

Д. Ю. Клименков¹, Т. В. Калинина²

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОЦЕНКА ВРАЧАМИ ВОЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр

Вооруженных Сил Республики Беларусь»¹,

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»²

Для успешного функционирования системы по управлению качеством оказания медицинской помощи в военных организациях здравоохранения необходима высокая степень вовлеченности персонала, как основного ресурса для ее обеспечения.

В социологическом опросе, проводившемся в трех военных клинических медицинских центрах Вооруженных Сил Республики Беларусь, приняли участие 157 врачей. Наряду с высокой субъективной оценкой качества оказания медицинской помощи военной организации здравоохранения, в которой работают респонденты, отмечается низкий уровень информированности и вовлеченности в систему управления качеством оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: управление качеством медицинской помощи, анкетирование, военная организация здравоохранения.

D. Y. Klimenkov, T. V. Kalinina

HEALTH CARE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM: ASSESSMENT BY DOCTORS OF MILITARY HEALTH ORGANIZATIONS

For the successful functioning of the health care quality management system in military healthcare organizations, a high degree of personnel involvement is required as the main resource for ensuring it.

157 doctors took part in a sociological survey conducted in three military hospitals of Belarus. Along with a high subjective assessment of the quality of medical care provided by the military healthcare organization, where the respondents work, there is a low level of awareness and involvement in the health care quality management system.

Key words: quality management of medical care, questionnaires, military healthcare organization.

Одним из методических подходов в оценке качества оказания медицинской помощи населению является проведение опросов среди врачей-специалистов и населения. Этот метод позволяет руководителям организаций здравоохранения обосновать управленческие решения по оптимизации оказания медицинской помощи [1].

В научной литературе, посвященной вопросам управления качеством в организациях здравоохранения, публикации, касающиеся проведения социологических опросов по данной проблематике, занимают значи-

тельное место. Большинство опубликованных исследований свидетельствуют о том, что предпочтение, как в нашей стране, так и за рубежом отдается организации и проведению социологических опросов среди населения. Вместе с тем, очевидно, что оценка данной проблемы населением носит исключительно субъективный характер и основана на восприятии пациентами лишь этических и деонтологических аспектов работы врача. Опросы врачей-специалистов по проблемам качества оказания медицинской помощи организуются реже, во всяком случае, их резуль-

таты реже публикуются на страницах современной научной литературы [2, 3].

Результативность любой современной системы управления зависит от степени вовлеченности персонала. На начальном этапе внедрения системы управления качеством оказания медицинской помощи сопротивление персонала неизбежно. Это требует от руководства терпения и приверженности принципам качества, широкого использования образовательных программ, морального и материального поощрения за достижения в области качества. Использование социологического подхода в оценке мнения коллектива позволяет увидеть проблемы и сформировать приоритетные задачи для поэтапного их устранения [4].

Цель исследования – обоснование мер по повышению качества оказания медицинской помощи в военных организациях здравоохранения Республики Беларусь на основе анализа результатов анкетного опроса руководителей и врачей-специалистов.

Методика исследования

В ходе выборочного социологического исследования нами проведено анонимное анкетирование руководителей и врачей-специалистов, работающих в военных организациях здравоохранения, с использованием специально разработанной «Анкеты оценки качества медицинской помощи».

Исследование проводилось на базе трех военных клинических медицинских центров Вооруженных Сил Республики Беларусь. В исследование были включены 157 респондентов. Выборка формировалась случайным образом, является репрезентативной по половозрастной структуре респондентов. В работе были использованы методы социологического опроса, системного анализа, аналитический, статистический. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA 8.0 и компьютерной программы «Microsoft Excell 2008».

Анкета включала 18 вопросов, которые условно можно разделить на 3 блока. Пер-

вый блок (5 вопросов) – возрастно-половая и профессиональная характеристика респондентов. Второй блок (5 вопросов) – субъективная оценка респондентами качества оказания медицинской помощи в военных медицинских организациях. Третий блок (8 вопросов) – характеристика информированности и вовлеченности респондентов в систему управления качеством оказания медицинской помощи.

В исследовании приняли участие 157 респондентов, в том числе 81 мужчина (51,59%) и 76 женщин (48,41%). Средний возраст опрошенных, составил $46,29 \pm 1,98$ лет. Возраст самого молодого респондента – 26 лет, самого старшего – 74 года. Средний стаж работы в системе здравоохранения врачей, принявших участие в исследовании, составил $22,48 \pm 1,94$ года.

Профессиональный состав респондентов: 5 человек (3,18%) руководители (заместители руководителя), 25 человек (15,92%) заведующие отделениями, 26 врачей-специалистов терапевтического профиля (16,56%), 42 врача-специалиста хирургического профиля (26,75%), 14 врачей-анестезиологов-реаниматологов (8,92%), 4 врача-травматолога (2,55%), 1 врач-психиатр (0,64%), 38 врачей-специалистов диагностического профиля (24,20%) и 2 врача иных специальностей (1,27%).

144 респондента (91,72%) имели квалификационную категорию, в том числе: 28 человек (17,83%) – вторую, 76 человек (48,41%) – первую, 40 человек (25,48%) – высшую. Не имели квалификационную категорию на момент анкетирования 13 врачей (8,28%).

Результаты и обсуждение

Количественная оценка качества оказания медицинской помощи, а также степень удовлетворенности респондентов взаимоотношениями в коллективе, условиями и организацией труда определялась по 5-балльной шкале, где 1 балл – очень низкая, 2 балла – низкая, 3 балла – средняя, 4 балла – высокая, 5 баллов – очень высокая оценка.

В таблице 1 представлена количественная оценка респондентами качества оказания медицинской помощи в военном медицинском центре в зависимости от пола, возраста, стажа и должности респондентов.

В таблице 2 представлена оценка качества оказания медицинской помощи в подразделениях, где работали респонденты, в зависимости от их пола, возраста, стажа и должности.

Таблица 1. Оценка респондентами качества оказания медицинской помощи в военных медицинских центрах

Группы сравнения	Оценка в баллах		
	$M \pm tm$	Критерий Крускала-Уоллиса (H)	Достоверность разницы (p)
Общая оценка (n = 157)	3,95±0,11		
Анализ по полу			
Мужчины (n = 81)	3,96±0,14	0,00	> 0,05
Женщины (n = 76)	3,93±0,08		
Анализ по возрасту			
До 30 лет (n = 11)	3,82±0,45	11,21	< 0,05
30–45 лет (n = 66)	3,92±0,18		
46–60 лет (n = 56)	3,91±0,15		
Старше 60 лет (n = 24)	3,96±0,22		
Анализ по стажу работы			
< 5 лет (n = 5)	4,60±0,49	1,798	> 0,05
5–10 лет (n = 31)	4,03±0,31		
11–15 лет (n = 17)	3,71±0,29		
> 15 лет (n = 104)	3,93±0,12		
Анализ по занимаемой должности			
Руководители, в том числе заведующие отделениями (n = 30)	3,77±0,30	8,762	> 0,05
Врачи терапевтического профиля (n = 26)	3,81±0,22		
Врачи хирургического профиля (n = 46)	4,07±0,19		
Врачи анестезиологи-реаниматологи (n = 14)	4,0±0,36		
Врачи диагностического профиля (n = 38)	3,97±0,22		
Другие специалисты (n = 3)	4,67±0,67		

Таблица 2. Оценка респондентами качества оказания медицинской помощи в структурных подразделениях военных медицинских центров

Группы сравнения	Оценка в баллах		
	$M \pm tm$	Критерий Крускала-Уоллиса (H)	Достоверность разницы (p)
Общая оценка (n = 157)	4,14±0,10		
Анализ по полу			
Мужчины (n = 81)	4,20±0,13	1,048	> 0,05
Женщины (n = 76)	4,08±0,15		
Анализ по возрасту			
До 30 лет (n = 11)	3,91±0,42	2,989	> 0,05
31–45 лет (n = 66)	4,20±0,16		
46–60 лет (n = 56)	4,16±0,17		
Старше 60 лет (n = 24)	4,00±0,21		
Анализ по стажу работы			
< 5 лет (n = 5)	4,00±0,63	5,885	> 0,05
5–10 лет (n = 31)	4,00±0,28		
11–15 лет (n = 17)	4,47±0,25		
> 15 лет (n = 104)	4,13±0,12		

Группы сравнения	Оценка в баллах		
	M±tm	Критерий Крускала-Уоллиса (H)	Достоверность разницы (p)
Анализ по занимаемой должности			
Руководители, в том числе заведующие отделениями (n = 30)	4,00±0,27	13,987	< 0,05
Врачи терапевтического профиля (n = 26)	4,39±0,25		
Врачи хирургического профиля (n = 46)	4,30±0,16		
Врачи анестезиологи-реаниматологи (n = 14)	3,93±0,33		
Врачи диагностического профиля (n = 38)	3,95±0,18		
Другие специалисты (n = 3)	3,67±0,67		

Оценка качества оказания медицинской помощи в подразделениях, где работали респонденты, не имела статистически значимых различий в ответах в зависимости от пола, возраста и стажа работы ($p > 0,05$) и составила $4,14 \pm 0,10$ балла. Выявлена статистически достоверная зависимость оценки респондентами уровня качества оказания помощи в структурных подразделениях в зависимости от занимаемой должности ($p < 0,05$). При этом самую высокую оценку дали врачи, работающие в терапевтических отделениях ($4,39 \pm 0,33$ балла).

Давая субъективную оценку качества собственной медицинской деятельности, 105 человек (66,89%) оценили его как высокое, 29 человек (18,47%) – как очень высокое и 23 человека (14,65%) – как среднее. В целом более 75% респондентов убеждены в высоком и очень высоком качестве оказания медицинской помощи на всех трех уровнях ее организации.

Результаты анализа удовлетворенности респондентов взаимоотношениями с руководством представлены в таблице 3.

Таблица 3. Удовлетворенность врачей, работающих в военных медицинских организациях, взаимоотношениями с руководством

Группы сравнения	Оценка удовлетворенности в баллах		
	M±tm	Критерий Крускала-Уоллиса (H)	Достоверность разницы (p)
Общая оценка (n = 157)	4,04±0,13		
Анализ по полу			
Мужчины (n = 81)	3,91±0,21	2,384	> 0,05
Женщины (n = 76)	4,17±0,16		
Анализ по возрасту			
До 30 лет (n = 11)	3,82±0,60	19,961	< 0,001
31–45 лет (n = 66)	3,88±0,24		
46–60 лет (n = 56)	4,41±0,18		
Старше 60 лет (n = 24)	3,71±0,26		
Анализ по стажу работы			
< 5 лет (n = 5)	4,00±0,89	8,686	< 0,05
5–10 лет (n = 31)	3,61±0,39		
11–15 лет (n = 17)	3,94±0,26		
> 15 лет (n = 104)	4,18±0,15		
Анализ по занимаемой должности			
Руководители, в том числе заведующие отделениями (n = 30)	3,67±0,38	17,076	< 0,01
Врачи терапевтического профиля (n = 26)	3,96±0,16		
Врачи хирургического профиля (n = 46)	4,37±0,22		
Врачи анестезиологи-реаниматологи (n = 14)	4,21±0,42		
Врачи диагностического профиля (n = 38)	3,90±0,22		

Удовлетворенность респондентов взаимоотношениями с руководством военных медицинских организаций в среднем составила $4,04 \pm 0,13$ балла. Существенных отличий по полу не выявлено ($p > 0,05$). С высокой степенью достоверности установлено, что самую высокую удовлетворенность взаимоотношениями с руководством отметили респонденты в возрастной группе от 46 до 60 лет – $4,41 \pm 0,18$ балла ($p < 0,001$) и имеющие стаж более 15 лет – $4,18 \pm 0,15$ балла ($p < 0,05$). Также выявлено, что среди всех специальностей наиболее лояльны к руководству врачи хирургического профиля ($4,37 \pm 0,22$ балла), самое критичное отношение высказали сами руководители, их заместители и заведующие отделениями ($3,67 \pm 0,38$ балла) ($p < 0,01$).

Результаты анализа удовлетворенности респондентов взаимоотношениями с коллегами представлены в таблице 4.

Удовлетворенность респондентов взаимоотношениями с коллегами в среднем составила $4,32 \pm 0,10$ балла. Существенных отличий по полу не выявлено ($p > 0,05$). С высокой степенью достоверности установлено, что самую высокую удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами отметили респонденты в возрастной группе от 46 до 60 лет – $4,52 \pm 0,18$ балла ($p < 0,01$), имеющие стаж более 15 лет – $4,43 \pm 0,12$ балла ($p < 0,05$), работающие врачами хирургами – $4,61 \pm 0,16$ балла и врачами анестезиологами-реаниматологами – $4,64 \pm 0,40$ балла ($p < 0,001$).

Результаты анализа удовлетворенности респондентов условиями труда представлены в таблице 5.

Удовлетворенность респондентов условиями труда в среднем составила $3,82 \pm 0,14$ балла. Существенных отличий по полу не выявлено ($p > 0,05$). С высокой степенью достоверности установлено, что самую высокую

Таблица 4. Удовлетворенность врачей, работающих в военных медицинских организациях, взаимоотношениями с коллегами

Группы сравнения	Оценка удовлетворенности в баллах		
	M±tm	Критерий Крускала-Уоллиса (H)	Достоверность разницы (p)
Общая оценка (n = 157)	4,32±0,10		
Анализ по полу			
Мужчины (n = 81)	4,28±0,16	0,385	> 0,05
Женщины (n = 76)	4,36±0,16		
Анализ по возрасту			
До 30 лет (n = 11)	4,27±0,48	12,510	< 0,01
31–45 лет (n = 66)	4,26±0,16		
46–60 лет (n = 56)	4,52±0,18		
Старше 60 лет (n = 24)	4,04±0,19		
Анализ по стажу работы			
< 5 лет (n = 5)	4,40±0,80	9,826	< 0,05
5–10 лет (n = 31)	4,03±0,27		
11–15 лет (n = 17)	4,12±0,29		
> 15 лет (n = 104)	4,43±0,12		
Анализ по занимаемой должности			
Руководители, в том числе заведующие отделениями (n = 30)	4,13±0,28	22,112	< 0,001
Врачи терапевтического профиля (n = 26)	4,12±0,26		
Врачи хирургического профиля (n = 46)	4,61±0,16		
Врачи анестезиологи-реаниматологи (n = 14)	4,64±0,40		
Врачи диагностического профиля (n = 38)	4,11±0,20		

Таблица 5. Удовлетворенность врачей, работающих в военных медицинских организациях, условиями труда

Группы сравнения	Оценка удовлетворенности в баллах		
	$M \pm tm$	Критерий Крускала-Уоллиса (H)	Достоверность разницы (p)
Общая оценка (n = 157)	3,82±0,14		
Анализ по полу			
Мужчины (n = 81)	3,67±0,24	2,688	> 0,05
Женщины (n = 76)	3,99±0,16		
Анализ по возрасту			
До 30 лет (n = 11)	3,73±0,48	9,247	< 0,05
31–45 лет (n = 66)	3,59±0,27		
46–60 лет (n = 56)	3,93±0,22		
Старше 60 лет (n = 24)	3,75±0,22		
Анализ по стажу работы			
< 5 лет (n = 5)	3,80±0,74	17,213	< 0,001
5–10 лет (n = 31)	3,23±0,39		
11–15 лет (n = 17)	3,53±0,42		
> 15 лет (n = 104)	4,05±0,16		
Анализ по занимаемой должности			
Руководители, в том числе заведующие отделениями (n = 30)	3,43±0,40	17,200	< 0,01
Врачи терапевтического профиля (n = 26)	4,46±0,38		
Врачи хирургического профиля (n = 46)	4,22±0,28		
Врачи анестезиологи-реаниматологи (n = 14)	3,93±0,40		
Врачи диагностического профиля (n = 38)	3,82±0,22		

удовлетворенность условиями труда отметили респонденты в возрастной группе от 46 до 60 лет – 3,93±0,22 балла ($p < 0,05$), имеющие стаж более 15 лет – 4,05±0,16 балла ($p < 0,001$), работающие врачами-терапевтами – 4,46±0,38 балла и врачами-хирургами – 4,22±0,28 балла ($p < 0,01$).

Результаты анализа удовлетворенности респондентов организацией труда в военных медицинских организациях труда представлены в таблице 6.

Удовлетворенность респондентов организацией труда в среднем составила 3,88±0,14 балла. Существенных отличий по полу, возрасту и стажу работы не выявлено ($p > 0,05$). С высокой степенью достоверности установлено, что самую высокую удовлетворенность организацией труда отметили респонденты работающие врачами-хирургами – 4,22±0,24 балла ($p < 0,05$).

Оценивая качество оказания медицинской помощи в военных медицинских орга-

низациях республики, респонденты более высокие баллы ставили тем структурным подразделениям, в которых они работают. Средняя оценка военных медицинских центров в целом составила 3,95±0,11 балла, структурных подразделений – 4,14±0,10 балла ($p < 0,05$). Это свидетельствует о значительной субъективности в оценках качества оказания медицинской помощи врачами, поскольку, не имея объективной информации о состоянии данной проблемы вне своих структурных подразделений, возможно, они несколько драматизируют ситуацию.

С высокой вероятностью безошибочного прогноза нами установлено, что более высокие баллы, оценивая качество оказания медицинской помощи в военных медицинских организациях, чаще других ставили врачи в возрасте от 46 до 60 лет, со стажем работы более 15 лет, работающие врачами-хирургами. Учитывая, что это объективно наиболее опытные врачи, полагаем целесообразным

Таблица 6. Удовлетворенность врачей, работающих в военных медицинских организациях, организацией труда

Группы сравнения	Оценка удовлетворенности в баллах		
	M±tm	Критерий Крускала-Уоллиса (H)	Достоверность разницы (p)
Общая оценка (n = 157)	3,88±0,14		
Анализ по полу			
Мужчины (n = 81)	3,81±0,20	0,670	> 0,05
Женщины (n = 76)	3,95±0,18		
Анализ по возрасту			
До 30 лет (n = 11)	3,82±0,59	7,640	> 0,05
31–45 лет (n = 66)	3,79±0,22		
46–60 лет (n = 56)	4,11±0,22		
Старше 60 лет (n = 24)	3,63±0,24		
Анализ по стажу работы			
< 5 лет (n = 5)	4,00±0,90	7,801	> 0,05
5–10 лет (n = 31)	3,45±0,36		
11–15 лет (n = 17)	3,82±0,26		
> 15 лет (n = 104)	4,01±0,16		
Анализ по занимаемой должности			
Руководители, в том числе заведующие отделениями (n = 30)	3,60±0,38	10,914	< 0,05
Врачи терапевтического профиля (n = 26)	3,77±0,30		
Врачи хирургического профиля (n = 46)	4,22±0,24		
Врачи анестезиологи-реаниматологи (n = 14)	3,86±0,46		
Врачи диагностического профиля (n = 38)	3,80±0,22		

рассматривать именно эту группу специалистов в качестве экспертов для проведения как внешнего, так и внутреннего аудита качества оказания медицинской помощи в военных медицинских организациях.

Наиболее существенными причинами, влияющими на снижение качества оказания медицинской помощи пациентам в военной организации здравоохранения, по мнению специалистов, принимавших участие в опросе, были отмечены низкая мотивация населения на сохранение своего здоровья (57,96%), устаревшее диагностическое и лечебное оборудование (56,69%), отсутствие у медицинских работников мотивации для повышения качества работы (31,21%) и нехватка медикаментов и расходных материалов (24,20%). Среди менее значимых причин снижения качества оказания медицинской помощи, респонденты указали неэффективную систему управления военного медицинского центра, несоблюдение врачами специа-

листами протоколов лечения и диагностики, недостаточную квалификацию врачей и деонтологические аспекты взаимодействия медицинского персонала с пациентами (7,64%, 5,10%, 4,46% и 4,46%, соответственно) (рисунок 1).

Среди основных факторов, положительно влияющих на качество оказания медицинской помощи в военных медицинских организациях, респонденты чаще всего указывали возможность непрерывного последипломного образования (повышение квалификации, участие в конференциях, семинарах и др.) – 60,51% респондентов; хорошие условия труда на рабочем месте – 59,24% респондентов; хороший микроклимат в коллективе – 57,32% респондентов; достойная заработная плата – 49,04% респондентов; возможность профессионального роста – 26,11% респондентов; признание профессиональных заслуг – 14,01% респондентов (рисунок 2).

В ответах на вопрос о личных причинах, наиболее существенно влияющих на повы-

Частота причин, снижающих качество оказания медицинской помощи, указанных в ответах респондентов (%)



Рис. 1. Причины, снижающие качество оказания медицинской помощи в военных медицинских организациях

Частота факторов, положительно влияющих на качество оказания медицинской помощи пациентам в госпитале, указанных в ответах респондентов (%)



Рис. 2. Факторы, положительно влияющие на качество оказания медицинской помощи пациентам в госпитале

шение качества оказания медицинской помощи пациентам, чаще всего были отмечены следующие: стремление к успешной карьере (67,52% респондентов), чувство вины перед пациентом в случае ненадлежащего качества оказания медицинской помощи (48,41% респондентов), стремление получить

максимальное материальное поощрение за свой труд (35,03% респондентов), стремление утвердить свой авторитет среди коллег (30,57% респондентов), опасение судебных исков за ненадлежащее качество оказания медицинской помощи (6,37% респондентов), опасение административной ответ-

ственности за ненадлежащее качество оказания медицинской помощи (5,73% респондентов) (рисунок 3).

Анализ второго блока вопросов анкеты, касающихся оценки респондентами качества оказания медицинской помощи в военных медицинских организациях свидетельствует, что самую низкую оценку дали молодые респонденты в возрасте до 30 лет ($3,82 \pm 0,45$ балла), врачи анестезиологи-реаниматологи ($3,93 \pm 0,33$ балла). Самую высокую – врачи-специалисты в возрасте 60 лет и более ($3,96 \pm 0,22$ балла), врачи, работающие в терапевтических отделениях ($4,39 \pm 0,33$ балла). Взаимоотношениями с руководством в большей степени были удовлетворены респонденты в возрастной группе от 46 до 60 лет ($4,41 \pm 0,18$ балла). Среди всех специальностей наиболее лояльны к руководству врачи хирургического профиля ($4,37 \pm 0,22$ балла), наиболее критичное отношение высказали сами руководители, их заместители и заведующие отделениями ($3,67 \pm 0,38$ балла).

Самую высокую удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами и условиями труда отметили респонденты в возрастной группе от 46 до 60 лет ($4,52 \pm 0,18$ балла и $3,93 \pm 0,22$ балла, соответственно). Врачи-

хирурги дали самые высокие оценки взаимоотношений с коллегами, условиям и организации труда в военных медицинских центрах: $4,61 \pm 0,16$ балла, $4,22 \pm 0,28$ балла и $4,22 \pm 0,24$ балла, соответственно.

На наш взгляд, наиболее важная информация для анализа была получена при оценке информированности врачей о существующей системе управления качеством оказания медицинской помощи.

Из ответов респондентов следует, что на вопрос: «Информированы ли Вы о трехуровневой системе управления качеством оказания медицинской помощи в госпитале?», 104 человека (66,24%) ответили утвердительно и 53 респондента (33,76%) указали, что не знакомы с этой системой. Обращает на себя внимание очень низкий уровень информированности врачей-специалистов о функционировании системы управления качеством оказания медицинской помощи в военных медицинских центрах.

Больше половины врачей указали на то, что вообще не участвуют в системе контроля качества оказания медицинской помощи. На вопрос: «Вовлечены ли Вы лично в систему контроля качества оказания медицинской помощи в госпитале?», утвердительно отве-

Частота личных причин, положительно влияющих на качество оказания медицинской помощи пациентам в госпитале, указанных в ответах респондентов (%)



Рис. 3. Личные причины, положительно влияющие на качество оказания медицинской помощи пациентам в военном медицинском центре

тили 78 человек (49,68%). Отрицательный ответ дали 79 респондентов (50,32%).

Среди респондентов, участвующих, по их мнению, в системе контроля качества оказания медицинской помощи, лишь 66 человек (84,62%) смогли указать, на каком уровне они осуществляют контроль. 46 человек все затруднились с ответом на этот вопрос.

На первом уровне – подкомиссии по контролю качества оказания медицинской помощи (по профилям оказания медицинской помощи, например хирургического или терапевтического), вовлечены в контроль качества оказания медицинской помощи 43 (65,15%) врача-специалиста, из числа принимавших участие в исследовании, в том числе 24 мужчины (55,81%) и 19 женщин (44,19%) (таблица 7).

Участие в комиссии по контролю качества оказания медицинской помощи в госпитале (третий уровень) указали 8 респондентов (12,12%), в том числе 2 мужчины и 6 женщин.

Средний возраст респондентов, вовлеченных в систему контроля качества оказания медицинской помощи в госпитале, составил $47,65 \pm 2,98$ лет, в том числе на первом уровне контроля качества оказания медицинской помощи $47,16 \pm 3,28$ лет, на втором уровне – $48,53 \pm 6,30$ лет, на третьем уровне – $44,88 \pm 7,93$ года.

В осуществление контроля качества оказания медицинской помощи на первом уровне главным образом вовлечены руководители (их заместители) – 13 человек (30,23%), врачи диагностического профиля – 14 чело-

Таблица 7. Уровни вовлеченности врачей военных медицинских центров в систему контроля качества оказания медицинской помощи

Группы сравнения	Уровни контроля		
	Первый абс. (%)	Второй абс. (%)	Третий абс. (%)
Всего ($n = 66$)	43 (65,15)	15 (22,73)	8 (12,12)
Анализ по полу			
Мужчины ($n = 36$)	24 (55,81)	10 (66,67)	2 (25)
Женщины ($n = 30$)	19 (44,19)	5 (33,33)	6 (75)
Анализ по занимаемой должности			
Руководители, в том числе заведующие отделениями ($n = 22$)	13 (30,23)	8 (53,33)	1 (12,5)
Врачи терапевтического профиля ($n = 7$)	5 (11,63)	1 (6,67)	1 (12,5)
Врачи хирургического профиля ($n = 16$)	8 (18,60)	5 (33,33)	3 (37,5)
Врачи анестезиологи-реаниматологи ($n = 3$)	3 (6,98)	0	0
Врачи диагностического профиля ($n = 18$)	14 (32,56)	1 (6,67)	3 (37,5)

На втором уровне, осуществляемом заместителем начальника госпиталя по медицинской части, указали свое участие 15 респондентов (22,73%): 10 мужчин (66,67%) и 5 женщин (33,33%). Поскольку в исследовании принимали участие респонденты из трех военных клинических медицинских центров Вооруженных Сил Республики Беларусь, можно утверждать, что они не владеют информацией о функционировании трехуровневой системы контроля качества оказания медицинской помощи.

и врачи хирургического профиля – 8 человек (18,60%). На втором уровне – руководители (их заместители) и врачи хирургического профиля: 8 (53,33%) и 5 (33,33%), соответственно. На третьем уровне – врачи хирургического и диагностического профилей: по 3 человека (37,5%) каждого профиля (таблица 7).

Наряду с относительно высокой самооценкой, оценкой качества работы военного медицинского центра и собственного подразделения, представленной в таблице 1, удов-

летворенность системой управления качеством констатировали лишь 66 респондентов (42,04%), при этом 80 человек (50,96%) затруднились дать оценку ее эффективности. Данный факт коррелирует со слабой информированностью о системе управления качеством оказания медицинской помощи в военных медицинских организациях и низкой вовлеченностью врачей-специалистов в процесс.

На вопрос: «Что именно не вполне устраивает Вас в существующей системе управления качеством оказания медицинской помощи в госпитале?» большинство респондентов затруднились с ответом – 91 человек (57,96%), 9 человек (5,73%) ответили, что их все устраивает. 18 респондентов (26,42%) указали, что в функционирующей системе управления качеством оказания медицинской помощи их не устраивает субъективизм оценок; 15 человек (28,30%) недовольны заорганизованностью контроля; 14 человек (26,42%) считают недостатком существующей системы ориентированность на наказание. Гендерный анализ ответов на данный вопрос не выявил значительных различий в ответах мужчин и женщин. Достоверное различие ответов было получено только по оценкам заорганизованности. Эта проблема более актуальна для мужчин ($p < 0,05$).

На первом уровне контроля качества оказания медицинской помощи среди наиболее значимых мероприятий респонденты отметили: качество диагностических мероприятий – 83 человека (52,87%); качество сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра – 73 человека (46,50%); качество лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий – 57 человек (36,31%); качество оформления и обоснования диагноза – 48 человек (30,57%); соблюдение преемственности, этапности и непрерывности оказания медицинской помощи – 40 человек (25,48%); достижение результатов оказания медицинской помощи – 36 человек (22,93%); качество оформления медицинской документации – 31 (19,75%); сроки оказания медицинской помощи – 22 человека (14,01%);

качество мероприятий медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования – 11 человек (7,01%).

Значимыми мероприятиями на втором уровне контроля качества оказания медицинской помощи респонденты указали: разработку мероприятий по устранению дефектов и системных недостатков оказания медицинской помощи – 87 человек (55,41%); выявление системных недостатков в организации работы – 66 человек (42,04%); анализ структуры выявленных дефектов на первом уровне – 56 человек (35,67%); оценка негативных следствий и негативного влияния ошибок на качество медицинской помощи – 26 человек (16,56%).

На третьем уровне контроля качества оказания медицинской помощи врачи военных медицинских центров считают необходимым: формирование предложений по оптимизации лечебно-диагностического процесса – 87 человек (55,41%); внутренний контроль наиболее сложных случаев и конфликтных ситуаций – 65 человек (41,40%); привлечение наиболее квалифицированных руководителей и специалистов – 53 человека (33,76%) и комиссионный анализ выявленных дефектов в оказании медицинской помощи – 46 человек (29,30%).

Система управления качеством подразумевает непрерывный процесс ее совершенствования и не может эффективно работать без постоянного обучения и информирования персонала. Именно непрерывное повышение качества лечебно-диагностического процесса определяет высокое качество медицинской помощи. Активно вовлеченные в процесс улучшения качества медицинской помощи специалисты военной организации здравоохранения, являющиеся членами многофункциональной команды, которые постоянно находят слабые стороны, ведут поиск по улучшению качества работы и внедряют методы, улучшающие ее, являются основными элементами системы непрерывного улучшения качества оказания медицинской помощи. Медицинскому работнику военного медицинского центра важно непосредственно

участвовать, влиять на процессы и видеть эффективность своего труда. В меньшей степени влияет на повышение качества установка норм, а также применение средств стимуляции или мотивации деятельности медицинских работников [5, 6, 7].

Проведенное исследование позволило получить не только мнение специалистов, работающих в военных медицинских центрах, о существующей системе управления качеством оказания медицинской помощи, но и выявить проблемные вопросы. Результаты анкетирования показали, что врачи слабо информированы о структуре и функциях системы, а, следовательно, и о своей роли в ее функционировании.

Литература

Калинина Т. В., Мороз И. Н., Щавелева М. В. с соавт. Социологическая оценка качества оказания медицинской помощи населению // ARS MEDICA. – 2011. – № 14 (50). – С. 21–23.

1. Оценка врачами качества оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь / Ю. Е. Демидчик [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 4. – С. 58–63.

2. Мотивация врачей на повышение качества оказания медицинской помощи населению / Калинина Т. В. [и др.] // Медицина. – 2011. – № 3 (74). – С. 24–28.

3. Артамонова Г. В. Мнение персонала научно-исследовательского медицинского учреждения о систе-

Таким образом, проведение анкетирования медицинского персонала направленного на изучение мнения о существующей системе управления качеством оказания медицинской помощи в военной организации здравоохранения, факторах и причинах повышающих и снижающих качество процесса (технологии, диагностика, лечение, стандарты оказания медицинской помощи и др.), а также о качестве ресурсов организации (здания, оборудование, кадры и др.), позволяет оценить в целом эффективность существующей системы управления качеством оказания медицинской помощи и обосновать управленческие решения для ее совершенствования.

ме менеджмента качества / Г. В. Артамонова, Д. В. Крючков, Я. В. Данильченко и др. // Социология медицины, 2015; 14(2): 25–29.

4. Deming W. E. Out of the Crisis / W. E. Deming // Cambridge, Mass: MIT Press, 2000. – 88 p.

5. Карташов В. Т. Управление качеством медицинской помощи в военных амбулаторно-поликлинических учреждениях / В. Т. Карташов // Военно-медицинский журнал. – 2008. – № 10. – С. 4–10.

6. Клименков Д. Ю., Косинский И. Г., Калинина Т. В. Новые организационные подходы внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи в военных организациях здравоохранения // Военная медицина. 2020. – № 3 (56). – С. 14–20.

Поступила 30.11.2020 г.