

УДК 614.212

DOI 10.24411/2312-2935-2020-00127

ДЕФЕКТЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ»

Д. Р. Давидов¹, И. Б. Шикина¹, А. В. Масакин²

¹ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

²Министерство здравоохранения Московской области, Московская область, г. Красногорск

Введение: Эффективный внутренний контроль качества может способствовать повышению качества оказания медицинской помощи пациентам по профилю «психиатрия» и своевременному выявлению дефектов лечебно-диагностического процесса.

Материалы и методы: Ретроспективно проанализировано 797 карт внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами, проходившим лечение в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4» Департамента здравоохранения города Москвы (далее - ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ) в условиях психоневрологического диспансера (ПНД) – 676 человек (84,8%) с 2015 по 2018 гг. и 121 (15,2%) в 2019 г.

Результаты и обсуждение: Экспертиза качества оказания медицинской помощи проводилась на двух уровнях контроля врачами-экспертами - заведующими структурными подразделениями и заместителями руководителя ПНД. По 12 пунктам оценивалась первичная медицинская документация, максимальная оценка - 1 балл. Общий коэффициент качества представляет собой среднее арифметическое коэффициентов качества по каждому из пунктов. Дефекты оказания медицинской помощи выявлены на 1 и 2 уровнях контроля качества. Коэффициенты качества на 1 уровне контроля составил 0,9167 (0,86; 1,0), на 2 уровне контроля - 0,727 (0,625; 0,8). Установлено, что коэффициент качества контроля 2 уровня за период с 2015 по 2018 гг. (0,67 (0,54; 0,75)) был статистически значимо ниже, чем в 2019 г. (0,79 (0,67; 0,83)) ($p < 0,001$). До вступления в силу приказа Минздрава РФ от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» на территории Российской Федерации отсутствовал единый подход к осуществлению внутреннего контроля качества. В Москве внутренний контроль качества регламентировался Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 16.08.2013 № 820 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». К сожалению, данный нормативный документ являлся единым для всех медицинских организаций и не предусматривал особенности психиатрических медицинских организаций, в нем отсутствовала стандартизация дефектов, был недостаточно охвачен контроль некоторых важных параметров. Так, отсутствие стандартизации дефектов не позволяло эффективно сравнивать качество оказываемой медицинской помощи в различных медицинских организациях и внутри одной организации, препятствовало преемственности при оказании помощи. Последнее, в свою очередь, негативно отражалось на контроле результатов лечения и требовало внедрения иных комплексных организационно-управленческих решений.

Заключение. Своевременное выявление дефектов лечебно-диагностического процесса и постоянный мониторинг с использованием анализа карт внутреннего контроля качества способствовал повышению качества оказания медицинской помощи пациентам по профилю «психиатрия» в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экспертиза качества медицинской помощи; внутренний контроль качества, психиатрические медицинские организации, карты внутреннего контроля качества.

DEFECTS OF THE TREATMENT AND DIAGNOSTIC PROCESS IN OUT-PATIENT PROFILE "PSYCHIATRY" CONDITIONS

D. R. Davidov¹, I. B. Shikina¹, A. V. Masyakin²

¹*Central Research Institute for Organization and Informatization of Medical Care, Ministry of Health of Russia, Moscow*

²*Moscow Region Healthcare Department, Moscow Region*

Introduction: Effective internal quality control can promote improvement of quality of delivery of health care to patients on a profile psychiatry and to timely identification of defects of medical and diagnostic process.

Materials and methods: 797 cards of internal quality control of delivery of health care to the patients with mental disorders undergoing treatment in GBUZ PKB No. 4 of DZM in the conditions of a psychoneurological clinic (PND) – 676 people (84.8%) from 2015 to 2018 and 121 (15.2%) in 2019 are retrospectively analyzed.

Results and discussion: Examination of quality of delivery of health care was carried out at two levels of control by medical experts - managers of structural units and deputy heads of PND. On 12 points primary medical documentation, the maximum assessment - 1 point was estimated. The general coefficient of quality represents an arithmetic average of coefficients of quality on each of points. Defects of delivery of health care are revealed at 1 and 2 levels of quality control. At 1 level of control made quality coefficients 0.9167 (0.86; 1.0), at the 2nd level of control - 0.727 (0.625; 0.8). Established that coefficient of quality of control 2 levels from 2015 for 2018 (0.67 (0.54; 0.75)) was significantly below, than in 2019 (0.79 (0.67; 0.83)) ($p < 0.001$). Before entry into force of the order of the Russian Ministry of Health of 07.06.2019 No. 381n "About the approval of Requirements to the organization and carrying out internal quality control and safety of medical activity" in the territory of the Russian Federation was absent uniform approach to implementation of internal quality control. In Moscow the internal quality control was regulated by the Order of the Moscow Department of Healthcare of 16.08.2013 No. 820 "About Improvement of the Organization of Internal Quality Control and Safety of Medical Activity in the Medical Organizations of the State Health Care System of the City of Moscow". Unfortunately, this normative document uniform for all medical organizations also did not provide feature of the psychiatric medical organizations, in it there was no standardization of defects, control of some important parameters was insufficiently captured. So, the lack of standardization of defects did not allow to compare effectively quality of the provided medical care in various medical organizations and in one organization, interfered with continuity at assistance. The last, in turn, negatively affected control of results of treatment and demanded introduction of other complex organizational management decisions.

Conclusion. Timely identification of defects of medical and diagnostic process and continuous monitoring with use of the analysis of cards of internal quality control promoted improvement of quality of delivery of health care to patients on the psychiatry profile in out-patient conditions.

Keywords: Quality of Health Care, Estimation of the Quality of Health Care, Internal Quality of Health Care Control, Psychiatric Medical Organizations, Internal Quality of Health Care Control Cards.

Введение. Социальное бремя психических заболеваний велико. Angst и соавт. сообщают о 73,9% кумулятивной вероятности развития психического расстройства к 50 годам жизни у любого человека [1].

В Российской Федерации первичная заболеваемость психическими расстройствами составляет более 40,4 человек на 100 тыс. населения. Общая численность населения, находящегося на учете в психиатрических медицинских организациях, составила 1007,1 человек на 100 тыс. населения в 2017 г. [2]. Известно, что психические заболевания в целом связаны с повышенным риском смертности [3; 4]. Эти особенности психических заболеваний предъявляют высокие требования к обеспечению качества и безопасности медицинской помощи по профилю «психиатрия».

В настоящее время повышение качества и безопасности медицинской помощи населению является важнейшим направлением и приоритетной задачей развития здравоохранения [5; 6; 7; 8; 9; 10]. В целях повышения качества оказываемой медицинской помощи в области психиатрии, внедрения ориентированных на пациента методов лечения в 2010 г. началась реструктуризация психиатрической службы г. Москвы [11; 12].

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 64) «экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата» [13]. Экспертная оценка относится к элементам внутреннего контроля качества (ВКК) медицинской помощи. Методика проведения экспертизы определяет ее качество. Используемые методики должны быть воспроизводимы, а их результаты сопоставимы для обеспечения надежности результатов экспертиз, проводимых различными экспертами [14, 15, 16].

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ [13] выделен внутренний контроль качества (далее - ВКК), который по мнению многих авторов, является наиболее эффективной

формой контроля при оказания медицинской помощи. ВКК является частью общей системы управления качеством медицинской помощи, ответственной за соответствие медицинской помощи, оказываемой конкретной медицинской организацией, требованиям действующих нормативных документов. ВКК способствует повышению качества оказания медицинской помощи пациентам, своевременному выявлению дефектов лечебно-диагностического процесса и снижению рисков [7; 14; 17; 18, 19].

Однако, до 16 сентября 2019 г. (дата вступления в силу Приказа Минздрава России №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [20], были не доступны общеприменимые критерии для ВКК, что зачастую являлось препятствием для его полноценной реализации.

До 2019 г. согласно ст. 90 323-ФЗ внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществлялся в порядке, установленном руководителем медицинской организации [13]. В городе Москве для усовершенствования работы по ВКК был принят приказ ДЗМ от 16.08.2013 г. № 820, который рекомендовал внедрение карт ВКК [21].

Цель исследования - выявить дефекты лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи пациентам по профилю «психиатрия» в амбулаторных условиях путем анализа данных карт ВКК.

Материалы и объект исследования. Дизайн исследования. Настоящая работа посвящена выявлению дефектов лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи пациентам по профилю «психиатрия» в амбулаторных условиях путем анализа данных карт ВКК.

Объект исследования – карты ВКК. *Предмет исследования* – организация и качество медицинской помощи, оказанной пациентам в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «психиатрия» в амбулаторных условиях.

Согласно Приказу №820 ДЗМ для проведения ВКК использовались карты ВКК для регистрации результатов проводимой экспертизы медицинской помощи, содержащие четыре основных информационных блока: общие сведения; данные, позволяющие идентифицировать случай оказания медицинской помощи; результаты экспертизы качества оказанной медицинской помощи и специальные отметки. Приказ №820 ДЗМ утратил силу в связи с вступлением в силу приказа Минздрава России от 07.06.2019 № 381н, однако

заполнение, сбор и анализ карт ВКК в ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ продолжался согласно приказу главного врача до конца 2019 г.

Изучена эффективность существующей системы ВВК при оказании психиатрической помощи в амбулаторных условиях в ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ с использованием анализа 797 карт ВКК, оценивающих ретроспективно оказание помощи по профилю «психиатрия» за период с 2015 по 2018 гг., в сравнении с 2019 г. - 676 человек (84,8%) с 2015 по 2018 гг. и 121 (15,2%) в 2019 г. Результаты включали оценку на двух уровнях контроля, проводимого врачами-экспертами - заведующими структурными подразделениями и заместителями главного врача. Изучалось: описание жалоб и анамнеза; объективный осмотр; диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимому) заболеваниям; оформление диагноза основного и сопутствующего (клинически значимого) заболеваний; лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация; медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование; сроки оказания медицинской помощи; госпитализация; преемственность, этапность; результат лечения; правильность оформления первичной медицинской документации; удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью.

Максимальная оценка по каждому из пунктов составляла 1 балл, была возможность для экспертов 2 уровня оставить комментарии (такая возможность отсутствовала на 1 уровне контроля). По результатам всех оценок рассчитывался коэффициент качества: в диапазоне от 0,8 до 1 балла (хорошо) соответствовал качественно оказанной медицинской помощи; от 0,6 до 0,7 (удовлетворительно) – качественно оказанной помощи с единичными дефектами, не приведшими к ухудшению состояния здоровья пациента; от 0 до 0,5 (неудовлетворительно) – некачественно оказанной медицинской помощи. Общий коэффициент качества представляет собой среднее арифметическое коэффициентов качества по каждому из пунктов.

На 1 уровне контроля было оценено 797 карт (100%), на втором – 430 карт (54% от первого).

Характеристика пациентов. Распределение пациентов по медицинским организациям ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ представлено в таблице 1. Анализу подлежали только законченные случаи заболевания (согласно требованиям Приказа №820 ДЗМ для амбулаторных условий): карты пациентов, госпитализированных в стационар, переведенных с диспансерного наблюдения на консультативное, снятых с наблюдения и тех, кому купировали острое состояние в амбулаторных условиях без госпитализации; для

стационарных условий – случаи повторной госпитализации в первый месяц после выписки и в течение трех месяцев после выписки.

Таблица 1

Количество пациентов медицинских организаций ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ, карты внутреннего контроля качества которых были оценены в исследовании (в абс.цифрах, %)

<i>Медицинская организация</i>	<i>Количество проанализированных карт ВКК</i>	<i>Общее количество пациентов*</i>	<i>Доля, %</i>
Психоневрологический диспансер № 3	99	19800	12,4
Психоневрологический диспансер №4	123	24600	15,4
Психоневрологический диспансер №5	35	7000	4,4
Психоневрологический диспансер №7	106	21200	13,3
Психоневрологический диспансер №8	92	18400	11,6
Психоневрологический диспансер №9	75	15000	9,4
Психоневрологический диспансер №16	92	18400	11,6
Психоневрологический диспансер №17	96	19200	12,0
Психоневрологический диспансер №19	79	15800	9,9
Итого	797	159400	100,0

* - необходимый общее количество пациентов, согласно Приказу №820 ДЗМ

Таблица 2

Распределение пациентов по диагнозам согласно международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10) (в абс.цифрах, %)

<i>Диагноз по шифру МКБ - 10 пересмотра</i>	<i>Количество пациентов, чел.</i>	<i>Доля, %</i>
F 00-09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства	129	16,2
F 20-29 Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства	581	72,9
F 30-39 Расстройства настроения (аффективные расстройства)	32	4,0
F 40-48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	11	1,4
F 50-59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	2	0,3
F 60-69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	1	0,1
F70-F79 Умственная отсталость	34	4,3
F 80-89 Нарушения психологического развития	7	0,9
Итого	1079	100,0

Медианный возраст пациентов, вошедших в исследование (по проанализированным картам ВКК), на момент окончания лечения составил 44,0 (33,0; 58,0) лет.

Распределение пациентов по диагнозам продемонстрировано в таблице 2.

Статистический анализ осуществлялся в программе SPSS STATISTICS 21.0. По результатам проверки на нормальность распределения с использованием критерия Колмогорова-Смирнова данные имели распределение, отличное от нормального, таким образом, для описания данных были использованы медиана, мода и межквартильный размах, а при дальнейшем анализе - непараметрические критерии. Статистически значимым был принят уровень $p < 0,05$.

Результаты исследований. До создания территориальных психиатрических отделений ПНД и психиатрические клинические больницы представляли собой отдельные медицинские организации, каждая из которых самостоятельно осуществляла ВКК согласно своим локальным нормативно-правовым актам, регламентирующим сбор и анализ карт ВКК, в соответствии с рекомендациями ДЗМ, утвержденным в Приказе № 820 ДЗМ. Следует упомянуть сложность сбора карт ВКК. Не смотря на то, что в приказе ДЗМ № 820 не указаны сроки хранения карт ВКК, согласно письму Минздрава от 07.12.2015 № 13-2/1538 обычный срок хранения Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетной форме N 025/у) составляет 25 лет. Однако, сохранность документации трудно осуществлять при наличии множества разрозненных медицинских организаций. Создание в 2018 г. отдела контроля качества и безопасности медицинской помощи в ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ Приказом главного врача ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ от 31 июля 2018 г. № 278 позволило устранить эти сложности.

Коэффициент качества 2015 – 2019 гг. в амбулаторных условиях ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ. На первом этапе проанализировали карты ВКК оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в ПНД - филиалах ГБУЗ «ПКБ №4» ДЗМ. На первом уровне контроля качества медиана коэффициента качества составила 0,9167 (0,86; 1,0), мода - 1,0, что говорит об удовлетворительном уровне ведения первичной медицинской документации.

Медиана коэффициента качества оказания помощи в амбулаторных условиях на 2 уровне контроля (N=275) составила 0,727 (0,625; 0,8), мода – 0,75. Детальное описание дефектов на 2 уровне контроля качества представлено в таблицах 3 – 14.

Оценка заполнения разделов «предъявляемые жалобы» и «анамнез» в «Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (учетной форме N 025/y) выявила формальное отношение врачей ПНД (табл. 3).

Таблица 3

Комментарии экспертов 2 уровня контроля при описании разделов «предъявляемые жалобы» и «анамнез» пациентов, получивших помощь в амбулаторных условиях, п. 2.1. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Ответы</i>		<i>Доля наблюдений, %</i>
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля ответов</i>	
«нет описания жалоб»	13	6,5%	6,6%
«жалобы противоречивы, не соответствуют психическому статусу»	2	1,0%	1,0%
«формальное описание»	42	21,0%	21,3%
«описание не в полном объеме»	72	36,0%	36,5%
«не описаны основания для госпитализации»	2	1,0%	1,0%
«отсутствует описание жалоб и анамнеза»	2	1,0%	1,0%
«недостаточное описание лечения»	7	3,5%	3,6%
«отсутствуют осмотры за определенный период»	10	5,0%	5,1%
«в полном объеме»	50	25,0%	25,4%
Всего	200	100,0%	101,5%

Более трети выявленных дефектов лечебно-диагностического процесса при описании разделов «предъявляемые жалобы» и «анамнез» приходилось на пункт «описание не в полном объеме» (N=72, 36,0% ответов, 36,5% наблюдений). В каждой пятой амбулаторной карте предъявляемые пациентом жалобы и анамнез были описаны формально (табл. 3).

Частым дефектом при описании объективного осмотра пациента был «неполный осмотр» (N=74, 37,9% ответов, 40,2% наблюдений). Эксперты 2 уровня были не удовлетворены полнотой описательной части проведенных осмотров (табл. 4).

Наиболее распространенный дефект раздела «диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимому) заболеваниям» - «диагностические мероприятия не в полном объеме» (N=51, 33,55% ответов, 37,2% наблюдений). Диагностические мероприятия были проведены своевременно и адекватно только в 19,7% случаев. Лечащие врачи в 27,7% случаев забывали направлять пациентов на лабораторные методы исследования (n=38) (табл. 5).

Таблица 4

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля при описании раздела «объективный осмотр» пациентов, получивших помощь в амбулаторных условиях, п. 2.2. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Ответы</i>		<i>Доля наблюдений, %</i>
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля ответов, %</i>	
«формальный»	40	20,51%	21,7%
«краткий»	14	7,18%	7,7%
«противоречивый»	10	5,13%	5,4%
«неполный»	74	37,95%	40,2%
«неинформативный»	14	7,18%	7,6%
«отсутствует»	11	5,64%	6,0%
«в достаточном объеме»	32	16,41%	17,4%
Всего	195	100,00%	106,0%

Таблица 5

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля к разделу «диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимому) заболеваниям» (амбулаторные условия), п.2.3. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Ответы</i>		<i>Доля наблюдений, %</i>
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля ответов, %</i>	
«нет биохимического анализа крови»	9	5,92%	6,6%
«нет анализа на уровень пролактина»	4	2,63%	2,9%
«нет анализа на уровень сахара в крови»	3	1,97%	2,2%
«нет лабораторных исследований»	38	25,00%	27,7%
«нет флюорографии»	9	5,92%	6,6%
«нет осмотра на педикулез»	1	0,66%	0,7%
«нет общего анализа крови»	3	1,97%	2,2%
«диагностические мероприятия не в полном объеме»	51	33,55%	37,2%
«проведены своевременно и адекватно»	30	19,74%	21,9%
«выставлен обоснованно, но не своевременно»	1	0,66%	0,7%
«не обоснован»	3	1,97%	2,2%
Всего	152	100,0%	110,9%

Таблица 6

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля раздела «оформление диагноза основного и сопутствующего (клинически значимого) заболеваний» (амбулаторные условия), п.2.4. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Ответы</i>		<i>Доля наблюдений, %</i>
	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля ответов, %</i>	
«несоответствие диагнозов»	6	3,9%	4,4%
«неполный диагноз»	11	7,2%	8,0%
«выставлен необоснованно»	7	4,6%	5,1%
«выставлен несвоевременно»	20	13,1%	14,6%
«не соответствует МКБ-10»	17	11,1%	12,4%
«не соответствует дневниковым записям»	1	0,6%	0,7%
«несоответствие синдрома типу ремиссии»	2	1,3%	1,4%
«тип течения самостоятельно изменен участковым врачом»	4	2,6%	2,9%
«выставлен своевременно, обоснованно, в соответствии с клинико-функциональной характеристикой»	77	50,3%	56,2%
«проведены своевременно, но не в полном объеме»	3	2,0%	2,2%
«не взят на диспансерное наблюдение»	5	3,3%	3,6%
Всего	153	100,0%	111,7%

В более чем в половине изученных карт ВВК (56,2%) в ПНД диагноз пациентам был выставлен своевременно, обоснованно, в соответствии с клинико-функциональной характеристикой (табл. 6). В тоже время остается непонятным, как при не полных диагностических мероприятиях (табл. 5) мог быть выставлен обоснованный диагноз.

Почти в трети случаев дефектами раздела «лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация» были: «лечение проведено своевременно, оптимально, в достаточном объеме с учетом действующих стандартов» (N=58, 28,4%), «лечение проведено не в полном объеме и не своевременно по причине отказа (уклонения) пациента от медицинского вмешательства» (N=57, 27,9%) (табл. 7).

Наиболее распространенным дефектом раздела «медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование» был дефект «не в полном объеме; не проводилась» (N=74, 42,0%), каждый пятый дефект - «не проводилась по объективным причинам».

Таблица 7

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля раздела «лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация» (амбулаторные условия), п. 2.5. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля ответов, %</i>	<i>Доля среди валидных ответов, %</i>
«проводились с нарушениями»	32	4,0%	15,7%
«лечение не назначалось»	9	1,1%	4,4%
«лечение не соответствует стандарту медицинской помощи»	5	0,6%	2,5%
«лечение не проводилось»	21	2,6%	10,3%
«лечение проведено не в полном объеме и не своевременно по причине отказа (уклонения) пациента от медицинского вмешательства»	57	7,2%	27,9%
«нерегулярное проведение»	22	2,8%	10,8%
«проведено своевременно, оптимально, в достаточном объеме с учетом действующих стандартов»	58	7,3%	28,4%
Итого	204	25,6%	100,0%
Системные пропущенные	593	74,4%	
Итого	797	100,0%	

Таблица 8

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля раздела «медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование» (амбулаторные условия), п. 2.6. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля ответов, %</i>	<i>Доля среди валидных ответов, %</i>
«не проводилась по объективным причинам»	38	4,8%	21,6%
«своевременно и в полном объеме»	64	8,0%	36,4%
«не в полном объеме; не проводилась»	74	9,3%	42,0%
Итого	176	22,1%	100,0%
Системные пропущенные	621	77,9%	
Итого	797	100,0%	

При этом раздел «медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование» в трети случаев был оценен как «своевременно и в полном объеме» (N=64, 36,4%) (табл. 8).

Таблица 9

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля раздела «сроки оказания медицинской помощи» (амбулаторные условия), п. 2.7. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля, %</i>	<i>Доля среди валидных ответов, %</i>
оптимальные	74	9,3%	59,2%
завышены или занижены, но не повлияли на ход лечения	30	3,8%	24,0%
нарушения стандарта (необоснованно) повлияли на ход лечения	21	2,6%	16,8%
Итого	125	15,7%	100,0%
Системные пропущенные	672	84,3%	
Итого	797	100,0%	

Наиболее распространенным комментарием к срокам оказания медицинской помощи (п. 2.7) был - «оптимальные» сроки (N=74, 59,2%). При этом около четверти проанализированных карт ВКК имели дефект сроков оказания медицинской помощи «завышены или занижены, но не повлияли на ход лечения» (N=30, 24,0%) (табл. 9).

Таблица 10

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля раздела «госпитализация» (амбулаторные условия), п. 2.8 (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля ответов, %</i>	<i>Доля среди валидных ответов, %</i>
«госпитализация не оформлялась из-за отсутствия достаточных оснований»	61	7,7%	15,8%
«обоснованно, в соответствии с установленным порядком»	27	3,4%	7,0%
«обоснованно, однако, порядок направления не соблюден»	2	0,3%	0,5%
«порядок соблюден, но достаточных оснований для госпитализации не было»	194	24,3%	50,4%
«госпитализация не обоснована»	101	12,7%	26,2%
Итого	385	48,3%	100,0
Системные пропущенные	412	51,7%	
Итого	797	100,0%	

В половине изученных карт ВКК в ПНД дефектом раздела «госпитализация» был «порядок соблюден, но достаточных оснований для госпитализации не было» (N=194,

50,4%). Таким образом, по мнению врачей-экспертов, у 37% пациентов госпитализация производилась без достаточных на то оснований (табл. 10).

Таблица 11

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля раздела «преемственность, этапность»
 (амбулаторные условия), п. 2.9. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля, %</i>	<i>Доля среди валидных ответов, %</i>
«соблюдается»	67	8,4%	31,3%
«соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход»	20	2,5%	9,3%
«не соблюдены»	46	5,8%	21,5%
«не осмотрен врачом после вызова»	5	0,6%	2,4%
«соблюдены не в полном объеме, что не повлияло на исход заболевания»	34	4,3%	15,9%
«нарушена этапность»	11	1,4%	5,1%
«осмотрен на дому, но лечение не назначалось»	27	3,4%	12,6%
«нарушены сроки осмотра»	4	0,5%	1,9%
Итого	214	26,9%	100,0%
Системные пропущенные	583	73,1%	
Итого	797	100,0%	

В трети изученных карт ВКК раздел «преемственность, этапность» содержал комментарий «соблюдается» (N=67, 31,3%). При этом в каждой пятой карте ВКК выявлен дефекты лечебно-диагностического процесса - «не соблюдены» (N=46, 21,5%), в каждой четвертой - «соблюдены не в полном объеме, что не повлияло на исход заболевания» (N=34, 15,9%), в каждой девятой - «соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход». Таким образом, более чем в 10% случаев преемственность и этапность либо не соблюдены, либо соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания (табл. 11).

Самыми распространенными дефектами при 2 уровне контроля раздела «результаты лечения» были: «результат лечения достигнут частично» (N=150, 46,0%) и «результат неудовлетворительный». Таким образом, по мнению врачей-экспертов, 40,9% пациентов не получили лечения с удовлетворительным результатом (табл. 12).

Таблица 12

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля раздела «результаты лечения»
 (амбулаторные условия), п. 2.10. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля ответов, %</i>	<i>Доля среди валидных ответов, %</i>
«не получено, не назначалось, не проводилось»	6	0,8%	1,8%
«результат неудовлетворительный»	128	16,1%	39,3%
«результат достигнут частично»	150	18,8%	46,0%
«повторная госпитализация»	26	3,3%	8,0%
«результат достигнут»	3	0,4%	0,9%
«результат не достигнут по причине отказа пациента»	13	1,6%	4,0%
Итого	326	40,9%	100,0%
Системные пропущенные	471	59,1%	
Итого	797	100,0%	

Таблица 13

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля раздела «оформление первичной медицинской документации» (амбулаторные условия), п. 2.11. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля ответов, %</i>	<i>Доля среди валидных ответов, %</i>
«качественно, в необходимом объеме»	137	17,2%	33,9%
«отсутствуют эпикризы»	19	2,4%	4,7%
«нет согласий на обработку персональных данных, освидетельствование и ИДС»	2	0,3%	0,5%
«нарушения в листе уточненных диагнозов»	23	2,9%	5,7%
«нет ВК»	8	1,0%	2,0%
«не в полном объеме»	102	12,8%	25,2%
«в дневниковых записях отсутствует указание D-группы»	34	4,3%	8,4%
«дневниковые записи формальные»	54	6,8%	13,4%
«отсутствует обоснование терапии»	25	3,1%	6,2%
Итого	404	50,7%	100,0%
Системные пропущенные	393	49,3%	
Итого	797	100,0%	

В трети случаев первичная медицинская документация была оформлена «качественно, в необходимом объеме» (N=137, 33,9%). В четверти случаев проверенных карт ВКК в ПНД

выявлен дефект при заполнении первичной медицинской документации - «оформлена не в полном объеме» (N=102, 25,2%) (табл. 13).

Таблица 14

Комментарии экспертов при 2 уровне контроля раздела «удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи» (амбулаторные условия), п. 2.12. (в абс.цифрах, %)

<i>Комментарии экспертов</i>	<i>Количество ответов</i>	<i>Доля, %</i>	<i>Доля среди валидных ответов, %</i>
«анкетирование проводилось не в полном объеме»	82	10,3%	48,8%
«не получал медицинскую помощь более 2 лет»	1	0,1%	0,6%
«Удовлетворен частично»	59	7,4%	35,1%
«Любая жалоба»	26	3,3%	15,5%
Итого	168	21,1%	100,0%
Системные пропущенные	629	78,9%	
Итого	797	100,0%	

Почти в половине случаев при 2 уровне контроля раздела «удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи» (п. 2.12) был выявлен дефект - «анкетирование проводилось не в полном объеме» (N=82, 48,8%). Более чем в трети проверенных карт ВКК удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи была «удовлетворена частично» (табл. 14). Частота жалоб составила 3,3% от всех пациентов, получивших помощь по профилю «психиатрия» в амбулаторных условиях, медицинская документация которых была проанализирована.

Сравнение коэффициентов качества за периоды 2015 – 2018 гг. и 2019 г. На третьем этапе исследования мы сравнили коэффициенты качества карт ВКК за период с 2015 по 2018 гг. с данными, полученными в 2019 г. (676 человек (84,8%) с 2015 по 2018 гг. и 121 (15,2%) в 2019 г.). Необходимость третьего этапа была связана с оценкой эффективности работы новой структурного подразделения ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ - отдела контроля качества и безопасности медицинской помощи.

При анализе карт ВКК за 2015 – 2018 гг. медиана коэффициента качества 2 уровня составила 0,67 (0,54; 0,75). При анализе карт ВКК за 2019 г. медиана коэффициента качества 2 уровня составила 0,79 (0,67; 0,83). Коэффициент качества контроля 2 уровня за период с 2015 по 2018 гг. был статистически значимо ниже, чем в 2019 г. (критерий Манна-Уитни = 11579,5, $p < 0,001$). Важно отметить, дефекты преемственности между данными, полученными в амбулаторных условиях, были выявлены и устранены, что говорит об отсутствии

недостатков сбора информации о пациенте и о должном ведении первичной медицинской документации.

Обсуждение. Осуществление ВКК позволяет оказывать более качественную и безопасную медицинскую помощь в рамках конкретной медицинской организации [14]. Введение в практику карт ВКК позволяет путем мониторинга динамики коэффициента качества и снижения количества выявленных дефектов лечебно-диагностического процесса судить о правильности принятых административных мерах [22].

Исследований, посвященных ВКК в области психиатрии, основанных на измерении и оценке коэффициентов качества, в академической литературе мы не встретили. Однако в некоторых работах был проведен анализ дефектов лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи.

Так, Орлов А.Е. с соавторами [23] проанализировали дефекты оказания помощи в многопрофильном стационаре и выявили дефекты лечебно-диагностического процесса в 65,5% случаев. Дефекты оказания консультативной помощи составили 20%, что согласуется с результатами нашего исследования.

Мурзалиев М.Т. и соавт. [24] проанализировав дефекты оказания медицинской помощи в многопрофильном стационаре, сообщили о недостатках в сборе анамнеза, обследовании пациентов, оказании консультативной помощи. Суммарная доля дефектов составила в целом 96,2%.

В исследованиях Жигулевой Л.Ю. с соавт. [19] при экспертной оценке 447 случаев оказания медицинской помощи пациентам с гемобластозами дефекты лечебно-диагностического процесса выявлены более, чем в половине случаев: низкий уровень преемственности (в 87,8% случаев); дефекты сбора анамнеза (в 78,4%); недостатки ведения медицинской документации (в 90,2%). Отмечено, что в 37,3% случаев дефекты имели системный характер, что потребовало принятия системных организационно-управленческих решений.

Проведенный нами анализ карт ВКК выявил большой удельный вес неконструктивно описанных врачами-экспертами дефектов лечебно-диагностического процесса на 2 уровне контроля («выставлен своевременно, обоснованно, в соответствии с клинико-функциональной характеристикой», «соблюдается», «качественно, в необходимом объеме») и высокую распространенность дефектов, не имеющих конкретных обоснований, с отсутствием стандартизации дефектов. Например, при описании диагностических мероприятий эксперты могли формулировать дефекты различными способами: давать более

общие «нет биохимического анализа крови») или более конкретные комментарии «нет анализа на уровень пролактина»).

Отсутствие единого подхода к описанию дефектов может быть связано с неточностями, допущенными в Приказе №820 ДЗМ, т.к. в нем не приведены четкие рекомендации по описанию дефектов, а также нет специфики для медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь. Также выявлен низкий контроль врачами-экспертами некоторых оцениваемых параметров в разделах (медицинская реабилитация, преемственность и этапность, удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи). Кроме того, к недостаткам Приказа №820 ДЗМ относится отсутствие четкого определения законченного случая, подлежащего анализу, которое было бы применимо для специализированной медицинской помощи.

Суммарная доля дефектов лечебно-диагностического процесса при анализе карт ВКК для амбулаторных условий составила 51,9% (в 414 из 797 карт ВКК были описаны дефекты оказания помощи). Таким образом, наши данные согласуются с данными других авторов. Систематизация подхода к экспертизе ВКК может позволить проводить сопоставимые, воспроизводимые и эффективные экспертные оценки, что, в свою очередь, способствует повышению качества оказываемой медицинской помощи по профилю «психиатрия».

Заключение. Своевременное выявление дефектов лечебно-диагностического процесса и постоянный мониторинг с использованием анализа данных карт ВКК способствует своевременному принятию организационно-управленческих решений для повышения качества оказания медицинской помощи пациентам по профилю «психиатрия».

1. Выявленные в исследовании дефекты лечебно-диагностического процесса были описаны врачами-экспертами неконструктивно, оценка их оказалась невоспроизводимой и не сопоставимой, что может быть связано с отсутствием конкретных рекомендаций по заполнению карт ВКК в Приказе №820 ДЗМ.

2. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с коэффициентом качества на 1 уровне контроля составила 0,9167 (0,86; 1,0), на 2 уровне контроля - 0,727 (0,625; 0,8). По результатам анализа коэффициента качества в динамике (сравнения периодов 2015–2018 гг. и 2019 г.) отмечена положительная динамика коэффициента качества контроля 2 уровня - в 2015–2018 гг. он был статистически значимо ниже, чем в 2019 г. (0,67 (0,54; 0,75) в 2015 – 2018 гг. против 0,79 (0,67; 0,83) в 2019 г.), что

говорит об эффективности работы единого отдела контроля качества и безопасности медицинской помощи в ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ.

3. Оценка карт ВКК показала формальное отношение врачей к заполнению первичной медицинской документации (в каждой пятой амбулаторной карте предъявляемые пациентом жалобы и анамнез были описаны формально). Лечащие врачи в 27,7% случаев оказания помощи в амбулаторных условиях забывали направлять пациентов на лабораторные методы исследования. Более чем в 10% случаев преемственность и этапность при оказании помощи по профилю «психиатрия» либо не соблюдены, либо соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания. 40,9% пациентов не получило лечения с удовлетворительным результатом. Частота жалоб составила 3,3% от всех пациентов, получивших помощь по профилю «психиатрия» в амбулаторных условиях, медицинская документация которых была проанализирована.

Список литературы

1. Angst J., Paksarian D., Cui L. et al. The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. Version 2. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016; 25(1): 24-32
2. Росстат. Российский статистический ежегодник 2018. М., 2018
3. Saha S., Chant D., McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64: 1123-31
4. Hoang U., Stewart R., Goldacre M.J. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ* 2011; 343: d5422.
5. ВОЗ. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013 – 2020 гг. 2013. 37 с. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151502>. [WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. 2013; 37 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151502> (access date: 20.12.2019).]
6. Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи - основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2006;12:3-7

7. Михайлова Ю.В., Иванов И.В., Шикина И.Б. и др. Экспертные методы при выборе показателей для независимой оценки качества медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь. Вестник Росздравнадзора. 2016. 4:74-77
8. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Управление безопасностью медицинской помощи в современном здравоохранении. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019;35 (1): 18-31
9. Шабалина О.Н., Онищенко Е.Ф. Коммуникативная функция информированного добровольного согласия и его нормативно-правовое обеспечение. Медицина и право. Москва: «Закон». 2014; 4: 121-125
10. Voskanyan Y., Shikina I., Kidalov F., Davidov D. Medical care safety - problems and perspectives. Lecture Notes in Networks and Systems. 2020; 78: 291-304
11. Золотарева Л.С., Масыкин А.В. Совершенствование системы организации психиатрической помощи мегаполиса. Менеджер здравоохранения. 2019;7:23-29
12. Костюк Г.П., ред. Психиатрическая служба Москвы: коллективная монография. М.: Университетская книга; 2018. 500 с.
13. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
14. Бакланова Т.Н., Попович В.К., Шикина И.Б. Научно-организационные аспекты обеспечения качества оказания медицинской помощи в многопрофильной больнице. Социальные аспекты здоровья населения. 2012; 28(6)
15. Люцко В.В., Степанян А.Ж., Каримова Д.Ю. Оптимизация управления качеством медицинской помощи в условиях реформирования. Фундаментальные исследования. 2013;12(2):257-259.
16. Кочубей А.В. Качество медицинской помощи: теория. Московский хирургический журнал. 2017;1 (53):48-52.
17. Меметов С.С., Кузнецова Е.А., Шургая М.А., Беличенко В.В. Аспекты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015;18(2):43-54
18. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Сафонова Н.Г., Маевская И.В. Опыт организации внутреннего контроля качества медицинской помощи (на примере факультетских клиник ИГМУ). Acta Biomedica Scientifica. 2017; 2(3): 63-69
19. Жигулева Л.Ю., Шикина И.Б., Шилова Е.Р., Романенко Н.А. Дефекты лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи пациентам со

злокачественными новообразованиями системы крови. Социальные аспекты здоровья населения. 2020; 66(2):3

20. Приказ Минздрава России от 16 сентября 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

21. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 16 августа 2013 года №820 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»

22. Ледяева Н.П., Гайдаров, Г.М., Сафонова, Н.Г., Алексеева, Н.Ю. Основные подходы к совершенствованию управления и организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ. Вестник Росздравнадзора. 2013;1:43-54

23. Орлов А.Е. Экспертиза качества медицинской помощи в городской многопрофильной больнице. Современные проблемы науки и образования. 2014; (6):1022.

24. Мурзалиев М.Т., Насирдин К.Э., Абдрахманов Ш.Т. Оценка качества медицинской помощи на стационарном этапе. Молодой ученый. 2016; (6): 299-304

References.

1. Angst J., Paksarian D., Cui L. et al. The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. Version 2. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016; 25(1): 24-32.
2. Rosstat. Rossiyskiy statisticheskiy ezhegodnik 2018 [Russian Statistical Yearbook 2018]. М., 2018.
3. Saha S., Chant D., McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
4. Hoang U., Stewart R., Goldacre M.J. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ* 2011;343:d5422.
5. WHO. Kompleksnyi plan deistvii v oblasti psikhicheskogo zdorov'ya na 2013 – 2020 gg. [Comprehensive mental health action plan 2013–2020]. 2013. 37 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151502>. (in Russian)

6. Vardosanidze S.L., Shikina I.B. Upravlenie kachestvom i standartizacija medicinskoj pomoshhi - osnova obespechenija bezopasnosti pacientov v stacionarnykh lechebno-profilakticheskikh uchrezhdeniyah [Quality management and standardization of medical care are the basis for ensuring the safety of patients in inpatient care facilities]. Problemy standartizatsii v zdavoohranenii [Health Standardization Issue]. 2006;12:3-7. (in Russian)
7. Mikhaylova Yu.V., Ivanov I.V., Shikina I.B. i dr. Ekspertnye metody pri vybore pokazateley dlya nezavisimoy otsenki kachestva meditsinskoy pomoshchi v meditsinskikh organizatsiyakh, okazyvayushchikh ambulatornyuyu pomoshch' [Expert methods in choosing indicators for an independent assessment of the quality of health care in medical organizations providing outpatient care]. Vestnik Roszdravnadzora [Bulletin of Roszdravnadzor]. 2016. 4:74-77. (in Russian)
8. Voskanjan Y., Shikina I.B. Upravlenie bezopasnost'ju medicinskoj pomoshhi v sovremennom zdavoohranenii . [Health care safety management in modern healthcare] Medicinskie tehnologii. Ocenka i vybor [Medical technology. Rating and selection]. 2019;35 (1): 18-31. (in Russian)
9. Shabalina O.N., Onishchenko E.F. Kommunikativnaya funktsiya informirovannogo dobrovol'nogo soglasiya i ego normativno-pravovoe obespechenie [The communicative function of informed voluntary consent and its regulatory support.]. Meditsina i pravo [Medicine and law.]. Moskva: «Zakon». 2014; 4: 121-125. (in Russian)
10. Voskanyan Y., Shikina I., Kidalov F., Davidov D. Medical care safety - problems and perspectives. Lecture Notes in Networks and Systems. 2020; 78: 291-304.
11. Zolotareva L.S., Masyakin A.V. Sovershenstvovanie sistemy organizatsii psikhiatricheskoi pomoshchi megapolisa [Improving the system of organizing the psychiatric aid of the megapolis]. Menedzher zdavoohraneniya [Manager of Health Care]. 2019;7:23-29 (in Russian)
12. Kostyuk G.P., ed. Psikhiatricheskaya sluzhba Moskvy: kollektivnaya monografiya [Moscow Psychiatric Service: Collective Monograph]. M.: Universitetskaya kniga [University book]; 2018. 500 s. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0004 (in Russian)
13. Federal Law dated 21.11.2011 № 323-FZ "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii" ["On the Basics of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation"] (in Russian)

14. Baklanova T.N., Popovich V.K., Shikina I.B. Nauchno-organizacionnye aspekty obespechenija kachestva okazaniya medicinskoj pomoshhi v mnogoprofil'noj bol'nice [Scientific and organizational aspects of ensuring the quality of medical care in a multidisciplinary hospital]. Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija [Social aspects of public health]. 2012;28 (6): 1-11. (in Russian)
15. Lyutsko V.V., Stepanyan A.Zh., Karimova D.Yu. Optimization of quality management of medical care in the context of reform [Optimizatsiya upravleniya kachestvom meditsinskoi pomoshchi v usloviyakh reformirovaniya.]. Basic research. [Fundamental'nye issledovaniya.] 2013; 12 (2): 257-259. (in Russian).
16. Kochubey A.V. Quality of medical care: theory [Kachestvo medicinskoj pomoshchi: teoriya]. Moscow surgical magazine [Moskovskij hirurgicheskij zhurnal]. 2017;1 (53):48-52. (in Russian).
17. Memetov S.S., Kuznetsova E.A., Shurgaya M.A., Belichenko V.V. Aspekty vnutrennego kontrolya kachestva i bezopasnosti meditsinskoi deyatel'nosti [Internal quality control and safety of medical activities]. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya [Medical and social expertise and rehabilitation]. 2015;18(2):43-54 (in Russian)
18. Gaydarov G.M., Alekseeva N.Yu., Safonova N.G., Maevskaya I.V. Opyt organizatsii vnutrennego kontrolya kachestva meditsinskoy pomoshchi (na primere fakul'tetskikh klinik IGMU) [The experience of organizing internal quality control of health care (for example, faculty clinics of the ISMU)]. Acta Biomedica Scientifica. 2017; 2(3): 63-69. (in Russian)
19. Zhiguleva L.Yu., Shikina I.B., Shilova E.R., Romanenko N.A. Defekty lechebno-diagnosticskogo protsessa pri okazanii meditsinskoy pomoshchi patsientam so zlokachestvennymi novoobrazovaniyami sistemy krovi [Defects of the diagnostic process during the provision of health care to patients with malignant neoplasms of the blood system]. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of public health]. 2020; 66(2):3 (in Russian)
20. Order of the Ministry of Health of Russia dated 16.09.2019 № 381n "Ob utverzhdenii Trebovaniy k organizatsii i provedeniyu vnutrennego kontrolya kachestva i bezopasnosti meditsinskoy deyatel'nosti [On approval of the requirements for organizing and conducting internal quality control and safety of medical activities]". (in Russian)
21. Order dated 16.08.2013 № 820 «O sovershenstvovanii organizatsii vnutrennego kontrolya kachestva i bezopasnosti meditsinskoy deyatel'nosti v meditsinskikh organizatsiyakh gosudarstvennoy sistemy zdavookhraneniya goroda Moskvy» ["On improving the organization of

internal control of the quality and safety of medical activities in medical organizations of the state healthcare system of the city of Moscow”]. (in Russian)

22. Ledyayeva N.P., Gaidarov G.M., Safonova N.G., Alekseeva N.Yu. Osnovnye podkhody k sovershenstvovaniyu upravleniya i organizatsii kontrolya kachestva meditsinskoj pomoshchi v mnogoprofil'nom LPU [Key approaches to improvement of management and regulation of medical care quality in a multidisciplinary clinic]. Vestnik Roszdravnadzora [Bulletin of Roszdravnadzor]. 2013;1:43-54 (in Russian)

23. Orlov A.E. Ekspertiza kachestva meditsinskoj pomoshchi v gorodskoy mnogoprofil'noy bol'nitse [Examination of the quality of health care in the city multidisciplinary hospital]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [Modern problems of science and education]. 2014; (6):1022. (in Russian)

24. Murzaliev M.T., Nasirdin K.E., Abdrakhmanov Sh.T. Otsenka kachestva meditsinskoj pomoshchi na stacionarnom etape [Assessment of the quality of health care at the inpatient stage]. Molodoy uchenyy [Young scientist]. 2016; (6): 299-304. (in Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Давидов Давид Рудольфович – аспирант ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11; e-mail: rew4er@yandex.ru.
ORCID: 0000-0003-4576-6854, SPIN-код: 9737-4965

Шикина Ирина Борисовна – доктор медицинских наук, доцент, ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11;
e-mail: shikina@mednet.ru, ORCID: 0000-0003-1744-9528, SPIN-код: 1177-5340

Масякин Антон Валерьевич – кандидат медицинских наук, заместитель министра здравоохранения Московской области, Министерство здравоохранения Московской области. 143407, Россия, Московская область, Красногорск-7, бульвар Строителей, 1. e-mail: masyakinanton@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-9614-7343, SPIN-код: 8427-5025

Information about authors

Davidov David Rudolfovich - PhD student Central Research Institute for Organization and Informatization of Medical Care, Ministry of Health of Russia, Moscow. e-mail: rew4er@yandex.ru

ORCID: 0000-0003-4576-6854, SPIN-код: 9737-4965

Shikina Irina Borisovna - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; Central Research Institute for Organization and Informatization of Medical Care, Ministry of Health of Russia, Moscow. e-mail: shikina@mednet.ru, ORCID: 0000-0003-1744-9528, SPIN-код: 1177-5340

Masyakin Anton Valer'evich – PhD, vice-minister of health of the Moscow region, Moscow Region Healthcare Department. e-mail: masyakinanton@yandex.ru.

ORCID: 0000-0002-9614-7343, SPIN-код: 8427-5025

Статья получена: 17.06.2020 г.
Принята к публикации: 15.12.2020 г.