

УДК 614.2.616-08-07

С.К. БЕКМУХАМБЕТОВ, Г.С. НАЖИМОВА, У.У. НИГМЕТОВ*Областная инфекционная больница, г. Уральск, Западно-Казахстанская область*

РОЛЬ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА В СТАБИЛИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ОСНОВНЫХ ИНДИКАТОРОВ СТАЦИОНАРА

Реформы, проводимые в отечественном здравоохранении, в основе своей направлены на повышение качества оказываемых медицинских услуг. В статье представлены некоторые нормативно-правовые документы, касающиеся повышения качества медицинской помощи. На примере инфекционного стационара показаны структура, цель, задачи службы управления качеством медицинской помощи, службы внутреннего аудита, состав и функции клинического аудита. налаженная система внутреннего аудита – это успех в улучшении и стабилизации основных индикаторов стационара, снижении показателей летальности и непрофильной госпитализации.

Ключевые слова: управление качеством медицинской помощи, служба внутреннего аудита, качество медицинских услуг.

Управление качеством медицинской помощи – систематический, независимый и документированный процесс непрерывных и взаимосвязанных действий, включающих планирование, организацию, мотивацию, внутренний аудит своей деятельности [1, 2].

В последнее десятилетие в отечественном здравоохранении вышел ряд нормативно-правовых документов, посвященных разработке и организации системы качества медицинских услуг в организациях здравоохранения.

Одним из таких документов был приказ МЗ РК №32 от 20.01.2009 г. «Об утверждении Правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения РК».

Издание приказа было своевременно и совпало с реализацией второго этапа Государственной программы реформирования и развития здравоохранения 2005-2010 гг., на основании данного приказа с первых месяцев 2009 г. в медицинских организациях разрабатывались Программы по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи. Программы содержали цель, задачи, индикаторы оценки качества деятельности всей организации и каждого подразделения [1].

Мероприятия по управлению качеством медицинской помощи осуществляются сотрудниками, руководителями подразделений, администрацией, внутрибольничными комиссиями, а также специально создаваемой Службой управления качеством медицинской помощи (далее – СУКМП) [1]. Были определены структура, цель и задачи, функции СУКМП. Внедрена система клинического аудита – подробный ретроспективный анализ лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам [1, 2].

Следующим нормативным документом по контролю качества стал приказ МЗ РК №152 от 24.03.2011 г. «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг». Приказ МЗ РК №32 от 20.01.2009 г. был упрямлен, но сыграл свою роль в организации СУКМП и внутреннего контроля (аудита), а также в подготовке медицинских организаций к аккредитации.

На сегодняшний день экспертиза качества медицинских услуг проводится на основании постановления Правительства РК №1577 от 22.12.2011 г. «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинской помощи».

Цель исследования – обозначить роль системы внутреннего аудита и службы управления в повышении качества медицинской помощи в инфекционном стационаре.

Задачи исследования – провести анализ и дать оценку эффективности внутреннего аудита и СУКМП в стабилизации основных индикаторов, снижении непрофильной госпитализации и показателей летальности за 2010-2012 гг.

Материал и методы

Использованы статистические данные медицинской организации за период с 2010 по 2012 гг.: ежегодное количество выписанных больных, среди них число детей в возрасте до 14 лет, основные индикаторы оценки качества медицинской помощи, доля не по профилю госпитализированных больных и показатели летальности.

Приказ МЗ РК №32 от 20.01.2009 г. явился основой для создания СУКМП.

Управление качеством медицинской помощи состоит из числа сотрудников, осуществляющих деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне организации здравоохранения, и наделенные соответствующими полномочиями [1, 2]. В нашем случае в службу вошли заведующие 5 лечебных отделений: отделение смешанных инфекций – 50 коек, отделение вирусных гепатитов – 30 коек, детское отделение инвазивных инфекций – 50 коек, детское отделение секреторных инфекций – 50 коек, отделения реанимации и интенсивной терапии – 6 коек, заместитель по лечебной работе, заместитель по контролю качества медицинских услуг. Службу внутреннего аудита по подразделениям возглавили заведующие отделениями, включая заведующих клинико-биохимической и микробиологической лабораториями.

Для оценки технологии оказания медицинской помощи пациентам на соответствие установленным стандартам в больнице организован клинический аудит [1, 3]. Кроме ретроспективного анализа лечебно-диагностических мероприятий аудиторы проводят отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке. В клинический аудит вошли 2 врача с большим опытом работы и прошедшие подготовку по экспертной деятельности. Для проведения клинического аудита в детских отделениях – 1 детский инфекционист, по отделениям для взрослых – 1 врач-инфекционист. Протоколы клинического аудита передавались в СУКМП для принятия управленческих решений. Каждое отделение разрабатывало внутренние индикаторы согласно профилю своей деятельности. Количество индикаторов – от 10 до 14, среднем 12 индикаторов – структуры, процесса, результата.

Внутренние индикаторы – показатели, которые характеризуют эффективность, полноту и соответствие медицинской деятельности каждого структурного подразделения медицинской организации стандартам в области здравоохранения в целях проведения анализа и оценки

качества медицинской деятельности [2]. Для каждого индикатора были разработаны критические уровни или пороговые значения, на которые следует опираться для достижения положительного результата.

Пороговое значение индикатора – значение, установленное как целевое для индикаторов, характеризующих благоприятное явление или допустимые для индикаторов, характеризующих неблагоприятное явление [2].

Основной константой внутреннего аудита является самооценка (самоконтроль), когда каждый сотрудник осуществляет оценку своей деятельности.

Самооценка – процесс, который проводится медицинскими работниками и руководителем каждого структурного подразделения медицинской организации для оценки своей медицинской деятельности согласно внутренним индикаторам [2].

По аналогичной схеме была создана служба внутреннего аудита в деятельности среднего медперсонала. Старшие медсестры проводили аудит работы средних медицинских работников в своих подразделениях.

С 2010 г. вся деятельность по повышению качества медицинских услуг осуществлялась по графику. СУКМП – заседание не реже 1 раз в месяц с целью принятия управленческих решений по результатам протоколов внутреннего и клинического аудита. Внутренний аудит, возглавляемый зав. отделениями, ежемесячно представлял по 2 протокола аудита – 15 и 30 числа каждого месяца. В протоколах отражались результаты аудита медкарт пациентов, непрофильная и необоснованная госпитализация, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, санпросветратора и т.д. Наиболее серьезные дефекты, касающиеся качества лечебно-диагностических мероприятий и летальных случаев, передавались в службу управления качеством. По проведению внутреннего аудита на уровне среднего звена также были разработаны индикаторы, пороговые значения и критерии оценки деятельности. Сюда вошли своевременность и техника выполнения медицинских процедур и манипуляций, безопасность рабочего места, вопросы СанПиНа, санпросвет. работа, соблюдение медицинской этики и деонтологии, повышение квалификации, трудовая дисциплина.

Результаты и обсуждение

Был проведен анализ повышения качества медицинских услуг с 2010 по 2012 гг.: заседаний СУКМП – 24 (2010 г. – 6; 2011 г. – 8; 2012 г. – 10); службы внутреннего аудита – 27 (2010 г. – 8; 2011 г. – 9; 2012 г. – 10); внутренний аудит зав. отделений – 142 (2010 г. – 30, 2011 г. – 60, 2012 г. – 72). Вся работа, проводимая службой внутреннего аудита, оформлялись протоколами, было принято 9 управленческих решений.

Анализируя деятельность стационара, отмечаем за последние 3-5 лет значительное снижение госпитализации непрофильных больных, т.е. с неинфекционной патологией. В 2010 г. из 5533 пациентов 5318 (96,0%) с инфекционными заболеваниями, 215 (4,0%) с другими заболеваниями; в 2011 г. из 5070 больных – инфекционных 4969 (98,0%), с другими диагнозами 101 (2,0%); в 2012 г. из 5100 пациентов инфекционные составили 4976 (97,5%), непрофильные – 124 (2,5%). Для сравне-

Таблица 1 – Снижение непрофильной госпитализации и динамика показателей летальности с 2010 по 2012 гг.

№	Период	2010 г.	2011 г.	2012 г.
1	Всего выписано больных	5533	5070	5100
2	Взрослых	1414 (25,6%)	1680 (33,1%)	1628 (32,0%)
3	Детей до 14 лет	4119 (74,4%)	3390 (66,9%)	3472 (68,0%)
4	Детей в возрасте до 1 года	1403	1272	1224
5	С инфекционной патологией Непрофильные больные	5318 (96%) 215 (4%)	4969 (98%) 101 (2%)	4976 (97,5%) 124 (2,5%)
6	Умерло всего	17	10	6
7	Общесоборничная летальность	0,3%	0,2%	0,1%
8	Умерло всего детей	9	5	1
9	Умерло детей в возрасте до 1 года	7	1	-
10	Младенческая летальность	0,5%	0,1%	-

ния в 2009 г. непрофильные больные составили 5,3% – при общем количестве больных 5521 – инфекционные 5531 (94,7%); в 2008 г. доля непрофильных больных была 6,0%.

Положительная динамика сложилась в показателях летальности, при сравнении в 2010 – 2012 годы.

За 2012 год всего умерло больных 6, из них детей – 1 (16,6%) от общего числа умерших. Общая летальность по стационару 0,1%. Случаев младенческой летальности в 2012 г. не допущено. 1 случай летального исхода – ребенок в возрасте 4 лет – до суток. Диагноз: Острая респираторно-вирусная инфекция. Двусторонняя субтотальная вирусно-бактериальная пневмония. ИТШ. Кома. Отек и набухание головного мозга. Взрослых умерло 5 (83,4%) от общего количества умерших. У 4 больных летальный исход в результате декомпенсированного цирроза печени вирусной этиологии и 1 летальный случай – больной СПИД, 4-я клиническая стадия.

В 2011 г. отмечено 10 летальных случаев – 5 взрослых и 5 детей. Показатель общесоборничной летальности 0,2%. Допущен 1 случай младенческой летальности. Показатель 0,1%. Смерть у взрослых пациентов наступила в результате: ВИЧ/СПИД – 1; цирроз печени – 1; менингококковая инфекция – 1, панкреонекроз – 1, острый вирусный гепатит В, fulminantное течение. Летальные исходы у детей: сепсис, септицемия, ИТШ – 1; ОРВИ; двусторонняя пневмония. ИТШ – 1; очагово-сливная абсцедирующая пневмония, ОДН – 1. Ребенок в возрасте 1 месяца умер в результате спонтанного кровоизлияния с прорывом в желудочки мозга.

За 2010 год количество умерших 17, из них детей – 9 или 53% от общего числа умерших.

Общесоборничная летальность в 2010 г. – 0,3%; детей в возрасте до 1 года умерло 7, показатель младенческой летальности составил 0,5%.

На таблице 1 в динамике показано снижение госпитализации непрофильных больных с 4% в 2010 г. до 2-2,5% в 2011 и 2012 г.

На таблице 2 отражена стабилизация основных индикаторов стационара.

Результатом работы управления качества медицинской помощи, службы внутреннего аудита в течение 3-х лет явились улучшение и стабилизация основных индикаторов, снижение уровня госпитализации непрофильных больных и снижение показателей летальности (табл. 1 и 2).

На практике управление качеством чаще всего заключается в ретроспективном анализе качества оказания

Таблица 2 – Некоторые индикаторы оценки качества медицинских услуг по стационару за 2010 – 2012 гг.

№	Наименование индикатора	Пороговое значение	2010 г.	2011 г.	2012 г.
1	Общепольничная летальность	не более 0,4%	0,3%	0,2%	0,1%
2	Количество случаев младенческой летальности за отчетный период а) от заболеваний органов дыхания б) острые кишечные инфекции	2%	0,5% –	0,07% –	не было –
3	Детская летальность от кишечных инфекций	не более 0,4%	0,17%	не было	не было
4	Детская летальность от ОРВИ	не более 0,2%	0,08%	0,05%	0,05%
5	Показатель повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 7 суток	0%	нет	нет	нет
6	Случаи расхождения основного клинического и патологоанатомического диагноза	не более 2%	8,3%	не было	не было
7	Показатель внутрибольничной инфекции	не более 2,5%	-	-	-
8	Летальность при плановой госпитализации	до 1%	0,6%	нет	нет
9	Отсутствие обоснованных жалоб	0	1	нет	нет

медицинской помощи и принятие на основе полученных результатов управленческих решений с целью недопущения в дальнейшей работе подобных дефектов [3].

Однако проведение экспертизы качества медицинской помощи только ретроспективным методом исключает возможность внесения соответствующих корректив в экспертируемый случай оказания медицинской помощи и поэтому не может повлиять на процесс и исход лечения [3].

Выводы

Организация системы внутреннего аудита в инфекционном стационаре с 2010 по 2012 гг. привели к положительным результатам, а именно: стабилизации основных индикаторов, снижению показателей летальности и непрофильной госпитализации.

Таким образом, для оказания качественной и эффективной медицинской помощи необходимо постоянное совершенствование системы внутреннего контроля (аудита).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Приказ МЗ РК от 20.01.2009 г. №32 «Об утверждении Правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения РК»

2 Постановление Правительства РК от 22.11.2011 г. №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»

3 Алексеева Н.Ю., Ломакина Н.А. О новых подходах к управлению качеством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. – Москва, 2011. – №2 – С. 14-16

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**С.К. БЕКМҰХАМБЕТОВ, Г.С. НӨЖИМОВА,
У.У. НЫҒМЕТОВ**

Облыстық жұқпалы аурулар ауруханасы, Орал қ.
**СТАЦИОНАРДЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ МЕН НЕГІЗГІ
ИНДИКАТОРЛАРДЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІН ТҰРАҚ-
ТАНДЫРУДАҒЫ ІШКІ АУДИТТИҢ РӨЛІ**

Бүгінгі таңда денсаулық сақтау саласында көрсетіліп жатқан медициналық қызмет көрсетудің сапасына бақылау жүргізудің маңыздылығы – өте өзекті. Емдеу сапалы болса, сәйкесінше жақсы нәтижелер болады. Осы мақаланың мысалында барлығы әрбір қызметкердің өзін бағалауынан, яғни, «өзін өзі» бақылаудан, ішкі аудиттің реттелген жүйесінен, оның тұрақты жетілдірілуінен басталады. Осы жұмысты үнемі жүргізе отырып, көрсеткіштердің жақсаруына, индикаторларды тұрақтандыруға және көрсетілетін қызметтердің сапасын көтеруге қол жеткізуге болады.

S U M M A R Y

**S.K. BEKMUKHAMBETOV, G.S. NAZHIMOVA,
U.U. NIGMETOV**

Regional Hospital of Infectious Diseases, Uralsk c.
**THE INTERNAL AUDIT ROLE IN THE STABILIZATION
AND MAIN INDICATORS OF THE HOSPITAL**

The importance of quality control monitoring of rendered health services in health care as for today is very topical. If there is high quality of treatment, respectively, there are good results. The article shows that everything starts with self-assessment of each employee, i.e., of self-control, with the balanced system of internal audit and with permanent improvement of it. Constantly pursuing such work it is possible to improve performance, indicators stabilization and the quality of services provided.