспертной деятельности в лечебном учреждении позволила:

сократить в пять раз время на получение медицинским персоналом оперативной информации для достоверной оценки уровня качества оказания медицинской помощи за счет сокращения бумажного документооборота;

снизить дефекты, обусловленные некачественным оформлением документации на 46%, а лечебно-диагностические – на 10%;

повысить достоверность сведений о выявленных дефектах оказания медицинской помощи за счет сравнения внутреннего первого и второго уровней контроля качества оказания медицинской



Рис. 4. Журнал учета клинико-экспертной работы.
Fig. 4. Accounting journal of clinical and expert work.



Рис. 5. Автоматизированный вариант контроля соблюдения критериев качества оказания медицинской помощи в соответствии с действующими нормативными документами.
Fig. 5. Automated version of the control of the implementation of quality criteria of medical care providing according to the current regulatory documents.

помощи и расчета комплексного показателя качества медицинской помощи;

сократить необоснованную задержку пациентов в стационаре на 10% за счет автоматизированного оперативного контроля сроков госпитализации;

уменьшить число случаев повторной госпитализации, обусловленной неадекватной стационарной медицинской помощью на 11%;

добиться практически нулевых цифр случаев опозданий на ПМК по продолжению листков нетрудоспособности;

ускорить в три раза своевременность получения информации о качестве оказываемой медицинской помощи с целью принятия обоснованных управленческих решений, направленных на устра-

нение и предупреждение недостатков в деятельности учреждения;

объективно устанавливать административные нарушения в виде финансовых и административных санкций.

Заключение

Предлагаемая нами автоматизированная система управления лечебно-диагностическим процессом, в отличие от существующих, в настоящее время позволяет перейти от формального соблюдения требований, установленных действующими нормативными документами, к полноценному управлению качеством медицинской помощи в учреждении за счет комплексной автоматизации структуры внутреннего контроля качества медицинской помощи, обеспечивающего мониторингиро-

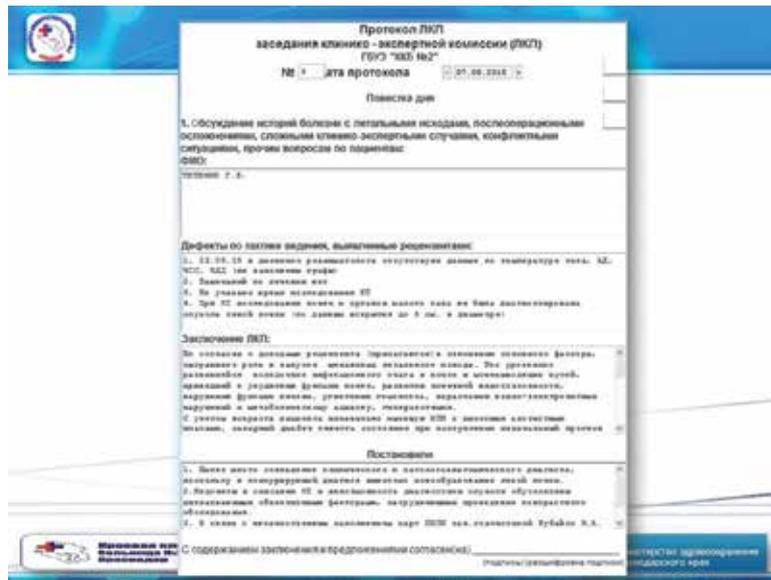


Рис. 3. Протокол заседания лечебно-контрольной подкомиссии.

Fig. 3. Minutes of the meeting of treatment and control sub-commission.

вание всех направлений деятельности учреждения и достижение рекомендуемых нормативными документами критериев качества оказания медицинской помощи [7, 8, 9].

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Лебедев А.А., Гончарова М.В., Серебрянский О.Ю., Лебедев Н.А. *Инновации в управлении медицинскими организациями*. М.: Литтера; 2010. 176 с. [Lebedev A.A., Goncharova M.V., Serebryanskiy O.Yu., Lebedev N.A. *Innovations in the Management of Medical Organizations*. M.: Littera, 2010, 176 p. (In Russ.).]
2. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. *Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: метод. рекомендации*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006. 60 с. [Polubentseva E.I. Ulumbekova G.E., Saytkulov K.I. *Clinical Guidelines and Quality Indicators in the Quality Management System of Medical Care*. M.: GEOTAR-Media; 2006. 60 p. (In Russ.).]
3. Стародубов В.И., Щепин О.П., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. *Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи*. М.: Медицина; 2001. 176 с. [Starodubov V.I., Shchepin O.P., Lindenbraten A.L., Galanova G.I. *Methodological Framework and Mechanisms to Ensure Quality of Care*. M.: Medicine; 2001. 176 p. (In Russ.).]
4. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А., Потылицына Л.К. Система контроля качества медицинской помощи. *Медицинское страхование*. 2006; 13-14(1-2): 47-51. [Dyachenko V.G., Kapitonenko N.A., Pudovkina N.A., Potylitsyna L.K. The quality control system of care. *Meditinskoye strakhovaniye*. 2006; 13-14(1-2): 47-51. (In Russ.).]
5. Сафонов А.Г., Логинова Е.А. *Стационарная медицин-*

ская помощь (основы организации). М.: Медицина; 2003. [Safonov A.G., Loginov E.A. *Inpatient Care (Bases of the Organization)*. M.: Medicine; 2003. (In Russ.).]

6. Трифонова Н.Ю., Плавунов Н.Ф., Бойко Ю.П., Галь И.Г. Принципы управления качеством медицинской помощи. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2015; 59(2): 4-7. [Trifonova N.Yu., Plavunov N.F., Boyko Yu.P., Gal I.G. Principles of management of the quality of medical care. *Public Health of the Russian Federation*. 2015; 59(2): 4-7. (In Russ.).]

7. Шабров А.В., Чавпецова В.Ф., ред. *Качество медицинской помощи: проблемы и перспективы совершенствования. Материалы Международной научно-практической конференции*. СПб.; 2010. [Shabrov A.V. Chavpetsova V.F., eds. *Quality of Care: Problems and Prospects of Improvement. Proceedings of the International Scientific-Practical Conference*. St. Petersburg; 2010. (In Russ.).]

8. Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В. Социально-психологические аспекты управления муниципальным лечебным учреждением в условиях реформирования отрасли. *Проблемы управления здравоохранением*. 2004; 19(6): 42-5. [Shilnikova N.F., Khodakova O.V. Socio-psychological aspects of management of municipal medical institution in terms of reforming the industry. *Problemy upravleniya zdravookhraneniym*. 2004; 19(6): 42-5. (In Russ.).]

9. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л., Федонюк Л.С., Семенов В.Ю. *Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира*. М.; 2005. 62 с. [Grishin V.V., Kiselev A.A., Kardashev V.L., Fedonyuk L.S., Semenov V.Yu. *Quality Control of Medical Care in Health Insurance in the Leading Countries of the World*. M.; 2005. 62 p. (In Russ.).]

Поступила / Received 10.04.2018

Принята в печать / Accepted 28.05.2018

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: Одноров Олега Тимофеевич; тел.: 8 (861) 222-01-62, +7 (961) 524-77-77; e-mail: sustavs@yandex.ru; Россия, 350078, г. Краснодар, ул. Тургенева, д.199, кв. 38.

Corresponding author: Oleg T. Odnovolov; tel.: 8 (861) 222-01-62, +7 (961) 524-77-77; e-mail: sustavs@yandex.ru; 38 fl., 199 h., Turgenev str., Krasnodar, Russia, 350078.