

вой терапии рентгеновский симулятор Acuity. Осваиваются новые методики лечения.

Однако, имеется целый ряд проблем, тормозящих их развитие. Например, в связи с тем, что при приобретении нового оборудования не учитывались современные требования к проведению лучевой терапии, возникли определенные трудности при лечении. Рентгенсимулятор недоукомплектован КТ-приставкой, а планирующая система работает только с поперечными срезами, поэтому приходится использовать компьютерный томограф для проведения планирования лучевой терапии. Линейные ускорители не оснащены мультилифтколлиматорами, поэтому для формирования фигурных полей используются свинцовые блоки, количество и формы (возможности выложить фигурное поле) которых ограничены. На аппарате для брахитерапии в комплекте нет многих аппликаторов, например, для проведения брахитерапии простаты, поверхностных образований мягких тканей, молочной железы и др. При поставке аппарата для рентгенотерапии не было предусмотрено проведение клинической дозиметрии, что увеличило сроки ввода в эксплуатацию.

Таким образом, в организации онкологической службы в Астане за последние два года произошли значительные изменения. Однако, имеющиеся субъективные и объективные проблемы влияют на объемы и качество оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.

ОПЫТ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА НА УРОВНЕ ГОРОДСКОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

К.А. МУСАБЕКОВ

Городской онкологической диспансер, г. Астана

Решение задачи дальнейшего совершенствования системы здравоохранения возможно путем реализации дополнительных стимулов для оказания эффективной и качественной медицинской помощи. При этом улучшение качества возможно при достижении понимания персоналом требований, предъявляемых к их работе, четкой взаимосвязи между достижением определенных результатов и последующим финансовым стимулированием.

Для проведения внутреннего контроля качества оказываемых медицинских услуг в диспансере организована служба внутреннего аудита (СВА). Как известно, первичная цель процесса внутреннего аудита – достижение улучшения деятельности медицинской организации и подготовка к внешнему аудиту.

Структура службы утверждена руководителем организации. Ее деятельность в настоящее время осуществляется в соответствии с действующими нормативными и правовыми документами:

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 г. №193-4 «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 22.12.2011 г. №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг»;

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 24.03.2011 г. №152 «Правила организации и проведения внешней и внутренней экспертизы качества медицинских услуг».

Утвержденная штатная численность СВА составляет 4,5 ставки, в настоящее время укомплектована

Т Ы Ж Ы Р Ы М АЙМАҚТЫҚ МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН ҚЫЗМЕТТІҢ ДАМУЫҒА ШАРТТАРЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНҒА ОНКОЛОГИЯ КӨМЕГІ

**М.Е. Төлеутаев, К.А. Мусабеков,
Д.К. Рақымбекова, К.З. Құсайынов**
*Қалалық онкология диспансері, Астана қ.,
Алматы мемлекеттік дәрігерлердің
білімің жетілдіру институты*

Онкология диспансерінің жұмыстары талдау барысында көлем төмендететін мәселелердің қатары айқындалған, сапа және онкология ауруын мамандандырылған көмектің көрсетуін уақытылы болу.

S U M M A R Y THE ONCOLOGICAL HELP TO THE POPULATION IN THE CONDITIONS OF DEVELOPMENT OF REGIONAL SPECIALIZED SERVICE

**M.E. Tuleutaev, K.A. Musabekov,
K.Z. Kusainov, D.K. Rakhimbekova**
*City oncological clinic, Astana c.,
Almaty state institute of improvement of doctors*

During the analysis of work of an oncological clinic a number of the problems reducing volumes, quality and timeliness of rendering of the specialized help is revealed by the oncological patient.

полностью. В состав службы вошли: специалист-онколог высшей категории, организатор здравоохранения, преподаватель профильной кафедры.

На основе разработанных положений о деятельности СВА проводится анализ организации оказания медицинской помощи, клинической деятельности, экспертиза случаев нарушения порядка оказания медицинской помощи и стандартов в области здравоохранения, а также рассмотрение в пятидневный срок обращений пациентов, находящихся на лечении. Для этого была разработана программа управления качеством медицинской помощи. На основе программы утвержден план мер по ее реализации.

Онкологическая помощь жителям города Астана оказывается онкологическим диспансером, который в настоящее время сохраняет статус городского казенного коммунального предприятия. Численность обслуживаемого населения по состоянию на 01.11.2010 г. составила 701491 человек. Плановая мощность по амбулаторно-поликлинической службе составляет 380 посещений в смену. С переводом 29 сентября 2010 года терапевтических отделений во вторую городскую больницу коечный фонд сокращен до 245 коек, открыты отделения: хирургии №1 – 40 коек, отделение общей терапии на 30 коек, расширены отделения химиотерапии до 60 коек, радиологии до 50 коек, гинекологии до 25 коек, хирургия №2 – 40 коек. В структуре общей коечной мощности 195 – онкологических, 50 коек – радиологического профиля. Диагностические подразделения – это клиничко-диагностическая лаборатория, централизованная цитологическая лаборатория, отделение луче-

вой диагностики и эндоскопии, патоморфологическая лаборатория.

Внутренняя экспертиза в диспансере имеет многоуровневый характер:

- самоконтроль (врач отделения, медицинская сестра);
- контроль на уровне руководителей подразделений (заведующий отделением, старшая медицинская сестра);
- контроль, осуществляемый службой внутреннего аудита (в целом по организации).

Экспертной оценке обязательно подвергаются следующие случаи:

- летальных исходов;
- фактов возникновения внутрибольничных инфекций;
- осложнений, в том числе послеоперационных;
- повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественно проведенного предыдущего лечения;
- расхождений диагнозов;
- запущенных форм онкологических заболеваний.

В ходе проведения внутренней экспертизы на всех её уровнях оцениваются полнота и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза; выявляются дефекты и их причины; разрабатываются рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

При проведении экспертизы в качестве источника информации используются первичные учетные медицинские документы, по которым оцениваются:

- качество сбора анамнеза;
- полнота и обоснованность проведения диагностических исследований;
- правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза в течение первых трёх дней (с учётом результатов проведенных исследований на догоспитальном этапе);
- обоснованность нахождения на лечении;
- своевременность и качество консультаций специалистов;
- объём, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, в том числе диспансерных, профилактических и реабилитационных;
- развитие осложнений после медицинских вмешательств.

Также оценивается удовлетворённость качеством оказанной медицинской помощи со стороны пациентов.

Проводится оценка обоснованности отказов в госпитализации, оценка качества работы врачей приёмного отделения, доступности стационарной помощи населению (работа портала «Бюро госпитализации»).

Экспертная оценка диспансерной работы врачей проводится по следующим критериям:

- кратность диспансерного наблюдения в течение года;
- качество обследования и соответствие видов обследований утверждённому протоколу диагностики и лечения, протоколу диспансерного наблюдения (согласно приказу МЗ РК от 14.11.2005 г. №571 «Об утверждении протоколов (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний»;
- обоснованность проведения лабораторно – диагностических исследований, не вошедших в клинические протоколы;
- при направлении на госпитализацию – наличие показаний к стационарному лечению;
- регулярность наблюдений после выписки из стационара.

При этом используются статистические данные достоверности взятия и снятия с учёта.

Результаты проведения внутренней экспертизы выносятся и разбираются на заседаниях внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно – диагностическому процессу с последующим принятием организационных выводов.

Степень удовлетворённости граждан уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи определяется путём анкетирования пациентов.

В 2011 году службой было проведено 7 проверок по онкологическому диспансеру, из них комплексных проверок – 2; заседаний лечебно-контрольных комиссий – 1.

По результатам проверок выявлен ряд нарушений по ведению медицинской документации: некачественное оформление отчётно-учётной документации; несвоевременное взятие на диспансерный учёт больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования.

По результатам деятельности СВА в диспансере для улучшения деятельности онкологической службы города, улучшения преемственности с лечебно-профилактическими организациями с начала текущего года разработан комплекс мер, в том числе:

- регламент проведения врачебных конференций;
- порядок проведения экспертизы качества медицинских услуг заведующими отделениями (согласно приказу МЗ РК №152) (в том числе экспертиза 50% медицинской документации пролеченных больных);
- критерии для определения уровня качества лечения (УКЛ), балльная система оценки;
- порядок проведения экспертизы качества работы среднего медицинского персонала;
- разработана и внедрена форма бланка «Согласие пациента на медицинское вмешательство»;
- порядок проверки деятельности онкологических кабинетов амбулаторно-поликлинических организаций города врачами-кураторами из диспансера.

Итогом деятельности службы является внедрение дифференцированной оплаты труда в целях стимулирования труда медицинских работников и повышения качества оказываемой медицинской помощи. Согласно приказу МЗ РК от 12.04.2010 года №249 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» за счёт заработанных и сэкономленных средств государственного бюджета, по итогам конечного результата за квартал, будет производиться выплата денежных средств в виде премиальных.

ТҰЖЫРЫМ

ДЕҢГЕЙДЕ ҚАЛАЛЫҚ МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН ДӘРІГЕРЛІК ҰЙЫМНЫҢ ІШКІ АУДИТІН ҚЫЗМЕТТІ ҚҰЖЫМЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

К.А. Мусабеков

Астана қалалық онкология диспансері

Деңгейде қалалық онкология диспансерінің ішкі сараптамасының қызметінің жұмысының нәтижелері келтірілген. Сараптаманың игерілген белгілерін дәрігерлік қызметкерлердің жұмысын бағалап және шекті нәтиже бойынша төлеулерді ендіруге объективті түрде мүмкіндік береді.

SUMMARY

EXPERIENCE OF SERVICE OF INTERNAL AUDIT AT LEVEL OF THE CITY SPECIALIZED MEDICAL ORGANIZATION

K.A. Musabekov

City oncological clinic, Astana c.

In article results of work of service of internal examination at level of a city oncological clinic are resulted. The developed criteria of examination allow to estimate objectively work of medical workers and to introduce payment on the end result.