

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

© *Вадим Кузьмич Юрьев, Денис Владимирович Заславский,
Михаил Георгиевич Хведелидзе*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Вадим Кузьмич Юрьев — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: yuryev@inbox.ru

РЕЗЮМЕ: С помощью разработанной авторами автоматизированной информационной системы для проведения экспертизы качества стационарной помощи больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки проведена оценка качества стационарной помощи 210 дерматологическим больным, проходившим лечение в Ленинградской, Новгородской и Псковской областях. Установлено, что наиболее низкий уровень качества оказания стационарной помощи имеет Ленинградская область, удовлетворительный уровень имеет Псковская область и хороший уровень — Новгородская область. Во всех трех областях наиболее низкая оценка была дана качеству ведения документации, лечебным и лечебно-организационным мероприятиям.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни кожи и подкожной клетчатки; стационарная помощь; качество.

INPATIENT DERMATOLOGICAL CARE QUALITY ASSESSMENT RESULTS WITH THE USE OF AUTOMATED INFORMATION SYSTEM

© *Vadim K. Yurev, Denis V. Zaslavsky, Mikhail G. Khvedelidze*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

Contact Information: Vadim K Yurev — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Public Health and Healthcare.
E-mail: yuryev@inbox.ru

ABSTRACT: With the help of automated information system developed by the authors for quality examination of inpatient care for patients with skin and subcutaneous tissue diseases, the inpatient care quality assessment has been carried out with respect to 210 dermatological patients who received treatment in Leningrad, Novgorod and Pskov Regions. The lowest level of inpatient care quality was in Leningrad Region, the satisfactory level was in Pskov Region, proper level was observed in Novgorod Region registered. The lowest rating in all three Regions was given to the quality of record keeping, medical and medical/organisational arrangements.

KEY WORDS: skin and subcutaneous tissue diseases; inpatient care; quality.

Болезни кожи и подкожной клетчатки широко распространены среди населения России — ежегодно в стране регистрируется более 8,5 млн обращений по поводу этих заболе-

ваний. По уровню распространенности данного класса болезней Северо-Западный федеральный округ лидирует среди всех субъектов РФ [3]. При этом многие болезни кожи и

подкожной клетчатки имеют важное медико-социальное значение [1, 4, 7–9] и требуют стационарного лечения. Каждый год в стационарные медицинские организации поступает более 600 тыс. больных с этими заболеваниями. В то же время больничная помощь сегодня остается наиболее капиталоемким сектором системы здравоохранения [2], на содержание которой тратится более 50% от всех ассигнований, выделяемых на лечебно-реабилитационную помощь, однако имеющийся дорогостоящий коечный фонд используется не всегда рационально [5, 6, 10].

В соответствии со ст. 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одним из принципов отечественного здравоохранения является предоставление населению доступной и качественной медицинской помощи. Важной составляющей управления качеством медицинской помощи является контроль качества. В 2015 году МЗ РФ был издан приказ N 422ан от 07.07.2015 «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», однако до сих пор в большинстве учреждений дерматовенерологического профиля система внутреннего контроля качества стационарной медицинской помощи базируется на внутреннем положении, проводится в «ручном режиме» и существенно отличается в отдельных регионах.

С целью оптимизации объективной экспертизы качества стационарной помощи больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки нами была разработана автоматизированная информационная система «АСОКМП», которая позволяет проводить экспертизу на всех уровнях, значительно сокращает время проведения экспертизы, дает возможность оценить экспертируемые качественные признаки в количественном эквиваленте в соответствии с разработанной математической моделью, осуществить углубленную аналитическую разработку результатов экспертизы. Единая технология проведения экспертиз позволяет проводить

сравнение результатов экспертизы в отдельных ЛПУ и субъектах РФ в целом. В основу экспертной части карты были положены критерии, определенные приказом МЗ РФ N 422ан от 07.07.2015 «Критерии оценки качества медицинской помощи», расширенные и адаптированные к условиям стационарного лечения больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Экспертная карта включает в себя паспортную часть, позволяющую идентифицировать и охарактеризовать экспертный случай, вид экспертизы. Все критерии непосредственной экспертной оценки качества в зависимости от смыслового содержания были объединены в шесть блоков: А — качество ведения документации (13 критериев); В — диагностические мероприятия (10 критериев); С — постановка диагноза (8 критериев); D — лечебные мероприятия (6 критериев); E — лечебно-организационные мероприятия (10 критериев); F — результаты лечения (5 критериев).

С помощью автоматизированной информационной системы была проведена экспертиза качества стационарной медицинской помощи больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки в трех субъектах Северо-Западного федерального округа: 210 больным, завершившим лечение в Ленинградской, Новгородской и Псковской областях.

Проведенная экспертиза показала (таблица 1), что наиболее низкий уровень качества оказания медицинской помощи (интегрированный показатель качества и технологии $G=0,675$) имеет Ленинградская область, удовлетворительный уровень качества имеет Псковская область ($G=0,850$) и хороший уровень был установлен в Новгородской области ($G=0,906$).

Во всех трех изучаемых регионах наиболее низкая оценка была дана блоку А (качество ведения документации), блоку D (лечебные мероприятия) и блоку E (лечебно-организационные мероприятия), которые и привели к снижению интегрированного показателя качества и технологии.

Таблица 1

Результаты экспертной оценки индикаторов качества медицинской помощи по отдельным территориям

Территория (область)	Блоки						
	А	В	С	D	E	F	G
Ленинград.	0,392	0,931	0,980	0,703	0,083	0,962	0,675
Псковская	0,603	0,923	0,988	0,864	0,746	0,971	0,850
Новгород	0,871	0,941	0,953	0,899	0,804	0,971	0,906

Оценка отдельных индикаторов качества ведения медицинской документации (блок А) в ГБУЗ «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи» показала (таблица 2) отсутствие во всех исследованных документах записи, заверенной подписью заведующего отделением, обоснования назначения сложных и длительно проводимых методов исследований, протоколов врачебной комиссии медицинской организации при назначении лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, протокола врачебной комиссии о переводе пациента в другую медицинскую организацию. Во многих медицинских картах стационарного больного отсутствовала запись о добровольном согласии на проведение лечебно-диагностических мероприятий (критерий качества 0,02), отсутствовала запись об осмотре заведующим отделением (критерий качества 0,06), были заполнены не все предусмотренные документом разделы (критерий качества 0,08). Часть медицинских карт были заполнены небрежно (критерий качества 0,32), не во всех картах было обоснование клинического диагноза с соответствующей записью, подписанной лечащим вра-

чом и заведующим отделением (критерий качества 0,34).

Оценка проведения лечебных мероприятий (блок D) показала на отсутствие решения врачебной комиссии о назначении лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения. Не во всех медицинских картах были записи о проведении коррекции плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения (критерий качества 0,15), в ряде случаев лечение без объективных причин было начато несвоевременно (критерий качества 0,35).

Анализ качества проведения лечебно-организационных мероприятий (блок E) позволил установить, что в ГБУЗ «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи» больные, несмотря на наличие медицинских показаний, как правило, не переводятся в другую медицинскую организацию, врачи не в полной мере выполняют рекомендаций консультантов, в случае осложнений и/или длительного течения заболевания врачебная комиссия не делает своего заключения.

Таблица 2

Результаты экспертной оценки индикаторов качества медицинской помощи по отдельным критериям блоков А, D, E

№ критерия	Ленинградская обл.			Псковская обл.			Новгородская обл.		
	Блок А	Блок D	Блок E	Блок А	Блок D	Блок E	Блок А	Блок D	Блок E
1	0,08	0,85	0,05	0,68	0,85	0,80	0,82	0,87	1,00
2	0,32	0,80	0,07	1,00	0,83	0,80	0,90	0,92	0,63
3	0,02	0,85	0,20	0	0,85	0,38	1,00	0,85	0,50
4	0,80	0	0,23	0,75	0	0,12	0,97	0	0,50
5	0,34	0,35	0	0	1,00	1,00	0,95	1,00	0,50
6	0,06	0,15	1,00	0,78	0,07	0	0,45	0,25	0
7	0	–	1,00	0	–	0	0	–	0
8	0	–	0	0	–	0	0	–	0
9	1,00	–	0	0	–	1,00	1,00	–	1,00
10	0	–	0	0	–	0	0	–	1,00
11	0	–	–	1,00	–	–	0	–	–
12	0,89	–	–	1,00	–	–	0,94	–	–
13	0,92	–	–	0,97	–	–	0,94	–	–

Заведующий отделением осматривает не всех больных как в течение первых 48 часов после поступления (критерий качества 0,05), так и еженедельно (критерий качества 0,07), в связи с чем редко проводится коррекция плана обследования и плана лечения по результатам осмотра заведующим отделением (критерий качества 0,20). Несмотря на необходимость, далеко не всегда проводится консультативный осмотр специалистами другого профиля (критерий качества 0,23).

Анализ качества стационарного лечения в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер Псковской области» позволил установить, что во всех прошедших экспертную оценку медицинских картах стационарного больного отсутствуют (блок А) записи о наличии информированного добровольного согласия на проведение лечебно-диагностических мероприятий, подписанные лечащим врачом и заведующим отделением, записи об обосновании клинического диагноза, о необходимости проведения дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований (в случае особенностей течения заболевания), протоколы врачебной комиссии о необходимости назначения лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших, протоколы проведенного консилиума врачей. Кроме того, врачебной комиссией не рассматривается необходимость назначения лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (блок D), редко проводится коррекция плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения (критерий качества 0,07). Из лечебно-организационных мероприятий (блок E) в диспансере не проводится консилиум врачей при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения, в случае осложнений и/или длительного течения заболевания, случай не рассматривается на врачебной комиссии, несмотря на наличие медицинских показаний, не осуществляется перевод больных. Несмотря на необходимость, редко проводится консультативный осмотр специалистами другого профиля (критерий качества 0,12), не всегда осуществляется коррекция плана обследования и плана лечения по результатам осмотра заведующим

профильным отделением (критерий качества 0,38).

В областном автономном учреждении здравоохранения «Новгородский областной кожно-венерологический диспансер» во всех медицинских картах стационарного больного, прошедших экспертную оценку, в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, отсутствовали соответствующие записи, заверенные подписью заведующего отделением, при назначении лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, отсутствовали протоколы врачебной комиссии, отсутствовали записи о переводе больного в другое отделение, протоколы врачебной комиссии при переводе пациента в другую медицинскую организацию. В ряде случаев (критерий качества 0,45) отсутствовали записи осмотра заведующим отделением. Назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, проводится врачами диспансера без решения врачебной комиссии, не всегда проводится коррекция плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения (критерий качества 0,25). При затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения не проводится консилиум врачей, несмотря на наличие медицинских показаний не осуществляется перевод пациентов в другое отделение.

Проведенная экспертная оценка диагностических мероприятий (блок B), постановки диагноза (блок C) и результатов лечения (блок F) не выявила серьезных недостатков во всех трех регионах (средние индикаторы качества колебались в пределах 0,923–0,988). В то же время, несмотря на среднюю положительную оценку, обращает на себя внимание тот факт, что при наличии показаний во всех базовых учреждениях больным не проводятся гистологические и иммунологические исследования, как правило, не назначается проведение дополнительных исследований вне данной медицинской организации.

Таким образом, проведенная экспертиза качества позволила установить, как характерные для отдельных ЛПУ, так и общие для всех регионов недостатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заславский Д. В., Раводин Р. А., Татарская О. Б., Сыдииков А. А., Хведелидзе М. Г. Эритродермия: современные вопросы диагностики и лечения. Педиатр. 2014; 4 (1): 97–102.
2. Вишняков Н. И., Гусев О. А., Кочорова Л. В., Пенюгина Е. Н., Пузин С. Н. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. М.: МЕДпресс-информ; 2016.
3. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е., Богданова Е. В. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013–2015 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 2016; № 3: 12–30.
4. Лучкевич В. С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ. СПб.: СПбГМА им. И. И. Мечникова; 2011.
5. Рудниченко А. И., Кучумова Н. Г., Моисеева К. Е. Результаты оценки готовности среднего медицинского персонала к работе по профилактике социально-значимых заболеваний у детей. Педиатр. 2010; Выпуск 1: С. 75–76.
6. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
7. Юрьев В. К., Хведелидзе М. Г. Влияние стационарного лечения на качество жизни больных псориазом. Врач-аспирант. 2013; № 1.2 (56): 302–307.
8. Юрьев В. К., Заславский Д. В., Витенко Н. В., Артамонов К. В., Исенов С. К., Харбедия Ш. Д., Кучумова Н. Г. Некоторые результаты оценки пациентами качества медицинской помощи. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова. 2010; Т. XVII. (№ 2): С. 5–8.
9. Юрьев В. К., Харбедия Ш. Д., Хведелидзе М. Г. Оценка удовлетворенности пациентов качеством лечения в условиях областного кожно-венерологического диспансера. Современные проблемы науки и образования. 2013; № 5. Доступен по: <http://www.science-education.ru/111-10196>. (дата обращения 08.02.2017)
10. Юрьев В. К., Тадтаев В. А., Заславский Д. В., Моисеева К. Е. Роль диспансера в организации реабилитации пациентов. Медико-социальные и клинико-социальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения: Труды Астраханской государственной медицинской академии. Астрахань. 2007; Т. 36: 302–308.

REFERENCES

1. Zaslavsky D. V. Ravodin R. A., Tatarskaja O. B., Sydikov A. A., Hvedelidze M. G. [Erythroderma: modern questions of diagnostics and treatment]. Pediatr. 2014; 4 (1): 97–102. (in Russian).
2. Vishnjakov N. I. Gusev O. A., Kochorova L. V., Penyugina E. N., Puzin S. N. [Public health and health care. Tutorial]. M.: MEDpress-inform; 2016 (in Russian.).
3. Kubanova A. A., Kubanov A. A., Melehina L. E., Bogdanova E. V. [The organization of medical care in the profile "dermatology" in the Russian Federation. Dynamics of incidence of sexually transmitted infections, diseases of skin and subcutaneous tissue. 2013–2015 gg.]. Vestnik dermatologii i venerologii. 2016; № 3: 12–30 (in Russian).
4. Luchkevich V. S. [Quality of life as an object of system study and the integrated criterion of assessing the health and effectiveness of preventive and treatment programs]. SPb.: SPbGMA im. I. I. Mechnikova; 2011 (in Russian).
5. Rudnichenko A. I., Kuchumova N. G., Moiseeva K. E. The assessment of nursing staff qualification to work on the prevention of socially significant diseases in children. Pediatr. 2010; Vypusk 1: 75–76. (in Russian)
6. Ulumbekova G. Ye. [Health Care Of Russia. What to do: scientific substantiation of the «Strategy of development of health in the Russian Federation until 2020»] M.: GYOTAR-Media; 2010 (in Russian).
7. Yur'ev, V. K., Hvedelidze M. G. [The impact of inpatient treatment on quality of life in patients with psoriasis.]. Vrach-aspirant. 2013; № 1.2 (56): 302–307 (in Russian).
8. Jur'ev V. K., Zaslavsky D. V., Vitenko N. V., Artamonov K. V., Isenov S. K., Harbedija Sh. D., Kuchumova N. G. Some results of the evaluation of patients of the quality of medical care. Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. akademika I. P. Pavlova. 2010; T. XVII. (№ 2): 5–8 (in Russian)
9. Jur'ev V. K., Harbedija Sh. D., Hvedelidze M. G. Assessment of patient satisfaction with treatment in a regional dermatovenerologic dispensary. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2013; № 5. Dostupen po: <http://www.science-education.ru/111-10196>. (accessed 08.02.2017) (in Russian)
10. Jur'ev V. K., Tadtayev V. A., Zaslavsky D. V., Moiseeva K. E. The role of dispensary in the organization of rehabilitation of patients. Mediko-social'nye i kliniko-social'nye voprosy obshchestvennogo zdorov'ja i zdavoohraneniya: Trudy Astrahanskoy gosudarstvennoj medi-cinskoj akademii. Astrahan'. 2007; T. 36: 302–308. (in Russian)