

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

*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

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
кандидат медицинских наук, профессор  
**Сабанов Валерий Иванович**

кандидат медицинских наук, доцент  
**Дьяченко Тамара Сергеевна**

**Волгоград – 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>4</b>
<b>Глава 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>11</b>
1.1 Проблемы здоровья детей в Российской Федерации.....	11
1.2. Оценка качества медицинской помощи населению как предмет исследования.....	15
<b>Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>34</b>
<b>Глава 3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ И ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ.....</b>	<b>47</b>
3.1. Заболеваемость детского населения по обращаемости в динамике за 2013-2015 гг.....	47
3.2. Заболеваемость детей по результатам профилактических осмотров в динамике за 2013-2015 гг.....	56
<b>Глава 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ РАБОТЫ ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК ВАЖНЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....</b>	<b>74</b>
<b>Глава 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....</b>	<b>94</b>
5.1. Анализ организации экспертизы качества медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях .....	94
5.2. Оценка кадровой обеспеченности, показателей работы и материально- технического оснащения детских амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения .....	101
<b>Глава 6. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ</b>	

<b>МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ.....</b>	<b>115</b>
6.1. Экспертная карта, балльная оценка и автоматизированная система - инструменты совершенствования экспертизы качества медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях.....	115
6.2. Оценка эффективности внедрения медико-организационных мероприятий по совершенствованию экспертизы КМП в детских поликлиниках.....	136
6.2.1. Мониторинг КМП в детской поликлинике города Волгограда по группам процессуальных индикаторов.....	136
6.2.2. Мониторинг качества медицинской помощи в детской поликлинике в зависимости от повода проведения экспертизы.....	142
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>149</b>
Выводы.....	156
Практические рекомендации .....	160
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>162</b>
<b>Список используемых сокращений.....</b>	<b>189</b>
<b>Приложения.....</b>	<b>190</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **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 [13, 92]. 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 [17, 101].

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. 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 [86, 153]. 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 [153]. 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 [33].

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 [77, 82].

Отдельные исследования посвящены изучению качества медицинской помощи населению и организационным вопросам экспертизы КМП [19, 97, 133, 141, 142, 155, 153, 161]. 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 [35, 105].

Все это обуславливает актуальность проведения комплексной оценки здоровья детского населения, ресурсов и условий для оказания медицинской помощи в детских поликлиниках 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 случаев до 3453,8 случаев на 1000 детского населения) за счет увеличения уровня хронической заболеваемости (с 972,8 случаев 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 лечебные учреждения 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 детских поликлиниках.

Изучение организации проведения экспертизы КМП детям и выявленные дефекты позволили обосновать внесение изменений в критерии оценки качества медицинской помощи и определить направления совершенствования экспертизы КМП в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях.

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 амбулаторно-поликлинических учреждениях.

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.

Отмечено, что 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%.

### **Внедрение результатов исследования.**

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

Материалы исследования используются в образовательном процессе студентов на кафедре общественного здоровья и здравоохранения и для 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 студентов 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 качества медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

### **Положения, выносимые на защиту.**

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

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

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



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.

#### **Апробация диссертации.**

Результаты диссертационного исследования доложены и обсуждены на 71 и 74-ой открытых научно-практических конференций 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), Региональной конференции «Проблемы и направления формирования Стратегии социально-экономического развития Волгоградской области до 2030 г. в сфере науки, образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта» (Волгоград, 2016), 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).

#### **Публикации в научной печати**

Основные положения и выводы диссертационного исследования опубликованы в 10 печатных научных работах: среди которых 6 статей в рецензируемых научно-практических изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

#### **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.

### **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.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 203 страницах печатного текста и 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.

## **Глава 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

### **1.1. Проблемы здоровья детей в Российской Федерации**

Одной из важнейших задач государственной политики остается сохранение и укрепление здоровья детей и подростков Российской Федерации и поиск путей улучшения их здоровья [59, 115]. Это обусловлено тем, что за последние годы отмечается стойкая тенденция ухудшения состояния здоровья детей, что подтверждается не только данными официальной статистики, но и результатами профилактических осмотров и выборочных научных исследований [8, 9, 11, 12, 14, 34, 38, 39, 52, 53, 70, 94, 100, 105, 124, 136, 158]. Наблюдается тенденция к увеличению числа детей, страдающих заболеваниями костно-мышечной системы, системы кровообращения, нервной системы, болезнями глаза и его придаточного аппарата, эндокринной системы, репродуктивной системы, социально значимыми заболеваниями [7, 15, 21, 36, 45, 64, 68, 69, 71, 107, 126, 140, 143, 146, 147, 156].

Данные о заболеваемости позволяют не только объективизировать степень утраты здоровья, но и имеют большое значение для определения медико-социального и экономического ущерба, для обоснования управленческих решений на различных уровнях системы охраны здоровья детского населения, подготовку и распределение кадров, оценки качества работы учреждений здравоохранения и системы здравоохранения в целом, планировать профилактику первичной заболеваемости, хронических и инвалидизирующих форм болезней [1, 2, 3, 30, 50].

Изучение заболеваемости – это многоаспектный процесс, при анализе которого нельзя не учитывать возрастные особенности и изменение социального статуса ребенка с возрастом: поступление в дошкольное образовательное учреждение; в начальную школу и переход от начального к общеобразовательному обучению [51, 98, 105, 127, 128]. Анализ заболеваемости детского населения по обращаемости проводится на основании отчетной формы лечебных учреждений №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания ЛПУ».

Оценка возрастных особенностей заболеваемости детского населения по форме 12 ограничена формированием лишь двух возрастных групп населения при учете обращений: дети до 15-летнего возраста и подростки (15-17 лет включительно). В форме №12 нет половой дифференциации заболеваний среди детского населения до 15 лет. Для подростков приводятся случаи заболевания юношей. Таким образом, анализ, основанный на данных отчетной формы №12, позволяет получить лишь общие представления о динамике и структуре заболеваемости детского населения по разным классам болезней. При этом существующая система статистических показателей медицинских организаций не совсем точно отражает реальное положение дел [53, 62, 67, 70, 110, 125]. Существующая система статистического учета заболеваемости репродуктивной системы у мальчиков не дает полной картины заболеваемости данными нозологическими формами [135, 151].

Заболеваемость по данным медицинских осмотров дает наиболее полную информацию обо всех острых и хронических заболеваниях, имеющих у обследованных детей на момент осмотра и дают возможность оценить эффективность профилактической работы, проводимой как в условиях поликлиник, так и в условиях образовательных учреждений [13]. Проведение медицинских осмотров позволяет выявлять заболевания на ранней стадии и являются одной из действенных форм профилактики развития хронической патологии [91, 104].

По результатам проведенной диспансеризации детей 14-летнего возраста в 2011-2012 гг. выявлена высокая встречаемость патологии костно-мышечной и соединительной ткани, пищеварительной системы [6, 99].

Одним из главных методов профилактики заболеваемости детского населения является диспансеризация, инструментом профилактики – современные и эффективные организационные технологии [5, 39, 111, 124]. С 2013 г. детское население подлежит обязательному медицинскому осмотру в соответствии с приказом Минздрава России от 21.12.12 № 1346-н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при

поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», в котором определена организация профилактических осмотров [79]. В 2018 г. вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», регламентирующий комплексный подход к диспансеризации и определяет цели и задачи ее проведения, включающие раннее выявление в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей. По результатам проведенного профилактического осмотра ребенку определяется группа здоровья, медицинская группа для занятий физической культурой, должны быть сформулированы практические рекомендации, в том числе по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию для предотвращения реализации факторов риска и формирования отклонений в состоянии здоровья детей [78, 95, 129].

Для позитивного изменения показателей здоровья детского населения были разработаны и внедрены программы здравоохранения: приоритетный национальный проект «Здоровье», программы неонатального и аудиологического скринингов, материнского капитала, «Родовой сертификат», углубленная диспансеризация несовершеннолетних, открытие центров здоровья, увеличение объемов высокотехнологичной помощи. В Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г. подчеркнута необходимость принятия действенных мер для развития службы охраны материнства и детства при концентрации усилий на совершенствовании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) детям [18, 25, 122].

Ведущая роль в системе реализации мер по охране здоровья детей, их медицинскому обеспечению, разработке и внедрению современных научно обоснованных технологий, профилактики заболеваемости и инвалидности,

оздоровления детей принадлежит амбулаторно-поликлиническому звену здравоохранения, оказывающему первичную медико-санитарную помощь [48, 96, 149, 152].

Оптимизация организации первичной медико-санитарной помощи в современных условиях является одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения [24]. Реализуется комплексный подход к реорганизации здравоохранения путем наращивания ПМСП за счет передачи части объемов из ресурсоемкого стационарного сектора в менее дорогостоящий амбулаторный, с преимущественным развитием профилактической помощи, диспансеризации детей и внедрение стационарзамещающих организационных технологий [10, 37, 59]. Возросший объем финансирования первичной медико-санитарной службы в рамках реализации Национального проекта «Здоровье» обусловил введение критериев эффективности деятельности специалистов поликлинического звена, на основе анализа которых можно судить об эффективности вложенных затрат [55, 139].

Ряд авторов [35, 105, 109, 132, 150, 206], отмечают, что 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 [33].

Актуальной проблемой в здравоохранении остается кадровый вопрос, в том числе несоответствие численности и структуры медицинских кадров объемам деятельности, а именно несоответствие численности и структуры медицинских кадров объемам деятельности [26, 40, 65]. В 2005 г. укомплектованность поликлиник врачами составляла 56%, коэффициент совместительства превышал 1,45, а квалификация значительной части врачей была низкой. Одной из мер, направленных на укрепление кадровых ресурсов служб ПМСП в рамках Национального проекта, явилось повышение заработной платы участковым педиатрам и среднему медицинскому персоналу. Постоянно нарастающий дефицит врачебных кадров и низкий уровень заработной платы

привели к тому, что врачи вынуждены работать по совместительству, коэффициент которого из года в год растет и достигает в ряде учреждений 1,7-2,1, что сказывается на качестве медицинской помощи. В то же время кадровый дефицит не позволяет руководителям лечебно-профилактических учреждений направлять врачей на циклы повышения квалификации даже в плановом порядке [22, 35, 44, 53, 54, 164]. В связи с этим возникает необходимость применять научно обоснованные подходы к расчетам потребности, планирования, подготовки и использованию кадрового потенциала [4, 40, 43, 106].

Таким образом, результаты комплексного изучения заболеваемости детей по обращаемости и по данным медицинских осмотров с учетом возрастных и гендерных особенностей являются основанием для оценки качества работы учреждений первичного звена здравоохранения и обоснования управленческих решений на различных уровнях системы охраны здоровья детского населения.

## **1.2. Оценка качества медицинской помощи населению как предмет исследования**

Управление здравоохранением невозможно без определения приоритетных целей, показателей их деятельности, параметров эффективности использования затрачиваемых финансовых, материальных и кадровых ресурсов [29, 47, 63, 93, 131]. Качество медицинской помощи – один из основных показателей деятельности медицинских учреждений, который должен рассматриваться как свойство всей функционирующей системы здравоохранения, а не только качество работы врачей и лечебно-профилактического учреждения [101, 103, 119]. Именно от него зависит уровень здоровья и качество жизни населения [42].

В соответствии с международными стандартами ИСО и национальными стандартами ГОСТ, качество – это совокупность свойств и характеристик услуги, которые определяют ее способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования.

Аведисом Донабедианом качество медицинской помощи определялось использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличений риска. Таким образом, уровень качества – это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья [175, 176]. ВОЗ указывает следующие основные характеристики качества медицинской помощи: профессиональная компетенция, доступность, результативность, межличностные взаимоотношения, эффективность, адекватность, преемственность, действенность, непрерывность, безопасность, стабильность процесса и результата, постоянное совершенствование и улучшение, удобство и удовлетворенность [41, 73, 159]. H.V. Vuory к таким характеристикам относит 4 параметра: адекватность (соответствие потребностям потребителей и производителей), технологичность (соответствие современному научно-техническому уровню), эффективность (соответствие фактически достигнутого результата запланированному), экономичность (соответствие результата затратам) [208].

В ст. 2 Федерального закона 323-ФЗ дано определение понятия качество медицинской помощи, как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [82].

Изучение эффективности медицинской помощи возможно с использованием индикаторов качества медицинской помощи с позиции структурного компонента, процессуального и результатов оказания медицинской помощи [28, 119, 175, 176]. Использование структурного подхода, подразумевает оценку условий оказания медицинской помощи, которая реализуется лицензированием и аккредитацией учреждения, аттестацией и сертификацией специалистов. Качественные медицинские услуги обеспечивают качественное учреждение, лекарственные средства, материалы, оборудование и качественные специалисты.



Процессуальный подход – основан на оценке соблюдения технологии лечебно-диагностического процесса, чаще всего по документации. Требуется участия экспертов, которые осуществляют контроль за процессом оказания услуги. В стандартах ИСО серии 9000 определен как представление внутренней среды организации в виде упорядоченной совокупности процессов.

Результативный подход – основан на оценке по степени достижения результата и предполагает повышение эффективности деятельности медицинских организаций [122]. Основные направления данного метода реализуются через систему одноканального финансирования по подушевому принципу с элементами частичного аккумулирования средств на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений, оплаты медицинской помощи по страховому принципу на основе использования медико-экономических стандартов, а также реформирование оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечные результаты [138].

Индикаторы качества должны отвечать нескольким характеристикам, таким как: четкость определения, значимость, достоверность, воспроизводимость. В этом случае информация, собранная по результатам анализа индикаторов качества в рамках экспертизы качества медицинской помощи, может быть использована для сравнения различных медицинских организаций в разных регионах страны между собой, с учетом трехуровневой системы организации медицинской помощи [32]. Значительно облегчают проверку официально утвержденные руководства по клинической практике (clinical practice guidelines), включающие наиболее значимые с точки зрения ближайших и отдаленных результатов медицинской помощи индикаторы [167, 178, 197].

Вопросы качества медицинской помощи всегда занимали важное место в Европейской политике. Так, среди сформулированных Европейским бюро ВОЗ задач по достижению здоровья для всех (редакция от сентября 1991 года), задача № 31 «Качество обслуживания и соответствующая технология» указывает следующее: «К 2000 году все государства-члены должны иметь

соответствующие структуры и механизмы для обеспечения непрерывного повышения качества медико-санитарной помощи и совершенствования соответствующего развития и использования технологии здравоохранения». В 1995 году создана международная ассоциация по качеству медицинской помощи ISQua (The International Society for Quality in Health Care), в которую входили 70 стран-участников [31, 58, 181, 202].

В Европейских странах организацией экономического сотрудничества и развития разработаны индикаторы, позволяющие оценить и сравнивать качество первичной медицинской помощи (OECD. Health Care Quality Indicators – Primary Care). Экспертами сформированы более 200 показателей, охватывающих широкий диапазон вопросов качества, имеющих отношение к управлению медицинской помощью в Европе. Данные показатели разработаны с использованием научных методов и инструментов, в качестве научной основы использовался метод приемлемости RAND/UCLA, разработанный в середине 1980-х годов в Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе (США) [61, 194, 200, 203, 210]. В Великобритании Национальным институтом здоровья и качества медицинской помощи (NICE) разработаны и используются индикаторы качества, которые отражают качество оказания медицинской помощи группе пациентов, отдельному пациенту или всему населению страны и описывают конкретные аспекты оказания медицинской помощи. Данные индикаторы отражают структуру, процессы или результаты оказания медицинской помощи и при этом используют аудит, анкетирование пациентов, интервью контактного лица [41, 183, 188, 193, 204]. В итоговой оценке медицинской деятельности медицинских организаций применяются разные способы: индекс безопасности пациента; коэффициенты удовлетворённости; коэффициенты эффективности; коэффициенты соответствия; ранговые баллы; индикаторы оценки эффективности деятельности; доля удовлетворённости населения при получении определённого вида медицинской помощи; условные интегрированные показатели; доля дефектов по результатам медико-экономических экспертиз и

экспертиз качества медицинской помощи; размеры финансовых санкций по результатам экспертиз [177, 184, 186, 190, 192, 194].

В проекте Национального центра исследований и развития первичной медико-санитарной помощи Манчестерского университета (США) по оценке общей практики (разработка и тестирование набора показателей клинического качества первичной медико-санитарной помощи) представлены подходы к разработке показателей качества медицинской помощи на этапе амбулаторного лечения. Данный проект представляет как подходы к разработке показателей качества первичной медико-санитарной помощи, так и результаты их внедрения в систему здравоохранения [191]. В США специализированные агентства регулярно проводят комплексные исследования качества оказания медицинской помощи в различных клиниках с последующей публикацией их результатов. В конце 2010-х годов была выработана единая методология оценки качества медицинской помощи, на основании которой сопоставляются друг с другом по качеству оказываемой медицинской помощи, как медицинские учреждения, так и отдельные территории, сходные по своим критериям деятельности [171, 173, 185, 187, 195].

Вопросы управления качеством медицинской помощи рассматриваются многими авторами с различных позиций, так как управление качеством — это постоянный, планомерный, целенаправленный процесс воздействия на всех уровнях на факторы и условия, обеспечивающий создание услуг оптимального качества [29, 46, 63, 93, 130, 145, 148]

До второй половины XX века ключевая роль в управлении качеством медицинской помощи по-прежнему сохранялась за профессиональным медицинским сообществом, разрабатывавшим и утверждавшим стандарты отдельных видов своей деятельности, а также за отдельными медицинскими специалистами, самостоятельно принимавшими решение об использовании тех или иных методов обеспечения и контроля качества в конкретных случаях лечения [121]. В ряде развитых стран государство становилось

непосредственным участником управления качеством, законодательно утверждая требования к деятельности медицинских организаций [41, 166, 174].

В 1987 г. Международная организация по стандартизации (International Organization for Standardization, или ISO) утвердила первую версию универсальных стандартов сертификации систем качества: ISO 9000/87. Теория управления качеством трансформировалась в серию международных стандартов ИСО, регламентирующих управление качеством (менеджмент качества на предприятиях. За основу при разработке стандартов ISO 9000 были приняты стандарты, использовавшиеся министерством обороны США для оценки систем качества поставщиков оборонной продукции [49].

Российская версия рекомендованных стандартов по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения представлена ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения», согласно которому успешное руководство и управление организацией обеспечивается за счет систематического и открытого менеджмента. Рекомендации по менеджменту, предлагаемые в настоящем стандарте, базируются на восьми принципах менеджмента качества, разработанных для применения высшим руководством с целью улучшения деятельности организации [72, 160, 165].

Наиболее удобным для быстрой и точной оценки КМП является технологический (процессный) аспект, он же теоретически в состоянии обеспечить «всеобщее управление качеством» – Total Quality Management (TQM) [19, 20, 157]. Общее управление качеством (total quality management, TQM) – постоянно действующая система улучшения качества, направляемая сверху, но предоставляющая оптимальные возможности сотрудникам и нацеленная на решение проблем сотрудников [205, 209, 210]. Это создание специального технологического процесса, обеспечивающего соблюдение определенных требований и норм. Управление качеством должно быть основано на сочетании теории и практики управления, систематической информации, психологических аспектах организации труда и общения, технологическом процессе, опыте и

эксперименте. Сосредоточение на процессном подходе требует применения специально подготовленного специалиста (эксперта), который в состоянии обеспечить точечную (выборочную) экспертизу применяемой технологии, которая оформляется в виде аргументированного заключения [19, 124].

Согласно рекомендациям рабочей группы по обеспечению качества Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) деятельность по контролю и обеспечению качества медицинской помощи (КМП) должна осуществляться с учетом 4 профессиональных функций: выполнение технологий лечебно-диагностического процесса, риски для пациента, оптимальность использования ресурсов, удовлетворенность пациента [137, 169, 205]. Европейские аналитические системы комплексно, с учетом мнений пациентов и потребителей, оценивают качество медицинской помощи с позиций безопасности, медицинской результативности, стоимости, эффективности затрат, социально-экономической результативности и правовых, этических и политических последствий. Ключевая особенность таких аналитических систем - фокусирование на множественных приоритетах и тактическая гибкость принятия управленческих решений по результатам анализа [75, 108, 201].

Выбор наиболее оптимального подхода оценки КМП связан со спецификой политической и экономической ситуации в стране, историческими аспектами развития системы здравоохранения и прочими факторами и имеет решающее значение для повышения конкурентоспособности медицинских организаций [196, 198]. В России система управления качеством в учреждении здравоохранения формируется и создается руководством организации как средство реализации провозглашенной политики в области КМП.

Основными методами, применяемыми для оценки КМП в современных условиях, являются статистический, социологический и метод экспертных оценок.

Самым распространенным методом остается статистический, заключающийся в анализе статистических показателей здоровья населения и

деятельности медицинских организаций на основе данных форм отчетов. Полученная статистическая информация позволяет выявить конкретные проблемы, приоритеты, поставить необходимые задачи для рационального использования кадровых, финансовых и материально-технических ресурсов [63, 110, 131, 134].

Существующая система сбора статистических отчетов в здравоохранении имеет как преимущества (единая программа, сравнение однотипных показателей объема работы и использования ресурсов), так и определенные недостатки (малая оперативность, жесткость и негибкость программ, ограниченный набор сведений, недостаточная информативность показателей, которая в большей степени отражает объем выполненной работы, а не результативность проводимых мероприятий) [66, 148].

В качестве критерия общественной оценки эффективности деятельности здравоохранения используется показатель удовлетворенности населения организацией и качеством медицинской помощи [57, 117, 128, 154]. С точки зрения системного подхода, удовлетворенность пациента выступает как элемент обратной связи, замыкающий цикл управленческого процесса и дающий информацию для оптимизации деятельности лечебного учреждения и как оценочный показатель, интегрирующий отражение объективного состояния системы здравоохранения и эмоциональное восприятие ее личностью, представляющей и выражающей интересы определенных групп и слоев населения [75, 168, 172].

Социологический мониторинг удовлетворенности населения организацией, качеством и доступностью медицинской помощи, позволяет выявлять проблемные зоны и влиять на функции и структуру лечебных учреждений, исследовать воздействие социальных факторов «на отношение больного» [116, 118, 154, 170, 180, 189, 199]. Информация, полученная в ходе социологического мониторинга, помогает разрабатывать конкретные программы по отдельным вопросам и принимать соответствующие управленческие

решения, направленные на повышение удовлетворенности населения и доступности медицинского обслуживания [119].

Указом Президента Российской Федерации № 825 от 28.06.2007 г. «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» уровень удовлетворенности населения медицинской помощью включен в перечень показателей оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Систематическое изучение удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием предусмотрено действием ряда нормативно-правовых документов, регламентирующих процесс оказания медицинской помощи населению в системе ОМС [82, 83].

Ряд авторов отмечают, что результаты исследований об удовлетворенности населения медицинскими услугами противоречивы и составляют по разным источникам от 20% до 75% и объясняют это, с одной стороны, различным набором критериев, используемых для оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, с другой – различной смысловой нагрузкой, вкладываемой в понятие «качество медицинской помощи» [130, 133, 138]. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. (2010) считают, что на результаты социологических исследований определенное влияние оказывают субъекты проведения опроса, его место, время и состояние самих опрошиваемых. В амбулаторно-поликлинических условиях наибольшее влияние на удовлетворенность медицинской помощью оказывают стаж работы (возраст) врача, отсутствие узких специалистов и сложность получения диагностического исследования [116].

Метод экспертных оценок, включающий комплекс логических и математических процедур, направленных на получение от экспертов информации (мнения), выраженной в количественной и/или качественной форме, ее обработку, анализ и обобщение с целью подготовки и выработки

рациональных решений, широко применяется в здравоохранении при проведении ведомственного и вневедомственного контроля КМП [27, 114, 163].

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 об уровне достигнутого результата после ее оказания. Тем самым предоставляется 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 [153, 162].

В здравоохранении РФ система контроля качества имеет начало с 1996 г., когда в соответствии с совместным приказом Минздравсоцразвития России и Федерального фонда ОМС №363/77 от 24 октября 1996 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» были организованы два вида контроля над деятельностью государственных учреждений – ведомственный и вневедомственный [115]. Ведомственный контроль качества медицинской помощи осуществлялся экспертным путем должностными лицами лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения. В необходимых случаях для проведения экспертизы могли привлекаться сотрудники ВУЗов, научных центров, НИИ и других учреждений на договорной основе. На уровне лечебно – профилактических учреждений экспертиза КМП являлась функцией заведующих подразделениями (первая ступень экспертизы), заместителей руководителя учреждения по клинико-экспертной работе, лечебной работе, амбулаторно-поликлинической помощи (вторая ступень экспертизы), клинико-экспертных комиссий учреждения (третья ступень экспертизы). Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводилась по отдельным законченным в данном подразделении случаям и, как правило, по



медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, карте амбулаторного больного и др.). В приказе были актуализированы случаи обязательного экспертного контроля, объемы экспертиз, обязанности эксперта.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи осуществлялся на основе оценки ресурсных и кадровых возможностей лечебно-профилактических учреждений, применяемых технологий, а также показателей объемов и результативности их деятельности и проводился лицензионно-аккредитационной комиссией, страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, страхователями, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ, профессиональными медицинскими ассоциациями, ассоциациями защиты прав потребителей. Основной задачей субъектов вневедомственного контроля качества медицинской помощи являлась организация в пределах своей компетенции медицинской и медико-экономической экспертизы с целью обеспечения права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и проверки эффективности использования ресурсов здравоохранения, а также финансовых средств ОМС и социального страхования.

Экспертиза КМП проводится в целях, которые могут быть объединены в две большие группы: связанные с управлением КМП и связанные с конфликтом интересов сторон, участников процесса оказания медицинской помощи. Собственно, целью проведения экспертизы качества медицинской помощи должно быть получение в результате проводимого специального исследования объективных достоверных данных, отражающих так называемое качество медицинской помощи [46].

В соответствии с требованиями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» контроль качества и безопасности медицинской деятельности является одним из основных требований в системе охраны здоровья граждан Российской Федерации. В ч. 2 ст. 58 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» к одному из видов

медицинских экспертиз отнесена, в том числе экспертиза качества медицинской помощи. В ст. 64 №323-ФЗ определено, что экспертиза КМП проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата [82].

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах (ст. 87 ФЗ-323):

- 1) государственный контроль;
- 2) ведомственный контроль;
- 3) внутренний контроль.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

- соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

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. В Постановлении отмечено, что при проведении проверок соблюдения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, и при проведении проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, в том числе осуществляется экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту [85, 101]. Результаты экспертизы КМП должны быть нацелены на оптимальное использование трудовых, материальных и финансовых ресурсов, задействованных при осуществлении государственного контроля [32].

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности является базовым, определяющим общую результативность трехуровневой системы контроля медицинской деятельности. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводится органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций (ст. 90 ФЗ-323) и осуществляется на оперативном, тактическом и стратегическом уровнях. Оперативный уровень осуществляют заведующие отделениями лечебного учреждения, тактический уровень – заместители главного врача (заместитель по медицинской части, заместитель по клинико-экспертной работе, заместитель по организационно-методической работе), стратегический уровень – главный врач учреждения здравоохранения.

Основными задачами внутреннего контроля КМП являются:

- осуществление контроля за качеством оказываемой медицинской помощи;
- выявление дефектов в организации лечебно-диагностического процесса и установление причин их возникновения;

- принятие мер по устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках внутреннего контроля;
  - обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности, оказываемой в учреждении здравоохранения;
  - определение показателей качества деятельности учреждения здравоохранения;
  - соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в учреждении здравоохранения;
  - создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
  - регистрация результатов проведенного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
  - выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов медицинской организации;
  - технических ресурсов учреждения здравоохранения;
  - оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;
  - изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью
- [82, 144].

В системе обязательного медицинского страхования, согласно ст. 40 №326-ФЗ, экспертиза КМП – это выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, осуществляемая по отношению к медицинским организациям является исключительно внешней экспертизой, т.е. экспертизой, проводимой экспертами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Таким образом, №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской

Федерации» и Приказ ФФОМС №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» ничего не говорят о внутренней экспертизе качества медицинской помощи, то есть об экспертизе качества медицинской помощи, проводимой самими медицинскими организациями, участвующими в реализации программ обязательного медицинского страхования [81, 89, 101, 102].

Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, осуществляемая страховыми медицинскими организациями (СМО) и территориальными фондами обязательного медицинского страхования (ТФОМС), является частью их законодательно установленных полномочий страховщика по обязательному медицинскому страхованию [17]. Нормативной базой, регламентирующей функции СМО (п. 2 ч. 3 ст. 39 Федерального закона от 29.11.2010 г. №326-ФЗ), закреплена обязанность проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом. Контроль, согласно законодательству, осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (ч. 2 ст. 40 ФЗ №326—ФЗ) [17, 56, 81]. На настоящий момент правовой статус эксперта качества регламентирован не просто ведомственным и/или вневедомственным актом — он закреплён законодательно. В ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 г. №326-ФЗ определены требования к экспертам качества медицинской помощи: врач-специалист, имеющий высшее образование; наличие свидетельства об аккредитации специалиста или сертификата специалиста; стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет; подготовка по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Также эксперт должен быть объективен, независим, обладать аналитическим мышлением и владеть статистическими методами.

Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 05.05.2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» определены цели деятельности и функции врачебной комиссии:

- принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;

- оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

- разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

- изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработка мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента [90].

В данном приказе такая функция врачебной комиссии, как оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, является основой для организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. При этом осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на уровне медицинской организации, оказывающей помощь на конкретной территории, конкретному контингенту населения, может оказаться недостаточным для системного анализа общественного здоровья [130].

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. № 422ан были утверждены критерии оценки качества медицинской помощи, сформированные на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством

здравоохранения РФ, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями [32, 84, 101]. Документом устанавливались критерии оценки качества, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (в том числе в условиях дневного стационара) [46]. Основными критериями указаны: установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения); включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения). Приказ определял требования к ведению медицинской документации, к срокам постановки диагноза, к формированию плана обследования и лечения, к назначению и выписыванию лекарственных препаратов.

Часть утвержденных приказом №422ан критериев оценки качества являлись простыми проверочными вопросами по исполнению установленных требований, предполагающими получение однозначного ответа («да» или «нет»). Односложные ответы не отражали полное содержание произведенных действий, на основании которых они были сделаны. В то же время категоричный отрицательный ответ по любому оцениваемому параметру равносителен принятию решения об отрицательных результатах экспертизы в целом, вне зависимости от действительной клинической значимости каждого такого параметра. Формулировки части установленных критериев оценки качества отражали попытки свести сложные клинические и организационные вопросы к простым, предполагающим ответ «да» или «нет». То есть оценка КМП проводилась по принципу минимальной достаточности, используя цифры «0» и «1», выражающие категоричные ответы на прямые вопросы

(«достаточно/недостаточно», «выполнено/не выполнено», «допустимо/недопустимо» и т.д.). В установленных критериях оценки качества прослеживалась акцентуация на «дефектах оказания медицинской помощи». Для того чтобы оценить всю совокупность характеристик, отражающих качество медицинской помощи, необходимо использовать принцип соответствия. Принцип соответствия предполагает установление градации оценки исследуемого параметра от полного несоответствия до полного соответствия. Его использование позволяет устанавливать степень отклонения исследуемого объекта/процесса от оптимума и с помощью оценочной шкалы получать результат в цифровом выражении (в процентах или в виде десятичной дроби в диапазоне от нуля до единицы) [84, 162].

С 1 июля 2017 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата, а также по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях) [85].

Критериями качества в амбулаторных условиях утверждены: ведение медицинской документации; первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи; установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента; формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза; формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента; назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;



установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи; проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций; проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке; осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения; проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке, назначение по их результатам [85].

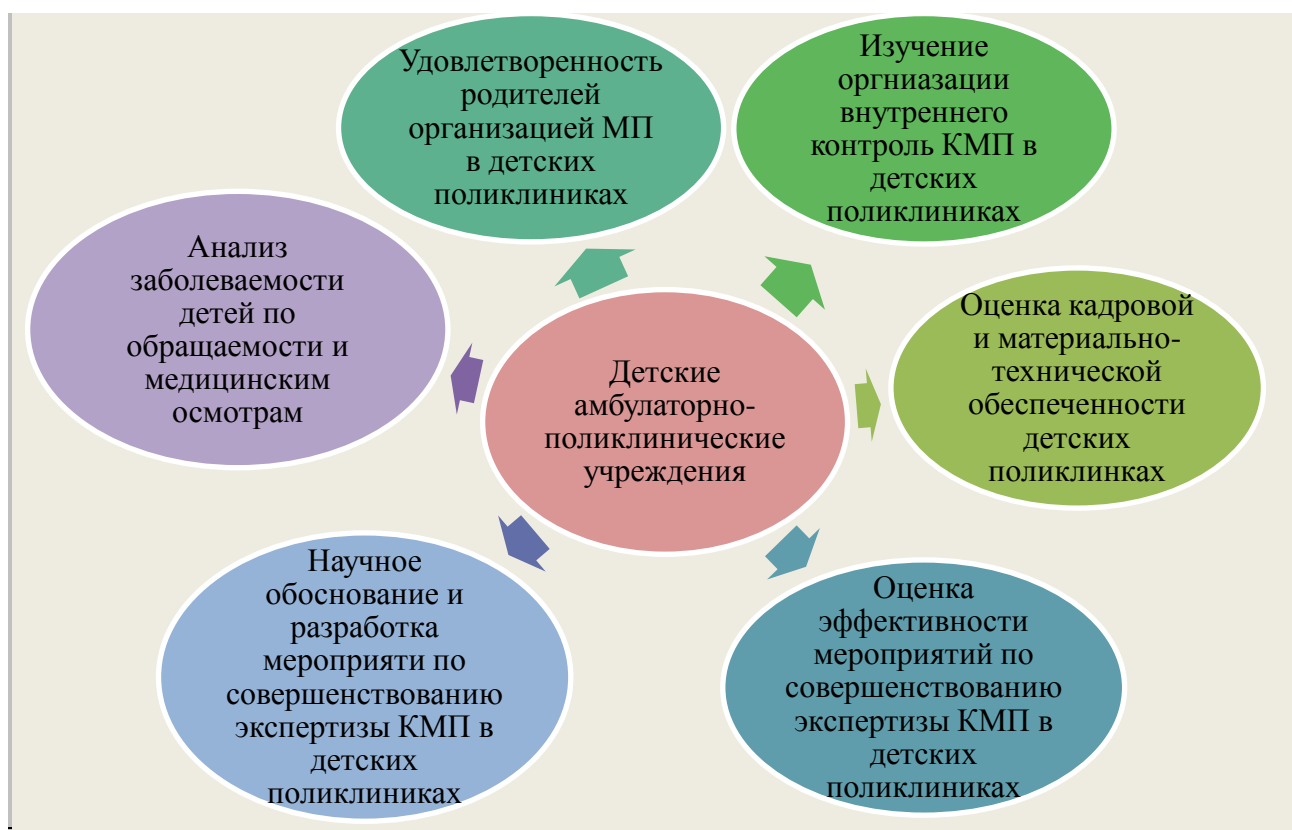
Таким образом, за последнее десятилетие проведены исследования, посвященные изучению КМП населению, и разработаны нормативно-правовые акты, регламентирующие её экспертизу. Однако, особенности работы детских амбулаторно-поликлинических учреждений определяют требования к проведению экспертизы КМП в них. Все это обуславливает актуальность проведения комплексной оценки здоровья детского населения, ресурсов детских амбулаторно-поликлинических учреждений и удовлетворенности населения с целью создания эффективных методик экспертизы КМП.

## Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1 Общая характеристика объема, объекта и условий организации исследования

Дизайн проведенного исследования представлен в рисунке 2.1. 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.

Объектом исследования являлись детские амбулаторно-поликлинические учреждения. Предмет исследования – экспертиза качества первичной медико-санитарной помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Волгограда.



**Рисунок 2.1** – Программа изучения качества первичной медико-санитарной помощи детям до 14 лет в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

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. Для изучения мнения родителей была разработана оригинальная анкета, состоящая из 26 преимущественно закрытых вопросов. В анкетировании приняли участие 422 респондента, обратившихся с детьми до 14 лет, в городские детские поликлиники за медицинской помощью. Опрос проводился на основе анонимности и добровольности.

**На третьем этапе** изучена организация проведения экспертизы КМП детям в амбулаторных учреждениях здравоохранения для выявления недостатков существующей системы экспертизы. Осуществлен углубленный анализ кадрового и материально-технического состояния педиатрических АПУ на основании сводных годовых отчетов детских амбулаторно-поликлинических учреждений по форме №30 «Сведения о медицинской организации» за период 2013-2015 гг.

**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.

## **2.2. Оценка заболеваемости детей по обращаемости и по результатам медицинских осмотров.**

Расчет, изучение динамики состояния здоровья детей г. Волгограда за период 2013-2015 гг. проводился по данным годовых отчетов детских амбулаторно-поликлинических учреждений: отчетная форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». Заболеваемость по обращаемости – совокупность и частота всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больные вновь обратились в текущем году. При регистрации первичной заболеваемости за единицу наблюдения принимают случай заболевания, зарегистрированный впервые в жизни у пациента в данном году. Сравнительный анализ общей и первичной заболеваемости детского населения проведен на 1000 человек соответствующего возраста по городу. Изучение заболеваемости проводилось по нозологиям в соответствии с МКБ-10.

В ходе исследования осуществлена статистическая и аналитическая обработка годовых отчетов детских амбулаторно-поликлинических учреждений г. Волгограда по форме № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» за 2013-2015 гг. При обработке результатов профилактических осмотров принято оперировать понятием патологическая пораженность. Патологическая пораженность – показатель распространенности заболеваний, получаемый по данным медицинских осмотров. Этот показатель позволяет фиксировать число выявленных заболеваний на определенный момент времени (на момент проведения профилактического осмотра). Структуру патологической пораженности составляют заболевания, зарегистрированные у ребенка ранее (в том числе хронические заболевания), новые случаи, выявленные в момент профилактического медицинского осмотра (в том числе скрытно текущие, начальные формы заболеваний, преморбидные состояния). Расчеты интенсивных показателей представлены на 1000 детей в целом по всему

детскому контингенту и по отдельным возрастно-половым группам. Возрастно-половой состав распределен на 4 группы: 0-4 лет, 5-9 лет, 10-14 лет и 15-17 лет.

Сопоставление данных о заболеваемости по обращаемости и по результатам медицинских осмотров позволило получить информацию об общей заболеваемости и об уровне хронической патологии детского населения.

## **2.2. Социологический метод исследования. Оценка степени удовлетворенности родителей организацией медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях.**

Для определения степени удовлетворенности родителей организацией медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях был использован метод анкетирования, которое проводилось среди родителей и близких родственников, обратившихся в детские поликлиники №№15,10,31,6 города Волгограда, с детьми до 14 лет. Опрос респондентов проводился в очной форме, его участникам гарантировалась полная конфиденциальность полученной информации.

Опрос проводился на основе анонимности и добровольности в период с января по март 2016 г. по разработанной анкете, состоящей из 26 преимущественно закрытых вопросов (Приложение 1). Всего в анкетировании приняли участие 422 респондента.

## **2.3. Оценка организации проведения экспертизы КМП детям в амбулаторных учреждениях здравоохранения, кадровой обеспеченности и материально-технической оснащенности детских поликлиник г. Волгограда.**

Оценка организации проведения экспертизы качества медицинской помощи детям в детских поликлиниках проводилась на основании изучения нормативно-правовой базы лечебного учреждения, в частности приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; совместный приказ комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области, Волгоградского государственного

медицинского университета, Территориального фонда обязательного медицинского страхования РФ, Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» №703; приказ комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области от 15.08.2011 г. №1631 «О совершенствовании работы по контролю качества оказания медицинской помощи населению Волгоградской области», положение о врачебной комиссии, подкомиссии врачебной комиссии системы контроля качества оказания медицинской помощи детям во всех детских амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Волгограда.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи детям проводилась экспертами 3-х уровней: заведующий отделением (первый уровень), заместитель главного врача по клинико-экспертной работе второй уровень, подкомиссия врачебной комиссии детской поликлиники (третий уровень). Для каждого уровня экспертизы определены объем проведения экспертиз, причины ее проведения.

Оценка качества медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях основывалась на детальном изучении Журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи и подсчете выявленных дефектов в соответствии с приказом.

Анализ кадровой обеспеченности и материально-технической оснащенности детских амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения г. Волгограда проведен на основании сводных годовых отчетов детских амбулаторно-поликлинических учреждений по форме №30 «Сведения о медицинской организации». В процессе анализа обеспеченности учреждений трудовыми ресурсами использовался показатель укомплектованности специалистами, характеризующийся полнотой соответствия фактически занятых должностей утвержденному их количеству по штатному расписанию. Для его оценки определено абсолютное отклонение и коэффициент укомплектованности по врачебному персоналу. Анализ укомплектованности характеризует полноту

соответствия фактически занятых должностей утвержденному их количеству по штатному расписанию.

Анализ коэффициента совместительства врачебного персонала позволяет контролировать уровень нагрузки на работников лечебного учреждения и своевременно применять меры по его изменению. Показатель рассчитывается как соотношение числа занятых врачебных должностей к числу физических лиц врачей на конец отчетного периода.

Число посещений на одного ребенка в год как ко всем специалистам с учетом профилактических осмотров, так и к врачу педиатру участковому рассчитывается как отношение числа врачебных посещений в поликлинике и на дому к среднегодовой численности населения. Число посещений в день на одну занятую должность врача педиатра участкового рассчитывается как отношение числа посещений к участковому врачу-педиатру к числу занятых должностей участкового педиатра.

Для оценки материально-технической оснащённости детских поликлиник произведен расчет мощности поликлиник, общего числа единиц аппаратуры и период их эксплуатации. Уровень компьютеризации лечебного учреждения, как один из ведущих компонентов информатизации отрасли здравоохранения, рассчитан в абсолютном и %-ном соотношении для административно-хозяйственной деятельности медицинской организации и автоматизации лечебного процесса для медицинского персонала.

#### **2.4. Оценка качества медицинской помощи детскому населению, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях, по результатам экспертных оценок.**

Для реализации задачи по совершенствованию экспертизы качества медицинской помощи в детских поликлиниках разработана электронная формализованная экспертная карта по оценке качества оказания медицинской помощи несовершеннолетним в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения, которая содержит 24 формализованных вопроса с вариантами ответов. На основе экспертной карты разработана методика балльной оценки

экспертизы КМП и автоматизированная система управления по оценке результатов экспертизы КМП детскому населению «АИС КМП Детская поликлиника» в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Данные мероприятия внедрены в работу детской поликлиники в 2015 г.

Экспертная карта состоит из двух частей: паспортная часть экспертной карты, которая позволяет идентифицировать и охарактеризовать экспертный случай и непосредственная оценка экспертируемого случая оказания медицинской помощи при заболевании. В паспортной части указываются:

- учреждение здравоохранения, ФИО участкового врача-педиатра, ФИО специалиста (если он является лечащим врачом) и причина проведения экспертизы;

- ФИО ребенка, № истории развития ребенка, № врачебного (педиатрического участка), дата обращения, пол, возраст, статус ребенка;

- диагнозы (предварительный, заключительный, диагноз сопутствующего заболевания в соответствии с МКБ-10);

- отражается кратность обращения по данному заболеванию.

По результатам экспертизы анализ КМП осуществляется по 6 разделам:

А – качество ведения документации;

В – диагностические мероприятия;

С – постановка диагноза;

Д – лечебно-профилактические мероприятия;

К – консультации;

М – оценка лечебно-организационных мероприятий.

#### **Оцениваемые параметры разделов экспертной карты:**

*А – качество ведения документации*

A01 – оформление медицинской документации;

A02 – «Информированное согласие» родителей (опекуна, представителя), несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий;

A03 – объем описания состояния больного при обращении в поликлинику;



A04 – отражение эффекта от проводимой терапии в истории развития ребенка (амбулаторной карте);

A05 – оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности.

*B – диагностические мероприятия*

B01 – оценка врачом тяжести состояния пациента при первичном обращении;

B02 – план обследования и лечения больного;

B03 – своевременность и объем диагностических мероприятий;

B04 – оценка результатов диагностических методов исследования.

*C – постановка диагноза*

C01 – оценка результатов диагностических методов исследования;

C02 – совпадение предварительного и заключительного диагнозов;

C03 – заключительный диагноз;

C04 – соответствие диагнозов рубрификации МКБ-10.

*D – лечебно-профилактические мероприятия*

D01 – оценка начала лечения;

D02 – наличие сопутствующего заболевания, отягощающего течение основного заболевания;

D03 – адекватность организации лечения;

D04 – регулярность наблюдения (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами);

D05 – отражают ли записи в истории развития ребенка (амбулаторной карте) эффект от проводимой терапии;

D06– в случае необходимости госпитализация ребенка произведена; D07 – соответствие проводимого лечения выставленному диагнозу;

D08 – комбинации лекарственных средств, используемых при лечении;

D09 – дозировка лекарственных средств в соответствии с возрастной группой и весовой характеристикой.

*K – Консультации*

K01 – необходимость консультативного осмотра специалистами;

K02 – выполнение врачом рекомендаций консультантов;

K03 – в случае осложнения и/или длительного течения заболевания заключение Врачебной комиссии.

*M – оценка лечебно-организационных мероприятий*

M01 – «Информированное согласие» родителей (опекуна, представителя), несовершеннолетнего на проведение лечебно- диагностических мероприятий;

M02 – адекватность организации лечения;

M03 – регулярность наблюдения (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами);

M04 – в случае необходимости госпитализация ребенка произведена;

M05 – необходимость консультативного осмотра специалистами;

M06 – оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности;

M07 – в случае осложнения и/или длительного течения заболевания заключение Врачебной комиссии.

Разработанная балльная оценка экспертируемого случая позволяет количественно оценивать качественную сторону процесса оказания медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Каждый из вариантов ответов на поставленные перед экспертом вопросы имеет ранжированную балльную оценку от 0 до 1 (0; 0,25; 0,5; 0,75; 1). По каждому из перечисленных разделов экспертизы рассчитывается результирующая оценка, которая представляет собой среднюю арифметическую оценку всех подразделов:

$$A = (A01 + A02 + A03 + A04 + A05) / 5$$

$$B = (B01 + B02 + B03 + B04a + B04б + B04в) / 6$$

$$C = (C01a + C01б + C01в + C02 + C03 + C04a + C04б + C04в) / 8$$

$$D = (D01 + D02 + D03 + D04 + D05 + D06 + D07 + D08 + D09) / 9$$

$$K = (K01 + K02 + K03) / 3$$

$$M = (M01 + M02 + M03 + M04 + M05 + M06 + M07) / 7$$

По результатам анализа всех разделов вычисляется итоговый (интегрированный) показатель качества оказания медицинской помощи (E) каждому больному. Показатель определяется как сумма всех результирующих оценок по разделам, деленная на количество оцененных разделов экспертной карты (например, в том случае, если проанализированы все разделы карты, итоговая оценка рассчитывается следующим образом:  $E=[A+B+C+D+K+M]/6$ ).

Итоговая оценка результатов экспертизы качества и технологии оказания медицинской помощи и отдельных групп индикаторов может быть охарактеризована по пятибалльной системе по следующим градациям, установленным эмпирически. Если балльная оценка находится в пределах от 0 до 0,85 балла, то качество медицинской помощи считается неудовлетворительным, от 0,85 до 0,899 – удовлетворительным; от 0,9 до 0,949 балла – хорошим, от 0,95 до 1,0 – отличным.

Ввод результатов по оценке КМП несовершеннолетним в амбулаторно-поликлинических организациях в АИС КМП «Детская поликлиника» производится экспертом в процессе выполнения им аналитического разбора «Истории развития ребенка» (форма 112/у). При открытии электронной экспертной карты открывается первая закладка «*Паспортная часть*», которая представляет собой блок из 13 вопросов, относящихся к информационной части экспертной карты.

Непосредственная *экспертная оценка случая*, представлена 6 группами вопросов, которые соответствует процессуальным индикаторам (смысловым блокам экспертной карты). Каждая группа состоит из определенных вопросов, ответы на которые эксперт выбирает из списка предложенных вариантов. Последней частью экспертной карты является «*Заключение*», которое составляется экспертом по результатам проведенной экспертизы данного случая и вводится в соответствующее поле с помощью клавиатуры. Эксперт имеет возможность получить печатный вариант заполненной экспертной карты.

Для получения наглядной аналитической информации по результатам проведенных экспертиз программа позволяет выбирать из имеющейся картотеки

отдельные экспертные случаи, группировать их и формировать таблицы по необходимым параметрам оценки работы отдельных врачей и учреждения в целом. К параметрам отбора относятся все вопросы экспертной карты, в том числе вопросы паспортной части и экспертной оценки, а также диагностические группы.

По результату проведенной экспертизы КМП строятся форма журнала результатов экспертизы КМП в разрезе участковой принадлежности и 12 стандартных форм аналитических таблиц, соответствующих следующей последовательности (Приложение 5):

Таблица 1. Экспертная оценка профилей индикаторов и итогового показателя качества медицинской помощи в детской поликлинике за...

Таблица 2. Структурное распределение итоговых оценок качества медицинской помощи в детской поликлинике за ...

Таблица 3. Динамика оценок профилей индикаторов и итогового показателя качества медицинской помощи в детской поликлинике за ...

Таблица 4. Экспертная оценка профилей индикаторов и итогового показателя качества медицинской помощи в разрезе участковой службы в детской поликлинике за...

Таблица 5. Экспертная оценка профилей индикаторов и итогового показателя качества медицинской помощи по результатам экспертиз историй развития ребенка (амбулаторных карт) поликлиники...

Таблица 6. (Блок А) Экспертная оценка результатов ведения медицинской документации в детской поликлинике за ...

Таблица 7. (Блок В) Экспертная оценка качества проведения диагностических мероприятий в детской поликлинике за ...

Таблица 8. (Блок С) Экспертная оценка результатов постановки диагноза в детской поликлинике за ...

Таблица 9. (Блок D) Экспертная оценка результатов проведения лечебно-профилактических мероприятий в детской поликлинике за ...

Таблица 10. (Блок К) Экспертная оценка уровня консультативной работы в детской поликлинике за ...

Таблица 11. (Блок М) Экспертная оценка лечебно-организационных мероприятий в детской поликлинике за ...

Таблица 12. Экспертная оценка профилей индикаторов и итогового показателя качества медицинской помощи в детской поликлинике за... в зависимости от повода проведения экспертизы.

Совокупность заключений экспертов по вопросам карты и их анализ позволяют определить проблемные зоны в процессе оказания медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях, выявить имеющиеся дефекты и разработать предложения по их устранению. По завершению проведения экспертизы качества медицинской помощи и создания базы данных за определенный отчетный период возможно:

- проводить сравнительный анализ деятельности каждого участкового врача педиатра и врачей специалистов;
- выбирать из базы данных экспертные карты пациентов, находившихся на лечении у конкретного врача;
- формировать по конкретным параметрам (нозологическая группа, пол, возраст ребенка, образовательное учреждение и т.п.) однородные группы больных детей и оценивать качество оказанной им медицинской помощи;
- осуществлять экспертную оценку профилей индикаторов и итогового показателя качества медицинской помощи в данном амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Предложенная методика для «АИС КМП Детская поликлиника» позволяет с помощью статистических методов осуществлять управление качеством медицинской помощи детскому населению, проводить сравнительный анализ работы отдельных врачей, выявлять дефекты на конкретных этапах технологического процесса и разрабатывать мероприятия по их устранению, создавать базу данных результатов экспертиз (Рисунок 2.2).



**Рисунок 2.2** – Обработка результатов экспертизы качества медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях

Для оценки эффективности внедренных мероприятий проведены 2257 экспертиз законченных случаев медицинской помощи при заболевании в детских поликлиниках за период 2015-2017 гг. и проанализированы их результаты.

### **Глава 3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ И ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ**

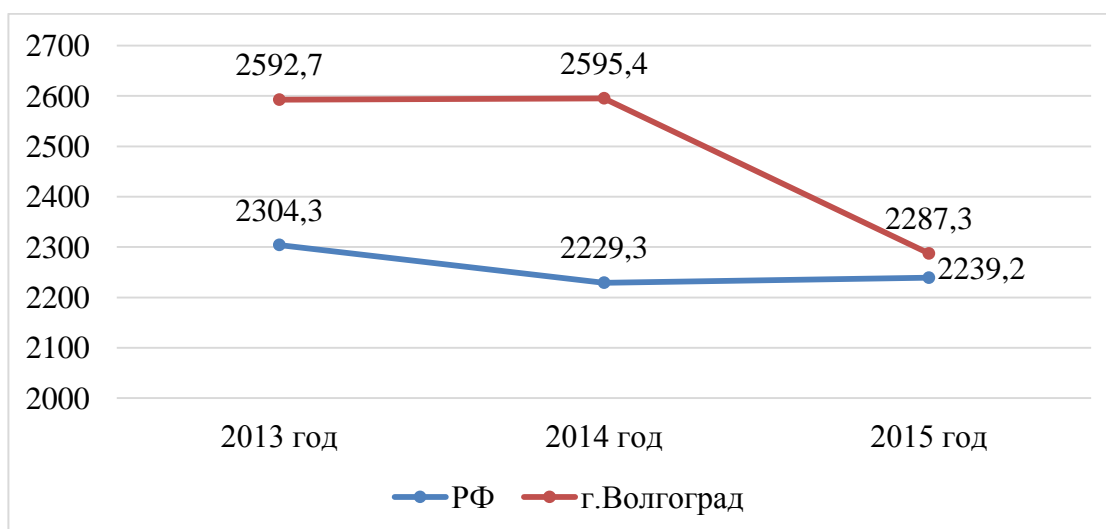
#### **3.1. Заболеваемость детского населения по обращаемости в динамике за 2013-2015 гг.**

Численность населения г. Волгограда в 2013 г. составила 1 млн. 17 тыс. 987 человек, в 2014 г. – 1 млн. 17 тысяч 453 человека, в 2015 г. – 1 млн. 16 тысяч 139 человек. За исследуемый период число жителей города сократилось незначительно (0,18%). Из общего числа жителей г. Волгограда детское население от 0 до 17 лет включительно в 2013 г. составляло 168 221 человек (или 16,5%), в 2014 г. – 171 493 человека (или 16,9%), в 2015 г. – 175 314 человек (или 17,3%). Для определения возрастного типа населения необходимо знать соотношение численности детей до 14 лет и численности лиц старше трудоспособного населения. Численность детей до 14 лет в 2013 г. составила 144 341 человек (14,2%), в 2014 г. – 148 154 человека (14,6%), в 2015 г. – 151 129 человека (14,8%). Лицами старше трудоспособного возраста являлись в 2013 г. 262 256 человек (25,8%), в 2014 г. – 265 873 человека (26,1%), в 2015 г. – 269 196 человек (26,5%) от общей численности населения, то есть каждый четвертый житель города являлся лицом старше трудоспособного возраста. С учетом классификации общества (в зависимости от степени развития старения) население города должно рассматриваться с позиции «выраженной демографической старости». Определенно, данное возрастное распределение негативно влияет на формирование уровня и структуры заболеваемости, требует увеличенных объемов медицинской помощи, отрицательно сказывается на показателях естественного движения города. За исследуемый период численность детского населения увеличилась на 4,2%.

Анализ уровня и структуры заболеваемости имеет медицинскую, экономическую и социальную значимость. Источниками информации о заболеваемости являются учетно-отчетная медицинская документация, которая заполняется в лечебно-профилактических учреждениях при обращаемости за

медицинской помощью, проведении медицинских осмотров, а также при заполнении врачебных свидетельств о смерти. В зависимости от источника информации о заболеваемости выделяются следующие виды заболеваемости: по обращаемости, по данным профилактических медицинских осмотров, по причинам смерти. При изучении заболеваемости детского населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения выделяют следующие показатели: общая и первичная заболеваемость по обращаемости.

В 2013 г. показатель заболеваемости по обращаемости детей до 14 лет за медицинской помощью в г. Волгограде составил 2592,7 на 1000 детского населения, в 2014 г. показатель остался на том же уровне, составив 2595,4 на 1000 детского населения, в 2015 г. зафиксировано его снижение до 2287,3 на 1000 детского населения (Рисунок 3.1). За исследуемый период заболеваемость по обращаемости детского населения г. Волгограда снизилась на 11,8%. В Российской Федерации также наблюдалось снижение уровня заболеваемости по обращаемости детского населения, в целом на 3,9%. За исследуемый период уровень заболеваемости по обращаемости детского населения в г. Волгограде превышал уровень в РФ в 2013 г. на 11,1%, в 2014 г. – на 14,1%, в 2015 г. – на 2,1%.



**Рисунок 3.1.** – Динамика показателей заболеваемости по обращаемости в г. Волгограде и РФ в 2013-2015 гг. на 1000 детского населения до 14 лет.



В Приложении 2 представлены показатели заболеваемости по обращаемости детского населения до 14 лет в разрезе классов заболеваний МКБ-10 по г. Волгограду и Российской Федерации за 2013-2015 гг.

За исследуемый период самой распространённой нозологией по обращаемости среди детского населения г. Волгограда являлись болезни органов дыхания. Их уровень в 2013 г. составил 1666,0 на 1000 детского населения, в 2014 г. – 1650,8 на 1000 детского населения, в 2015 г. – 1423,5 на 1000 детского населения. Также было выявлено, что основную долю данной группы заболеваний составляли острые назофарингиты, острые синуситы, острые тонзиллиты, острые ларингиты (около 90,0%). Оставшуюся часть составляли острые респираторные заболевания нижних дыхательных путей, астма, хронические тонзиллиты, пневмонии. Распространённость заболеваний органов дыхания в РФ была ниже на 16,0-36,7%.

Распространённость заболеваний глаза и его придаточного аппарата в 2013 г. составила 135,6 на 1000 детского населения, в 2014 г. – 146,7 на 1000 детского населения, в 2015 г. – 134,8 на 1000 детского населения. Большую часть в структуре заболеваемости класса занимали болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации, рефракции и конъюнктивит, на их долю приходилось до 70-90%. В РФ их уровень был ниже на 8,7-26,0%.

В 2013-2015 гг. уровень заболеваемости по обращаемости детского населения болезнями органов пищеварения составил 85,7; 90,6 и 70,0 на 1000 детского населения соответственно. Наиболее распространёнными заболеваниями являлись гастрит, дуоденит, болезни желчевыводящих путей и желчного пузыря. В РФ распространённость данной патологии у детского населения выше 2013 г. на 38,2%, в 2014 г. – на 33,2%, в 2015 г. – на 47,2%.

Интенсивный показатель заболеваний нервной системы у детей до 14 лет в городе находился на уровне 83,6; 97,3 и 78,2 на 1000 детского населения в 2013-2015 гг. соответственно. Основной удельный вес в структуре заболеваемости данного класса по обращаемости занимали эпизодические и пароксизмальные

расстройства. В 2013 и 2015 гг. в РФ уровень был превышен на 10,2 и 14,2% соответственно, в 2014 г. – был ниже на 7,9%.

Болезни мочеполовой системы, оказывающие значительное влияние на репродуктивное здоровье детей, составляли 69,6; 70,5 и 61,6 на 1000 детского населения в 2013-2015 гг. соответственно. Основную часть в структуре заболеваемости данного класса у детей до 14 лет представлена болезнями почки и мочеточника. Распространенность заболеваний мочеполовой системы у детского населения в г. Волгограде была выше на 11,7-23,3%, чем в Российской Федерации.

Уровень заболеваемости по обращаемости детского населения болезнями уха и сосцевидного отростка в городе за исследуемый период составил 74,4; 75,1 и 66,2 на 1000 детского населения. Анализ структуры заболеваемости слуха и сосцевидного отростка показал, что основную часть этого класса заболеваний (до 69%) составляли заболевания среднего уха и сосцевидного отростка (острые средние отиты). Интенсивность заболеваний уха и сосцевидного отростка в г. Волгограде также превышала показатели РФ (на 8,3-22,2%).

Уровень болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2013 г. в г. Волгограде был несколько ниже в РФ, составляя 69,0 на 1000 детского населения (на 11,7%), в 2014 г. показатель был на одном уровне с РФ (75,1 и 75,6 на 1000 детского населения), в 2015 г. в г. Волгограде превышал аналогичный уровень РФ на 35,3%, составляя 102,6 на 1000 детского населения.

Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, были зарегистрированы в более, чем в 2 раза чаще в Волгограде по сравнению с данными в Российской Федерации. Их уровень за исследуемый период в г. Волгограде составил соответственно: 53,7; 50,1 и 45,2 на 1000 детского населения.

Показатель заболеваемости по обращаемости детского населения болезнями эндокринной системы по городу в 2013 г. составил 42,2 на 1000 детского населения, в 2014 г. – 49,3 на 1000 детского населения, в 2015 г. – 48,2 на 1000 детского населения. В структуре данной патологии преобладали

болезни щитовидной железы, обусловленные йодной недостаточностью. Распространение заболеваний эндокринной системы за 2013-2015 гг. в Волгограде было выше по сравнению с данными по РФ на 10,7-23,9%.

Заболевания системы кровообращения в Волгограде у детей до 14 лет были превышены в 1,7-1,8 раза по сравнению с данными РФ, составляя 37,8; 34,0 и 33,8 на 1000 детского населения соответственно.

Распространение врожденных аномалий в Волгограде находилось примерно на одном уровне с данными РФ (33,4-35,0 на 1000 детского населения). При этом в РФ выше, чем в Волгограде были зарегистрированы уровни травм и отравлений (1,4-2,2 раза), новообразований (в 1,3-2 раза), болезней кожи и подкожной клетчатки (в 1,6-1,8 раза), болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (на 36,1-70,5%), инфекционных и паразитарных болезней (на 31,0-43,2%).

Таким образом, анализ заболеваемости по обращаемости детей до 14 лет в г. Волгограде в сравнении с аналогичными показателями Российской Федерации выявил существенные различия по многим нозологиям.

В динамике в заболеваемости по обращаемости детей за исследуемый период наблюдалось снижение распространения новообразований (на 27,9%), отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (на 15,8%), заболеваний органов дыхания (на 14,5%), мочеполовой системы (на 11,5%), уха и сосцевидного отростка (на 11,0%), системы кровообращения (на 10,6%). При этом увеличилась распространенность заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани на 48,7%, глаза и его придаточного аппарата – на 4,8%, болезней крови, кроветворных органов – на 9,0%.

Структура заболеваемости по обращаемости детей в 2013-2015 гг. в г. Волгограде представлена следующими нозологиями: 1-е место – болезни органов дыхания (62,2-64,3%), 2-е место – болезни глаза и его придаточного аппарата (4,7-5,9%), 3-е место – в 2013 г. болезни органов пищеварения (3,4%), в 2014 г. болезни нервной системы (3,7%), в 2015 г. болезни костно-мышечной

системы и соединительной ткани (4,5%) (Приложение 3). В Российской Федерации структура общей заболеваемости несколько отличалась: на первом месте расположены заболевания органов дыхания (53,0-54,8%), на втором месте – болезни органов пищеварения (5,9-6,1%), на третьем месте – болезни глаза и его придаточного аппарата (5,1-5,4%).

Следовательно, при сравнении заболеваемости по обращаемости детского населения по городу и Российской Федерации значительные вариации отмечались как в частоте выявления, так и в структуре распределения некоторых видов нозологий.

На формирование уровня распространенности отдельных нозологий влияет частота впервые выявленных и зарегистрированных заболеваний. За исследуемый период наблюдалось снижение показателей первичной заболеваемости по обращаемости у детей до 14 лет г. Волгограда с 2289,2 на 1000 детского населения в 2013 г. до 1866,6 на 1000 детского населения в 2015 г. (на 22,6%). При этом распространённость нозологий, зарегистрированных впервые, за исследуемый период в г. Волгограде выше аналогичного показателя по РФ на 4,8-19,3% (Приложение 4).

Заболевания органов дыхания также занимают значительную часть в структуре впервые выявленной заболеваемости по обращаемости детей. Уровень данной нозологии у детей до 14 лет в РФ на 15,8-28,8% ниже уровня г. Волгограда.

За исследуемый период уровень впервые выявленных заболеваний эндокринной системы у детей г. Волгограда снизился на 14,0%, в то время как в РФ он держался примерно на одном уровне с незначительным снижением. Уровень первичной заболеваемости болезнями эндокринной системы превышал российские показатели в Волгограде в 2013 г. на 30,6%, в 2014 г. – на 8,0%, в 2015 г. – на 22,0%.

Также уровень впервые выявленной заболеваемости по обращаемости детей в Волгограде, превышающий среднероссийские показатели, был зарегистрирован по следующим нозологиям: болезни нервной системы (на 36,6-

52,5%), болезни глаза и его придаточного аппарата (на 33,7-50,2%), болезни уха и сосцевидного отростка (на 16,4-19,9%), болезни мочеполовой системы (на 16,4-19,9%). Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения в Волгограде в 2,3-2,5 раза превышала уровень по РФ, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, за исследуемый период были превышены в 1,9-2,5 раза.

Уровень врожденных пороков и заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, выявленных впервые в данном календарном году у детей в Волгограде, были зарегистрированы на одном уровне с РФ. Для остальных нозологических форм характерны уровни первичной заболеваемости, зарегистрированные ниже, чем в РФ. В городе значительно реже регистрировались инфекционные и паразитарные болезни (на 21,0-48,0%), болезни крови и кроветворных органов (на 34,6-55,1%), болезни органов пищеварения (в 1,6-2 раза), болезни кожи и подкожной клетчатки (в 1,6-2,2 раза), травмы, отравления и другие воздействия внешних причин в Волгограде ниже в 1,4-2,2 раза.

По ряду нозологий в 2015 г. наблюдалось резкое снижение уровня их распространения (травмы и отравления, болезни мочеполовой системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов пищеварения, системы кровообращения, заболеваний глаза и его придаточного аппарата, новообразований).

В структуре первичной заболеваемости у детей до 14 лет г. Волгограда за исследуемый период 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%). В Российской Федерации на первом месте находились также болезни органов дыхания (62,5-65,2%), на втором месте – травмы, отравления (5,7-5,9%), на третьем месте – болезни кожи и подкожной клетчатки (4,3-4,7%).

Уровень хронической патологии в заболеваемости по обращаемости за исследуемый период увеличился на 38,6% (Таблица 3.1). Уровень хронических

заболеваний крови, кроветворных органов вырос на 48,5%, хронических болезней эндокринной системы – на 45,5%, хронических болезни нервной системы – на 38,2%, хронических заболеваний глаза и его придаточного аппарата – на 23,9%, хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки – в 4,6 раза, хронических заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани – в 2,3 раза.

**Таблица 3.1** – Показатели хронической заболеваемости по обращаемости детей в г. Волгограде (на 1000 детского населения)

Наименование класса заболеваний	Шифр по МКБ-10	Годы		
		2013	2014	2015
Всего заболеваний	A00-T98	303,5	353,5	420,7
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	1,6	0,4	8,4
новообразования	C00-D48	3	2,6	3
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	6,8	6,7	10,1
болезни эндокринной системы	E00-E89	20	33,1	29,1
болезни нервной системы	G00-G98	23,3	36,6	32,2
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	52,7	57,8	65,3
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	0,8	4,2	8,6
болезни системы кровообращения	I00-I99	18,8	15,4	17,5
болезни органов дыхания	J00-J98	46	30	48,9
болезни органов пищеварения	K00-K92	37,9	47	33,6
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	5,0	15,1	22,8
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	32,3	37,7	75,5
болезни мочеполовой системы	N00-N99	33,4	34,3	37,9
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00-P96	1,5	0,95	0,7
врожденные аномалии (пороки развития)	Q00-Q99	19,4	22,3	25,3

Таким образом, за исследуемый период заболеваемость по обращаемости у детей до 14 лет имела устойчивую тенденцию к снижению с 2592,7 на 1000 детского населения в 2013 г. до 2287,3 на 1000 детского населения в 2015 г. Уровень впервые выявленной заболеваемости снизился с 2289,2 на 1000 детского населения в 2013 г. до 1866,6 на 1000 детского населения в 2015 г. Уровень хронической патологии среди детского населения

по обращаемости имеет тенденцию к росту и увеличился за период с 2013 по 2015 гг. с 303,5 до 420,7 на 1000 детского населения.

Структура заболеваемости по обращаемости не имела различий по полу, первые пять мест занимали соответственно болезни органов дыхания, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения, болезни нервной системы, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

### **3.2. Заболеваемость детей по результатам профилактических осмотров в динамике за 2013-2015 гг.**

Помимо изучения заболеваемости по обращаемости в лечебные учреждения, важное значение приобретает заболеваемость по данным медицинских осмотров (патологическая пораженность), которая позволяет получить объективную оценку состояния здоровья детского населения. Изучение так называемой патологической пораженности, возможно, как правило, по результатам профилактических медицинских осмотров, представляющих собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов их развития и в целях формирования групп состояния здоровья и выработки индивидуальных рекомендаций по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой. При выявлении заболевания(ий) определяется необходимость диспансерного наблюдения, лечения, медицинской реабилитации.

В настоящее время дети (несовершеннолетние) подлежат обязательному профилактическому наблюдению в соответствии с порядком его проведения (Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 г. №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»). Медицинские осмотры детского населения проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Осмотры проводятся в медицинских организациях (поликлиниках) по месту жительства или структурных подразделениях образовательных учреждений. Установлены правила прохождения медицинских осмотров: профилактических, предварительных при поступлении в образовательные учреждения и периодических в период обучения в них. В правилах актуализированы,



упорядочены и сведены воедино требования к проведению медосмотров детей различных возрастных групп [79].

Профилактические осмотры проводятся детям в год достижения ими соответствующего возраста. Перечень врачей специалистов при профилактических осмотрах детей в зависимости от их возраста (за исключением детей первых двух лет жизни) представлены в Таблице 3.2. Количество специалистов при профилактическом осмотре варьирует от 1 до 9 в зависимости от возраста ребенка [112].

**Таблица 3.2** – Перечень врачей специалистов при проведении профилактических осмотров детей в зависимости от их возраста

Врачи специалисты	Возраст ребенка											
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Педиатр	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Врач стоматолог детский	+			+	+			+				+
Невролог	+			+	+			+				+
Детский хирург	+	+	+		+			+	+			
Офтальмолог	+			+	+			+	+			+
Оториноларинголог	+				+			+				+
Врач психиатр детский	+				+			+				+
Акушер-гинеколог детский/детский уролог-андролог*	+				+					+		+
Травматолог-ортопед					+			+				
Детский эндокринолог								+				+
Количество специалистов	8	2	2	4	9	1	1	9	3	2	1	8

\* - медицинский осмотр врача детского уролога-андролога проходят мальчики, врача акушера-гинеколога детского – девочки

Перечень проводимых лабораторных, функциональных и иных исследований при профилактическом осмотре зависит от возраста детей. Общий анализ крови и мочи проводятся у детей во всех возрастных группах, исследование уровня глюкозы в крови – во всех, за исключением детей 4, 5 и 12 лет, электрокардиография – в 7, 10, 14, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы – в 7 и 14 лет, общий анализ кала – в 10 лет. Исследования уровня гормонов в крови (пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол, прогестерон, тиреотропный гормон,

трийодтиронин, тироксин, соматотропный гормон, кортизол, тестостерон) проводятся при наличии медицинских показаний в 14 лет.

Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами специалистами и выполнения необходимых лабораторных, функциональных и иных исследований. Общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций и исследований – не более 45 дней. Данные о прохождении профилактического осмотра вносятся в «Карту профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» (учетная форма № 30-ПО/у-12) и историю развития ребенка.

С 2018 г. вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», в котором установлены правила проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

По данным отчетов детских лечебных учреждений г. Волгограда в 2013 г. профилактические медицинские осмотры прошли 29,0% от общего числа зарегистрированных детей. В 2014 г. число детей, принимавших участие в профилактических медицинских осмотрах по сравнению с 2013 г., увеличилось в 2 раза, и составило более 50,0% от общей численности детского населения города Волгограда (59,9%), в 2015 г. – более 90% детей. Это позволяет говорить о репрезентативности данных, полученных в ходе исследования. Все детское население в соответствии с приказом разделено на определенные возрастные группы: 0-4 лет, 5-9 лет, 10-14 лет и 15-17 лет.

На основании отчетной формы № 030-ПО/о-12 проанализированы результаты профилактических осмотров детского населения по возрастным категориям 0-4, 5-9 и 10-14 лет. Общая распространенность заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах, среди детей по возрастным группам и по полу за исследуемый период представлена в Таблице 3.3.

**Таблица 3.3** – Частота заболеваний по возрастным группам и по полу в разрезе классов МКБ-10, выявленных при профилактических осмотрах детского населения в динамике (на 1000 детского населения)

Наименование классов и отдельных заболеваний	год	Зарегистрировано заболеваний								
		0-4 лет			5-9 лет			10-14 лет		
		всего	маль- чики	дево- чки	всего	маль- чики	дево- чки	всего	маль- чики	дево- чки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2013	0,2	0,2	0,2	0,4	0,6	0,1	0,3	0,3	0,3
	2014	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4	0,3	0,5
	2015	0,4	0,3	0,5	0,4	0,5	0,3	0,7	0,9	0,5
новообразования	2013	3,1	2,0	4,2	1,7	1,2	2,2	0,9	1,0	0,9
	2014	3,9	2,6	5,3	1,8	1,5	2,1	1,6	1,3	1,9
	2015	4,6	3,1	6,3	1,8	1,7	1,9	1,7	1,2	2,2
болезни крови, кроветворных органов	2013	37,9	36,8	39,0	3,8	3,7	4,0	16,9	17,7	16,1
	2014	17,2	16,1	18,4	3,9	3,8	4,0	2,9	2,7	3,1
	2015	14,3	14,4	14,3	2,4	2,3	2,4	2,5	2,4	2,7
болезни эндокринной системы	2013	18,8	14,9	22,98	68,7	68,1	70,2	142,9	140,3	145,5
	2014	21,0	17,5	24,7	46,1	43,5	48,5	105,8	105,3	106,2
	2015	24,3	20,1	28,8	43,7	44,6	42,8	113,6	111,8	115,5
психические расстройства и расстройства поведения	2013	0,3	0,4	0,2	0,7	0,7	0,8	3,4	3,8	2,9
	2014	0,7	0,6	0,8	1,2	1,7	0,7	0,6	0,7	0,5
	2015	1,5	1,4	1,7	1,5	2,4	0,7	1,1	1,4	0,7
болезни нервной системы	2013	135,2	137,0	133,2	44,8	50,6	39,2	58,6	56,4	60,9
	2014	150,8	152,1	149,3	64,6	68,8	59,9	81,8	83,8	79,7
	2015	150,5	150,0	151,0	75,4	86,2	65,4	94,2	97,4	90,8
болезни глаза и его придаточного аппарата	2013	11,0	12,9	9,0	56,9	57,9	56,6	163,5	151,3	175,7
	2014	18,9	19,8	17,9	55,8	54,5	56,8	135,2	120,7	150,2
	2015	26,1	25,7	26,5	62,8	67,4	58,5	154,6	139,2	170,9
болезни уха и сосцевидного отростка	2013	0,5	0,66	0,4	1,3	1,1	1,5	3,4	4,5	2,2
	2014	2,1	2,2	1,9	3,3	3,7	2,9	3,2	13,2	7,2
	2015	4,9	4,5	5,3	4,1	4,3	3,9	3,4	3,5	3,3
болезни системы кровообращения	2013	19,1	19,8	18,3	23,2	23,3	23,3	29,7	33,3	26,1
	2014	29,1	29,1	29,2	42,6	41,9	43,2	44,6	49,3	39,8
	2015	68,1	65,8	70,7	57,3	61,5	53,5	64,7	70,0	59,2

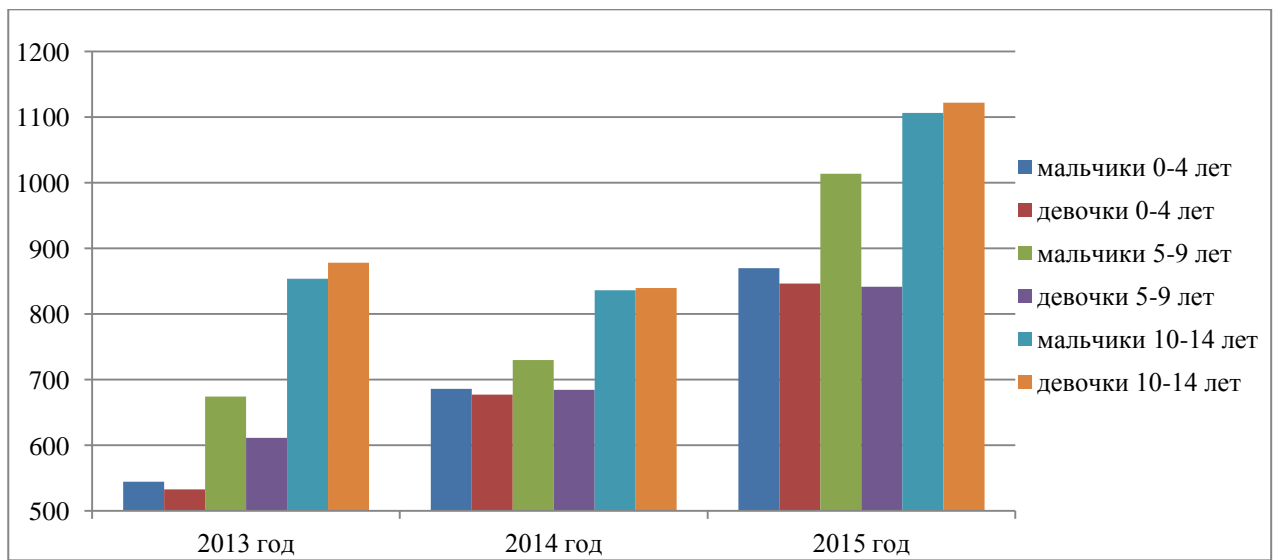
Продолжение таблицы 3.3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
болезни системы кровообращения	2013	19,1	19,8	18,3	23,2	23,3	23,3	29,7	33,3	26,1
	2014	29,1	29,1	29,2	42,6	41,9	43,2	44,6	49,3	39,8
	2015	68,1	65,8	70,7	57,3	61,5	53,5	64,7	70,0	59,2
болезни органов дыхания	2013	29,2	27,0	31,6	85,9	96,2	75,8	99,2	103,9	94,4
	2014	64,4	68,0	62,7	113,2	122,0	103,2	113,0	117,1	108,7
	2015	109,7	108,0	111,6	193,3	216,2	172,3	194,7	206,0	182,8
болезни органов пищеварения	2013	28,0	26,0	30,2	50,4	53,2	47,9	57,6	53,9	61,3
	2014	46,0	45,9	46,2	53,0	53,3	52,5	67,5	67,3	67,7
	2015	56,9	53,9	60,2	88,6	91,2	86,3	97,9	94,7	101,3
болезни кожи и подкожной клетчатки	2013	18,7	20,6	16,7	24,9	25,8	24,2	42,2	44,8	39,7
	2014	26,6	26,6	26,6	24,6	24,1	24,9	16,4	15,0	17,9
	2015	58,7	56,6	61,0	38,2	38,2	38,1	41,8	40,1	43,5
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2013	63,4	64,9	61,7	156,0	167,7	145,1	182,5	187,9	177,0
	2014	136,7	140,6	132,5	196,3	205,5	185,5	194,1	207,9	179,8
	2015	167,0	170,7	163,0	235,8	265,4	208,8	242,5	249,9	234,7
болезни мочеполовой системы	2013	26,7	36,0	16,6	36,5	38,8	34,5	36,5	28,5	44,7
	2014	27,6	37,1	17,5	30,5	31,3	29,4	35,8	23,7	48,3
	2015	41,0	65,5	14,5	29,6	34,7	25,0	32,8	18,7	47,6
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	2013	0,6	0,7	0,6	0	0	0	0,4	0,4	0,3
	2014	0,5	0,7	0,3	0	0	0	0	0	0
	2015	0,2	0,2	0,2	0	0	0	0	0	0
врожденные аномалии (пороки развития)	2013	145,9	140,7	151,5	84,9	84,9	85,8	27,3	27,8	26,8
	2014	129,1	120,8	137,9	66,6	67,7	65,0	30,9	32,6	29,1
	2015	118,8	118,7	118,9	69,5	74,8	64,7	47,3	48,0	46,6
прочие	2013	42,3	40,8	43,9	37,0	38,1	36,3	41,4	40,0	42,9
	2014	42,8	44,3	41,1	44,4	47,8	40,5	36,1	37,4	34,7
	2015	54,9	57,3	52,3	69,0	80,4	58,5	55,5	60,1	50,5
всего заболеваний	2013	538,8	544,3	532,9	640,3	674,2	611,1	865,9	853,8	878,0
	2014	681,8	686,1	677,2	709,9	729,8	684,6	837,9	836,2	839,7
	2015	858,7	870,1	846,4	923,7	1013,7	841,5	1114,0	1106,3	1122,1

Уровень заболеваемости по результатам профилактических осмотров у детей 0-14 лет в 2013 г. составил 669,3 на 1000 детского населения, в 2014 г. – 738,2 на 1000 детского населения, в 2015 г. – 1166,5 на 1000 детского населения. В 2014 г. уровень патологической пораженности вырос на 10,3%, в 2015 г. – на 58,0%.

Распространенность различных нозологических форм среди детского населения, выявленных при профилактических осмотрах необходимо рассматривать не только в разрезе возрастных групп, но и по полу.

С возрастом уровень заболеваний, зарегистрированных при профосмотрах в обеих половых группах имеет тенденцию к росту (Рисунок 3.2). При этом в возрастной группе 0-4 лет показатель патологической пораженности у мальчиков и девочек находится примерно на одном уровне, затем показатель у мальчиков 5-9 лет превышает на 6,2-17,0% аналогичный у девочек. В 10-14-летнем возрасте показатели вновь определяются на одном уровне у мальчиков и девочек.



**Рисунок 3.2.** – Уровни заболеваний, зарегистрированных по результатам профилактических осмотров детского населения Волгограда по полу в возрастных группах в 2013-2015 гг. (на 1000 детского населения)

В возрастной группе детей 0-4 лет в 2013-2014 гг. показатели заболеваемости по результатам профилактических осмотров болезнями нервной

системы, болезнями глаза и его придаточного аппарата выше у мальчиков, в 2015 г. находились примерно на одном уровне. Интенсивность врожденных аномалий в 2013 г. преобладала над остальными нозологиями, составляя 140,7 на 1000 детского населения у мальчиков и 151,5 на 1000 детского населения у девочек, но в 2014 г. данный показатель снизился на 9-14%, но тем не менее распространенность данной нозологии у девочек была выше. В 2015 г. показатель находился на одном уровне.

За последние годы отмечаются изменения структуры детской патологии, а именно снижение инфекционных заболеваний, относительное возростание патологии роста и развития нарушений функциональной адаптации. Число инфекционных болезней за исследуемый период не превысило 0,4 на 1000 детского населения в 2013-2014 гг. и 0,7 на 1000 детского населения в 2015 г., в то время как заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани во все возрастные периоды занимало ведущее место, достигая 182,5-242,5 на 1000 детского населения в возрасте 10-14 лет. В данном классе в основном преобладают артропатии и деформирующие дорсопатии. В 2014 г. уровень зарегистрированных заболеваний вырос в 2 раза у 0-4-летних детей и на 6,0-26,0% у 5-14-летних детей, в 2015 г. – на 20,0-25,0% по сравнению с 2014 г. Необходимо отметить, что распространенность заболеваний костно-мышечной системы у детей 0-4 лет в 2013 г. у мальчиков составила 64,9 на 1000 детского населения, у девочек – 61,7 на 1000 детского населения, в 2014 г. этот показатель увеличился в 2,2 раза, в 2015 г. на 17,6% у мальчиков и на 18,7% – у девочек. Показатель в этой возрастной группе был несколько выше у мальчиков.

Болезни мочеполовой системы до 9-летнего возраста чаще наблюдались среди мальчиков, в возрастной группе 0-4 лет эта разница достигла 2-4,5 раз. С 10-летнего возраста девочки занимали лидирующую позицию, при этом в 10-14-летнем возрасте показатель превышал в 2-2,5 раза аналогичный у мальчиков. Заболевания эндокринной системы чаще наблюдались среди девочек 0-4 лет.

В динамике наблюдалось значительное повышение распространенности многих нозологий среди детей 0-4 лет: заболевания глаза, болезни системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки. Показатель заболеваний крови и кроветворных органов, выявленных при профилактических осмотрах, снизился в 2014 г. в 2 раза и в 2015 г. – на 11,8-22,3%. По другим классам заболеваний в данной возрастной группе отмечались примерно равные показатели патологической пораженности у мальчиков и девочек (Таблица 3.3).

У детей 5-9 лет высокое распространение имели болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, у мальчиков показатель выше, чем у девочек и в обеих группах вырос в 2014 г. на 22,5% и 27,8%, в 2015 г. – на 29,1% и 12,6% соответственно. Распространенность болезней органов дыхания у мальчиков 5-9 лет за исследуемый период возросла на 26,8-77,2%, у девочек – на 36,1-66,9%, при этом среди мальчиков данная патология более распространена. Болезни нервной системы за исследуемый период чаще выявлялись у мальчиков. Распространенность болезней системы кровообращения в 2014-2015 гг. выросла в 2 раза, как среди мальчиков, так и среди девочек. В данной возрастной группе по многим нозологиям не наблюдались различия по полу, т.е. выявлены примерно равные показатели, как среди мальчиков, так и девочек и нет существенных изменений в динамике за исследуемый период (болезни глаза и его придаточного аппарата, заболевания органов пищеварения, крови и кроветворных органов, кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы). Распространенность заболеваний эндокринной системы снизилась в 2014-2015 гг. по сравнению с 2013 г. на 36,1 и 30,9% у мальчиков и девочек соответственно, и врожденных аномалий в 2014 г. на 20,2% у мальчиков и на 24,2% у девочек. Показатель заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах, в данной возрастной группе у мальчиков за исследуемый период вырос на 10,5%, превышая аналогичный показатель у девочек в 2013 г. на 9,3%, в 2014 г. – на 6,2% в 2015 г. – на 17,0%.

У 10-14-летних детей, также как у 5-9-летних преобладают болезни костно-мышечной системы, как у мальчиков, так и у девочек. В 2014 г. распространенность данной нозологии у мальчиков по сравнению с 2013 г. увеличилась на 10,6%, у девочек осталась на прежнем уровне. В 2015 г. показатель у мальчиков вырос на 20,2%, у девочек – на 30,5%. Заболевания глаза и его придаточного аппарата чаще были выявлены за исследуемый период при профосмотрах у девочек, в 2014 г. этот показатель снизился, по сравнению с 2013 г., у мальчиков на 20,2%, у девочек – на 14,5%, в 2015 г. вырос у мальчиков на 15,3%, у девочек – на 13,8%. Заболевания эндокринной системы находились примерно на одном уровне у мальчиков и девочек, и их распространенность в 2014 г. снизилась на 25-27%, в 2015 г. увеличилась незначительно в обеих группах.

В 2013 г. именно в этой возрастной группе наблюдалось самое высокое распространение психических расстройств, составляя у мальчиков 3,8 на 1000 детского населения, у девочек – 2,9 на 1000 детского населения. В 2014 г. у детей 10-14 лет было выявлено увеличение показателей распространения по ряду нозологий и последующий рост в 2015 г. (болезней нервной системы, системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, врожденных аномалий). Распространенность болезней крови и кроветворных органов в 2014-2015 гг. снизилась в 5-6 раз. У детей 10-14 лет распространенность заболеваний, зарегистрированных при профосмотрах среди мальчиков и девочек находилась на одном уровне, но при этом выше, чем у 5-9 летних детей.

Во всех возрастных группах распространенность новообразований несколько выше среди девочек, и в возрасте 0-4 и 5-9 лет, превышали аналогичные показатели у мальчиков в 2 раза, с 10-летнего возраста – в 1,5 раза. Заболевания системы кровообращения чаще выявлялись у мальчиков 10-14 лет, превышая данный показатель у девочек 10-14 лет на 7,2-19,3%. В 2014-2015 гг. наблюдалось увеличение данного показателя во всех возрастных группах.



Заболевания органов дыхания встречались чаще у мальчиков во всех возрастных группах, увеличиваясь в динамике.

В 2014 г. в возрастной группе 10-14 лет заболеваемость по результатам профилактических осмотров несколько снизилась, по сравнению с результатами профосмотров 2013 г., но в 2015 г. во всех возрастных группах наблюдался выраженный подъем уровня патологической пораженности.

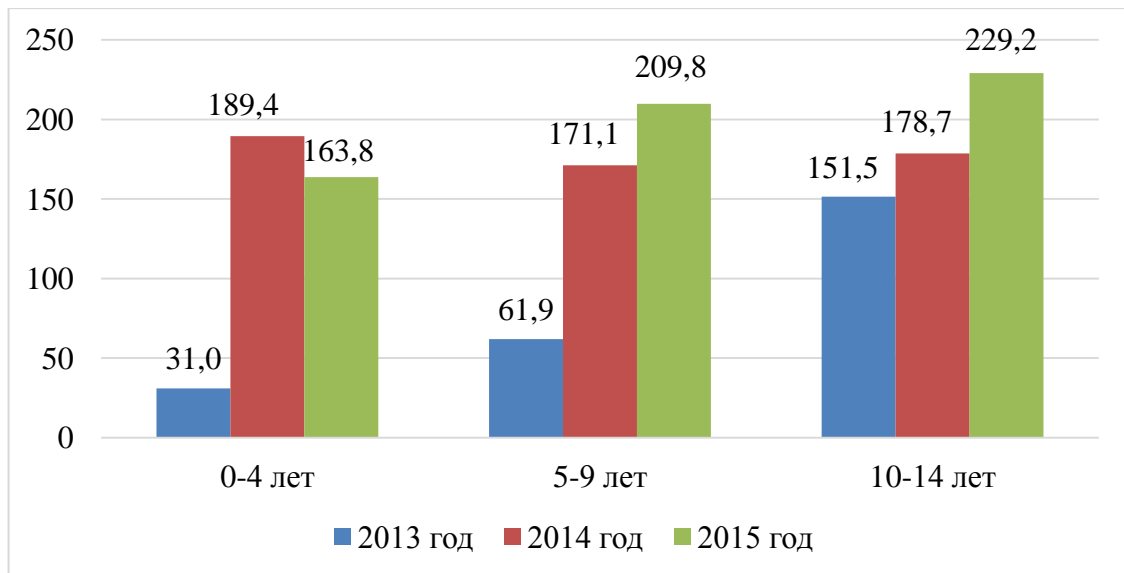
Таким образом, анализируя патологическую пораженность по возрастным группам выявлено, что по ряду нозологий увеличилось число детей с отклонениями в состоянии здоровья от младшего возраста к старшему.

В последние годы ученые отмечают отчетливую тенденцию к росту у детей заболеваний органов пищеварения [6, 93, 94]. Дети все чаще страдают гастритами, гастродуоденитами, хроническими заболеваниями печени и желчевыводящих путей. Данный показатель у 10-14-летних превышает аналогичный у детей 0-4 лет в 1,5-2 раза.

Нервно-психические заболевания занимают одно из ведущих мест в заболеваемости детского населения. Уровень патологической пораженности данной нозологии составлял у детей до 4 лет 135,2-150,5 на 1000 детского населения, у детей 10-14 лет 81,8-94,2 на 1000 детского населения.

Как было сказано ранее, профилактические осмотры позволяют регистрировать новые случаи заболеваний, в том числе скрытно текущие, начальные формы заболеваний, преморбидные состояния. Но показатель впервые выявленных заболеваний или патологических состояний при проведении профилактических осмотров занимал незначительную долю от всех заболеваний у детского населения, зарегистрированных в ходе профилактических осмотров. Интенсивные показатели заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах впервые, среди детей в 2013 г. представлены на Рисунке 3.3. В 2014 г. показатель в возрастной группе 0-4 лет увеличился в 6 раз, у детей 5-9 лет – в 2,7 раза, у детей 10-14 лет – на 18%. В 2015 г. в возрастной группе детей 0-4 лет наблюдалось снижение показателя на 15,6%. У детей 5-9 лет показатель

увеличился на 22,6%, у детей 10-14 лет – на 28,2%. При этом число заболеваний, выявленных при профосмотрах впервые у детей 10-14 лет в 2013 г. выше первичной патологической пораженности детей 0-4 лет в 5 раз и в 2,5 раза – 5-9-летних детей.



**Рисунок 3.3.** – Уровень заболеваний, выявленных впервые при профилактических осмотрах, у детей в 2013-2015 гг. на 1000 детского населения

За исследуемый период уровень заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах впервые, у 0-4 и 5-9-летних детей увеличился по всем нозологическим формам. В возрастной группе 10-14 лет по некоторым заболеваниям наблюдалась обратная картина, и в 2014 г. выявлено снижение их распространенности (болезни эндокринной системы – на 52,5-45,1%, болезни глаза и его придаточного аппарата – на 22,6-25,3%, болезни мочеполовой системы – на 19,1% у мальчиков и на 58,7% у девочек). Болезни мочеполовой системы в 4 раза чаще впервые выявлялись у девочек в возрасте 10-14 лет, составляя 6,1-12,3 на 1000 детского населения. У детей до 9 лет заболевания мочеполовой системы чаще были впервые выявлены у мальчиков.

Установлена четкая закономерность – чем старше дети, тем больше заболеваний у них выявляется впервые на медицинских осмотрах. Самые высокие показатели наблюдались у детей 0-4 лет в 2014 г., в 2013 и 2015 гг. у детей 10-14

лет. До 10 лет уровень впервые зарегистрированных заболеваний у мальчиков и девочек по всем нозологиям, за исключением болезней мочеполовой системы, находился на одном уровне за весь период исследования.

До 10 лет уровень заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах впервые, у мальчиков и девочек по всем нозологиям, за исключением болезней мочеполовой системы, находился на одном уровне. Распространенность болезней мочеполовой системы у мальчиков 0-10 лет находились на уровне 5,1-7,9 на 1000 детского населения, у девочек – 0,2-2,1 на 1000 детского населения. У детей 10-14 лет данная патология у девочек превышала в 3 раза аналогичный показатель у мальчиков.

Не все заболевания, выявленные на момент осмотра, подлежат диспансерному наблюдению. Показатель своевременности взятия больных на диспансерный учет характеризует работу по раннему взятию на диспансерный учет и исчисляется из совокупности заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом. Среди возрастной группы 0-4 лет полнота раннего охвата за исследуемый период составила 41,1-59,9%, среди детей 5-9 лет своевременность взятия на диспансерный учет составила лишь 25,5-37,0% от впервые выявленных заболеваний, у детей 10-14 лет – 41,1-55,9%.

За исследуемый период под диспансерным наблюдением в возрастной группе детей 0-4 лет состояли 352,3-390,0 детей на 1000 осмотренных, 5-9 лет – 355,7-459,5 на 1000 детского населения, 10-14 лет – 472,1-603,1 на 1000 детского населения. В возрастной группе детей 0-4 лет самыми распространенными заболеваниями, с которыми дети состоят под диспансерным наблюдением, являлись болезни нервной системы (62,2 на 1000 детского населения), болезни костно-мышечной системы (61,4 на 1000 детского населения) и врожденные аномалии (54,9 на 1000 детского населения). В группе детей 5-9 лет это были заболевания костно-мышечной системы (108,9 на 1000 детского населения) и болезни органов дыхания (96,2 на 1000 детского населения), детей 10-14 лет – болезни костно-мышечной системы (113,9 на 1000 детского населения), органов

дыхания (105,1 на 1000 детского населения), глаза и его придаточного аппарата (98,2 на 1000 детского населения), заболевания эндокринной системы (79,9 на 1000 детского населения).

Из числа осмотренных доля лиц, у которых была выявлена какая-либо патология по результатам проведенной диспансеризации в представленных выше возрастных группах колебалась от 53,9 до 110,9% в 2013 г. и от 68,2 до 103,7% в 2014 г. и от 85,9 до 128,3% в 2015 г. У детей 0-4 лет патология была выявлена более чем в половине случаев в 2013-2014 гг. (53,9-68,2%) и в 85,9% в 2015 г., у 5-9-летних – в 64,4-92,3% детей, у 10-14-летних – в 83,8-86,6% детей в 2013-2014 гг. и более 100% в 2015 г.

В структуре заболеваемости, выявленной при профилактических осмотрах, на первом месте в 2013 г. у детей 0-4 лет находились пороки развития (27,1%), на втором – болезни нервной системы (25,1%), на третьем – болезни костно-мышечной системы (11,8%). В 2014 г. структура патологических состояний изменилась: на первое место вышли болезни нервной системы (22,1%), болезни костно-мышечной системы поднялись на второе место (20,0%), врожденные аномалии заняли третье место (18,9%). В 2015 г. болезни костно-мышечной системы уже вышли на первую позицию (19,4%), болезни нервной системы – на вторую позицию (17,5%), врожденные аномалии сохранили третье место (13,8%).

Структура выявленных патологических состояний у детей 5-9 лет характеризуется стабильностью. В 2013-2015 гг. на первом месте находились болезни костно-мышечной системы (24,4-27,7%), на втором – болезни органов дыхания (13,4-20,9%). В 2013-2014 гг. на третьем месте в данной возрастной группе располагались врожденные аномалии (9,4-13,3), в 2015 г. – болезни органов дыхания (9,6%).

У детей 10-14 лет в 2013 г. лидирующую позицию занимали болезни глаза и его придаточного аппарата (21,2%), на второй позиции – болезни костно-мышечной системы (20,4%), на третьей – болезни эндокринной системы (17,3%). В 2014-2015 гг. болезни костно-мышечной системы передвинулись на первую

позицию (21,8-23,2%). В 2014 г. болезни глаза и его придаточного аппарата сдвинулись на вторую (16,1%), третье место заняли болезни органов дыхания (13,5%), в 2015 г. болезни органов дыхания занимали уже вторую позицию (17,5%), болезни глаза и его придаточного аппарата – третью позицию (13,9%).

Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних осуществляется на основании следующих критериев:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;

- уровень функционального состояния основных форм организма;

- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;

- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим группам:

I группа состояния здоровья – здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений;

II группа состояния здоровья – дети у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются функциональные и морфофункциональные нарушения; реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней формой тяжести; с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефектом массы тела и избыточной массой тела; часто и (или) длительно болеющие (ЧДБ) острыми респираторными заболеваниями; с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма.

III группа состояния здоровья – дети, страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими

обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания (состояния); с физическими недостатками, последствиями травм или операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда.

IV группа состояния здоровья – дети, страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, либо неполной компенсацией функций; с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения; с физическими недостатками, последствиями травм или операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможность обучения или труда.

V группа состояния здоровья – дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений и требующими назначения постоянного лечения; с физическими недостатками, последствиями травм и операцией с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда; дети-инвалиды.

По результатам проведенных медицинских осмотров в 2013-2015 гг., основная часть детского контингента являлась абсолютно здоровыми (I группа от 12,0 до 39,7% в зависимости от возрастной группы) или имели некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения без хронических заболеваний, ЧДБ (II группа от 54,2 до 80,9%). При сравнении результатов проведенных профилактических осмотров в динамике можно сделать вывод, что состояние здоровья детей ухудшилось, особенно в 2015 г. Сократилась доля детей во всех возрастных группах, имеющих I группу здоровья, и возросла доля лиц,

относящихся ко II группе здоровья. По результатам профилактических осмотров, проведенных в 2015 г., дети, ранее относящиеся к I группе здоровья, были отнесены ко II группе здоровья в 50% случаев.

Удельный вес детей, имеющих III группу здоровья, возрос к старшему возрасту: если у детей 0-4 лет доля данных детей составляла 1,6-4,8%, то в 10-14-летнем возрасте – уже 9,3-12,9%. Дети с IV и V группами занимают незначительную часть от общего количества детей, прошедших профилактические осмотры (от 0,02 до 0,5%) (Таблица 3.4).

**Таблица 3.4** – Распределение детей по группам здоровья по результатам профилактических осмотров (ПО), (в %)

№ группы	Возрастная группа								
	0-4 лет			5-9 лет			10-14 лет		
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
I группа	39,7	31,1	15,2	39,7	33,4	14,8	31,6	28,1	12,0
II группа	54,9	66,6	80,9	54,2	61,2	76,5	58,9	61,6	76,0
III группа	1,6	4,8	3,4	5,7	8,8	8,0	9,3	12,9	11,3
IV группа	0,1	0,1	0,2	0,5	0,2	0,2	0,02	0,2	0,2
V группа	0,02	0,2	0,4	0,04	0,3	0,5	0,05	0,2	0,5

Таким образом, показатель распространенности заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах, в изучаемых возрастных группах выше среди детей 10-14 лет. Девочки чаще мальчиков страдают заболеваниями эндокринной системы, болезнями глаза и придаточного аппарата. Мальчики в свою очередь более подвержены заболеваниям костно-мышечной системы и органов дыхания.

Анализ структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров детей по полу не выявил различий между мальчиками и девочками. Выявлено, что у детей сравниваемых групп структура патологической пораженности представлена одними и теми же классами болезней, имеющими лишь разный ранговый уровень. Установлено, что основная часть приходится на следующие нозологические формы: болезни нервной системы, органов дыхания,

костно-мышечной системы, глаза и его придаточного аппарата, на долю которых приходится 59,2-61,3%. Часть заболеваний, зарегистрированных при профосмотрах, приходится на болезни эндокринной системы, системы кровообращения, органов пищеварения и врожденные аномалии (29,4-30,6%). Незначительная доля патологической пораженности приходится на инфекционные болезни, новообразования, психические болезни, болезни крови, болезни уха и сосцевидного отростка, доля которых не превышает в сумме 2%.

Применение сравнительного анализа уровней заболеваемости по обращаемости и по данным профилактических осмотров позволяет получить представление об уровне общей заболеваемости детей, в том числе о распространенности хронической патологии среди детского населения. Установлен 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. (Таблица 3.5). Увеличилась распространенность таких нозологий как болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (87,3%), системы кровообращения (на 80,5%), кожи и подкожной клетчатки (38,9%), органов пищеварения (26,7%), нервной системы (на 21,5%), глаза и его придаточного аппарата (на 10,3%), эндокринной системы (на 6,7%).

**Таблица 3.5** – Уровень общей заболеваемости и хронической патологии детского населения г. Волгограда в динамике за 2013-2015 гг. (на 1000 детского населения)

Наименование классов и отдельных заболеваний	2013 год		2014 год		2015 год	
	Общая забол-ть	Хрон. патология	Общая забол-ть	Хрон. патология	Общая забол-ть	Хрон. патология
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	64,1	1,9	66,7	0,6	58,1	8,9
Новообразования	8,8	5	8,1	5	7,9	6
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	32,9	23,1	25,4	14,7	27,7	17,3
Болезни эндокринной системы	118,1	95,9	104,6	88,4	126,0	106,9
Болезни нервной системы	162,1	101,8	195,6	134,9	196,9	150,9
Болезни глаза и его придаточного аппарата	210,9	128,0	213,8	124,9	232,7	163,2



## Продолжение таблицы 3.5

Наименование классов и отдельных заболеваний	2013 год		2014 год		2015 год	
	Общая забол-ть	Хрон. патология	Общая забол-ть	Хрон. патология	Общая забол-ть	Хрон. патология
Болезни уха и сосцевидного отростка	75,5	1,9	77,8	6,9	71,0	13,4
Болезни системы кровообращения	59,6	40,6	72,7	54,1	107,6	91,3
Болезни органов дыхания	1736,7	116,7	1748,1	127,3	1626,8	252,2
Болезни органов пищеварения	130,7	82,9	145,6	102	165,5	129,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	79,0	24,7	84,3	37,9	109,7	75,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	206,0	169,3	251	213,6	385,8	358,7
Болезни мочеполовой системы	103,9	67,7	101,6	65,4	100,6	76,9
Врожденные аномалии (пороки развития)	120,5	109,7	113,9	99,1	117,3	109,2
Всего зарегистрировано заболеваний	3262,0	972,8	3333,6	1091,7	3453,8	1587,2

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. За исследуемый период установлен рост уровня хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки (в 3 раза), системы кровообращения (в 2,2 раза), органов дыхания (в 2,2 раза), костно-мышечной системы и соединительной ткани (в 2,1 раза), органов пищеварения (на 55,7%), нервной системы (на 48,2%), глаза и его придаточного аппарата (27,5%).

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%).

Таким образом, проведенный анализ выявил рост уровня общей заболеваемости за период 2013-2015 гг. (с 3262,0 случаев до 3453,8 случаев на 1000 детского населения) при снижении уровня заболеваемости детского населения по обращаемости за счет увеличения уровня хронической заболеваемости.

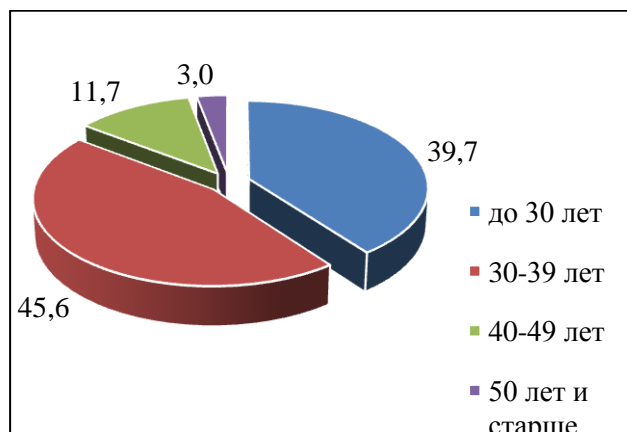
#### **Глава 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ РАБОТЫ ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК ВАЖНЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Для оценки качества медицинской помощи детям важным критерием является личностная оценка родителями работы педиатрических, в том числе амбулаторно-поликлинических организаций. От удовлетворенности работой этих учреждений зависит, в частности, правильность выполнения назначений врача-педиатра, соблюдение профилактических и реабилитационных предписаний, а, следовательно, и здоровье ребенка. Мнение родителей способно сказаться также на выборе педиатрической амбулаторно-поликлинической организации для обслуживания их детей, что опосредованно повлияет на финансирование медицинского учреждения.

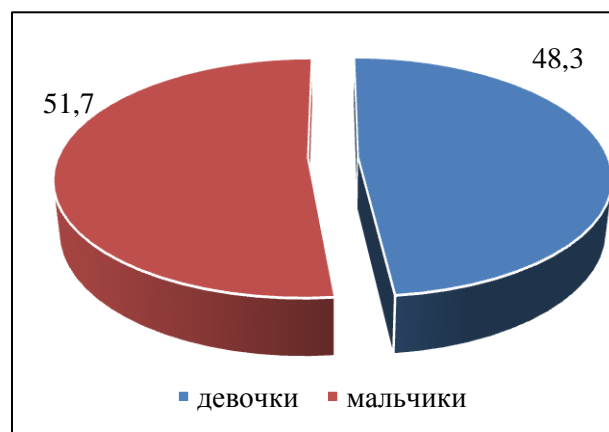
Изучение мнения родителей об организации медицинской помощи, оказываемой в детских поликлиниках, проводилось в 2 этапа: 1 этап – в 2015 г. до внедрения мероприятий по совершенствованию экспертизы КМП и 2 этап – в 2018 г., после внедрения мероприятий по совершенствованию экспертизы КМП. Разработанная анкета состояла из 26 преимущественно закрытых вопросов, ряд их которых, отмеченных звездочкой (\*), предоставляли респонденту возможность выбора нескольких вариантов ответа. В исследовании приняли участие по принципу добровольности 535 человек (на 1 этапе – 422 человека, на 2 этапе – 113 человек). Опрос проводился на основе анонимности и добровольности.

На 1 этапе среди опрошенных женщины составили 89,0 на 100 опрошенных, мужчины – 11,0 на 100 опрошенных (соотношение 8,1:1). По возрасту респонденты распределились следующим образом: до 30 лет – 39,7 на 100 опрошенных, 30-39 лет – 45,6 на 100 опрошенных, 40-49 лет – 11,7 на 100 опрошенных, 50 лет и старше – 3,0 на 100 опрошенных (Рисунок 4.1). На 2 этапе женщины составили 90,3 на 100 опрошенных, мужчины – 9,7 на 100 опрошенных

(соотношение 9,3:1), из них до 30 лет – 25,7 респондентов на 100 опрошенных, 30-39 лет – 48,7 на 100 опрошенных, 40-49 лет – 21,2 на 100 опрошенных, 50 лет и старше – 4,4 на 100 опрошенных.

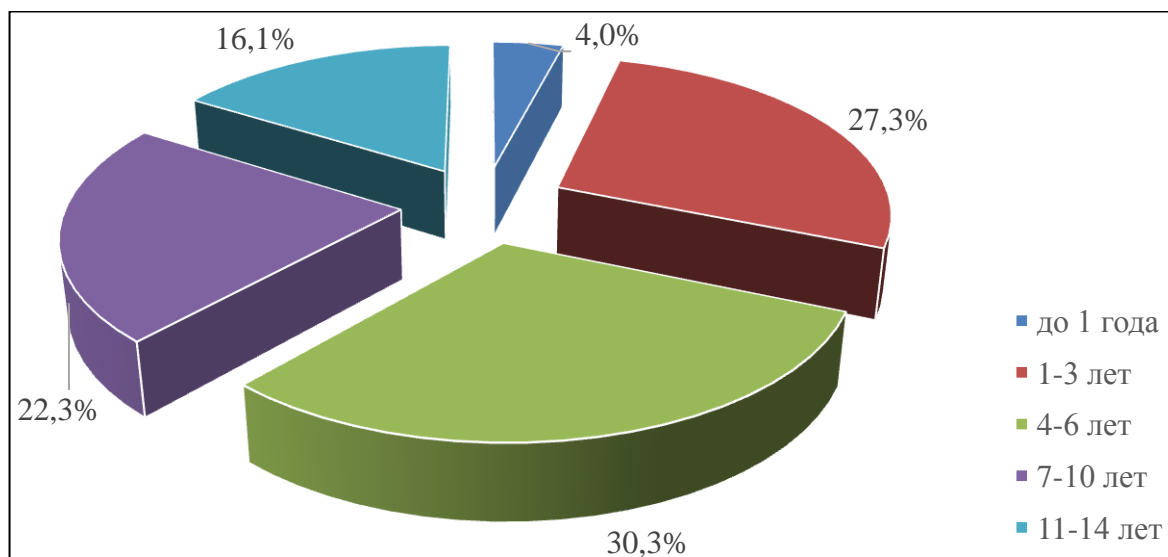


**Рисунок 4.1** – Возрастная структура респондентов в 2015 году



**Рисунок 4.2** – Гендерное соотношение детей исследуемой группы в 2015 году

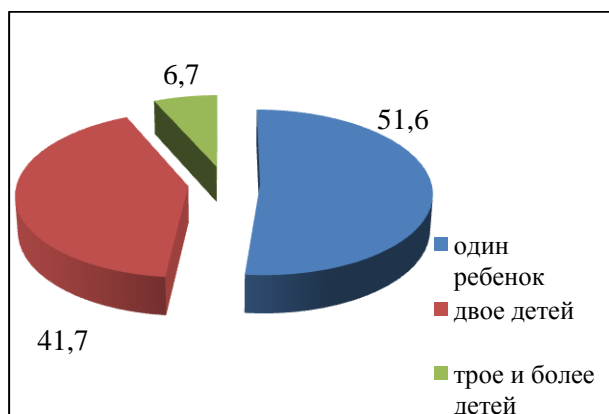
В анкетировании в 2015 г. преимущественно участвовали родители детей в возрасте от 4 до 6 лет (30,3 на 100 опрошенных) (Рисунок 4.3). Соотношение детей по полу было примерно одинаковым (51,7 мальчиков на 100 опрошенных и 48,3 девочек на 100 опрошенных, или 1,1:1 соответственно) (Рисунок 4.2). В 2018 г. участвовали преимущественно родители детей от 7 до 10 лет, составляя 32,7 на 100 опрошенных. Соотношение детей по полу изменилось незначительно (56,6 мальчиков на 100 опрошенных и 43,4 девочек на 100 опрошенных, или 1,3:1 соответственно).



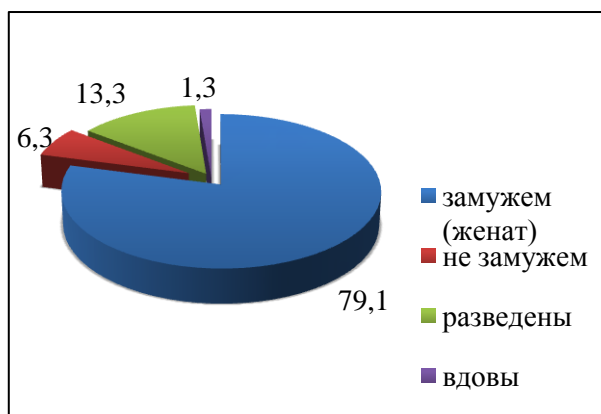
**Рисунок 4.3** – Возрастная структура детей респондентов группы наблюдения в 2015 г.

Среди опрошенных преобладали члены семей с одним (51,6 на 100 опрошенных) и двумя (41,7 на 100 опрошенных) детьми в 2015 г.; с одним (38,1 на 100 опрошенных) и двумя (57,5 на 100 опрошенных) детьми в 2018 г., три и более ребенка имели только 6,7 на 100 опрошенных и 4,4 на 100 респондентов в 2015 г. и 2018 г. соответственно (Рисунок 4.4).

В опросе (в 2015 г. и 2018 г.) состояли в браке 79,1-87,6 на 100 анкетированных (в эту группу вошли все мужчины). В оставшейся группе не замужем были 4,4-6,3 женщин на 100 опрошенных, разведены – 7,1-13,3 на 100 опрошенных, вдовы – 0,9-1,3 на 100 опрошенных (Рисунок 4.5).



**Рисунок 4.4** – Число детей в семье респондента в 2015 г.

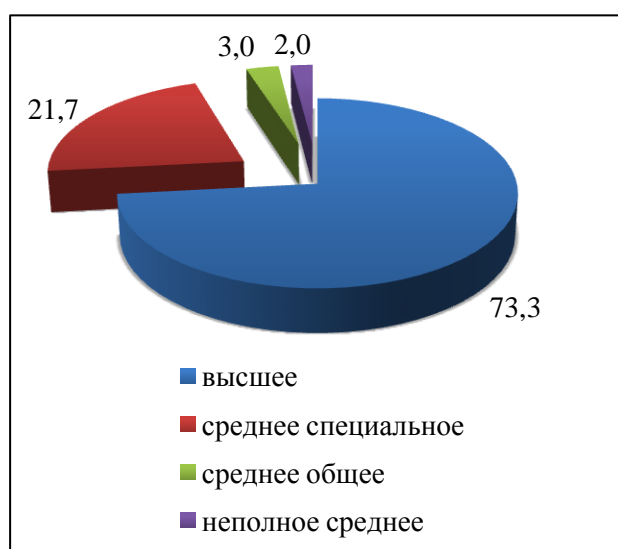


**Рисунок 4.5** – Семейное положение респондентов в 2015 г.

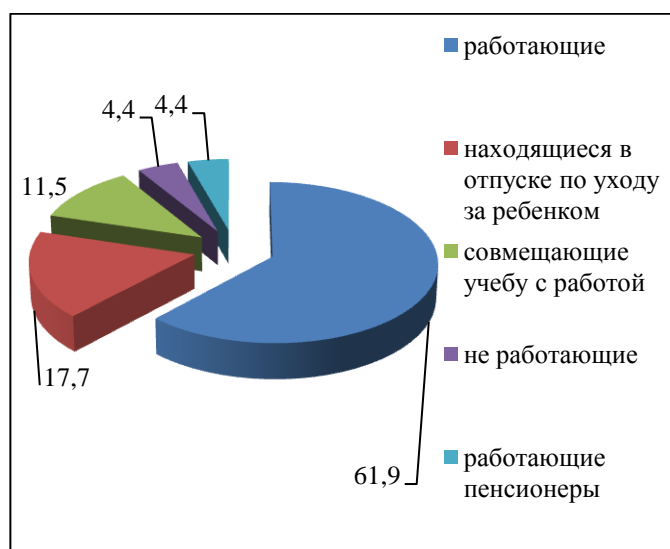
Основная часть респондентов в 2015 и 2018 гг. имели высшее профессиональное образование – 54,9-73,3 на 100 опрошенных, среднее специальное – 21,7-36,3 на 100 опрошенных, среднее общее – 3,0-6,2 на 100 опрошенных, неполное среднее – 2,0-2,7 на 100 опрошенных (Рисунок 4.6).

По социальному статусу в исследуемых группах преобладали работающие – 58,7-61,9 на 100 опрошенных, далее – женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком (17,0-17,7 на 100 опрошенных), респонденты, совмещающие учебу с работой (10,7-11,5 на 100 опрошенных), не работающие (4,4-6,3 на 100 опрошенных), учащиеся (4,3 на 100 опрошенных), пенсионеры (3,0-4,4 на 100 опрошенных) (Рисунок 4.7).

В анкетировании принимали участие преимущественно родители (84,0 мам на 100 опрошенных и 11,0 пап на 100 опрошенных – в 2015 г., 86,7 мам на 100 опрошенных и 8,8 пап на 100 опрошенных – в 2018 г.). Близкими родственниками было заполнено 5 анкет на 100 опрошенных в 2015 г. и 4,4 анкет на 100 опрошенных – в 2018 г.



**Рисунок 4.6** – Образование респондентов в 2015 г.

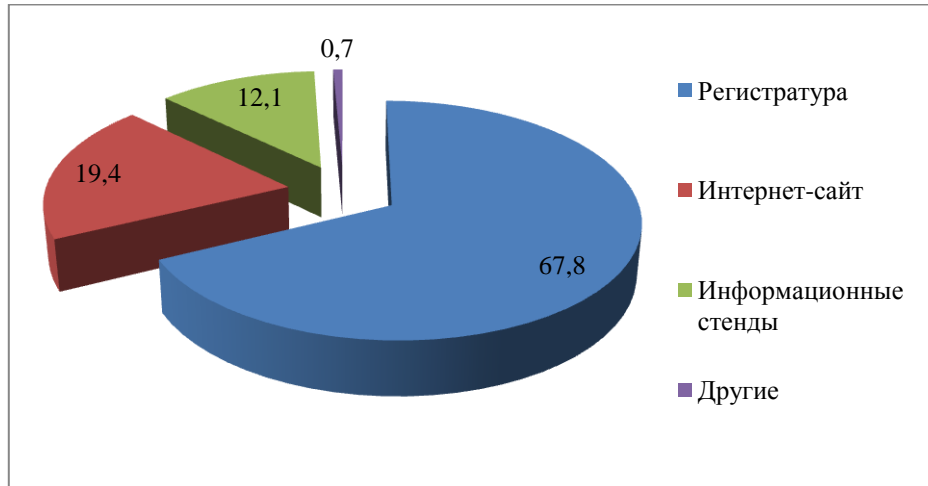


**Рисунок 4.7** – Социальное положение респондентов в 2015 г.

«Социологический портрет» респондентов, участвующих в анкетировании, представляет женщин (89,0 на 100 опрошенных в 2015 г. и 90,3 на 100

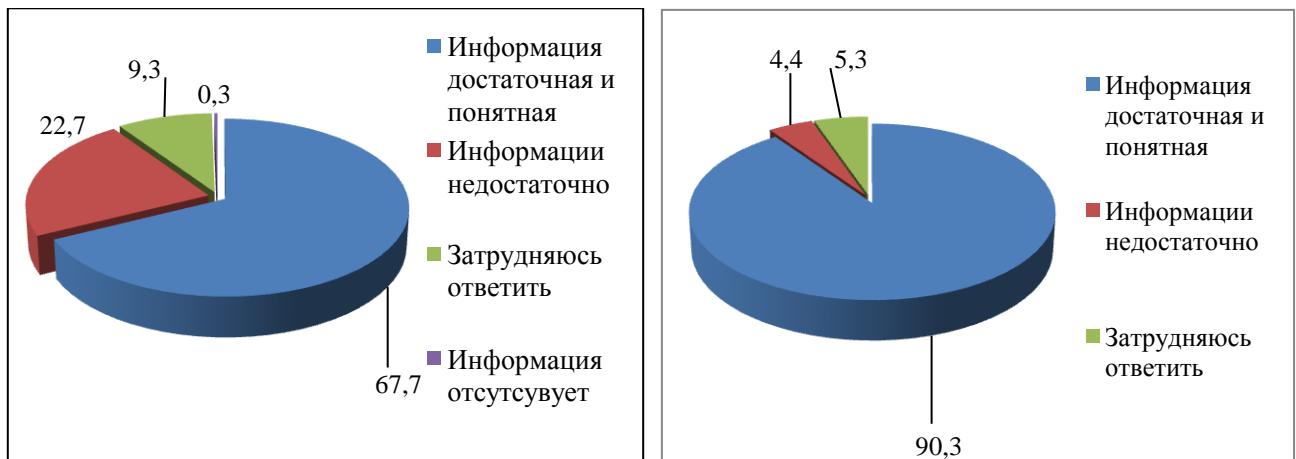
опрошенных в 2018 г.), из которых 84,0 на 100 опрошенных в 2015 г. и 86,7 на 100 опрошенных в 2018 г. мамы, в возрасте до 39 лет (85,3 на 100 опрошенных в 2015 г. и 74,4 на 100 опрошенных в 2018 г.), состоящих в браке (79,1 на 100 опрошенных в 2015 г. и 87,6 на 100 опрошенных в 2018 г.), имеющих высшее или среднее специальное образование (95,0 на 100 опрошенных в 2015 г. и 91,2 на 100 опрошенных в 2018 г.). В исследовании участвовали представители преимущественно малодетных семей (93,3 на 100 опрошенных в 2015 г. и 95,6 на 100 опрошенных в 2018 г.). Из респондентов на момент опроса работали 70,7 на 100 опрошенных в 2015 г. и 66,3 на 100 опрошенных в 2018 г., еще 17,0 на 100 опрошенных в 2015 г. и 17,7 на 100 опрошенных в 2018 г. находились в отпуске по уходу за ребенком.

Основным источником информации о работе детской поликлиники родители считают регистратуру (67,8 на 100 опрошенных в 2015 г. и 66,4 на 100 опрошенных в 2018 г.). Далее следует интернет-сайт лечебного учреждения (19,4 на 100 опрошенных в 2015 г. и 20,8 на 100 опрошенных в 2018 г.), что свидетельствует о недостаточной популярности всемирной сети Интернет в вопросе поиска информации о работе ЛПУ. В редких случаях в качестве источника информации используются информационные стенды, размещенные в поликлинике (12,1 на 100 опрошенных в 2015 году и 10,7 на 100 опрошенных в 2018 г.). В качестве альтернативных вариантов ответов респондентами предложен телефон (0,7 на 100 опрошенных в 2015 г. и 2,0 на 100 опрошенных в 2018 г.) (Рисунок 4.8).



**Рисунок 4.8** – Источники информации о работе детской поликлиники 2015 г.

Информацию о работе медицинского учреждения считали достаточной и понятной в 2015 г. 67,7 на 100 опрошенных (в 2018 г. показатель увеличился до 90,3 на 100 опрошенных). Неполноту информации отмечали 22,7 на 100 респондентов (в 2018 г. их доля сократилась до 4,4% – в 5,2 раза), затруднились ответить на этот вопрос 9,3 на 100 родителей (в 2018 г. – 5,3 на 100 опрошенных). Кроме того, в 2015 г. 1 папа (0,3%) указал, что информация о работе медицинской организации отсутствует (Рисунок 4.9).



**Рисунок 4.9** – Открытость и доступность информации о медицинском учреждении в 2015 г. и в 2018 г.

Участникам исследования было предложено оценить запись на прием к участковому педиатру и врачам-специалистам следующими способами: личное

обращение в регистратуру, посредством личного общения с лечащим врачом, по телефону (Call-центр) и через интернет (gosuslugi.ru) по определенной шкале (очень легко, легко, сложно, очень сложно, не пользовался). Полученные ответы респондентов о сложности и способах записи на прием к участковому педиатру и врачам-специалистам представлены в таблице 4.1.

**Таблица 4.1** – Доступность записи на прием к врачам детской поликлиники в зависимости от способа обращения

Способ обращения	число воспользовавшихся								не пользова-лись	
	общее число (в %)		из них							
			без затруднений		с затруднениями		не удалось записаться			
	2015 г.	2018 г.	2015 г.	2018 г.	2015 г.	2018 г.	2015 г.	2018 г.	2015 г.	2018 г.
личное обращение в регистратуру	98,7	87,6	78,7	84,8	21,3	13,1	0	2,0	1,3	12,4
посредством личного общения с лечащим врачом	51,0	75,2	61,4	95,3	32,0	4,7	6,6	0	49,0	24,8
по телефону (Call-центр)	79,3	81,4	50,8	81,5	45,8	16,3	3,4	2,2	20,7	18,6
через интернет (gosuslugi.ru)	42,7	69,9	42,2	82,3	26,6	13,9	31,2	3,8	57,3	30,1

Самым доступным и распространенным способом записи на прием к врачу остается регистратура. Все обратившиеся в регистратуру детской поликлиники (98,7 на 100 респондентов в 2015 г. и 87,6 на 100 респондентов в 2018 г. респондентов) смогли записаться на прием, из них у 21,3 на 100 опрошенных в 2015 году и 13,1 на 100 опрошенных в 2018 г. возникали те или иные трудности, что связано в основном с временным фактором (очереди). Вторым по распространенности способом является запись через Call-центр (79,3 на 100 опрошенных в 2015 г. и 81,4 на 100 опрошенных в 2018 г.), но в 2015 г. 45,8% обратившихся отмечали наличие затруднений, а 3,4 на 100 респондентов не удалось записаться этим способом. В 2018 г. затруднения возникли только 16,3 на

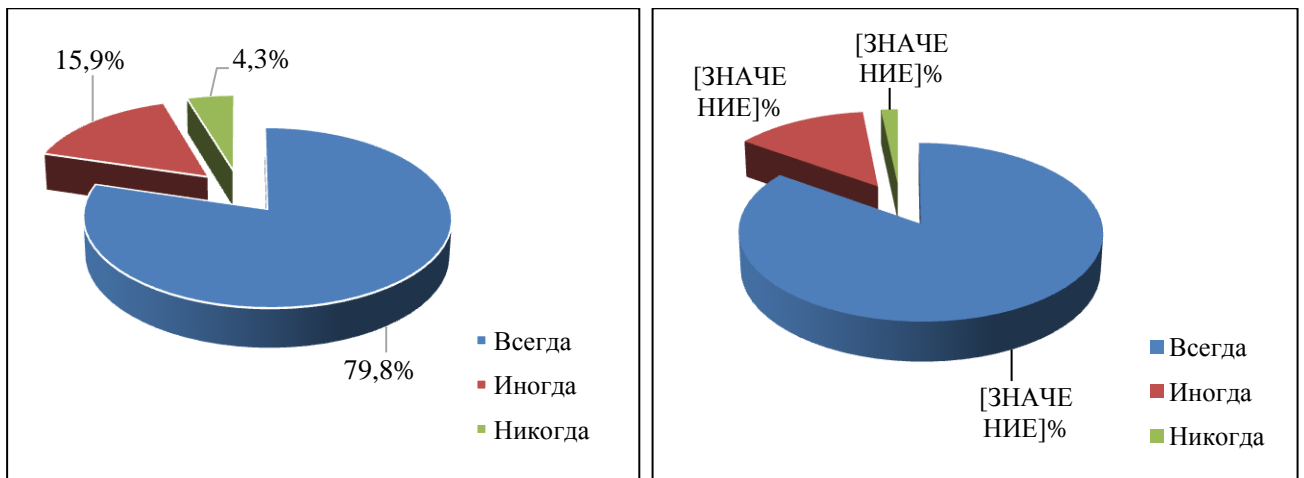


опрошенных (в 2,8 раза меньше), не удалось записаться по телефону 2,2 на 100 респондентов. Личное общение с доктором для записи на прием использовали в 2015 году 51,0 на 100 респондентов, из них удалось записаться 93,4 на 100 обратившихся, в том числе с затруднениями 32,0 на 100 опрошенных. Не смогли записаться на прием таким способом 6,6 на 100 опрошенных, они были направлены в регистратуру. В 2018 г. личное общение с лечащим врачом использовали 75,2 на 100 респондентов, и все смогли записаться.

На сайте gosuslugi.ru (через Интернет) на прием к врачу записались в 2015 г. 42,2 на 100 респондентов, у 26,6 на 100 опрошенных возникли сложности, а еще 31,2 на 100 респондентов не удалось записаться на прием, более половины респондентов (57,3 на 100 опрошенных) им не пользовались. В 2018 г. Интернет используют 69,9 на 100 респондентов, из них только 3,8 на 100 респондентов (в 8,2 раза меньше, чем в 2015 г.) не удается записаться на прием к врачу. Не используют Интернет для записи на прием к врачу 30,1 на 100 опрошенных.

По действующему законодательству любое медицинское вмешательство должно осуществляться только после получения информированного добровольного согласия одного из родителей (или законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет [81]. Наличие добровольного информированного согласия входит в критерии оценки качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 июля 2016 г. № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»). Результаты анкетирования свидетельствуют, что в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях не всегда соблюдается это законодательная норма. Добровольное информированное согласие на оказание медицинских услуг ребенку (прививки, медосмотр, заболевание и др.) всегда подписывали в 2015 г. 79,8 на 100 опрошенных, иногда – 15,9 на 100 опрошенных, не подписывали 4,3 на 100 опрошенных (Рисунок 4.10). В 2018 г. всегда подписывали добровольное информированное согласие

84,9 на 100 респондентов, иногда – 13,4 на 100 опрошенных, не подписывали 1,7 на 100 опрошенных.

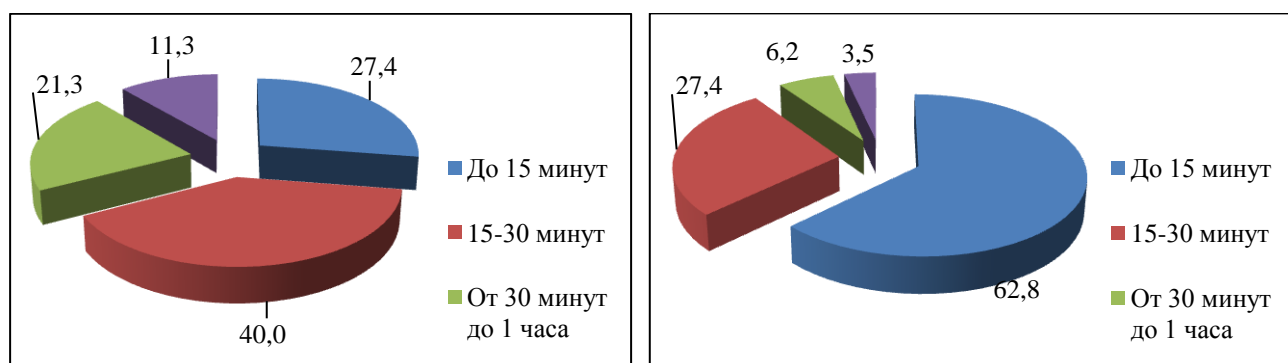


**Рисунок 4.10** – Подпись респондентами добровольного информированного согласия на оказание медицинских услуг ребенку в 2015 г. и 2018 г.

Важным разделом, свидетельствующим о качестве медицинской помощи, является информация от врача о состоянии здоровья ребенка. Для большинства респондентов, как в 2015, так и в 2018 г. информация, получаемая от врача о состоянии здоровья их ребенка, достаточна и понятна (78,4-89,4 на 100 опрошенных), недостаточной и непонятной эту информацию считали в 2015 г. 11,3 на 100 респондентов, в 2018 г. – 6,2 на 100 опрошенных, затруднились с ответом 10,3 на 100 респондентов в 2015 г. и 4,4 на 100 опрошенных в 2018 г. Таким образом, в 2015 г. пятая часть (21,6%) родителей получали неполную, с их точки зрения, информацию о состоянии здоровья ребенка или не получали ее совсем. В 2018 г. доля родителей, которые получали неполную информацию о состоянии здоровья ребенка или не получали ее совсем составила 10,6 на 100 опрошенных.

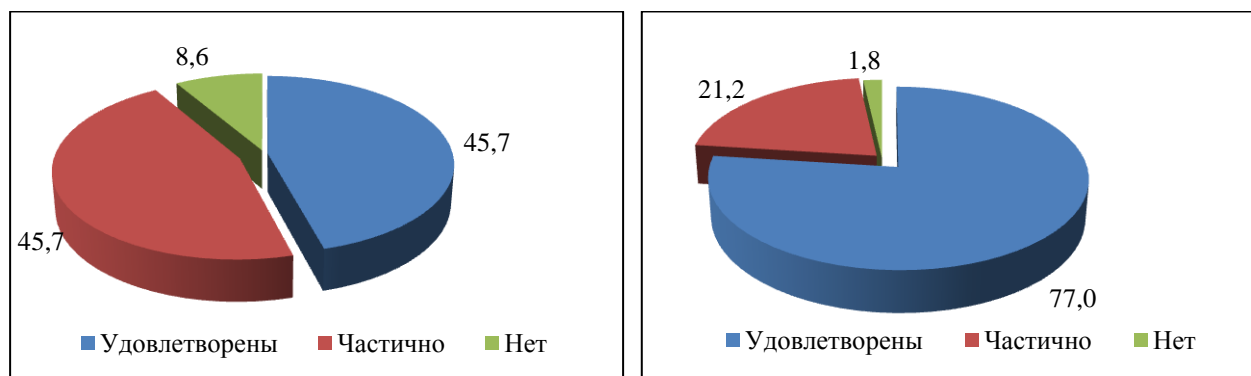
Немаловажным критерием доступности медицинской помощи является время ожидания приема врача. В 2015 г. в большинстве случаев (40,0 на 100 опрошенных) на ожидание приема ребенка участковым врачом-педиатром у респондентов уходило 15-30 минут, до 15 минут тратили 27,4 на 100 респондентов, от 30 минут до 1 часа – 21,3 на 100 опрошенных, более 1 часа –

11,3 на 100 опрошенных (Рисунок 4.11). По мнению респондентов, во время длительного ожидания они не только испытывают неудобства, но и подвергают риску ухудшения состояние здоровья их ребенка. В 2018 г. большинство респондентов ожидали приема участкового врача до 15 минут (62,8 на 100 опрошенных, в 2,3 раза больше), до 30 минут ожидали приема 27,4 на 100 опрошенных, от 30 минут до 1 часа – 6,2 на 100 опрошенных родителей, более 1 часа – 3,5 на 100 опрошенных.



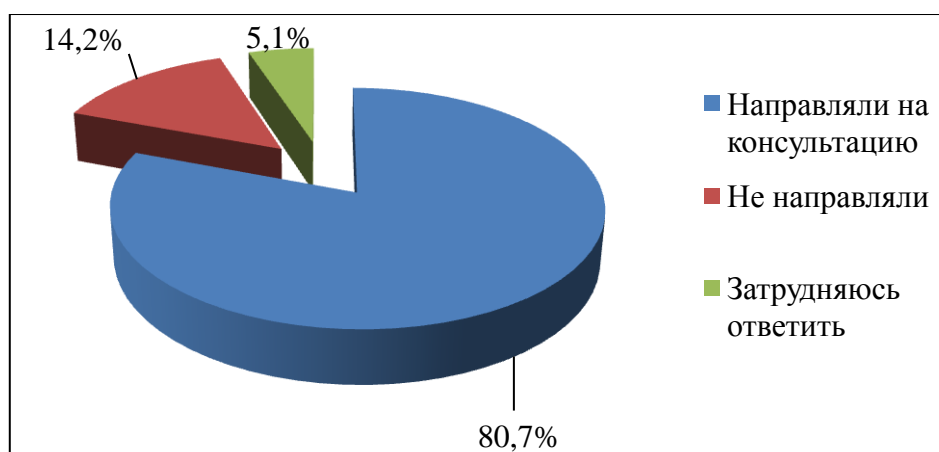
**Рисунок 4.11** – Время ожидания приема участкового врача-педиатра в 2015 г. и в 2018 г.

Доступностью и графиком работы участкового педиатра и врачей-специалистов детской поликлиники в 2015 г. были удовлетворены полностью либо частично, в равных долях по 45,7 из 100 респондентов, не удовлетворены 8,6 из 100 опрошенных. В 2018 г. полностью удовлетворены 77,0 на 100 респондентов, частично – 21,2 на 100 респондентов, не удовлетворены – только 1,8 на 100 опрошенных (Рисунок 4.12).



**Рисунок 4.12.** Оценка доступности и графика работы участкового педиатра и врачей-специалистов поликлиники в 2015 г. и в 2018 г.

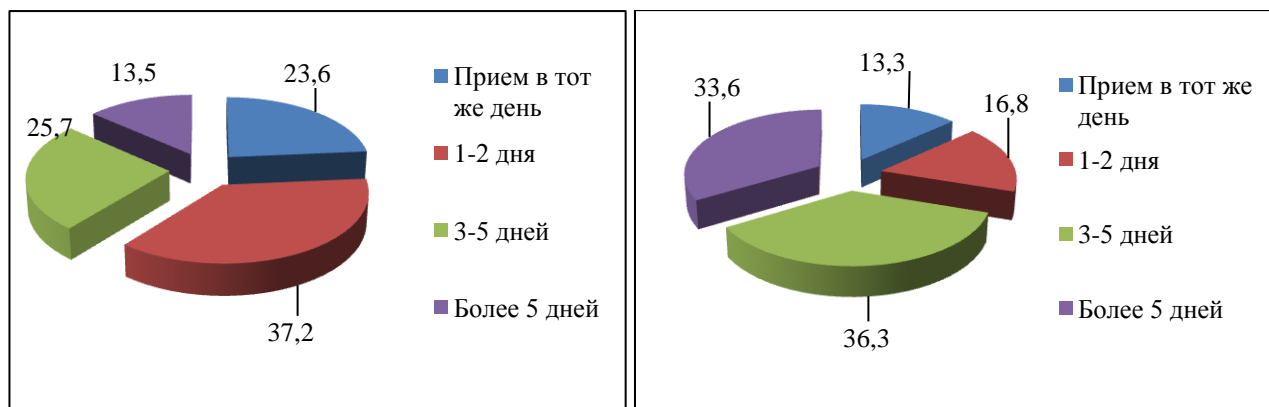
При наличии медицинских показаний участковый врач-педиатр должен направлять ребенка на консультацию к врачам-специалистам лечебного учреждения. Из общего числа участников исследования 80,7 на 100 респондентов отметили, что их ребенка направляли на консультацию к врачам-специалистам, у 14,2 на 100 опрошенных дети не направлялись на консультации, затруднились с ответом 5,1 на 100 опрошенных (Рисунок 4.13).



**Рисунок 4.13.** – Направление ребенка участковым педиатром на консультацию к врачам-специалистам в 2015 г.

В 2015 г. при направлении ребенка к врачу-специалисту 37,2 на 100 респондентов ожидали приема 1-2 дня, 23,6 на 100 опрошенных – 3-5 дней, для 25,7 на 100 опрошенных прием специалиста осуществлялся в тот же день. На ожидание приема специалиста тратили более 5 дней 13,5 на 100 опрошенных респондентов, что указывает на отсроченное оказание специализированной

медицинской помощи детям (Рисунок 4.14). В 2018 г. 36,3 на 100 респондентов ожидали приема 3-5 дней, 33,6 на 100 опрошенных более 5 дней, около 1-2 дней ожидали приема 16,8 на 100 респондентов и у 13,3 на 100 опрошенных прием специалиста осуществлялся в тот же день.



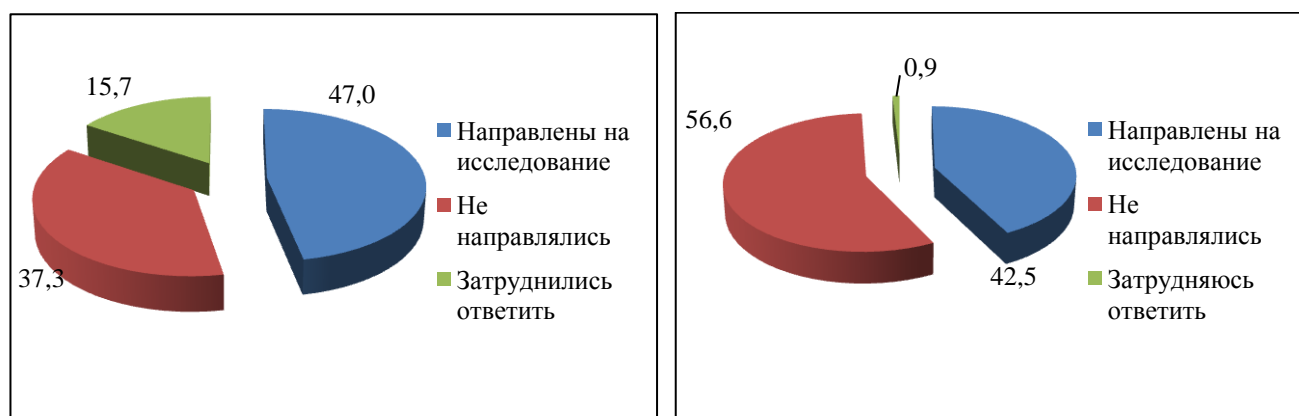
**Рисунок 4.14** – Время ожидания приема врача-специалиста в 2015г. и в 2018 г.

При оказании медицинской помощи и проведении профилактических осмотров детей значительная роль отводится клинико-лабораторной и функционально-диагностической службам (лаборатория, рентгенологический кабинет и т.п.). Их работой в 2015 г. были удовлетворены 62,6 на 100 респондентов, не удовлетворены 12,7 на 100 опрошенных, затруднились ответить на этот вопрос 24,7 на 100 опрошенных (Рисунок 4.15). В 2018 г. удовлетворены работой клинико-лабораторной и функционально-диагностической служб 87,6 на 100 респондентов, не удовлетворены 2,1 на 100, затруднились ответить на этот вопрос 10,3 на 100 опрошенных.



**Рисунок 4.15.** – Удовлетворенность родителей работой диагностических служб детской поликлиники в 2015 г. и в 2018 г.

Для диагностических исследований в 2015 г. 47,0 детей на 100 опрошенных направлялись в другие лечебные учреждения, 37,3 детей на 100 опрошенных не нуждались в этом, и 15,7 на 100 опрошенных затруднились с ответом на вопрос (Рисунок 4.16). В 2018 г. в другие лечебные учреждения направлялись 42,5 детей на 100 опрошенных, 56,6 детей на 100 опрошенных не направлялись в другие ЛПУ и 0,9 на 100 респондентов затруднились ответить.



**Рисунок 4.16.** – Направление ребенка в другие ЛПУ для проведения диагностических исследований в 2015 г. и в 2018 г.

Лабораторные диагностические исследования проводились детям бесплатно в 86,6 случаев на 100 опрошенных в 2015 г. и в 92,2 случаев на 100 опрошенных в 2018 г. Инструментальные (УЗИ, ЭКГ и др.) исследования были проведены

бесплатно для детей 84,0 на 100 опрошенных в 2015 г. и 90,2 на 100 респондентов в 2018 г., рентгенологические исследования – для 93,7 детей на 100 опрошенных в 2015 г. и 91,2 детей на 100 опрошенных в 2018 г. В остальных случаях родителям приходилось оплачивать диагностические исследования, которые должны предоставляться бесплатно, затрачивая от 300 до 5000 рублей. Основными причинами являются отсутствие необходимых специалистов и оборудования в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Также в задачи детской амбулаторно-поликлинической службы осуществление профилактической работы с прикрепленным детским населением. В соответствии с приказом Минздрава РФ от 21 декабря 2012 г. №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» профилактические медицинские осмотры детей проводятся в установленные возрастные периоды. При выявлении заболевания(ий) определяется необходимость диспансерного наблюдения, лечения, медицинской реабилитации.

В 2015 г. профилактические медицинские осмотры должны были пройти не менее 95% детского населения г. Волгограда. По мнению респондентов, в 2015 г. профилактический медицинский осмотр проходили 66,8% детей, не проходили 17,5%, остальные 15,6% опрошенных не владели информацией по данному вопросу (Рисунок 4.17).

Из общего числа проведенных профилактических медицинских осмотров основную часть (66,6 на 100 опрошенных) дети прошли в территориальной поликлинике, еще 28,0 на 100 опрошенных осмотров проведены в образовательном учреждении, которое посещает ребенок. Часть медицинских осмотров (5,3 на 100 опрошенных) врачами-специалистами была проведена в других лечебно-профилактических учреждениях.

Детальная характеристика числа осмотров участковым педиатром и врачами-специалистами по месту их проведения приведена в таблице 4.2.

**Таблица 4.2** – Распределение профилактических медицинских осмотров детей по месту их проведения (в % от общего числа профилактических осмотров, проведенных соответствующим специалистом)

Наименование специалиста	Медицинское учреждение				Школа, гимназия, лицей, дошкольное учреждение	
	детская поликлиника		другое		абс. знач.	на 100 опрошенных
	абс. знач.	на 100 опрошенных	абс. знач.	на 100 опрошенных		
Педиатр	207	74,7	2	0,7	68	24,5
Стоматолог детский	113	55,7	24	11,8	66	32,5
Невролог	140	72,2	7	3,6	47	24,2
Хирург детский	141	69,8	6	3,0	55	27,2
Офтальмолог	134	65,0	7	3,4	65	31,6
Оториноларинголог	129	67,9	8	4,2	53	27,9
Психиатр детский	35	53,8	13	20,0	17	26,2
Акушер-гинеколог детский	13	40,6	4	12,5	15	46,9
Уролог-андролог детский	19	61,3	5	16,1	7	22,6
Травматолог-ортопед	74	71,2	4	3,8	26	25,0
Детский эндокринолог	55	63,2	5	5,7	27	31,0

Особое внимание уделяется детям 7-, 10- и 14-летнего возраста, так как в эти возрастные периоды дети должны быть осмотрены 8-9 специалистами, что связано с поступлением ребенка в школу и/или переходом его в среднюю школу.

В абсолютном значении наибольшее число осмотров провел врач-педиатр (277), вторую позицию занимает офтальмолог (206), третью – врач стоматолог детский (203). Далее, в порядке убывания, следуют: детский хирург (202), невролог (194), оториноларинголог (190), травматолог-ортопед (104), детский эндокринолог (87). Наименьшее число осмотров провели врач психиатр детский (65), акушер-гинеколог детский (32), детский уролог-андролог (31).

В детской поликлинике наибольшее число медицинских осмотров осуществил педиатр (74,7 на 100 опрошенных). В первую пятерку также входят невролог (72,2 на 100 опрошенных), травматолог-ортопед (71,2 на 100

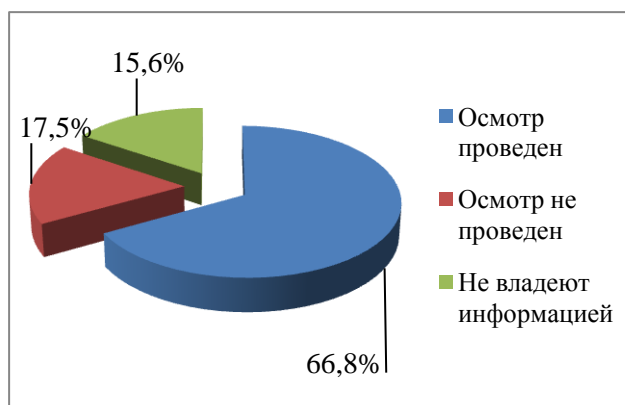


опрошенных), детский хирург (69,8 на 100 опрошенных), оториноларинголог (67,9 на 100 опрошенных).

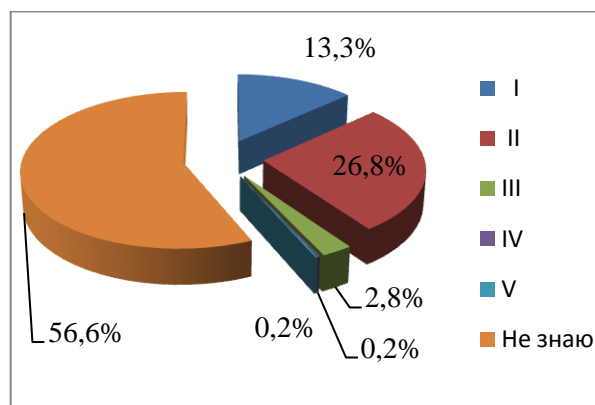
В других, в том числе специализированных, медицинских учреждениях наибольшее число осмотров детей провел врач психиатр детский (20,0 на 100 опрошенных). Далее следуют детский уролог-андролог (16,1 на 100 опрошенных), акушер-гинеколог детский (12,5 на 100 опрошенных), врач стоматолог детский (11,8 на 100 опрошенных), детский эндокринолог (5,7 на 100 опрошенных).

В образовательных учреждениях 46,9 на 100 профилактических осмотров провел акушер-гинеколог детский, вторую позицию занимает врач стоматолог детский (32,5 на 100 профилактических осмотров), третье-четвертое место занимают офтальмолог и детский эндокринолог (по 31,6 на 100 профилактических осмотров и 31,0 на 100 профилактических осмотров соответственно), на пятом – оториноларинголог (27,9 на 100 профилактических осмотров).

В большинстве случаев родители не осведомлены о результатах профилактических осмотров, в том числе и о присвоенной их ребенку группе здоровья. Из числа опрошенных родителей 13,3 на 100 опрошенных предполагали, что их ребенок относится к I группе здоровья, 26,8 на 100 опрошенных – ко II группе, 2,8 на 100 опрошенных – к III группе, 0,2 на 100 опрошенных – к IV и 0,2 на 100 опрошенных – к V группе здоровья. При этом 56,6 на 100 респондентов не знают о группе здоровья их ребенка (Рисунок 4.18). Чаще всего родители не понимают важности определения группы здоровья ребенка, не знают необходимых профилактических и реабилитационных мероприятий для соответствующей группы и не интересуются этим у участкового педиатра, а он, в свою очередь, не разъясняет родителям данный вопрос.



**Рисунок 4.17** – Информированность родителей о проведении профилактического медицинского осмотра ребенка в 2015 г.



**Рисунок 4.18** – Группа здоровья детей по мнению респондентов в 2015 г.

Дети с хроническими заболеваниями нуждаются в особом внимании участкового врача-педиатра. Из 54 детей (12,8 на 100 опрошенных), у которых имеются хронические заболевания, по мнению родителей, все находятся под диспансерным наблюдением участкового педиатра или узких специалистов. Под диспансерным наблюдением участкового педиатра находятся 18 детей с различными диагнозами. Кроме участкового педиатра, диспансерное наблюдение детей осуществляют врачи-специалисты (Таблица 4.3).

**Таблица 4.3** – Диспансерное наблюдение детей врачом-педиатром и врачами-специалистами с указанием диагноза

Специалист	Диагноз
Участковый педиатр	Бронхиальная астма
Участковый педиатр	Вальгусная деформация
Участковый педиатр	Варусная деформация
Участковый педиатр	Синдром Дауна
Участковый педиатр, ЛОР, Офтальмолог	Частичная атрофия зрительного нерва, Тугоухость 4ст
Участковый педиатр, Эндокринолог	Ожирение 2ст
Участковый педиатр, нефролог	Пиелонефрит
Аллерголог	Хронический аллергический ринит, конъюнктивит

*Продолжение таблицы 4.3*

Специалист	Диагноз
Инфекционист	Инфекционный мононуклеоз
ЛОР	Хронический синусит
ЛОР	Хронический тонзиллит
ЛОР	Хронический гайморит
Невролог	Гипертензионно-гидроцефальный синдром
Невролог	Миотонический синдром
Невролог	Нервные тики
Нефролог	Хронический гломерулонефрит
Нефролог	Хронический пиелонефрит
Нефролог	Подковообразная почка без НДП
Офтальмолог	Миопия
Эндокринолог	Ожирение

Некоторые респонденты, не указывая диагноз, отмечали только специалиста, у которого состоит на диспансерном наблюдении их ребенок. Возможно, это связано с тем, что родители считают данный вопрос закрытой информацией.

Таким образом, информацию о работе детской поликлиники две трети опрошенных получали в регистратуре как в 2015 г. так и в 2018 г. Считали ее достаточной и понятной в 2015 г. 67,7 на 100 опрошенных, в 2018 г. 90,3 на 100 опрошенных. Интернет-сайты лечебного учреждения для поиска информации о работе лечебного учреждения используют примерно десятая часть респондентов. Самым распространенным и удобным способом записи на прием к врачу остается личное обращение в регистратуру, на втором месте – запись через Call-центр. Наименее популярным и доступным способом записи на прием в 2015 г. респонденты считали запись через сайт gosuslugi.ru (воспользовались 42,2 на 100 опрошенных), в 2018 г. им пользовались 69,9 из 100 опрошенных. Большинство респондентов (в 2015 г. – 78,4 на 100 опрошенных, в 2018 г. – 89,4 на 100 опрошенных) считали достаточной и понятной информацию о состоянии здоровья ребенка, получаемую от врача.

Отмечено, что в среднем в 2015 г. один родитель указал на 1-2 причины неудовлетворенности медицинской помощью. Одна треть участников опроса отметили, что время ожидания приема участкового педиатра превышало 30 минут, в 2018 г. их доля составила 9,7 на 100 опрошенных родителей, большинство же респондентов ожидали приема участкового врача до 15 минут (62,8 на 100 опрошенных, в 2,3 раза больше, чем в 2015 г.).

Выявлено, что были не удовлетворены доступностью и графиком работы участковых педиатров и врачей-специалистов в 2015 г. каждый второй родитель, не подписывали добровольное информированное согласие на оказание медицинских услуг ребенку каждый пятый родитель. В 2018 г. не удовлетворены доступностью и графиком работы врачей только 1,8 на 100 опрошенных, не подписывали добровольное информированное согласие на оказание медицинских услуг ребенку 1,7 на 100 опрошенных.

При направлении ребенка на консультацию к врачам-специалистам в 2015 г. на ожидание приема уходило до 2-х дней у 37,2 на 100 опрошенных. При этом 13,5 на 100 опрошенных респондентов указали на отсроченное получение необходимой консультации (более 5 дней). В 2018 г. ситуация ухудшилась и опрос показал, что 33,6 на 100 опрошенных ожидали приема более 5 дней, 36,3 на 100 респондентов ожидали приема 3-5 дней. В первую очередь это связано с дефицитом врачей-специалистов. Работой клинико-лабораторной и функционально-диагностической служб в 2015 г. были удовлетворены две трети опрошенных, однако при этом четверть респондентов не смогли оценить работу этого подразделения. В 2018 г. около 90 на 100 опрошенных были удовлетворены диагностической службой детской поликлиники.

Значительное число детей (47,0 на 100 опрошенных в 2015 г. и 42,5 на 100 опрошенных в 2018 г.), направляемых для диагностических исследований в другие подразделения, свидетельствует о недостаточной укомплектованности детских поликлиник соответствующим оборудованием и специалистами.

Указанное обстоятельство привело к тому, что в 6,3-16,0 случаев на 100 опрошенных исследования были оплачены.

Одним из критериев оценки профилактической работы с прикрепленным детским населением является проведение профилактических осмотров и осуществление диспансерного наблюдения. Часть респондентов (в 2015 г. 15,6 на 100 опрошенных) не информированы о проведении медицинских осмотров детям. Родителей в большинстве случаев не интересует группа здоровья ребенка (в 2015 г. 56,6 на 100 опрошенных ее не знали).

## **Глава 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

### **5.1. Анализ организации экспертизы качества медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях.**

Наличие и соблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности 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.) [77].

Согласно ст. 87 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. внутренний контроль проводится наряду с государственным и ведомственным путем определения показателей качества деятельности медицинских организаций, создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг и создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности [82].

Согласно ст. 90 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. порядок проведения процедур внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается руководителем медицинской организации самостоятельно [82].

Таким образом, вопросы оценки и контроля качества медицинской помощи отражены в законодательных актах, приказах Минздравсоцразвития России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Также вопросы качества рассматривались Международной организацией по стандартизации

(ИСО), которая выпустила стандарты по обеспечению качества – ISO 9001-2000, ISO 9002-94, ISO 9003-94, ISO/CD2 9004-2000.

Так, в целях исполнения Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; совместного приказа комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области, Волгоградского государственного медицинского университета, Территориального фонда обязательного медицинского страхования РФ, Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» №703; приказа комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области от 15.08.2011 г. №1631 «О совершенствовании работы по контролю качества оказания медицинской помощи населению Волгоградской области» во всех детских амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Волгограда в течение 2013 г. были утверждены Положения о врачебной комиссии, подкомиссиях врачебной комиссии системы контроля качества оказания медицинской помощи детям.

В приказе определены 3 уровня проведения контроля качества оказания медицинской помощи детям. При каждом уровне экспертизы качества медицинской помощи создавалась клиничко-экспертная комиссия.

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 (смертельный исход ребенка, первичное оформление инвалидности, внутриполиклиническое инфицирование, повторное обращение по поводу одного заболевания, без уточнений сроков обращения, заболевание с укороченными и удалёнными сроками лечения и временной нетрудоспособности, расхождение диагнозов между поликлиникой и стационаром, случаи

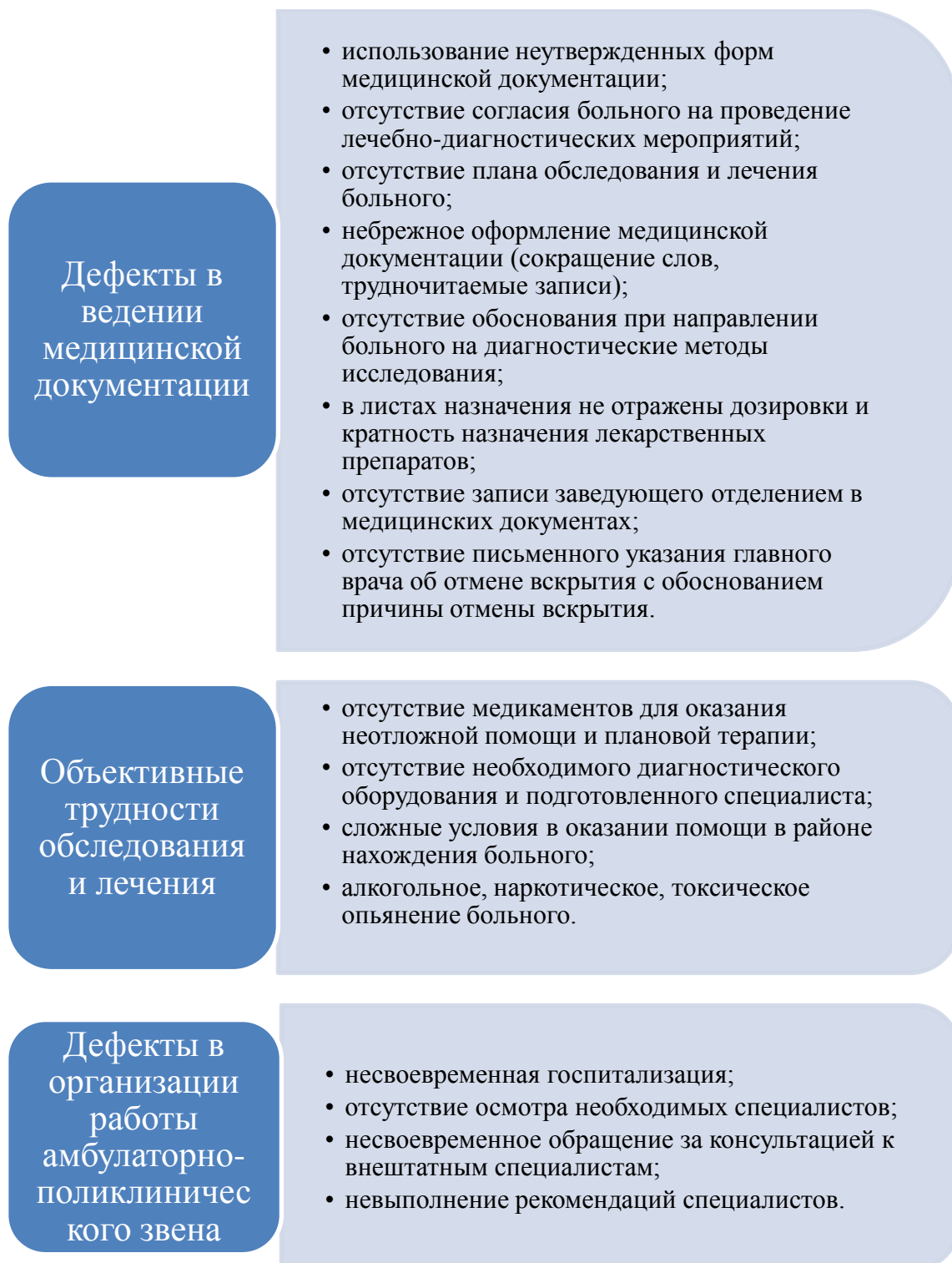
сопровождающиеся жалобами и обращениями пациентов и их родственников).  
Случаи с большим количеством нарушений технологии оказания медицинской помощи выносились на заседания клинико-экспертной комиссии I уровня.

Второй (II) уровень экспертизы качества медицинской помощи детям проводился заместителем главного врача по клинико-экспертной работе, который подвергал анализу не менее 50 экспертиз законченных случаев в месяц и 100% реэкспертиз случаев обязательного экспертного разбора по отделениям. Случаи со значимыми организационно-тактическими и лечебно-диагностическими дефектами выносились на заседания клинико-экспертной комиссии II уровня.

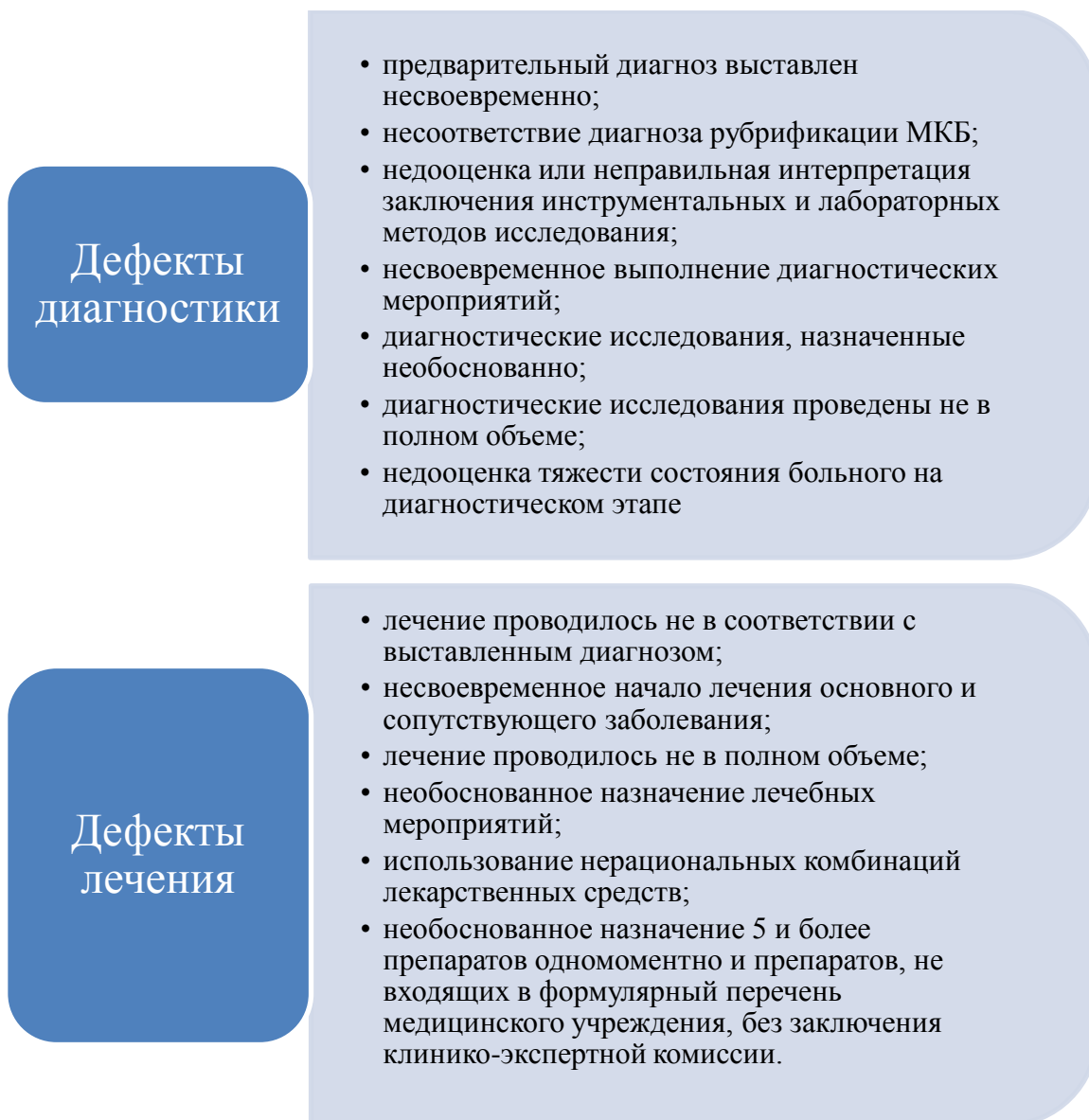
Третий (III) уровень оценки качества медицинской помощи детям проводился подкомиссией врачебной комиссии детской поликлиники. Обязательному экспертному разбору подлежали случаи с дефектами по вышеуказанным причинам обязательных случаев экспертного разбора.

Для оценки технологии оказания медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических условиях были выделены 2 группы дефектов: организационно-тактические и лечебно-диагностические (Рисунки 5.1, 5.2).





**Рисунок 5.1** – Организационно-тактические дефекты технологии оказания медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических условиях



**Рисунок 5.2** – Лечебно-диагностические дефекты технологии оказания медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических условиях

Оценка качества медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях основывалась на количестве выявленных при экспертизе организационно-тактических и лечебно-диагностических дефектов (Таблица 5.1).

**Таблица 5.1** – Структура дефектов оказания медицинской помощи в детской поликлинике в 2013-2014 гг.

			2013 год	2014 год
			1547	1561
<b>Структура дефекта</b>	<b>Организационно-тактические дефекты</b>	Дефекты в ведении медицинской документации (отсутствие согласия больного на проведение лечебно-диагностических мероприятий, небрежное оформление документации)	391	426
		Объективные трудности обследования и лечения (отсутствие необходимого диагностического оборудования и подготовленного специалиста)	84	73
		Дефекты в организации работы амбулаторно-поликлинического звена (несвоевременная госпитализация, отсутствие осмотра необходимых специалистов, несвоевременное обращение за консультацией к внештатным специалистам)	108	96
	<b>Лечебно-диагностические дефекты</b>	Дефекты диагностики (несоответствие диагноза рубрификации МКБ, недооценка тяжести состояния больного, недооценка или неправильная интерпретация диагностических методов исследования)	413	397
		Дефекты лечения (отсутствие необходимого диагностического оборудования и подготовленного специалиста)	305	284

В оказании медицинской помощи детскому населению в 2013-2014 гг. были выявлены дефекты в ведении медицинской документации (отсутствие согласия больного на проведение лечебно-диагностических мероприятий, небрежное оформление документации) – в 25,3-27,3% случаев. Объективные трудности обследования и лечения (отсутствие необходимого диагностического оборудования и подготовленного специалиста) зафиксированы в 4,8-5,4%

случаев. Недочеты в организации работы амбулаторно-поликлинического звена (несвоевременная госпитализация, отсутствие осмотра необходимых специалистов, несвоевременное обращение за консультацией к внештатным специалистам) установлены в 6,1-7,0%. Дефекты в проведении диагностических мероприятий (несоответствие диагноза рубрификации МКБ, недооценка тяжести состояния больного, недооценка или неправильная интерпретация диагностических методов исследования) выявлены в 25,4-26,7% случаев. Проблемы при обследовании и лечении пациента (отсутствие необходимого диагностического оборудования и подготовленного специалиста) установлены в 18,2-19,7% случаев.

Таким образом, осуществлялась выборочная экспертиза качества медицинской помощи 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 значительное количество рабочего времени эксперта. Отсутствие алгоритма оценки КМП, формы сбора информации, ограниченный поиск дефектов негативно сказывается на эффективности экспертизы КМП в поликлинике. Согласно данной методике проводился поиск дефектов и возможное их устранение, но оценить их влияние и провести количественный сравнительный анализ КМП в лечебном учреждении не представлялось возможным.

Выделенные блоки дефектов не могли отразить полной и достоверной оценки медицинской помощи, поэтому возникла необходимость выделения дополнительных критериев оценки качества медицинской помощи.

## **5.2. Оценка кадровой обеспеченности, показателей работы и материально-технического оснащения детских амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения.**

Детская поликлиника оказывает профилактическую, консультативную, диагностическую и лечебную помощь детям. Кроме того, поликлиника организует и координирует межведомственное взаимодействие с учреждениями образования (школами, профессиональными училищами и др.), социальной защиты, обеспечения правопорядка, военными комиссариатами и др. Задачи детской поликлиники определяют ее структуру и кадровый состав (перечень специалистов, число их должностей). Штатная численность медицинского персонала детских амбулаторно-поликлинических учреждений устанавливается руководителем медицинской организации исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого детского населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 N366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» [87].

Известно, что качество медицинской помощи определяется не только состоянием материально-технической базы здравоохранения, адекватностью применяемых организационных форм, но также обеспеченностью и наличием квалифицированных специалистов. Медицинские кадры являются главной, наиболее ценной и значимой частью ресурсов здравоохранения. Эффективное функционирование как всей системы здравоохранения в целом, так и отдельных ее структурных подразделений обеспечивается именно кадровыми ресурсами. Это определяет кадровую политику как один из приоритетов в развитии здравоохранения. Стратегия кадровой политики строится с учетом особенностей национального здравоохранения, оптимальных мер по управлению персоналом и накопленного мирового опыта. Дефицит кадровых и материально-технических ресурсов в настоящее время во многом обусловлен недостаточным финансированием отрасли здравоохранения, а также вследствие оттока врачей из

государственных учреждений здравоохранения в другие, более высоко оплачиваемые секторы экономики.

Особое значение приобретает вопрос о кадровом обеспечении педиатрической службы, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению, и согласованности действий смежных специалистов. Разработка мер по совершенствованию педиатрической службы возможна при комплексном научном подходе к оптимизации работы врачей-педиатров и рациональному использованию педиатрических кадров с учетом адекватного финансирования отрасли.

Первичная медико-санитарная педиатрическая помощь в г. Волгограде в 2013-2014 гг. оказывалась в 18 лечебных учреждениях: в 14 детских поликлиниках, в 3 детских отделениях городских поликлиник и в клиничко-диагностическом центре для детей. С 2015 г. в городе Волгограде стартовала реструктуризация детских лечебных учреждений путем укрупнения и централизации педиатрической службы на уровне городских районов. В среднем в городе Волгограде на одно учреждение, оказывающее амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению, приходилось в 2013 г. 9600 детей, в 2014 г. – 9929 детей.

По мнению экспертов ВОЗ, для обеспечения базового уровня медицинской помощи необходимо 23 специалиста здравоохранения на 10 000 населения. Обеспеченность детского населения врачами и средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения в г. Волгограде за исследуемый период составляла от 32,3 в 2013 г. до 30,3 в 2015, что соответствует требованиям ВОЗ. Средний показатель по Евросоюзу находится на уровне 30,0, в США – 27,0, в Канаде – 20,0. Россия относится к числу стран с высоким уровнем обеспеченности врачами.

С учетом рекомендаций приказа МЗ и СР Российской Федерации от 16.04.2012 N366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» суммарное число специалистов в детских АПУ города Волгограда в расчете на прикрепленное детское население должно составлять 527,9 единиц. В 2014 г. в

целом по всем педиатрическим АПУ города утверждено 452,75 единиц врачебного персонала, что на 75,15 единиц меньше необходимого количества. Фактически занято 419 врачебных ставок, т.е. дефицит врачебных должностей увеличивается до 108,9 ставок. Данные 419 врачебных ставок заняты 323 физическими лицами. Таким образом, количество фактически занятых должностей не соответствует тому объему медицинских услуг, который необходим для удовлетворения потребностей населения.

Рекомендуемые штатные нормативы врачебного персонала детских поликлиник, утвержденные штаты и фактически занятые должности врачебного персонала для оказания амбулаторно-поликлинической помощи с учетом общей численности детского населения города Волгограда в 2014 г. представлены в таблице 5.2.

**Таблица 5.2** – Расчетные, штатные и фактические показатели обеспеченности врачами специалистами детского населения города Волгограда в 2014 г.

Специальность	Врачебный персонал для оказания амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению						
	Рекомендуемое число специалистов на 10 тыс. прикрепленных детей*	Число специалистов в расчете на число детского населения г.Волгограда с учетом рекомендаций приказа*	Фактические данные о числе специалистов, представленные в годовых отчетах учреждений здравоохранения по ф. №30				
			Число штатных должностей	Число занятых должностей	Число физических лиц	Коэф-т укомплектованности	Коэф-т совместительства
педиатр участковый	12,5	223,4	220,5	213	182	96,6	1,2
хирург детский	1	17,9	19,5	18,25	10	93,6	1,8
травматолог-ортопед	1,5	23,5	18	16,5	9	91,7	1,8
уролог-андролог детский	1	17,9	3	2,25	0	75,0	0,0
акушер-гинеколог	1,25	19,6	8	6,25	4	78,1	1,6
оториноларинголог	1,25	19,6	22	19	14	86,4	1,4
офтальмолог	1	15,7	20,25	18,75	16	92,6	1,2
невролог	1,5	23,5	27,75	26	23	93,7	1,1
кардиолог детский	0,5	8,9	11,5	10,5	10	91,3	1,1
эндокринолог детский	0,5	8,9	12,75	11,25	11	88,2	1,0
аллерголог-иммунолог	0,5	7,8	7,5	5,5	3	73,3	1,8
нефролог	0,2	3,1	4,25	3	2	70,6	1,5
гастроэнтеролог	0,3	4,7	8,5	7,5	3	88,2	2,5
инфекционист	0,5	7,8	9	8,5	4	94,4	2,1
рентгенолог	2	31,4	6,5	6	4	92,3	1,5
функциональной диагностики	2	31,4	18,5	14,25	6	77,0	2,4
врач клинической лабораторной диагностики	2	31,4	19	17,75	13	93,4	1,4
физиотерапевт	2	31,4	16,25	14,75	9	90,8	1,6
<b>Итого</b>	<b>31,5</b>	<b>527,9</b>	<b>452,75</b>	<b>419</b>	<b>323</b>	<b>92,5</b>	<b>1,3</b>

\*По приказу МЗ и СР РФ от 16 апреля 2012 г. №366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»



При сравнении данных о количестве рекомендуемых Приказом специалистов и фактически утвержденных штатным расписанием лечебных учреждений в 2014 г. (Таблица 5.2) наблюдался некоторый избыток врачей по специальностям: детская хирургия, оториноларингология, офтальмология, неврология, кардиология детская, эндокринология детская и гастроэнтерология. Однако, это оказалось «мнимым благополучием», поскольку количество фактически занятых должностей и реальных физических лиц не обеспечивало того объема медицинских услуг, который необходим для удовлетворения потребностей детского населения в данных видах медицинской помощи.

В условиях дефицита финансирования руководители поощряют совместительство, что неизбежно ведет к снижению доступности и качества медицинской помощи для населения. Недостаточная укомплектованность детских поликлиник штатным составом специалистов при ограниченном количестве физических лиц определила высокий коэффициент совместительства по должностям. Данная ситуация отмечалась среди хирургов, травматологов, аллергологов-иммунологов, гастроэнтерологов, инфекционистов. Кроме того, врачи урологи-андрологи детские являлись внешними совместителями (занято всего 2,25 должности, при рекомендованном количестве 18 должностей).

Следует отметить очень низкий уровень развития в детских АПУ города Волгограда таких видов помощи как функциональная диагностика, клиническая лабораторная диагностика, физиотерапия.

Как видно из таблицы 1 штатное расписание врачей функциональной диагностики утверждено в количестве 18,5 единиц вместо требуемых 31,4 ставок специалистов этого профиля. Реально 6 врачей данной специальности занимают 14,25 ставок при коэффициенте совместительства 2,4. Таким образом, объем и качество медицинских услуг по функциональной диагностике среди детского населения города недостаточен.

Такая же ситуация складывается с клинической лабораторной диагностикой (13 врачей при коэффициенте совместительства 1,4) и физиотерапией (9 врачей

при коэффициенте совместительства 1,6). По этим специальностям, так же как и по функциональной диагностике, требуется в соответствии с приказом N366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» не менее 31,4 ставок врачей.

В штатной номенклатуре в детских учреждениях города Волгограда не предусмотрены ставки офтальмолога кабинета охраны зрения, онколога детского, ревматолога, педиатра кабинета здорового ребенка, педиатра отделения неотложной медицинской помощи, отделения восстановительной медицины, лечебной физкультуры, педиатра отделения медико-социальной помощи, врача педиатра дневного стационара, врача по гигиене детей и подростков.

Стоматологическая и психиатрическая помощь детскому населению оказывается в специализированных учреждениях. Также в большинстве детских поликлиник города Волгограда акушерско-гинекологическая помощь девочкам оказывается на договорной основе в женских консультациях. Отследить при этом реальные объемы и эффективность оказанной медицинской помощи не представляется возможным.

Показатель укомплектованности штатных врачебных должностей учреждений составлял в 2014 г. 92,5%. Низкий уровень укомплектованности детских АПУ врачами-нефрологами – 70,6%, урологами-андрологами – 75,0%, акушерами-гинекологами – 77,1%, аллергологами-иммунологами – 73,3%, врачами функциональной диагностики – 77,0%. Такое положение ведет к перегрузке работающего врачебного персонала, снижению уровня и качества медицинского обслуживания детского населения.

Основным структурным подразделением поликлиники является педиатрическое отделение, а ведущей фигурой – участковый педиатр. При решении всего объема задач непрерывного медицинского наблюдения за ростом и развитием ребенка участковый педиатр – единственный ответственный врач,

обеспечивающий и отвечающий за оказание квалифицированной медицинской помощи детям всех возрастов на прикрепленном участке.

Необходимый для комплексного подхода к охране здоровья ребенка и подростка объем информации педиатр получает при наблюдении за ребенком в семье, на основании медицинских, социальных, медико-психологических и психолого-педагогических данных о ребенке, поступивших из различных подразделений педиатрической поликлиники, от врачей других медицинских и немедицинских учреждений, педагогов, психологов, работников службы социальной защиты и занятости, военных комиссариатов, правоохранительных органов и др. Такой значительный объем информации о ребенке необходим педиатру для адекватного решения экспертных вопросов, реализации комплексного подхода к первичной и вторичной профилактике на индивидуальном и семейном уровнях.

В 2013 г. в детской амбулаторно-поликлинической службе города Волгограда 177 физических лица занимали 218,5 должностей участковых педиатров, из необходимых 218 штатных должностей. В 2014 г. 182 физическими лицами было занято 220,5 должностей участковых педиатров из необходимых 223,4 штатных должностей. В целом по городу дефицит врачей участковых педиатров (физических лиц) в 2013 г. составил 42 человека, в 2014 г. – 41 человек.

Коэффициент совместительства врачей педиатров участковых в 2013-2014 гг. составил 1,2. В среднем на 1 врача-педиатра участкового приходится  $982,0 \pm 250$  ребенка, при нормативе 800 детей.

Приведенные данные свидетельствуют, что деятельность участковых врачей сопряжена со значительным интеллектуальным, физическим и эмоциональным напряжением.

В таблице 5.3 отражены показатели амбулаторно-поликлинического обслуживания детского населения города Волгограда в 2013-2014 гг.

**Таблица 5.3** – Показатели амбулаторно-поликлинического обслуживания детского населения в городе Волгограде в 2012-2014 гг.

Показатель		2013 год	2014 год
Число посещений на одного ребенка в год	ко всем специалистам с учетом профилактических осмотров	19,8	17,3
	к врачу педиатру участковому	8,6	7,8
Число посещений в день на одну занятую должность врача педиатра участкового	всего	30,9	28,1
	в том числе на дому	5,4	4,2
Удельный вес посещений к врачу педиатру участковому	от общего числа посещений ко всем специалистам	43,6	43,6
	по поводу заболеваний	69,2	60,1
Удельный вес посещений на дому врачами педиатрами участковыми, к общему числу посещений на дому		96,3	99,9

Среднее число посещений детской поликлиники на одного ребенка (с учетом профилактических осмотров и обращений в связи с заболеваниями) в 2013 г. составило 19,8, в 2014 г. – 17,3 (при рекомендуемом показателе 8,65). Данный показатель на отдельных педиатрических участках существенно зависит от возрастной структуры и количества прикрепленного детского населения. Анализ показателя в разрезе детских поликлиник выявил достоверное превышение рекомендуемого показателя (8,65 посещений на 1 ребенка) в 1,5-3,4 раза, т.к. число посещений ко всем специалистам варьировало от 13,4 до 29,8, при этом доля посещений к педиатру составляла 26,9-55,2%. По поводу заболеваний доля посещений составляла от 24,5 до 68%, т.е. в ряде поликлиник основным поводом посещений ребенка АПУ было профилактическое посещение.

На участковых педиатров в 2013-2014 гг. приходилось 43,6% всех посещений, сделанных детьми ко всем специалистам поликлиники. Число посещений врачами педиатрами участковыми детей на дому к общему числу

посещений, сделанных на дому всеми специалистами, практически близок к 100%.

На одну занятую должность педиатра участкового в среднем приходилось в 2013 г. 30,9 посещений, в 2014 г. – 28,1, в том числе 4,2-5,4 посещения на дому. Таким образом, за исследуемый период отмечалось сокращение числа посещений на одного ребенка в год как ко всем специалистам, так и к врачу участковому педиатру.

В структуре причин обращений детского населения к участковым педиатрам преобладают заболевания. В 2013 г. данный показатель составил 69,2%, в 2014 г. он снизился до 60,1%. В 2013-2014 гг. каждый ребенок в среднем посетил участкового педиатра 7,8-8,6 раза, вариабельность по детским поликлиникам города составляла от 5,8 до 11,3 раз.

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Волгограда составляло 1:1,4 в 2013 г., 1:1,5 – в 2014 г. В среднем по России соотношение врачей и среднего медицинского персонала находится на уровне 1:2, несмотря на то, что целевые индикаторы для этого показателя 1:3. Во многих европейских странах это соотношение еще выше – 1:4.

В РФ учет врачей отличается от такового в других странах. Медицинские кадры в соответствии с дефиницией Всемирной организации здравоохранения определяются широко, включая «всех людей участвующих в работе по улучшению здоровья населения», в том числе врачей, медсестер, акушерок, стоматологов, вспомогательный персонал, «общинных» медицинских работников, социальных работников и других лиц, оказывающих помощь больным, а также организаторов здравоохранения и других вспомогательных работников, не оказывающих непосредственно медицинскую помощь, но необходимых для функционирования системы здравоохранения, в частности администраторов,

специалистов по медицинской информации и статистике, экономистов здравоохранения, экспертов по логистике, медицинских секретарей и других.

Основными причинами дефицита медицинских кадров ВОЗ считает: старение работников здравоохранения и их выход на пенсию; отсутствие молодых специалистов; переход медицинских работников на более высокооплачиваемую работу. По данным социологического исследования, одной из причин дефицита кадров здравоохранения является низкий уровень привлекательности работы [180].

Развитие современного здравоохранения требует соответствия материально-технической базы лечебных учреждений растущим потребностям населения в оказании высокотехнологичной медицинской помощи. Одним из основных критериев, определяющих качество медицинских услуг, является состояние материально-технической базы учреждений здравоохранения. В современной системе управления здравоохранением материально-техническое снабжение медицинских учреждений обеспечивает качество и эффективность решения важнейшей социальной задачи государства – оказание медицинской помощи населению.

В 2013 г. общее количество единиц аппаратуры в учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению г. Волгограда составило 115 единиц, из них 55,6% находились в эксплуатации от 6 до 10 лет включительно, в 2014 г. – 116 единиц, из которых 58,6% эксплуатировались 6-10 лет. За исследуемый период на долю медицинского оборудования, находящегося в эксплуатации до 3-х лет, приходилось 12,1-16,5% от общего числа единиц аппаратуры (Таблица 5.4.). Приборы и аппараты, эксплуатируемые длительный период не могут гарантировать высокое качество обследований и эффективность лечения больных детей. Количество ежегодно закупаемой медицинской техники за исследуемый период увеличивается незначительно.

**Таблица 5.4** – Оснащение аппаратурой и оборудованием детских амбулаторно-поликлинических учреждений г. Волгограда

Аппаратурное оснащение	2013 год	2014 год
Электрокардиографы	51	51
Системы ХМ ЭКГ	5	5
Количество регистраторов к ним	11	12
Системы СМ АД	5	6
Количество регистраторов к ним	5	6
Комплексы для дозированной физической нагрузки	3	3
Реографы	12	13
Электроэнцефалографы	7	8
Спирографы	12	10
из них: электронные	9	6
Приборы для индивидуального контроля дыхания (пикфлоуметры)	14	14
Анализаторы газового состава воздушных смесей	1	1
Пульсоксиметры	2	2
Другие приборы для функциональной диагностики	3	3
Общее количество единиц аппаратуры	115	116
из них: в эксплуатации до 3-х лет включительно	19	14
от 4-х до 5-ти лет включительно	32	33
от 6-ти до 10-ти лет включительно	64	68

Мощность территориальной поликлиники – технико-экономический показатель, характеризующий суммарную пропускную способность кабинетов врачебного приема, выраженный в посещениях в смену. Мощность поликлиники находится в прямой зависимости от численности обслуживаемого населения и числа педиатрических участков

По мощности поликлиники делятся на 5 категорий (по числу посещений в смену). За исследуемый период в Волгограде 8 детских амбулаторно-поликлинических учреждений относились к 5 категории (до 250 посещений в смену), 9 учреждений – к 4 категории (250-500 посещений в смену), 1 детская поликлиника – к 3 категории (500-750 посещений в смену).

Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению г. Волгограда в 2013-2014 гг. оказывалась в 18 лечебных учреждениях, которые расположены в 40 зданиях, из них 7,5% зданий находились в аварийном состоянии и 2,5% зданий требовали сноса

К благоустройству лечебных учреждений относится водопровод, горячее водоснабжение, центральное отопление, канализация и телефонная связь. Водопроводом за следуемый период оснащено 97,5-100% зданий лечебных учреждений. При этом горячим водоснабжением оснащено 61,3-69,0% учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям. Центральное отопление имеют 95,0-97,5% зданий, канализацию – 95,0-97,5% зданий, телефонную связь – 90,0% зданий в 2013 г. и 100% – в 2014г.

Целью информатизации системы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи на основе автоматизации процесса. Одним из ведущих компонентов информатизации отрасли здравоохранения, является ее компьютеризация, т.е. применение компьютера непосредственно в ходе ежедневной работы как врачебного, так и среднего медицинского персонала. В диапазон использования средств вычислительной техники должно входить в амбулаторно-поликлиническом учреждении: ведение электронных медицинских карт, заполнение учетных форм, формирование статистических отчетов, в том числе по диспансеризации детского населения.

В 2013 г. детские амбулаторно-поликлинические учреждения г. Волгограда были оснащены 679 персональными электронно-вычислительными машинами (ПЭВМ), в 2014 г. – 680 ПЭВМ, мобильными компьютерами (ноутбуками) в 2013-2014 гг. – 22 и 27 соответственно, и печатающими устройствами и МФУ – 465 и 495 соответственно (Таблица 5.5).

Из всех имеющихся ПЭВМ 55,8-56,6% приходилось на административно-хозяйственную деятельность медицинской организации и 43,4-44,2% – на автоматизацию лечебного процесса для медицинского персонала. Мобильные



компьютеры в 81,8-85,2% предназначались для административно-хозяйственной деятельности.

Основная часть компьютерного оборудования приходится на персональные электронно-вычислительные машины (далее ПЭВМ) (93,4-94,3%), второе место в компьютерном парке детских поликлиник занимают мобильные компьютеры (ноутбуки) (3,1-3,7%), третье место – серверное оборудование (2,6-2,9%). Таким образом, в основном врачам в своей работе используют обычные персональные компьютеры.

**Таблица 5.5** – Число и доля компьютерного оборудования в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях

Компьютерное оборудование	2013 год					2014 год				
	Всего	для адм./хоз. деятельности (%)		для автоматизации лечебного процесса (%)		Всего	для адм./хоз. деятельности (%)		для автоматизации лечебного процесса (%)	
Персональные ЭВМ	679	379	55,8	300	44,2	680	385	56,6	295	43,4
Мобильные компьютеры (ноутбуки)	22	17	81,8	4	18,2	27	23	85,2	4	14,8
Серверное оборудование	19	13	68,4	6	31,6	21	14	66,7	7	33,3
Печатающие устройства и МФУ	465	224	48,2	241	51,8	495	236	47,7	259	52,3
Оборудование для видеоконференцсвязи	4	2	50,0	2	50,0	7	3	42,9	4	57,1

Очевидно, что доступность и качество медицинской помощи детям зависят от различных причин. Особое значение приобретает вопрос о кадровом обеспечении педиатрической амбулаторно-поликлинической службы. В целом по всем педиатрическим АПУ города Волгограда отмечается значительный дефицит как врачей педиатров участковых, так и врачей специалистов. Недостаточная укомплектованность детских поликлиник штатным составом специалистов при

ограниченном количестве физических лиц определяет высокий коэффициент совместительства по ряду специальностей от 1,8 до 2,5 ставок. На низком уровне развита медицинская помощь детскому населению по функциональной диагностике, клинико-лабораторной диагностике, физиотерапии. Отсутствует возможность анализа объема и эффективности медицинской помощи, оказанной стоматологами и психиатрами.

Проблемы кадровой обеспеченности приводят к несвоевременному выявлению заболеваний, что негативно отражается на здоровье детей и приводит к 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.

Обеспеченность детских амбулаторно-поликлинических учреждений г. Волгограда компьютерным оборудованием (на 100 медицинских работников) для автоматизации лечебного процесса составила в 2013 г. – 43,4, в 2014 г. – 44,2, т.е. менее половины. С одной стороны, это говорит о том, что прошедшая базовая информатизация создала пусть минимальные, но совершенно реальные и вполне достаточные условия для массового внедрения медицинских информационных систем. С другой стороны все условия для внедрения медицинских информационных систем в лечебные учреждения созданы. С учетом совмещения и особенностей организации работы врача и медсестры, оснащенность компьютерным оборудованием для полноценной автоматизации должна приблизиться к показателю 60-80 единиц на 100 медработников. В настоящее время основная часть компьютерного оборудования применяется в административно-хозяйственной деятельности медицинского учреждения (бухгалтерия, отдел кадров, статистика), т.е. главным компьютеризированным звеном является административно-хозяйственная часть.

## **Глава 6. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

В соответствии с проводимой оптимизацией деятельности медицинских организаций Волгоградской области в 2015 г. для устранения вышеизложенных недостатков и организации единого подхода к оценке КМП и в целях дальнейшего совершенствования организации оказания медицинской помощи детям, в целях усиления и координации мер по организации и осуществлению контроля качества и безопасности оказания медицинской помощи, оценке обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственными препаратами, контроля полноты исполнения стандартов и порядков оказания медицинской помощи, в целях повышения качества оказания медицинской помощи детскому населению Волгоградской области были разработаны медико-организационные мероприятия по совершенствованию экспертизы качества медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических условиях.

### **6.1. Экспертная карта, балльная оценка и автоматизированная система - инструменты совершенствования экспертизы качества медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях**

Электронная экспертная карта по оценке качества медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях разработана на законченный случай медицинской помощи при заболевании несовершеннолетнего. Карта состоит из двух частей: паспортная часть и непосредственно экспертная оценка случая (Рисунки 6.1-6.4).

Паспортная часть экспертной карты включает вопросы, позволяющие идентифицировать и охарактеризовать экспертный случай. В этой части указываются:

- учреждение здравоохранения, ФИО участкового врача-педиатра, ФИО специалиста (если он является лечащим врачом) и причина проведения экспертизы;

- ФИО ребенка, № истории развития ребенка, № врачебного (педиатрического участка), дата обращения за медицинской помощью, пол, возраст, образовательное учреждение ребенка;

- диагнозы (предварительный, заключительный, диагноз сопутствующего заболевания в соответствии с МКБ-10);

- отражается кратность обращения по данному заболеванию.

<b>Эксперт</b>	Учреждение здравоохранения _____
_____	_____
(Ф.И.О.)	Код _____
_____	
(Специальность)	
Ф.И.О. участкового врача-педиатра _____	
Ф.И.О. специалиста (лечащего врача) _____	

**Экспертная карта №**  
**на законченный случай поликлинического обслуживания при заболевании**  
**несовершеннолетнего**

**Причина проведения экспертизы**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. случай, связанный с жалобами                   | 5. плановая по тематически |
| 2. заболевание с удлинёнными или укороченными     | однородной совокупности    |
| сроками лечения от установленных стандартами      | случаев заболеваний        |
| медицинской помощи                                | 6. выборочный контроль     |
| 3. повторное обращение по поводу одного и того же | 7. осложненное течение     |
| заболевания в течение 30 дней                     | заболевания                |
| 4. отказ от госпитализации                        | 8. летальный исход         |

**Паспортная часть**

1. Ф.И.О. ребенка _____	Полис ОМС
_____	серия _____ номер _____
2. № истории развития ребенка _____	Страховая медицинская организация
№ врачебного (педиатрического) участка _____	_____
3. Дата обращения _____	СНИЛС _____
4. Пол: 1. муж. 2. жен	
5. Возраст:	6. Образовательное учреждение:
1. до 1 года	1. ДДУ
2. 1-4 года	2. школа, лицей, гимназия
3. 5-9 лет	3. колледж, ВУЗ
4. 10-14 лет	4. другое
5. 15-17 лет	5. не посещает
7. Диагноз предварительный (по МКБ-10) _____	
_____	
8. Диагноз заключительный (по МКБ-10) _____	
_____	
9. Диагноз сопутствующего заболевания заключительный (по МКБ-10) _____	
_____	
10. Обращение по данному заболеванию	1. первый раз в текущем году
	2. повторно

**Рисунок 6.1 – Экспертная карта на законченный случай медицинской помощи при заболевании несовершеннолетнего в детской поликлинике (стр. 1).**

<b>Экспертная оценка</b>									
<b>1. Оформление медицинской документации</b>	1. четкое 2. нечеткое, небрежное								
<b>2. «Информированное согласие» родителей (опекуна, представителя), несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий</b>	1. имеется 2. отсутствует								
<b>3. Объем описания состояния больного при обращении в поликлинику</b>	1. достаточный, замечаний нет 2. достаточный, с незначительными замечаниями 3. недостаточный 4. описание состояния больного отсутствует								
<b>4. Оценка врачом тяжести состояния пациента при первичном обращении</b>	1. совпадает с заключением эксперта 2. частично не совпадает с заключением эксперта 3. не совпадает с заключением эксперта 4. оценка тяжести состояния пациента отсутствует								
<b>5. План обследования и лечения больного</b>									
<b>5.1. Имеется</b> (далее пункты 5.1.1. и 5.1.2)									
<b>5.2. Отсутствует</b>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>5.1.1 Своевременность</th> <th>5.1.2 Обоснованность</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А. Замечаний нет</td> <td>А. Замечаний нет</td> </tr> <tr> <td>Б. С незначительной задержкой, не повлиявшей на течение и исход заболевания</td> <td>Б. Обоснован, с незначительными замечаниями</td> </tr> <tr> <td>В. Составлен несвоевременно, с большой задержкой</td> <td>В. Имеются существенные замечания</td> </tr> </tbody> </table>	5.1.1 Своевременность	5.1.2 Обоснованность	А. Замечаний нет	А. Замечаний нет	Б. С незначительной задержкой, не повлиявшей на течение и исход заболевания	Б. Обоснован, с незначительными замечаниями	В. Составлен несвоевременно, с большой задержкой	В. Имеются существенные замечания
5.1.1 Своевременность	5.1.2 Обоснованность								
А. Замечаний нет	А. Замечаний нет								
Б. С незначительной задержкой, не повлиявшей на течение и исход заболевания	Б. Обоснован, с незначительными замечаниями								
В. Составлен несвоевременно, с большой задержкой	В. Имеются существенные замечания								
<b>6. Своевременность и объем диагностических мероприятий</b>	1. своевременно, в полном объеме 2. не своевременно, но в полном объеме 3. своевременно, но не в полном объеме 4. не своевременно и не в полном объеме 5. показаны, но не проведены 6. проведены, но не показаны								
	} Уточнить в пункте 7								
<b>7. Оценка результатов диагностических исследований</b>									

Виды исследований	Проводимое исследование	Интерпретация лечащим врачом				Показаны, но не проведены	Проведены, но не показаны
		правильно полностью	правильно частично	неверно	не интерпретированы		
Лабораторные методы исследования	общий анализ крови	А	Б	В	Г	Д	Е
	общий анализ мочи	А	Б	В	Г	Д	Е
	биохим. анализ крови	А	Б	В	Г	Д	Е
	анализ крови на глюкозу	А	Б	В	Г	Д	Е
	прочие	А	Б	В	Г	Д	Е
Инструментальные методы исследования	ЭКГ	А	Б	В	Г	Д	Е
	УЗИ	А	Б	В	Г	Д	Е
	ФГС	А	Б	В	Г	Д	Е
	прочие	А	Б	В	Г	Д	Е
Рентгенографические методы исследования	рентгенография	А	Б	В	Г	Д	Е
	КТ	А	Б	В	Г	Д	Е
	ЯМР	А	Б	В	Г	Д	Е
	прочие	А	Б	В	Г	Д	Е

**Рисунок 6.2** – Экспертная карта на законченный случай медицинской помощи при заболевании несовершеннолетнего в детской поликлинике (стр. 2).



<b>8. Совпадение предварительного и заключительного диагнозов</b>	1. совпадает полностью 2. совпадает частично 3. не совпадает																
<b>9. Заключительный диагноз</b>	1. выставлен, соответствует результатам клинического исследования 2. выставлен, не соответствует результатам клинических исследований 3. не выставлен																
<b>10. Соответствие диагнозов рубрификации МКБ-10</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="671 517 900 555">Диагноз</th> <th data-bbox="904 517 1054 555">Выставлен, соответствует</th> <th data-bbox="1059 517 1209 555">Выставлен, не соответствует</th> <th data-bbox="1214 517 1337 555">Не выставлен</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="671 562 900 600">предварительный основного заболевания</td> <td data-bbox="904 562 1054 600"></td> <td data-bbox="1059 562 1209 600"></td> <td data-bbox="1214 562 1337 600"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="671 607 900 645">заключительный основного заболевания</td> <td data-bbox="904 607 1054 645"></td> <td data-bbox="1059 607 1209 645"></td> <td data-bbox="1214 607 1337 645"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="671 651 900 696">сопутствующего заболевания</td> <td data-bbox="904 651 1054 696"></td> <td data-bbox="1059 651 1209 696"></td> <td data-bbox="1214 651 1337 696"></td> </tr> </tbody> </table>	Диагноз	Выставлен, соответствует	Выставлен, не соответствует	Не выставлен	предварительный основного заболевания				заключительный основного заболевания				сопутствующего заболевания			
Диагноз	Выставлен, соответствует	Выставлен, не соответствует	Не выставлен														
предварительный основного заболевания																	
заключительный основного заболевания																	
сопутствующего заболевания																	
<b>11. Оценка начала лечения</b>	1. своевременно 2. с задержкой по объективным причинам 3. не своевременно																
<b>12. Наличие сопутствующего заболевания, отягчающего течение основного заболевания</b>	1. не имеется 2. имеется, учтено при лечении основного заболевания 3. имеется, не учтено при лечении основного заболевания																
<b>13. Адекватность организации лечения</b>	1. соответствует, лечение проводилось с учетом динамики состояния пациента на дому и/или в поликлинике 2. имелись организационные дефекты в лечении по независящим от врача причинам 3. имелись дефекты/упущения в организации лечения																
<b>14. Регулярность наблюдения (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами)</b>	1. соответствовала 2. не соблюдалась по объективным причинам (зафиксировано в медицинской документации) 3. не соблюдалась																
<b>15. Отражают ли записи в истории развития ребенка (амбулаторной карте) эффект от проводимой терапии</b>	1. отражают полностью, замечаний нет 2. отражают, с незначительными замечаниями 3. отражают частично 4. не отражают																
<b>16. В случае необходимости госпитализация ребенка произведена</b>	1. не было необходимости 2. своевременно 3. не своевременно 4. не произведена, имеется добровольный информированный отказ родителей (опекунов, представителей), несовершеннолетнего от госпитализации 5. не произведена, добровольный информированный отказ родителей (опекунов, представителей), несовершеннолетнего от госпитализации отсутствует																
<b>17. Соответствие проводимого лечения выставленному диагнозу</b>	1. соответствует полностью, замечаний нет 2. соответствует, с незначительными замечаниями 3. имеются существенные замечания																

**Рисунок 6.3** – Экспертная карта на законченный случай медицинской помощи при заболевании несовершеннолетнего в детской поликлинике (стр. 3).

<b>18. Комбинации лекарственных средств, используемых при лечении</b>	1. рациональны, совместимы, замечаний нет 2. имеются замечания по совместимости назначенных лекарств 3. необоснованное назначение препаратов, не входящих в формулярный перечень медицинского учреждения, без заключения ВК
<b>19. Дозировка лекарственных средств в соответствии с возрастной группой и весовой характеристикой</b>	1. соответствует полностью 2. соответствует, с незначительными замечаниями 3. не соответствует
<b>20. Необходимость консультативного осмотра специалистами</b>	1. не было необходимости 2. проведен 3. необходим, но не проведен
<b>21. Выполнение врачом рекомендаций консультантов</b>	1. выполнялись полностью 2. не выполнялись или выполнялись частично по усмотрению лечащего врача 3. не выполнялись без оснований
<b>22. Оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности</b>	1. не было необходимости 2. выдан листок нетрудоспособности без нарушений сроков ухода 3. выдан листок нетрудоспособности с нарушением сроков ухода 4. листок нетрудоспособности выдан необоснованно
<b>23. В случае осложнения и/или длительного течения заболевания заключение Врачебной комиссии</b>	1. не было необходимости 2. имеется 3. отсутствует
<b>24. Исход заболевания</b>	1. выздоровление 2. улучшение 3. без изменений 4. ухудшение 5. летальный исход

Группа оценки	Балл	Оценка
А - качество ведения документации		
В - диагностические мероприятия		
С - постановка диагноза		
Д - лечебно-профилактические мероприятия		
К - консультации		
М – оценка лечебно-организационных мероприятий		
<b>Е – интегрированный показатель качества и технологии оказания медицинской помощи</b>		

Итоговое заключение: \_\_\_\_\_

Подпись эксперта \_\_\_\_\_

« » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Рисунок 6.4** – Экспертная карта на законченный случай медицинской помощи при заболевании несовершеннолетнего в детской поликлинике (стр. 4).



Вторая часть экспертной карты отражает результаты непосредственно экспертной оценки оказанной медицинской помощи при заболевании несовершеннолетнему пациенту в поликлинике и включает в себя 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, как его отдельных этапов, так и в целом, 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 (блок А) использованы следующие критерии: четкое или небрежное оформление медицинской документации; наличие или отсутствие «Информированного согласия» родителей на проведение лечебно-диагностических мероприятий несовершеннолетнему; объем описания состояния больного при обращении в поликлинику; наличие записей в истории развития ребенка (амбулаторной карте), отражающих эффект от проводимой терапии; оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности.

Для оценки качества диагностических мероприятий (блок 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 (лабораторных, инструментальных, рентгенологических) методов исследования.

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

Критериями оценки лечебно-профилактических мероприятий (блок D) установлены своевременность начала лечения, которое должно проводиться в соответствии с выставленным диагнозом и с учетом динамики состояния пациента, регулярность наблюдения пациента (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами) с отражением эффекта от проводимой терапии в истории развития ребенка (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 (блок K) 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 (блок M) представлены наличием «Информированного согласия» родителей на проведение лечебно-диагностических мероприятий несовершеннолетнему, регулярностью наблюдения больного (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами), соответствием лечения динамике состояния пациента, своевременной госпитализацией при необходимости,

консультативным осмотром специалистами, оформлением медицинской документации по временной нетрудоспособности, наличием заключения Врачебной комиссии в случае осложнения и/или длительного течения заболевания.

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

Каждый из вариантов ответов экспертной карты имеет 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 качество медицинской помощи считается неудовлетворительным, от 0,85 до 0,899 – удовлетворительным; от 0,9 до 0,949 балла – хорошим, от 0,95 до 1,0 – отличным. Балльная оценка критериев оценки качества медицинской помощи в соответствии с процессуальными индикаторами представлена в таблице 6.1.

**Таблица 6.1** – Балльная шкала оценок результатов экспертизы качества медицинской помощи детскому населению

Критерии оценки	№ вопроса эксперт. карты	Оценка (баллы)
<b>А – качество ведения документации</b>		
<b>А01 – оформление медицинской документации</b>	<b>1</b>	
- четкое		1,0
- нечеткое, небрежное		0
<b>А02 – «Информированное согласие» родителей (опекуна, представителя), несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий</b>	<b>2</b>	
- имеется		1,0
- отсутствует		0
<b>А03 – объем описания состояния больного при обращении в поликлинику</b>	<b>3</b>	
- достаточный (замечаний нет)		1,0

Критерии оценки	№ вопроса эксперт. карты	Оценка (баллы)
- достаточный, с незначительными замечаниями		0,75
- недостаточный		0,25
- описание состояния больного отсутствует		0
A04 – отражают ли записи в истории развития ребенка (амбулаторной карте) эффект от проводимой терапии	15	
- отражают полностью, замечаний нет		1,0
- отражают, с незначительными замечаниями		0,75
- отражают частично		0,25
- не отражают		0
A05 – оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности	22	
- не было необходимости		-
- выдан листок нетрудоспособности без нарушений сроков ухода		1,0
- выдан листок нетрудоспособности с нарушением сроков ухода		0,5
- листок нетрудоспособности выдан необоснованно		0
<b>В – диагностические мероприятия</b>		
V01 – оценка врачом тяжести состояния пациента при первичном обращении	4	
- совпадает с заключением эксперта		1,0
- частично не совпадает с заключением эксперта		0,5
- не совпадает с заключением эксперта		0,25
- оценка тяжести состояния пациента отсутствует		0
V02 – план обследования и лечения больного	5	
- имеется (комбинация из полусуммы V02a и V02б)		-
- отсутствует		0
V02a – своевременность плана обследования и лечения больного	5.1.1	
- имеется (замечаний нет)		1,0
- имеется (с незначительной задержкой, не повлиявшей на течение и исход заболевания)		0,75
- составлен несвоевременно, с большой задержкой		0
V02б – обоснованность плана обследования и лечения больного	5.1.2	
- обоснован (замечаний нет)		1,0
- обоснован (с незначительными замечаниями)		0,75

Критерии оценки	№ вопроса эксперт. карты	Оценка (баллы)
- имеются существенные замечания		0,25
<b>В03 – своевременность и объем диагностических мероприятий</b>	<b>6</b>	
- своевременно, в полном объеме		1,0
- несвоевременно, но в полном объеме		0,5
- своевременно, но не в полном объеме		0,5
- несвоевременно и не в полном объеме		0,25
- показаны, но не проведены		0
- проведены, но не показаны		0
<b>В04 – оценка результатов диагностических методов исследования</b>	<b>7</b>	
<b>В04а – оценка результатов лабораторных методов исследования</b>		
- интерпретированы правильно, полностью		1,0
- интерпретированы правильно, частично		0,75
- интерпретированы неверно		0
- не интерпретированы		0
- показаны, но не проведены		0
- проведены, но не показаны		0
<b>В04б – оценка результатов инструментальных методов исследования</b>		
- интерпретированы правильно, полностью		1,0
- интерпретированы правильно, частично		0,75
- интерпретированы неверно		0
- не интерпретированы		0
- показаны, но не проведены		0
- проведены, но не показаны		0
<b>В04в – оценка результатов рентгенологических методов исследования</b>		
- интерпретированы правильно, полностью		1,0
- интерпретированы правильно, частично		0,75
- интерпретированы неверно		0
- не интерпретированы		0
- показаны, но не проведены		0
- проведены, но не показаны		0
<b>С – постановка диагноза</b>		
<b>С01 – оценка результатов диагностических методов исследования</b>	<b>7</b>	

Критерии оценки	№ вопроса эксперт. карты	Оценка (баллы)
С01а – оценка результатов лабораторных методов исследования		
- интерпретированы правильно, полностью		1,0
- интерпретированы правильно, частично		0,75
- интерпретированы неверно		0
- не интерпретированы		0
- показаны, но не проведены		0
- проведены, но не показаны		0
С01б – оценка результатов инструментальных методов исследования		
- интерпретированы правильно, полностью		1,0
- интерпретированы правильно, частично		0,75
- интерпретированы неверно		0
- не интерпретированы		0
- показаны, но не проведены		0
- проведены, но не показаны		0
С01в – оценка результатов рентгенологических методов исследования		
- интерпретированы правильно, полностью		1,0
- интерпретированы правильно, частично		0,75
- интерпретированы неверно		0
- не интерпретированы		0
- показаны, но не проведены		0
- проведены, но не показаны		0
С02 – совпадение предварительного и заключительного диагнозов	8	
- совпадает полностью		1,0
- совпадает частично		0,5
- не совпадает		0
С03 – заключительный диагноз	9	
- выставлен, соответствует результатам клинического исследования		1,0
- выставлен, но не соответствует результатам клинических исследований		0,25
- не выставлен		0
С04 – соответствие диагнозов рубрификации МКБ-10	10	
С04а – соответствие предварительного диагноза основного заболевания рубрификации МКБ-10		

Критерии оценки	№ вопроса эксперт. карты	Оценка (баллы)
- выставлен, соответствует		1,0
- выставлен, не соответствует		0,25
- не выставлен		0
<b>С04б – соответствие заключительного диагноза основного заболевания рубрификации МКБ-10</b>		
- выставлен, соответствует		1,0
- выставлен, не соответствует		0,25
- не выставлен		0
<b>С04в – соответствие диагноза сопутствующего заболевания рубрификации МКБ-10</b>		
- выставлен, соответствует		1,0
- выставлен, не соответствует		0,25
- не выставлен		0
<b>D – лечебно-профилактические мероприятия</b>		
<b>D01 – оценка начала лечения</b>	<b>11</b>	
- своевременно		1,0
- с задержкой по объективным причинам		0,75
- не своевременно		0
<b>D02 – наличие сопутствующего заболевания, отягощающего течение основного заболевания</b>	<b>12</b>	
- не имеется		-
- имеется, учтено при лечении основного заболевания		1,0
- имеется, не учтено при лечении основного заболевания		0
<b>D03 – адекватность организации лечения</b>	<b>13</b>	
- соответствует, лечение проводилось с учетом динамики состояния пациента на дому и/или в поликлинике		1,0
- имелись организационные дефекты в лечении по независящим от врача причинам		0,75
- имелись дефекты/упущения в организации лечения		0,25
<b>D04 – регулярность наблюдения (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами)</b>	<b>14</b>	
- соответствовала		1,0
- не соблюдалась по объективным причинам (зафиксировано в медицинской документации)		0,75

Критерии оценки	№ вопроса эксперт. карты	Оценка (баллы)
- не соблюдалась		0,25
D05 – отражают ли записи в истории развития ребенка (амбулаторной карте) эффект от проводимой терапии	15	
- отражают полностью (замечаний нет)		1,0
- отражают полностью (с незначительными замечаниями)		0,75
- отражают частично		0,25
- не отражают		0
D06 – в случае необходимости госпитализация ребенка произведена	16	
- не было необходимости		-
- своевременно		1,0
- не своевременно		0,25
- не произведена, имеется добровольный информированный отказ родителей (опекунов, представителей), несовершеннолетнего от госпитализации		0,5
- не произведена, добровольный информированный отказ родителей (опекунов, представителей), несовершеннолетнего от госпитализации отсутствует		0
D07 – соответствие проводимого лечения выставленному диагнозу	17	
- соответствует полностью, замечаний нет		1,0
- соответствует, с незначительными замечаниями		0,75
- имеются существенные замечания		0,25
D08 – комбинации лекарственных средств, используемых при лечении	18	
- рациональны, совместимы, замечаний нет		1,0
- имеются замечания по совместимости назначенных лекарств		0,75
- необоснованное назначение препаратов, не входящих в формулярный перечень медицинского учреждения, без заключения ВК		0
D09 – дозировка лекарственных средств в соответствии с возрастной группой и весовой характеристикой	19	
- соответствует полностью		1,0



Критерии оценки	№ вопроса эксперт. карты	Оценка (баллы)
- соответствует, с незначительными замечаниями		0,75
- не соответствует		0
<b>К – Консультации</b>		
К01 – необходимость консультативного осмотра специалистами	20	
- не было необходимости		-
- проведен		1,0
- необходим, но не проведен		0
К02 – выполнение врачом рекомендаций консультантов	21	
- выполнялись полностью		1,0
- не выполнялись или выполнялись частично по усмотрению лечащего врача		0,5
- не выполнялись без обоснований		0
К03 – в случае осложнения и/или длительного течения заболевания заключение Врачебной комиссии	23	
- не было необходимости		-
- имеется		1,0
- отсутствует		0
<b>М – оценка лечебно-организационных мероприятий</b>		
М01 – «Информированное согласие» родителей (опекуна, представителя), несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий	2	
- имеется		1,0
- отсутствует		0
М02 – адекватность организации лечения	13	
- соответствует, лечение проводилось с учетом динамики состояния пациента на дому и/или в поликлинике		1,0
- имелись организационные дефекты в лечении по независящим от врача причинам		0,75
- имелись дефекты/упущения в организации лечения		0,25
М03 – регулярность наблюдения (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами)	14	
- соответствовала		1,0
- не соблюдалась по объективным причинам		0,75

Критерии оценки	№ вопроса эксперт. карты	Оценка (баллы)
(зафиксировано в медицинской документации)		
- не соблюдалась		0,25
М04 – в случае необходимости госпитализация ребенка произведена	16	
- не было необходимости		-
- своевременно		1,0
- не своевременно		0,25
- не произведена, имеется добровольный информированный отказ родителей (опекунов, представителей), несовершеннолетнего от госпитализации		0,5
- не произведена, добровольный информированный отказ родителей (опекунов, представителей), несовершеннолетнего от госпитализации отсутствует		0
М05 – необходимость консультативного осмотра специалистами	20	
- не было необходимости		-
- проведен		1,0
- необходим, но не проведен		0
М06 – оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности	22	
- не было необходимости		-
- выдан листок нетрудоспособности без нарушений сроков ухода		1,0
- выдан листок нетрудоспособности с нарушением сроков ухода		0,5
- листок нетрудоспособности выдан необоснованно		0
М07 – в случае осложнения и/или длительного течения заболевания заключение Врачебной комиссии	23	
- не было необходимости		-
- имеется		1,0
- отсутствует		0

В экспертной карте три вопроса (№5, №7, №10) представлены в виде комбинационных таблиц. Так в вопросе №7 результаты диагностических

исследований для адекватного анализа при расчетах в блоке В подразделяются на три подблока:

- В04а - оценка результатов лабораторных методов исследования,
- В04б - оценка результатов инструментальных методов исследования,
- В04в - оценка результатов рентгенологических методов исследования.

Каждый подблок оценивается отдельно, что позволяет сделать выводы по конкретным видам диагностики, а затем проводится суммирующая оценка по проведенным диагностическим исследованиям (таблица 6.2).

**Таблица 6.2** – Пример оценки результатов диагностических исследований (7 вопрос экспертной карты).

Виды исследований	Проводимое исследование	Интерпретация лечащим врачом				Показаны, но не проведены	Проведены, но не показаны
		правильно полностью	правильно частично	неверно	не интерпретированы		
Лабораторные методы исследования	общий анализ крови	А	Б	В	Г	Д	Е
	общий анализ мочи	А	Б	В	Г	Д	Е
	биохим. анализ крови	А	Б	В	Г	Д	Е
	анализ крови на глюкозу	А	Б	В	Г	Д	Е
	прочие	А	Б	В	Г	Д	Е
Инструментальные методы исследования	ЭКГ	А	Б	В	Г	Д	Е
	УЗИ	А	Б	В	Г	Д	Е
	ФГС	А	Б	В	Г	Д	Е
	прочие	А	Б	В	Г	Д	Е
Рентгенологические методы исследования	рентгенография	А	Б	В	Г	Д	Е
	КТ	А	Б	В	Г	Д	Е
	ЯМР	А	Б	В	Г	Д	Е
	прочие	А	Б	В	Г	Д	Е

(кружками обведены результаты экспертизы).

Пример расчетов:

А - интерпретированы правильно, полностью – 1,0

Б - интерпретированы правильно, частично – 0,75

В - интерпретированы неверно – 0

Г – не интерпретированы – 0

Д – показаны, но не проведены – 0

Е – проведены, но не показаны – 0

Расчет оценки результатов диагностических исследований

В04а – оценка результатов лабораторных методов исследования

$$(1,0 + 1,0 + 0,75) / 3 = 0,92$$

В04б – оценка результатов инструментальных методов исследования

$$0,75 / 1 = 0,75$$

В04в – оценка результатов рентгенографических методов исследования

$$(1,0 + 0) / 2 = 0,5$$

В04 - Оценка результатов диагностических исследований

$$(0,92 + 0,75 + 0,5) / 3 = 0,72$$

По каждому из перечисленных разделов экспертизы рассчитывается результирующая оценка, которая представляет собой среднюю арифметическую оценку всех подразделов и позволяет отдельно оценивать различные этапы и аспекты оказания медицинской помощи:

$$A = (A01 + A02 + A03 + A04 + A05) / 5$$

$$B = (B01 + B02 + B03 + B04a + B04б + B04в) / 6$$

$$C = (C01a + C01б + C01в + C02 + C03 + C04a + C04б + C04в) / 8$$

$$D = (D01 + D02 + D03 + D04 + D05 + D06 + D07 + D08 + D09) / 9$$

$$K = (K01 + K02 + K03) / 3$$

$$M = (M01 + M02 + M03 + M04 + M05 + M06 + M07) / 7$$

Пример расчета оценки результатов экспертизы блока А – качество ведения документации:

Оформление медицинской документации – четкое – 1,0;

«Информированное согласие» родителей (опекуна, представителя), несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий – отсутствует – 0;

Объем описания состояния больного при обращении в поликлинику - достаточный, с незначительными замечаниями – 0,75;

Записи в истории развития ребенка (амбулаторной карте) эффект от проводимой терапии - отражают, с незначительными замечаниями – 0,75;

Оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности - выдан листок нетрудоспособности без нарушений сроков ухода – 1,0.

Пример расчета результирующей оценки по разделу А – качество ведения документации представлен в таблице 6.3.

**Таблица 6.3** – Пример оценки результатов качества ведения медицинской документации (Блок А экспертной карты).

<b>Экспертная оценка</b>	
<b>1. Оформление медицинской документации</b>	<p><input checked="" type="radio"/> 1. четкое</p> <p>2. нечеткое, небрежное</p>
<b>2. «Информированное согласие» родителей (опекуна, представителя), несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий</b>	<p>1. имеется</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2. отсутствует</p>
<b>3. Объем описания состояния больного при обращении в поликлинику</b>	<p>1. достаточный, замечаний нет</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2. достаточный, с незначительными замечаниями</p> <p>3. недостаточный</p> <p>4. описание состояния больного отсутствует</p>
<b>15. Отражают ли записи в истории развития ребенка (амбулаторной карте) эффект от проводимой терапии</b>	<p>1. отражают полностью, замечаний нет</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2. отражают, с незначительными замечаниями</p> <p>3. отражают частично</p> <p>4. не отражают</p>

<p><b>22. Оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности</b></p>	<p>1. не было необходимости</p> <p>2. выдан листок нетрудоспособности без нарушений сроков ухода</p> <p>3. выдан листок нетрудоспособности с нарушением сроков ухода</p> <p>4. листок нетрудоспособности выдан необоснованно</p>
---	--

(кружками обведены результаты экспертизы)

$$A = (1,0+0+0,75+0,75+1,0) / 5 = 3,5 / 5 = 0,7$$

Итоговая (интегрированная) оценка (E) определяется как сумма всех результирующих оценок по разделам, деленная на количество оцененных разделов экспертной карты (например, в том случае, если проанализированы все разделы карты, итоговая оценка будет рассчитываться следующим образом:  $E = [A+B+C+D+K+M] / 6$ ).

Таким образом, разработанная математическая модель совокупности ответов и заключений экспертов по вопросам карты дает возможность оценить экспертируемые качественные признаки в количественном эквиваленте. Экспертизе КМП в детской поликлинике по предложенной методике могут быть подвергнуты все случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Разработанная экспертная карта и балльная оценка отвечают основным требованиям к системам и методам оценки КМП, а именно:

- отражает суть врачебной деятельности, т.е. оценивает качество основных элементов взаимодействий; доступна для широкой группы врачей;
- оценивает действия врача, направленные на устранение ошибок предшествующих этапов медицинской помощи;
- устанавливает типичные ошибки врачебной деятельности;

- может использоваться независимо от изменения элементов технологии оказания медицинской помощи и регистрации данных экспертизы;
- минимизирует субъективизм оценки КМП и регистрации данных экспертизы;
- предоставляет возможность количественной оценки КМП;
- устанавливает рациональность использования реально существующих ресурсов медицинского учреждения;
- не противоречит логике повседневной работы врача;
- предоставляет возможность формализованного обоснования любой врачебной ошибки;
- пригодна для использования при любых заболеваниях и на любых этапах медицинской помощи.

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».

По завершению проведения экспертизы случаев оказания медицинской помощи и внесения информации в автоматизированную систему «АИС КМП Детская поликлиника» создается база данных, которая дает возможность:

- получить персонифицированную оценку деятельности участковых врачей педиатров и врачей специалистов и проводить сравнительный анализ их деятельности;
- выбирать из базы данных экспертные карты пациентов, находившихся на лечении у конкретного врача;
- формировать по конкретным параметрам (нозология, пол, возраст ребенка, образовательное учреждение и т.п.) однородные группы больных детей и оценивать качество оказанной им медицинской помощи;
- осуществлять экспертную оценку профилей индикаторов и итогового (интегрированного) показателя КМП в данной детской поликлинике;

- пользоваться электронной версией Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10);

- выбрать необходимый период времени, за который нужно получить информацию об экспертируемых случаях;

- выбирать экспертные карты по отдельным критериям оценки качества медицинской помощи.

Формирование базы данных с использованием процессуальных индикаторов и итогового показателя по оценке экспертизы качества в разрезе отдельных учреждений и в целом на региональном уровне позволит повысить эффективность деятельности педиатрической амбулаторно-поликлинической службы по охране здоровья детского населения.

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» детскую поликлинику г. Волгограда ГУЗ «Детская поликлиника №1» (ДП №1).

## **6.2. Оценка эффективности внедрения медико-организационных мероприятий по совершенствованию экспертизы КМП в детских поликлиниках**

### **6.2.1. Мониторинг КМП в детской поликлинике города Волгограда по группам процессуальных индикаторов**

За 2015-2017 гг. по разработанной методике проанализированы результаты 2257 экспертиз законченных случаев медицинской помощи при заболевании в детских поликлиниках. В 2015 г. были проведены экспертизы и проанализированы 572 законченных случая медицинской помощи при заболевании несовершеннолетнего, в 2016 г. – 861 случай, в 2017 г. – 824 случая.



Как было сказано выше, все результаты экспертируемых случаев оказания медицинской помощи в детских поликлиниках анализировались по 6 профилям процессуальных индикаторов, на основе которых вычислялась итоговая (интегрированная) оценка качества оказания медицинской помощи.

Оценка качества ведения документации (блок А) в 2015 г. составила 3,24 балла. Дефекты, зафиксированные экспертами, касались оформления медицинской документации, отсутствия информированного согласия родителей или законных представителей 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. Оформление документации по временной нетрудоспособности получило наивысшую (5,0 балла) оценку. Доля экспертных карт, оценённых «неудовлетворительно» в блоке А, составляла 57%. В 2016 г. оценка блока снизилась до 3,12 балла. Эксперты вновь отметили небрежное оформление медицинской документации, отсутствие информированного согласия родителей, замечания или недостаточный объем в описании больного при обращении в поликлинику, частичные или недостаточные записи в истории развития ребенка, отражающие эффект от проводимой терапии. Доля экспертных карт, оценённых «неудовлетворительно», составила 52%. К 2017 г. количество дефектов уменьшилось, доля экспертных карт, оценённых «неудовлетворительно» в блоке А, сократилась до 34%, 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 2016 г. основные замечания экспертов относились к своевременности и объему диагностических мероприятий, к интерпретации лечащим врачом лабораторных и рентгенологических методов исследования, оценка снизилась до 4,02 баллов, а доля «неудовлетворительных» экспертных карт возросла до 29%. В 2017 г. вышеуказанные дефекты были устранены, оценка данного блока повысилась до 4,84 баллов, и доля экспертных карт, оценённых «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 2016 г. блок С был оценен экспертами на 4,12 балла, но дефекты в работе лечащих врачей вновь были отмечены при интерпретации результатов лабораторных и рентгенологических исследований, и доля «неудовлетворительных» экспертных карт снизилась до 26%. 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 2016-2017 гг. оценка блока составила 4,24 и 4,62 балла соответственно, и основными дефектами в работе врачей 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, но 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 2016 г. блок оценили на 4,65 балла, в части экспертируемых случаев не был проведен консультативный осмотр специалистами при его необходимости, и доля «неудовлетворительных» экспертных карт в данном блоке сократилась до 12%. 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. В данном блоке дефекты были выявлены по большинству вопросов, так в ряде экспертируемых случаев отсутствовало информированное согласие родителей или законных представителей на проведение лечебно-диагностических мероприятий ребенку, госпитализация ребёнка в случае необходимости не была произведена или произведена несвоевременно, консультативный осмотр специалистами не был проведен и отсутствовало заключение Врачебной комиссии при осложнении и/или длительном течении заболевания. «Неудовлетворительно» оценены 35% экспертных карт. В 2016 г. оценка блока увеличилась до 4,25 балла, основными дефектами являлись отсутствие информированного согласия родителей или законного представителя и не проведение консультативного осмотра врачами специалистами. Доля экспертных карт с оценкой «неудовлетворительно» в блоке составила 24%. В последующем количество дефектов уменьшилось, и как следствие, оценка возросла в 2017 г. до 4,55 балла, доля «неудовлетворительных» экспертных карт снизилась до 15%.

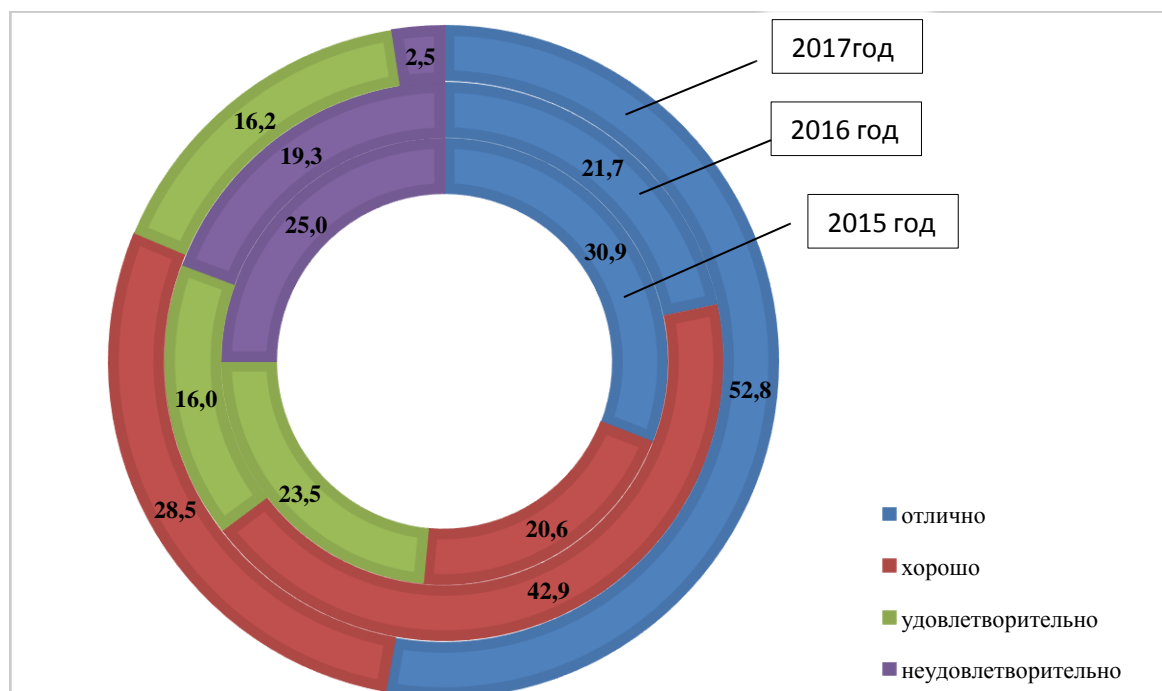
Положительная динамика оценок процессуальных индикаторов обеспечила увеличение итогового (интегрированного) показателя качества оказания медицинской помощи (Е) в детской поликлинике с 3.85 до 4.53 балла (Таблица 6.4).

**Таблица 6.4** – Результаты оценки профилей процессуальных индикаторов и интегрированного показателя КМП в детской поликлинике в динамике за 2015-2017 гг.

Профили процессуальных индикаторов	Годы		
	2015	2016	2017
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 – Итоговая (интегрированная) оценка качества 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 95%) по всем профилям индикаторов.

При анализе структурного распределения итоговых оценок качества медицинской помощи в целом по поликлинике отмечалась положительная динамика качества медицинской помощи (Рисунок 6.5).



**Рисунок 6.5** – Структурное распределение итоговых оценок качества медицинской помощи в динамике за 2015-2017 гг. (в %)

В 2015 г. доля экспертных карт, оцененных на «отлично», составила 30,9%, в 2016 г. их доля уменьшилась до 21,7%, в 2017 г. их удельный вес увеличился более чем в 2 раза (до 52,8%). В поликлинике наблюдался рост «хороших» экспертных карт с 20,6% в 2015 г. до 42,9% в 2016 г., возможно, за счет снижения экспертных карт, оцененных на «отлично» и снижение их доли в 2017 г. до 28,5%. Доля «удовлетворительных» оценок в общем структурном распределении итоговых результатов экспертизы в 2015 г. составила 25,0%, в 2016-2017 гг. их удельный вес находился на одном уровне (16,0-16,2%). «Неудовлетворительные» экспертные карты в 2015 г. заняли второе место в структурном распределении итоговых оценок качества медицинской помощи (25,0%). В 2016 г. их доля сократилась до 19,3%, в 2017 г. – до 2,5%.

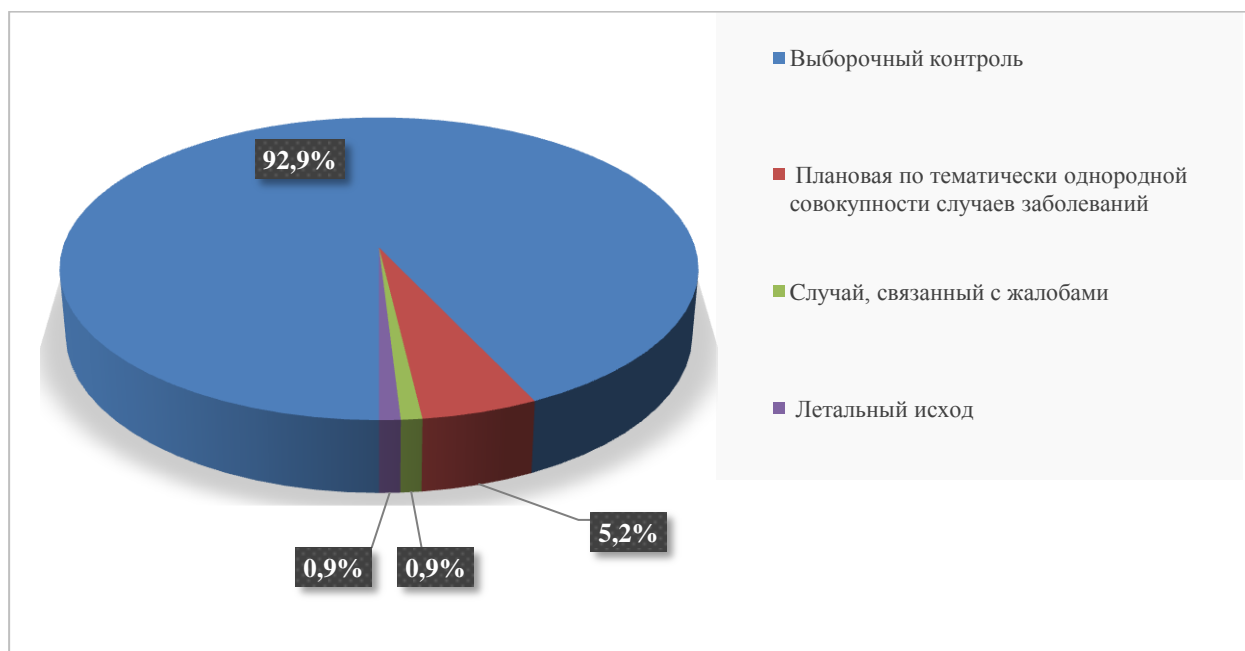
### 6.2.2. Мониторинг качества медицинской помощи в детской поликлинике в зависимости от повода проведения экспертизы

Все случаи оказания медицинской помощи имеют одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается методом случайной выборки. Обязательному экспертному разбору подлежат случаи летальных исходов, случаи с осложненным течением заболевания, случаи заболеваний с удлинненными или укороченными по сравнению с установленными стандартами медицинской помощи сроками лечения, случаи повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней, случаи отказа от госпитализации, случаи, сопровождавшиеся жалобами родителей детей, опекунов или самих несовершеннолетних.

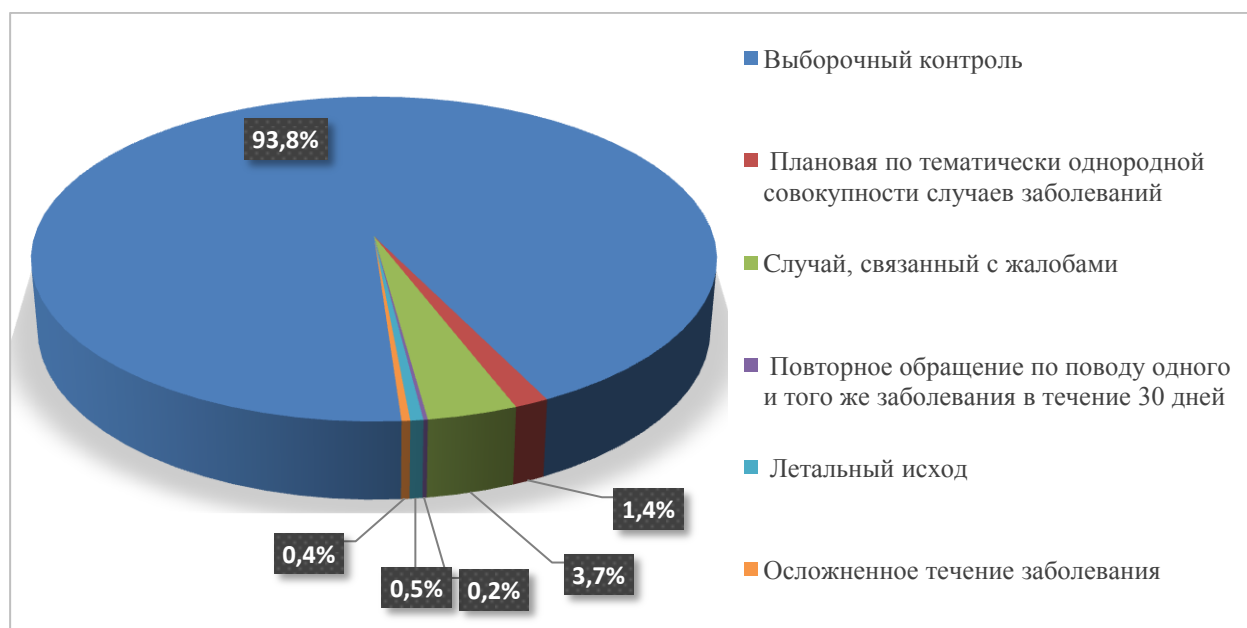
Основная масса проведенных экспертиз в поликлинике за исследуемый период относилась к «прочим причинам», отобранном методом случайной выборки – 72,1-93,8% (Рисунки 6.6-6.8).



**Рисунок 6.6** – Структура проведенных экспертиз КМП в зависимости от повода проведения экспертизы в 2015 г.



**Рисунок 6.7** – Структура проведенных экспертиз КМП в зависимости от повода проведения экспертизы в 2016 г.



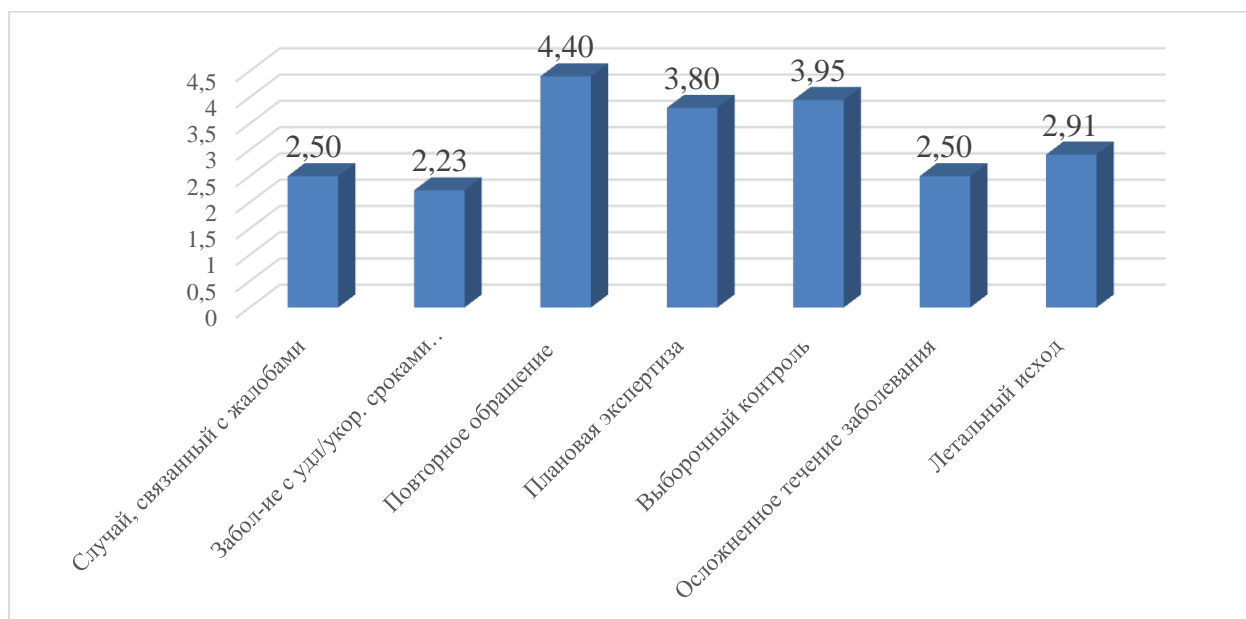
**Рисунок 6.8** – Структура проведенных экспертиз КМП в зависимости от повода проведения экспертизы в 2017 г.

Доля плановой экспертизы КМП по тематически однородной совокупности случаев заболеваний составляла 5,9% в 2015 г., 5,2% – в 2016 г., 1,4% – в 2017 г. Экспертиза, проводимая в связи с жалобами родителей детей/опекунов/самих несовершеннолетних в ДП №1 в 2015 г., составила 10,3%, В 2016 г. на долю выше упомянутых экспертиз приходилось в целом 0,9%, в 2017 г. – 3,7%. На экспертизу случаев летальных исходов в 2015 г. приходилось 2,9% от всех проведенных экспертиз, в 2016 г. – 0,9%, в 2017 г. – 0,5%. На долю экспертиз случаев повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней в 2015 г. приходилось 1,5%, в 2017 г. – 0,2%. Экспертиза случаев заболеваний с удлинненными или укороченными сроками лечения от установленных стандартами медицинской помощи проводилась только в 2015 г. составляя 5,9%.

Удельный вес экспертиз, проведенных по всем остальным поводам, был не столь значителен и, либо не достигал 1%, либо не был зафиксирован вообще.

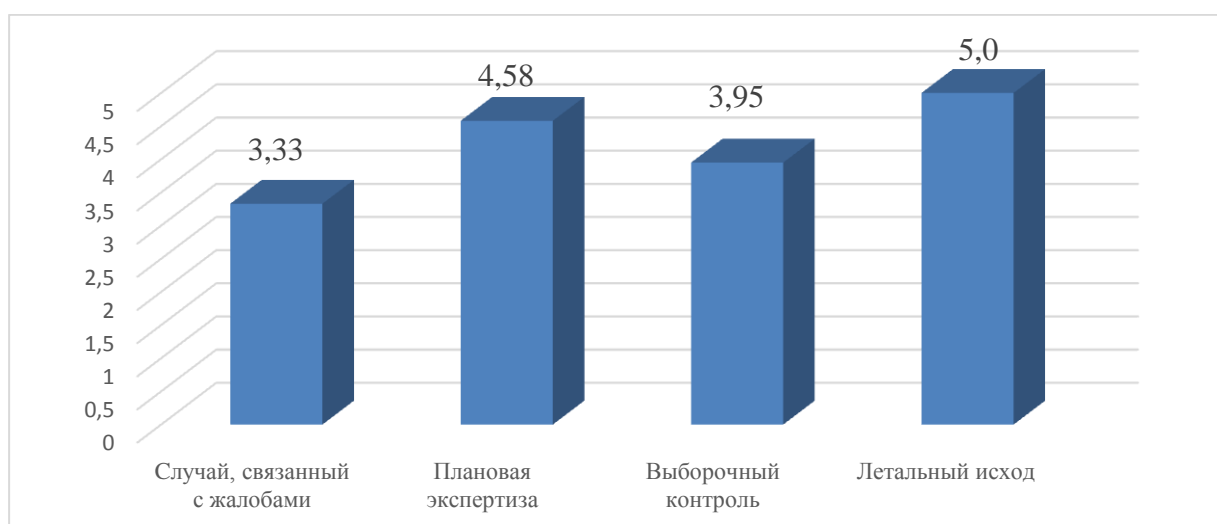
Анализ итогового показателя качества медицинской помощи в зависимости от повода проведения экспертизы в 2015 г. выявил самые низкие оценки в экспертных случаях, связанных с жалобами родителей/опекунов/представителей несовершеннолетних (2,5 балла), что объективно свидетельствует о наличии дефектов в работе ЛПУ, в тех случаях, когда на них указывали пациенты. Низкие баллы были получены при экспертизе случаев, связанными с заболеваниями с удлинненными или укороченными сроками лечения от установленных стандартами медицинской помощи (2,23 балла), с осложненным течением заболевания (2,5 балла), с летальным исходом (2,91 балла). (Рисунок 6.9).





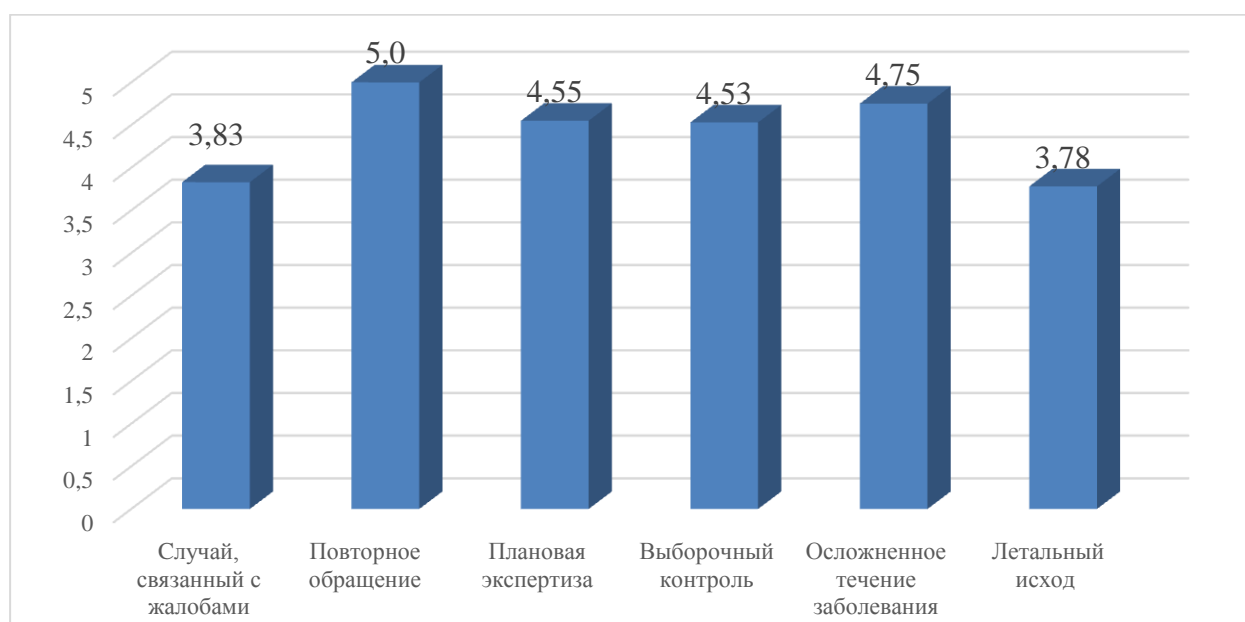
**Рисунок 6.9** – Оценка интегрированного показателя качества медицинской помощи в зависимости от повода проведения экспертизы в 2015 г.

В 2016 г. низкие оценки получены при экспертизе случаев связанных с жалобами родителей/опекунов/представителей несовершеннолетних (3,33 балла) и при выборочном контроле (3,95 балла) (Рисунок 6.10).



**Рисунок 6.10** – Оценка интегрированного показателя качества медицинской помощи в зависимости от повода проведения экспертизы в 2016 г.

В 2017 г. низкие оценки интегрированного показателя качества медицинской помощи в ДП №1 получили экспертные случаи по причине летального исхода (3,78 балла) и случаи, связанные с жалобами родителей/опекунов/представителей несовершеннолетних (3,83 балла) (Рисунок 6.11).



**Рисунок 6.11** – Оценка интегрированного показателя качества медицинской помощи в зависимости от повода проведения экспертизы в 2017 г.

Анализ профилей процессуальных индикаторов в зависимости от повода проведения экспертизы выявил дефекты в работе лечащих врачей.

В 2015 г. экспертиза случаев, связанных с жалобами родителей/опекунов/представителей несовершеннолетних выявила дефекты по всем группам процессуальных индикаторов, кроме блока В (диагностические мероприятия). Качество ведения медицинской документации, постановка диагноза, лечебно-профилактические мероприятия, консультативная работа, лечебно-организационные мероприятия были оценены на 2,0 балла. При экспертизе случаев, связанных с заболеваниями с удлиненными или

укороченными сроками лечения от установленных стандартами медицинской помощи по всем индикаторам оценка не превышала 2,75 балла. При анализе летальных исходов оценки по индикаторам А (качество ведения документации), В (диагностические мероприятия) составили 2,0 балла, по остальным индикаторам оценка не превышала 3,5 балла. В 2016-2017 гг. по всем причинам проведения экспертизы основные замечания экспертов касались ведения документации, оценки лечебно-организационных мероприятий при экспертизе случаев, связанных с жалобами и при экспертизе заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения от установленных стандартами медицинской помощи (Таблица 6.5).

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.

**Таблица 6.5** – Оценка профилей процессуальных индикаторов и интегрированного показателя качества медицинской помощи за 2015-2017 гг. в зависимости от повода проведения экспертизы

Повод проведения экспертизы	Профили процессуальных индикаторов																				
	А - качество ведения документации			В - диагностические мероприятия			С – постановка диагноза			D - лечебно - профилактические мероприятия			К - консультации			М – оценка лечебно-организационных мероприятий			Е - интегрированная оценка качества оказания МП		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
1. Случай, связанный с жалобами	2,0	3,5	3,0	5,0	3,8	5,0	2,0	3,8	5,0	2,0	3,8	3,0	2,0	5,0	2,0	2,0	3,8	2,0	2,5	3,83	3,33
2. Заболевание с удлинёнными или укороченными сроками лечения от установленных стандартами мп	2,0	-	2,0	2,5	-	4,0	2,75	-	3,5	2,0	-	4,5	2,0	-	5,0	2,0	-	2,0	2,23	-	3,33
3. Повторное обращение по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней	5,0	5,0	-	5,0	5,0	-	2,0	5,0	-	5,0	5,0	-	Не оценено	5,0	-	5,0	5,0	-	4,4	5,0	-
5. Плановая по тематически однородной совокупности случаев заболеваний	3,5	4,62	3,0	3,5	4,14	5,0	4,25	4,71	5,0	3,5	4,29	4,73	4,0	5,0	4,73	4,25	5,0	5,0	3,8	4,55	4,58
6. Выборочный контроль	3,16	3,8	3,05	4,44	4,87	3,93	4,06	4,61	3,96	4,11	4,65	4,14	4,14	4,83	4,63	4,0	4,53	4,07	3,95	4,53	3,87
7. Осложненное течение заболевания	2,0	3,5	-	2,0	5,0	-	2,0	5,0	-	2,0	5,0	-	5,0	5,0	-	2,0	5,0	-	2,5	4,75	-
8. Летальный исход	2,0	2,0	5,0	2,0	2,0	5,0	3,0	4,0	5,0	3,5	4,0	5,0	3,5	5,0	5,0	3,5	5,0	5,0	2,91	3,78	5,0

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие медицинскую помощь детям, являются основным звеном здравоохранения, имеющим значительное влияние на характер и эффективность работы всех звеньев педиатрической службы. При этом недостаточно исследований, посвященных экспертизе качества медицинской помощи в детских поликлиниках.

Актуальность проведенного исследования и практическая значимость определяются тем, что оно способствует совершенствованию экспертизы качества медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Проведенный анализ заболеваемости детей до 14 лет по обращаемости позволил установить, что за исследуемый период заболеваемость детского населения по обращаемости снизилась на 11,8%. При этом увеличилась распространенность заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани на 48,7%, глаза и его придаточного аппарата – на 4,8%, болезней крови, кроветворных органов – на 9,0%. 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 заболеваемости по данным профилактических осмотров у детей до 14 лет в 2013 г. составил 669,3 на 1000 детского населения, в 2014 г. – 738,2 на 1000 детского населения, в 2015 г. – 1166,5 на 1000 детского населения. Таким образом, уровень заболеваемости по данным профилактических осмотров в 2014 г. вырос на 10,3%, в 2015 г. – на 58,0% по сравнению с 2013 г.

Изучение распространенности заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах, установило, что с возрастом показатель патологической пораженности в обеих половых группах имеет тенденцию к росту. В возрастной группе 0-4 лет показатель патологической пораженности у мальчиков (544,3-870,1 на 1000 детского населения) и девочек (532,9- 846,4 на

1000 детского населения) находился примерно на одном уровне, в возрастной группе 5-9 лет показатель у мальчиков (674,2-1013,7 на 1000 детского населения) был выше на 6,2-17,0% аналогичного показателя у девочек (611,1-841,5 на 1000 детского населения). В 10-14-летнем возрасте показатели вновь определяются на одном уровне у мальчиков (853,-1106,3 на 1000 детского населения) и девочек (839,7-1122,1 на 1000 детского населения).

Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани во все возрастные периоды занимали ведущее место, достигая 182,5-242,5 на 1000 детского населения в возрасте 10-14 лет. В 2014 г. уровень зарегистрированных заболеваний вырос в 2 раза у 0-4-летних детей и на 6,0-26,0% у 5-14-летних детей, в 2015 г. – на 20,0-25,0% по сравнению с 2014 г. Распространенность данной нозологии у мальчиков была выше. Болезни нервной системы за исследуемый период чаще выявлялись у мальчиков. Распространенность болезней системы кровообращения в 2014-2015 гг. выросла в 2 раза, как среди мальчиков, так и среди девочек. Заболевания глаза и его придаточного аппарата, эндокринной системы чаще были выявлены за исследуемый период при профосмотрах у девочек. Заболевания органов дыхания и системы кровообращения встречались чаще у мальчиков во всех возрастных группах, увеличиваясь в динамике.

Сравнительный анализ уровней заболеваемости по обращаемости и по данным профилактических осмотров позволил получить представление об уровне общей заболеваемости и о распространенности хронической патологии среди детского населения. Установлен рост общей заболеваемости детского населения: в 2013 г. уровень составил 3262,0, в 2014 г. – 3333,6 и в 2015 г. – 3453,8 на 1000 детского населения. 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%).

Анализ мнения родителей об организации медицинской помощи детям позволил выявить наиболее существенные причины их неудовлетворенности медицинской помощью. Так, около половины родителей назвали направление в другие лечебные учреждения для проведения диагностических исследований, треть опрошенных – длительное ожидание приема ребенка участковым врачом-педиатром в очереди. Примерно одинаковое количество респондентов (каждый седьмой) отметили в качестве причины их неудовлетворенности необходимость оплаты диагностических исследований и 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 показало, что осуществляемая выборочная экспертиза по определенным причинам не позволяла дать полную, объективную и достоверную оценку медицинской помощи. Фиксирование результатов экспертизы в письменном виде и дальнейший анализ информации, внесенной вручную, занимали значительное количество рабочего времени эксперта. Отсутствие алгоритма оценки КМП, формы сбора информации, ограниченный поиск дефектов негативно сказывался на эффективности экспертизы КМП в поликлинике. 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 детскому населению 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% случаев, проблемы при обследовании и лечении пациента (отсутствие необходимого диагностического оборудования и подготовленного специалиста) – в 18,2% случаев.

Анализ кадровой обеспеченности позволил определить, что показатель укомплектованности врачебными кадрами детских АПУ составлял от 70,6% до 96,6%. Отмечен низкий уровень укомплектованности детских АПУ врачами-нефрологами – 70,6%, урологами-андрологами – 75,0%, аллергологами-иммунологами – 73,3%, врачами функциональной диагностики – 77,0%. Коэффициент совместительства врачей детских поликлиник варьировал от 1,2 у врачей-педиатров до 2,5 у врачей-специалистов (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 приходилось  $982,0 \pm 250$  ребенка. Число посещений детской поликлиники на 1 ребенка в 2013 г. составило 19,8, в 2014 г. – 17,3. Анализ показателя в разрезе детских поликлиник выявил достоверное превышение рекомендуемого показателя (8,65 посещений на 1 ребенка) в 1,5-3,4 раза, т.к. число посещений ко всем специалистам варьировало от 13,4 до 29,8, при этом доля посещений к педиатру составляла 26,9-55,2%. По поводу заболеваний доля посещений составляла от 24,5 до 68%, т.е. в ряде поликлиник основным поводом посещений ребенка АПУ было профилактическое посещение.

При изучении материально-технического обеспечения детских поликлиник установлено, что обеспеченность детских АПУ г. Волгограда компьютерным оборудованием для автоматизации рабочего места врача за исследуемый период составила 43,4-44,2 на 100 врачей, т.е. менее половины.

Сравнительный анализ заболеваемости детского населения по обращаемости и по результатам профилактических осмотров, оценка кадровой и материально-технической обеспеченности детских АПУ, результаты



анкетирования родителей, а также выявленные дефекты в организации экспертизы КМП позволили обосновать внесение изменений в критерии оценки качества медицинской помощи и определить направления совершенствования экспертизы КМП в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Разработанная электронная формализованная экспертная карта по оценке КМП детскому населению в АПУ содержит 24 формализованных вопроса с вариантами ответов. Вопросы карты соответствуют логике лечебно-диагностического процесса для удобства проведения экспертной работы. Для комплексной оценки случая оказания медицинской помощи, как его отдельных этапов, так и в целом, сформированы 6 групп процессуальных индикаторов: А – качество ведения документации; В – диагностические мероприятия; С – постановка диагноза; D – лечебно-профилактические мероприятия; К – консультации; М – оценка лечебно-организационных мероприятий. Для каждого блока были сформулированы определенные критерии. По результатам анализа всех разделов вычислялся итоговый (интегрированный) показатель качества медицинской помощи (Е) по каждому законченному случаю.

Разработанная балльная оценка позволила количественно оценить качество медицинской помощи в детских АПУ. Если балльная оценка находится в пределах от 0 до 0,85 балла, то качество медицинской помощи 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, которая дает возможность как персонифицированной (по врачам), так и

групповой (по нозологиям, полу, возрастным группам и т.п.) и итоговой (интегрированной) оценке КМП в данной детской поликлинике.

За 2015-2017 гг. по разработанной методике проанализированы результаты 2257 экспертиз законченных случаев медицинской помощи при заболевании в детских поликлиниках. Электронная экспертная карта, балльная оценка и автоматизированная система управления экспертизой КМП дали возможность комплексно анализировать все случаи оказания медицинской помощи в детской поликлинике.

Анализ динамики результатов профилей индикаторов и итогового показателя КМП в детской поликлинике свидетельствует о снижении числа дефектов. Оценка качества ведения документации (блок А) увеличилась с 3,24 балла в 2015 г. до 3,82 балла в 2017 г. В 2015 г. проведение диагностических мероприятий (блок В) было оценено на 4,22 балла. Доля «неудовлетворительных» экспертных карт составляла 24%. В 2017 г. оценка данного блока повысилась до 4,84 баллов, и доля экспертных карт, оценённых «неудовлетворительно», составила всего 4%. Оценка экспертов блока С (постановка диагноза) в 2015 г. составила 3,96 балла, доля экспертных карт, оцененных в этом блоке «неудовлетворительно», составляла 32%. В 2017 г. эксперты блок С 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, в 2017 г. оценка блока увеличилась до 4,65 балла. Оценка консультативной работы лечащего врача (Блок К) в 2015 г. составила 4,0 балла, удельный вес экспертных карт, оцененных «неудовлетворительно», 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 2017 г. 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 с 3,85 до 4,53 балла.

Проведенный анализ эффективности внедрения автоматизированной системы «АИС КМП Детская поликлиника» в детские АПУ доказал, что выполнение всех ее разделов, анализ 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.

Удовлетворенность родителей КМП, оказываемой детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях, повысилась. Увеличилось число респондентов, считающих информацию о состоянии здоровья ребенка, получаемой от врача, достаточной и понятной до 89,4 на 100 опрошенных, 62,8 на 100 опрошенных респондентов ожидали приема участкового врача до 15 минут, удовлетворены доступностью и графиком работы врачей 98,2 на 100 опрошенных, подписывали добровольное информированное согласие на оказание медицинских услуг ребенку 98,3 на 100 опрошенных.

## 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 на 1000 детского населения в 2015 г. Выявлено увеличение заболеваемости по результатам профилактических осмотров детей с 669,3 на 1000 детского населения в 2013 г. до 1166,5 на 1000 детского населения в 2015 г., 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 среди детского населения 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 соответственно 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 родитель), оплата диагностических исследований (каждый шестой родитель), ожидание приема специалиста более 5 дней (каждый седьмой

родитель), работа клинико- лабораторной и функционально-диагностической служб (каждый восьмой родитель). 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 амбулаторно-поликлинических учреждений 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:

- разработку экспертной карты оценки КМП несовершеннолетнему;
- разработку балльной оценки комплексной экспертизы качества медицинской помощи детскому населению;
- разработку алгоритма для создания автоматизированной системы управления «АИС КМП Детская поликлиника» для системного анализа и контроля КМП детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- 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. Каждый из вариантов ответов имеет ранжированную балльную оценку от 0 до 1 (0; 0,25; 0,5; 0,75; 1). Группы 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 качество медицинской помощи 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 качества медицинской помощи увеличилась с 3,85 балла в 2015 г. до 4,53 балла в 2017 г.

8. Внедрение предложенных медико-организационных мероприятий позволило улучшить качество медицинской помощи, 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**

### **Министерству здравоохранения Российской Федерации:**

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

### **Комитету здравоохранения Волгоградской области:**

1. 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 качества медицинской помощи в детской поликлинике во все амбулаторно-поликлинические учреждения региона.

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

### **Руководителям медицинских организаций:**

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

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

3. Проводить обучение врачебного персонала, экспертов детских амбулаторно-поликлинических учреждений работе в автоматизированной информационной системе, по оценке результатов экспертизы качества медицинской помощи.

4. 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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абазова, И. Л. Пути оптимизации деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования (на примере Кабардино-Балкарской Республики) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Абазова Инна Латифовна - Москва, 2010. - 29 с.
2. Альбицкий, В. Ю. Основные тенденции здоровья детского населения России / В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов. - Москва : Союз педиатров России, 2011. - 116 с.
3. Альбицкий, В. Ю. Современные подходы к изучению заболеваемости детского населения / В. Ю. Альбицкий, А. А. Модестов, Е. В. Антонова // Российский педиатрический журнал. - 2009. - № 4. - С. 4-9.
4. Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб / [сост. С.А. Воловец]. - Москва : Грант, 2002. - 503 с.
5. Антонова, Е. В. Здоровье российских подростков 15-17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 14.02.03 / Антонова Елена Вадимовна. - Москва, 2011. - 43 с.
6. Антропов, Ю. Ф. Запоры у детей: значение особенностей психоэмоционального статуса / Ю. Ф. Антропов, С. В. Бельмер // Русский медицинский журнал. - 2012. - № 20(2). - С. 48-50.
7. Афанасьева, С. И. Динамика изменений интегральных показателей здоровья населения Приморского края в 1999-2008 гг. / С. И. Афанасьева, Е. М. Нечухаева, О. Ю. Ковтунова // Здоровье. Медицинская экология. Наука. - 2008. - № 2(32). - С. 3-4.
8. Баранов, А. А. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в РФ / А. А. Баранов, А. Г. Ильин // Российский педиатрический журнал. - 2011. - № 4. - С. 7-11.

9. Баранов, А. А. Медико-организационные проблемы педиатрии / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, А. Г. Ильин // Справочник педиатра. - 2010. - № 5. - С. 21-31.
10. Баранов, А. А. Научные и практические проблемы Российской педиатрии на современном этапе / Баранов А. А. // Педиатрия. - 2005. - № 3. - С. 4-7.
11. Баранов, А. А. Особенности состояния здоровья современных школьников / А. А. Баранов, Л. М. Сухарева // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - № 5. - С. 14-20.
12. Баранов, А. А. Профилактическая педиатрия - новые вызовы / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, В. Ю. Альбицкий // Вопросы современной педиатрии. - 2012. - № 2. - С. 3-6.
13. Баранов А. А. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям / Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Устинова Н. В. // Российский педиатрический журнал. - 2013. - № 3. - 4-6.
14. Баранов, А. А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий / Баранов А. А., Кучма В. Р., Скоблина Н. А. - Москва : Научный центр здоровья детей РАМН, 2008. - С. 195-209.
15. Баранов, А. А. Чтение, компьютер и здоровье / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Текшева // Вопросы современной педиатрии. - 2008. - № 7(1). - С. 21-25.
16. Безруких, М. М. Возрастная физиология (физиология развития ребенка) : учебное пособие / М. М. Безруких, В. Д. Сонькин, Д. А. Фарбер. - Москва : Академия, 2009. - 416 с.
17. Бударин, С. С. Организация экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС и ее экспертный потенциал / С. С. Бударин, Е. В. Смирнова // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 6. - С. 13-22.

18. Бурдейный, Н. Н. Эффективность государственной социальной политики в условиях модернизации (на примере системы здравоохранения) / Н. Н. Бурдейный // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. - 2012. - №1. - С. 59-65.

19. Быковская, Т. Ю. О медико-социологической оценке качества медицинской помощи в условиях экономического кризиса (методические аспекты) / Т. Ю. Быковская, К. Н. Ляшенко // Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 5. - С.25-32.

20. Быковская, Т. Ю. О понятийном аппарате внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / Т. Ю. Быковская, М. А. Шишов, В. Ю. Мартиросов // Медицинское право. - 2017. - № 1. - С. 1-15.

21. Ваганова, Л. И. Медико-социальная характеристика студентов-подростков, новые подходы к совершенствованию организации медицинской помощи : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.03 / Ваганова Людмила Ивановна. - Уфа, 2003. - 26 с.

22. Валеева, Э. Р. Заболеваемость школьников г. Казани / Э. Р. Валеева // Здоровье населения и среда обитания. Информационный бюллетень. - 2002. - № 10(115). - С.20.

23. Володин, Н. Н. Роль образа жизни в сохранении здоровья детей. Медицинские аспекты формирования здорового образа жизни. Основы формирования здоровья у детей и подростков / Н. Н. Володин, Б. М. Блохин, Г. П. Арутюнов. - Москва : Династия, 2011. - С. 38-48.

24. Вялков, А. И. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения : (Материалы социол. исслед.) / А. И. Вялков, В. О. Щепин ; под редакцией О. П. Щепина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2001. - 223 с.

25. Гайдаров, Г. М. Модернизация здравоохранения субъекта Российской Федерации как новый этап в повышении доступности и качества медицинской

помощи населению / Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Алексеева // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2011. - № 1. - С. 11-30.

26. Галкин, Е. С. Опыт организации работы врача общей практики (семейного врача) с частичным фондодержанием / Е. С. Галкин, И. Н. Денисов, А. И. Иванов // Лечащий врач. - 2000. - № 9. - С. 20-28.

27. Голубева, А. П. Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса / А. П. Голубева, И. П. Боброва // Здравоохранение. - 2004. - № 7. - С. 38-42.

28. Горячев, В. В. Управление качеством оборонной продукции при внедрении СМК / В. В. Горячев // Методы менеджмента качества. - 2011. - № 12. - С. 44-48.

29. Денисов, И. Н. Совершенствование организации первичного звена здравоохранения / И. Н. Денисов, Е. И. Черниенко // Справочник врача общей практики. - 2008. - № 11. - С. 13-46.

30. Динамика распространенности и нозологической структуры детской инвалидности в Кабардино-Балкарии / Л. А. Анаева, Р. А. Жетишев, М. А. Крымукова, Б. Л. Ацканова // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 10 (часть 9). - С. 1680-1684.

31. Дьяченко, В. Г. Качество в современной медицине / Дьяченко В. Г. - Хабаровск : Дальневосточный государственный медицинский университет, 2007. - 489 с.

32. Единые подходы к проведению экспертизы качества медицинской помощи / М. А. Мурашко, Ю. А. Кондратьев, Н. О. Матыцин, О. Р. Швабский // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 1. - С. 5-9.

33. Заболеваемость детского населения России / А. А. Баранов [и др.]. - Москва: ПедиатрЪ. - 2013. - 280 с.

34. Звездина, И. В. Особенности формирования здоровья младших школьников в динамике обучения / И. В. Звездина, Л. М. Сухарева, Н. С. Жигарева // Российский педиатрический журнал. - 2009. - № 2. - С. 8-11.

35. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / О. П. Щепин [и др.] ; под ред. О. П. Щепина, В. А. Медика. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 375 с.

36. Зорина, И. Г. Состояние здоровья и психологический статус школьников Челябинска / И. Г. Зорина // Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 4. - С. 53-54.

37. Зубаревич Н. В. Социальное развитие и социальная политика российских регионов / Н. В. Зубаревич // Обзор социальной политики в России. Начало 2000-х / Независимый институт социальной политики ; [Н. В. Зубаревич и др.] ; под ред. Т. М. Малеевой. - Москва : Независимый институт социальной политики, 2007. - С. 388-424.

38. Ильин, А. Г. Состояние здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста. Проблемы, пути решения / А. Г. Ильин, С. Р. Конова // Справочник педиатра. - 2011. - № 3. - С. 5-10.

39. Инвалидность детского населения России / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, Р. Н. Терлецкая, Е. В. Антонова. - Москва : Центр развития межсекторальных программ. - 2008. - (Социальная педиатрия ; Вып. 7). - 240 с.

40. Каспрук, Л. И. Мониторинг социально-гигиенической характеристики первичного звена как фактор повышения качества медицинской помощи населению в Оренбуржье / Л. И. Каспрук // Справочник врача общей практики. - 2014. - № 7. - С. 9-15.

41. Качество медицинского обслуживания населения Удмуртской Республики на современном этапе / А. Л. Линденбратен, В. Н. Савельев, С. М. Дунаев, Т. В. Виноградова. - Ижевск : Удмуртский государственный университет, 2011. - С. 3-11.

42. Качество медицинской помощи: основные понятия, порядки и стандарты, экспертиза качества: учебно-методическое пособие / под ред. проф. В. С. Лучкевича. - Санкт-Петербург : Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. - 77 с.

43. Кириллова, А. Л. О возможностях реализации американского опыта в Российском здравоохранении / А. Л. Кириллова, А. В. Кириллов // Менеджер здравоохранения. - 2004. - № 3. - С. 30-38.

44. Кислов, А. И. Опыт подготовки врачей первичного звена здравоохранения / А. И. Кислов, Н. В. Сопина, В. А. Типикин // Здравоохранение РФ. - 2007. - №4. - С.9-12.

45. Клиники, дружественные к подросткам и молодежи, в Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее / А. А. Корсунский, П. Н. Кротин, А. М. Куликов, В. Р. Кучма. - Москва : Бэстпринт, 2010. - 208 с.

46. Князев, Е. Г. Экспертиза качества медицинской помощи: принципы и технологические решения / Е. Г. Князев, А. Б. Таевский // Заместитель главного врача. - 2016. - № 3. - С. 38-48.

47. Комаров, Ю. М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? / Ю. М. Комаров // Здравоохранение. - 2008. - № 5. - С. 19-8.

48. Конова, С. Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.09, 14.00.33 / Конова Светлана Романовна. - Москва, 2007. - 55 с.

49. Красницкая, Е. Е. Анализ принципов Э. Деминга (модели управления качеством результатов труда) с позиции таможенного дела / Е. Е. Красницкая // Балтийский экономический журнал. - 2009. - № 2. - С. 95-104.

50. Куценко, Г. И. Охрана здоровья и совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам на современном этапе / Г. И. Куценко, Л. П. Чичерин. - Воронеж : Издательство ВГТУ, 2000. - 475 с.

51. Кучма, В. Р. Медико-социальные аспекты формирования здоровья младших школьников / В. Р. Кучма, И. В. Звездина, Н. С. Жигарева // Вопросы современной педиатрии. - 2008. - Т. 7, № 4. - С. 9-12.

52. Кучма, В. Р. Руководство по гигиене и охране здоровья школьников: для медицинских и педагогических работников, образовательных учреждений, лечебно-профилактических учреждений, санитарно-эпидемиологической службы / В. Р. Кучма, Г. Н. Сердюковская, А. К. Демин. - Москва : Российская ассоциация общественного здоровья, 2000. - 152 с.

53. Кучма, В. Р. Медицинское обеспечение детей и подростков в образовательных учреждениях / В. Р. Кучма, И. К. Рапопорт // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2008. - № 1(32). - С. 5.

54. Лавлинская, Л. И. Медико-социальные аспекты здоровья школьников подросткового возраста и пути оптимизации медицинской помощи / Л. И. Лавлинская, М. А. Малютин. - Воронеж : Просто типография, 2013. - 110 с.

55. Лаврищева, Г. А. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в первичном звене здравоохранения / Г. А. Лаврищева, Е. И. Черниенко // Здравоохранение. - 2011. - № 3. - С. 163-172.

56. Лазарев, С.В. Проблемные вопросы экспертизы качества медицинской помощи / Лазарев С.В. // Главный врач: Хозяйство и право. - 2015. - № 6. - С. 11-18.

57. Ларионов, Ю. К. Обращаемость за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения (по данным медико-социологического исследования) / Ю. К. Ларионов, И. А. Гехт, И. В. Понамарева // Проблемы



городского здравоохранения : сборник научных трудов. Вып. 7. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 28-30.

58. Линденбрaten, А. Л. Менеджмент качества медицинской помощи: мировой опыт / А. Л. Линденбрaten, М. В. Авксентьева, С. М. Головина // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2011. - № 3. - С. 118-126.

59. Лисицын, Ю. П. О научных основах стратегии медицины и здравоохранения / Ю. П. Лисицын // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2008. - № 3. - С. 3-7.

60. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для студентов медицинских вузов / Ю. П. Лисицын. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 507 с.

61. Лукьянцева, Д. В. Обзор мирового опыта разработки показателей оценки качества медицинской помощи для амбулаторного этапа ее оказания / Д. В. Лукьянцева, О. А. Сухоруких, В. В. Омеляновский // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2018. - Т. 11, № 1. - С. 45-49.

62. Макеев, Н. И. Особенности отношения подростков 15-17 лет к собственному здоровью / Н. И. Макеев, В. А. Родионов, Е. В. Антонова // Российский педиатрический журнал. - 2009. - №5. - С. 45-47.

63. Мартынчик, С. А. Организационные основы мониторинга и оценки эффективности деятельности ЛПУ на территориальном уровне / С. А. Мартынчик // Экономика здравоохранения. - 2007. - № 11. - С. 77-84.

64. Маслов, Д. В. О ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Приморском крае / Д. В. Маслов // Здоровье. Медицинская экология. Наука. - 2008. - № 2(32). - С. 3-4.

65. Матвеев, А. В. Научное обоснование модели профессиональной ориентации врачебных кадров в условиях рыночной экономики : дис. ... канд. мед. наук / Матвеев Андрей Викторович. - Москва, 2005. - 150 с.

66. Матвеев, Э. Н. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне / Э. Н. Матвеев, С. А. Леонов, И. М. Сон // Социальные аспекты здоровья населения. - 2008. - № 1. - С.34-38.

67. Медик, В. А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения / В. А. Медик ; Новгородское научное центральное Северо-Западное отделение РАМН. - Москва : Медицина, 2003. - 508 с.

68. Менделевич, Б. Д. Оценка влияния региональных показателей на уровень заболеваемости психическими расстройствами детей России / Б. Д. Менделевич, М. П. Шувалова // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - Т. 8, № 5. - С. 5-8.

69. Метаболические нарушения как фактор риска прогрессирования артериальной гипертензии у детей и подростков / Е. Г. Бунина, Н. Н. Миняйлова, Ю. И. Ровда [и др.]. // Педиатрия. - 2010. - №3. - С. 6-9.

70. Методические рекомендации по изучению заболеваемости детского населения / В. Ю. Альбицкий, Е. В. Антонова, А. А. Баранов [и др.]. - Москва : Союз педиатров России, 2009. - 40 с.

71. Мирская, Н. Б. Влияние двигательной активности на состояние костно-мышечной системы современных школьников / Н. Б. Мирская, А. Н. Коломенская, А. Д. Синякина // Гигиена и санитария. - 2010. - № 2. - С. 78-82.

72. Михайлова, Н. В. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 / Н. В. Михайлова // Вестник Росздравнадзора. – 2010. - № 3. – С. 19-27.

73. Найговзина, Н. Б. Качество медицинской помощи и его экспертиза / Н. Б. Найговзина, А. Г. Астовецкий // Экономика здравоохранения. - 1998. - № 1. - С.7-14.

74. Нечаев, В. С. Из зарубежного опыта рейтингования медицинских организаций / В. С. Нечаев, А. Н. Прокинова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. - 2016. - № 5. - С. 71-75.

75. Новокрещенова, И. Г. Роль мониторинга удовлетворенности населения в управлении качеством первичной медико-санитарной помощи / И. Г. Новокрещенова, И. В. Новокрещенов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2014. - Т. 4. - № 10. - С. 1091-1094.

76. О качестве медицинской помощи детям, страдающим язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Л. Н. Цветкова, О. А. Горячева, А. П. Тернавский [и др.]. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2010. - №1. - Т.5. - С. 55-59.

77. О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») [Электронный ресурс] : постановление Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 (с изм. И доп. от 08.12.2016). - Режим доступа: <https://base.garant.ru/70164724/> (дата обращения: 14.06.2019).

78. О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н. - <http://ivo.garant.ru/#/document/71748018/paragraph/1:0> (дата обращения 14.06.2019).

79. О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период

обучения в них [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н. - Режим доступа: <https://base.garant.ru/70355102/> (дата обращения 14.06.2019).

80. Об обращении лекарственных средств [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 27.12.2018). - Режим доступа: <https://fzakon.ru/laws/federalnyy-zakon-ot-12.04.2010-n-61-fz/> (дата обращения 14.06.2019).

81. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ. - Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/57406660/paragraph/9310:0> (дата обращения 14.06.2019).

82. Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ. - Режим доступа: <http://dnk-k.ru/federalnyj-zakon-323-ob-osnovah-ohrany-zdorovja-grazhdan-rossijskoj-federacii.htm> (дата обращения 14.06.2019).

83. Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» [Электронный ресурс] : указ Президента Российской Федерации № 825 от 28.06.2007 г. - Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/91419/> (дата обращения 14.06.2019).

84. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения РФ от 7.07.2015 г. №422ан. - Режим доступа: [https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/028/361/original/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7\\_%E2%84%96422%D0%B0%D0%BD\\_07\\_%D0%B8%D1%8E%D0%BB%D1%8F\\_2015\\_%D0%B3..pdf?1447421445](https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/028/361/original/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7_%E2%84%96422%D0%B0%D0%BD_07_%D0%B8%D1%8E%D0%BB%D1%8F_2015_%D0%B3..pdf?1447421445) (дата обращения 14.06.2019).

85. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.201 г.

№203н. - Режим доступа: <https://products/ipo/prime/doc/71575880/> (дата обращения 14.06.2019).

86. Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. N 1152». - Режим доступа: <https://base.garant.ru/70257186/> (дата обращения: 14.06.2019).

87. Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н. - Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70183024/paragraph/1:0> (дата обращения 14.06.2019).

88. Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [Электронный ресурс] : приказ МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. N 1340н. - Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70394538/paragraph/1:0> (дата обращения: 14.06.2019)

89. Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию [Электронный ресурс] : приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 N 230. - Режим доступа: <https://base.garant.ru/12182428/> (дата обращения 14.06.2019).

90. Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 №502н. - Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70190416/paragraph/1:0> (дата обращения 14.06.2019).

91. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Н. В. Полунина, Е. И. Нестеренко, В. С. Полунин, Н. М. Ашанина. - Москва : Медицинское информационное агентство, 2010. - 544 с.

92. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.
93. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению : учебное пособие / под ред. В. З. Кучеренко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 560с.
94. Основы поликлинической терапии : учебное пособие / А. А. Джумагазиев, В. В. Гуськов, Т. Ф. Козина [и др.]. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2006. - 414 с.
95. Особенности заболеваемости московских школьников за последние 50 лет / Л. М. Сухарева, И. К. Рапопорт, Л. Ф. Бережков [и др.] // Гигиена и санитария. - 2009. - № 2. - С. 21-26.
96. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население / Ю. В. Михайлова, И. М. Сон, А. В. Поликарпов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. - 2016. - № 5 (51). - С. 1.
97. Оценка качества стационарной помощи детям в регионах российской федерации / Т. В. Куличенко, Е. Н. Байбарина, А. А. Баранов [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2016. - Т. 71. - №5. - С. 214-223.
98. Педиатрия : учебник для медицинских вузов / В. Г. Арсентьев, С. В. Девяткина, Н. А. Иванова [и др.] ; под ред. Н. П. Шабалова. - 2-е изд., исправ. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2003. - 893 с.
99. Печкуров, Д. В. Пищевое поведение, физическое развитие и состояние здоровья Самарских школьников / Д. В. Печкуров, Е. Н. Воронина // Вопросы детской диетологии.- 2012. - № 10(2). - С. 45-49.
100. Печкуров, Д. В. Динамика распространенности и структуры болезней пищеварительной системы у детей Самарской области по результатам длительного мониторинга / Д. В. Печкуров, А. А. Тяжева, Е. С. Липатова //

Материалы XXI Международного Конгресса гастроэнтерологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - Москва, 2014. - С. 39-40.

101. Пивень, Д. В. Порядок экспертизы качества медицинской помощи / Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 6. - С.6-16.

102. Пивень, Д. В. Обсуждение проекта Федерального закона «Об обеспечении качества медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации» / Д. В. Пивень, И. С. Кицул. // Главный врач. - 2010. - № 5. - С. 60-69.

103. Положение об организации контроля качества медицинской помощи и оценке ее эффективности в медицинских учреждениях города Перми / М. Ю. Мезенцев, Г. Е. Коршунова, А. С. Нагаев [и др.] // Главный врач. - 2010. - №11. - С. 50-59.

104. Полунина, Н. В. Профилактическая медицина - основа сохранения здоровья населения / Н. В. Полунина, Ю. П. Пивоваров, О. Ю. Милушкина // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2018. - № 5. - С. 5-13.

105. Полунина, Н. В. Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения / Н. В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. - 2013. - № 5. - С. 17-24.

106. Преображенская, В. С. Основные тенденции кадрового обеспечения в системе регионального здравоохранения / В. С. Преображенская, А. В. Зарубина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2002. - № 2. - С.11-13.

107. Риск возникновения экологически обусловленных заболеваний у сотрудников дорожно-патрульной службы / К. Ю. Михайличенко, А. А.

Касьяненко, И. Г. Щелкунова, А. В. Гречко // Гигиена и санитария. - 2010. - № 3. - С. 39-42

108. Роль мониторинга и оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений при переходе на бюджетирование, ориентированное на результат / С. А. Мартынич, В. А. Полесский, В. Г. Запорожченко, Е. А. Мартынич // Экономика здравоохранения. - 2007. - № 6. - С. 15 - 19.

109. Романова, Т. А. Сравнительная оценка состояния детей здоровья подросткового возраста, проживающих в городской и сельской местности (на примере Белгородской области) / Т. А. Романова, В. И. Акиншин // Вопросы современной педиатрии. - 2008. - Т. 7, № 3. - С. 17-19.

110. Руководство по анализу деятельности учреждений здравоохранения муниципального уровня / ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» ; [авт. кол. Леонов С. А., Сон И. М., Вайсшман Д. Ш. и др.]. - Москва, 2008. - 97 с.

111. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения : в 2 т. / Ю. П. Лисицын, Е. Н. Шиган, И. С. Случайко [и др.] ; под ред. Ю. П. Лисицына. - Москва : Медицина, 1987.- 432 с.

112. Сабанов, В. И. Организационные основы первичной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению : учебное пособие / В. И. Сабанов, Т. С. Дьяченко, Е. Г. Попова. - Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2014. - 163 с.

113. Сабирова, З. Ф. Оценка и прогноз комбинированного и комплексного влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения / З. Ф. Сабирова, Н. Ф. Фаттахова, М. А. Пинигин // Здравоохранение Российской Федерации. - 2002. - № 6. - С. 31-33.

114. Садыков, М. М. Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи детям мегаполиса / М. М. Садыков. - Казань : Медицина, 2010. - 198 с.



115. Сараев, А. Р. Качество медицинской помощи в России / Сараев А. Р. // Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе : материалы межрегиональной конференции, посвященной 25-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения института профессионального развития, 1 декабря 2015 года. - Самара, 2015. - С. 510-513.

116. Светличная, Т. Г. Анализ скрытой неудовлетворенности пациентов учреждений здравоохранения Республики Коми / Т. Г. Светличная, О. А. Цыганова, Е. Л. Борчанинова // ГлавВрач. - 2011. - № 1. - С. 49-53.

117. Светличная, Т. Г. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью / Т. Г. Светличная, О. А. Цыганова, Е. Л. Борчанинова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2010. - № 5-6. - С. 3-7.

118. Селезнева, Е. В. Динамика участия различных групп населения России в оплате медицинской помощи / Е. В. Селезнева // Менеджер здравоохранения. - 2012. - №11. - С. 26-35.

119. Серегина, И. Ф. О некоторых вопросах управления и контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации / И. Ф. Серегина // Главный врач. - 2010. - № 11. - С. 60-66.

120. Сибулина, Т. А. Мониторинг реализации программы государственных гарантий как основа государственного регулирования в сфере здравоохранения / Т. А. Сибулина, Л. К. Лохтина // Менеджер здравоохранения. - 2004. - № 8. - С. 13-20.

121. Сисигина, Н. Н. Роль страховых медицинских организаций в управлении качеством медицинской помощи / Н. Н. Сисигина, Л. С. Мельникова, В. С. Назаров // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2015. - № 1(19). - С. 43-49.

122. Скачкова, М. А. Состояние и перспективы развития амбулаторно-поликлинической педиатрической службы Оренбургской области / М. А. Скачкова, Н. А. Баянова // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 4. - С. 33-38.

123. Современное состояние методов оценки качества медицинской помощи / Ю. Л. Минаев, М. Б. Хайкин, Н. М. Полховская, Л. Г. Белоусова // Управление качеством медицинской помощи. - 2013. - № 1. - С. 54-61.

124. Современные подходы в изучении заболеваемости детского населения России / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, В. И. Бондарь [и др.] // Российский педиатрический журнал. - 2008. - № 5. - С. 4-7.

125. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России : [монография] / О. П. Щепин, И. А. Купеева, В. О. Щепин, Е. П. Какорина. - Москва : Медицина : Шико, 2007. - 359 с.

126. Солодков, А. С. Здоровье детей в Санкт-Петербурге / А. С. Солодков // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. - 2011. - № 2(82). - С. 165-170.

127. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России / Т. М. Максимова, В. Б. Белов, Н. П. Лушкина [и др.]. - Москва : Per Se, 2008. - 367 с.

128. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / А. А. Баранов, Л. А. Щеплягина, А. Г. Ильин, В. Р. Кучма // Российский педиатрический журнал. - 2005. - № 2. - С. 4-8.

129. Состояние костно-мышечной системы как фактор риска нарушений репродуктивного здоровья девочек старшего школьного возраста / Н. Б. Мирская, А. В. Ляхович, А. Н. Коломенская, А. Д. Синякина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2011. - № 2. - С. 22-33.

130. Сравнительная оценка организации контроля доступности и качества оказания медицинской помощи в условиях краевой консультативной

поликлиники / Л. Н. Свидерская, В. М. Симакова, И. В. Демко [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. - 2016. - №5(101). - С. 53-64.

131. Стародубов, В. И. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации / В. И. Стародубов, В. О. Флек. - Москва : Менеджер здравоохранения, 2006. - 192 с.

132. Стародубов, В. И. Концепция федерального атласа «Региональные факторы и особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации» / В. И. Стародубов, А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий // Педиатрия. - 2005. - № 1. - С. 10-13.

133. Старченко, А. А. Критерии оценки качества медицинской помощи: важный шаг в направлении уважения прав пациентов, врачей и экспертов / А. А. Старченко // Менеджер Здравоохранения. - 2015. - № 9. - С. 55-62.

134. Статистические методы изучения и оценки здоровья населения : учебное пособие / Н. В. Полунина, Г. Н. Буслаева, В. В. Попов [и др.] ; под ред. Н. В. Полуниной. - Москва : Издательство РУДН, 2015. - 240 с.

135. Стратегия «Здоровье и развитие здоровья подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков) / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. С. Намазова–Баранова [и др.]. - Москва : ПедиатрЪ, 2014. - 112 с.

136. Сухарева, Л. М. Заболеваемость московских школьников в динамике обучения с первого по девятый класс / Л. М. Сухарева, Л. С. Намазова-Баранова, И. К. Рапопорт // Российский педиатрический журнал. - 2013. - № 4. - С. 48-53.

137. Таирова, Р. Т. Анализ качества оказания медицинской помощи населению российской федерации: возможные пути оптимизации / Р. Т. Таирова, Е. А. Берсенева, В. В. Ушенин // Вестник современной клинической медицины. - 2017. - Т. 10, № 6. - С. 75-80.

138. Тайницкая, Э. В. Рейтинговая оценка деятельности врача-педиатра участкового в системе управления качеством медицинской организации / Э. В. Тайницкая // Заместитель главного врача. - 2011. - № 8. - С. 58-66.

139. Татарников, М. А. Оценка удовлетворенности потребителей медицинских услуг в системе управления здравоохранением / М. А. Татарников, Г. М. Вялкова, Г. А. Глухова // Экономика здравоохранения. - 2011. - № 3-4. - С. 29-35.

140. Тимакова, М. В. Распространенность некоторых заболеваний среди школьников по итогам массовых диспансерных обследований / М. В. Тимакова [и др.] // Детская больница. - 2005. - № 2. - С.11-18.

141. Трепель, В. Г. Правовые основы структуры внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / В. Г. Трепель, М. А. Шишов // Вестник Росздравнадзора. - 2014. - №6. - С. 5-8.

142. Трепель, В. Г. К вопросу об оценке составляющих качества медицинской помощи / В. Г. Трепель, М. А. Шишов // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - №6. - С. 24-27.

143. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать : научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г. Э. Улумбекова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 589 с.

144. Успенская, И. В. Внедрение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации / И. В. Успенская, Е. В. Манухина, С. В. Юрина // Наука молодых - Eruditio Juvenium. - 2017. - Т. 5. - № 4. - С. 427-439.

145. Управление качеством скорой медицинской помощи / М. А. Курбанов, Д. Л. Мушников, Б. А. Поляков [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. - 2015. - Т. 17. - № 4. - С. 206-213.

146. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у подростков с артериальной гипертензией / О. А. Кисляк, Г. И. Сторожаков, Е. В. Петрова [и др.] // Педиатрия. - 2003. - №2. - С. 16-20.
147. Физиологические и психологические особенности школьников с нарушениями осанки / С. М. Чечельницкая, А. Г. Румянцев, А. М. Волков [и др.] // Вопросы практической педиатрии. - 2008. - № 3(3). - С. 41-44.
148. Хальфин, Р. А. Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации / Р. А. Хальфин // Здравоохранение. - 2003. - № 10. - С. 19-26.
149. Чумакова, О. В. Об организации первичной медико-санитарной помощи / О.В. Чумакова // Справочник педиатра. - 2006. - № 3. - С. 15-17.
150. Чухрова, М. А. Здоровье подростков Красноярского края / М. А. Чухрова // Первая краевая. - 2011. - № 3. - С. 30-32.
151. Шабунова, А. А. Возможности реализации прав по охране и укреплению репродуктивного здоровья : гендерный диспаритет / А. А. Шабунова, М. А. Ласточкина // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. - 2007. - № 36. - С. 70-78.
152. Шарапова, О. В. О мерах по улучшению охраны здоровья детей / О. В. Шарапова // Педиатрия. - 2002. - № 3. - С. 18-20.
153. Швец, Ю. Ю. Основные положения экспертизы качества медицинской помощи / Ю. Ю. Швец // Интерактивная наука. - 2016. - № 10. - С. 182-184.
154. Шишкин, С. В. Различия в доступности медицинской помощи для населения России / С. В. Шишкин, Е. В. Селезнева, А. Я. Бурдяк // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации. - 2008. - № 8. - С. 135-158.
155. Шишов, М. А. Актуальные проблемы осуществления экспертизы качества медицинской помощи / М. А. Шишов // Медицинское право. - 2016. - № 2. - С. 27-32.

156. Школьников, М. А. Современные тенденции сердечно-сосудистой заболеваемости у детей в Российской Федерации; структура сердечной патологии детского возраста / М. А. Школьников, Г. Г. Осокина, И. В. Абдулатипова // Кардиология. - 2003. - Т.43. - № 8. - С. 4-8.

157. Шубенкова, Е. В. Развитие персонала в системе TQM : принципы, особенности, организация / Е. В. Шубенкова, И. И. Исаченко, М. Е. Исакова // Известия высших учебных заведений. Проблемы полиграфии и издательского дела. - 2012. - № 2. - С. 223-244.

158. Школы здоровья в Европе и России / Г. Бейс, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева [и др.]. - Москва : Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. - 83 с.

159. Щепин, О. П. Фундаментальные основы политики здравоохранения / О. П. Щепин. - Москва : Эски, 2001. - 352 с.

160. Эмануэль, Ю. В. Применение системы менеджмента качества в организациях здравоохранения / Ю. В. Эмануэль, А.Л. Хотин // Клинико-лабораторный консилиум. – 2009. - № 2. – С. 4-12.

161. Экспертиза в медицинской практике : учебно-методическое пособие / В. И. Орел, А. В. Ким, Н. А. Гурьева, Л. Л. Шарафутдинова. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. - 535 с.

162. Экспертиза качества медицинской помощи в современных условиях / И. Ф. Серегина, Е. Г. Князев, М. Г. Малаев [и др.] // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 1. - С. 14-20.

163. Экспертные методы при выборе показателей для независимой оценки качества медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь / Ю. В. Михайлова, И. В. Иванов, И. Б. Шикина [и др.] // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - №4. - С. 74-77.

164. Юргель, Н. В. Изучение образовательных потребностей медицинских работников в условиях модернизации первичного звена здравоохранения / Н. В. Юргель, М. Ю. Хубиева // Здравоохранение. - 2007. - № 11. - С.153-157.

165. Ямщиков, А. Управление качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами / А. Ямщиков // Социальная политика и социальное партнерство. – 2010. - № 7. – С. 71-77.

166. Allen, N. K. A National Program to Restructure Local Public Health Agencies in the United States / N. K. Allen // Journal of Public Health Policy. - 1993. - № 14(4). - P. 397-401.

167. Andrews, S. L. QA vs QI: The Changing Role of Quality in Health Care / S. L. Andrews // J. Quality Assurance. - 1991. - Vol. 38. - P. 14-15.

168. Arnstein, S. R. A ladder of citizen participation / S. R. Arnstein // Am. Ins. Planners J. - 1966. - Vol. 35, N 4. - P. 216-224.

169. Bektaş, F. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Uygulamaları : Unpublished Master Thesis. - Istanbul : Beykent University, Social Sciences Institute, 2013.

170. Bowling, A. What People Say about Prioritizing Health Services. – Lond. : King's Fund Institute, 1993. – 72 p.

171. Canadian agency for drugs and technologies in health. Canadian coordinating office for health technology assessment to Canadian agency for drugs and technologies in health our history [Electronic resource]. - 2006. - URL: <http://www.cadth.ca/index.php/en/cadth/corporate-profile/history> [accessed 2019 May 30].

172. Çavuş, M. F. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi / M.F.Çavuş, E. Gemici // The Journal of Academic Social Science. - 2013. - № 1(1). - P. 238-257.

173. Consumer Reports. How we rate hospitals [Electronic resource]. June 2018. - URL : [http://article.images.consumerreports.org/prod/content/dam/cro/news\\_articles/health/PDFs/Hospital\\_Ratings\\_Technical\\_Report.pdf](http://article.images.consumerreports.org/prod/content/dam/cro/news_articles/health/PDFs/Hospital_Ratings_Technical_Report.pdf) [accessed 2019 June 14]

174. Daley, C. Healthcare Systems : Netherlands [Electronic resource] / C. Daley, J. Gubb // Civitas Report / updated by E. Clarke and E. Bidgood. - 2011. - P. 4-8. – URL : <http://www.civitas.org.uk/content/files/netherlands.pdf> [accessed 2019 June 14]

175. Donabedian, A. Models of quality assurance / A. Donabedian // Leonard S. Rosenfeld Memorial Lecture / S. Leonard ; School of Public Health University of north Carolina in Chapel Hill. - Chapel Hill, 1993. - P. 25-35.

176. Donabedian, A. The Definition of quality and approached to its assessment [Electronic resource] / A. Donabedian. - URL : <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1567> [accessed 2019 June 14].

177. Epidemiology in public health practice / A. Haveman-Nies, S. C. Jansen, J. A. Oers [et al.]. - 2010. // American Journal of Epidemiology. – 2011. – Vol. 174, № (7). – P. 871-873.

178. European Practice Assessment of Cardiovascular Risk Management (EPA Cardio) : protocol of an international observational study in primary care [Electronic Resource] / Michel Wensing, Sabine Ludt, Stephen Campbell [et al.] - URL : <https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-4-3> [accessed 2019 June 14].

179. Field, C. J. The immunological components of human milk and their effect on immune development in infants / C. J. Field // J. Nutr. - 2005. - Vol. 135. - P. 1-4.

180. Gladstone, D. Health care reform in the UK: working for patients? / D. Gladstone, M. Goldsmith // Reforming Health Care: the Philosophy and Practice of International Health Reform / ed. D. Seedhouse. - Chichester : John Wiley, 1995. - P. 71-84.

181. Global recommendations on physical activity for health [Electronic Resource] / World Health Organization. - Geneva: WHO, 2010. - URL: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/) [accessed 2019 June 14].



182. Gressens, P., Environmental factors and disturbances of brain development / P. Gressens, B. Mesples, N. Sahir // *Semin Neonatol.* - 2001. - Vol. 6, № 2. - P. 185-194.

183. Habn, D. L. Importance of Evidence Grading for Guideline Implementation : The Example of Asthma / D. L. Habn // *Ann. Fam. Med.* - 2009. - Vol.7. - No.4. - P.365-369.

184. Harding, A. Innovations in health care delivery: organizational reforms within the public sector / Harding A., Preker A. - Washington D.C.: World Bank. 2000.

185. Healthcare professionals' perception and related factors about total quality management / Tapan Birkan, Gayef Albena, Sezen Adem [et al.] // *The Russian Academic Journal.* -2015. - Vol. 32, № 2. - P. 45-53

186. Hendriks, A. A. Improving the assessment of (in) patients' satisfaction with hospital care / A.A. Hendriks // *Med. Care.* - 2001. - Vol. 39, № 3. - P. 270-283.

187. Hospital consumer assessment of healthcare providers and systems [Electronic Resource]. - URL : <https://www.healthcarefinancenews.com/directory/hospital-consumer-assessment-healthcare-providers-and-systems> [accessed 2019 June 14].

188. Identification of an updated set of prescribing-safety indicators for GPs / Rachel Spencer, Brian Bell, Anthony J. Avery [et al.] // *Br J Gen Pract.* - 2014. - № 64 (621). - P. 181-190.

189. Klien, R. Big bang health care reform - does it work? The case of Britain's 1991 National Health Service reforms / R. Klien // *Milbank Q.* - 1995. - Vol. 73, N. 3. - P. 299-337/

190. Leatherman, S. The Quest for Quality in the NHS: A chartbook on quality of care in the UK / S. Leatherman, K. Sutherland. - Oxford ; Seattle : Radcliffe Publishing. - 2005. - 183 p.

191. Measuring general practice: a demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators [Electronic resource] / Martin N. Marshall,

Martin O. Roland, Stephen M. Campbell [et al.]. - 2003. - URL: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph\\_reports/2005/MR1725.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1725.pdf) [accessed 2019 June 14].

192. National hospital ratings systems share few common scores and may generate confusion instead of clarity / J. M. Austin, A. K. Jha, P. S. Romano [et al.] // Health Aff (Millwood). - 2015. - №34 (3). - P. 423-430.

193. National Institute for Health and Care Excellence. Health and Social Care Directorate Health and Social Care Directorate : Indicators Process Guide. – Manchester : National Institute for Health and Care Excellence, 2014. – 32 p.

194. OECD. Health Care Quality Indicators. Primary care [Electronic resource]. – URL : <https://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-primary-care.htm> [accessed 2019 June 14].

195. Opening the door to better healthcare: Ensuring general practice is working for children and young people [Electronic resource] / National Children's Bureau. - London : National Children's Bureau, 2013. - URL : <https://www.ncb.org.uk/about-us/opening-door-better-healthcare> [accessed 2019 June 14].

196. Pirhan, Ş. Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği : Unpublished Master Thesis / Ş Pirhan ; Beykent University, Social Sciences Institute. – Istanbul, 2014.

197. Seftel, A. D. Critical update of the 2010 endocrine society clinical practice guidelines for male hypogonadism a systematic analysis. / A. D. Seftel, M. Kathrins , C. Niederberger// Mayo Clinic Proceedings. - 2015. - № 8. - P. 1104-1115.

198. Shaoul, J. A critical financial analysis of the Private Finance Initiative: selecting a financing method or allocating economic wealth? / J. Shaoul // Crit. Perspect. Account. - 2005. - Vol. 16, № 4. - P. 441- 471.

199. Singh, D. Community based team can transform mental health services, says report / D. Singh // British Medical Journal. - 2004. - P. 328.

200. Szecsenyi, J. European Practice Assessment (EPA) : Practice Assessment and Quality Management with Indicators that Matter [Electronic resource] / Joachim Szecsenyi // The World Book of Family Medicine. - 2015. – URL: <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/077%20%E2%80%93%20European%20Practice%20Assessment.pdf> [accessed 2019 June 14].

201. Technology Assessment: Lessons Learned from Around the World : an Overview / O'Donnell J. C., Pham S. V., Pashos C. L. [et al.] // Value Health. - 2009. - №12. - P.1-5.

202. The European definition of general practice / family medicine / J. Allen, Bernard Gay, Harry Crebolder [et al.] // Wonca Europe. - 2011. - 33 p.

203. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual [Electronic resource] / Kathryn Fitch, Steven J. Bernstein, María Dolores Aguilar [et al.]. – Santa Monica : Rand, 2000. - URL: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph\\_reports/2011/MR1269.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf) [accessed 2019 June 14].

204. The Swiss and Dutch Health Insurance Systems : Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets / Robert E. Leu, Frans F. H. Rutten, Werner Brouwer [et al.] // New York : The Commonwealth Fund, 2009. - URL: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2009/jan/swiss-and-dutch-health-insurance-systems-universal-coverage-and> [accessed 2019 June 14].

205. Top, H. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Çalışanlara Etkisi : Unpublished Master Thesis / H. Top ; Beykent University, Social Sciences Institute. – Istanbul, 2013.

206. Twenty-four-hour ambulatory blood pressure monitoring in healthy polish children and adolescents / A. Borowski, A. Wieteska-Kimczak, T. Dorywalski [et al.] // *Pediatr. Nephrol.* - 2009. - Vol. 13, N 15. - P. 97-104.

207. Ustasüleyman, T. Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Firma Performansı Üzerine Etkisi: Türkiye'nin 500 Büyük Firmasına Yönelik Bir Araştırma. /

T. Ustasüleyman // Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. - 2011. - № 13(2). - P. 67-96.

208. Vuory H. V. Quality assurance of health services / H. V. Vuory. - Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1982. - (Public Health in Europe ; № 16).

209. We are currently developing a childhood obesity surveillance system for the WHO European Region [Electronic resource]. - URL : [http://www.euro.who.int/nutrition/20070418\\_1?language=Russian](http://www.euro.who.int/nutrition/20070418_1?language=Russian) [accessed 2019 May 30].

210. What Are Quality Assurance And Quality Control? // [Electronic resource] / The ASQ Audit Division, J. P. Russell, ed. - URL : <http://asq.org/learn-about-quality/quality-assurance-quality-control/overview/overview.html> [accessed 2019 May 30].

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

АИС – автоматизированная информационная система

АПУ – амбулаторно-поликлинические учреждения

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГОСТ – Государственный стандарт

ЕГИСЗ – Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения

ИСО – Международная организация стандартизации

КМП – качество медицинской помощи

ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РФ – Российская Федерация

СМО – страховая медицинская организация

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ФЗ – Федеральный закон

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### *Приложение 1. Вопросы анкеты с предлагаемыми вариантами ответов*

Вопросы анкеты	Предлагаемые варианты ответов
01. Пол Вашего ребенка	1. Мужской 2. Женский
02. Возраст Вашего ребёнка:	_____ лет _____ месяцев
03*. Каким источником информации о работе детской поликлиники Вы пользуетесь:	1. Регистратура 2. Информационные стенды в поликлинике 3. Интернет-сайт 4. Другое _____
04. Оцените открытость и доступность информации о медицинском учреждении:	1. Информация полная, актуальная и понятная 2. Информации недостаточно 3. Информация отсутствует 4. Затрудняюсь ответить
05.1. Насколько легко Вам записываться на прием к врачу педиатру участковому и врачам-специалистам через личное обращение в регистратуру?	1. Очень легко 2. Легко 3. Сложно 4. Очень сложно не удалось записаться 5. Не пользовался(лась)
05.2. Насколько легко Вам записываться на прием к врачу педиатру участковому и врачам-специалистам посредством личного общения с лечащим врачом?	1. Очень легко 2. Легко 3. Сложно 4. Очень сложно не удалось записаться 5. Не пользовался(лась)
05.3. Насколько легко Вам записываться на прием к врачу педиатру участковому и врачам-специалистам по телефону?	1. Очень легко 2. Легко 3. Сложно 4. Очень сложно не удалось записаться 5. Не пользовался(лась)
5.4. Насколько легко Вам записываться на прием к врачу педиатру участковому и врачам-специалистам через интернет?	1. Очень легко 2. Легко 3. Сложно 4. Очень сложно не удалось записаться 5. Не пользовался(лась)
06. Подписываете ли Вы добровольное информированное согласие на оказание медицинских услуг ребенку (прививки, медосмотр, заболевание и др.)?	1. Всегда 2. Иногда 3. Никогда

Вопросы анкеты	Предлагаемые варианты ответов																
07. Считаете ли Вы получаемую от врача информацию о состоянии здоровья Вашего ребенка достаточной и понятной?	1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить																
08. Сколько времени чаще всего Вы тратите на ожидание приема участкового врача педиатра?	1. До 15 минут 2. 15-30 минут 3. От 30 минут до 1 часа 4. Более 1 часа																
09. Удовлетворены ли Вы доступностью и графиком работы участкового педиатра и врачей-специалистов поликлиники?	1. Да 2. Частично 3. Нет																
10. Направляет ли участковый педиатр при заболевании Вашего ребенка на консультацию к врачам-специалистам?	1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить																
11. Если «да», сколько времени обычно уходит на ожидание приема?	1. Прием в тот же день 2. 1-2 дня 3. 3-5 дней 4. Более 5 дней																
12. Удовлетворены ли Вы работой диагностических служб детской поликлиники (лаборатории, рентген-кабинета и т.п.)?	1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить																
13. Направляли ли Вашего ребенка в другие лечебно-профилактические учреждения для проведения диагностических исследований?	1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить																
14. Приходилось ли Вам оплачивать диагностические исследования (отметьте «+»)?	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="884 1330 1198 1406">Диагностическое исследование</th> <th data-bbox="1198 1330 1294 1406">Нет</th> <th data-bbox="1294 1330 1370 1406">Да</th> <th data-bbox="1370 1330 1485 1406">Сумма</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="884 1406 1198 1447">лабораторные</td> <td data-bbox="1198 1406 1294 1447"></td> <td data-bbox="1294 1406 1370 1447"></td> <td data-bbox="1370 1406 1485 1447"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 1447 1198 1518">инструментальные (УЗИ, ЭКГ и др.)</td> <td data-bbox="1198 1447 1294 1518"></td> <td data-bbox="1294 1447 1370 1518"></td> <td data-bbox="1370 1447 1485 1518"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="884 1518 1198 1568">рентгенологические</td> <td data-bbox="1198 1518 1294 1568"></td> <td data-bbox="1294 1518 1370 1568"></td> <td data-bbox="1370 1518 1485 1568"></td> </tr> </tbody> </table>	Диагностическое исследование	Нет	Да	Сумма	лабораторные				инструментальные (УЗИ, ЭКГ и др.)				рентгенологические			
Диагностическое исследование	Нет	Да	Сумма														
лабораторные																	
инструментальные (УЗИ, ЭКГ и др.)																	
рентгенологические																	
15. Проходил ли Ваш ребенок в течение календарного 2015 г. профилактический медицинский осмотр?	1. Да 2. Нет 3. Не владею этой информацией																

Вопросы анкеты		Предлагаемые варианты ответов	
16*. Если «да», то отметьте, какими специалистами и где был осмотрен Ваш ребенок (отметьте «+»)?			
Наименование специалиста	Медицинское учреждение		Школа, гимназия, лицей, дошкольное учреждение
	детская поликлиника	другое	
Педиатр			
Врач стоматолог детский			
Невролог			
Детский хирург			
Офтальмолог			
Оториноларинголог			
Врач психиатр детский			
Акушер-гинеколог детский			
Детский уролог-андролог			
Травматолог-ортопед			
Детский эндокринолог			
17. Укажите группу здоровья Вашего ребенка:	1. I 2. II 3. III 4. IV 5. V 6. Не знаю		
18. Имеется ли у Вашего ребенка хроническое(ие) заболевание(я)?	1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить		
19*. Находится ли Ваш ребенок под диспансерным наблюдением?	1. Да, у участкового педиатра _____ (укажите диагноз) 2. Да, у специалиста _____ (укажите специалиста) _____ (укажите диагноз) 3. Нет		
В заключение сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе:			
20. Пол:	1. Мужской 2. Женский		
21. Ваш возраст:	1. До 30 лет 2. 30-39 лет 3. 40-49 лет 4. 50 лет и старше		



Вопросы анкеты	Предлагаемые варианты ответов
22. Число детей в семье:	1. Один 2. Два 3. Три и более
23. Семейное положение:	1. Женат (замужем) 2. Холост (не замужем) 3. Разведен(а) 4. Вдовец (вдова)
24. Образование:	1. Высшее 2. Среднее специальное 3. Среднее общее 4. Неполное среднее 5. Начальное
25. В настоящее время:	1. Учусь 2. Работаю 3. Работаю и учусь 4. Не работаю 5. Нахожусь в отпуске по уходу за ребенком 6. На пенсии, но работаю 7. Пенсионер
26. Родственная связь с ребенком	Укажите _____

**Приложение 2. Показатели заболеваемости по обращаемости детей в г. Волгограде и Российской Федерации (на 1000 детского населения)**

Наименование класса заболеваний	Шифр по МКБ-10	Годы					
		2013		2014		2015	
		Волгоград	РФ	Волгоград	РФ	Волгоград	РФ
Всего заболеваний	A00-T98	2592,7	2304,3	2595,4	2229,3	2287,3	2239,2
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	63,8	85,7	66,5	87,1	57,6	82,9
новообразования	C00-D48	6,8	9,2	5,7	9,0	4,9	9,6
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	16,6	28,3	17,4	27,7	20,5	27,9
болезни эндокринной системы	E00-E89	42,2	37,7	49,3	37,5	48,2	39,4
болезни нервной системы	G00-G98	83,6	93,1	97,3	89,6	78,2	91,1
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	135,6	117,3	146,7	116,4	134,8	120,7
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	74,4	59,3	75,1	58,4	66,2	57,9
болезни системы кровообращения	I00-I99	37,8	20,9	34,0	19,5	33,8	19,8
болезни органов дыхания	J00-J98	1666,0	1240,7	1650,8	1207,6	1423,5	1226,9
болезни органов пищеварения	K00-K92	85,7	138,7	90,6	135,7	70,0	132,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	59,2	104,6	61,5	100,5	57,3	99,4
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	69,0	77,1	75,1	75,6	102,6	75,8
болезни мочеполовой системы	N00-N99	69,6	56,3	70,5	54,1	61,6	54,4
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00-P96	53,7	26,7	50,1	24,4	45,2	22,5
врожденные аномалии (пороки развития)	Q00-Q99	30,2	33,7	37,1	33,6	33,4	35,0
травмы, отравления	S00-T98	69,4	105,9	71,1	103,0	47,5	106,2

*Приложение 3. Структура заболеваемости по обращаемости детей в г. Волгограде и Российской Федерации (в %)*

Наименование класса заболеваний	Шифр по МКБ-10	Годы					
		2013		2014		2015	
		Волгоград	РФ	Волгоград	РФ	Волгоград	РФ
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	2,5	3,7	2,6	3,9	2,5	3,7
новообразования	C00-D48	0,3	3,9	0,2	0,4	0,2	0,4
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	0,6	1,2	0,7	1,2	0,9	1,2
болезни эндокринной системы	E00-E89	1,6	1,6	1,9	1,7	2,1	1,8
болезни нервной системы	G00-G98	3,2	4,0	3,7	4,0	3,4	4,1
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	5,2	5,1	5,7	5,2	5,9	5,4
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	2,9	2,6	2,9	2,6	2,9	2,6
болезни системы кровообращения	I00-I99	1,5	0,9	1,3	0,9	1,5	0,9
болезни органов дыхания	J00-J98	64,3	53,8	63,6	54,2	62,2	54,8
болезни органов пищеварения	K00-K92	3,3	6,0	3,5	6,1	3,1	5,9
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	2,3	4,5	2,4	4,5	2,5	4,4
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	2,7	3,3	2,9	3,4	4,5	3,4
болезни мочеполовой системы	N00-N99	2,7	2,4	2,7	2,4	2,7	2,4
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00-P96	2,1	1,2	1,9	1,1	2,0	1,0
врожденные аномалии (пороки развития)	Q00-Q99	1,2	1,5	1,4	1,5	1,5	1,6
травмы, отравления	S00-T98	2,7	4,6	2,7	4,6	2,1	4,7
Всего заболеваний	A00-T98	100	100	100	100	100	100

*Приложение 4. Показатели первичной заболеваемости детей в г. Волгограде и Российской Федерации (на 1000 детского населения)*

Наименование класса заболеваний	Шифр по МКБ-10	Годы					
		2013		2014		2015	
		Волгоград	РФ	Волгоград	РФ	Волгоград	РФ
Всего заболеваний	A00-T98	2289,2	1868,1	2241,9	1810,3	1866,6	1775,9
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	62,2	78,4	66,1	79,7	49,2	72,8
новообразования	C00-D48	3,8	4,8	3,1	4,7	1,9	4,8
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	9,8	15,2	10,7	14,7	10,4	14,0
болезни эндокринной системы	E00-E89	22,2	15,4	16,2	14,9	19,1	14,9
болезни нервной системы	G00-G98	60,3	41,8	60,7	39,8	46,0	37,6
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	82,9	60,3	88,9	59,2	69,5	59,1
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	73,6	52,1	70,9	52,0	57,6	49,8
болезни системы кровообращения	I00-I99	19,0	8,1	18,6	7,3	16,3	7,2
болезни органов дыхания	J00-J98	1620,0	1183,6	1620,8	1154,8	1374,6	1157,6
болезни органов пищеварения	K00-K92	47,8	81,4	43,6	79,1	36,4	72,3
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	54,2	85,6	46,4	82,0	34,5	76,4
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	36,7	36,5	37,4	34,4	27,1	33,2
болезни мочеполовой системы	N00-N99	36,2	31,1	36,2	30,5	23,7	28,3
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00-P96	52,2	26,7	62,3	24,4	44,5	
врожденные аномалии (пороки развития)	Q00-Q99	10,8	11,6	14,8	11,4	8,1	11,0
травмы, отравления	S00-T98	72,0	105,8	71,1	102,7	47,5	104,3





**Таблица 3** – Оценка профилей индикаторов и интегрированного показателя качества медицинской помощи по результатам экспертиз историй развития ребенка (амбулаторных карт) поликлиники...

Ф.И.О. больного	Профили индикаторов														ФИО лечащего врача
	Блок А		Блок В		Блок С		Блок D		Блок К		Блок М		Е – интегрированный показатель качества и технологии оказания МП		
	Балл	Оценка	Балл	Оценка	Балл	Оценка	Балл	Оценка	Балл	Оценка	Балл	Оценка	Балл	Оценка	
...															
...															
Поликлиника в целом															

**Таблица 4** – Динамика оценок профилей индикаторов и интегрированного показателя качества медицинской помощи в ..... за ...

Профили индикаторов	20... год		20... год		+/-	
	Балл	Оценка	Балл	Оценка	Балл	Оценка
А – качество ведения документации						
В – диагностические мероприятия						
С – постановка диагноза						
Д – лечебно-профилактические мероприятия						
К – консультации						
М – оценка лечебно-организационных мероприятий						
Е – интегрированная оценка качества и технологии оказания медицинской помощи						









