

НАО «Медицинский университет Астана»

УДК: 61-048.78:005342

МПК: G16H10/00

Байсарина Инкар Еркебулановна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РИСК МЕНЕДЖМЕНТА ПО КАЧЕСТВУ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
7M10103 – «Общественное здравоохранение»**

Диссертация
на соискание академической степени магистра медицинских наук

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ибраев С.Е.

Нур-Султан 2022 г.

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	5
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	8
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	11
1.1 Предпосылки к введению службы риск-менеджмента в медицинских организациях.....	11
1.2 Анализ взаимодействия рисков в медицинских организациях.....	14
1.3 Анализ эффективности службы противодействия рискам качества медицинских услуг в Казахстане.....	24
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.....	29
2.1 Материалы исследования.....	29
2.2 Методы исследования.....	31
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	33
3.1 Оценка эффективности мероприятий по управлению рисками по результатам анкетирования в медицинских организациях.....	33
3.2 Анализ состава службы по управлению рисками качества медицинских услуг по результатам анкетирования.....	50
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	54
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	57
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	58
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	66

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

1. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725 «Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения».
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 июля 2018 года № 461 «Об утверждении основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан на 2018-2022 годы. (с изменениями от 15.02.2019 г.)».
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября.2020 года № ҚР ДСМ - 189/2020, «Об утверждении методики внедрения и оценки эффективности внедрения клинических протоколов в практическое здравоохранение»
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года №. ҚР ДСМ-305/2020, «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года. №. ҚР ДСМ-230/2020, «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)».
8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 апреля 2017 года № 165 «Об утверждении Типовых программ повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Риск – это событие или группа случайных событий, наносящих ущерб объекту, обладающему данным риском

Управление рисками (риск-менеджмент) – процесс принятия и выполнения управленческих решений, которые минимизируют неблагоприятное влияние на организацию или лицо убытков, вызванных случайными событиями

Безопасность пациентов – предотвращение неблагоприятных исходов или повреждений во время процесса лечения или уменьшения ущерба в случае их наступления

Культура безопасности – не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности

Инцидент, происшествие – неожиданное и непреднамеренное событие, которое привело к причинению вреда пациенту или медицинскому персоналу, включая смерть, инвалидность, повреждение, заболевание и т.д.

Стратегические риски – риски, способные вызвать срыв достижения стратегических целей.

Финансовые риски – риски, связанные с вероятностью потерь финансовых ресурсов

Операционные риски – риски, связанные с оказанием всех видов медицинской помощи, включая диагностику, реабилитацию, амбулаторное и стационарное лечение

Аккредитация в области здравоохранения – процедура официального подтверждения соответствия субъекта требованиям, установленным настоящими правилами

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

МО	медицинские организации
Клинический протокол	клинические протоколы диагностики и лечения
ВВП	внутренний валовый продукт
СМК	система менеджмента качества
ННЦРЗ	Национального научного центра развития здравоохранения
ВОЗ	Всемирной организации здравоохранения
ISQua	Международное общество по качеству в сфере здравоохранения
UMC	корпоративного фонда “University Medical Center”
НЦДР	Национальный центр детской реабилитации
РДЦ	Республиканский диагностический центр
ННЦМД	Национальный научный центр материнства и детства
СМР	средние медицинские работники
ГОБМП	гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ФСМС	фонд обязательного социального страхования

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблица 1.	Группы основных рисков в МО по происхождению	стр.16
Таблица 2.	Мероприятия по достижению атрибутов качества	стр.19
Таблица 3.	Демографические характеристики участников исследования	стр.33
Таблица 4.	Распределение врачей по возрасту и стажу	стр.34
Таблица 5.	Распределение медицинских сестер по возрасту и стажу	стр.34
Таблица 6.	Распределение участников по стажу работу в конкретной МО	стр.36
Таблица 7.	Средние значения ответов по стажу респондентов-врачей	стр.47
Таблица 8.	Средние значения ответов по стажу респондентов-медицинских сестер	стр.48
Рисунок 1.	Взаимосвязь экономических рисков и качества оказания медицинских услуг	стр.17
Рисунок 2.	Материалы и методы исследования	стр.29
Рисунок 3.	Отбор публикаций для обзора литературы	стр.31
Рисунок 4.	Распределение респондентов по возрасту	стр.35
Рисунок 5.	Распределение респондентов по стажу	стр.36
Рисунок 6.	Оценка вероятности инцидентов респондентами врачами	стр.37
Рисунок 7.	Оценка вероятности инцидентов респондентами медицинскими сестрами	стр.37
Рисунок 8.	Оценка ведения учета жалоб и инцидентов респондентами врачами	стр.38
Рисунок 9.	Оценка ведения учета жалоб и инцидентов респондентами медицинскими сестрами	стр.39
Рисунок 10.	Оценка эффективности клинических разборов – врачи	стр.40
Рисунок 11.	Оценка эффективности работы комиссии по разбору жалоб – врачи	стр.40
Рисунок 12.	Оценка эффективности работы комиссии по разбору жалоб - СМР	стр.41
Рисунок 13.	Оценка эффективности службы инфекционного контроля - врачи	стр.41
Рисунок 14.	Оценка эффективности службы инфекционного контроля – СМР	стр.42
Рисунок 15.	Оценка эффективности следования стандартам	стр.43

	аккредитации – врачи	
Рисунок 16.	Оценка эффективности следования стандартам аккредитации – медицинские сестры	стр.43
Рисунок 17.	Оценка эффективности обучения стандартам аккредитации – врачи	стр.44
Рисунок 18.	Оценка эффективности обучения стандартам аккредитации – СМР	стр.44
Рисунок 19.	Оценка риска уменьшения государственного финансирования – врачи	стр.45
Рисунок 20.	Оценка уменьшения государственного финансирования – медицинские сестры	стр.46
Рисунок 21.	Оценка вероятности риска оттока пациентов из МО при уменьшении государственной финансовой поддержки – врачи	стр.46
Рисунок 22.	Оценка вероятности риска оттока пациентов из МО при уменьшении государственной финансовой поддержки – СМР	стр.47
Рисунок 23.	Виды обучения специалистов по управлению рисками качества по предпочтению медицинских работников	стр.50
Рисунок 24.	Требования к должности специалистов по управлению рисками качества	стр.51
Рисунок 25.	Требования к навыкам специалиста по качеству	стр.52
Рисунок 26.	Требования к базовому образованию специалиста по качеству	стр.52

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования:

Согласно ст.77 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» Политика государства направлена на предоставление потребителю медицинских услуг возможности свободного выбора медицинской организации. Осуществляя этот выбор, потребитель учитывает уровень обслуживания и качество помощи в медицинских организациях не меньше, чем квалификацию персонала, возможность получения современных медицинских технологий и эффективного лечения.

Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» ставит целью увеличить ожидаемую продолжительность жизни граждан страны на 3,63 года (5%) и повысить уровень удовлетворенности населения качеством медицинских услуг на 26,7% за 5 лет. Это требует эффективной, своевременной и качественной реализации проектов в области здравоохранения как комплекс мер по совершенствованию системы управления субъектами здравоохранения с учетом наилучшей мировой практики корпоративного управления [1].

Комплекс мер по повышению качества и эффективности управления субъектами здравоохранения будет включать в себя внедрение современных механизмов управления организациями, включая проектный менеджмент, риск-менеджмент, менеджмент, направленный на достижение результатов, финансовый менеджмент, развитие лидерских навыков и др.

Показателем общего улучшения качества и безопасности медицинской помощи является неуклонное снижение рисков для пациентов и персонала медицинской организации. Качество и безопасность деятельности медицинской организации основываются на постоянной работе всех сотрудников. Управление рисками (риск-менеджмент) – процесс принятия и выполнения управленческих решений, которые минимизируют неблагоприятное влияние на организацию или лицо убытков, вызванных случайными событиями. Система управления рисками включает выявление и оценку риска, выбор метода воздействия на риск, принятие решения, воздействие на риск, контроль и/или корректировку принятого решения [2].

Демографические изменения населения, атипичное течение заболеваний и предлагаемые технологические инновации оказывают неослабевающее давление на изменения в здравоохранении, требуя надежных способов постоянного улучшения. Внедрение методов доказательной практики сталкивается с возрастающей сложностью процессов в здравоохранении, и направлено на эффективное реагирование им. Совершенствование системы противодействия рискам качества направлено на совершенствование медицинского образования [3] [4], развитие личностных навыков персонала [5], и развитие теории организационного управления [6] [7]. При этом отмечается необходимость продолжения мероприятий по усовершенствованию риск-менеджмента [8]. Таким образом, проблема совершенствования управления

рисками является на сегодняшний день достаточно актуальной, поскольку является одним из целеполагающих моментов для повышения безопасности оказания медицинской помощи в системе отечественного здравоохранения, ориентированной на международные стандарты, но действующей в правовом поле страны.

Цель исследования:

Оценить эффективность управления рисками для улучшения качества медицинских услуг.

Объект исследования:

Медицинские работники медицинских организаций.

Предмет исследования:

Мероприятия по управлению рисками качества медицинских услуг.

Задачи исследования:

1. Изучить опыт внедрения и деятельность системы управления рисками в отечественных и зарубежных медицинских организациях;
2. Изучить эффективность работы службы по управлению качеством по мнению персонала медицинской организации;
3. Разработать рекомендации по совершенствованию обучения персонала медицинской организации в вопросах управления рисками в сфере оказания медицинских услуг.

Материалы и методы исследования:

При выполнении данной диссертации изучены аналитические, информационные и статистические данные: нормативно-правовые акты в области качества медицинских услуг, данные по аккредитации медицинских организации за период 2011-2021 годов, отчетность по Государственной программе «Денсаулық» на 2016-2019 годы, результаты опроса медицинских работников по эффективности службы управления рисками качества.

Методы исследования: аналитический (обзор литературы), социальный (анкетирование медицинских работников), статистический: качественный анализ - описательная статистика; количественный анализ - U-критерий (Манн-Уитни) для независимых выборок (сравнения выборок ответов двух групп – врачей и медицинских сестер), корреляционного анализ.

Научная новизна исследования:

На основании анализа проблемных вопросов управления рисками в части качества медицинских услуг будут разработаны рекомендации по совершенствованию системы управления рисками. В том числе, разработка практических рекомендаций подготовке кадров, компетентных в принятии решений в условиях неопределенности и риска.

Практическая значимость:

Определение и классификация основных групп факторов, влияющих на уровень и характер риска в медицинской организации, на основании которой будут сформулированы основные преимущества системы риск-менеджмента и определены ее функции относительно субъектов и объектов управленческого процесса. Внедрение новых направлений эффективного управления в медицинских организациях, оценка сильных и слабых сторон системы риск-менеджмента, возможностей риск-менеджмента в корпоративном управлении.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Аккредитация является эффективным инструментом для организации, мониторинга и контроля службы по управлению рисками в медицинских организациях.
2. Принятие и обучение международных стандартов качества способствует поддержанию и улучшению качества оказываемых медицинских услуг и успешной работе службы по управлению рисками

Структура работы

Диссертационная работа состоит из введения, 3х глав, заключения, написанных на 68 страницах. Включает 94 источника литературы.

Апробация работы.

Результаты работы были опубликованы в научно-практическом журнале, рекомендованном Комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан, «Наука и здравоохранение» №1(24) сс. 185-192, 2022

Принято участие в LXXVI Международной научно-практической конференции «Экспериментальные и теоретические исследования в современной науке».

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Предпосылки к введению службы риск-менеджмента в медицинских организациях

В доминирующем подходе в поддержании и улучшении качества медицинских услуг следуют последовательности в изучении лучших доказательных практик, которые выявляют сильные и слабые стороны в структуре, процессе, и результатах. Далее рассматривают существующие и потенциальные барьеры и факторы, способствующие изменениям в желаемом направлении. Система здравоохранения представляет собой сложную конструкцию, с динамичной и непредсказуемой направленностью. Чтобы помочь определить будущую политику и избежать непредвиденных последствий регулирования, разработчики политики и сами медицинские работники должны понимать здравоохранение как сложную систему и применять принципы науки о сложности для достижения своих целей. Медицинские организации (далее – МО), как элементы системы, имеют такое же непростое устройство, и включают в себя материальные и нематериальные активы, медицинский и немедицинский персонал, собственные и заимствованные ресурсы. Процессы, имеющие место в МО, постоянно обновляются ввиду изменения течения болезней, морбидного фона, появления и внедрения технологий.

Исследования отражают текущее состояние глобального сектора здравоохранения; исследует тенденции и проблемы, влияющие на отраслевые организации; и предлагает соображения для заинтересованных сторон, поскольку они стремятся предоставлять экономически эффективную и высококачественную медицинскую помощь. По данным литературы, нами выделены следующие проблемы, которые усложняют деятельность МО, и требуют постоянного совершенствования по управлению качеством. Одним из первых нами выделено изменившееся бремя самих болезней, а именно частая комбинация неинфекционных заболеваний у одного и того же пациента, что усложняет следование клиническому протоколу по одному только заболеванию, а следовательно является риском для качественного лечения [9]. Ruican S. 2021, Zare S. 2021, отмечают значительное повышение нагрузки на МО в связи с данной тенденцией, которая усугубляется нехваткой медицинских работников [10] [11]. Так, в европейском регионе, в 2018 году дефицит составил 7,2 млн работников, и по прогнозу, в ближайшие 20 лет эта цифра почти удвоится [12]. При этом региональные различия усугубляются внутренней и международной миграцией. Поскольку в будущем потребность в услугах длительного ухода также будет расти по мере увеличения числа пожилых людей, страны, вероятно, столкнутся с усилением давления на членов семьи в плане обеспечения ухода. Кумулятивный эффект этих нагрузок заключается в том, что глобальные расходы на здравоохранение, по прогнозам, будут расти в среднем на 5,3% в год, поскольку правительства тратят больше

средств для поддержания текущего уровня качества и обеспечения. Пока профилактический подход к здравоохранению может снизить затраты, в эту область вложено мало средств. В Европе только 3% расходов на здравоохранение направляется на программы профилактики и общественного здравоохранения, а в некоторых странах выделяется всего 1% [13]. Другими вызовами обусловлены техническим прогрессом. Предоставление услуг и методы доставки с помощью технологий, такие как роботы для выдачи лекарств, электронные рецепты, больничные платежные карты, административные системы пациентов, электронные медицинские карты (EMR), личные медицинские карты (PHR) и телемедицина стали решением многих задач. В то же время, технологические достижения имеют положительное влияние на медицину, и одновременно порождают риски, связанные с сохранением конфиденциальности данных и пациентов, и работников МО. Растущие информационные платформы повышают грамотность населения, однако, это часто оборачивается самолечением и поздним обращением [14] [15].

Растущие ожидания пациентов выражаются в росте жалоб и судебных исков, конкурентная среда оборачивается простым дорогим оборудованием или длительными листами ожидания консультации специалиста, или процедуры. Безопасность персонала, и других пребывающих в МО людей оказалась вызовом во время недавней внезапной пандемии. Немедицинским вызовом в настоящее время, являются механизмы возмещения средств за оказанные медицинские услуги, а именно несоблюдение требований со стороны контролирующих органов и учреждений (страховых фондов) [16].

Рычаги контроля за МО включают в себя различные нормативные акты, утвержденный список индикаторов качества оказания медицинских услуг, соблюдение которых обеспечивается с помощью отчетов самих МО и опросов. Однако эти механические подходы часто приводят к непредвиденным последствиям. Чем больше правил создается для контроля поведения сложной системы, тем больше система может отклоняться от желаемого результата [17]. Механическое управление не всегда применимо в МО, поскольку результат деятельности зависит от начальных условий и обратной связи. МО взаимодействуют на разных уровнях (пациент, семья, другие МО и правительство), и часто сталкиваются с непредвиденными последствиями (побочные реакции на лекарства, внутрибольничные инфекции, повторные госпитализации и снижение функциональных возможностей).

В то же время сложность МО является ключом к их успешной деятельности, и несмотря на растущие затраты, полученный эффект может значительно превышать вложения при правильном взаимодействии внутренних и внешних связей. Неспособность распознать это свойство, к сожалению, является одним из недостатков, когда имеет место разрозненность оказания помощи с относительно небольшим вниманием к переходу пациентов и каналам связи между ними. Нынешняя система оплаты за услугу не поощряет разделение ответственности за уход за пациентами между учреждениями,

ограничивая оплату только одной услугой за раз. В то же время модели подушевого норматива и комплексной оплаты являются многообещающим шагом на пути к укреплению совместной ответственности за уход за пациентами, улучшению межведомственного взаимодействия и повышению операционной эффективности. Так, авторы отмечают, что недостатки механизмов оплаты имеют фатальные недостатки и приведут к непредвиденным последствиям. Модели оплаты по результатам работы и оплаты на основе стоимости, направленные на улучшение стационарного лечения при меньших затратах, могут поощрять чрезмерно агрессивное лечение без учета ожидаемой продолжительности жизни или побочных эффектов [18]. Установление жестких регулирующих правил часто не отвечает ожиданиям. Так, исследование по оценке эффективности следованию правилу трехдневного пребывания свидетельствует, что сложная система здравоохранения может привести к непредвиденным последствиям. Правило подразумевало право пациента на получение льгот по расширенному уходу в учреждении квалифицированного сестринского ухода, если они провели 3 ночи в больнице неотложной помощи. Исследование показало возросшую смертность среди пациентов, которые провели больше трех дней в стационаре, и не имели право на последующий уход [19]. Другим методом контроля за качеством являются клинические протоколы диагностики и лечения (далее – клинический протокол) [20], направленные на повышение качества медицинской помощи и сокращение различий в медицинском обслуживании. Тем не менее, имеются исследования, которые показывают, что следование клиническим рекомендациям не уменьшило социально-экономическое неравенство в лечении диабета [21], и даже увеличило стоимость лекарственных средств для пациентов с множественными сопутствующими хроническими заболеваниями [22].

Для эффективного управления системой, обеспечивающей качество МО, рассматривают как комплекс относительно простых правил как общее указание направления (цели), запреты (ограничения) и ресурсы или разрешения (стимулы). Целями эффективного взаимодействия между пациентами, семьями, врачами и персоналом МО, являются высококачественная и доступная помощь. Ограничения следует гибко применять к конкретной группе пациентов или заболеваний, либо к определенному процессу, с возможностью менять ограничение в сторону уменьшения или увеличения. Материальные стимулы являются сложнодостижимыми, если МО возмещаются только расходы на лечение, анализы или процедуры, которые происходят в тех или иных условиях. Тем не менее, высокое качество медицинских услуг, может выступать основанием для высоких доходов МО, чтобы оправдать расходы как на службу риск-менеджмента, так и на поощрения персонала.

Авторы выделяют стратегии управления качеством реализует следующие стратегии как, «медицинский работник-МО», где акцент делается на поддержание организационной культуры и «поведения качества» [23]. Для этого широко применяются стандартные операционные процедуры, описывающие все элементы каждого отдельного процесса, регулярные

тренинги позволяют отточить рутинное поведение, для лучшей координации и распределения обязанностей между отделами и более эффективного использования ресурсов. Следующей стратегией является «медицинская организация-медицинская организация», заключающаяся в обеспечении ресурсов для осуществления основной деятельности, как материальных, так и человеческих. И стратегия «медицинская организация-здравоохранение», которая характеризует отношения по исполнению законодательства, следованию клиническим протоколам, механизмам оплаты, и выполнению поставленных задач. Взаимодействие внутри стратегий, и между ними, считается, по мнению авторов, эффективным способом достижения успеха в управлении качеством [23].

Таким образом, вызовы, усложняющие структуру МО, представляют собой измененное бремя заболеваний и растущий спрос на медицинские услуги, нехватку медицинских кадров, цифровую утечку информации, и нескоординированную информированность пациентов о течении болезней. Растущий спрос на услуги здравоохранения обусловлен ожиданиями, как со стороны государства, так и самого населения. Государство ставит задачу по увеличению ожидаемой продолжительности жизни, а граждане ожидают услуги для высокого качества жизни. МО, как институциональные структуры, оказывающие медицинские услуги, выдерживают наибольшую нагрузку по выполнению поставленных задач, поскольку другие составляющие здоровья, как профилактические мероприятия и состояние окружающей среды остаются на низком уровне [24].

Поскольку ожидается, что спрос и затраты на медицинские услуги будут продолжать расти, это усиливает сложность управления МО, и требует разрабатывать новые, и совершенствовать существующие решения и подходы для улучшения доступа и качества медицинской помощи, а также для контроля затрат. От МО ждут, что они будут лучше управлять клиническими и финансовыми рисками, интегрируя услуги для ментального и физического здоровья, и внедряя профилактический и индивидуальный уход. МО следует использовать уже внедренные и новые инструменты для обеспечения высококачественного ухода и услуг, равный доступ и оптимальные результаты для пациентов по доступной цене. Кроме того, МО должны четко выдвигать обоснования для возмещения своих затрат, основываясь на доказательном экономическом анализе.

1.2 Анализ взаимодействия рисков в медицинских организациях

Значительные изменения в научном и техническом подходах к процессам в здравоохранении, а также постоянно повышающиеся ожидания пациентов заставляют систему здравоохранения непрерывно проводить мероприятия по совершенствованию. Как и любые преобразования, независимо от масштаба, эти изменения связаны с повышенным риском. Риск затрагивает все области, включая финансы и производительность, и самое важное в здравоохранении - качество медицинской помощи [25].

Возможность непредвиденных последствий в такой сложной системе, как здравоохранение, всегда высока, и необходимо проявлять бдительность на всех уровнях. Пандемия показала, необходимость в надежных системах управления рисками, отвечающих потребностям всех секторов здравоохранения [26], [27] [28]. Учитывая неравномерное распределение влияния рисков на различные процессы, следует уделять одинаковое внимание тому, как изменения или обстоятельства влияют на разные секторы и контексты. Все секторы должны быть вовлечены в разработку надежных рамок, учитывающих различные обстоятельства и потребности, и в то же время обеспечивающих важные возможности для участия и адаптации на местном уровне [29].

Риск-менеджеры используют связи между управлением рисками, безопасностью пациентов и улучшением качества. Угрозы безопасности пациентов являются ключевым элементом широкого спектра рисков, которые медицинские организации должны учитывать. Повышение качества направлено на достижение наилучших возможных результатов; это может быть достигнуто путем изучения рисков для организации здравоохранения и управления ими [30] [31]. Создавая культуру, в которой поставщики медицинских услуг имеют право высказываться, менеджеры по рискам могут использовать отчеты об инцидентах и другие источники информации для управления рисками, влияния на ключевых лиц, принимающих решения, и, в конечном итоге, на безопасность пациентов и качество обслуживания.

Основной задачей МО является оказание медицинских услуг. Обзор аналитических публикаций показал, что другие направления, как получение прибыли, формирование успешного бренда, научная деятельность и образовательные услуги не должны, и не могут перекрывать основную задачу. То есть система управления рисками выстроенная в МО, так или иначе должна преследовать выстраивание условий для сохранения и постоянного повышения качества медицинских услуг. То есть показатели качества, используемые повсеместно, имеют также свойство как как прямо, так и косвенно отражать эффективность управления рисками [32]. Тем не менее, сами показатели не могут быть полной заменой хорошо разработанных и комплексных мер по управлению рисками. Комплексное управление рисками могло бы включать показатели качества, показатели риска и другие показатели, менее поддающихся классификации [33].

В то же время действующая законодательная база оставляет за собой почву для возникновения рисков в правовом поле для медицинских работников, при разборе жалоб со стороны пациентов, и в экономическом – при проведении закупок материальных средств МО, большинство из которых является государственными предприятиями. Существующие требования по закупке технологий здравоохранения представляют собой бюрократический трек с диспропорцией качества и цены, что тормозит модернизацию и развитие МО государственной формы собственности. Существует различные классификации рисков, в зависимости от происхождения и структуры. Авторы выделяют три

основные группы рисков по происхождению, имеющих влияние на качество услуг, оказываемых в медицинских организациях [34] (таблица 1):

Макроэкономические и микроэкономические риски, влияющие на возможности роста самой организации [35] [36]. Стратегические риски, которые могут затормозить или полностью остановить развитие организации. Операционные риски, действующие на ключевые операции МО при реализации ее стратегии. Если рассмотреть связь рисков с триадой Донабедиана, то несмотря на различия в происхождении, можно увидеть влияние всех видов рисков на качество медицинских услуг.

Таблица 1. Группы основных рисков в МО по происхождению

Риски	Структура	Процесс	Результат
<p>Макроэкономические обусловленные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Изменением бюджета системы здравоохранения; • Изменением курса национальной валюты; • Изменением процедур закупа, налогового законодательства. 	<p>Риск поддержания обеспеченности МО квалифицированными кадрами и достаточным оборудованием, как результат изменения основного финансирования</p>	<p>Риск для клинических показателей вследствие недостатка/потери одного/нескольких компонентов медицинских технологий</p>	<p>Ограничение доступа и задержка оказания медицинских услуг</p>
<p>Стратегические, обусловленные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Реформами в системе здравоохранения, а именно способах финансирования, управления, методах контроля; • Конкуренцией; • Недостаточной/чрезмерной мощностью МО 	<p>Риск несоответствия структуры ожиданиям пациентов, и персонала МО, текучесть кадров</p>	<p>Риски для неклинических показателей – преобладание определенного вида услуг в МО</p>	<p>Ограничение доступа и задержка оказания медицинских услуг, растущая стоимость медицинских услуг</p>
<p>Операционные, обусловленные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ошибками при соблюдении 	<p>Риски при наличии неоправданно усложненной /</p>	<p>Риск затягивания процесса, необходимости</p>	<p>Риск снижения качества оказания</p>

установленных процессов; •Сбоем госпитальных информационных систем; •Кадровыми перестановками.	упрощенной структуры, текучесть кадров	дополнительных ресурсов для исправления ошибок	медицинских услуг, растущая стоимость медицинских услуг
--	--	--	---

Взаимосвязь основных рисков с качеством очевидна. Экономические риски присутствуют на всех уровнях функционирования МО. Основным источником финансирования остается государство, что делает МО зависимыми от уровня внутреннего валового продукта (далее – ВВП), стратегических решений уполномоченного местных органов, распределяющих материальные средства [37]. Рациональные экономические подходы в МО могут обеспечить финансовую стабильность, возможность краткосрочного и долгосрочного планирования, и освоения новых направлений. С другой стороны, качество услуг во многом зависит от условий экономического статуса МО – уровня подготовки сотрудников, которое часто требует внебюджетных вложений; оснащения МО, поддержания внешнего и внутреннего дизайна, для удобства и безопасности персонала и пациентов [38].

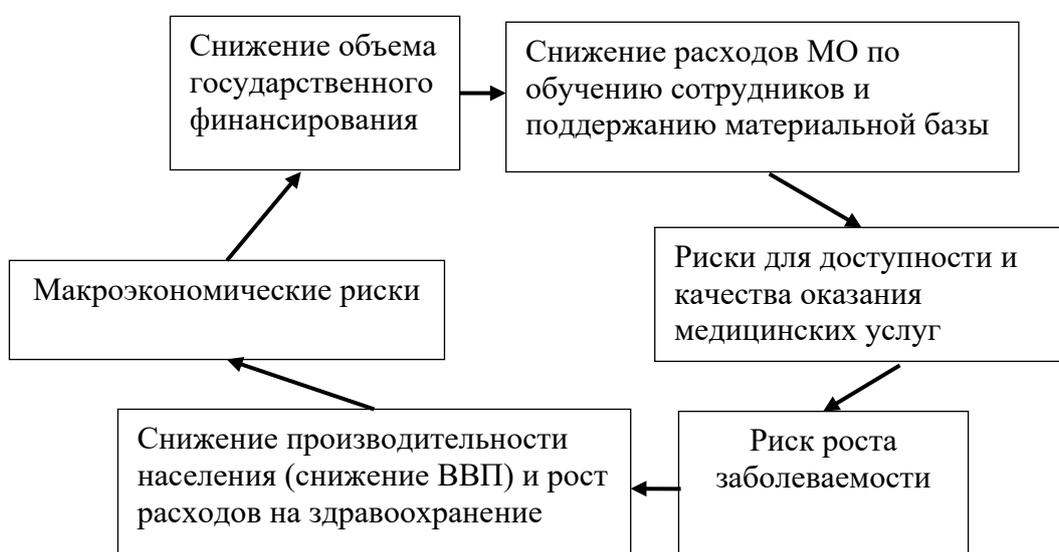


Рисунок 1. Взаимосвязь экономических рисков и качества оказания медицинских услуг

В настоящее время, для управления экономическими рисками МО предоставлена возможность наращивать негосударственные источники финансирования за счет платных медицинских услуг, привлечения инвесторов и средств страховых фондов, создания собственных внебюджетных фондов [39]. В условиях конкуренции заявленное качество медицинских услуг рассматривается как основной маркетинговый инструмент, и значит падение качества является риском для экономических задач МО [40]. В качестве зарубежного аналога решения проблемы риск-менеджмента можно привести три метода формальной идентификации рисков, принятых в системе здравоохранения США [41]:

- регистрация инцидентов (incident reporting);
- регистрация клинических происшествий (occurrence reporting);
- скрининг клинических происшествий (occurrence screening).

В большинстве стран качество, подтвержденное специальным органом является критерием для выделения государственного финансирования. Таким органом выступает организация, сертифицированная для аккредитации МО, и подтверждающая соблюдение стандартов качества оказания медицинских услуг, и действующей системы управления рисками. Таким образом, достойное качество обеспечивает самую большую часть дохода МО, и снижает экономические риски. Работа службы контроля качества МО направлена в первую очередь, на управление рисков, связанных с человеческим фактором. Сюда относятся мероприятия по установлению четкого графика работы, исключающего перегрузки сотрудников; разработку стандартных операционных процедур, позволяющих иметь наглядный алгоритм при выполнении ежедневных процессов. К рискам, связанным с недостаточной квалификацией персонала, относят неправильно или поздно выставленный диагноз, неправильные или некорректные назначения процедур и лекарственных средств. Одним из главных мероприятий являются выявление ошибок и преошибок в лечебно-диагностическом процессе, и непрерывное обучение персонала, основанное на потенциальных и реальных рисках.

Существующая служба контроля качества в МО направлена на предупреждение и противодействие стратегическим и операционным рискам [42] [43]. При рассмотрении ключевых характеристик качества, представленных Донабедианом, мероприятия направлены на безопасность пациентов и персонала, эффективность, своевременность медицинских услуг [44] [45]. Безопасность включает комплекс мер по требованиям инфекционного контроля, соблюдение алгоритмов стандартных процедур, комфортные условия пребывания в МО. Сюда же относят нематериальные активы, как отзывчивость и коммуникативная доступность медицинского персонала, позволяющие своевременно реагировать на возможные осложнения процесса оказания медицинских услуг [46] [47].

Авторы определили основные черты качества в МО как результативность, эффективность, оптимальность, приемлемость, легитимность, справедливость и стоимость [48]. Автор указывает, что основой для этих характеристик являются

предпочтения пациентов и общества в отношении качества, и при расхождении этих предпочтений возникают риски утраты качества. Таким образом задача менеджмента стоит в постоянном поддержании указанных характеристик [34]. Внедрение системы менеджмента качества (далее – СМК) охватывает основные атрибуты, указанные Донабедианом А. [48]. СМК провозглашает принципы, ориентированные на удовлетворенность пациента, признание лидерства руководителя, вовлечение работников в мероприятия по обеспечению качества. Именно с внедрением СМК, МО приняли процессный и системные подходы, с учетом возросших рисков, как нежелательных событий, состояний или действий, представляющих опасность как для персонала, так и для пациентов и их представителей [49]. Принципы работы СМК заключаются в превентивной идентификации риска, рассмотрении механизмов его возникновения, разработке и внедрению мер по их недопущению [16]. В таблице 2 даны интерпретация данных атрибутов и существующие меры в МО по их достижению.

Таблица 2. Мероприятия по достижению атрибутов качества

Атрибуты качества	Выражение атрибутов	Действия по их достижению	Требуемые мероприятия
Результативность	Способность в достижении определенных показателей МО, которые соответствуют ожидаемым, основанным на доказательной базе	Постоянный мониторинг последних достижений медицинской науки с доказательной базой с определением вероятности успеха при применении медицинских технологий.	Участие ведущих специалистов в МО в разработке и регулярном обновлении клинических протоколов диагностики и лечения
Эффективность	Умение выбрать рациональный процесс оказания услуг, когда каждый компонент процесса эффективен с точки зрения использования ресурсов	Проведение анализа использования имеющихся ресурсов (профильных специалистов, оборудования) в оказании медицинских услуг с	Разработка стандартных операционных процедур для проводимых процессов в МО

	(времени, материальных ресурсов)	определением затрачиваемого времени	
Оптимальность	Предоставление ухода и услуг при оптимальном соотношении затрат на здравоохранение и получаемых результатов в улучшении здоровья	Проведение анализа по индикаторам эффективности (повторная госпитализация, инвалидизация, смертность и др.) и понесенным затратам на оказание медицинских услуг	Привлечение специалистов по оценке медицинских технологий для определения соотношения затрат и результатов
Открытость	Соответствие предпочтениям пациента в отношении доступности, коммуникации с практикующим врачом, оправданные ожидания в отношении удобств, результатов ухода и стоимости ухода	Прозрачность оказания услуг с информированием пациента об имеющихся процессах в МО, их результатов и стоимости	Разработка информированного согласия, проведение тренингов по коммуникативным навыкам для персонала, формирование бренда МО
Легитимность	Признание пациентами и их представителями действующих правил МО, выраженных в этических принципах, законах, нормах и правилах	Наличие этического кодекса МО. Информирование об этических правилах МО, условиях их соблюдения согласно кодексу	Мониторинг выполнения стандартных операционных процедур с учетом соблюдения принятых этических правил
Справедливость	Обоснованность и справедливый подход в	Распределение пациентов на потоки согласно	Использование моделей по управлению

	распределении медицинской помощи и ее результатов на здоровье.	их потребностям и имеющимся ресурсам МО	«bottleneck»
Стоимость	Экономичность, измеряющая наиболее рациональное использование ресурсов, т.е. наименьшая стоимость медицинской помощи без снижения ее результативности.	Постоянный мониторинг стоимости каждого компонента медицинской услуги и исходов лечения	Проведение клинико-экономического анализа

Нами рассмотрены исследования, которые отражают результаты мероприятий по достижению всех атрибутов качества. Противодействие рискам является задачей службы по управлению качеством, которую создают в МО. Исследование, проведенное в Южной Корее, показал, что только 62,9% из почти ста крупных многопрофильных больницах имеют специальное подразделение по управлению рисками в качестве медицинских услуг. Среднее количество сотрудников данной службы составляло 3 человека, при максимуме в 12 человек, минимум – 1 сотрудник. Что касается роли персонала по управлению качеством в компаниях, то больше всего (81%) было выбрано управление стандартными операционными процедурами, управление проблемами/корректирующими и предупреждающими действиями, а также подготовка к внешнему аудиту. Приоритетными направлениями службы управления качеством считается система мониторинга (67,2%), система управления поставщиками и система превентивных разработок по 27,9% [50].

Одной из значимых сложностей является организация системы мониторинга рисков МО, в том числе с использованием госпитальных информационных систем. Крупные МО привлекают организации, специализирующиеся на отслеживании побочных эффектов при различных условиях, и для различных групп пациентов [51]. Однако эти существующие инструменты больше подходят для крупных компаний с системной компьютеризированной системой и внутренними экспертами. Информационные госпитальные системы имеют ряд недостатков, как неспособность создавать полноценные клинические отчеты о качестве, ввиду некорректных записей поставщиков технологий, и неполных записей самих медицинских работников из-за дефицита времени для заполнения и слабых технических знаний. Также МО не хватает технических возможностей для

извлечения и подготовки данных, и они не могут позволить себе привлекать внешних консультантов [52]. Кроме того, в большинстве электронных медицинских карт отсутствует эта функция сравнения эффективности врачей и составления списков услуг для различных групп пациентов. Включение данной функции требует дополнительных расходов, которые также многие МО не могут себе позволить. Небольшим компаниям с ограниченными физическими и человеческими ресурсами может быть сложно внедрить систему, поэтому во многих МО функции по выявлению и предотвращению серьезных и непредвиденных нежелательных лекарственных реакций, связанных с применением лекарственных препаратов, выполняет клинический фармаколог [53]. Другим приоритетом является система управления поставщиками, которая заключается в выборе поставщика, рассмотрении возможности аутсорсинга, и постсервисом/надзором за поставщиком и аутсорсингом. В каждой основной категории есть подкатегории, и индикаторы риска, соответствующие каждой подкатегории, можно добавлять, удалять или изменять. Балльная шкала показателей риска должна определяться на основе внутренних стандартов по управлению рисками [54].

Ориентация на пациента основана на маркетинговом анализе, и представляет собой гибкий график предоставления медицинских услуг с учетом возможностей МО. Однако, такой принцип оптимальности не является характерным примером мероприятий СМК. Большинство авторов указывают на трудности в определении спектра услуг, которые позволяют МО удерживаться на конкурентном рынке [55]. СМК подразумевает, что служба управления качеством будет поддерживать и совершенствовать квалификацию персонала посредством проведения тренингов, а также планированием профессиональной подготовки. Авторы называют данные меры целесообразными, но не всегда достаточными для обеспечения качества. Результативность обеспечивается соблюдением рекомендаций клинических протоколов, установленного во время клинического разбора или при проведении внутренней экспертизы. Тайницкая Э.В. 2010, указывает, что клинические результаты имеют тенденцию к улучшению после работы врачебных экспертных комиссий – увеличение благоприятных исходов на 10% и снижение показателя по дефектам оказания медицинских услуг на 4% [56]. Основными пунктами рассмотрения экспертных комиссий являются разборы жалоб, анализ индикаторов качества, анализ самооценки подразделений МО.

Опыт внедрения стандартных операционных процедур на примере работы службы централизованного обезболивания, показывает, что вместо необходимости иметь специального сотрудника в каждом отделении, рационально организовать отдельное подразделение с подготовленными медицинскими сестрами, которые могут круглосуточно обслуживать МО [16]. Другими примерами эффективного внедрения СМК можно назвать уменьшение количества дефектов оказания медицинских услуг, так снижение дефектов сбора информации более чем в 2 раза, перевода на другой этап – в 2,5 раза,

снижение количества дефектов лечения и диагностики в 3 и в 2 раза соответственно [49].

Подтверждение достижения и поддержания атрибутов качества является непростой задачей, которая возложена на аккредитующие органы. Данные организации сертифицированы государством и имеют карт-бланш на аудит качества в МО. В процессе аккредитации происходит установление степени соответствия качества специально установленным стандартам, которые описывают такие процессы, позволяющие поддерживать соответствующие атрибуты качества. Процесс обеспечения МО кадровыми и материально-техническими ресурсами, также как и основные технологические процессы (лечебно-диагностические, коммуникационные, административные), отражают атрибуты результативности, эффективности и часто оптимальности. Процесс эффективного расходования средств не всегда может быть отражен напрямую, и имеет косвенное подтверждение, что при соблюдении надлежащего качества, МО удастся избежать дополнительных затрат на возникшие осложнения и сэкономить средства. Успешное прохождение аккредитации дает право претендовать на основной источник финансирования со стороны государства [57] [58]. Помимо национальных аккредитующих агентств, МО имеют возможность получить признание международной аккредитации, что сделает бренд МО признанной в мире, и привлечет не только местных, но и зарубежных потребителей [59].

Проявлением отсутствия открытости и легитимности являются судебные иски и жалобы от пациентов и их представителей, то есть неинформированием потребителей об всех возможных исходах их пребывания в МО. Проведенный обзор установил, что 69% рисков связано с нежеланием следовать принятым процедурам и правилам, и 15% - при неправильном использовании оборудования [60]. Справедливость, обеспечивающая равный доступ к медицинским услугам, остается вызовом для обеспечения качества, и обусловлена дисбалансом структуры медицинских работников, включая: укомплектованность медицинскими кадрами отдельных территорий, медицинских организаций в городской и сельской местности; медицинских организаций первичного звена и организаций по оказанию специализированных видов медицинской помощи. Кадеева Н.Г., 2016, в исследовании по равенству медицинского обслуживания детского населения, называет разницу в 48% между доступом в городских и сельских условиях [61]. Неравенство в доступе обусловлено либо нехваткой специалистов, либо их недостаточной квалификацией, а также отсутствием компетентного подхода в предоставлении педиатрической помощи. С точки зрения социологии, автор отмечает низкую организационную культуру МО, отсутствие корпоративного духа и нематериальных стимулов, которые приводят к оттоку кадров из сельских регионов, и как следствие неравные условия для сельских детей. Грандилевская О.П., в исследовании о равном доступе к стоматологической помощи, приводит аналогичные результаты, где дефицит стоматологов в сельских районах составляет 19,6% по сравнению с

городским [62]. Larr, 2021 отмечает, что основные пробелы в больничном управлении рисками имеют место в атрибуте - открытость. Неудовлетворенность пациентов заключается в недостатке эффективной коммуникации и информирования их [63], наличия недоброжелательности [64]. Результативность и эффективность напрямую зависит от наличия высококвалифицированных кадров, что также требует постоянной поддержки со стороны МО. Несоответствие структуры и численности медицинских работников стратегическим задачам и принятым операционным процессам МО представляет собой риск для данных атрибутов. Причинами являются несоответствие качества подготовки специалистов потребностям практического здравоохранения, и сохраняющиеся тенденции оттока из региональной системы здравоохранения молодых специалистов [65].

Таким образом, управление рисками качества представляет собой частью общего управления рисками, где качество рассматривается как на клиническом, так и на системном уровне. Программа риск-менеджмента МО по качеству направлена поддержание таких процессов, как корпоративная политика, стандартные операционные процедуры и обучение, которые отражают необходимые элементы качества в контексте СМК.

1.3 Анализ эффективности службы противодействия рискам качества медицинских услуг в Казахстане

Рассматривая эволюцию законодательства в области регулирования деятельности организаций здравоохранения, отмечается значительная позитивная динамика за последние две декады. Экономические решения выстраиваются из стратегии диверсификации доходов за счет вертикальной интеграции и переноса лечения из больниц в менее затратные и нетрадиционные учреждения, включая центры неотложной помощи, розничные клиники, помощь по месту жительства и на дому, а также виртуальные среды [66] [67] [68] [69]; стратегические закупки товаров и услуг для больниц на уровне региона или системы здравоохранения для повышения переговорной силы по всей цепочке создания стоимости [70]; клинические пути повышения безопасности пациентов, повышения эффективности обслуживания и регулирования рецептов на лекарства и стандартизированные клинические процессы [20]. Рынок медицинских услуг, активными производителями которого являются казахстанские МО, характеризуется выраженной асимметрией информации, где сведения об эффективности той или иной медицинской технологии являются противоречивыми, и не имеют доказательной базы на местном уровне. Неполнота информации создает риски для открытости, как атрибута качества [71]. Для укрепления принципа открытости были разработаны и утверждены формы информированного согласия пациента, и его представителей [72]. Некоторые авторы считают, что наличие документированного согласия подрывает авторитет врача и МО, и рождает у пациента сомнение в успешном результате [73] [74] [75]. Это

позволило пациентам более тщательно ознакомиться с предстоящим процессом диагностики и лечения, обдумать возможные последствия чтобы морально подготовиться к ним, и эмоционально поддержать результаты. Кроме того, это явилось инструментом правовой защиты медицинских работников от необоснованных претензий и жалоб со стороны потребителей. Внедрение электронного документооборота создало риски для конфиденциальности личных данных потребителей, для чего введен, осуществляется и регулярно обновляется нормативно-правовой акт по хранению и защите данных [76].

Важным шагом к четкой организации лечебно-диагностического процесса в МО явилась практика применения клинических протоколов [20]. Разработка и внедрение клинических протоколов было обосновано необходимостью управлять макроэкономическими рисками по растущей стоимости медицинских услуг, создавая условия для приобретения надлежащих технологий. Также был учтен международный опыт применения клинических протоколов по успешности управления стратегическими и оперативными рисками, поскольку согласованный подход позволяет сократить нагрузку на медицинский персонал и облегчить сестринский уход. Так, в настоящее время в базе данных Национального научного центра развития здравоохранения (далее – ННЦРЗ) зарегистрированы 2286 клинических протокола по 22 группам заболеваний [77]. Содержание протоколов, основанное на достижениях медицины с достаточной степенью доказательности, отражает последовательный алгоритм и обоснование применения тех или иных технологий. В условиях растущей величины предложения со стороны фармацевтического и технологического рынков, именно клинические протоколы способствовали обеспечению целостности качественных процессов диагностики и лечения. Учитывая недостаточные сведения об эффективности лечебных процессах до внедрения клинических протоколов в Казахстане, имеются затруднения в проведении сравнительного анализа оперативных процессов. Однако, именно клинические протоколы являются основным инструментом оценки качества оказания медицинских услуг при возникновении споров и жалоб пациентов, то есть имеют силу медико-правовой поддержки. Также, это дает возможность провести экономическую оценку мероприятий, содержащихся в клинические протоколы как на уровне страны, так и на уровне отдельной МО, где это поможет согласовать фактическую бюджетную позицию и рассчитать точную стоимость лечения с учетом имеющихся в МО ресурсов и особенностей региона, где функционирует МО. Кроме того, для снижения рисков, связанных с человеческими ресурсами, были утверждены правила по сертификации специалистов для занятия клинической практикой. Это упорядочило контроль за своевременным обновлением профессиональных знаний и осведомленности о последних достижениях медицины, позволило активнее действовать профессиональным научным сообществам. Также были четко прописаны области по праву и обязанностям медицинских работников согласно их штату, расписанию и графику работы [78].

Кроме того, утверждена практика службы внутреннего аудита в МО, которая выражается во внешней и внутренней экспертизе качества медицинских услуг. Анализ учетной и отчетной документации позволяет отследить установленные индикаторы качества, чтобы заявить о достижении или недостижении результативности и эффективности. Клинический аудит призван проводить мониторинг следованию клиническим протоколам, чтобы избежать нежелательных эффектов при оказании медицинских услуг [79] [80].

В Казахстане инструментом оценки для определения соответствия на требуемое качество выступает система аккредитации МО, и право на получение государственного финансирования (Национальная аккредитация). Стандарты Национальной аккредитации разработаны на основе рекомендаций международных организаций – Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), и Международного Общества по качеству в сфере здравоохранения (далее – ISQua). Все стандарты соответствуют действующим законодательным актам Республики Казахстан [58]. В то же время принятые национальные стандарты не имеют критериев для оценки атрибутов как оптимальность и стоимость, что не дает возможности контролировать конкурентоспособность МО.

По данным отечественных авторов, в казахстанских МО управление качеством регулярно осуществляет мероприятия по оценке результативности путем проведения клинических разборов по соответствию протоколам диагностики и лечения. Такая практика закрепляет профессиональные навыки медицинских специалистов, и позволяет уделить внимание организационным факторам. Анализ направлен на выявление этапов оказания услуги, где имеют место проблемы с коммуникацией и контролем, чрезмерная рабочая нагрузка, и требуется дополнительное обучение персонала. Эффективность поддерживается наличием стандартных операционных процедур, их постоянному мониторингу, и обновлению по необходимости. Приемлемость и легитимность достигается системой налаженной системой информирования пациентов и их представителей. В то же время авторы указывают на ряд моментов, требующих дальнейшего совершенствования. Это касается такого атрибута качества, как справедливость, а именно неравный доступ к медицинским услугам. В международных источниках данный феномен имеет название «суженный коридор или бутылочное горлышко», который проявляется длинным листом ожидания медицинских услуг. Так, по данным (Тажимаевой К.Н, 2017), неудовлетворенность онкологических пациентов длительным возрастом в 24,5 раза вследствие долгого ожидания записи на прием к врачу, и в 1,6 раз из-за превышения времени приема более, чем на 30 минут [81]. Другой атрибут, как открытость, также требует совершенствования (Аканов А.А, 2017), поскольку по данным авторов, недостаточная коммуникативность врача с пациентом в 2,4 раза усиливает разочарование пациентов, а невозможность или недоступность родственникам получить информацию в 4,8 раза [82], такая ситуация ведет в недоверию к МО [83] [84]. По опросам самих медицинских работников (Утеулин, 2018; Тюлегенбаева,

2017), имеет место недостаточный уровень взаимодействия врачей и среднего медицинского персонала, что говорит о необходимости обучения персонала действиям в соответствии со стандартными операционными процедурами [45] [85].

Кроме того, значительным риском по оттоку кадров из МО является неудовлетворенность медицинских работников условиями труда. В настоящее время, в силу специфики трудовой деятельности, медицинские работники практического здравоохранения в значительной степени подвержены негативному воздействию неблагоприятных факторов труда и производственной среды, постоянному психологическому и эмоциональному давлению со стороны пациентов, их родственников, вышестоящего начальства. Постоянно испытываемые умственные и физические перегрузки, огромная ответственность за здоровье и жизнь пациентов, недостаток времени приводят к формированию проблем собственного здоровья врачей, ухудшению качества оказываемой медицинской помощи населению [86]. Вдобавок данные факторы усугубляются социально-экономическими, техническими, медико-деонтологическими и другими причинами, что в свою очередь вызывает повышенное нервно-психическое напряжение [87].

Актуальность вопроса изучения удовлетворенности трудом определяется постоянно и динамично изменяющимися условиями работы, внедрение современных требований к деятельности работников. В данных условиях персонал является основным активом организации, обеспечивающим ее конкурентоспособность и развитие. Залогом процветания и успеха организации является понимание и удовлетворение ожиданий и потребностей работников. Без решения проблемы неудовлетворенности деятельностью и условиями труда, невозможно реальное улучшение качества оказания медицинской помощи населению, а также повышение эффективности деятельности медицинских организаций (МО) и отрасли в целом. Условия труда и организация рабочего процесса составляют концепцию качества трудовой жизни. Качество трудовой жизни отражает восприятие работниками своего физического и психического здоровья, связанного с их работой. Улучшение качества рабочего процесса и условий труда приводит к общему удовлетворению жизнью. Таким образом, исходя из приведенных положений, можно сделать вывод о недостаточной разработанности вопросов удовлетворенности трудом в казахстанской современной науке, и понимание ее реальной значимости для любой организации, особенно учреждений здравоохранения [88]. В настоящее время нет научно обоснованных, определенных и конкретизированных практических рекомендаций по трудовой деятельности медицинских работников.

Таким образом, в Казахстане успешно реализуется модель противодействия рискам качества оказания медицинских услуг согласно действующим стандартам и требованиям по аккредитации МО. Достигнуты значительные успехи в атрибутах качества как результативность и эффективность. В то же время, анализ публикаций по казахстанским МО

показал, что мероприятия по совершенствованию открытости и доступности нуждаются в дальнейшем усовершенствовании, а достижение оптимальности и экономической стабильности требуют воспитания новых кадров по оценке медицинских технологий.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Диссертационное исследование базируется на материалах, полученных в результате социологического опроса медицинских работников корпоративного фонда “University Medical Center” (далее – УМС), а именно Национальный центр детской реабилитации (далее – НЦДР), Республиканский диагностический центр (далее – РДЦ), Национальный научный центр материнства и детства (далее – ННЦМД). Дизайн представляет одномоментное кросс-секционное исследование с использованием оригинального опросника, разработанного на базе публикаций – систематических обзоров по определению требований к службе управления качеством в МО.

На рисунке 1 представлен дизайн исследования с указанием основных материалов и методов, использованных в данной работе.



Рисунок 2. Материалы и методы исследования

2.1 Материалы исследования

Проведен обзор по качеству медицинских услуг в МО в зарубежных и отечественных источниках для определения рисков, их видоизменения и настороженность МО по отношению к ним. Поиск проведен в базах PubMed, Google Academy, e-Library, Cyberleninka, глубина поиска составила 10 лет. Для изучения оценки качества как медицинскими работниками, так и пациентами, ключевыми запросами были выбраны – качество медицинских услуг, удовлетворенность пациентов, удовлетворенность персонала, управление качеством, стоимость медицинских услуг. Для выделения существующих рисков в обзор включены аналитические статьи, руководства по обеспечению качества. Для определения эффективности проводимых мероприятий критериями включения были систематические обзоры, метаанализы, оригинальные исследования, с качественным и количественным анализом данных. Критериями исключения стали материалы конференций, сборники тезисов, содержащие ограниченное количество информации.

Опросник разработан на основе рекомендаций и требований к службе качества в МО, обозначенных в публикациях [89] [90] [91] [92]. Опросник одобрен для использования в исследовании на заседании локальной этической комиссией НАО «Медицинский Университет Астана» (Протокол № 1 от 30.03.2022 года). По результатам обзора литературы были выделены основные мероприятия по обеспечению качества в МО, а также требования к квалификации специалистов службы, что и составило основную часть анкеты. Опросник состоит из двух блоков: паспортной и основной части. Основная часть состоит из 11 открытых вопросов и 1 закрытого вопроса, предлагающего комментарии и рекомендации к улучшению работы службы обеспечения качества. Открытые вопросы предлагают оценить эффективность определенных мероприятий по шкале Лайкерта от 0 до 10, где 0- обозначает низкую оценку эффективности, 10 – наивысшую.

Объем выборки рассчитан для известного объема генеральной совокупности для качественных признаков по формуле:

$$n = \frac{t^2 * P * Q * N}{\Delta^2 * N + t^2 * P * Q}$$

где,

t^2 – критическое значение критерия Стьюдента при соответствующем уровне значимости;

Δ – предельно допустимая ошибка (0,05).

N – объем генеральной совокупности.

P – доля случаев, в которых встречается изучаемый признак, принятая за вероятность 0,5.

Q – доля случаев, в которых не встречается изучаемый признак ($1-P$).

Для участия в опросе нами были выбраны медицинские работники РДЦ, ННЦМД, НЦДР с высшим и средним медицинским образованием, проработавшие в одной из данных МО не менее одного года.

Согласно данным ННЦРЗ [93] в системе УМС количество медицинских работников в ННЦМД, НЦДР и РДЦ составляет 1,9 тыс. человек из них 1576, проработавших не менее 1 года (генеральная совокупность), из чего минимальный объем выборки составил 309 человек.

2.2 Методы исследования

Обзор литературы выполнен методом систематического обзора по данным зарубежной и отечественной литературы. Использованы базы данных PubMed, Google Academy, e-Library. По ключевым словам найдено 111 публикаций, 51 из которых были исключены по критериям. Рассмотренные 60 публикаций на английском и русском языках, которые были разделены на три группы: аналитические ($n=10$) – с описанием природы, причины и взаимосвязи рисков; руководства ($n=21$) – по существующим методам управления рисками качества; и систематические обзоры, метаанализы и обсервационные исследования ($n=29$), в том числе 6 кросс-секционных исследований, проведенных в Республике Казахстане - для обзора эффективности работы по управлению рисками (рисунок 3).

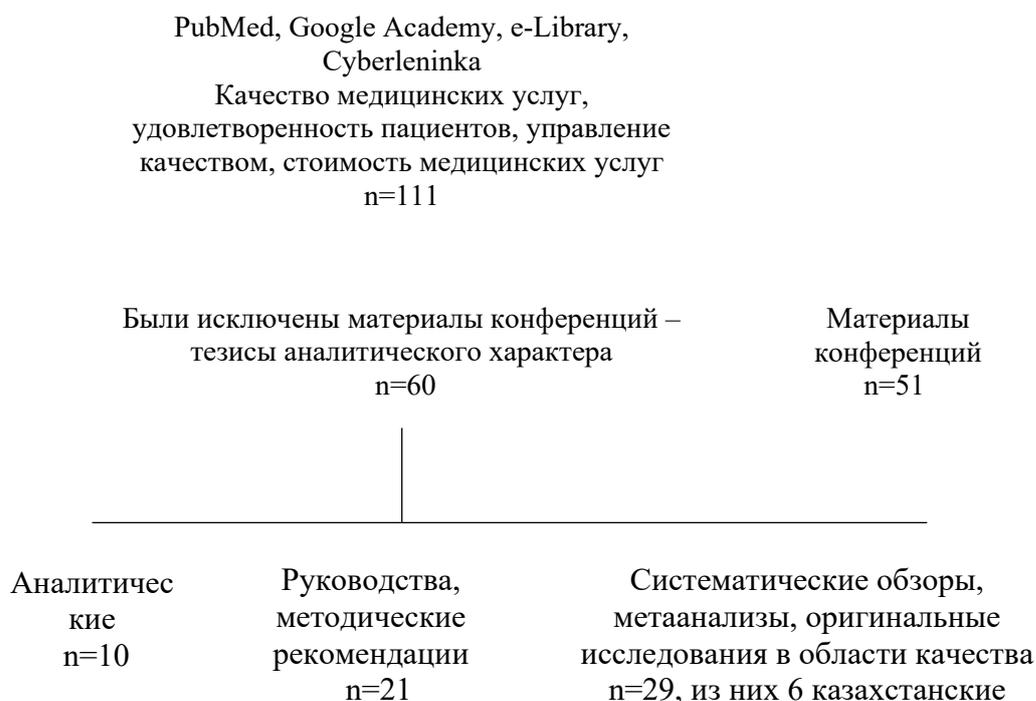


Рисунок 3. Отбор публикаций для обзора литературы

По результатам обзора выделены основные мероприятия, проводимые для обеспечения качества медицинских услуг в МО, которые составили основу разработанного для исследования опросника.

Качественный и количественный анализы результатов опроса проведены офисного программного обеспечения EXCEL. Ответы респондентов представляли собой качественные порядковые данные (баллы по шкале), в связи с чем для сравнения выборок ответов групп – врачей и медицинских сестер - был использован U-критерий (Манн-Уитни) для независимых выборок. Ассоциации с возрастом, стажем, должностью проводились путем корреляционного анализа.

Учитывая разное количество участников в сформированных группах, для оценки статистической значимости различий использован дисперсионный анализ с нулевой гипотезой о равенстве средних значений каждой группы

$$F_{emp} = \frac{S_x^2}{S_y^2} \quad S_x^2 = \frac{1}{n_1} \sum (x_i - \bar{x})^2 \quad S_y^2 = \frac{1}{n_2} \sum (y_i - \bar{y})^2 \quad \text{где}$$

n – количество наблюдений в данной группе,

x, y – значения каждого наблюдения и значение средней каждой группы наблюдений. Значения $T_{крит}$ определялись по статистическим таблицам.

Корреляционный анализ проводился для определения наличия и степени связи между значениями качества жизни и значениями характеристик. Коэффициент корреляции Пирсона рассчитывался следующим образом:

$$r_{xy} = \frac{\sum (x_i - \bar{x}) \times (y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2 \times \sum (y_i - \bar{y})^2}}$$

x, y – значения каждого наблюдения и значение средней каждой группы наблюдений.

Статистический анализ проводился при уровне достоверности 95%, с доверительным интервалом $\alpha = 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1 Оценка эффективности мероприятий по управлению рисками по результатам анкетирования в медицинских организациях

Согласно Кодексу о здоровье и системе здравоохранения РК [94] качество медицинских услуг является основным индикатором удовлетворенности населения. ННЦМД, НЦДР, РДЦ являются пионерами получения международной аккредитации Joint Commission International (JCI), признанной одним из ведущих международных агентств по качеству оказания медицинской помощи. МО регулярно проходят процедуру подтверждения высоких стандартов качества, вследствие чего были выбраны для определения степени эффективности противодействия рискам. Мероприятия по управлению качеством поддерживаются в каждой МО, и требуют постоянного совершенствования. Для определения эффективности мероприятий с точки зрения медицинских работников, МО нами проведен анкетный опрос с помощью разработанного опросника. Исследование базировалось в клиниках УМС – ННЦМД (39,2%), НЦДР (24,1%), РДЦ (36,7%), к участию в опросе были приглашены врачи и средние медицинские работники (далее – СМР), как специалисты, имеющие фундаментальные знания в медицине и лечебно-диагностических процессах, также владеющие навыками общения с пациентами и знающие потребности потребителей медицинских услуг. Анкетирование проводилось в онлайн формате, с использованием платформы Google forms, получены ответы на 403 анкеты – 174 (43%) от врачей и 229(57%) от медицинских сестер. Анкетирование проводилось на казахском и русском языках, проведение опроса было согласовано с руководством каждой из клиник. Учитывая, что в настройках вопросы были оформлены с обязательными ответами, нами получен 100% охват по распространенным анкетам.

В целом участие медицинских работников трех МО выглядит следующим образом (таблица 3):

Таблица 3. Демографические характеристики участников исследования

УМС	Всего	Жен	Муж	Врачи	СМР
ННЦМД	158(39,2%)	147(93,0%)	11(7,0%)	67(42,4%)	91(57,6%)
НЦДР	97(24,1%)	78(80,4%)	19(19,6%)	29(29,9%)	68(70,1%)
РДЦ	148(36,7%)	109(73,6%)	39(26,4%)	78(52,7%)	70(47,3%)

Более одной трети респондентов составили представители как ННЦМД, так и РДЦ (39,2% и 36,7% соответственно), меньшее количество было опрошено в НЦДР (24,1%). Распределение по позиции медицинского работника было примерно равным также в ННЦМД (42,4% врачей и 57,6% СМР) и РДЦ (52,7% врачей и 47,3% СМР), в то время как в НЦДР активными участниками

стали медицинские сестры – 70,1%. Участники были разделены нами на врачей и средних медицинских работников, учитывая их позиции в различных процессах, меру ответственности и объем выполняемых действий. Также респонденты были сформированы в группы по возрасту и стажу, чтобы определить мнения каждой возрастной и стажевой групп. Таблицы 4 и 5 отражают данные группы для врачей и СМР.

Таблица 4. Распределение врачей по возрасту и стажу

Врачи		ННЦМД		НЦДР		РДЦ	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Возраст	20-29	16	23,9%	1	3,4%	1	1,3%
	30-39	34	50,7%	19	65,5%	22	28,2%
	40-49	14	20,9%	8	27,6%	24	30,8%
	50-59	2	3,0%	1	3,4%	31	39,7%
	60-69	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
Средний возраст		35,7±4,1		39,5±10,5		45,9±3,8	
Стаж	0-5 лет	3	4,5%	1	3,4%	1	1,3%
	6-10 лет	26	38,8%	8	27,6%	29	37,2%
	11-15 лет	28	41,8%	18	62,1%	34	43,6%
	16-20 лет	5	7,5%	2	6,9%	10	12,8%
	20 и более лет	5	7,5%	0	0,0%	4	5,1%
Средний стаж		11,9±3,2		11,9±3,8		12,2±2,9	

Сравнительный анализ возраста врачей и медицинских сестер (t-тест для независимых выборок) показал отсутствие статистической значимости различий ($p=0,201$), что говорит о равномерном возрастном распределении респондентов.

Таблица 5. Распределение медицинских сестер по возрасту и стажу

СМР		ННЦМД		НЦДР		РДЦ	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Возраст	20-29	19	20,9%	14	20,6%	9	12,9%
	30-39	46	50,5%	22	32,4%	29	41,4%
	40-49	17	18,7%	25	36,8%	24	34,3%
	50-59	9	9,9%	6	8,8%	4	5,7%
	60-69	0	0,0%	1	1,5%	4	5,7%

Средний возраст		36,8±6,4		38,8±4,6		40,0±8,4	
Стаж	0-5 лет	7	7,7%	12	17,6%	17	24,3%
	6-10 лет	27	29,7%	18	26,5%	21	30,0%
	11-15 лет	41	45,1%	28	41,2%	22	31,4%
	16-20 лет	15	16,5%	6	8,8%	6	8,6%
	20 и более лет	1	1,1%	4	5,9%	4	5,7%
Средний стаж		11,5±2,1		11,0±1,9		10,1±2,2	

Соотношение врачей и медицинских сестер по возрасту и стажу представлено на рисунках 4,5.

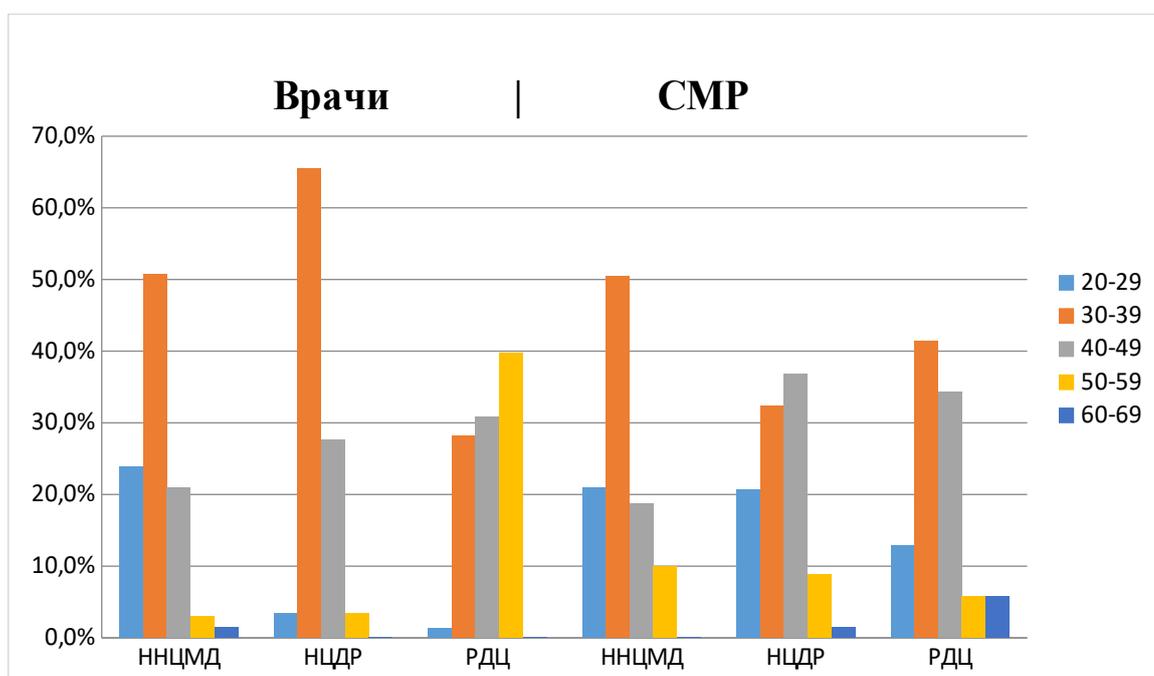


Рисунок 4. Распределение респондентов по возрасту

Среди врачей-респондентов ННЦМД, НЦДР, основную возрастную группу составили специалисты в возрасте 30-39 лет (50,7% и 65,5% соответственно), в то время как в РДЦ большинство врачей-респондентов в группе 50-59 лет. Среди медицинских сестер большинство участников занимают две возрастные группы 30-39 лет и 40-49 лет. Респонденты со стажем работы 11-15 лет составили большинство респондентов, как в группе врачей, так и медицинских сестер.

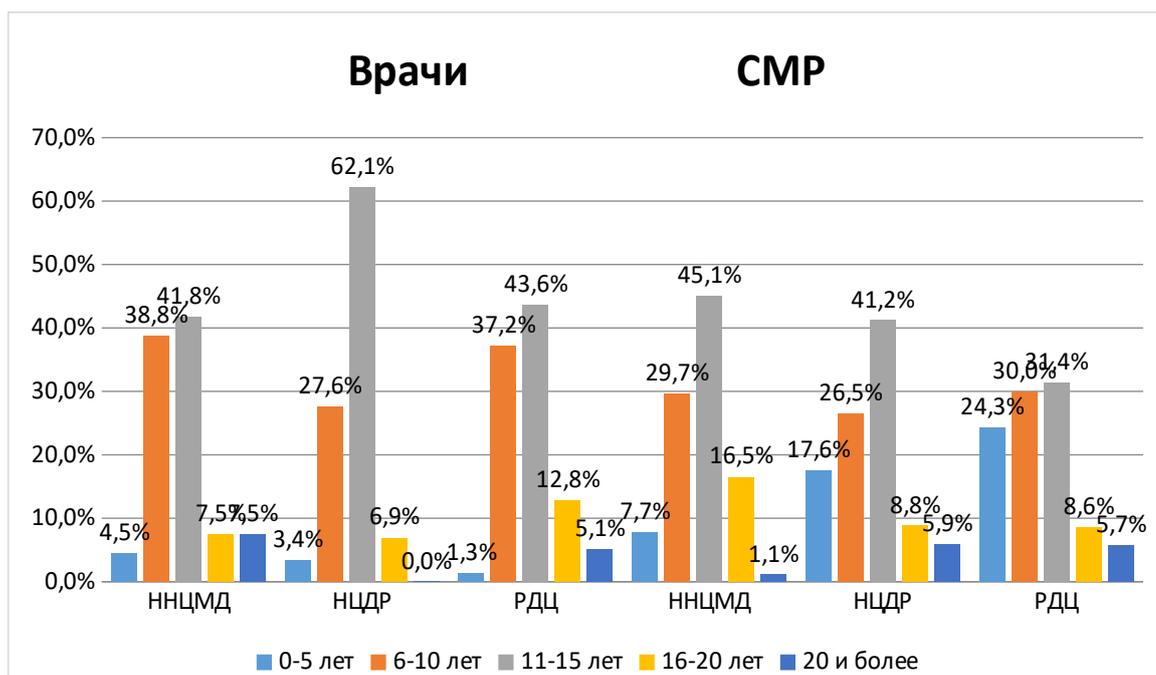


Рисунок 5. Распределение респондентов по стажу

Распределение по стажу носило сходный характер, с преобладанием стажевой группы 11-15 лет, и равномерным распределением в других группах. Учитывая схожесть статистической картины, нами проведен корреляционный анализ возраста и стажа респондентов, где коэффициент Пирсона составил 0,683 для респондентов-врачей и 0,680 для респондентов-медицинских сестер. Также проведен анализ времени работы участников в каждой конкретной МО, для определения их оценки о службе противодействия рискам по каждой МО (таблица 6).

Таблица 6. Распределение участников по стажу работу в конкретной МО

	ННЦМД		НЦДР		РДЦ	
	врачи	СМП	врачи	СМП	врачи	СМП
0-5 лет	9(13%)	10(11%)	6(20,5%)	18(26%)	28(37%)	16(23%)
6-10 лет	42(63%)	40(44%)	17(59%)	46(68%)	36(47%)	26(37%)
11-15 лет	16(24%)	41(45%)	6(20,5%)	4(6%)	12(16%)	28(40%)

Корреляционный анализ общего стажа и стажа работы в каждой конкретной МО у респондентов показал коэффициенты Пирсона 0,57 для врачей и 0,71 у медицинских сестер. Поскольку связи между данными

переменными являются прямыми средними и прямыми сильными, дальнейший анализ результатов проведен нами с учетом стажа участников.

Ответы участников на вопросы блока по оценке эффективности мероприятий по противодействию рискам качества были проанализированы для групп врачей и медицинских сестер. Вероятность возникновения риска нежелательных событий (осложнения после процедур, падение пациента, ошибки при идентификации пациента) в каждой конкретной МО, по мнению участников распределен следующим образом (рисунки 6,7).

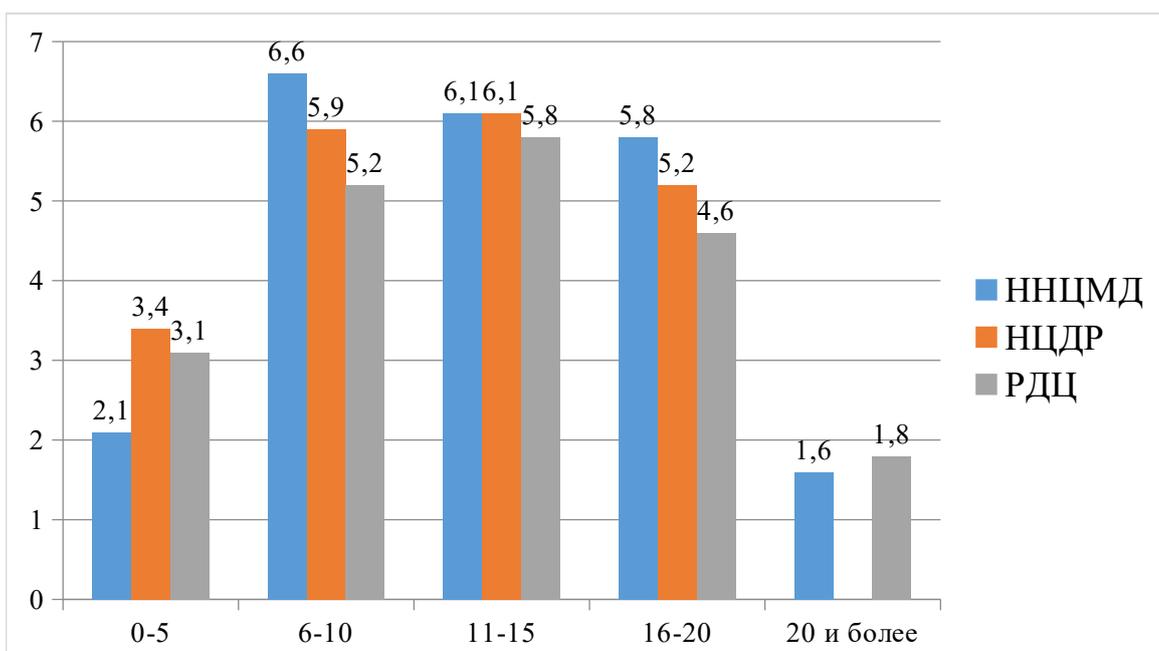


Рисунок 6. Оценка вероятности нежелательных событий респондентами врачами

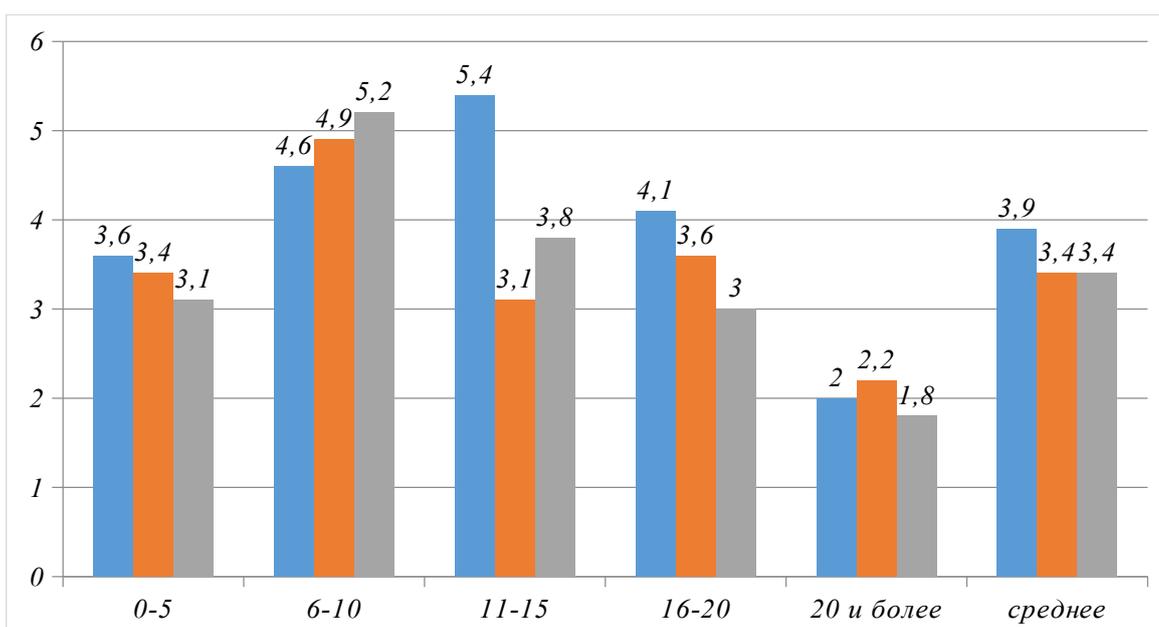


Рисунок 7. Оценка вероятности нежелательных событий респондентами медицинскими сестрами

Установлено, что врачи со стажем от 6 до 20 лет считают, что риски для качества медицинских услуг в МО выше на 1,5 -2 бала, также как медсестры аналогичной стажевой категории. Менее всего насторожены к вероятности рисков врачи и медсестры с наибольшим стажем (20 и более лет). Коэффициенты корреляции для врачей ННЦМД, НЦДР, РДЦ составили +0,46; +0,61 и +0,51 соответственно, что говорит о средних прямых связях понимания возникновения риска с опытом работы. При этом коэффициенты корреляции возникновения риска и времени работы в МО составили -0,27; -0,41; -0,37 соответственно, что свидетельствует, что чем больше врачи работают в данной МО, тем меньше они оценивают вероятность возникновения риска. Коэффициенты корреляции оценки возникновения рисков по мнению медсестер со стажем работы составили +0,11; +0,26 и +0,12 соответственно, что говорит о малом влиянии общего стажа на настороженность по рискам. В то же время, корреляция со стажем работы в каждой конкретной организации выразилась коэффициентами -0,26; -0,29 и -0,22 соответственно, что свидетельствует о положительном влиянии рабочего окружения для медицинских сестер. Средние оценки врачей и медсестёр составили 4,47 и 3,59 соответственно. U-тест для сравнения выборок показал отсутствие статистической значимости между ответами двух групп ($p=0,28$).

Оценки системы учета снижения и нарушений качества распределились следующим образом (рисунок 8,9).

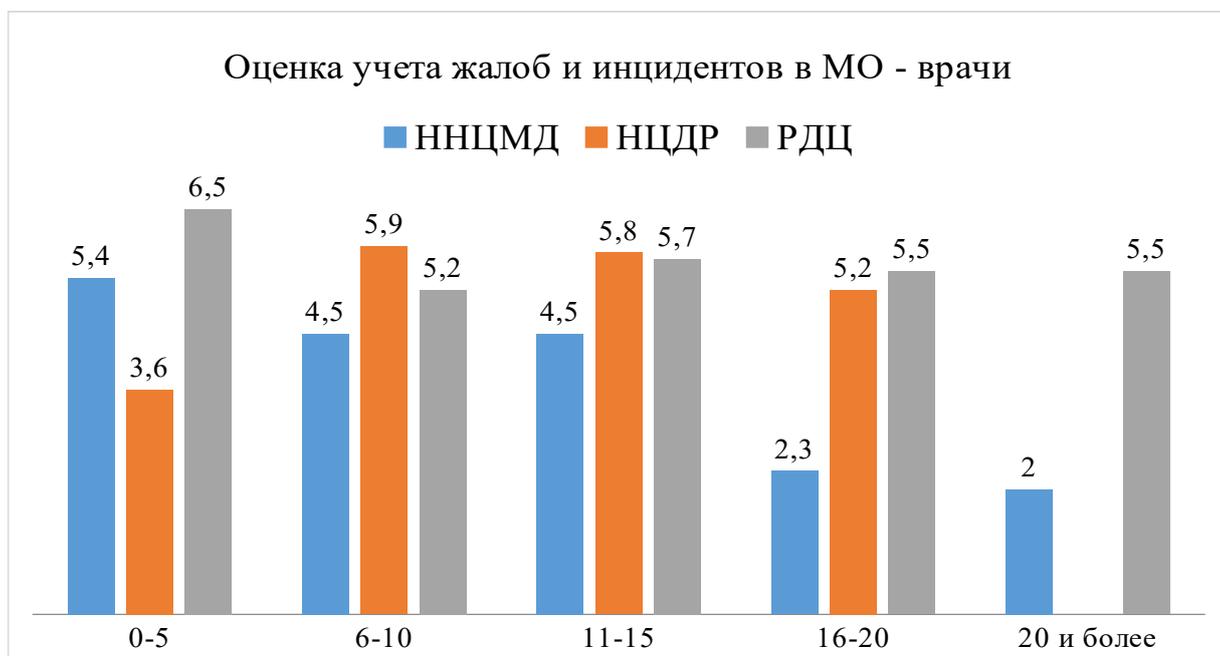


Рисунок 8. Оценка ведения учета жалоб и нежелательных событий респондентами врачами

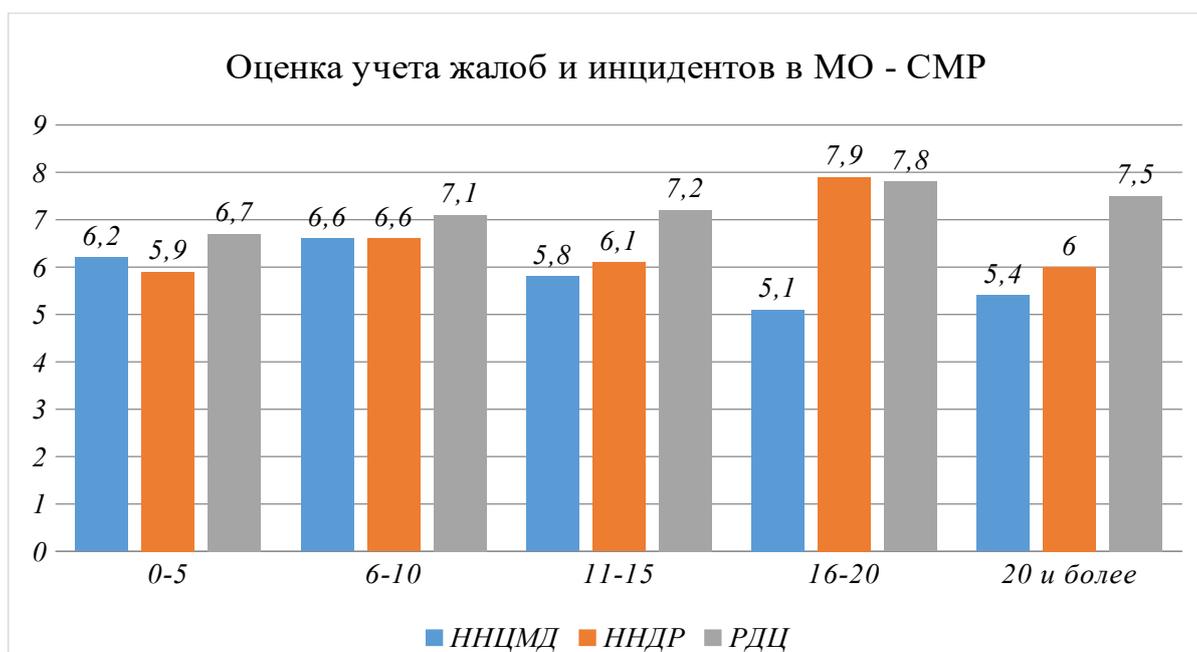


Рисунок 9. Оценка ведения учета жалоб и нежелательных событий респондентами медицинскими сестрами

Мнения врачей по эффективности регистрации жалоб различались от 2,3 (16-20 лет ННЦМД) до 6,5 баллов (0-5 лет РДЦ). В категории младшей стажевой группы врачи НЦДР и старших групп ННЦМД и РДЦ оценили систему учета ниже среднего значения (3,6; 2,3; 2 соответственно). Коэффициенты корреляции составили для ННЦМД, НЦДР, РДЦ +0,24; +0,16 и +0,17 соответственно, что говорит о прямой слабой связи стажа работы и оценке ведения жалоб. Для медицинских сестер коэффициенты составили +0,07; - 0,06; +0,11, что указывает на отсутствие влияния стажа работы и их мнения по высокой эффективности учета жалоб (от 5,1 до 7,9). Медицинские сестры трех МО единодушно считают, что учет нежелательных событий ведется должным образом. U-тест для сравнения выборок врачей и медсестер показал наличие статистической значимости между ответами двух групп ($p=0,04$).

Одним из инструментов достижения результативности как атрибута качества является клинический разбор пациента, который рассматривается как регулярное повышение профессиональных навыков с элементами экспертной оценки. Вопрос об эффективности проведения клинического разбора был задан респондентам врачам, которые дали следующую оценку (рисунок 10):

Средняя оценка уровня эффективности клинических разборов составила 8,12, при наименьшем балле от врачей ННЦМД со стажем 16-20 лет – 5,6 балла. Корреляционный анализ показал прямую слабую связь +0,25 у респондентов врачей со стажем 16-20 лет, и отсутствие влияния стажа на высокую оценку эффективности клинических разборов.

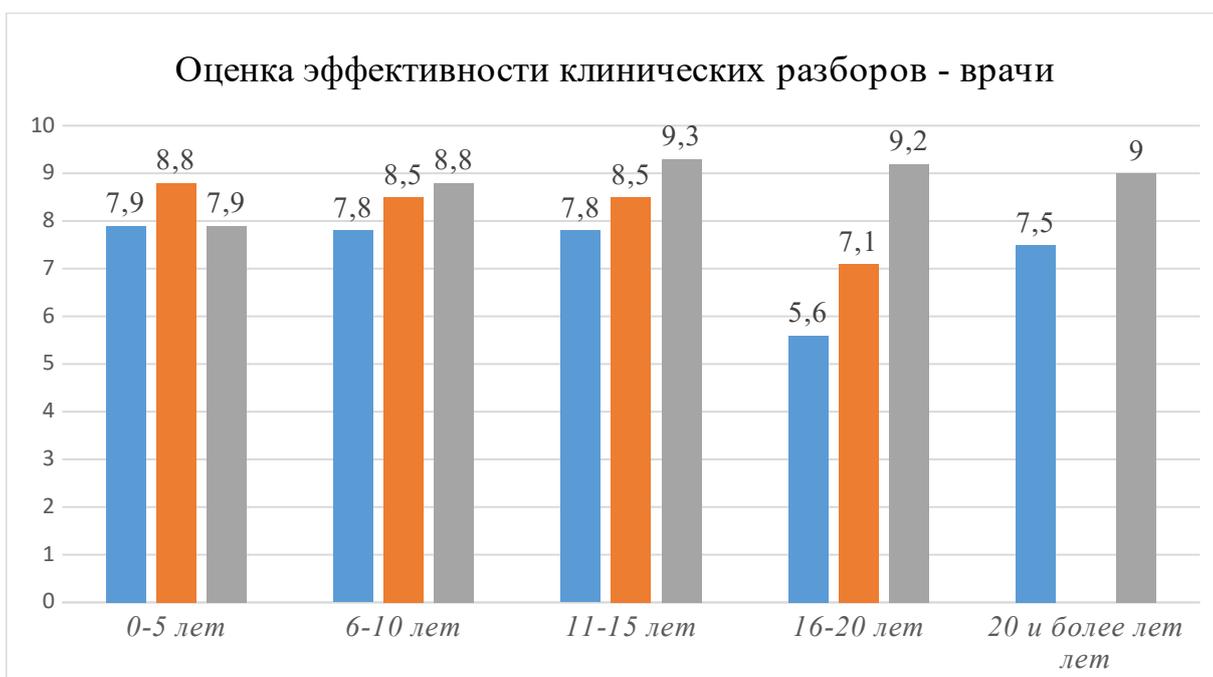


Рисунок 10. Оценка эффективности клинических разборов - врачи

Поскольку в каждой МО функционирует комиссия по разбору жалоб пациентов, в которую входят заместитель руководителя МО, заведующий, старшая сестра соответствующего отделения. Комиссия призвана разрешать недопонимания и конфликты в качестве медиатора, с последующим разбором причин возникновения конфликтов, и разработкой мероприятий по предотвращению подобных ситуаций. Респонденты оценили работу комиссии следующим образом (рисунок 11,12):

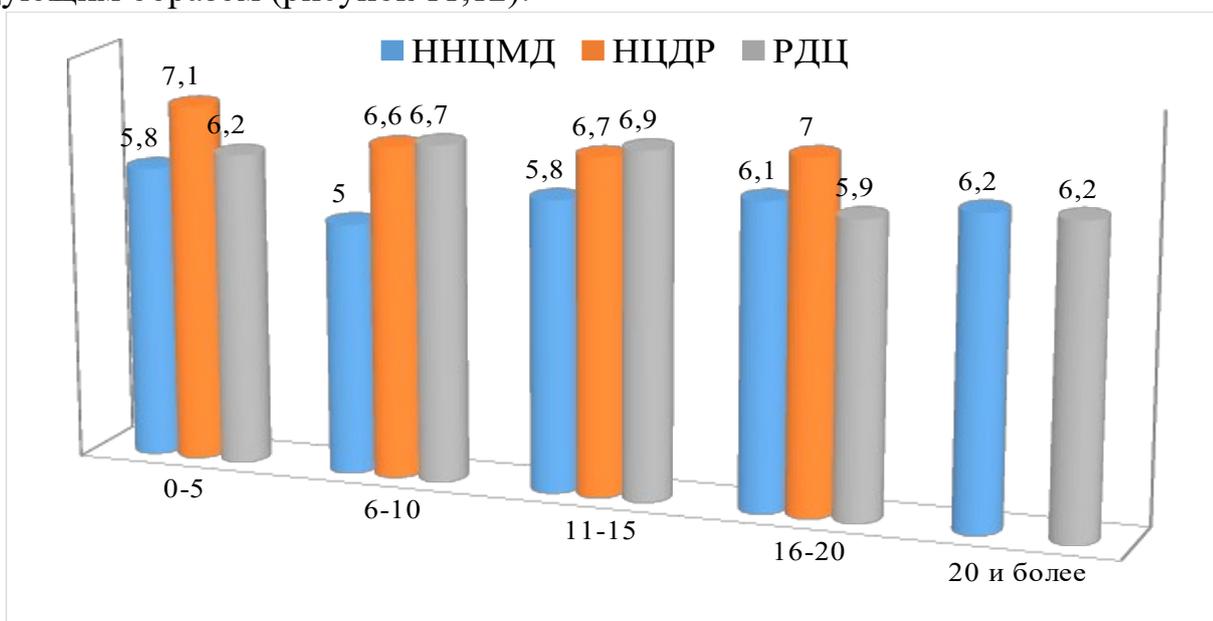


Рисунок 11. Оценка эффективности работы комиссии по разбору жалоб - врачи

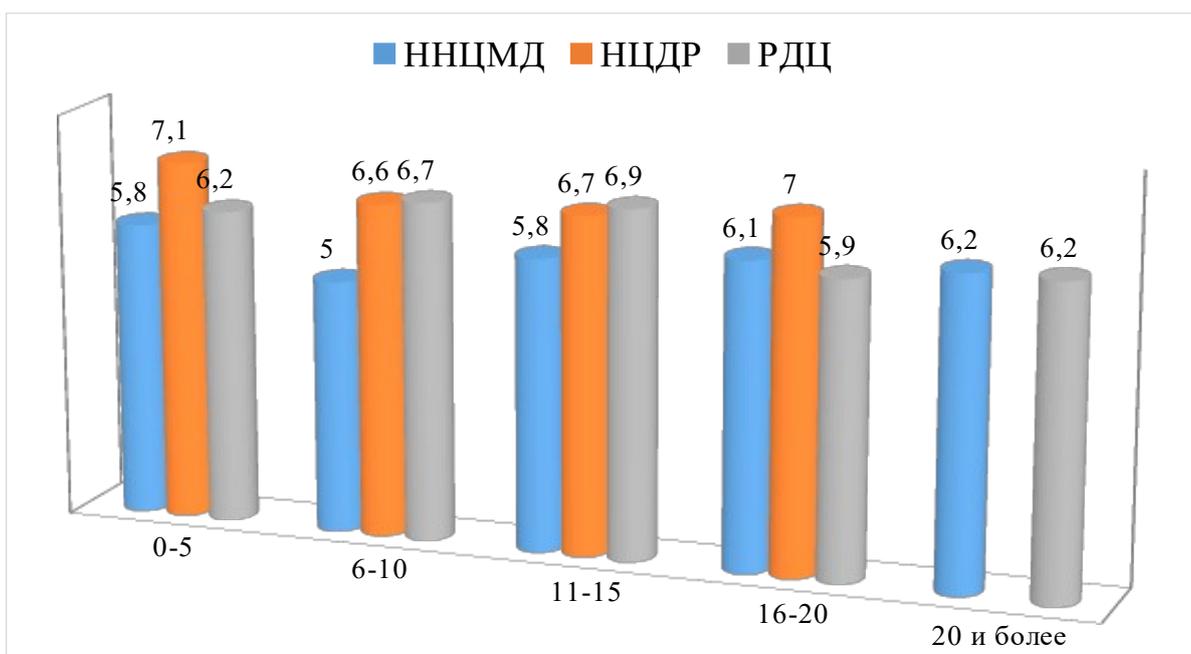


Рисунок 12. Оценка эффективности работы комиссии по разбору жалоб - СМР

Минимальная оценка у врачей и медсестер составила 5,0 и 6,2 соответственно, и максимальная 7,1 и 7,6 соответственно. Применение U-теста определило наличие статистической значимости различий ответов врачей и медсестер ($p=0,0006$). Коэффициенты корреляции в обеих группах составили от -0,11 до +0,008, что говорит об отсутствии влияния стажа работы на оценку работы комиссии по разбору жалоб.

Далее респонденты оценили эффективность службы инфекционного контроля (рисунок 13,14)

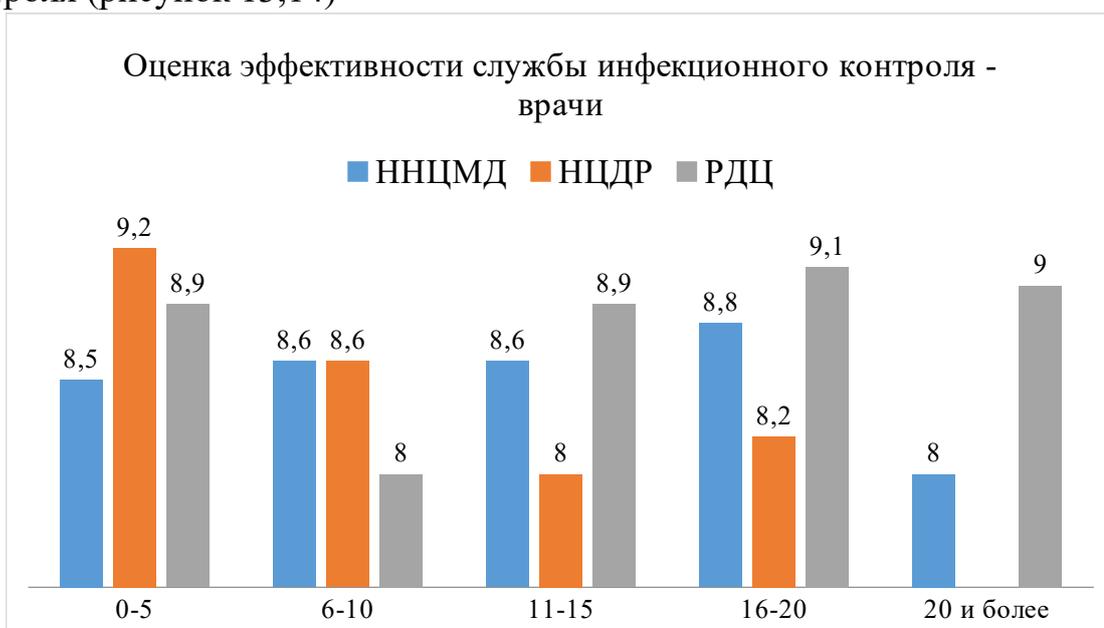


Рисунок 13. Оценка эффективности службы инфекционного контроля - врачи

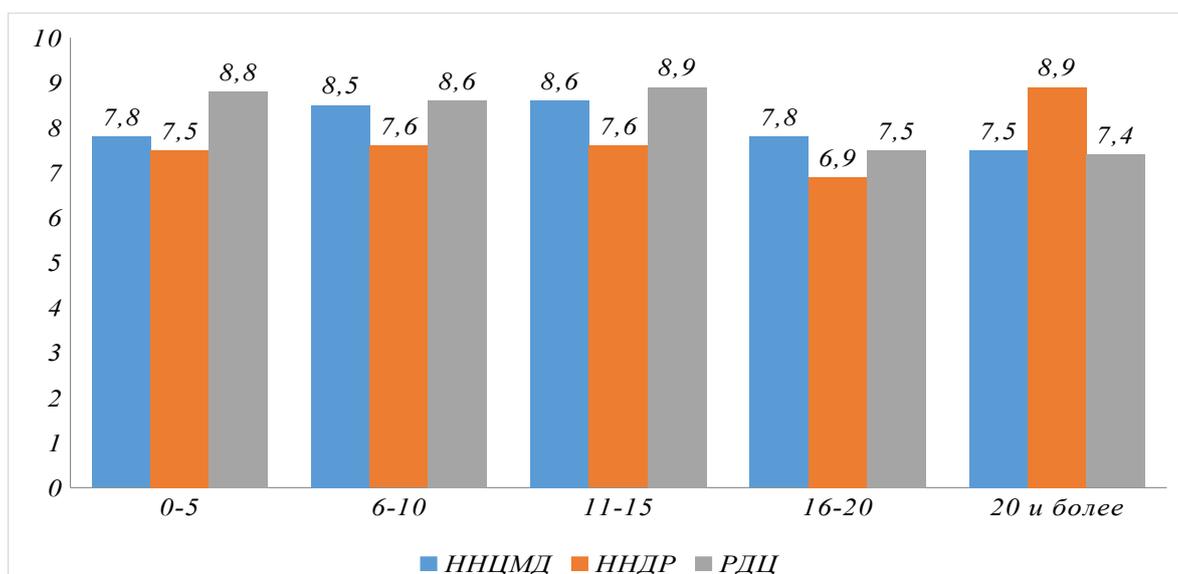


Рисунок 14. Оценка эффективности службы инфекционного контроля - СМР

Максимальные и минимальные значения ответов у врачей составили 8,0 (в группах 6-15 лет) и 9,1 и 9,2 (в группах 0-5 лет и 16-20 лет) соответственно. У медицинских сестёр эти показатели составили 8,9 (стаж 11-15 лет) и 6,9 (стаж 16-20 лет) соответственно. Ответы респондентов имели статистически значимые различия ($p=0,0048$), врачи дали оценку выше, чем медицинские сестры – 8,6 и 7,9 соответственно. Коэффициенты корреляции между стажем и данной оценкой у медсестер показали отсутствие корреляционной связи. У врачей ННЦМД и РДЦ коэффициенты корреляции показали прямые средние связи (0,31 и 0,37 соответственно), а у врачей центра детской реабилитации – обратные средние связи (-0,31), что свидетельствует, что чем больше стаж врача в данной МО, тем менее эффективно он оценивает мероприятия по инфекционному контролю. Учитывая полученный результат, нами проведено отдельное сравнение мнения врачей и медицинских сестер ННДР, которые в среднем составили 8,5 и 7,6 соответственно, при наличии статистической значимости различий ($p=0,02$). Наибольшее расхождение (9,2 и 7,5) отмечается в младшей стажевой группе (0-5 лет), меньше всего в мнениях расходятся врачи и медсестры средних стажевых групп (6-15 лет). Учитывая различия в должностных обязанностях групп респондентов, можно предположить, что отличия их участия в соблюдении требований инфекционного контроля, отразились в разнице оценок, данной ими по эффективности инфекционного контроля.

Далее вопрос касался отношения сотрудников МО к стандартам аккредитации, как международной, так и национальной (рисунок 15,16).

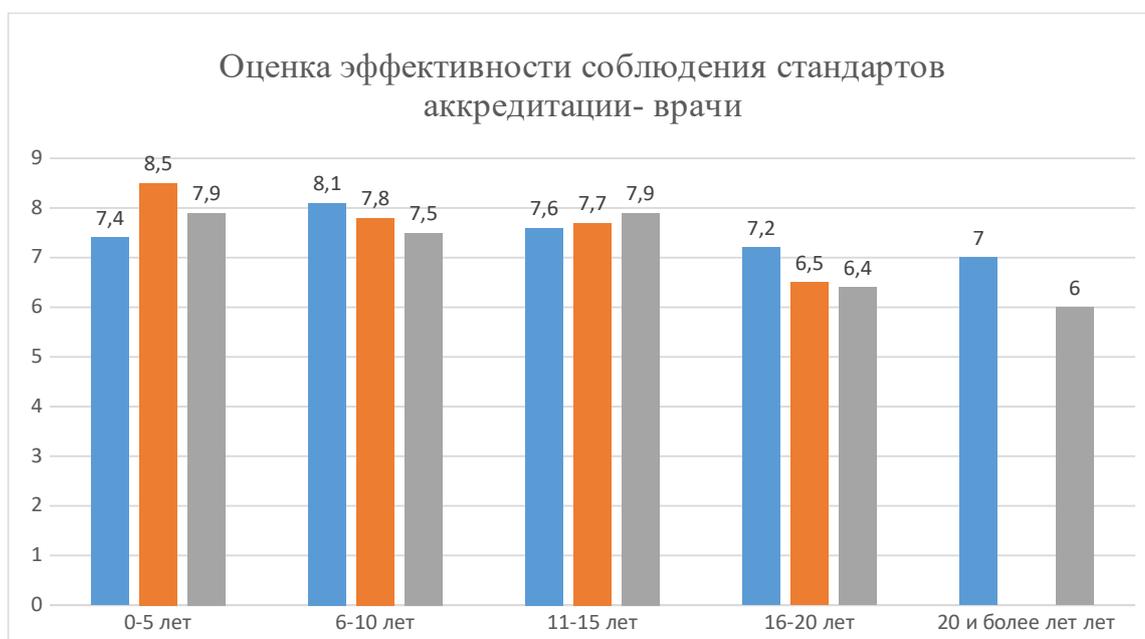


Рисунок 15. Оценка эффективности следования стандартам аккредитации - врачи

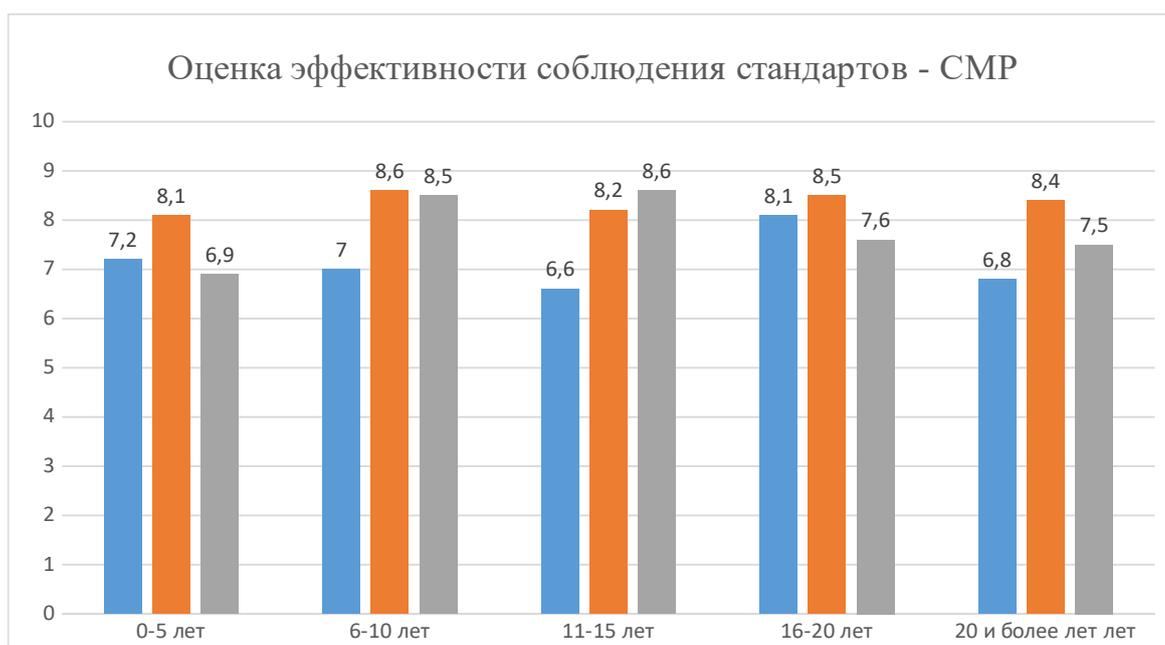


Рисунок 16. Оценка эффективности следования стандартам аккредитации – медицинские сестры

Установлено, что минимальные оценки, данные врачами и медсестрами составили 6,0 (20 и более лет) и 6,6 (11-15 лет) соответственно. Максимальные оценки составили 8,5 (0-5 лет) и 8,6 (6-10 лет) соответственно. Средняя оценка эффективности стандартов аккредитации составила 7,4 у врачей (с минимальными 6,0 у стажевой группы 20 и более лет), и 7,7 у медсестер (с минимальным значением 6,6 в стажевой группе 11-15 лет), что показало отсутствие статистической значимости различий ($p=0,66$). График ответов

врачей выглядит менее пологим, что подтверждают коэффициенты корреляции, которые также показали отсутствие связи со стажем у врачей, и наличие прямой средней связи (коэффициент = 0,37) у медицинских сестер, что говорит о влиянии стажа на их оценку эффективности соблюдения стандартов аккредитации.

На вопрос об эффективности обучения и методической помощи медицинским работникам по вопросам обеспечения качества медицинской помощи нами получено следующее распределение ответов (17,18):

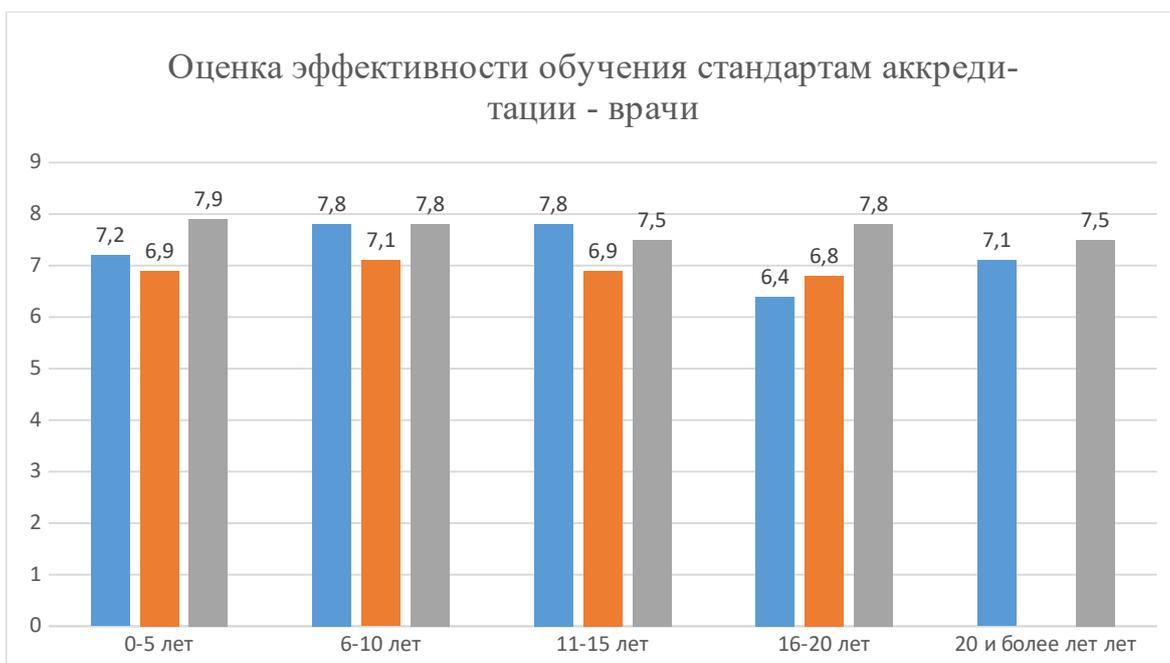


Рисунок 17. Оценка эффективности обучения стандартам аккредитации – врачи

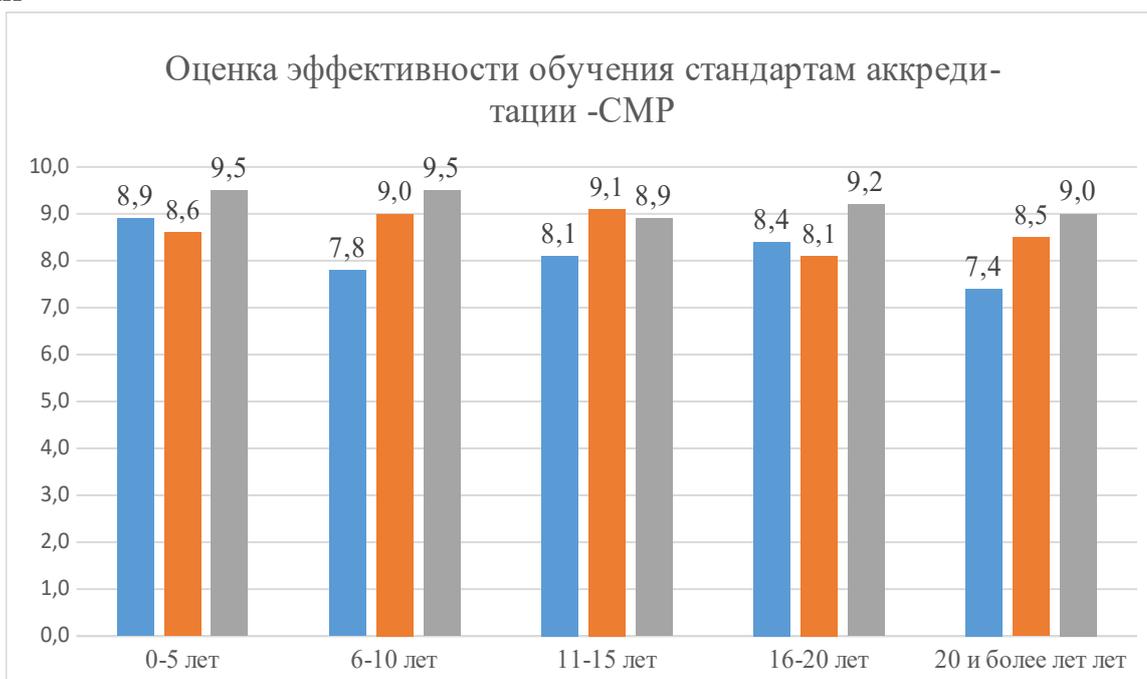


Рисунок 18. Оценка эффективности обучения стандартам аккредитации - СМР

Установлено, что по данному вопросу ответы внутри групп респондентов не имели статистической значимости различий ($p=0,76$ у врачей и $p=0,23$ у медицинских сестер), и составили в среднем 7,3 балла и 8,7 балла соответственно. Коэффициенты корреляции (от -0,1 до +0,1) также подтвердили отсутствие влияния стажа на оценку. Минимальные оценки у врачей составили 6,4 в стажевой группе 16-20 лет, и 7,4 у медицинских сестер в стажевой группе 20 и более лет.

Следующие вопросы касались отношения и понимания участников к возможным экономическим рискам, таких как снижение финансовой поддержки за счет сокращения услуг в пакете гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП), и повышения требований со стороны фонда обязательного социального страхования (далее – ФСМС), что приведет к уменьшению количества денежного возмещения за оказанные медицинские услуги. На вопрос о возможности финансовых рисков участники ответили следующим образом (рисунки 19,20):

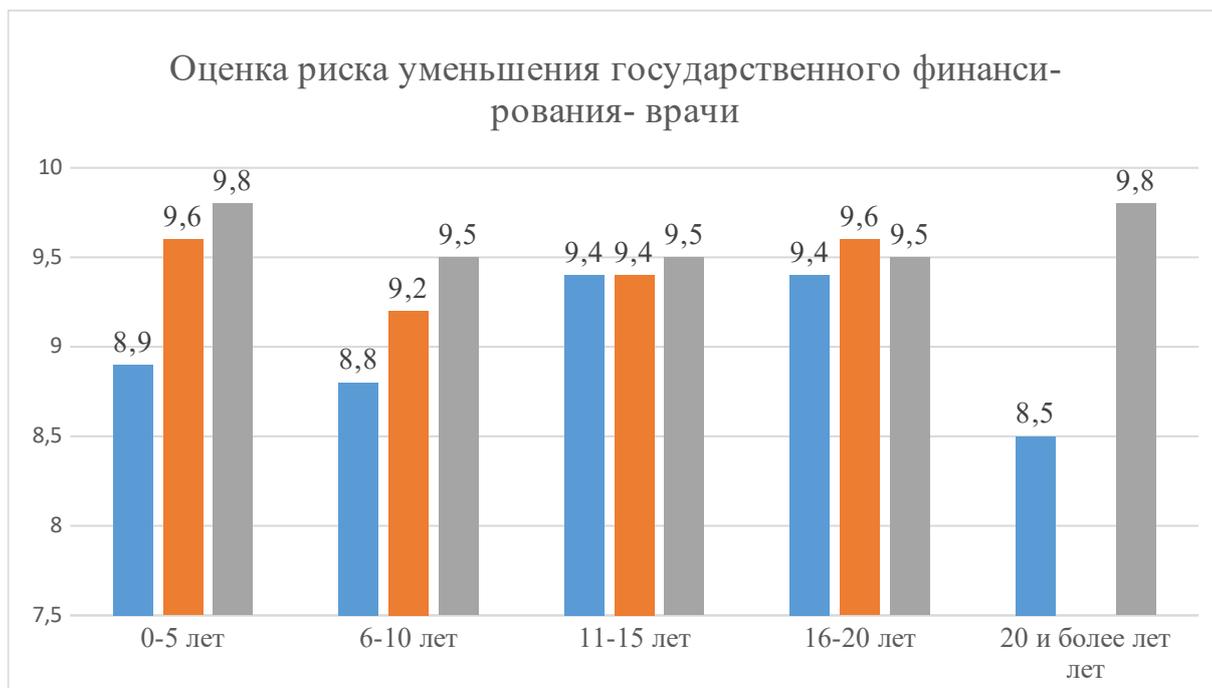


Рисунок 19. Оценка риска уменьшения государственного финансирования – врачи

Установлено, что мнения участников разделились в зависимости от МО, так врачи и медсестры РДЦ дали самые высокие оценки в их ожидании снижения государственного финансирования – 9,62 и 9,84 соответственно. Участники ННЦМД и НЦДР также считают, что экономический риск высок – 9,0 и 9,45 у врачей, и 9,6 и 9,48 у медсестер.

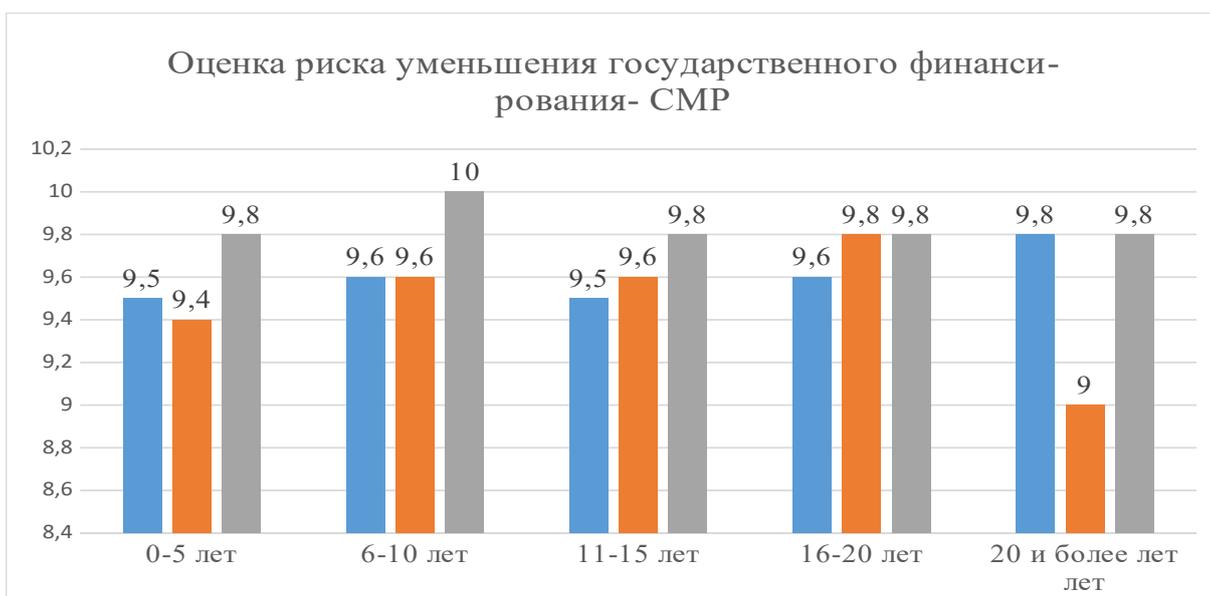


Рисунок 20. Оценка уменьшения государственного финансирования – медицинские сестры

Используемый U-тест показал статистическую значимость различий в ответах внутри каждой группы, и между двумя группами респондентов ($p=0,02$; $p=0,048$; $p=0,045$ соответственно).

Вероятность риска оттока пациентов вследствие снижения государственной финансовой поддержки ответы респондентов сложились следующим образом (рисунки 21,22):

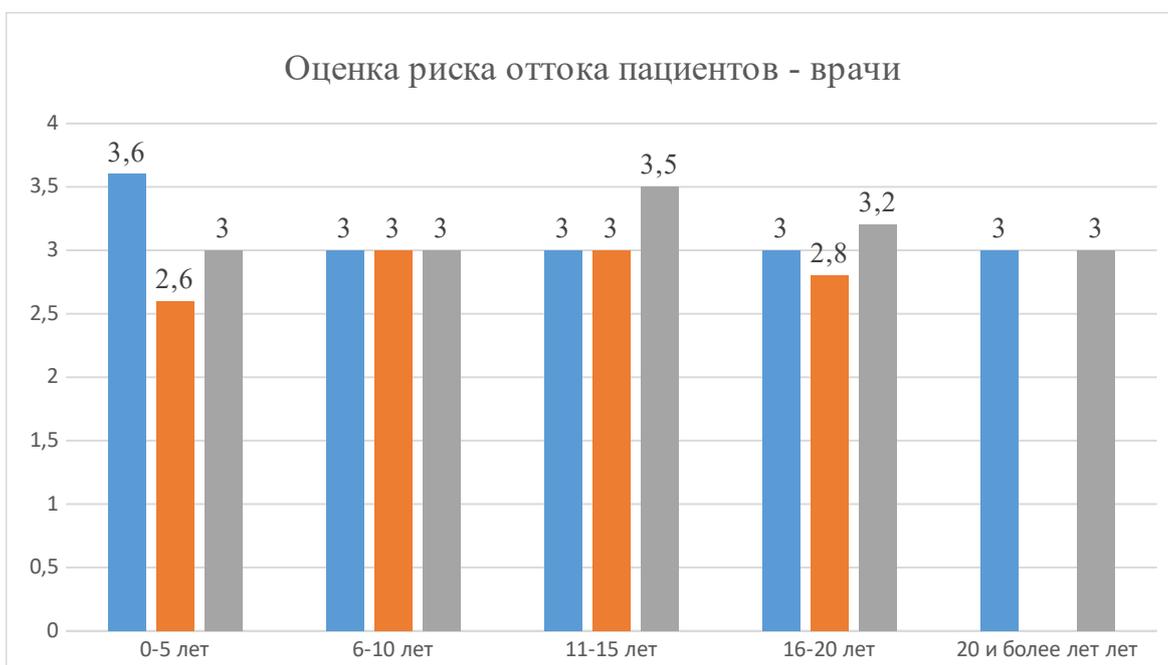


Рисунок 21. Оценка вероятности риска оттока пациентов из МО при уменьшении государственной финансовой поддержки - врачи

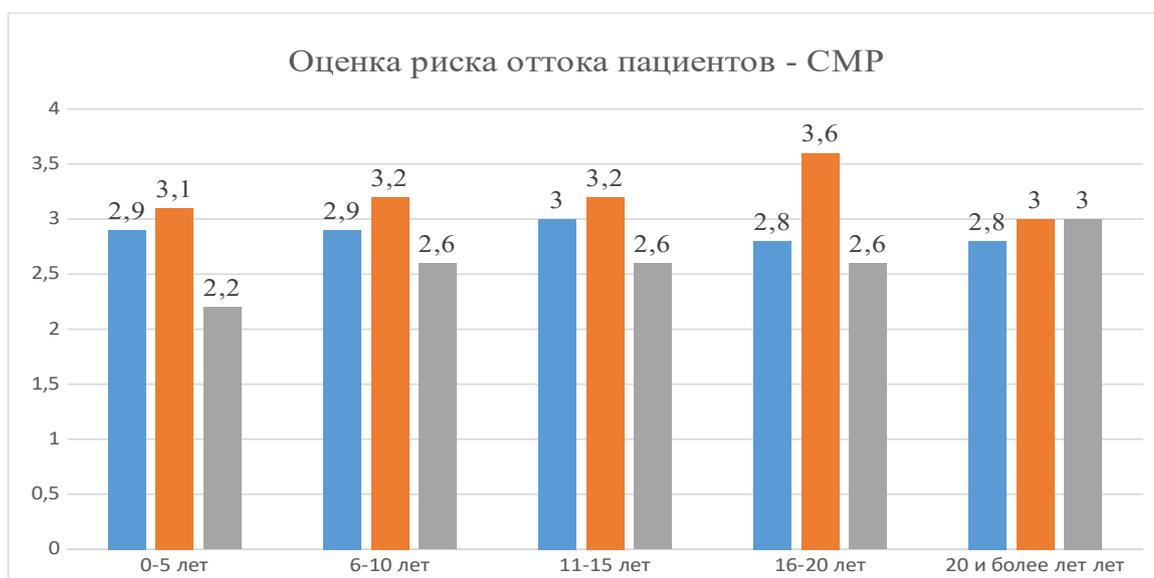


Рисунок 22. Оценка вероятности риска оттока пациентов из МО при уменьшении государственной финансовой поддержки - СМР

Установлено, что несмотря на высокие экономические риски, участники не считают, что поток пациентов уменьшится в их МО. Минимальные значения составили 2,6 у врачей (0-5 лет НЦДР) и 2,2 у медицинских сестер (0-5 лет). Максимально высокие риски по данному вопросу 3,6 есть по мнению врачей также в группе 0-5 лет в ННЦМД и у медицинских сестер 3,6 в стажевой группе 16-20 лет НЦДР. Данный вопрос показал средние значения 3,05 и 2,9 при отсутствии статистической значимости различий ответов ($p=0,17$).

Анализ ответов респондентов-врачей по блоку оценки эффективности мероприятий по противодействию рискам качества представлен в таблицах 7,8.

Таблица 7. Средние значения ответов по стажу респондентов-врачей

	0-5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	20 и более лет лет
Оценка риска нежелательных событий	2,9	5,9	6	5,2	1,7
Оценка регистрации и учета жалоб, и нежелательных событий	5,17	5,2	5,33	4,33	3,75
Оценка эффективности проведения клинических разборов	8,2	8,37	8,53	7,3	8,25
Оценка эффективности комиссии по разбору жалоб пациентов	6,37	6,1	6,47	6,33	6,2
Оценка эффективности службы инфекционного контроля	8,87	8,4	8,5	8,7	8,5
Оценка эффективности соблюдения	7,93	7,8	7,73	6,7	6,5

стандартов аккредитации					
Оценка эффективности обучения персонала	7,33	7,57	7,4	7	7,3
Оценка риска снижения государственного финансирования	9,43	9,17	9,43	9,5	9,15
Оценка риска оттока пациентов	3,07	3	3,17	3	3

Установлено, что по эффективности клинических разборов, работы по разбору жалоб пациентов, соблюдения мероприятий инфекционного контроля, участники дали высокие оценки во всех стажевых группах. По другим вопросам, менее всего насторожены к возникновению рисков младшая и стажевая группы врачей. Систему учета жалоб респонденты врачи оценили, как среднеэффективную, причем менее всего врачи со стажем 16 и более лет. Также врачи старших стажевых групп дали меньшие оценки по эффективности стандартов аккредитации и обучению персонала по их соблюдению.

Таблица 8. Средние значения ответов по стажу респондентов-медицинских сестер

	0-5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	20 и более лет
Оценка риска нежелательных событий	3,37	4,90	4,10	3,57	2,00
Оценка регистрации и учета жалоб, и нежелательных событий	6,27	6,77	6,37	6,93	6,17
Оценка эффективности комиссии по разбору жалоб пациентов	6,27	6,77	6,37	6,93	6,17
Оценка эффективности службы инфекционного контроля	8,03	8,23	8,17	7,40	7,93
Оценка соблюдения стандартов аккредитации	7,07	7,17	7,00	6,90	7,07
Оценка эффективности обучения персонала	7,40	8,03	7,80	8,07	7,57
Оценка риска снижения государственного финансирования	9,57	9,73	9,63	9,73	9,53
Оценка риска оттока пациентов	2,73	2,90	2,93	3,00	2,93

Установлено, что участники – медицинские сестры дали высокие оценки (7 и более баллов) по эффективности службы инфекционного контроля, работы по разбору жалоб пациентов, соблюдения мероприятий инфекционного контроля,

эффективности стандартов аккредитации и обучению персонала по их соблюдению. По вопросу настороженности к возникновению рисков также отмечены низкие баллы у стажеров групп 0-5 лет и от 20 и более лет.

Таким образом, по мнению медицинских работников МО, имеющих международную аккредитацию JCI, мероприятия по противодействию риском качества имеют высокие и средние оценки. Результаты участников, как врачей, так и медицинских сестер имели схожие баллы по большинству вопросов, что подтверждено отсутствием статистической значимости различий ответов (U-тест, p от 0,08 до 0,78). В то же время, низкую настороженность в отношении рисков (2-3 балла) имеют врачи со стажем от 0-5 лет, и 20 и более лет во всех трех МО. Кроме того, врачи трех МО оценивают систему учета жалоб и нежелательных событий как среднюю, в отличии от высоких баллов медицинских сестер (U-тест, $p=0,04$). Также врачи с большим стажем работы (16 и более лет) оценивают эффективность соблюдения стандартов аккредитации как среднюю, и также оценивают эффективность обучения медицинских работников. Возможность экономических рисков обе группы респондентов оценивают, как высокую (8,8 и выше), при этом работники РДЦ предполагают самый высокий риск по этому вопросу (выше 9,5). При этом участники всех трех МО считают риск оттока пациентов низким (3 и менее), с обоснованием высокой квалификации и уникальности предоставляемых медицинских услуг в выборочных комментариях.

3.2 Анализ состава службы по управлению рисками качества медицинских услуг по результатам анкетирования

Для определения потребностей в совершенствовании подходов по управлению качеством, нами проведен качественный анализ требований, предъявляемых к специалисту по управлению рисками качества по мнению медицинских работников в МО, следующих международным стандартам. Анализ блока вопросов с закрытыми ответами, предоставляющими выбор варианта, для определения мнения респондентов о подготовке специалистов в области управления рисками качества, показал следующие результаты. На вопрос о предпочтениях по специализированной подготовке и квалификации для управления рисками качества респонденты ответили следующим образом (рисунок 23):

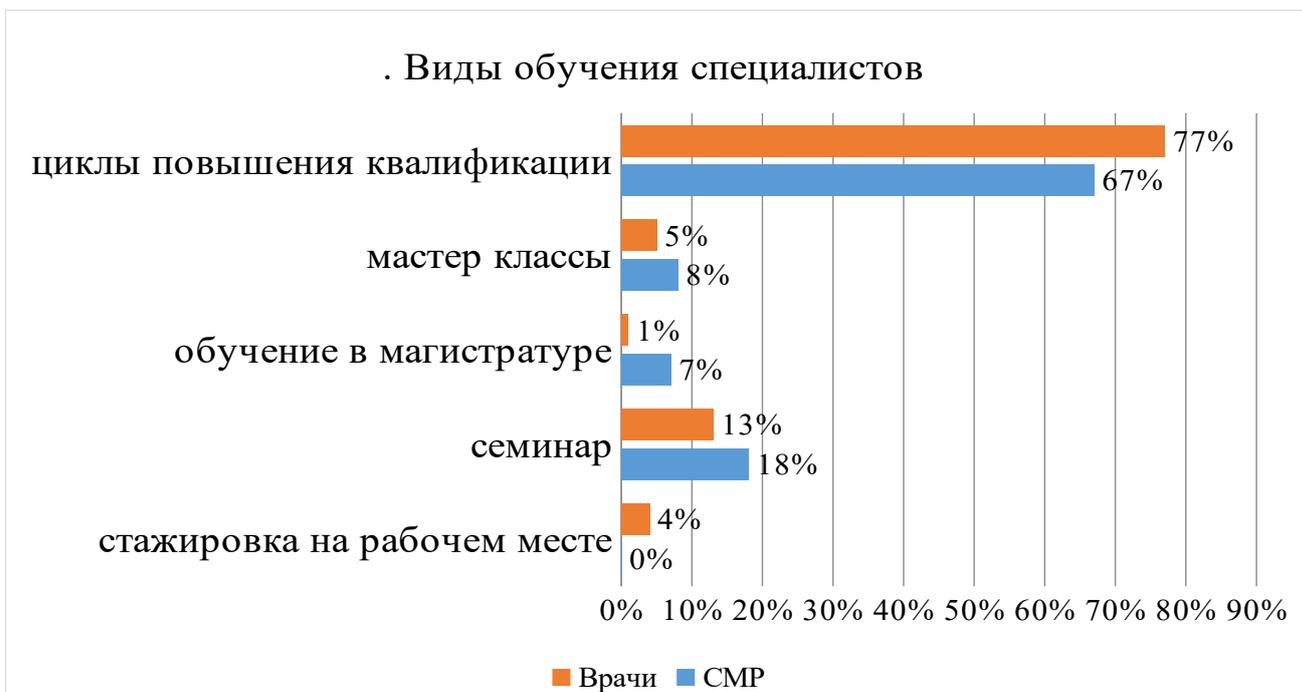


Рисунок 23. Виды обучения специалистов по управлению рисками качества по предпочтению медицинских работников

Установлено, что значительная часть участников – и врачей и медсестер, предпочитают обучение по управлению рисками качества в МО на циклах повышения квалификации (77% и 67 % соответственно), организованных агентством по аккредитации. Менее всего респонденты предпочли стажировку на рабочем месте (4% и 0% соответственно). Специализированное образование на уровне магистратуры видят менее 7% участников. Различие ответов двух групп респондентов подтверждено с использованием U-теста ($p=0,00$). При этом корреляционный анализ внутри каждой группы не выявил связей между возрастом участников и их предпочтениями (коэффициенты корреляции от -0,1 до +0,1). Поскольку оценка рационального использования собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения, применению внутренних индикаторов, требует определенных полномочий, нами был включен вопрос о должности данного специалиста. На вопрос о позиции специалиста по риск-менеджменту в структуре МО, были получены следующие результаты (рисунок 24):



Рисунок 24. Требования к должности специалистов по управлению рисками качества

Установлено, что топ три позиции занимают должности с высокими полномочиями. Одна треть участников (31%) считает, что управлением рисками должен занимать позицию эксперта по качеству оказания медицинских услуг. Должность заместителя директора по качеству и менеджера по качеству предпочитают по одной пятой участников (22,8% и 23,9% соответственно). Среди медицинских сестер самой авторитетной считается должность заместителя директора по качеству. Установлено, что коэффициент корреляции между стажем и ответами участников медсестер составляет $-0,42$, что говорит о наличии обратной средней связи. Для участников врачей, данный коэффициент составил $-0,08$ (обратная очень слабая связь). Навыки, которыми, по мнению медицинских работников, должны владеть специалисты по риск-менеджменту, выглядят следующим образом (рисунок 25):

По мнению респондентов-врачей, основным навыком специалиста по управлению рисками качества, должен быть его способность управлять проектами для развития МО (33,3%). Равные позиции у навыков внедрение управленческих инструментов для адаптации новых технологий (14,3%), рациональной оценке текущего состояния качества (14,1%), и понимание лечебных процессов (14,1%). Знания по медицинскому праву и управлению базами данных заняли 5,4% и 1,8% соответственно).

При корреляции со стажем респондентов, установлено, что среди стажированных респондентов (более 20 лет) наиболее востребованы проектный и риск-менеджмент (65% и 54%), а у молодых специалистов (до 5 лет) – цифровой менеджмент и критический анализ (36,6% и 21%).

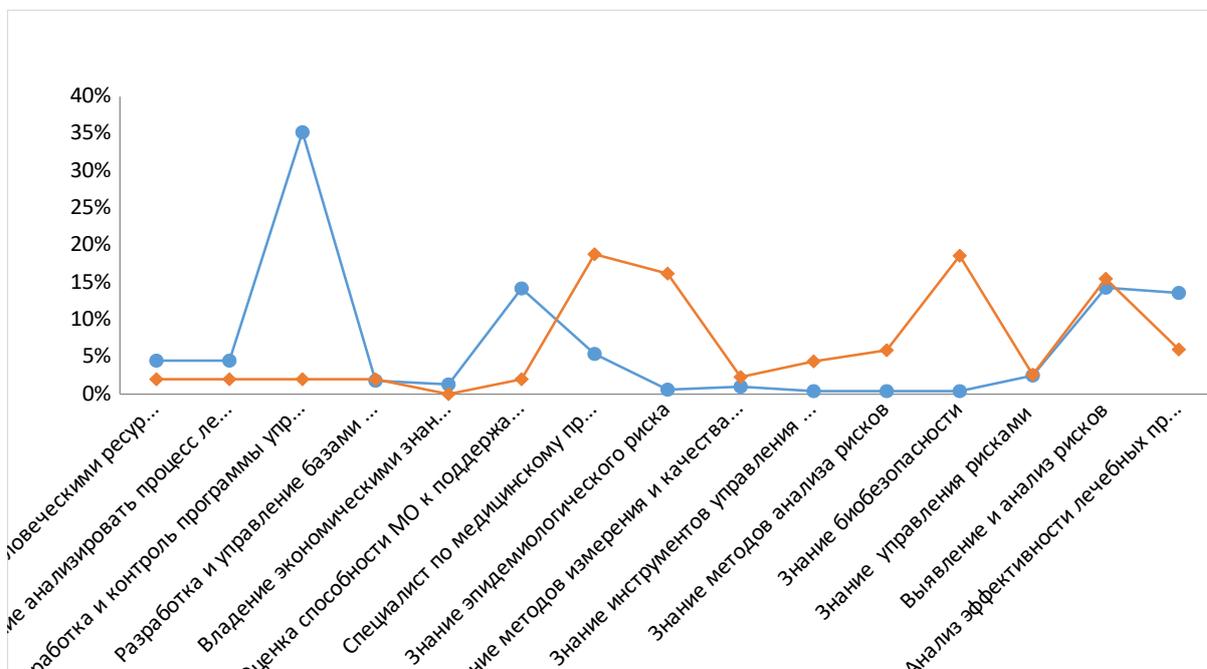


Рисунок 25. Требования к навыкам специалиста по качеству

Установлено, что по мнению врачей, самыми востребованными навыками считаются разработка и контроль за выполнением программы управления рисками (35,2%), способность прогнозировать развитие МО (14,2%), проводить анализ лечебных процедур (14,3%) и выявление и анализ рисков (13,6%). Мнение медицинских сестер отличается, и топ три навыками названы знание медицинского права (18,8%), знание биобезопасности (18,6%), и выявление рисков для здоровья (15,5%). Далее участники ответили, какие по их мнению, должны быть требования к базовому образованию специалиста по качеству и безопасности пациентов в МО (рисунок 26).

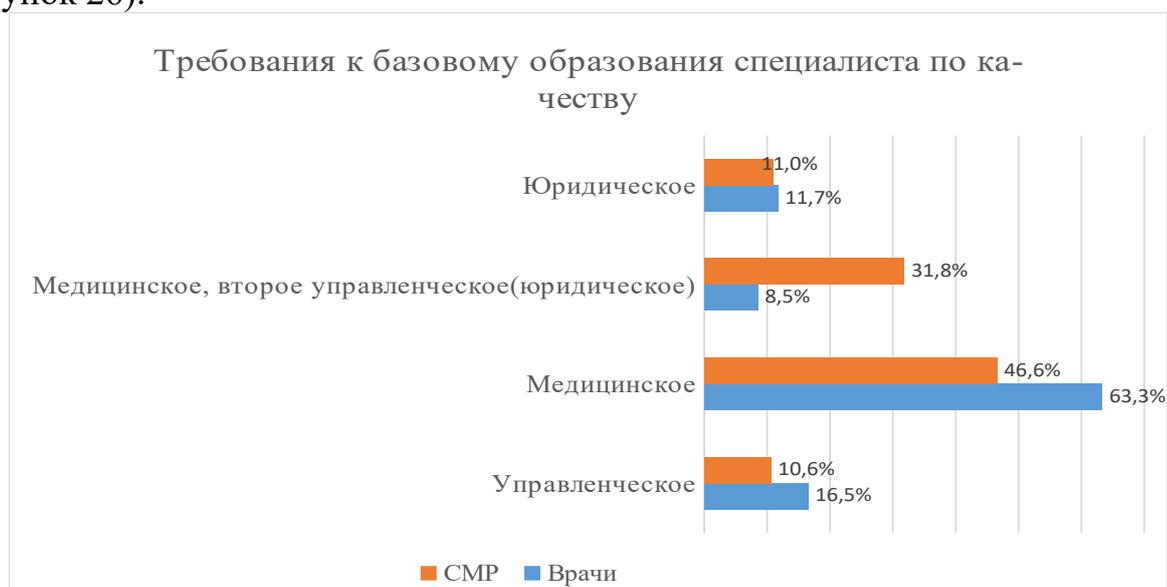


Рисунок 26. Требования к базовому образованию специалиста по качеству

По мнению участников, медицинское образование является приоритетным как у врачей, так и у медицинских сестер (63,3% и 46,6% соответственно). Юридическое или управленческое образование, как второе на базе медицинского, считается актуальным среди медицинских сестер (31,8%). Немедицинское образование, как юридическое, так и управленческое, по мнению респондентов, считается недостаточным (около 10 % ответов).

Таким образом, по данным опроса нами сформированы востребованные компетенции специалист управления рисками по качеству, который должен иметь базовое медицинское образование. Основными навыками считаются способность видеть целостную картину МО, владеть правовым регулированием и активно использовать возможности информационных технологий. Самыми востребованными компетенциями менеджеров названы управление проектами в сочетании с междисциплинарной интеграцией – 35,2%; принятие решения с точки зрения постоянного повышения качества - 16,8%; анализ действий в проблемной ситуации (риск-менеджмент, конфликт-менеджмент) –14,3%;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Качество медицинских услуг продолжает оставаться основным приоритетом деятельности всех МО, признание службы по управлению рисками качества в МО является передовым методом предотвращения проблем и эффективного управления работой и ресурсами. Управление рисками является неотъемлемой частью эффективной СМК и выявляет потенциальные проблемы до того, как будут предприняты действия, и активно их решает, при этом сохраняет ресурсы, которые в противном случае были бы потрачены на корректирующие действия и доработку, и позволяет избежать сбоев в достижении целей. Как дисциплина, управление рисками описывается в академических условиях, в других отраслях и в стандартах [95] [22] [44]. И хотя единого способа управления рисками не существует, существуют передовые методы успешной программы управления рисками для качества, для каждой МО важно ассимилировать эти передовые методы и стандарты в соответствующей программе управления рисками для качества. Целенаправленное применение управления рисками выявляет наиболее значительные риски. Выявление, оценка и надлежащий контроль этих рисков сосредотачивает ресурсы организации на тех областях, где они наиболее значимы. Понимание значимости данного риска для организации и ее устойчивости к риску определяет действия, которые будут предприняты или не предприняты для устранения этого риска. Толерантность к риску относится к степени принятия организацией риска и его определению в общих чертах, когда она будет действовать, а когда нет. Для рисков, которые определены как значительные на основе допустимого риска, может быть уместно использовать один или несколько доступных вариантов контроля риска, как клинические разборы, инфекционный контроль. Для менее значительного риска может быть достаточно существующих средств управления процессом, которые определены стандартными операционными процедурами [43] [75]. Риски, которые определены как ниже допустимого уровня риска, могут быть приняты и не требуют дальнейших действий. Кроме того, внедрение программы управления рисками требует структуры, поддерживающей повторяемость с достаточной гибкостью для адаптации к различным ситуациям, которые могут возникнуть.

В МО Казахстана, подход к управлению рисками проходит мониторинг и контроль со стороны аккредитационных агентств, как национальных [67] [80], так и международных [9] [93]. Использование стандартов значительно упрощает работу как врачебного, так и сестринского персонала, уменьшает неоправданные расходы средств, сокращает время, повышает качество медицинской помощи.

Разделение рисков по их происхождению, способствует их декомпозиции и определению шагов и ответственных по их профилактике. Так, экономические риски для качества, могут включать риски поставщика, процесса, активов, программы и площадки, в то время как операционные риски

на уровне лечебно-профилактических мероприятий, фокусируется на рисках, связанных с квалификацией стандартными операционными процедурами. Система аккредитации также способствует разработке внутренней программы управления рисками и управления знаниями сотрудников в области поддержания качества. В программах аккредитации присутствуют мониторинг и контроль, как метод обнаружения проблем, которые могут поддерживать контроль рисков в программе управления рисками для качества.

Таким образом, управление рисками на основе поддержания стандартов аккредитации определяется как движущая сила стратегии по управлению рисками. Каждая организация должна определить свою толерантность к риску, чтобы определить, какие риски представляют значительную угрозу для ее целей, включая качество, и внедрить программу управления рисками для качества, которая эффективно контролирует риски, наиболее значимые для результатов ее деятельности. Согласование основных принципов управления рисками, таких как устойчивость к риску, и выявление значительных рисков через контроль и мониторинг способствует разработке программ для обучения персонала. В нашем исследовании оценка эффективности управления рисками для улучшения качества медицинских услуг позволило сделать следующие **ВЫВОДЫ:**

1. По данным международного опыта, установлено, что система аккредитации качества позволяет снизить риски качества оказания медицинских услуг от 9-34 % в гинекологической службе, от 5 до 33 % в службе ПМСП. Также установлено, что результаты оценки эффективности системы аккредитации качества в отечественных мо недостаточно освещены в литературных источниках. Для управления стратегическими и операционными, в том числе медицинскими рисками в МО успешно внедряется система аккредитации качества, через предварительное обучение сотрудников, и последующий мониторинг следования стандартам качества. В Казахстане поддержание качества медицинских услуг в МО регулируется требованиями к аккредитации согласно национальным стандартам качества оказания медицинских услуг. Наряду с национальными стандартами, МО подтверждают стандарты качества через аккредитацию международных агентств (JCI Accreditation – 9 МО);

2. Установлено, что по мнению медицинского персонала, эффективность работы службы по управлению стратегическими и операционными рисками качества, которая следует международным стандартам JCI, является высокой (7,6 из 10 максимальных баллов), при этом медицинские работники со стажем 20 и более лет оценивают эффективность как среднюю (6-6,6 баллов). Вероятность возникновения рисков расценена как низкая (менее 3 баллов), с обратной средней связью в зависимости от стажа работа в каждой МО ($R_{\text{ннцмд}}$, нцдр , рдц = -0,27; -0,41; -0,37). Существующая система регистрации и учета жалоб, и нежелательных событий расценена как средняя, с максимальным баллом 5,6 в стажевой группе 0-5 лет, и минимальным 3,75 среди участников со стажем 20 лет и более. Высоко

оценены эффективность клинических разборов (9 баллов и выше), а также действующей службы инфекционного контроля (8,4 баллов и более). Обучение персонала стандартам аккредитации также оценено как высокая среди медицинских сестер (7,4 и выше), и как средняя у врачей (6,4 балла в среднем). По мнению медицинского персонала, экономические риски являются высокими (9 и более баллов), однако, последствия рисков как вероятность оттока пациентов оценена как низкая (2 балла и ниже).

3. Установлено, что по мнению медицинского персонала, специалист службы по риск менеджменту в МО должен иметь базовое медицинское образование (63,3%), а также юридическое и/или управленческое образование дополнительно (31,8%). Среди ключевых навыков и компетенций специалиста по управлению рисками названы разработка и контроль программы управления рисками (35,2%), знание медицинского права (18,8%), знание биобезопасности (18,6%), выявление и анализ рисков (15,5%), а также способность проводить анализ лечебно-диагностических процедур (13,6%). Также установлено, что наиболее приемлемым является обучение через циклы повышения квалификации для врачей и медицинских сестер (77%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для совершенствования предупреждения операционных рисков качества оказания медицинских услуг следует поддерживать и обновлять содержание тренингов персонала национальным и международным стандартам аккредитации МО с учетом современных вызовов;

2. Для совершенствования предупреждения стратегических рисков качества оказания медицинских услуг следует внедрить и наполнить содержание обучающих тренингов персонала материалами по медицинскому праву, по менеджменту, а также по вопросам анализа эффективности лечебно-диагностического процесса (клинических разборов);

3. Для совершенствования предупреждения экономических рисков качества в системе управления рисками при оказании медицинских услуг, следует внедрить практику оценки медицинских технологий на уровне каждой конкретной МО.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- [1] П. П. Р. К. №. 725, « «Об утверждении национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация",» 12.10.2021.».
- [2] Юрьева О.В., Шипачев К.В. , «Внедрение системы менеджмента качества, управление рисками в многопрофильной медицинской организации,» *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ* , № № 2(5), , pp. 48-55, 2019. .
- [3] Batalden P., Davidoff F., «Knowledge for improvement: Proceedings of the Vin McLoughlin Colloquium on the Epistemology of Improving Quality,» *BMJ Qual Saf.*, № 20, pp. i1-i105, 2011.
- [4] Molwes C, van der Gaag A, Fox J., «The practice of complexity. Review, change and service improvement in an NHS department,» *J Health Organ Manag.* , № 24, pp. 127-144, 2010.
- [5] Джакупова Д.Е., Ломан Н.Ф., « Анализ кадровой обеспеченности в сфере здравоохранения в Республике Казахстан,» *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук* , т. 6, № 1, pp. 65-69, 2016.
- [6] Barbara J Booth, Nicholas Z., Mark F Harris, «• Healthcare improvement as planned system change or complex responsive processes? a longitudinal case study in general practice,» *BMC Family Practice* , т. 1, № 6, pp. 1451-1463, 2013.
- [7] L. L. A., «Understanding Health Care as a Complex System The Foundation for Unintended Consequences,» *JAMA*, № 308(3), pp. 243-244, 2012.
- [8] Vogenberg F. Randy, Santilli John, «Key Trends in Healthcare for 2020 and Beyond,» *Am Health Drug Benefits*, № 12(7), pp. 348-350, 2019.
- [9] Sarakbi D, Mensah-Abrampah N, Kleine-Bingham M, Syed S.B. , «Aiming for quality: a global compass for national learning systems,» *Health Res Policy Syst.* , № 19(102), pp. 1141-1149, 2021.
- [10] Ruican S., Zhang C., Keyao Lv, Yajia Lan, «Identifying the risk features for occupational stress in medical workers: a cross-sectional study,» *Int Arch Occup Environ Health*, № 1(10), pp. 11-21, 2021.
- [11] Zare S., Mohammadi dameneh M., Esmaili R., Kazemi R., Naseri S., Panahi D. , «Occupational stress assessment of health care workers (HCWs) facing COVID-19 patients in Kerman province hospitals in Iran,» *Heliyon*, № 7(5), p. e07035, 2021.
- [12] Väisänen D., Kallings V., Andersson G., Wallin P., Hemmingsson E., Ekblom-Bak E. , «Lifestyle-associated health risk indicators across a wide range of occupational groups: a cross-sectional analysis in 72,855 workers,» *BMC Public Health*, № 20, pp. 1656-1660, 2020.

- [13] Niedhammer I, Lesuffleur T, Labarthe G, Chastang J-F, «Role of working conditions in the explanation of occupational inequalities in work injury: findings from the national French SUMER survey,» *BMC Public Health*, № 18, pp. 344-353, 2018.
- [14] Santana M., Manalili K., Zelinsky S., «Improving the quality of person-centred healthcare from the patient perspective: development of person-centred quality indicators,» *BMJ Open*, № 10(10), p. e037323. , 2020.
- [15] Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C, «The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review . 2014;», *BMJ Open*, № 4(9), p. e005055., 2014.
- [16] Гусякова Р.П., Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И. , «Возможности использования принципов менеджмента качества и стандартных операционных процедур в многопрофильном стационаре,» *Инновационные технологии в медицине*, № 8(109), pp. 59-67, 2017.
- [17] Scrutton J., Holley-Moore G., Bamford S.M., «Creating a Sustainable 21st Century Healthcare System,» ILC-UK, London, 2020.
- [18] Sturmberg JP, O'an DM, Martin CM. , «Understanding health system reform —a complex adaptive systems perspective,» *J Eval Clin Pract.* , № 18(1), pp. 202-208, 2012.
- [19] Grebla R., Keohane L., Yoojin Lee, Lipsitz L. A., Rahman M., Trivedi A. N., , «Waiving the Three-Day Rule: Admissions and Length-of-Stay at Hospitals and Skilled Nursing Facilities did not Increase,» *Health Aff (Millwood)*, № 34(8), pp. 1324-1330, 2015.
- [20] Приказ МЗ РК 12.11.2020 № ҚР ДСМ - 189/2020, «Об утверждении методики внедрения и оценки эффективности внедрения клинических протоколов в практическое здравоохранение,» МЗ РК, Нур-Султан, 2020.
- [21] Shackelton RJ, Marceau LD, Link CL, McKinlay JB. , «The intended and unintended consequences of clinical guidelines,» *J Eval Clin Pract.*, № 15(6), pp. 1035-1042, 2019.
- [22] Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. , «Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance,» *JAMA*, № 294(6), pp. 716-724, 2015.
- [23] Garcia-Elorrio E., Rowe S.Y., Teijeiro M.E., Rowe A.K., «The effectiveness of the quality improvement collaborative strategy in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis,» *PLoS One*, № 14(10), p. e0221919., 2019.
- [24] Deloitte, «2017 global health care outlook Making progress against persistent challenges,» Deloitte, 2017.
- [25] King B, Bodden J, Steege L, Brown CJ., «Older adults experiences with ambulation during a hospital stay: A qualitative study,» *Geriatr Nurs.* , № 1(42), pp. 225-232, 2021.

- [26] O'Donovan C, Reid B., «Hospital discharge data quality and COVID-19. *Health Inf Manag.*, т. 50, № 1, pp. 93-94, 2021».
- [27] Leunig A, Winkler M, Gernert JA, Graupe T, Dimitriadis K., «Management lessons through an interactive online discussion about hospital management during the COVID-19 pandemic. *GMS J Med Educ.*, т. 28, № 1, pp. 38-41, 2021».
- [28] Martinez Estalella G, Zabalegui A, Sevilla Guerra S., «Management and leadership of nursing services in the emergency plan for the pandemic COVID-19: the experience of the Clinic Hospital of Barcelona//*Enferm Clin (Engl Ed).*, т. 31, № 2, pp. 12-17, 20».
- [29] García-Lacalle J, Bachiller P., «Dissecting hospital quality. Antecedents of clinical and perceived quality in hospitals,» *Int J Health Plann Manage.*, № 3(26), pp. 264-281, 2011.
- [30] Dua K, McAvoy WC, Klaus SA, Rappaport DI, Rosenberg RE, Abzug JM, «Hospitalist Co-management of Pediatric Orthopaedic Surgical Patients at a Community Hospital,» *Md Med.*, № 1(17), pp. 34-36, 2016.
- [31] Carr EC, Meredith P, Chumbley G, Killen R, Prytherch DR, Smith GB., «Pain: a quality of care issue during patients' admission to hospital,» *J Adv Nurs.*, № 6(70), pp. 1391-1403, 2014.
- [32] Fajardo-Ortiz G, Robledo H., «Management of medical care, a fundamental tool for resident doctors,» *Cir Cir.*, № 1(86), pp. 71-78, 2018.
- [33] З. А.В., «Особенности классификации рисков медицинских организаций,» *Теоретическая и прикладная экономика*, № 3, pp. 90-105, 2017.
- [34] Fantaci G, Ferrante M, Ettore G, Scondotto S., «A composite indicator for maternity hospital classification,» *Epidemiol Prev.*, № 2(42), pp. 160-166, 2018.
- [35] Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, Gómez G, Sulo S, Gómez C, Partridge J, Misas J, Dennis R, Alba MJ, Chaves-Santiago W, Araque C., «Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients,» *Clin Nutr.*, № 3(38), pp. 1310-1316, 2019.
- [36] З. Е.Ю., «Экономика здравоохранения в современных условиях,» *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*, № 3(6), pp. 31-34, 2014.
- [37] Беседовский С.Г., Жаркова Ю.С., Цой Р.А., Щемелев С.Н., «Проблемы финансирования бюджетных учреждений здравоохранения,» *Финансовые исследования*, № 2, pp. 20-22, 2015.
- [38] Cots F, Raventòs J, Ausín P, Chiarello P, Balcells E, Castells X, Gea J., «The day hospital: analysis of results, costs and management of pneumology resources,» *Arch Bronconeumol.*, № 2(49), pp. 54-62, 2013.
- [39] Haddad G, Greene A., «Quality Risk Management-A Role-Based Competency Model,» *PDA J Pharm Sci Technol*, № 1(74), pp. 58-72, 2020.

- [40] W. J.O., «Perspectives on quality control, risk management, and analytical quality management,» *Clin Lab Med.*, № 1(33), pp. 11-24, 2013.
- [41] С.Е.Квасов , «Современные аспекты риск-менеджмента качества медицинской помощи,» *Медицинский Альманах*, № 2(15), pp. 13-18, 2011.
- [42] Bunting R.F. Jr, Siegal D.J., «Developing risk management dashboards using risk and quality measures: A visual best practices approach,» *Healthc Risk Manag.*, № 2(37), pp. 8-28, 2017.
- [43] Chiozza ML, Plebani M. , «Clinical Governance: from clinical risk management to continuous quality improvement,» *Clin Chem Lab Med.*, № 6(44), pp. 694-698, 2006.
- [44] O'Donnell K, Greene A, Zwitkovits M, Calnan N., «Quality Risk Management: Putting GMP Controls First,» *PDA J Pharm Sci Technol*, , № 3(66), pp. 243-261, 2012.
- [45] Тюлегенбаева Б., Утеултев Е., Айтамбаева Л. , «Текущее состояние качества оказания медицинских услуг на уровне ПМСП,» *Вестник КазНМУ*, № 3, pp. 462-464, 2017.
- [46] Xiaoyu L, Jinxue L, Fengqiong J, Yan Z, Qiaohua Y., «Development and Application of Nursing Risk Management Evaluation System,» *Stud Health Technol Inform.*, № 15, pp. 414-420, 2021.
- [47] Claycamp H.G., Rahaman F, Urban J.M., «The reliability-quality relationship for quality systems and quality risk management,» *PDA J Pharm Sci Technol*, № 6(66), pp. 512-517, 2012.
- [48] D. A., «The seven pillars of quality,» *Arch Pathol Lab Med.*, № 11(114), pp. 1115-1118, 1990.
- [49] Тайц Б.М., Кричмар Г.Н., «ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ,» *Проблемы социальной гигиены и истории медицины*, № 3(6), pp. 34-38, 2013.
- [50] Kim E., Lim C., «Survey of Risk-Based Quality Management Status and Establishment of Operational Model in Clinical Trials,» *Yonsei Med J*, № 61(5), pp. 423-430, 2020.
- [51] «TransCelerate BioPharma Inc. [Internet]».
- [52] Cohen D., Dorr D. A., Knierim K., «Primary Care Practices' Abilities And Challenges In Using Electronic Health Record Data For Quality Improvement,» *Health Aff (Millwood)*, № 37(4), p. 635–643, 2018.
- [53] П. М. Р. №. 808, «Об утверждении Стандарта организации оказания медицинской помощи по клинической фармакологии в Республике Казахстан,» Астана, 03.11.2017 .
- [54] E. M. Agency, «Reflection paper on risk based quality management in clinical trials».

- [55] Кицул И.С., Балханов Б.С., Будмаева Н.К., «Применение технологий риск — менеджмента в системе оказания медицинской помощи,» *Менеджер здравоохранения*, № 10, pp. 6-14, 2012.
- [56] Т. Э.В., «Роль кадров в управлении качеством медицинской помощи,» *Социальные аспекты здоровья населения*, № 2, pp. 30-37, 2010.
- [57] П. М. Р. о. 2. №. Қ. ДСМ-299/2020, «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения,» Нур-Султан, 2020.
- [58] ННЦРЗ, «Новые стандарты аккредитации для медицинских организаций утверждены МЗ РК,» Астана, 2018.
- [59] Хасенова А. Ж., «Формирование успешного бренда медицинской организации в пациент-ориентированной модели оказания медицинских услуг,» *Астана медициналық журналы*, № 3, pp. 99-106, 2013.
- [60] К. Н.В., «Риск-менеджмент в медицинской организации: как извлечь пользу из медицинских ошибок,» *In the World of Scientific Discoveries*, № 4(76), pp. 52-62, 2016.
- [61] Калеева Н.Г., Кадев О.В., «Справедливость - ключевой принцип гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения с позиции социологии медицины,» *Социология Медицины*, № 15(1), pp. 41-47, 2016.
- [62] Г. О.П., «Пути совершенствования оказания стоматологической помощи населению Омской области,» *Проблемы социальной гигиены и истории медицины*, № 2(6), pp. 30-34, 2013.
- [63] Lapp V, Fowler SB, Miller HD., «The voice of adolescents: Perceptions of isolation during hospitalization,» *Nursing*, № 1(51), pp. 51-56, 2021.
- [64] King B, Bodden J, Steege L, Brown CJ. , «Older adults experiences with ambulation during a hospital stay: A qualitative study,» *Geriatr Nurs.* , № 1(42), pp. 225-232, 2021.
- [65] И. Л.Л., «Риски в системе кадровой безопасности,» *Государственное и муниципальное управление*, № 3, p. 26–29, 2015.
- [66] П. М. Р. о. 3. ф. 2. г. №. 85, «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан,» Астана, 2016.
- [67] П. М. Р. о. 9. и. 2. г. №. 381, «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере формирования здорового образа жизни,» Астана, 2011.
- [68] П. М. Р. о. 1. ф. 2. г. №. Қ. ДСМ-12, «Об утверждении правил организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг,» Нур-Султан, 2021.
- [69] П. М. Р. о. 1. м. 2. г. №. Қ. Д. -. 39, «Об утверждении требований к электронным информационным ресурсам для дистанционных медицинских услуг,» Нур-Султан, 2021.

- [70] П. П. Р. о. 0. и. 2. года, «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского», Нур-Султан, 2021.
- [71] Захарова Е.Н., Ковалева И.П., «Формирование механизмов управления рисками в медицинском учреждении», *Вестник АГУ*, № 1, pp. 108-115, 2017.
- [72] П. М. Р. о. 2. м. 2. г. №. 364, «Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах», Астана, 2015.
- [73] Зелинская Г.А., Соловьева К.И., «Риски производителей и потребителей услуг в сфере здравоохранения», *Экономика и управление: проблемы, решения*, № 12, pp. 174-178, 2015.
- [74] П. А.С., «Качественный анализ факторов риска в сфере здравоохранения России», *Стратегии бизнеса*, № 5, pp. 33-41, 2017.
- [75] К. Н.В., «Метод FMEA: проактивный подход к управлению рисками», *Здравоохранение*, № 10, pp. 116-125, 2015.
- [76] П. М. Р. о. 1. а. 2. г. №. Қ. Д. -30, «Об утверждении правил осуществления сбора, обработки, хранения, защиты и предоставления персональных медицинских данных субъектами цифрового здравоохранения», Нур-Султан, 2021.
- [77] ННЦРЗ, «Клинические протоколы», 2021.
- [78] П. М. Р. о. 2. д. 2. г. №. Қ. ДСМ-305/2020, «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения», Нур-Султан, 2020.
- [79] П. М. о. 0. №. Қ. ДСМ-230/2020, «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)», Нур-Султан, 2020.
- [80] П. М. о. 1. №. К. ДСМ-115, «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020 "Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)",» Нур-Султан, 2021.
- [81] Тажибаева К.Н., Булешов М.А., Булешова А.М., Жанабаев Н.С., Булешов Д.М., Иванов С.В., Гржибовский А.М., «Оценка качества медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических учреждениях Южно-казахстанской области», *Экология человека*, № 3, pp. 49-52, 2017.

- [82] Аканов А.А., Тулебаев К.А., Куракбаев К.К., Карибаев К.Б., Иванов С.В., Гржибовский А.М., «Оценка пациентами качества стационарной медицинской помощи в РК,» *Экология человека*, № 8, pp. 44-55, 2017.
- [83] Турдалиева Б.С., Байсугурова В.Ю., Кашафутдинова Г.Т., Аимбетова Г.Е., Рамазанова М.А., Талкимбаева Н.А., Ермуханова Л.С., «Оценка населением г.Алматы РК качества медицинской помощи:поперечное исследование,» *Экология человека*, № 11, pp. 56-63, 2017.
- [84] Улманов А.Т., Сарыбаева Г.К., «Анализ уровня ожиданий и удовлетворенности пациентов частной стоматологической клиники,» *Наука и Здравоохранение*, № 4, pp. 44-56, 2018.
- [85] Утеулин М., Ошибаева А.Е., Уалиева А.Е., Нурбакыт А.Н., «Оценка удовлетворенности пациентов и медицинских работников качеством оказываемых услуг,» *Вестник КазНМУ*, № 3, pp. 344-347, 2018.
- [86] Петросян А.А., Данилов А.Н., Елисеев Ю.Ю., «Влияние уровня трудового совместительства на качество жизни сельских врачей различных специальностей,» *Здоровье населения и среда обитания*, 2016.
- [87] «Review of the Resource Allocation Working Party Formula. Final report by the NHS managing board. Department of Health and Social Security UK.,» 1988.
- [88] Рахимбекова Д. К., Дуйсенова Г. М. , «Социально- гигиеническая характеристика факторов, влияющих на здоровье и профессиональный статус врачей- терапевтов государственных поликлиник,» *Руководитель медицинской организации*, pp. С. 14-17 , 2016.
- [89] Kakeman E. , «Leadership and Management Competencies for Hospital Managers: A Systematic Review and Best-Fit Framework Synthesis,» *Journal of Healthcare management*, № 12, pp. 59-68, 2020.
- [90] А. М., «Healthcare Provider Competencies: A Systematic Literature Review,» *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, № 11, pp. 741-756, 2021.
- [91] A. J. e. al., «A systematic review of healthcare professionals' core competency instruments,» *Nursing and Social Sciences*, № 1, pp. 87-102, 2021.
- [92] P. V., «Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review,» *Leadership in Health Services*, № 29, pp. 95-110, 2016.
- [93] УМС, «Отчет за 2020 год,» 2021.
- [94] П. П. о. 07.07.2020, «Кодекс о здоровье и системе здравоохранения,» Нур-Султан, 2020.
- [95] TerjeAven, «Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation,» *European Journal of Operational Research*, № 2(12), pp. 166-172, 2020.
- [96] «Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 февраля 2016 года № 85.»

- [97] П. и. М. з. Р. К. о. 2. н. 2. г. №. 791., «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения,» 2009.
- [98] «Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы».
- [99] «Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 июля 2018 года № 461».
- [100] П. М. З. Р. №. 2. о. 1. года, « «Об утверждении штатного расписания объектов здравоохранения,» 2010.
- [101] Калиева М.А., Турумбетова Т.Б., Березин С.С. , «Сборник тезисов Международной Конференции, посвященную 35-летию Алма-атинской Декларации ВОЗ по первичной медико-санитарной пом,» в *Анализ посещаемости узких специалистов в амбулаторно-поликлинических организациях.*, Астана, 2018.
- [102] Mathers N., Fox N., Hunn A., «Surveys and Questionnaires,» NIHR RDS for the East Midlands, Yorkshire & Humber, 2009.
- [103] Voutilainen A, Pitkääho T, Kvist T, Vehviläinen-Julkunen K., «How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling effect than a symmetric Likert scale.,» *Journal of Advanced Nursing*, т. 72, № 4, pp. 946-57, 2016.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

НАО «Медицинский университет Астана»

Просим Вас внимательно изучить содержание анкеты и правильно ответить на задаваемый вопрос.

Пожалуйста сообщите некоторые сведения о себе

Блок 1.

Возраст (полных лет)

Образование

Место работы:

- ННЦМД
- НЦДР
- РДЦ

Общий стаж работы

Стаж работы в данной организации

Блок 2.

1. Как вы оцениваете ведение учет жалоб и нежелательных событий в вашей МО (оцените по шкале от 1-10)
2. Как вы оцениваете эффективность проведения клинических разборов пролеченных случаев (оцените по шкале от 1-10)
3. Оцените эффективность комиссии по разбору жалоб пациентов (оцените по шкале от 1-10)
4. Оцените эффективность мероприятий по оптимальному использованию кадровых и материально-технических ресурсов (оцените по шкале от 1-10)
5. Оцените степень эффективности обучения и методической помощи персоналу организации здравоохранения по вопросам обеспечения качества медицинской помощи (оцените по шкале от 1-10)
6. Оцените степень эффективности службы инфекционного контроля (оцените по шкале от 1-10)
7. Оцените вероятность возникновения риска жалоб пациентов (оцените по шкале от 1-10)

8. Оцените вероятность возникновения риска нежелательных событий (осложнения после процедур, падение пациента, ошибки при идентификации пациента) (оцените по шкале от 1-10)

9. Оцените вероятность возникновения риска повышения стоимости медицинских услуг в вашей МО (оцените по шкале от 1-10)

10. Оцените вероятность возникновения риска оттока пациентов (потери потребителей) из вашей МО (оцените по шкале от 1-10)

11. Какие специалисты, по вашему мнению, должны проводить оценку рационального использования собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения, применению внутренних индикаторов:

- Менеджер по качеству медицинской помощи
- Эксперт по обеспечению качества медицинской помощи
- Аналитик процессов качества в организациях здравоохранения
- Менеджер проекта по аккредитации качества
- Координатор по управлению рисками / менеджер по рискам в области здравоохранения
- Статистик в организациях здравоохранения по индикаторам качества
- Заместитель директора медицинской организации по обеспечению качества медицинской помощи

12. Каковы, по вашему мнению, общие навыки, которые должен иметь профессионал в области управления безопасностью и качеством здравоохранения?

- Разработка и контроль программы управления рисками
- Разработка и управление базами данных
- Владение экономическими знаниями
- Оценка способности МО к поддержанию качества
- Знание медицинского права
- Знание эпидемиологического риска
- Знание методов измерения и качества и безопасности
- Знание инструментов управления рисками
- Знание методов анализа рисков
- Знание биобезопасности
- Знание управления рисками
- Выявление и анализ рисков
- Анализ эффективности лечебных процедур
- Другое (Ваши предложения)

13. Какой вид обучения специалистов по управлению рисками качества по предпочтению медицинских работников

- Стажировка на рабочем месте
- Семинары
- Обучение в магистратуре
- Мастер-классы
- Циклы повышения квалификации

14. Какие по Вашему мнению должны быть требования к базовому образованию специалиста по качеству

- Юридическое
- Медицинское
- Управленческое
- Медицинское (второе юридическое, управленческое)