

*На правах рукописи*

**ДЕВЛЯШОВА ОЛЕСЯ ФЕДОРОВНА**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ  
МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЭКСПЕРТИЗЫ  
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКИХ  
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

**14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Волгоград – 2019**

**Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.**

**Научный руководитель:**

Заслуженный работник высшей школы РФ,  
кандидат медицинских наук, профессор

**Сабанов Валерий Иванович**

**Научный руководитель:**

кандидат медицинских наук, доцент

**Дьяченко Тамара Сергеевна**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, доцент **Агаларова Луиза Саидахмедовна**,  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Дагестанский государственный медицинский  
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра  
общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения,  
доцент кафедры

доктор медицинских наук, профессор **Зимина Эльвира Витальевна**,  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Московский государственный медико-  
стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и  
здравоохранения, профессор кафедры

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский  
государственный педиатрический медицинский университет» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «10» февраля 2020 года в \_\_\_\_ часов на  
заседании диссертационного совета Д 208.072.06 на базе ФГАОУ ВО РНИМУ  
имени Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул.  
Островитянова, д. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте <http://rsmu.ru>  
ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу:  
117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1; и на сайте: <http://rsmu.ru>

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 года.

**Ученый секретарь диссертационного совета**

доктор медицинских наук

**Бокарева Наталия Андреевна**

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Актуальность темы исследования**

Первичная медико-санитарная помощь детям, оказываемая в амбулаторно-поликлинических учреждениях, является основным звеном здравоохранения, деятельность которых оказывает значительное влияние на характер и эффективность работы всех звеньев педиатрической службы (В.Ю. Альбицкий, 2012, Медик В.А., Юрьев В.К., 2014). Тщательный анализ качества медицинской помощи (КМП) независимо от уровня развития и финансового обеспечения системы здравоохранения всегда являлся необходимым условием организации контроля качества медицинской помощи, оказываемой гражданам (Пивень Д.В. и др., 2016, Бударин С.С., Смирнова Е.В., 2016).

Проведение экспертизы КМП является одним из важнейших механизмов государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. На это прямо указывает Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 от 12 ноября 2012 г. Экспертиза качества медицинской услуги предоставляет возможность получения объективных, достоверных и своевременных данных о процессах, которые составляют медицинскую помощь, об условиях ее предоставления, об эффективности использования ресурсов, а также о уровне достигнутого результата после ее оказания (Швец Ю.Ю., 2016, Князев Е.Г., Таевский А.Б., 2016). Результаты экспертизы качества медицинских услуг, дают возможность получить надежные и структурированные сведения о медицинских процессах на уровне медицинских учреждений, тем самым, предоставляя возможность своевременного выявления негативных составляющих деятельности, применения средств по их устранению и разработке мероприятий по повышению эффективности деятельности путем обеспечения качественной и доступной медицинской помощи населению (Швец Ю.Ю., 2016). Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) деятельность по контролю и обеспечению КМП должна осуществляться с учетом 4 профессиональных функций: выполнение технологий лечебно-диагностического процесса, оптимальность использования ресурсов, удовлетворенность пациента, риски для пациента.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности является базовым, определяющим общую результативность трехуровневой системы контроля медицинской деятельности. Наличие и соблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля КМП являются лицензионными требованиями, предъявляемыми к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности (пп. 4, 5, 6 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утв. Постановлением Правительства РФ № 291 от 16.04.2012 г.). Правовые основания для организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности содержатся в ст. 87, 90 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г., согласно которым внутренний контроль проводится наряду с государственным и ведомственным и порядок проведения процедур внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается руководителем медицинской организации самостоятельно.

Отдельные исследования посвящены изучению качества медицинской помощи населению и организационным вопросам экспертизы КМП (Бударин С.С., Смирнова Е.В., 2016, Быковская Т.Ю., Ляшенко К.Н., 2016, Дьяченко В.Г. и др., 2012, Куличенко Т.В. и др. 2016, Щипакина А.А., 2015, Старченко А.А., 2015, Куличенко Т.В. и др., 2016). При этом недостаточно исследований, раскрывающих особенности экспертизы качества медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В то же время необходимым условием рациональной организации деятельности системы здравоохранения на конкретной территории является учет региональных особенностей состояния здоровья, в том числе с позиций социально-экономических условий формирования здоровья детского населения (Щепин О.П., 2010; Полунина Н.В., 2013).

Все это обуславливает актуальность проведения комплексной оценки здоровья детского населения, ресурсов и условий для оказания медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях с целью создания эффективных методик экспертизы лечебно-диагностического процесса, направленных на улучшение качества медицинской помощи.

## **Цель исследования**

Разработать медико-организационные мероприятия по совершенствованию экспертизы качества первичной медико-санитарной помощи детям.

## **Задачи исследования**

1. Изучить заболеваемость детского населения до 14 лет по данным обращаемости и по результатам профилактических осмотров в динамике за 2013-2015 гг.

2. Проанализировать удовлетворенность родителей организацией медицинской помощи детскому населению, оказываемой в первичном звене здравоохранения.

3. Изучить организацию проведения экспертизы качества медицинской помощи детям в амбулаторных учреждениях здравоохранения.

4. Разработать медико-организационные мероприятия по совершенствованию экспертизы качества первичной медико-санитарной помощи детям и оценить их эффективность.

## **Научная новизна исследования**

Проведенный анализ заболеваемости выявил рост уровня общей заболеваемости за период 2013-2015 гг. (с 3262,0 до 3453,8 случаев на 1000 детского населения) за счет увеличения уровня хронической патологии (с 972,8 до 1587,2 случаев на 1000 детского населения).

Анализ мнения родителей об организации медицинской помощи детям позволил выявить наиболее существенные причины их неудовлетворенности медицинской помощью: 32,6 на 100 опрошенных назвали длительное ожидание приема ребенка участковым врачом-педиатром в очереди, 47,0 на 100 родителей – направление в другие медицинские организации для проведения диагностических исследований, 15,2 на 100 респондентов – необходимость оплаты диагностических исследований, 13,5 на 100 опрошенных – ожидание приема специалиста более 5 дней. В целом на одного родителя приходилось от 1 до 2 причин неудовлетворенности организацией медицинской помощи в амбулаторных учреждениях.

Изучение организации проведения экспертизы КМП детям и выявленные

дефекты позволили обосновать внесение изменений в критерии оценки КМП и определить направления совершенствования экспертизы КМП в детских АПУ.

Установлен высокий коэффициент совместительства врачей-специалистов (функциональной диагностики, хирургов детских, травматологов-ортопедов, гастроэнтерологов, инфекционистов, физиотерапевтов, аллергологов-иммунологов) в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях. Выявлен низкий уровень показателя автоматизации рабочих мест врачей (только каждый второй врач обеспечен персональным компьютером).

### **Научно-практическая значимость исследования**

Полученные данные о заболеваемости детского населения, обеспеченности врачебными кадрами и материально-технической оснащенности детских поликлиник, а также анализ организации экспертизы КМП позволили обосновать медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование экспертизы КМП в детских АПУ.

Электронная экспертная карта, балльная оценка и автоматизированная система управления экспертизой КМП дают возможность комплексно анализировать все случаи оказания медицинской помощи в детских поликлиниках.

Разработанные электронная экспертная карта, балльная оценка и алгоритм автоматизированной системы управления экспертизой КМП в детских поликлиниках способствуют своевременному выявлению дефектов, анализу их значимости и предотвращению последующих случаев возникновения.

Внедрение разработанных медико-организационных мероприятий привело к сокращению дефектов медицинской помощи на 13,9%, увеличению количество экспертируемых случаев оказания медицинской помощи, оцененных на «хорошо» и «отлично», на 24,9% и 7,9% соответственно, стабилизировать показатели заболеваемости детей по обращаемости и снизить уровень хронической патологии среди детского населения на 10,4%.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Рост хронической патологии и снижение заболеваемости по обращаемости свидетельствует о необходимости внедрения эффективных методов экспертизы КМП в детских поликлиниках.

2. Оценка удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи, оказываемой детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях, позволяет выявлять проблемные зоны в организации медицинской помощи.

3. Действующая система организации проведения экспертизы КМП основана на выборочном контроле и определении частоты дефектов при оказании медицинской помощи детям.

4. Разработанные мероприятия по совершенствованию экспертизы КМП позволяют комплексно оценить значимость выявляемых дефектов для итоговой оценки случаев оказания медицинской помощи и проводить системный анализ и контроль КМП в детских поликлиниках, что способствует снижению хронической заболеваемости детского населения.

### **Внедрение результатов исследования.**

Разработанные предложения (электронная экспертная карта, балльная оценка и автоматизированная система управления экспертизой КМП) были внедрены в ГУЗ «Детская поликлиника № 1» г. Волгоград (акт внедрения от 21.11.2018).

Материалы исследования используются в образовательном процессе для студентов на кафедре общественного здоровья и здравоохранения и слушателей на циклах усовершенствования врачей на кафедре общественного здоровья и здравоохранения факультета усовершенствования врачей ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ и в преподавании студентам по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ.

Для обучения врачей работе с электронной картой и автоматизированной системой подготовлено учебно-методическое пособие «Автоматизированная информационная система по оценке результатов экспертизы КМП детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

### **Личный вклад автора в проведение исследования**

Автором самостоятельно проанализирована научная литература и

официальные источники по исследуемой теме, разработаны программа, план и дизайн исследования. Выполнена выборка информации из отчетных данных лечебных учреждений и их анализ. Разработана экспертная карта по оценке качества медицинской помощи законченного случая поликлинического обслуживания при заболевании несовершеннолетнего и оригинальная анкета для изучения субъективной оценки родителями работы педиатрических амбулаторно-поликлинических организаций. Проведено анкетирование родителей, оценена их удовлетворенность организацией работы детских амбулаторно-поликлинических учреждений, подготовлены документы сбора, осуществлен сбор и анализ собранного материала, проведена систематизация и статистическая обработка полученных данных.

Работа выполнена в соответствии с планом научных исследований ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

**Апробация работы.** Результаты диссертационного исследования доложены и обсуждены на 71-ой и 74-ой открытых научно-практических конференциях молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (Волгоград, 2013, 2016); III Международной научно-практической конференции «Теоретические и практические аспекты развития научной мысли: Медицинские науки, Фармацевтические науки, Ветеринарные науки, Биологические науки, Химические науки» (Москва, 2014); XIII Съезде молодежных научных обществ медицинских и фармацевтических вузов России и стран СНГ (Волгоград, 2016); Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» (Волгоград, 2016); Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи» (Санкт-Петербург, 2018).

Диссертация апробирована на заседании сотрудников кафедры общественного здоровья и здравоохранения и кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФУВ ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России (Волгоград, 2019).

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 6 в журналах,

рекомендованных ВАК.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение». Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 2, 3, 8.

### **Объем и структура диссертации.**

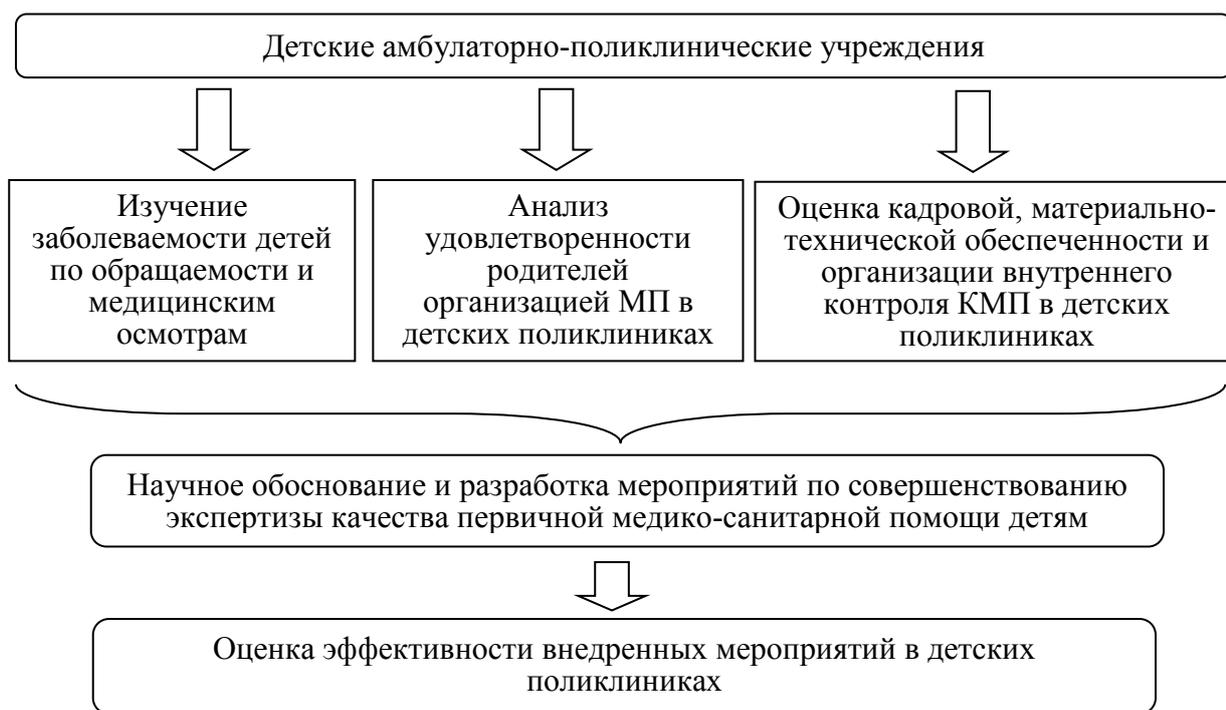
Основное содержание диссертации изложено на 203 страницах машинописного текста. Диссертация включает введение, аналитический обзор литературы, главу «Материалы и методы исследования», 4 главы собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, включающий 210 источников (в том числе 45 иностранных), 5 приложений. Диссертация иллюстрирована 18 таблицами и 36 рисунками.

### **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обоснована актуальность и медико-социальная значимость темы исследования, определены цель и задачи диссертационной работы, аргументирована ее научная новизна и практическая значимость, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** представлен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященный современным проблемам экспертизы КМП. Отражены основные подходы и этапы становления системы обеспечения КМП в лечебных учреждениях. Рассмотрены современные аспекты международной и российской системы управления КМП. Приведены статистические данные заболеваемости детского контингента в Российской Федерации и мнения различных авторов об оценке удовлетворенности населения КМП. Обсуждаются вопросы организации лечебной и профилактической деятельности детских поликлиник.

**Во второй главе** изложена программа диссертационной работы, описаны материалы и методы исследования (рисунок 1).



**Рис. 1. Программа исследования.**

Исследование состояло из 4-х этапов. Каждому этапу соответствовал определенный объект исследования, источник информации, документы сбора материала исследования и показатели анализа.

На первом этапе осуществлен анализ заболеваемости детей до 14 лет по обращаемости по форме №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и заболеваемости детского населения по результатам профилактических осмотров по форме №030-ПО/о-12 «Сведения о диспансеризации несовершеннолетних» за период 2013-2015 гг.

На втором этапе оценена удовлетворенность родителей организацией медицинской помощи, предоставленной в АПУ детям до 14 лет с помощью оригинальной анкеты, состоящей из 26 преимущественно закрытых вопросов. В анкетировании приняли участие 422 респондента, обратившихся с детьми до 14 лет в городские детские поликлиники за медицинской помощью.

На третьем этапе изучена организация проведения экспертизы КМП детям в амбулаторных учреждениях. Осуществлен углубленный анализ кадрового и материально-технического состояния педиатрических АПУ на основании формы №30 «Сведения о медицинской организации».

На четвертом этапе разработаны мероприятия по совершенствованию экспертизы КМП в детских АПУ, а именно электронная экспертная карта, балльная оценка экспертизы КМП, материалы и методика для создания автоматизированной системы управления «АИС КМП Детская поликлиника». Для оценки эффективности внедренных мероприятий проведены 2257 экспертиз законченных случаев медицинской помощи при заболевании в детских поликлиниках.

В диссертационном исследовании для статистической обработки материала производилось вычисление интенсивных, экстенсивных показателей, средних величин и их ошибок с использованием программы Microsoft Office Excel (2010). В работе применены такие методы исследования, как социологический, экспертных оценок, сравнительного анализа заболеваемости, структурного анализа организации экспертизы КМП, системный подход при формировании базы данных результатов экспертиз.

В **третьей главе** осуществлен углубленный анализ уровня и динамики общей и первичной заболеваемости по обращаемости и по результатам профилактических осмотров детского населения до 14 лет г. Волгограда за период 2013-2015 гг.

За исследуемый период заболеваемость детского населения по обращаемости снизилась с 2592,7 до 2287,3 случаев на 1000 детского населения (на 11,8%). В структуре заболеваемости по обращаемости детей 1-е место занимали болезни органов дыхания (62,2-64,3%), 2-е место – болезни глаза (4,7-5,9%), 3-е место – болезни органов пищеварения в 2013 г. (3,4%), болезни нервной системы в 2014 году (3,7%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2015 году (4,5%).

Уровень впервые выявленной заболеваемости снизился с 2013 до 2015 г. на 22,6%, с 2289,2 до 1866,6 на 1000 детского населения. В структуре первичной заболеваемости детей 1-е место занимали болезни органов дыхания (70,8-72,3%), 2-е место – болезни глаза (3,7-4,0%), 3-е место – болезни уха и сосцевидного отростка (3,1-3,2%).

Уровень заболеваемости по данным профилактических осмотров у детей до

14 лет в 2013 г. составил 669,3, в 2014 г. – 738,2, в 2015 г. – 1166,5 на 1000 детского населения. Уровень заболеваемости по данным профосмотров в 2015 г. вырос на 58,0% по сравнению с 2013 г. Распространенность различных нозологических форм среди детского населения, выявленных при профилактических осмотрах, изучена по возрастным группам и по полу.

Сравнительный анализ уровней заболеваемости по обращаемости и по данным профилактических осмотров позволил выявить рост общей заболеваемости детского населения с 3262,0 на 1000 детского населения в 2013 г. до 3453,8 на 1000 детского населения в 2015 г. Уровень хронической патологии среди детского населения в 2013 г. составил 972,8, в 2014 г. – 1091,7 и в 2015 г. – 1587,2 на 1000 детского населения. Структура хронической патологии представлена следующими нозологиями: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (17,4-22,6%), болезни глаза и придаточного аппарата (13,2-15,9%), болезни органов дыхания (11,7-15,9%).

Полученные данные о заболеваемости детей имеют большое значение для оценки качества работы детских АПУ и для обоснования мероприятий по совершенствованию системы экспертизы КМП.

**В четвертой главе** представлены результаты изучения мнения родителей об организации и КМП, оказываемой в АПУ детям до 14 лет.

Основную информацию о работе детской поликлиники родители получают в регистратуре (67,8 на 100 респондентов). Далее следует интернет-сайт лечебного учреждения (19,4 на 100 родителей), затем информационные стенды, размещенные в поликлинике (12,1 на 100). Большинство опрошенных (67,7 из 100) считали достаточной и понятной информацию о работе медицинского учреждения. Самым доступным и распространенным способом записи на прием к врачу для 98,7 из 100 респондентов остается регистратура, вторым – запись по телефону (79,3 из 100), далее личное общение с доктором (51,0 из 100) и интернет (42,2 из 100).

Добровольное информированное согласие на оказание медицинских услуг ребенку (прививки, медосмотр, заболевание и др.) всегда подписывали 79,8 из 100 респондентов, иногда – 15,9 из 100, не подписывали 4,3 из 100. Для большинства респондентов (78,4 из 100) информация, получаемая от врача о состоянии

здоровья их ребенка, достаточна и понятна.

На ожидание приема ребенка участковым врачом-педиатром у 40,0 на 100 респондентов уходило 15-30 минут, до 15 минут тратили 27,4 на 100 опрошенных, от 30 минут до 1 часа – 21,3 на 100, более 1 часа – 11,3 на 100. Доступностью и графиком работы участкового педиатра и врачей-специалистов детской поликлиники были удовлетворены полностью либо частично, в равных долях по 45,7 из 100 респондентов.

При направлении ребенка на консультацию к врачу-специалисту 37,2 из 100 респондентов ожидали приема 1-2 дня, 23,6 из 100 – 3-5 дней, 13,5 из 100 – более 5 дней, у четверти опрошенных прием осуществлялся в тот же день.

Работой клиничко-лабораторной и функционально-диагностической служб удовлетворены 62,6 из 100 респондентов, не удовлетворены 12,7 из 100, остальные затруднились ответить. Для диагностических исследований в 47,0 случаев из 100 опрошенных дети направлялись в другие лечебные учреждения. Лабораторные диагностические исследования проводились детям бесплатно в 86,6 случаев на 100 респондентов, инструментальные (УЗИ, ЭКГ и др.) исследования – в 84,0 на 100 респондентов, рентгенологические исследования – в 93,7 на 100.

Анкетирование родителей позволило выделить проблемные зоны в организации медицинской помощи, что согласуется с результатами аналогичных исследований (Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., 2016, Юрьев В.К., Соколова В.В., 2017). Полученные данные использовались при разработке критериев оценки КМП в детских поликлиниках.

**В пятой главе** проанализирована организация проведения экспертизы КМП детям в АПУ и представлена оценка кадровой обеспеченности и материально-технической оснащенности детских поликлиник.

Во всех детских АПУ г. Волгограда утверждены положения о врачебной комиссии, подкомиссии врачебной комиссии системы контроля КМП. Определены 3 уровня проведения контроля КМП и созданы клиничко-экспертные комиссии. Первый (I) уровень экспертизы качества оказания медицинской помощи детям осуществлялся заведующими отделениями, которые анализировали не менее 100 законченных случаев в месяц с экспертизой обязательных случаев экспертного

разбора. Второй (II) уровень экспертизы КМП детям проводился заместителем главного врача по клинично-экспертной работе, который подвергал анализу не менее 50 экспертиз законченных случаев в месяц и 100% реэкспертиз случаев обязательного экспертного разбора по отделениям. Третий (III) уровень оценки КМП детям осуществлялся подкомиссией врачебной комиссии детской поликлиники. Обязательному экспертному разбору подлежали случаи с дефектами по причинам обязательных случаев экспертного разбора.

Оценка КМП детскому населению в АПУ основывалась на количестве выявленных при экспертизе организационно-тактических и лечебно-диагностических дефектов. Наиболее часто встречающимися дефектами оказания медицинской помощи детям были погрешности в ведении медицинской документации (отсутствие согласия больного на проведение лечебно-диагностических мероприятий, небрежное оформление документации) – в 27,3% случаев, недостатки в проведении диагностических мероприятий (несоответствие диагноза рубрификации МКБ, недооценка тяжести состояния больного, недооценка или неправильная интерпретация диагностических методов исследования) – в 25,4%, проблемы при обследовании и лечении пациента (отсутствие необходимого диагностического оборудования и подготовленного специалиста) – в 18,2%.

Таким образом, осуществлялась выборочная экспертиза КМП по определенным причинам, что не позволяло дать полную, объективную и достоверную оценку медицинской помощи. Фиксирование результатов экспертизы в письменном виде и дальнейший анализ информации, внесенной вручную, занимали значительную часть рабочего времени эксперта. Отсутствие алгоритма оценки КМП, формы сбора информации, ограниченный поиск дефектов негативно сказывались на эффективности экспертизы КМП в АПУ.

Выявленные дефекты оказания медицинской помощи детям обусловлены проблемами кадрового и материально-технического обеспечения. Отмечен низкий уровень укомплектованности детских АПУ врачами-нефрологами – 70,6%, урологами-андрологами – 75,0%, аллергологами-иммунологами – 73,3%, врачами функциональной диагностики – 77,0%. Выявлен высокий коэффициент

совместительства у врачей-специалистов детских поликлиник: гастроэнтерологов – 2,5; функциональной диагностики – 2,4; инфекционистов – 2,1; хирургов детских – 1,8; травматологов-ортопедов – 1,8; аллергологов-иммунологов – 1,8. В среднем на 1 врача-педиатра участкового приходится 982,0±250 ребенка. Число посещений детской поликлиники на 1 ребенка в среднем составило 18,6, что достоверно превышало рекомендуемый показатель (8,65 посещений на 1 ребенка). При изучении материально-технического обеспечения детских поликлиник установлено, что менее половины рабочих мест врачей были оборудованы компьютерами (43,4-44,2 на 100 врачей).

Проблемы кадровой обеспеченности приводят к несвоевременному выявлению заболеваний, что негативно отражается на здоровье детей и способствует росту хронической патологии. Низкий уровень компьютеризации рабочих мест врачей при высокой интенсивности их работы приводит к дефектам оформления медицинской документации, от ведения которой зависит как качество всего лечебно-диагностического процесса, так и достоверность оценки здоровья детского населения. Очевидно, что распределение и использование ограниченных ресурсов является сущностью управления современной медицинской организацией (Зими́на Э.В., 2010).

В **шестой главе** на основании полученных данных о состоянии здоровья детей, кадровом и материально-техническом обеспечении АПУ, выявленных дефектах организации экспертизы КМП, по результатам объективной и субъективной оценки КМП разработаны мероприятия, направленные на совершенствование экспертизы КМП детям.

Разработана электронная формализованная экспертная карта по оценке КМП детскому населению в АПУ, содержащая 24 формализованных вопроса с вариантами ответов, которые эксперт должен выбрать в зависимости от ситуации. Вопросы карты соответствуют логике лечебно-диагностического процесса для удобства проведения экспертной работы. Для комплексной оценки случая оказания медицинской помощи сформированы 6 групп процессуальных индикаторов: А – качество ведения документации; В – диагностические мероприятия; С – постановка диагноза; Д – лечебно-профилактические

мероприятия; К – консультации; М – оценка лечебно-организационных мероприятий.

Для оценки качества ведения документации (А) использованы следующие критерии: оформление медицинской документации; наличие «Информированного согласия» родителей; объем описания состояния больного при обращении в поликлинику; наличие записей в истории развития ребенка (амбулаторной карте), отражающих эффект от проводимой терапии.

Для оценки качества диагностических мероприятий (В), проведенных врачом, использованы своевременность, обоснованность и полнота объема. Врачом должна быть правильно определена тяжесть состояния больного при обращении в лечебное учреждение и верно интерпретированы результаты диагностических методов исследования.

Оценка постановки диагноза заболевания (С) основана на правильности интерпретации результатов диагностических методов исследования, выставления предварительного и заключительного диагнозов, соответствии диагноза рубрификации МКБ-10.

Критериями оценки лечебно-профилактических мероприятий (D) установлены своевременность начала лечения, которое должно проводиться в соответствии с выставленным диагнозом и с учетом динамики состояния пациента, регулярность наблюдения пациента с отражением эффекта от проводимой терапии в амбулаторной карте, своевременность госпитализации ребенка при необходимости. Комбинации лекарственных средств, используемых при лечении ребенка, должны быть рациональны, совместимы, в дозировке, соответствующей возрастной группе и весу ребенка.

Оценка консультативных мероприятий (К) основана на необходимости проведенного консультативного осмотра специалистами, объема выполнения врачом рекомендаций консультантов и наличия заключения врачебной комиссии в случае осложнения и/или длительного течения заболевания.

Критерии оценки лечебно-организационных мероприятий (М) представлены наличием «Информированного согласия» родителей, регулярностью наблюдения больного (в соответствии со стандартами, клиническими протоколами),

соответствием лечения динамике состояния пациента, своевременной госпитализацией при необходимости, консультативным осмотром специалистами, наличием заключения Врачебной комиссии в случае осложнения и/или длительного течения заболевания.

По результатам анализа всех разделов вычисляется итоговый (интегрированный) показатель КМП (Е) по каждому законченному случаю.

Все варианты ответов экспертной карты имеют ранжированную балльную оценку от 0 до 1 (0; 0,25; 0,5; 0,75; 1). Оценка индикаторов и итогового (интегрированного) показателя КМП также колеблется в пределах от 0 до 1 балла и может быть охарактеризована по пятибалльной системе, установленной эмпирически. Если балльная оценка находится в пределах от 0 до 0,85 балла, то КМП считается неудовлетворительным, от 0,85 до 0,899 – удовлетворительным; от 0,9 до 0,949 балла – хорошим, от 0,95 до 1,0 – отличным.

Применение электронной экспертной карты и балльной оценки позволили разработать алгоритм системного анализа результатов экспертиз КМП, который использовался для создания автоматизированной системы управления «АИС КМП Детская поликлиника». Таким образом, по завершению проведения экспертизы случаев оказания медицинской помощи и внесения информации в автоматизированную систему «АИС КМП Детская поликлиника» создается база данных.

В течение 2015 г. проведено внедрение экспертной карты оценки КМП, балльной оценки экспертизы КМП, обучение врачебного персонала работе в автоматизированной системе управления «АИС КМП Детская поликлиника» в ГУЗ «Детская поликлиника №1» г. Волгограда. За 2015-2017 гг. по разработанной методике проанализированы результаты 2257 экспертиз законченных случаев оказания медицинской помощи при заболевании.

Оценка качества ведения документации (блок А) в 2015 г. составила 3,24 балла. Дефекты, зафиксированные экспертами, касались оформления медицинской документации, отсутствия информированного согласия родителей на проведение лечебно-диагностических мероприятий ребенку, недостаточного объема описания состояния больного при обращении в поликлинику и записей в истории развития

ребенка, отражающих эффект от проводимой терапии. К 2017 г. количество дефектов уменьшилось, доля экспертных карт, оцененных «неудовлетворительно» в блоке А, сократилась на 23%, и оценка блока увеличилась до 3,82 балла.

В 2015 г. в проведении диагностических мероприятий (блок В) выявлены следующие дефекты: диагностические мероприятия были проведены в части экспертируемых случаев несвоевременно и не в полном объеме, результаты лабораторных методов исследования интерпретированы частично или не интерпретированы, оценка тяжести состояния пациента при первичном обращении частично не совпадала с заключением эксперта, при том, что оценка блока составила 4,22 балла. Доля «неудовлетворительных» экспертных карт составила 24%. В 2017 г. вышеуказанные дефекты были устранены, оценка данного блока повысилась до 4,84 баллов, и доля экспертных карт, оцененных «неудовлетворительно», составила всего 4%.

Оценка экспертов блока С (постановка диагноза) в 2015 г. составила 3,96 балла, было зафиксировано несоответствие предварительного диагноза основного заболевания рубрификации МКБ-10 и неверная интерпретация результатов диагностических исследований. Доля экспертных карт, оцененных в этом блоке «неудовлетворительно», составила 32%. В 2017 г. эксперты данный блок оценили на 4,61 балла, удельный вес «неудовлетворительных» экспертных карт уменьшился до 11%.

Блок Д (лечебно-профилактические мероприятия) в 2015 г. получил 3,95 балла из-за замечаний экспертов по поводу госпитализации ребенка, которая либо не производилась, либо была произведена не своевременно, а также отражения эффекта от проводимой терапии в истории развития ребенка не в полном объеме. В 2017 г. оценка блока составила 4,65 балла, основным дефектом в этот период явилось недостаточное отражение эффекта от проводимой терапии в амбулаторной карте ребенка.

Блок К – оценка консультативной работы лечащего врача в 2015 г. составила 4,0 балла. Экспертами отмечено, что в части экспертируемых случаев консультативный осмотр специалистами был необходим, но не проведен, а также отсутствовало заключение врачебной комиссии при осложненном и/или

длительном течении заболевания. Удельный вес экспертных карт, оцененных «неудовлетворительно», в данном блоке составил 33%. В 2017 г. оценка блока увеличилась до 4,84 баллов, а доля экспертных карт, оцененных «неудовлетворительно», составила всего 5%.

Лечебно-организационные мероприятия (блок М), проводимые в поликлинике, в 2015 г. оценены на 3,88 балла. «Неудовлетворительно» оценены 35% экспертных карт. В последующем количество дефектов уменьшилось, и как следствие, оценка возросла до 4,55 балла, доля «неудовлетворительных» экспертных карт снизилась до 15%.

Положительная динамика оценок процессуальных индикаторов обеспечила увеличение итогового (интегрированного) показателя качества оказания медицинской помощи (Е) в детской поликлинике (табл. 1).

Таблица 1

Результаты оценки профилей процессуальных индикаторов и интегрированного показателя КМП в детской поликлинике в динамике за 2015-2017 гг.

Профили процессуальных индикаторов	2015 год	2016 год	2017 год
А – качество ведения документации	3.24	3.12	3.82
В – диагностические мероприятия	4.22	4.02	4.84
С – постановка диагноза	3.96	4.12	4.61
Д – лечебно-профилактические мероприятия	3.95	4.24	4.65
К – консультации	4.0	4.65	4.84
М – оценка лечебно-организационных мероприятий	3.88	4.25	4.55
Е – интегрированная оценка качества и технологии оказания МП	3.85	3.99	4.53

Выявленные различия в результатах экспертизы КМП несовершеннолетним в детской поликлинике носят достоверный характер и не являются результатом действия случайных причин, т.к. значения  $t$  (коэффициента Стьюдента) больше 2 (с вероятностью более  $P \geq 95\%$ ) по всем профилям индикаторов.

По результатам экспертиз КМП детскому населению на основе внедренных экспертной карты, балльной оценки экспертизы КМП и «АИС КМП Детская

поликлиника» проводился детальный разбор выявленных дефектов с целью их устранения и коррекции оказания медицинской помощи детскому населению.

Проведенный анализ эффективности внедрения автоматизированной системы «АИС КМП Детская поликлиника» в детские АПУ доказал, что комплексная экспертная оценка выявленных дефектов и проведение мероприятий по их устранению способствует улучшению качества и организации медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических условиях. Уровень заболеваемости по обращаемости у детей до 14 лет в 2016-2017 гг. изменился незначительно в сравнении с 2015 г., составляя 2183,6 и 2257,4 на 1000 детского населения соответственно. Уровень хронической патологии среди детского населения в 2016 г. составлял 1396,9, в 2017 г. – 1438,0 на 1000 детского населения.

## **ВЫВОДЫ**

1. За исследуемый период заболеваемость по обращаемости, в том числе впервые выявленная, у детей до 14 лет имела устойчивую тенденцию к снижению с 2592,7 на 1000 детского населения в 2013 г. до 2287,3 в 2015 г. Выявлено увеличение заболеваемости по результатам профилактических осмотров детей с 669,3 на 1000 детского населения в 2013 г. до 1166,5 в 2015 году, при этом наибольший рост уровня заболеваемости отмечен в возрастной группе мальчиков и девочек 10-14 лет (на 29,6% и 27,8 % соответственно). Установлено, что уровень хронической патологии увеличился за период с 2013 по 2015 гг. с 972,8 до 1587,2 на 1000 детского населения.

2. Структура заболеваемости по обращаемости не имела различий по полу, первые пять мест занимали болезни органов дыхания, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения, болезни нервной системы, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. В структуре заболеваемости по медицинским осмотрам у девочек преобладали болезни эндокринной системы, глаза и придаточного аппарата, у мальчиков – болезни костно-мышечной системы и органов дыхания. Структура хронической патологии не имела различий по полу и была представлена следующими нозологиями: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, глаза и придаточного

аппарата, органов дыхания.

3. Отмечено, что в среднем один родитель указал на 1-2 причины неудовлетворенности медицинской помощью, из которых чаще всего было отмечено направление в другие лечебные учреждения для проведения диагностических исследований (каждый второй родитель), ожидание приема ребенка участковым врачом-педиатром в очереди до 1 часа и более (каждый третий), оплата диагностических исследований (каждый шестой), ожидание приема специалиста более 5 дней (каждый седьмой), работа клинично-лабораторной и функционально-диагностической служб (каждый восьмой). Выявлено, что не удовлетворены доступностью и графиком работы участковых педиатров и врачей-специалистов практически каждый второй родитель, не подписывали добровольное информированное согласие на оказание медицинских услуг ребенку каждый пятый родитель.

4. Экспертиза КМП показала, что основными дефектами оказания медицинской помощи детскому населению являлись погрешности в ведении медицинской документации в 27,3% случаев, недостатки в проведении диагностических мероприятий – в 25,4% случаев, проблемы при обследовании и лечении пациента – в 18,2% случаев. Количество дефектов, выявленных при экспертизе в динамике, оставалось на одном уровне. Коэффициент совместительства врачей детских АПУ варьировал от 1,2 у врачей-педиатров до 2,5 у врачей-специалистов (гастроэнтерологов, врачей функциональной диагностики, инфекционистов). Так же имеет место низкая обеспеченность компьютерами рабочих мест врачей (за исследуемый период 43,4-46,9 на 100 врачей).

5. Разработанные медико-организационные мероприятия, направленные на совершенствование экспертизы качества первичной медико-санитарной помощи детям, включали:

- создание экспертной карты оценки КМП несовершеннолетнему;
- формирование балльной оценки комплексной экспертизы КМП детскому населению;
- разработку алгоритма автоматизированной системы управления «АИС

КМП Детская поликлиника» для системного анализа и контроля КМП детскому населению в АПУ;

- обеспечение АПУ информационно-коммуникационным оборудованием.

6. Для унификации сбора информации и оценки правильности, адекватности, организации медицинской помощи разработана электронная формализованная экспертная карта оценки КМП несовершеннолетнему, включающая 24 формализованных вопроса, составленных в соответствии с логикой лечебно-диагностического процесса. Все варианты ответов имеет ранжированную балльную оценку от 0 до 1 (0; 0,25; 0,5; 0,75; 1). Уровни индикаторов и итоговая оценка КМП колеблется в пределах от 0 до 1 балла, и могут быть охарактеризованы по пятибалльной системе, установленной эмпирически. В том случае, если балльная оценка в пределах от 0 до 0,85 балла, то КМП считается неудовлетворительным, от 0,85 до 0,899 – удовлетворительным; от 0,9 до 0,949 балла – хорошим, от 0,95 до 1,0 – отличным.

7. Применение экспертной карты, балльной оценки и автоматизированной системы управления позволило сократить число дефектов КМП, в частности, при оформлении медицинской документации – на 19,1%, при проведении диагностических мероприятий – на 14,2%, при постановке диагноза – на 8,4%, при проведении лечебно-профилактических, консультативных и организационных мероприятий – на 8,9%, 32,5% и 11,3% соответственно. В структурном распределении итоговых оценок КМП доля «отличных» результатов экспертиз выросла с 30,9% до 52,8% «хороших» – с 20,6% до 28,5%. Количество «удовлетворительных» экспертных карт снизилось с 23,5% до 16,2% и «неудовлетворительных» – с 25,0% до 2,5%. Итоговая (интегрированная) оценка КМП увеличилась с 3,85 балла в 2015 г. до 4,53 балла в 2017 г.

8. Внедрение предложенных медико-организационных мероприятий позволило улучшить КМП, вследствие чего стабилизировался уровень заболеваемости по обращаемости, в том числе впервые выявленной, у детей до 14 лет в 2016-2017 гг. на уровне 2183,6-2257,4 на 1000 детского населения соответственно. Уровень хронической патологии среди детского населения снизился по сравнению с 2013-2015 гг. и составил 1396,9 и 1438,0 на 1000

детского населения в 2016 г. и 2017 г. соответственно.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **1. Министерству здравоохранения Российской Федерации:**

– Рассмотреть возможность применения единого подхода к изучению КМП в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях на основе формализованной экспертной карты и её балльной оценки.

### **2. Комитету здравоохранения Волгоградской области:**

– Рассмотреть возможность внедрения формализованной экспертной карты по оценке КМП законченного случая поликлинического обслуживания при заболевании несовершеннолетнего пациента и автоматизированной информационной системы по оценке результатов экспертизы КМП в детской поликлинике во все амбулаторно-поликлинические учреждения региона.

– Создать условия для завершения процесса информатизации лечебного учреждения в соответствии с планом формирования Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

### **3. Руководителям медицинских организаций:**

– По результатам экспертизы КМП детскому населению проводить методическую работу среди врачебного персонала с целью коррекции и устранения дефектов оказания медицинской помощи детям.

– Завершить процесс информатизации лечебного учреждения путем обеспечения автоматизации рабочих мест лечащих врачей.

– Проводить обучение врачебного персонала, экспертов детских амбулаторно-поликлинических учреждений работе в автоматизированной информационной системе по оценке результатов экспертизы КМП.

– С целью повышения эффективности санитарно-просветительной работы в лечебных учреждениях проводить обучающие циклы и образовательные программы как для врачей участковых педиатров и врачей-специалистов, так и для родителей детей, получающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических организациях.

### Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Девляшова, О.Ф. Мониторинг репродуктивного здоровья детей и подростков в Волгоградской области/ О.Ф. Девляшова, Т.С. Дьяченко, В.И. Сабанов // **Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.** – 2014. – №3. – с. 35-40.
2. Девляшова, О.Ф. Заболеваемость подростков инфекциями, передаваемыми половым путем, в Волгоградской области в динамике за 2009-2012 гг./ О.Ф. Девляшова, Т.С. Дьяченко, В.И. Сабанов // **Волгоградский научно-медицинский журнал.** – 2014. - №2. – с. 3-5.
3. Девляшова, О.Ф. Современные показатели состояния здоровья детей и подростков в Волгоградской области/ О.Ф. Девляшова, Т.С. Дьяченко, В.И. Сабанов // **Интер-Медикал.** – 2014. – № 3. – с. 19-25.
4. Девляшова, О.Ф. Состояние здоровья детского населения в крупной городской агломерации. / О.Ф. Девляшова, Е.В. Пелих, Т.С. Дьяченко, Л.Н. Грибина, В.И. Сабанов // **Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.** – 2015. – №1. – с. 125-129.
5. Девляшова, О.Ф. Современное состояние педиатрической службы города Волгограда и направления по ее совершенствованию/ В.И. Сабанов, Е.Ю. Бердник, О.Ф. Девляшова // **Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.** – 2015. – №4. – с. 16-22.
6. Девляшова, О.Ф. Возрастно-половые градации состояния здоровья детей по результатам профилактических медицинских осмотров как первый этап диспансеризации детского населения/ В.И. Сабанов, Е.В. Пелих, О.Ф. Девляшова // **Вестник Росздравнадзора.** – 2016. – №1. – с. 56-62.
7. Девляшова, О.Ф. Роль профилактических осмотров детского населения в выявлении социально-значимых заболеваний/ О.Ф. Девляшова // **Материалы XIII Съезда молодежных научных обществ медицинских и фармацевтических вузов России и стран СНГ.** – 2016. – с. 200-202.
8. Девляшова, О.Ф. Родители о доступности и качестве первичной медико-санитарной помощи детям/ О.Ф. Девляшова, // **Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины.** Волгоград, 2016. – с. 363.
9. Девляшова, О.Ф. Мониторинг качества медицинской помощи детскому населению при заболеваниях верхних дыхательных путей и органа слуха в амбулаторных и стационарных условиях/ В.И. Сабанов, Е.Г. Шахова, Е.В. Пелих, В.В. Иваненко, О.Ф. Девляшова // **Вестник Росздравнадзора.** – 2016. – №5. – с. 81-86.
10. Девляшова, О.Ф. Мнение родителей о работе педиатрических амбулаторно-поликлинических организаций как важный критерий оценки качества медицинской помощи детскому населению/ Т.С. Дьяченко, Л.Н. Грибина, О.Ф. Девляшова // **Педиатр.** – 2017. – №2. – с. 50-55.

### Список сокращений

АПУ – амбулаторно-поликлинические учреждения

КМП – качество медицинской помощи