

DOI: 10.56871/МТР.2023.35.55.001

УДК 006.074+65.015.3+614.25+616-082.4

ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАН КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© Ксения Андреевна Бурова¹, Андрей Вячеславович Ким², Марина Юрьевна Ерина^{1, 2}

¹ Городская Мариинская больница. 191014, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

Контактная информация: Ксения Андреевна Бурова — заведующая отделом экспертизы и контроля качества медицинской помощи. E-mail: ksenia92-07@mail.ru ORCID ID: 0009-0003-4177-9196 SPIN: 5125-6087

Для цитирования: Бурова К.А., Ким А.В., Ерина М.Ю. Обращения граждан как инструмент повышения качества оказания медицинской помощи // Медицина: теория и практика. 2023. Т. 8. Спецвыпуск. С. 7–14. DOI: <https://doi.org/10.56871/МТР.2023.35.55.001>

Поступила: 05.06.2023

Одобрена: 17.07.2023

Принята к печати: 09.11.2023

РЕЗЮМЕ: В настоящее время вопросам качества медицинской помощи уделяется большое внимание, а одним из приоритетных направлений развития является построение системы клиентоцентричного здравоохранения [9, 10]. По данным анализа состояния национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации за период с 2012 по 2017 годы установлено, что уровень удовлетворенности граждан качеством медицинской помощи составляет лишь 39,9% [1]. Достаточно низкий уровень удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи, отраженный в Указе Президента, является предпосылкой для совершенствования системы оказания медицинской помощи, создания условий для повышения качества и доступности медицинской помощи, а также совершенствования контроля в сфере охраны здоровья граждан, в том числе внутреннего, организованного во всех медицинских организациях [2, 3]. На наш взгляд, жалобы, поступившие от пациентов или граждан, которые еще не получали медицинскую помощь в медицинской организации, но в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи имеют направление на получение медицинской помощи, могут являться инструментом для повышения качества оказания медицинской помощи, ее доступности для населения, а также организации работы самой медицинской организации, в том числе рациональном использовании имеющихся ресурсов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: контроль качества, медицинская помощь, стационар, цифровая платформа, внутренний контроль качества, качество медицинской помощи, доступность медицинской помощи.

CITIZENS' APPEALS AS A TOOL FOR IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL CARE

© Ksenia A. Burova¹, Andrey V. Kim², Marina Yu. Erina^{1, 2}

¹ City Mariinsky Hospital. 191014, Russian Federation, Saint Petersburg, Liteiny pr., 56

² Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Russian Federation, Saint Petersburg, Lithuania, 2

Contact information: Ksenia A. Burova — Head of the Department of Expertise and Quality Control of Medical Care.
E-mail: ksenia92-07@mail.ru ORCID ID: 0009-0003-4177-9196 SPIN: 5125-6087

For citation: Burova KA, Kim AV, Erina MYu. Citizens' appeals as a tool for improving the quality of medical care. *Medicine: theory and practice (St. Petersburg)*. 2023;8(Supplement):7-14. DOI: <https://doi.org/10.56871/MTP.2023.35.55.001>

Received: 05.06.2023

Revised: 17.07.2023

Accepted: 09.11.2023

ABSTRACT: Currently, much attention is paid to the quality of medical care, and one of the priority areas of development is the construction of a client-centric healthcare system. According to an analysis of the state of national security in the sphere of protecting the health of citizens of the Russian Federation for the period from 2012 to 2017, it was found that the level of satisfaction of citizens with the quality of medical care is only 39.9% [Decree of the President of the Russian Federation dated 06.06.2019 No. 254 “On the Development Strategy healthcare in the Russian Federation for the period until 2025”. The rather low level of population satisfaction with the quality of medical care, reflected in the Presidential Decree, is a prerequisite for improving the system of medical care, creating conditions for improving the quality and accessibility of medical care, as well as improving control in the field of protecting the health of citizens, including internal, organized in all medical organizations [Federal Law No. 323-FZ dated November 21, 2011 “On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation”, Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated July 31, 2020 No. 785n “On approval of the Requirements for organizing and conducting internal quality control and safety of medical activities”. In our opinion, complaints received from patients or citizens who have not yet received medical care in a medical organization, but, within the framework of the territorial program of state guarantees of free medical care to citizens, are referred to receive medical care, can be a tool for improving the quality of medical care, its accessibility to the population, as well as the organization of the work of the medical organization itself, including the rational use of available resources.

KEY WORDS: quality control, medical care, hospital, digital platform, internal quality control, quality of medical care, accessibility of medical care.

ВВЕДЕНИЕ

Создание действенной системы управления качеством медицинской помощи невозможно без предварительной оценки состояния какого-либо процесса [5]. Для выстраивания клиентоцентричного подхода в здравоохранении руководителям медицинских организаций различных форм собственности необходимо предварительно исследовать потребности, как пациентов, так и потенциальных пациентов [4, 7]. Исследования, используемые для этих целей, могут заключаться в анализе социологического опроса или же в анализе обращений граждан [8]. При этом для полноценного анализа необходимо детально изучать все причины, указанные в обращениях, так как даже необоснованные жалобы, те которые не нашли подтверждающих фактов, и являются примером пациентского экстремизма, могут дать возможность получать актуальную информацию по состоянию качества медицинской помощи, основных причинах неудовлетворенности пациентов, а также послужить основой для разработки мероприятий управленческих решений,

направленных на повышение качества медицинской помощи [6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказанной в различных структурных подразделениях многопрофильного стационара, с дальнейшей разработкой мероприятий по его повышению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская Мариинская больница». Согласно распоряжению Комитета по здравоохранению от 28.12.2022 № 923-р «О мощности коечного фонда и профиле коек Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская Мариинская больница» коечная мощность медицинской организации представлена 1030 койками, из них 926 коек круглосу-

точного пребывания и 122 койки дневного стационара.

Материалами ретроспективного анализа являлись обращения граждан, поступившие в адрес базы исследования за период с 2017 по 2022 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На первом этапе исследования нами было проанализировано общее количество обращений граждан, поступивших за период с 2017 по 2021 годы (табл. 1).

Общее количество обращений за указанный период времени составило 1859. Дальнейшее исследование заключалось в определении про-

филя медицинской деятельности, удовлетворенность населения по которому на базе исследования была ниже (рис. 1).

Анализ обращений показал, что наиболее низкая удовлетворенность населения качеством медицинской помощи в больнице была зафиксирована в отделениях хирургического профиля и составила 38,8% соответственно.

На втором этапе исследования нами был проведен анализ всех обращений пациентов, находящихся на лечении в отделениях хирургического профиля в части определения основного вида деятельности, которым в меньшей степени были удовлетворены пациенты (рис. 2).

В ходе исследования получены данные, что наибольшая доля обращений по вопросам качества медицинской помощи за период с 2017 по 2021 годы была зафиксирована по профилю «хирургия», а, следовательно, пациенты, которые в меньшей степени были удовлетворены качеством, находились на лечении в общехирургических отделениях стационара, что подтверждается достоверностью различий ($p > 0,05$).

На третьем этапе исследования нами был проведен углубленный анализ 647 обращений граждан, находящихся на лечении в общехирургических отделениях стационара в части определения причин, которые побуждали пациентов к написанию жалобы (табл. 2).

Исследование показало, что пациенты, находящиеся на лечении в общехирургических отделениях стационара, за весь исследуемый период времени, в большей мере, не удовлетворены качеством медицинской помощи, которое интерпретировано ими как: невыполнение каких-либо лечебно-диагностических мероприятий по основному и по сопутствующим заболеваниям; нарушение преемственности при организации оказания медицинской помощи; установление, на их взгляд, неверного диагноза; нарушение сроков оказания медицинской помощи или конкретных медицинских вмешательств, а также ведением медицинской документации, выданной им на руки (рис. 3).

Так, неудовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи составила 41,6% в общей структуре обращений, на втором месте поводом для написания обращения послужила неудовлетворенность пациентов содержанием выписного эпикриза, выданного на руки при выписке из стационара, — 17,5%.

Углубленное изучение уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи показало, что в 50,2% случаев граждане не удовлетворены объемом выполненных им лечебных и (или) диагностических меро-

Таблица 1
Общее количество обращений граждан за период 2017–2021 годов (абс.)

Table 1

Total number of citizen appeals for the period 2017–2021 (abs.)

Год	Количество обращений
2017	221
2018	332
2019	330
2020	369
2021	607
Итого:	1859

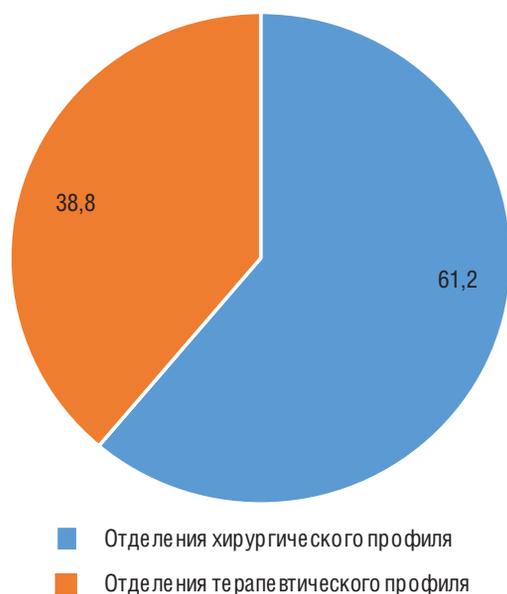


Рис. 1. Доля обращений по различным направлениям деятельности (%)

Fig. 1. Share of application in various areas of activity (%)

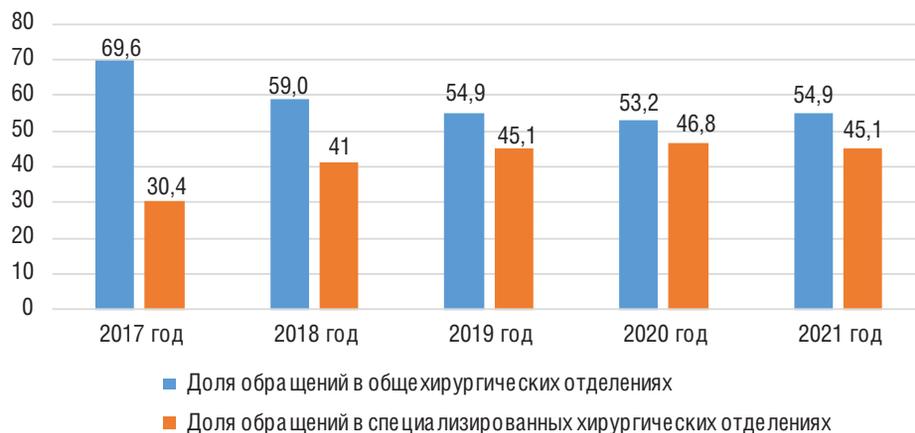


Рис. 2. Доля обращений от пациентов, находящихся на лечении в общехирургических отделениях стационара, в общей структуре жалоб хирургического профиля (%)

Fig. 2. Proportion of calls from patients undergoing treatment in general surgical departments of the hospital in the general structure of complaints surgical profile (%)

Таблица 2

Количество обращений граждан в части причин обращений за период 2017–2021 годы (абс. и %)

Table 2

Number of citizens' appeals regarding reasons for appeals for the period 2017–2021 (abs. and %)

Причина	Год	2017	2018	2019	2020	2021	Всего
		(абс., %)					
Ожидание оказания медицинской помощи		9 (11,5)	21 (14,3)	14 (13,9)	10 (7,9)	27 (13,8)	81 (12,5)
Сроки оказания медицинской помощи		12 (15,4)	25 (17)	18 (17,9)	22 (17,5)	31 (15,9)	108 (16,7)
Этика и деонтология сотрудников медицинской организации		4 (5,1)	2 (1,4)	7 (7,0)	9 (7,1)	12 (6,2)	34 (5,3)
Санитарно-техническое состояние медицинской организации		1 (1,3)	2 (1,4)	3 (3,0)	1 (0,8)	2 (1,0)	9 (1,4)
Качество и достаточность порции питания		1 (1,3)	1 (0,7)	3 (3,0)	0 (0)	2 (1,0)	7 (1,1)
Качество медицинской помощи		29 (37,2)	67 (45,6)	39 (38,6)	59 (46,8)	75 (38,5)	269 (41,6)
Ведение медицинской документации		19 (24,4)	24 (13,3)	17 (16,8)	15 (11,9)	38 (19,5)	113 (17,5)
Возможность пациентов связи с родственниками		2 (2,6)	4 (2,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (0,9)
Возможность граждан связи с лечащим врачом пациента		1 (1,3)	1 (0,7)	0 (0)	10 (7,9)	8 (4,1)	20 (3,1)
Всего		78	147	101	126	195	647

приятый. Недостаточный объем обследования и лечения сопутствующих заболеваний был отмечен в 27,5% обращений. Оставшиеся 22,3% обращений в части качества медицинской помощи затрагивали общие вопросы, касающиеся организации работы медицинской организации и не анализировались в ходе настоящего исследования (рис. 4).

При анализе неудовлетворенности пациентов ведением медицинской документации, выданной на руки при выписке на амбулатор-

ный этап лечения, нами было установлено, что граждане при написании обращения, отмечают отсутствие в выписном эпикризе результатов лабораторных и (или) инструментальных методов обследования, заключений врачей-консультантов; наименование лекарственных препаратов, получающих в ходе госпитализации, а также рекомендаций по дальнейшему лечению в поликлиниках, где они получают первичную медико-санитарную помощь согласно территориально-участковому принципу (рис. 5).



Рис. 3. Средняя доля причин, указанных в обращениях за период с 2017 по 2021 годы (%)

Fig. 3. Average share of reasons specified in requests for the period from 2017 to 2021 (%)

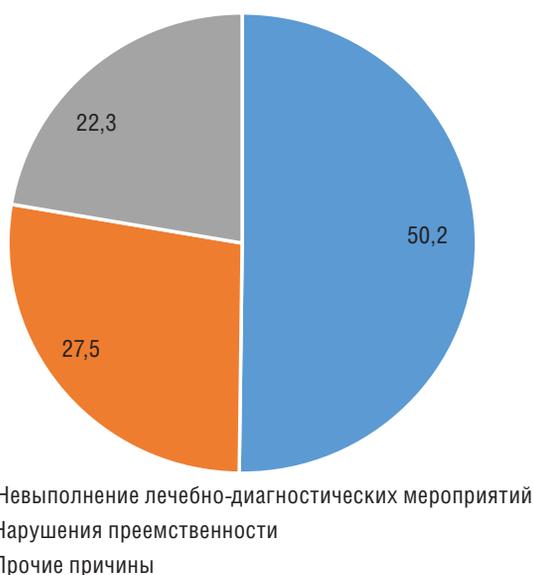


Рис. 4. Структура обращений по вопросам качества медицинской помощи за период 2017–2021 годы (%)

Fig. 4. Structure of requests regarding quality of medical care for the period 2017–2021 (%)



Рис. 5. Структура обращений по вопросам ведения медицинской документации за период 2017–2021 годы (%)

Fig. 5. Structure of requests regarding the maintenance of medical records for the period 2017–2021 (%)

В общей структуре обращений по вопросам ведения медицинской документации за период с 2017 по 2021 годы наибольшая доля обращений была связана с неудовлетворенностью пациентов с содержащимися в выписном эпикризе рекомендациями по лечению на амбулаторном этапе (56,6%). На втором месте пациенты были неудовлетворены отсутствием в медицинской документации заключений врачей-консультантов (18,6%), на третьем месте

поводом для написания обращения являлось отсутствие в эпикризе данных о проведенном лечении — 17,7% соответственно. Доля удержаний в части неудовлетворенности оформления результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований была минимальна и составила 7,1% от всех обращений по вопросам ведения медицинской документации.

Анализ всех предыдущих этапов исследований показал, что уровень удовлетворенности

пациентов вопросами качества медицинской помощи и ведения медицинской документации может быть выше исходного. В связи с этим на четвертом этапе настоящего исследования сотрудниками отдела экспертизы и контроля качества медицинской помощи базы исследования был разработан чек-лист проверки медицинских карт стационарных больных, находящихся на лечении в общехирургических отделениях стационара. В структуру чек-листа были заложены контрольные вопросы по оценке критериев качества медицинской помощи, порядков и стандартов оказания медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (рис. 6).

Для достижения цели настоящего исследования, разработанный нами чек-лист по проверке истории болезни был погружен на цифровую платформу, позволяющую оптимизировать деятельность врача-хирурга отдела экспертизы и контроля качества медицинской помощи. Использование цифровых технологий при проведении внутренних аудитов показывает свою эффективность. При помощи автоматизированных рабочих мест процесс сбор информации

становится объективным, влияние человеческого фактора сводится к минимуму, а также появляется возможность сократить время, затрачиваемое на проведение внутренних проверок. Результаты проведенного аудита позволяют сформировать «Базу данных», создавать файлы по различным структурным подразделениям медицинской организации, по врачам, допустившим те или иные нарушения, а также дефектам, которые выявляются. В конечном итоге руководитель какого-либо структурного подразделения имеет возможность ускоренно получения отчетов о проведенном аудите, дальнейшей его обработки с целью принятия управленческих решений.

С использованием разработанного чек-листа по проверке истории болезни пациентов, находящихся на лечении в общехирургических отделениях стационара, врачом-хирургом отдела экспертизы и контроля качества медицинской помощи в 2022 году было осуществлено 250 внутренних аудитов. Все дефекты, которые выявлялись в ходе проведения внутренней проверки, в режиме реального времени подвергались анализу, корректировались и принимались

Отчет о проведенном аудите			
Процесс: ВКХ хирургический профиль, 01.04.2022			
Отделение: ЗАО 3-е хирургическое отделение			
Аудитор: Бурова Ксения Андреевна			
№ работы: 11692			
Дата: 21.09.2022			
Вопрос чек-листа	Балл	Пояснение	
33.00. Номер истории болезни	61894		
33.01. Гражданство РФ	5	Да	
33.02. Медицинский полис, прикрепленный к СПБ	5	Да	
33.03. Медицинский полис другого субъекта РФ	5	Не важно	
33.04. Регистрация в СПб	5	Да	
33.05. Указана дата и время поступления	5	Да	
33.06. Указана дата и время выписки	5	Да	
33.07. Рост, вес, ИМТ на титульном листе	5	Да	
33.08. Выполнен сбор жалоб и анамнеза, включая эпид. анамнез по НКИ, гинекологический анамнез у женщин фертильного возраста, Страховой анамнез (места работы, должность, предыдущие ИИ, характер травмы, бытовые/производственная (если есть), В	5	Да	
33.09. Выполнен объективный осмотр, включая локальный статус, антропометрические данные пациента	5	Да	
33.10. Сформулирован план обследования в соответствии с порядками, клиническими рекомендациями и стандартами оказания помощи, при установленном диагнозе	5	Да	
33.11. Установлен предварительный диагноз в течение 2 часов от момента поступления пациента в приемное отделение, с последующим помещением пациента в профильное подразделение больницы (операционная, БРИТ, отделение)	5	Да	
33.12. Сформулирован план лечения и определена хирургическая тактика с указанием метода (объема) хирургического вмешательства в соответствии с порядками, клиническими рекомендациями и стандартами оказания помощи, при установленном диагнозе	5	Да	
33.13. Правильно оформленное добровольное информированное согласие (консилиум) на медицинское вмешательство или отказ для всех поступивших пациентов с подписями пациента и врача	5	Да	
33.14. Правильно оформленное добровольное информированное согласие (консилиум) на операцию (инвазивную манипуляцию, процедуру), с указанием предполагаемого объема вмешательства и подписями пациента и врача	5	Да	
33.15. Правильно оформленное добровольное информированное согласие (консилиум) на проведение общей анестезии с указанием предполагаемого вида анестезии и подписями пациента и врача	5	Да	
33.16. Соблюдена своевременность выполнения диагностических мероприятий в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями, при установленном диагнозе	5	Да	
33.17. Выполнены диагностические мероприятия в полном объеме, при установленном диагнозе, согласно порядкам и стандартам, а также клиническим рекомендациям	0	Нет	
33.18. Установлен клинический диагноз, соответствующий результатам проведенных обследований, в течение 24 часов, при поступлении больного по экстренным показаниям и в течение 72 часов, при поступлении пациента в стационар в плановом порядке	5	Да	
33.19. Оформлено обоснование установленного клинического диагноза в течение 24 часов, при поступлении больного по экстренным показаниям и в течение 72 часов, при поступлении пациента в стационар в плановом порядке	5	Да	
33.20. Оформлен предоперационный эпикриз с установленными показаниями к вмешательству, указанием метода и предполагаемого объема хирургического вмешательства, вида анестезии, наличия противопоказаний, риска кровопотери	5	Да	
33.21. Соблюдена своевременность хирургического вмешательства в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями при установленном диагнозе	5	Да	
33.22. Проведена оценка риска развития ТЗЛА, определен объем профилактических мероприятий	5	Да	
33.23. Проведена неспецифическая и, при необходимости, специфическая (аменизационная) профилактика ТЗЛА, в соответствии с установленным риском	5	Да	
33.24. Проведена оценка риска инфекционных осложнений и класса операции по уровню контаминации	5	Да	
33.25. Проведена периоперационная антибиотикопрофилактика в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями	5	Да	
33.26. Оформлен протокол хирургического вмешательства с указанием даты и времени проведения операции, состава хирургической бригады и анестезиолога, объема кровопотери, контрольным счетом салфеток и инструментария, описания удаленного макро	5	Да	
33.27. Выполнено интраоперационное бактериологическое исследование высуadata с наличием результата в истории болезни	5	Не важно	
33.28. Выполнено гистологическое исследование с наличием результата в истории болезни	5	Не важно	
33.29. Помещен «стикер» с данными (штрих-кодом) одноразового медицинского изделия, использованного для имплантации в организм больного, в протокол хирургической операции	5	Не важно	
33.30. Выполнен осмотр пациента врачом-хирургом после операции через 2 часа после окончания операции и на следующее утро после операции	5	Да	
33.31. Выполнен осмотр пациента заведующим отделением в течение 48 часов (рабочие дни) от момента поступления больного по неотложной помощи и не реже 1 раза в неделю с фиксацией в истории болезни диагноза и прогноза, рекомендаций по ведению	5	Да	
33.32. Выполнено назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по их применению и проведена своевременная коррекция назначений, с учетом возраста пациента, тяжести патологии, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний	5	Да	
33.33. Оформлен лист врачебных назначений с указанием лекарственных препаратов, разовых доз, кратности и пути их введения, отметками персонала о выполнении назначений, датой отмены препарата	0	Нет	
33.35. Оформлен этапный эпикриз не реже 1 раза в 14 дней и по необходимости, в случае радикальных изменений в состоянии пациента. При уточнении диагноза в процессе госпитализации данный диагноз отражен в протоколах осмотра и эпикризах	5	Не важно	
33.36. Своевременное проведение ВК в случае перевода пациента на амбулаторное лечение, в случае листка нетрудоспособности свыше 15 дней, перевода в другую МО или на санаторно-курортное лечение	5	Да	
33.37. Оформлен выписной эпикриз по результатам лечения с указанием полного клинического диагноза (с указанием сопутствующей патологии), данных обследования, проведенного лечения и рекомендациями по дальнейшему наблюдению и лечению	5	Да	
33.38. Проведено патологоанатомическое вскрытие в порядке установленном законодательством РФ с наличием копии протокола, патологоанатомического диагноза и эпикриза	5	Не важно	
33.39. Все протоколы (события) отражены в электронном виде (история болезни в МИС)	5	Да	
33.40. Все протоколы в истории болезни имеют актуальные дату и время и заверены фамилией и подписью врача	5	Да	

Рис. 6. Пример отчета о проведенном аудите по чек-листу проверки истории болезни хирургического профиля

Fig. 6. Example of an audit report using a checklist for checking surgical medical history

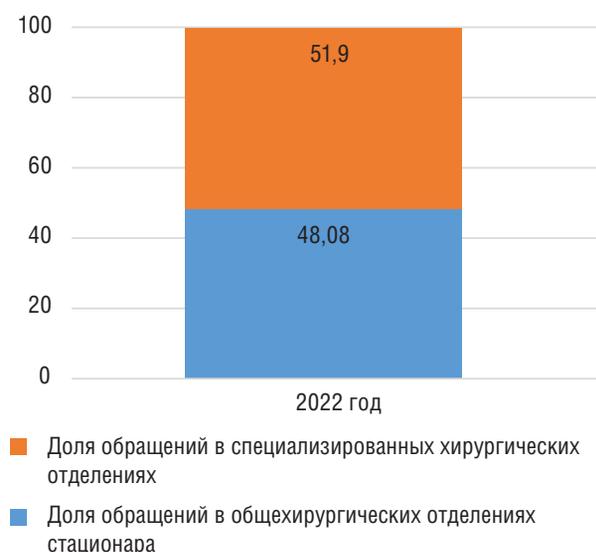


Рис. 7. Доля обращений от пациентов, находящихся на лечении в общехирургических отделениях стационара, в общей структуре обращений пациентов хирургического профиля в 2022 году (%)

Fig. 7. Proportion of calls from patients undergoing treatment in general surgical departments of the hospital in the overall structure of requests from surgical patients in 2022 (%)

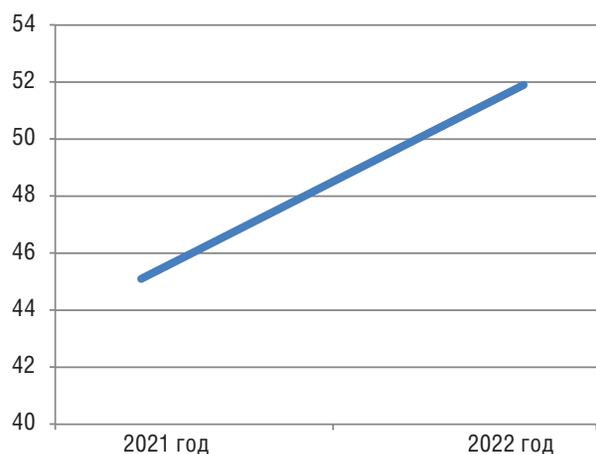


Рис. 8. Динамика уровня удовлетворенности пациентов, находящихся на лечении в общехирургических отделениях стационара, за 2021–2022 годы (%)

Fig. 8. Dynamics of the level of satisfaction of patients undergoing for treatment in general surgical departments of the hospital for 2021–2022 (%)

во внимание в аналогичных случаях оказания медицинской помощи.

Несмотря на то что общее количество обращений, поступивших от пациентов, находящихся на лечении в общехирургических от-

делениях стационара в 2022 году, было выше, чем в различные года исследуемого периода, доля обращений в структуре всех хирургической службы была ниже, чем в период с 2017 по 2021 годы (рис. 7).

Таким образом, уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в общехирургических отделениях стационара в 2022 повысился на 6,8% и составил 51,9% (рис. 8).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный в ходе настоящего исследования анализ удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи показал, что, несмотря на увеличение общего количества обращений от граждан, находящихся на лечении в общехирургических отделениях стационара, удельный вес этих обращений в общей структуре жалоб в 2022 году снизился на 6,8%. Полученные данные свидетельствуют о том, что своевременный анализ причин неудовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи позволяет разработать план корректирующих управленческих мероприятий, используя при этом минимальные ресурсы медицинской организации, и, как следствие, повысить уровень удовлетворенности пациентов, а также способствовать развитию клиентоцентричного здравоохранения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. К.А. Бурова — написание текста статьи, литературный поиск; А.В. Ким — разработка дизайна исследования, общее редактирование, литературный поиск; М.Ю. Ерина — редактирование текста статьи, литературный поиск. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. K.A. Burova — writing the article text, literature search; A.V. Kim — study design, general editing, literature search;

M.Yu. Erina — editing the text of the article, literature search. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
4. Александрова О.Ю., Григорьев И.Ю., Арханцева О.М. Оценка качества медицинской помощи в свете нового законодательства // *Здравоохранение*. 2012. № 1. С. 64–71.
5. Быковская Т.Ю. Применение прикладных диагностических программ в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / Т.Ю. Быковская, М.А. Шишов, Е.В. Кузьмицкая // *Вестник Росздравнадзора*. 2016. № 6. С. 51–53.
6. Вагнер, В.Д. Организация контроля качества заполнения медицинской документации / В.Д. Вагнер, А.К. Лапина, Л.Е. Смирнова, Н.Г. Старикова // *Стomatология*. 2015. № 6. С. 56–57.
7. Василенко М.Е. Цифровизация в учетно-аналитической работе, системе внутреннего контроля и аудита / М.Е. Василенко, П.С. Терновская // *Азимут научных исследований: экономика и управление*. 2020. Т. 9. № 3(32). С. 46–49.
8. Викторов В.Н. Вопросы интеграции систем внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и менеджмента качества медицинской организации // *Менеджер здравоохранения*. 2017. № 5.
9. Иванов И.В., Швабский О.Р., Мишулин И.Б., Щерблякина А.А. Результаты аудитов качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях // *Менеджмент качества в медицине*. 2018. № 1. С. 18–22.

10. Информационные технологии как эффективный инструмент внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / А.В. Потылицын, И.С. Горелова, С.Н. Бениова, П.Ф. Кикю // *Врач и информационные технологии* // 2021. № 4. С. 16–25. DOI: 10.25881/18110193-2021-4-16. EDN SZLWXD.

REFERENCES

1. Decree of the President of the Russian Federation of June 6, 2019 No. 254 “On the Strategy for the development of healthcare in the Russian Federation for the period until 2025.”
2. Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FZ “On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation.”
3. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated July 31, 2020 No. 785n “On approval of the Requirements for organizing and conducting internal control of the quality and safety of medical activities.”
4. Aleksandrova O.Yu., Grigoriev I.Yu., Arkhantseva O.M. Assessing the quality of medical care in the light of new legislation // *Healthcare*. 2012. No. 1. P. 64–71.
5. Bykovskaya T.Yu. Application of applied diagnostic programs within the framework of internal quality control and safety of medical activities / T.Yu. Bykovskaya, M.A. Shishov, E.V. Kuzmitskaya // *Bulletin of Roszdravnadzor*. 2016. No. 6. P. 51–53.
6. Wagner V.D. Organization of quality control for filling out medical documentation / V.D. Wagner, A.K. Lapina, L.E. Smirnova, N.G. Starikova // *Dentistry*. 2015. No. 6. P. 56–57.
7. Vasilenko M.E. Digitalization in accounting and analytical work, internal control and audit systems / M.E. Vasilenko, P.S. Ternovskaya // *Azimuth of scientific research: economics and management*. 2020. T. 9. No. 3(32). P. 46–49.
8. Viktorov V.N. Issues of integration of internal quality control systems and safety of medical activities and quality management of a medical organization. *Healthcare manager*. 2017. No. 5.
9. Ivanov I.V., Shvabsky O.R., Minulin I.B., Shchablykina A.A. Results of audits of quality and safety of medical activities in medical organizations // *Quality Management in Medicine*. 2018. No. 1. P. 18–22.
10. Information technologies as an effective tool for internal control of the quality and safety of medical activities / A.V. Potylitsyn, I.S. Gorelova, S.N. Beniova, P.F. Kiku // *Doctor and information technologies*. 2021. No. 4. P. 16–25. DOI: 10.25881/18110193-2021-4-16. EDN SZLWXD.