

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2022-3-642-663

ИДЕНТИФИКАЦИЯ РИСКОВ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ОБРАЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ

Н.В. Михно¹, Ю.В. Евстафьева¹ О.В. Ходакова²

¹ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Чита

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение Оказание медицинской помощи сопряжено с высокими рисками причинения вреда здоровью и жизни с вероятностью наступления и развития неблагоприятных событий. Риск-ориентированный подход в управлении и контроле деятельности медицинской организации регламентирован законодательством и реализуется через идентификацию, индикацию и оценку рисков. Перед руководством медицинской организации стоят задачи по определению стратегии управления рисками. При работе с неблагоприятными событиями важен не только реактивный, но и проактивный подход, который реализуется через риск-ориентированное управление. В статье представлен первый этап управления рисками – идентификация рисков. **Целью исследования** явилась идентификация рисков причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи на основании анализа обращений пациентов.

Материалы и методы Для идентификации рисков по результатам анализа обращений пациентов применена технология составления контрольных списков, классификации и систематизации. Нежелательные события, сообщаемые пациентами, систематизированы на однородные кластеры, выделены риски. Для каждого события определен источник риска. Выявление причин нежелательных событий, которые могут являться индикаторами риска, проведено с использованием построения диаграммы Исикавы.

Результаты и обсуждения При анализе обращений пациентов за 2017-2021 гг. по данным из различных источников отмечается ежегодное увеличение числа обоснованных жалоб. Анализ обращений позволил идентифицировать нежелательные события, 16,5% [11,7-21,3] которых расценены как инциденты, имеющие риски причинения вреда здоровью различной степени тяжести. Все риски систематизированы в 6 групп: диагностические, лечебные, реабилитационные, идентификационные, связанные с получением травм пациентами, с производственной средой. В группе диагностических и лечебных рисков наиболее часто источниками риска выступают врачи при оказании ими медицинских услуг – 58% [54,1-61,9] и 86% [82,7-89,3], соответственно. Одной из основных причин возникновения диагностических рисков является высокая нагрузка на персонал из-за низкой укомплектованности должностей врачебного и среднего персонала. Большое значение имеет состояние оборудования, на котором выполняются исследования. Нарушения в технологии исследований связаны с несоблюдением алгоритмов проведения диагностических манипуляций, отсутствием утвержденных в медицинской организации стандартных операционных процедур.

Заключение Внедрение риск-ориентированного подхода при работе с обращениями пациентов позволяет медицинским организациям осуществлять деятельность по предупреждению, выявлению и предотвращению рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, минимизировать последствия их наступления путем совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности. Так основной целью поставщика медицинских услуг является проведение оценки рисков и построение системы риск-менеджмента. Анализ обращений пациентов позволяет идентифицировать риски, определять их структуру, причины и источники нежелательных событий, что в дальнейшем может служить основанием для выделения индикаторов риска причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: обращения пациентов, жалобы, риски, риск-менеджмент, идентификация рисков.

IDENTIFICATION OF THE RISKS OF HARM TO HEALTH IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE BASED ON THE ANALYSIS OF PATIENT COMPLAINTS

N.V. Mikhno¹, Y.V. Evstafeva¹, O.V. Khodakova²

¹ *Chita State Medical Academy, Chita*

² *Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

Introduction. The provision of medical care is associated with high risks of harm to health and life, with the probability of occurrence and development of adverse events. The risk-oriented approach in the management and control of the activities of a medical organization is regulated by law and is implemented through identification, indication and risk assessment. The management of a medical organization is faced with the task of defining a risk management strategy. When dealing with adverse events, not only a reactive, but also a proactive approach is important, which is implemented through risk-oriented management. The article presents the first stage of risk management - risk identification. **The aim of the study** was to identify the risks of harm to health in the provision of medical care based on the analysis of patient complaints.

Materials and methods To identify risks based on the results of the analysis of patients' appeals, the technology of compiling control lists, classification and systematization was applied. Undesirable events reported by patients are systematized into homogeneous clusters, risks are highlighted. A risk source is defined for each event. Identification of the causes of undesirable events, which may be indicators of risk, was carried out using the construction of the Ishikawa diagram.

Results and discussions When analyzing patient complaints for 2017-2021, according to data from various sources, there is an annual increase in the number of substantiated complaints. The analysis of appeals made it possible to identify undesirable events, 16.5% [11.7-21.3] of which are regarded as incidents with risks of causing harm to health of varying severity. All risks are systematized into 6 groups: diagnostic, therapeutic, rehabilitation, identification, associated with injury to patients, with the production environment. In the group of diagnostic and therapeutic risks, the most common sources of risk are doctors when they provide medical services - 58% [54.1-61.9] and 86% [82.7-89.3], respectively. One of the main reasons for the occurrence of diagnostic risks is the high workload on staff due to the low staffing of positions of medical and secondary personnel. The condition of the equipment on which the research is carried out is of great importance. Violations in

the research technology are associated with non-compliance with the algorithms of diagnostic manipulations, the absence of standard operating procedures approved by the medical organization.

Conclusion The introduction of a risk-based approach when dealing with patient complaints allows medical organizations to work on the prevention, identification and prevention of risks that threaten the life and health of citizens, to minimize the consequences of their occurrence by improving approaches to the implementation of medical activities. Thus, the main goal of a healthcare provider is to conduct a risk assessment and build a risk management system. The analysis of patients' appeals makes it possible to identify risks, determine their structure, causes and sources of undesirable events, which in the future can serve as a basis for identifying indicators of the risk of harm to health in the provision of medical care.

Key words: patient complaints, complaints, risks, risk management, risk identification.

Введение Оказание медицинской помощи сопряжено с высокими рисками причинения вреда здоровью и жизни, с вероятностью наступления и развития неблагоприятных событий. Одной из основных задач системы здравоохранения является обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности. Вместе с тем современное здравоохранение невозможно без риска [1-4]. Существует множество определений риска: 1) риск – влияние неопределенности на достижение поставленных целей [6-7]; 2) риск – вероятность причинения вреда жизни или здоровью граждан, имуществу физических или юридических лиц, государственному или муниципальному имуществу, окружающей среде, жизни или здоровью животных и растений с учетом тяжести этого вреда [8]; 3) риск – вероятность развития неблагоприятного или негативного эффекта у человека или группы людей при воздействии опасного агента в конкретных обстоятельствах [9].

Федеральный закон от 31 июля 2020 года № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» устанавливает, что контроль осуществляется на основе управления рисками причинения вреда (ущерба), определяющего выбор профилактических и надзорных мероприятий, их содержание, интенсивность и результаты, а также устанавливает порядок регулирования системы оценки и управления рисками и результаты их внедрения, так называемый риск-ориентированный подход [5]. При этом каждая отрасль, в т.ч. система здравоохранения, должна самостоятельно определить индикаторы риска нарушений обязательных требований, отражающих деятельность медицинской организации.

На сегодняшний день перед поставщиками медицинских услуг стоит задача по предупреждению, выявлению и предотвращению рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления путем совершенствования

подходов к осуществлению медицинской деятельности. Данное обязательство определено на законодательном уровне в требованиях к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [10, 11]. Организация работы по идентификации рисков в рамках данного контроля возложена на Службу и (или) Уполномоченного лица по внутреннему контролю, задачей которых является предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи в результате несоответствия оказанной помощи состоянию здоровья пациента, невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи. Одним из подходов к предупреждению данных нарушений является управление рисками причинения вреда здоровью граждан [10]. При этом в настоящее время не регламентированы методики по оценке рисков.

Одним из подходов к предупреждению возникновения рисков является внедрение в деятельность медицинских организаций системы управления рисками. Процесс управления рисками – это постоянное использование механизмов управления, включающих идентификацию рисков, качественную и количественную оценку рисков, составление планов по корректировке, мониторинг и контроль рисков [12]. При этом на каждом этапе процесса должны быть использованы различные технологии (рис.1).

В системах здравоохранения ряда зарубежных стран в основе управления рисками (риск-менеджмента) лежит создание в медицинских организациях подразделений, отслеживающих развитие рисков и создающих каталог рисков, с которыми сталкивается организация. По результатам работы риски анализируются и принимаются управленческие решения об их устранении [13, 14]. Общая концепция по управлению рисками представлена в международных стандартах по управлению рисками [6], которая может быть применима в управлении медицинской организацией.

В системе управления риски структурируются в соответствии с процессами, определенными в организации, в зависимости от типа: риски основных процессов, риски обеспечивающих процессов, риски процессов управления, риски процессов контроля, анализа и улучшений [15]. Классифицировать риски, возникающие в процессе деятельности организации, можно на основе различных признаков [16]. Одним из примеров классификации

рисков причинения вреда жизни и здоровью пациентов, представленных в литературе [17, 18], является разделение рисков в соответствии с критериями:

1. диагностические – риски несвоевременной и неверной диагностики, недооценка данных;
2. лечебные – риски хирургического лечения, риски побочных эффектов при назначении медикаментозного лечения, несвоевременное выявление осложнений терапии и нежелательных лекарственных реакций или их недооценка;
3. реабилитационные – риски при проведении реабилитационных мероприятий, отсутствие эффекта;
4. идентификационные – неправильная идентификация пациента, что влечет за собой выполнение не той услуги, не того вмешательства, не на той части тела, не тому пациенту;
5. риски, связанные с пребыванием пациента в медицинской организации – повреждения, получаемые пациентами в результате падений, травм;
6. риски, связанные с производственной средой – риск инфекций, ассоциированных с оказанием медицинской помощи и др.

Первым этапом процесса риск-менеджмента является идентификация риска – это процесс определения, составления перечня и описание элементов риска. Элементы риска включают источники риска, события, их причины и возможные последствия [7]. Этап идентификации рисков признается одним из сложных, т.к. от полученных результатов будет зависеть дальнейшая работа организации [11, 12]. На этапе идентификации рисков для выявления и анализа неблагоприятных событий чаще используют следующие методы: сбор информации о событиях из разных источников; анализ документации; проведение опросов медицинского персонала и пациентов; непосредственное наблюдение за процессом оказания медицинской помощи; анализ жалоб и судебных исков пациентов, внутренние аудиты и др.

Обращения пациентов выступают источником ценной объективной информации на этапе идентификации рисков. Анализ обращений пациентов является одним из важных направлений как реактивного, так и проактивного риск-менеджмента, в связи с чем необходимо организовать работу с обращениями пациентов [18]. Проактивный риск-менеджмент направлен на упреждающее управление рисками и позволяет выявить все риски раньше, до того, как произошло нарушение. Для идентификации рисков на основании полученных обращений используется как реактивный подход анализа состоявшихся нежелательных событий, т.к. пациенты чаще всего предъявляют претензии на состоявшееся

событие, так и проактивный. В отдельных обращениях пациенты указывают на несостоявшиеся события [19-22]. Важно обратить внимание на системный характер работы с

Процесс управления рисками

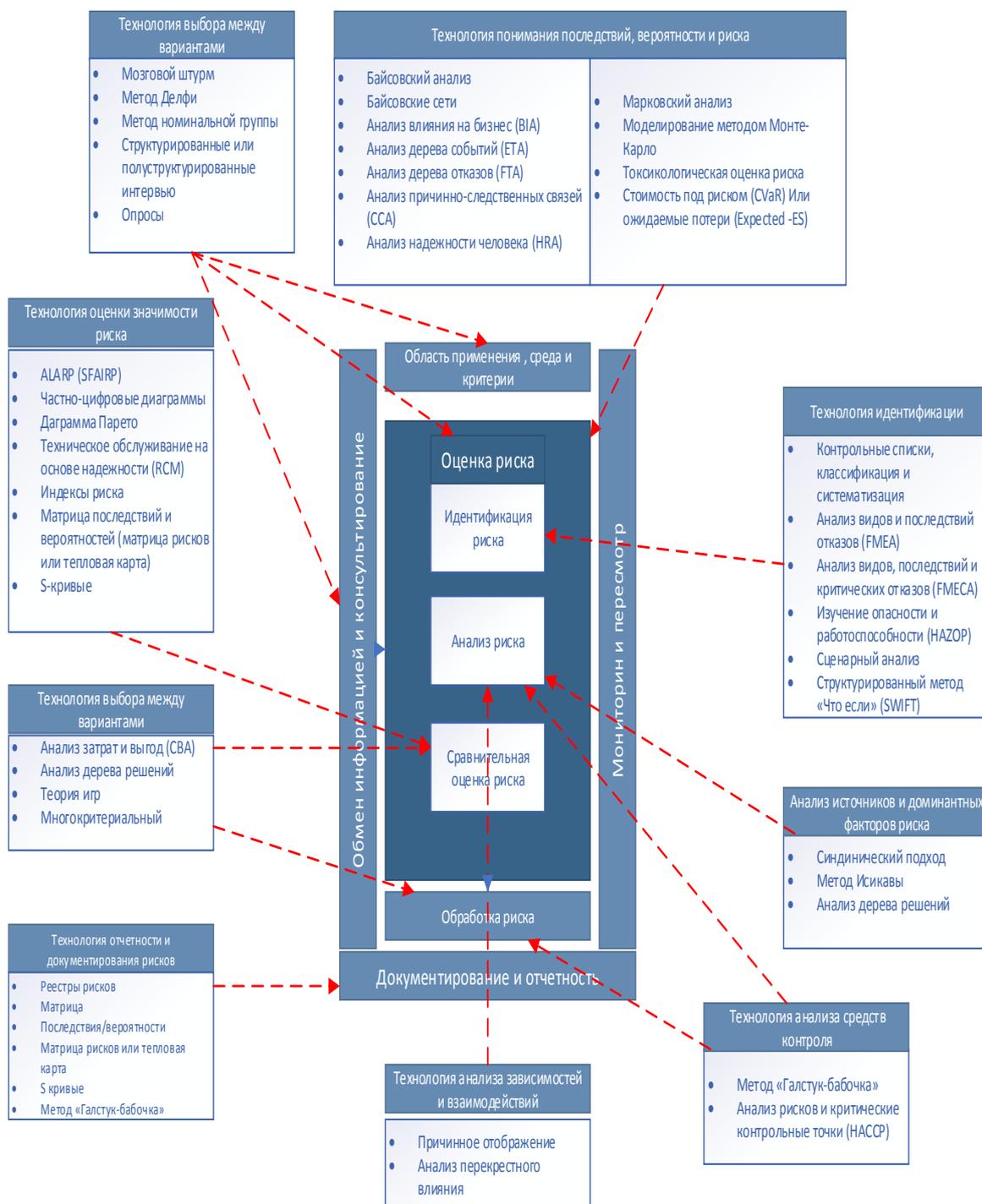


Рисунок 1. Процесс управления рисками в медицинской организации

обращениями граждан. По мнению ряда авторов, в медицинской организации должна быть налажена регистрация абсолютно всех обращений [1, 23]. Необходимо анализировать информацию, поступающую с сайтов, социальных сетей, книг регистрации обращений, устных и письменных обращений пациентов, обращений в контролирующие и надзорные органы.

С целью успешного риск-менеджмента выявленные инциденты и нежелательные события на этапе идентификации классифицируются в зависимости от источника, причин, последствий. Данная информация необходима для последующих этапов оценки рисков – анализа и сравнения. Состоявшиеся инциденты, а также их повторяемость и идентичность в оценке рисков будет иметь больший коэффициент вероятности наступления подобного нежелательного события, что будет в конечном итоге определять более высокий коэффициент индикации риска.

Цель работы: идентификация рисков причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи на основании анализа обращений пациентов.

Материалы и методы исследования. В рамках поставленной цели в работе реализован один из этапов риск-менеджмента – идентификация рисков на основании выявленных инцидентов и нежелательных событий по результатам анализа обращений пациентов, полученных из различных источников. Спланировано и проведено сплошное, ретроспективное (2017-2021 гг.) исследование, объектом которого явились подходы к идентификации рисков при оказании медицинской помощи. Единица наблюдения – обращение пациента, зарегистрированное в электронном журнале обращений медицинской организации. При проведении исследования использованы контент-анализ, статистический, аналитический методы.

На первом этапе исследования с целью идентификации риска по обращениям пациентов применена технология составления контрольных списков, классификации и систематизации. Произведен сбор информации о письменных (электронных), устных обращениях пациентов, получивших медицинскую помощь, из следующих источников: письменные жалобы на имя руководителя, в контролирующие органы, данные из книги жалоб на стойках в медицинской организации, сайт медицинской организации (раздел «Отзывы»), сайты «ПроДокторов», «2ГИС», «Яндекс-карты», «Гугл-Карты», «Инстаграм», «ВКонтакте», «Одноклассники», «Паблик Ревизор», устные обращения, зарегистрированные сотрудниками в электронном журнале. Из всех анализируемых источников данные обращений пациентов были занесены в электронный журнал обращений граждан информационной

системы медицинской организации. Доступ к электронному журналу предоставлен всем сотрудникам как медицинских, так и вспомогательных подразделений организации с целью оценки, мониторинга и контроля обращений. Данный журнал позволяет проводить анализ обращений по клиническим направлениям, подразделениям медицинской организации, отдельным сотрудникам (таблица 1).

На основе данных журнала обращений граждан составлена выкопировочная карта, при помощи которой каждое обращение типизировано в соответствие с учетными признаками. Основными признаками, используемыми для классификации обращений, являлись: дата обращения, источник информации об обращении, содержание обращения, субъект, причина и характер, результаты разбора обращения (жалоба, обоснованная/необоснованная жалоба), удовлетворенность пациента, разработанные корректирующие действия.

Таблица 1

Журнал обращений граждан

| № | Дата обращения | Источник | ФИО обратившегося | Содержание обращения | На кого обращение | Причина обращения | Причина жалобы | | | Результат разбора | Удовлетворенность обратившегося | Корректирующие действия | Автор | Дата регистрации |
|----|----------------|----------|-------------------|----------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|--|--------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|-------|------------------|
| | | | | | | | На организацию работы МО | Этика и деонтология медицинских работников | На качество медицинской помощи | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | |

Одним из этапов работы с обращениями граждан являлось проведение процедуры рассмотрения жалоб. Обращение считалось жалобой, если оно носило негативный характер, было связано с неудовлетворенностью пациента и в нем содержалась просьба гражданина или законного представителя о восстановлении или защите его нарушенных прав. Далее проводился медико-правовой анализ жалоб на предмет их обоснованности. Обоснованной

признавалась жалоба, при анализе которой был установлен факт нарушения требований законодательства в сфере охраны здоровья граждан (например, нарушение сроков оказания медицинской помощи, несоблюдение порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и др.)

По данным выкопировочной карты определены и систематизированы на однородные кластеры нежелательные события, сообщаемые пациентами. Для каждого события определен источник риска и его доля участия в общем количестве нежелательных событий (специалист, подразделение медицинской организации).

Для определения причин нежелательных событий, которые могут являться индикаторами риска, использована диаграмма Исикавы – «рыбья кость». Данный аналитический метод позволил определить и систематизировать фактические причины возникновения нежелательных событий и отобразить их в доступной наглядной форме. При построении диаграммы Исикавы событие размещалось у правой границы рабочего листа – «голова рыбьей кости», а причины и факторы, влияющие на проблему, изображались наклонными стрелками. Количество причин и факторов зависело от содержания проблемы, уровня рассматриваемого вопроса и т.д. При этом все возможные причины в диаграмме Исикавы классифицированы по категориям: организация, оборудование, методика и персонал [24].

Качественные данные были представлены в виде абсолютных и относительных (%) величин. Характеристика ширины распределения в исследовании представлена описанием 95% доверительного интервала (ДИ).

Результаты исследования и их обсуждение Анализ обращений пациентов за период 2017-2021 гг. по данным из различных источников показал, что количество обращений имеет тенденцию к увеличению. При оценке объема зарегистрированных обращений на 1000 посещений в медицинскую организацию также отмечается их ежегодный рост на 83,7% (рис. 2). Возможно данная ситуация связана с оптимизацией процесса регистрации обращений пациентов из всех источников и детальным разбором каждого обращения.

Удельный вес обоснованных жалоб неодинаков и варьирует в общей структуре обращений в разные годы от 29,9% [26,3-33,5] до 41,3% [29,5-38,8] (таблица 2).



Рисунок 2. Число зарегистрированных обращений пациентов за период 2017-2021 гг. (на 1000 посещений медицинской организации)

Таблица 2

Число зарегистрированных обращений пациентов за период 2017-2021 гг.

| год | Количество зарегистрированных обращений | | | | |
|------|---|-------------------|---------------------------|-------------------|------------------|
| | Всего, абс. | На 1000 посещений | Из них обоснованных жалоб | | |
| | | | Всего, абс. | На 1000 обращений | % [95% ДИ] |
| 2017 | 401 | 1,3 | 137 | 0,43 | 34,2 [29,5-38,8] |
| 2018 | 429 | 1,4 | 177 | 0,58 | 41,3 [29,5-38,8] |
| 2019 | 539 | 1,76 | 193 | 0,63 | 35,8 [31,8-39,9] |
| 2020 | 595 | 1,99 | 219 | 0,73 | 36,8 [32,9-40,7] |
| 2021 | 937 | 2,64 | 280 | 0,79 | 29,9 [26,3-33,5] |

В структуре обращений по источникам основную долю составляют обращения с сайтов в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (сайт медицинской организации, сайты «ПроДокторов», «2ГИС», «Яндекс-карты», «Гугл-Карты» и др.) – 48% [42,4-53,6], в книгах обращений на стойках медицинской организации – 38% [33,7-42,3] (рис. 3).

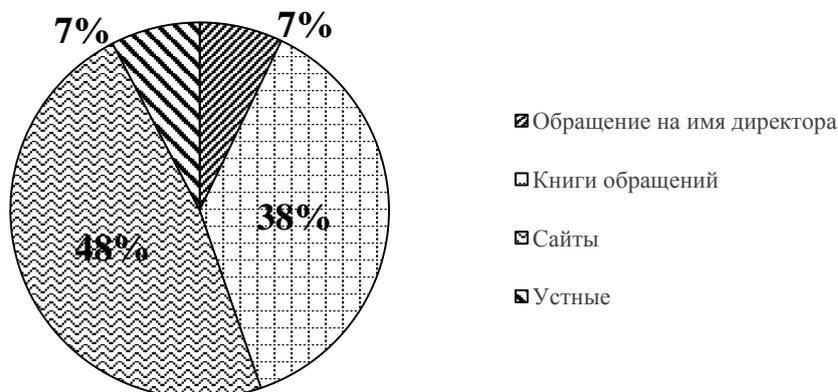


Рисунок 3. Структура обращений по источнику получения информации, %

Доля письменных обращений составила 45% [40,6-49,4], в форме электронного документа – 48% [42,4-53,6], в устной форме – 7% [6,5-7,5]. Среди всех обращений основная доля связана с оказанием помощи по профилям: «терапия» – 45% [41,2-48,84], «гинекология» – 25% [22,1-27,9], «хирургия» – 20% [17,7-23,3].

В структуре жалоб по причинам лидирующее место занимают жалобы на организацию медицинской помощи – 41% [37,2-44,8], второе место составляют жалобы, связанные с этикой и деонтологией – 32% [29,1-34,9], 27% [24,6-29,6] – с качеством медицинской помощи. Среди всех обращений 16,5% [11,7-21,3] обоснованных жалоб расценены как инциденты, имеющие риски причинения вреда здоровью различной степени тяжести. Вместе с тем, 99% данных инцидентов связаны с качеством оказания медицинской помощи и 1% – с организацией медицинской помощи.

По результатам анализа жалоб пациентов все нежелательные события были систематизированы в 6 групп (таблица 3): диагностические (неверно выставленный диагноз, расхождение данных лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых исследований и др.), лечебные (осложнения после хирургических, терапевтических вмешательств, побочные эффекты лекарственных препаратов и др.), реабилитационные (отсутствие эффекта, неблагоприятный эффект реабилитационных мероприятий), идентификационные (ошибки идентификации пациента на этапе диагностики и лечения), связанные с получением травм пациентами в медицинской организации (падения пациентов), связанные с производственной средой (заражение пациентов инфекцией при посещении медицинской организации, при медицинских вмешательствах и др.). При этом следует отметить, что события, классифицированные в группу диагностических рисков, могут привести к рискам, связанным

с лечебными манипуляциями, т.к., например, неверно выставленный диагноз приведет к дефектам лечения.

Источниками риска для каждого события явились структурные подразделения, специалисты, непосредственно принимающие участие в оказании помощи пациенту. Так, в группе диагностических и лечебных рисков наиболее часто источниками риска являлись врачи при оказании ими медицинских услуг – 58% [54,1-61,9] и 86% [82,7-89,3], соответственно. В большинстве случаев возникновения реабилитационных рисков – 88% [84,9-91,1] источником являлись инструкторы зала кинезотерапии. Идентификационные риски чаще всего возникали в регистратуре медицинской организации (68% [62,4-73,6]), а также в диагностических отделениях (20% [17,2-22,8]). Травмы при падении пациентов происходили на лестницах внутри помещений (80% [72,5-87,5]), а также на входе в медицинскую организацию (15% [12,6-17,4]). Источником рисков, связанных с производственной средой в медицинской организации, являлись коридоры и регистратура – 45% [40,2-49,8] и 35% [31,4-38,6], соответственно.

Для определения причинно-следственных связей между возникшими нежелательными событиями и факторами, влияющими на них, построена диаграмма Исикавы, где рассмотрены проблемы возникновения диагностических рисков (рис. 3).



Рисунок 3. Причинно-следственные связи между диагностическими рисками и факторами, влияющими на них возникновение

Одной из основных причин возникновения диагностических рисков при оказании медицинской помощи выступают кадровые проблемы и, прежде всего, высокая нагрузка на медицинский персонал, где ключевым фактором является низкая укомплектованность должностей врачебного и среднего персонала, проводящего диагностические исследования. Также актуальной проблемой является возросшая нагрузка на специалистов клиничко-диагностической лаборатории и рентгенологической службы, связанная с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19.

В причинах диагностических рисков причинения вреда здоровью основную значимость играет состояние оборудования, на котором выполняются исследования. Так, отсутствие регулярного обслуживания, технической поддержки оборудования приведет к поломкам и будет повышать риски возникновения диагностических ошибок. Нарушения в технологии исследований связаны с несоблюдением алгоритмов проведения диагностических манипуляций, клинических рекомендаций, методик проведения исследований. Здесь основной причиной является отсутствие утвержденных в медицинской организации стандартных операционных процедур, которые должен выполнять медицинский персонал. Кроме того, в данной группе причин одним из факторов является отсутствие единой информационной системы, которая должна объединять диагностические подразделения и консультативные кабинеты, что позволит оперативно получать результаты исследований и устранил их потерю.

Одной из причин организационных проблем возникновения рисков является отсутствие мероприятий по контролю за выполнением диагностических исследований в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Данные мероприятия должны осуществляться в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Таблица 3

Классификация рисков причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи

| <i>Риск и</i> | <i>Нежелательное событие (характеристика)</i> | <i>Источник риска, его доля в возникновении риска (%)</i> | <i>Причины</i> |
|------------------------|--|--|---|
| Диагностические | <ul style="list-style-type: none"> • неверно выставленный диагноз; • расхождение данных лабораторных исследований; • расхождение данных рентгенологических исследований; • расхождение данных ультразвуковых исследований; • расхождение данных цитологических, гистологических исследований; • расхождение данных при инвазивных диагностических процедурах | <p>Консультативные приемы врачей хирургического, терапевтического профилей (58%);</p> <p>Клинико-диагностическая лаборатория (22%);</p> <p>Отделение ультразвуковой диагностики (12%);</p> <p>Отделение рентген-диагностики (8%)</p> | <p>Невыполнение стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций;</p> <p>Загруженность персонала;</p> <p>Низкая квалификация персонала;</p> <p>Отсутствие оборудования;</p> <p>Нарушение техники проведения манипуляции;</p> <p>Нарушение технологии проведения исследования</p> |
| Лечебные | <ul style="list-style-type: none"> • отсутствие эффекта; • осложнения хирургического лечения; • осложнение терапевтического лечения; • побочные действия лекарственных препаратов; • дефекты медицинских манипуляций | <p>Приемы врачей терапевтического профиля (64%);</p> <p>Приемы врачей хирургического профиля (22%);</p> <p>Манипуляции среднего медицинского персонала (14%)</p> | <p>Невыполнение стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций;</p> <p>Загруженность персонала;</p> <p>Низкая квалификация персонала;</p> <p>Отсутствие оборудования</p> |

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Реабилитационные | <ul style="list-style-type: none"> • осложнение во время проведения реабилитационных мероприятий; • отсутствие эффекта | Отделение медицинской реабилитации: <ul style="list-style-type: none"> • инструкторы, проводящие занятия лечебной физкультурой с использованием медицинских тренажеров (88%); • инструкторы, проводящие иные занятия ЛФК (12%) | Низкая квалификация персонала; Загруженность персонала; Неправильная технология проведения занятия |
| Идентификационные | <ul style="list-style-type: none"> • ошибки регистрации (регистрация медицинской услуги на другого пациента, выдача карты другого пациента); • диагностические исследований неправильной локализации; • проведении лабораторных исследований другому пациенту | Регистратура (68%); Диагностические отделения (20%); Клинико-диагностическая лаборатория (12%) | Невыполнение алгоритмов идентификации; Интенсивная нагрузка персонала |
| Связанные с получением | Травмы вследствие падения пациентов | Лестницы внутри помещения (80%); Лестницы на улице (15%); Санитарные комнаты (5%) | Скользкие покрытия полов; Мокрый поверхности полов при уборке; Отсутствие поручней на входе в клинику |
| Связанные с производственной | Инфицирование пациентов, ассоциированное с оказанием медицинской помощи и др. | Коридоры (45%); Регистратура (35%); Холлы (15%); Процедурные, манипуляционные кабинеты (5%) | Нарушение маршрутизации пациентов с инфекционной патологией (пересечение потоков); Нарушение стандартов проведения медицинских манипуляций |

Заключение Основными задачами медицинских организаций является предоставление доступной и качественной медицинской помощи, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья. Использование риск-ориентированного подхода направлено на предупреждение

нарушений при оказании медицинской помощи путем предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан. Обращения пациентов, позволяют получить данные о нежелательных событиях вследствие оказания медицинской помощи. При этом нежелательные события расцениваются как последующие рискованные инциденты. Состоявшиеся события имеют более высокий коэффициент вероятности данного события, что учитывается при анализе рисков. Идентификация рисков по обращениям пациентов определяет структуру рисков, является первым этапом их оценки и включает такие мероприятия, как определение причин и источников нежелательных событий, что в последующем будет применено для расчета коэффициента индикации риска при анализе и сравнительной оценке рисков, а также может служить для определения индикаторов риска причинения вреда здоровью.

Список литературы

1. Кицул И. С., Балханов Б. С., Бадмаева Н. К. и др. Применение технологий риск-менеджмента в системе оказания медицинской помощи. Менеджер здравоохранения. 2012;10:6-14
2. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Поликарпов А.В., Шикина И.Б., Голубев Н.А., Вечорко В.И., Иванов И.В. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия показателей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население. Социальные аспекты здоровья населения. – 2016; 5(51):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-1
3. Панков А.А., Исаев А.А., Ермолаева Е.В. Риски в медицине. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015;12(5):1568
4. Сергейко И.В., Немсцверидзе Э.Я., Трифонова Н.Ю., Пикалов С.М., Люцко В.В. Реформы законодательства в сфере здравоохранения: обзор нормативных документов и комментарии. Современные проблемы науки и образования. 2014; 2:280.
5. Федеральный закон от 31.08.2020 года № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации». СПС «Гарант» (дата обращения: 05.03.2022)
6. ГОСТ Р 51897-2011/Руководство ИСО 73:2009 Менеджмент риска. Термины и определения = Risk management. Terms and definitions: национальный стандарт Российской Федерации: издание официальное: утвержден и введен в действие Приказом Федерального

агентства по техническому регулированию и метрологии от 16 ноября 2011 г. № 548-ст: введен впервые: дата введения 2012-12-01. Подготовлен Автономной некоммерческой организацией «Научно-исследовательский центр контроля и диагностики технических систем» (АНО «НИЦ КД») на основе собственного аутентичного перевода на русский язык англоязычной версии документа ISO Guide 73:2009 «Менеджмент риска. Словарь. Руководство по использованию в стандартах». М.: Стандартинформ. 2019

7. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования = Quality management systems. Requirements: национальный стандарт Российской Федерации: издание официальное: утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18 декабря 2008 г. № 471-ст: введен впервые: дата введения 2015-11-01. Подготовлен Открытым акционерным обществом «Всероссийский научно-исследовательский институт сертификации» (ОАО «ВНИИС») на основе собственного аутентичного перевода стандарта ИСО 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования». М.: Стандартинформ. 2009

8. Федеральный закон от 27.12.2002 года № 184-ФЗ «О техническом регулировании». СПС «Гарант» (дата обращения: 05.03.2022)

9. Шиган Е. Е. История возникновения понятия «риск здоровью» и его место в развитии профилактической медицины. Анализ риска здоровью. 2016;2:4-9

10. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 года № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.10.2020 № 60192)

11. Ходакова О. В. Механизмы правового регулирования качества оказываемой медицинской помощи. Забайкальский медицинский вестник. 2013;1:193-205.

12. Ерш В. С., Новиков И. А. Идентификация рисков как элемент системы управления рисками в организации. Международный журнал информационных технологий и энергоэффективности. 2021;1(19):14-22

13. Бурыкин И.М., Алеева Г.Н., Хафизьянова Р.Х. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи. Современные проблемы науки и образования. 2013;16:80

14. Ходакова О.В. Организационно-правовое регулирование в системе управления качеством медицинской помощи на территориальном уровне: специальность 14.02.03 -

Общественное здоровье и здравоохранение: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук; Кемер. гос. мед. акад. МЗ РФ. Кемерово. 2014. 42 с.

15. Кулешова Е.В. Управление рисками проектов: учебное пособие. Томск: Эль Контент. 2015.188

16. Кирюшкин В.Е., Ларионов И.В. Основы риск-менеджмента. М.: «Анкил». 2019.130

17. Князюк Н.Ф., Бидагаева Т. Г., Хайнуева Г. М. и др. Управление рисками медицинской организации. Здравоохранение. 2016;5:42-51

18. Кондратьева Н. В. Как начмеду снизить риски медицинских ошибок. Алгоритм по стандартам JCI. Заместитель главного врача. 2018;11:21-39

19. Кондратова Н.В. Риск-менеджмент в медицинской организации: как извлечь пользу из медицинских ошибок. В мире научных открытий. 2016;4(76):52-62

20. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Управление безопасностью медицинской помощи в современном здравоохранении. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019; 1(35): 18–31.DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.018-031

21. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Безопасность медицинской помощи – понятийные и эпидемиологические аспекты. Менеджмент качества в медицине. 2019; 1: 64-70

22. Люцко В.В., Степанян А.Ж., Каримова Д.Ю. Оптимизация управления качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения. Фундаментальные исследования. 2013; 12(2):257-259.

23. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Работа с обращениями граждан и удовлетворение отдельных требований потребителя: что необходимо учитывать медицинским организациям. Менеджер здравоохранения. 2019;9:77-81

24. Логунова О.Е. Применение причинно-следственной диаграммы Исикавы в репутационном менеджменте. Научные исследования. 2015;1:54-56

Reference

1. Kicul I. S., Balhanov B. S., Badmaeva N. K. i dr. Primenenie tehnologij risk-menedzhmenta v sisteme okazaniya medicinskoj pomoshhi. [Application of risk management technologies in the system of medical care]. Menedzher zdravoohraneniya. [Health care manager]. 2012;10:6-14 (In Russian)

2. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Поликарпов А.В., Шикина И.Б., Голубев Н.А., Вечорко В.И., Иванов И.В. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с

использованием индексов благополучия показателей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население. Социальные аспекты здоровья населения. – 2016; 5(51):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-1

3. Pankov A. A., Isaev A. A., Ermolaeva E. V. Riski v medicine. [Risks in medicine]. B'ulleten' medicinskih internet-konferencij. [Bulletin of medical Internet conferences]. 2015;12(5):1568 (In Russian)

4. Sergeyko I.V., Nemtsveridze E.Ya., Trifonova N.Yu., Pikalov S.M., Lyutsko V.V. Reformy zakonodatel'stva v sfere zdavoohraneniya: obzor normativnyh dokumentov i kommentarii. [Healthcare law reforms: review of regulatory documents and comments]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. [Modern problems of science and education]. 2014; 2:280. (In Russian)

5. Federal'nyj zakon ot 31.08.2020 goda № 248-FZ «O gosudarstvennom kontrole (nadzore) i municipal'nom kontrole v Rossijskoj Federacii». SPS «Garant» (data obrashcheniya: 17.09.2021) (In Russian)

6. GOST R 51897-2011/Rukovodstvo ISO 73:2009 Menedzhment riska. Terminy i opredeleniya = Risk management. Terms and definitions: nacional'nyj standart Rossijskoj Federacii: izdanie oficial'noe: utverzhdn i vveden v dejstvie Prikazom Federal'nogo agentstva po tehničeskemu regulirovaniju i metrologii ot 16 nojabrja 2011 g. № 548-st: vveden v pervye: data vvedeniya 2012-12-01. Podgotovlen Avtonomnoj nekommercheskoj organizaciej «Nauchno-issledovatel'skij centr kontrolja i diagnostiki tehničeskikh sistem» (ANO «NIC KD») na osnove sobstvennogo autentichnogo perevoda na russkij jazyk anglojazychnoj versii dokumenta ISO Guide 73:2009 «Menedzhment riska. Slovar'. Rukovodstvo po ispol'zovaniju v standartah». M.: Standartinform. 2019. (In Russian)

7. GOST R ISO 9001-2015 Sistemy menedzhmenta kachestva. Trebovanija = Quality management systems. Requirements: nacional'nyj standart Rossijskoj Federacii: izdanie oficial'noe: utverzhdn i vveden v dejstvie Prikazom Federal'nogo agentstva po tehničeskemu regulirovaniju i metrologii ot 18 dekabrja 2008 g. № 471-st: vveden v pervye: data vvedeniya 2015-11-01. Podgotovlen Otkryтым akcionernym obshhestvom «Vserossijskij nauchno-issledovatel'skij institut sertifikacii» (OAO «VNIIS») na osnove sobstvennogo autentichnogo perevoda standarta ISO 9001:2015 «Sistemy menedzhmenta kachestva. Trebovanija». M.: Standartinform. 2009. (In Russian)

8. Federal'nyj zakon ot 27.12.2002 goda № 184-FZ «O tehničeskome regulirovanii». SPS «Garant» (data obrashcheniya: 17.09.2021) (In Russian)

9. Shigan E. E. Istorija vznikovenija ponjatija «risk zdorov'ju» i ego mesto v razvitii profilakticheskoj mediciny. [The history of the concept of «health risk» and its place in the development of preventive medicine]. Analiz riska zdorov'ju. [Health risk analysis] 2016;2:4-9 (In Russian)
10. Prikaz Minzdrava Rossii ot 31.07.2020 goda № 785n «Ob utverzhdenii Trebovanij k organizacii i provedeniju vnutrennego kontrolja kachestva i bezopasnosti medicinskoj dejatel'nosti» (Zaregistrovano v Minjuste Russia 02.10.2020 № 60192) (In Russian)
11. Hodakova O.V. Mehanizmy pravovogo regulirovanija kachestva okazyvaemoj medicinskoj pomoshhi. [Mechanisms of legal regulation of the quality of medical care provided]. Zabajkal'skij medicinskij vestnik. [Zabaikalsky Medical Bulletin]. 2013;1:193-205 (In Russian)
12. Ersh V.S., Novato I.A. Identifikacija riskov kak jelement sistemy upravlenija riskami v organizacii. [Identification of risks as an element of the risk management system in the organization]. Mezhdunarodnyj zhurnal informacionnyh tehnologij i jenergojefektivnosti. [International Journal of Information Technology and Energy Efficiency]. 2021;1(19):14-22 (In Russian)
13. Burykin I.M., Leva G.N., Hafiz'janova R.H. Upravlenie riskami v sisteme zdavoohranenija kak osnova bezopasnosti okazanija medicinskoj pomoshhi. [Risk management in the healthcare system as a basis for the safety of medical care]. Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. [Modern problems of science and education]. 2013;16:80 (In Russian)
14. Hodakova O.V. Organizacionno-pravovoe regulirovanie v sisteme upravlenija kachestvom medicinskoj pomoshhi na territorial'nom urovne: special'nost' 14.02.03 - Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: avtoreferat dissertacii na soiskanie uchenoj stepeni doktora medicinskih nauk; Kemer. gos. med. akad. MZ RF. Kemerovo. 2014. 42 s. (In Russian)
15. Kuleshova E.V. Upravlenie riskami proektov: uchebnoe posobie [Project risk management: a textbook]. Tomsk: Jel' Kontent. 2015.188 (In Russian)
16. Kirjushkin V.E., Larionov I.V. Osnovy risk-menedzhmenta. [Fundamentals of risk management]. M.: «Ankil». 2019.130 (In Russian)
17. Knjazjuk N.F., Bidagaeva T.G., Hajnueva G.M. i dr. Upravlenie riskami medicinskoj organizacii. [Risk management of a medical organization]. Zdravoohranenie. [Healthcare]. 2016;5:42-51 (In Russian)
18. Kondrat'eva N.V. Kak nachmedu snizit' riski medicinskih oshibok. Algoritm po standartam JCI. [How to begin to reduce the risks of medical errors. Algorithm according to JCI standards]. Zamestitel' glavnogo vracha. [Deputy Chief physician]. 2018;11:21-39 (In Russian)

19. Kondratova N.V. Risk-menedzhment v medicinskoj organizacii: kak izvlech' pole's iz medicinskih oshibok. [Risk management in a medical organization: how to benefit from medical errors]. V mire nauchnyh otkrytij. [In the world of scientific discoveries]. 2016;4(76):52-62 (In Russian)
20. Voskanyan JE, Shikina IB. Upravlenie bezopasnost'yu medicinskoj pomoshchi v sovremennom zdavoohranenii. Medicinskie tekhnologii. [Management of the safety of medical care in modern health care. Medical technologies]. Ocenka i vybor. [Evaluation and selection]. 2019; 1(35): 18–31.DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.018-031 (In Russian)
21. Voskanyan J.E., Shikina I.B. Bezopasnost' medicinskoj pomoshchi – ponyatijnye i epidemiologicheskie aspekty. [Safety of medical care - conceptual and epidemiological aspects]. Menedzhment kachestva v medicine. [Quality management in medicine]. 2019; 1: 64-70 (In Russian)
22. Lyutsko V.V., Stepanyan A.J., Karimova D.Yu. Optimizaciya upravleniya kachestvom medicinskoj pomoshchi v usloviyah reformirovaniya zdavoohraneniya. [Optimization of quality management of medical care in the context of healthcare reform. Fundamental'nye issledovaniya. [Basic research]. 2013; 12(2):257-259. (In Russian)
23. Piven' D.V., Kicul I.S., Ivanov I.V. Rabota s obrashhenijami grazhdan i udovletvorenije ot del'nyh trebovanij potrebitelja: chto neobhodimo uchityvat' medicinskim organizacijam. [Work with citizens' appeals and satisfaction of individual consumer requirements: what should be taken into account by medical organizations]. Menedzher zdavoohraneniya. [Health care manager]. 2019;9:77-81 (In Russian)
24. Logunova O.E. Primenenie prichinno-sledstvennoj diagrammy Isikavy v reputacionnom menedzhmente. [Application of the Ishikawa causal diagram in reputation management]. Nauchnye issledovaniya. [Scientific research]. 2015;1:54-56 (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

Михно Надежда Валерьевна – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, Россия, Чита, ул. Горького, д. 39а, e-mail: mihno_nv@az-chita.ru, ORCID: 0000-0003-1827-001X

Евстафьева Юлия Валерьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, Россия, Чита, ул. Горького, д. 39а, e-mail: yuliya_evstafeva@bk.ru, ORCID: 0000-0001-9003-6207. SPIN-код: 2296-4948

Ходакова Ольга Владимировна – доктор медицинских наук, доцент, начальник отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, д. 11, каб. 311, e-mail: khodakovaov@mednet.ru
ORCID: 0000-0001-8288-939X. SPIN-код: 2314-6974

Information about authors

Mikhno Nadezhda Valeryevna – postgraduate student of the Department of public health and public health and health economics Chita State Medical Academy, Chita, 39a Gorky Street.
ORCID: 0000-0003-1827-001X

Evstafeva Yulia Valeryevna – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Department of public health and public health and health economics Chita State Medical Academy, Chita, 39a Gorky Street, ORCID: 0000-0001-9003-6207. SPIN-код: 2296-4948

Khodakova Olga Vladimirovna - Doctor of Medical Sciences, associate professor, head of the Department of scientific foundations of the health organization Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of MH, Moscow, Dobrolubova st., 11
ORCID: 0000-0001-8288-939X. SPIN-код: 2314-6974

Статья получена: 18.03.2022 г.
Принята к публикации: 29.06.2022 г.