УДК 614.2

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ Г. ВОЛГОГРАДА

© Тамара Сергеевна Дьяченко, Виктория Викторовна Иваненко, Елена Владимировна Пелих

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1

Контактная информация: Тамара Сергеевна Дьяченко — к. м. н., доцент, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Волгоградского государственного медицинского университета. E-mail: dts-volga@yandex.ru

РЕЗЮМЕ: Актуальность проблемы оценки качества медицинской помощи при заболеваниях ЛОР-органов обусловлена как высокой распространенностью данной патологии среди детского населения, так и отсутствием единых подходов к контролю качества медицинской помощи. Представленная в данной работе квантификационная модель и автоматизированная информационная система по оценке качества и технологии оказания медицинской помощи законченного случая поликлинического обслуживания позволила выявить наиболее распространенные дефекты качества ведения медицинской документации и проведения диагностических мероприятий в детских поликлиниках г. Волгограда, оказывающих медицинскую помощь детям с оториноларингологической патологией. В работе показана эффективность применения данной автоматизированной информационной системы и результаты управленческих решений, принятых в соответствии с результатами экспертиз по устранению дефектов качества медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество медицинской помощи; экспертная оценка; индикаторы; оториноларингологическая патология; детское население.

ASSESSMENT OF QUALITY OF MEDICAL CARE IN OTORHINOLARYNGOLOGICAL DISEASES IN CHILDREN'S POLYCLINICS IN VOLGOGRAD

© Tamara S. Dyachenko, Victoria V. Ivanenko, Elena V. Pelikh

Volgograd State Medical University. Pavshikh Bortsov Sq., 1. Volgograd, Russia, 400131

Contact Information: Tamara Sergeevna Dyachenko — MD, PhD, Associate Professor, Head of Department of Public Health and Healthcare. E-mail: dts-volga@yandex.ru

ABSTRACT: The relevance of the problem of assessing the quality of medical care in the otorhinolaryngological diseases is due to both high prevalence of this pathology among the child population and the lack of unified approaches to quality control of medical care. The quantification model presented in this article and the automated information system for monitoring the quality and technology of rendering medical care to a complete case of polyclinic services made it possible to identify the most common drawbacks in the quality of medical records and diagnostic activities in children's polyclinics in Volgograd that provide medical care for children with otorhinolaryngological pathology. The effectiveness of the application of this automated information system and the results of management decisions taken in accordance with the results of examinations to eliminate defects in the quality of medical care are shown in the article.

KEY WORDS: quality of medical care; expert examination; indicators; otorhinolaryngological diseases; child population.

Динамика структуры детской заболеваемости в России в последние годы свидетельствует о неуклонном росте числа заболеваний ЛОР-органов, являющихся также наиболее распространенной хронической патологией. Лечение данных заболеваний требует правильного подхода и своевременности, т. к. существует большой процент случаев рецидивирования острых воспалительных заболеваний и их хронизации [1, 4, 9]. Проблемы заболеваний ЛОР-органов выходят за рамки оториноларингологии и тесно связаны с бронхолегочной патологией, аллергизацией организма, изменениями в местном и гуморальном иммунитете [2, 6]. В большинстве случаев именно качество оказания медицинской помощи является важнейшим фактором в прогнозе исходов заболевания ЛОР-органов, что делает оценку качества медицинской помощи (КМП) одним из важнейших и актуальных вопросов в контексте ЛОР-патологии [5, 7, 8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить качество оказания медицинской помощи детям с оториноларингологической патологией в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Волгограда с использованием квантификационной модели расчета интегрированного показателя КМП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ КМП в двух детских клинических поликлиниках (ДКП № 16 и ДКП № 31) в 2015 и 2017 годах проводился при помощи экспертной карты и автоматизированной информационной системы по оценке качества и технологии оказания медицинской помощи законченного случая поликлинического обслуживания АИС КМП «Детская поликлиника». В 2015 году общее количество экспертиз составило 102, из них 50 было проведено в ДКП № 16, а 52 — в ДКП № 31. В 2017 году было проведено 119 экспертиз: 53 и 66 в ДКП №16 и ДКП № 31 соответственно. Анализ проводился по специально определенным для оценки КМП блокам: A — качество ведения документации, B — диагностические мероприятия, C — постановка диагноза, D — лечебно-профилактические мероприятия, K — консультации и M — оценка лечебно-организационных мероприятий. По результатам анализа всех блоков вычислялся интегрированный показатель качества и технологии оказания медицинской помощи каждому несовершеннолетнему, для удобства интерпретации выражающийся в привычной пятибалльной оценке [3, 8].

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование показало, что оценки по профилям индикаторов и интегрированный показатель существенно отличались как между амбулаторно-поликлиническими учреждениями, так и внутри одного учреждения в зависимости от года (табл. 1).

Отмечается общая для поликлиник тенденция к увеличению оценок по всем профилям индикаторов в 2017 году по сравнению с 2015 годом, прирост интегрированного показателя в ДКП № 16 составил 0,7 балла, а в ДКП № 31–1,1 балла.

Таблица 1

Сравнительная оценка профилей индикаторов и интегрированного показателя КМП детям с ЛОР-патологией в ДКП №16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

Профили индикаторов	ДКП №16		ДКП №31	
	2015 год	**2017 год**	**2015 год**	**2017 год**
Блок A	2,6	3,3	2,2	3,6
Блок B	3,0	3,0	2,4	3,0
Блок C	2,7	3,5	2,8	3,1
Блок D	3,3	3,7	2,7	3,6
Блок K	4,0	4,8	3,3	4,6
Блок M	3,6	4,1	2,2	3,7
Интегрированный показатель	**3,1**	**3,8**	**2,5**	**3,6**

Данная закономерность прослеживается и при анализе структурного распределения итоговых оценок качества медицинской помощи (рис. 1).

В 2015 году доля отличных и хороших оценок составляла 26% и 6% в ДКП №16 и ДКП №31 соответственно, а неудовлетворительных — 58,0% и 81,0% соответственно. В 2017 году структура оценок изменилась в положительную сторону, и количество «5» и «4» выросло до 38% и 39%, а количество «2» значительно снизилось — 9,0% и 23,0% соответственно, что говорит о большом объёме проделанной работы и об улучшении качества медицинской помощи в целом.

При анализе отдельных профилей индикаторов выявлено, что наибольшее количество замечаний экспертов относилось к качеству ведения медицинской документации (блок А). В данный блок входили следующие вопросы: оформление медицинской документации, объем описания состояния больного при обращении в поликлинику, «информированное согласие» родителей (опекуна, представителя) несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий, оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности. Оформление медицинской документации было оценено в 2015 году на 2,6 балла в ДКП № 16 и 2,2 балла в ДКП №31, а в 2017 году оценки по блоку А возросли до 3,3 балла и 3,6 балла соответственно. В 2015 году в обоих учреждениях доля нечетко и небрежно оформленной медицинской документации составляла 52% в ДКП № 16 и 82,7% в ДКП № 31 (рис. 2). В 2017 году данные показатели существенно снизились до 3,8% и 7,6% соответственно.

Объем описания при обращении в медицинское учреждение оценивался исходя из четырех возможных вариантов — достаточный, достаточный с замечаниями, недостаточный или отсутствует (рис. 3). Доля случаев с достаточным объемом описания при обращении в ДКП № 16 выросла с 24,0% в 2015 году до 66,0% в 2017 году, а в ДКП № 31 с критически низких 3,8% в 2015 году до 43,9% в 2017 году. Улучшение показателей обусловлено тем, что оформление медицинской документации в поликлиниках стало происходить с большей ответственностью, больше внимания уделялось как объёму описания при обращении в медицинское учреждение, так и правильности ведения медицинской документации в целом, что свидетельствует о правильности принятых управленческих решений.

При анализе плана обследования и лечения больного установлено, что в 2015 году в ДКП № 31 данный раздел вообще отсутствовал в 73% случаев, а в ДКП № 16 этот дефект встречался в 2,8 раз меньше (рис. 4). Однако необходимо отметить, что в остальных случаях данный план был составлен своевременно и обоснованно. В медицинских учреждениях было также уделено достаточное внимание исправлению данного дефекта, что отразилось на полученных в 2017 году результатах —

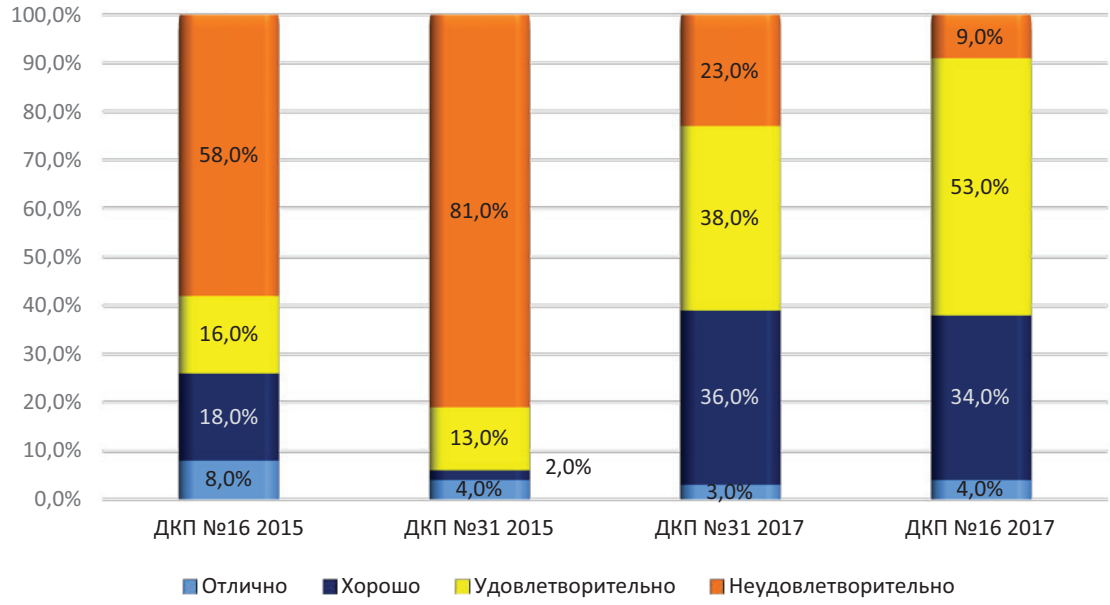

Рис. 1. Структурное распределение итоговых оценок качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене детям с ЛОР-патологией в ДКП №16 и ДКП №31 в 2015 и 2017 гг.

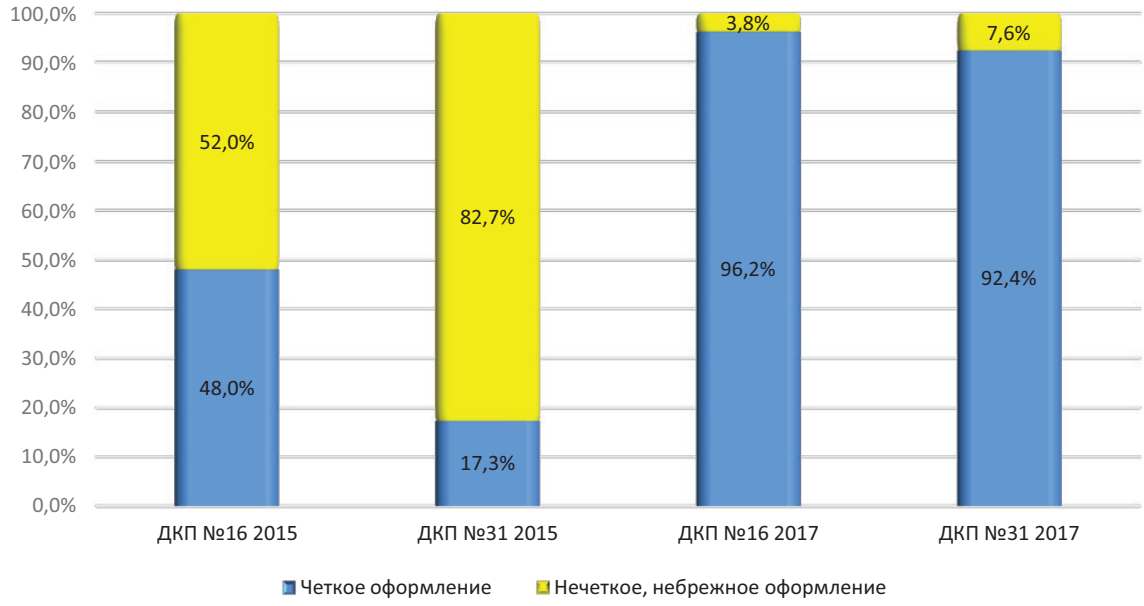

Рис. 2. Оценка оформления медицинской документации в ДКП №16 и ДКП №31 в 2015 и 2017 гг.

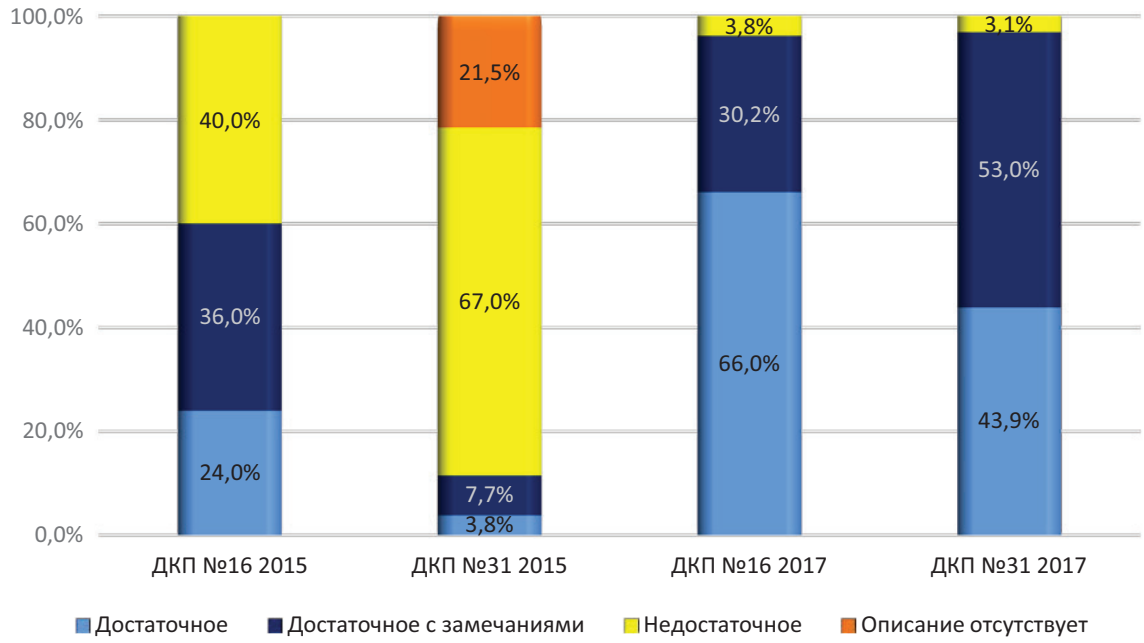

Рис. 3. Оценка объема описания при обращении в медицинское учреждение несовершеннолетнего с ЛОР-патологией в ДКП № 16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

в 100% случаев в ДКП № 31 план обследования и лечения больного был составлен своевременно и обоснованно.

Качество проведения диагностических мероприятий (блок В) включало оценку наличия плана обследования и лечения больного, его своевременность и обоснованность, оценку врачом тяжести состояния пациента при первичном обращении, своевременность и объем диагностических мероприятий, оценку результатов диагностических методов исследования, в т. ч. лабораторных и инструментальных. Обе поликлиники не смогли существенно улучшить результаты экспертной оценки по данному блоку, и в 2017 году их средний уровень составлял 3,0 балла.

Для оценки своевременности и объема проведенных диагностических мероприятий в распоряжении экспертов было 6 возможных вариантов ответа: своевременно, в полном объеме; несвоевременно, но в полном объеме; своевременно, но не в полном объеме; несвоевременно

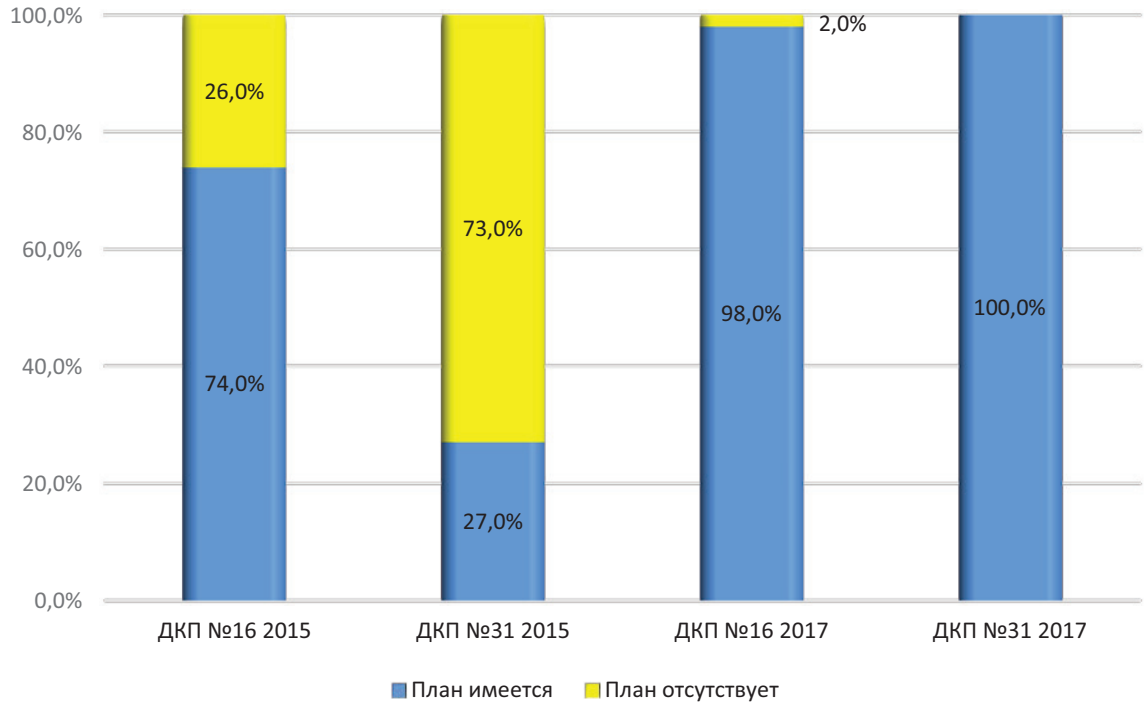

Рис. 4. Оценка наличия плана обследования и лечения несовершеннолетнего с ЛОР-патологией в ДКП № 16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

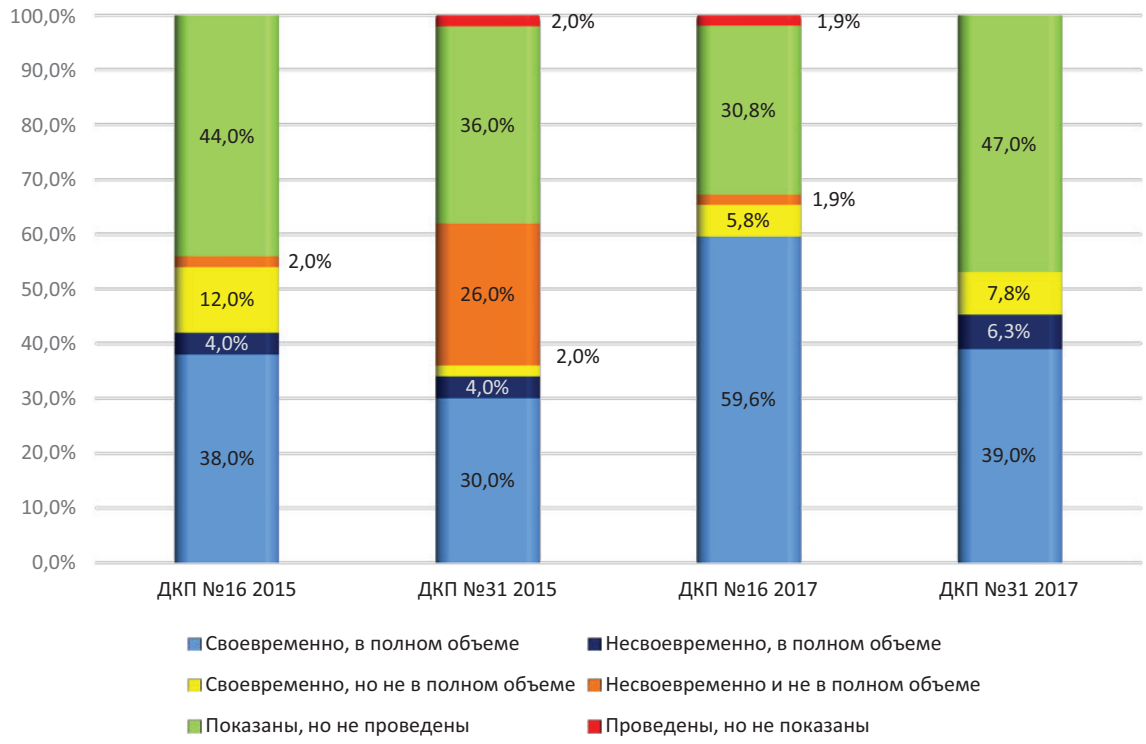

Рис. 5. Оценка своевременности и объема проведенных диагностических мероприятий в ДКП № 16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

и не в полном объеме; показаны, но не проведены; проведены, но не показаны. Структурное распределение полученных оценок представлено на рис. 5.

В 2015 году в ДКП № 16 и ДКП № 31 диагностические мероприятия были проведены некачественно в 58,0% и 64,0% случаев соответственно. В 2017 году данный показатель

снизился в ДКП №16 почти на 20%, а в ДКП №31 — только на 2,9%.

Анализ качества постановки диагноза (блок С) включал в себя оценку следующих параметров: совпадение предварительного и заключительного диагнозов, постановка заключительного клинического диагноза и соответствие диагнозов рубрификации МКБ-10. По оценке экспертов, в ДКП № 16 предварительный и заключительный диагнозы не совпадали или совпадали частично в 24,0% и 46,0% случаев экспертиз качества оказания медицинской помощи соответственно. В ДКП №31 предварительный и заключительный диагнозы не совпадали у 61,0% пациентов. Наиболее значимые результаты были получены при анализе соответствия заключительного клинического диагноза результатам клинического исследования (рис. 6).

В ДКП №16 в 2015 году выставленный диагноз не соответствовал результатам клинического исследования в 46,0% случаев лечения, в 2017 году процент данных случаев снизился в 3,5 раза. В ДКП № 31 в 2015 году число случаев, в которых выставленный диагноз не соответствовал результатам клинического исследования, было меньше, чем в другой поликлинике (37,8%). Однако, в 2017 оно возросло до 72,7% за счет уменьшения количества не выставленных диагнозов, которые в 2015 году составляли 29,7%.

В блоке D для оценки лечебно-профилактических мероприятий было использовано наибольшее число критериев: оценка своевременности начала лечения; наличие сопутствующего заболевания, отягощающего течение основного заболевания; оценка адекватности организации лечения; регулярность наблюдения (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами); отражают ли записи в истории развития ребенка (амбулаторной карте) эффект от проводимой терапии; проведение госпитализации ребенка в случае необходимости; соответствие проводимого лечения выставленному диагнозу; оценка рациональности комбинаций лекарственных средств, используемых при лечении; соответствие дозировки лекарственных средств возрастной группе и весовой характеристике. В ДКП № 16 в 2015 и 2017 годах оценка данного блока была удовлетворительной и составила 3,3 балла и 3,7 балла соответственно. В ДКП № 31 результатом оценки экспертов в 2015 году были 2,6 балла, которые в 2017 году улучшились до 3,6 баллов.

Своевременность начала лечения оценивалась по трем критериям, представленным на рис. 7. Лечение было начато своевременно в 94,0% случаев в ДКП № 16, и только в 43,2% случаев лечения в ДКП № 31. В 2017 году своевременное начало лечения было в 94,2% и 87,9% соответственно.

В 2015 году соответствие проводимого лечения выставленному диагнозу не вызывало замечаний экспертов в 34,0% и 21,5% случаев лечения в ДКП № 16 и ДКП № 31 соответственно (рис. 8). В 2017 году этот показатель значитель-

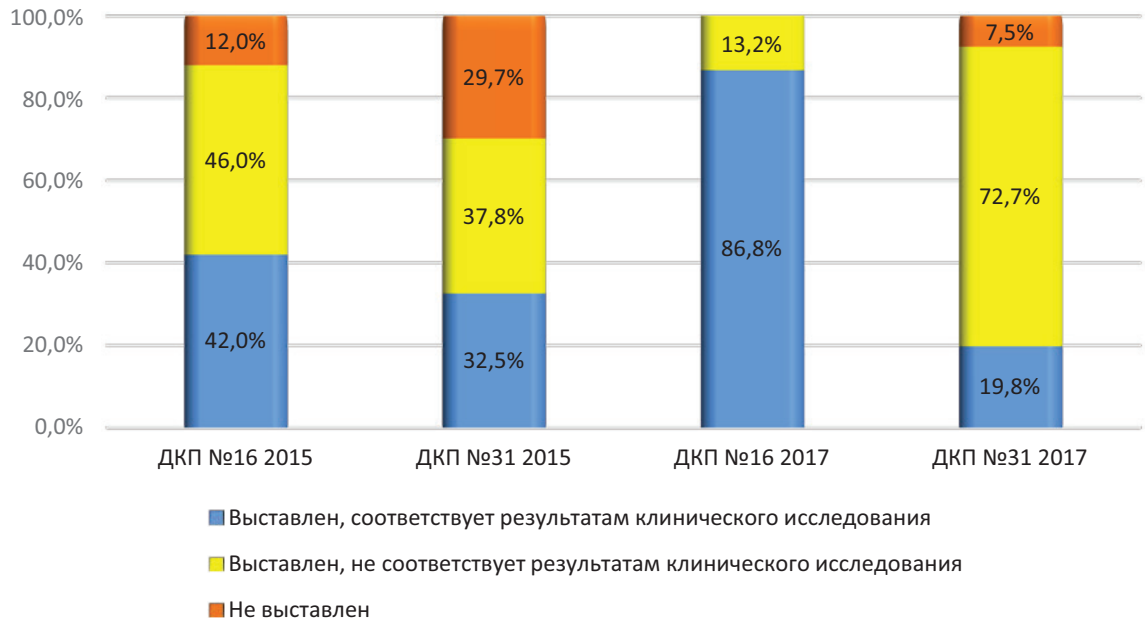

Рис. 6. Оценка постановки заключительного клинического диагноза в ДКП №16 и ДКП №31 в 2015 и 2017 гг.

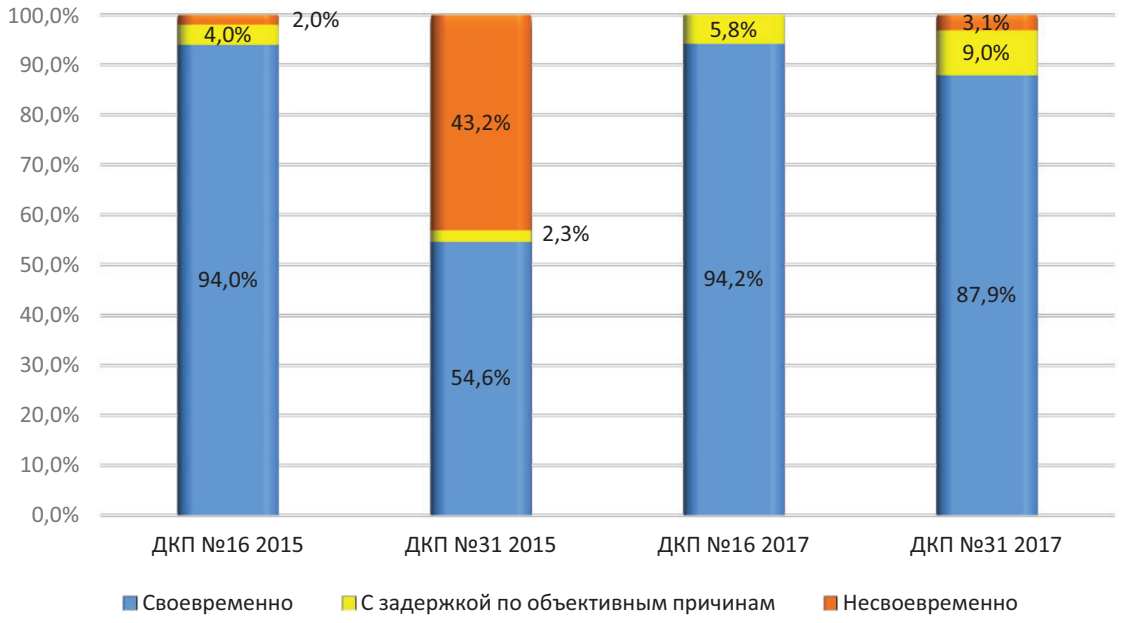

Рис. 7. Оценка своевременности начала лечения в ДКП №16 и ГУЗ ДКП №31 в 2015 и 2017 гг.

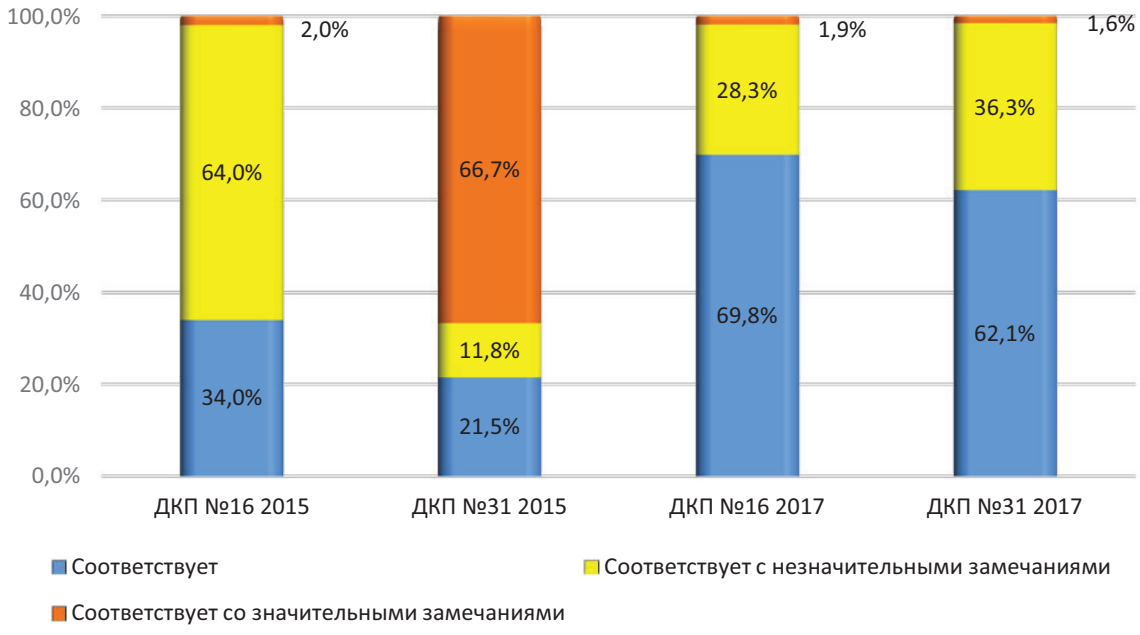

Рис. 8. Оценка соответствия проводимого лечения выставленному диагнозу в ДКП № 16 и ДКП № 31 в 2015 и 2017 гг.

но улучшился в ДКП № 16 и ДКП № 31 и составил 69,8% и 62,1% соответственно.

Оценка информативности дневниковых записей в медицинской документации и отражения эффекта от проводимой терапии также укладывалась в общую сложившуюся тенденцию. В ДКП № 31 в 2015 году дневниковые записи были неинформативны и не отражали эффект от проводимой терапии в 73,3% медицинских карт амбулаторного пациента. В ДКП № 16 в 2015 году таких карт выявлено не было, однако, 70% медицинских карт имели другие дефекты дневниковых записей.

Соответственно, доля дневниковых записей в медицинских картах амбулаторного пациента, отражающих полностью эффект от проводимой терапии, ни в одном из представленных лечебно-профилактических учреждений не достигала 50%. Данный показатель остается критически низким и в 2017 году, так как дневниковым

записям не уделяется достаточное внимание ввиду специфики работы амбулаторно-поликлинических лечебных учреждений.

В отличие от большинства описанных выше индикаторов качества оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, при оценке рациональности комбинаций лекарственных препаратов, используемых при лечении, наибольшее число замечаний экспертов зафиксировано в ДКП № 16: 2,3% за 2015 год и 3,9% за 2017 год. В ДКП № 31 замечаний к данному показателю практически не было.

Дефекты соответствия дозировки лекарственных препаратов возрастной группе и весовой характеристике выявлялись при экспертизе случаев лечения в ДКП № 16: дозировки лекарственных средств не соответствовали возрастной группе и весовой характеристике в 4,6% случаев в 2015 году, а в 2017 году данный показатель возрос вдвое — до 8,8%. Низкий процент случаев с замечаниями в ДКП № 31 связан в первую очередь с отсутствием информации по проводимому лечению, что уже было отражено в анализе вышеперечисленных индикаторов.

При анализе полученных оценок качества оказания медицинской помощи в части проведенных консультаций (блок К) были получены наивысшие оценки по сравнению с другими профилями индикаторов, среднее значение по блоку составило 4,2 балла, а в ДКП № 16 в 2017 году достигло 4,8 балла (рис. 1). Для оценки консультативной работы использовалось три параметра: необходимость консультативного осмотра специалистами; выполнение врачом рекомендаций консультантов; наличие заключения Врачебной комиссии в случае осложнения и/или длительного течения заболевания.

Вопросы, формирующие блок М (лечебно-организационные мероприятия), частично перекликались с другими профилями индикаторов и были проанализированы выше. В данный профиль входили следующие индикаторы: наличие «Информированного согласия» родителей (опекуна, представителя) несовершеннолетнего на проведение лечебно-диагностических мероприятий; адекватность организации лечения; регулярность наблюдения (в соответствии со стандартами, регламентами, рекомендациями, клиническими протоколами); госпитализация ребенка в случае необходимости; необходимость консультативного осмотра специалистами; оформление медицинской документации по временной нетрудоспособности; наличие заключения Врачебной комиссии в случае осложнения и/или длительного течения заболевания. Оценка лечебно-организационных мероприятий составила в среднем 3,4 балла. Наибольшее число замечаний экспертов по данному блоку было в ДКП № 31, оценка лечебно-организационных мероприятий в котором составила 2,2 балла в 2015 году, а в 2017 году возросла до 3,7 балла. В работе ДКП № 16 также были выявлены дефекты в части лечебно-организационных мероприятий, но их количество было значительно меньше, и оценка по данному блоку составила 3,6 балла в 2015 и 4,1 балла в 2017 году.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования подтверждено, что качество лечебно-диагностического процесса можно охарактеризовать количественными показателями. Их включение в комплекс внутреннего контроля КМП позволяет объективизировать управление уровнем профессиональной деятельности медицинского учреждения. Результаты оценки каждого блока экспертизы КМП позволили детским поликлиникам г. Волгограда, оказывающим специализированную медицинскую помощь детям с ЛОР-патологией, разработать соответствующие управленческие решения, направленные на устранение выявленных причин с привлечением минимально возможного дополнительного финансирования, что было обусловлено сложным экономическим положением лечебно-профилактических учреждений. В результате проведенной работы в обоих лечебно-профилактических учреждениях наблюдается тенденция к улучшению показателей КМП. Число дефектов оформления медицинской документации сократилось более чем в два раза, улучшилось качество описания состояния пациента при обращении в медицинское учреждение. Показатели качества обследования и лечения пациентов в 2017 году приблизились к 100% в обеих поликлиниках. Несмотря на принятые управленческие решения, в 2017 году в 40% случаев в ДКП № 16 и 60% случаев в ДКП № 31 остаются замечания к своевременности и объему проводимых диагностических мероприятий. Так же необходимо продолжать работу с медицинским персоналом в отношении правильности оформления заключительного клинического диагноза, т. к. в 2017 году показатели по данному блоку были существенно улучшены в ДКП № 16, а в ДКП № 31 только 19,8% диагнозов было без замечаний.

Таким образом, информатизация внутреннего контроля КМП с использованием квантифи-

кационной модели расчета интегрированного показателя КМП способствует выявлению проблемных зон в процессе оказания медицинской помощи любого профиля. Это позволяет значительно упростить формирование и принятие управленческих решений по устранению причин возникновения дефектов КМП, даже без привлечения дополнительных ресурсов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Девляшова О.Ф., Пелих Е.В., Дьяченко Т.С., Грибина Л.Н., Сабанов В.И. Состояние здоровья детского населения в крупной городской агломерации. Вестник ВолгГМУ. 2015; N 1: 125–129.
2. Дьяченко Т.С., Грибина Л.Н., Девляшова О.Ф. Мнение родителей о работе педиатрических амбулаторно-поликлинических организаций как важный критерий оценки качества медицинской помощи детскому населению. Педиатр. 2017; 8 (2): 50–55.
3. Дьяченко Т.С., Иваненко В.В., Гоник М.И., Куличкин А.С. Заболеваемость, смертность и качество медицинской помощи при кардиологических и гастроэнтерологических заболеваниях населения Волгоградской области в 2013–2015 гг. Вестник ВолгГМУ. 2017. 3 (63): 48–51.
4. Иванов Д.О., Орел В.И. Современные особенности здоровья детей мегаполиса. Медицина и организация здравоохранения. 2016; N1: 6–11.
5. Орел В.И., Каканов А.М., Рукавишников А.С. Риск-ориентированный подход при проведении проверок медицинских организаций. Медицина и организация здравоохранения. 2018; 3 (1): 15–19.
6. Пелих Е.В., ред. Клинические рекомендации по лечению острого тонзиллита. Волгоград: Издательство ВолгГМУ; 2016.
7. Пузырев В.Г., Глущенко В.А. Создание эффективной системы контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении. Медицина и организация здравоохранения. 2016; N1: 12–20.
8. Сабанов В.И., Иваненко В.В., Девляшова О.Ф. Автоматизированная информационная система. Волгоград: Издательство ВолгГМУ; 2015.
9. Сабанов В.И., Шахова Е.Г., Пелих Е.В., Иваненко В.В., Девляшова О.Ф. Мониторинг качества медицинской помощи детскому населению при заболеваниях верхних дыхательных путей и органа слуха в амбулаторных и стационарных условиях. Вестник Росздравнадзора. 2016; N 5: 81–87.

REFERENCES

1. Devlyashova O.F., Pelikh E.V., D'yachenko T. S., Gribina L.N., Sabanov V.I. Sostoyanie zdorov'ya detskogo naseleniya v krupnoy gorodskoy aglomeratsii. [The state of health of children in a large urban agglomeration]. Vestnik VolgGMU. 2015; N 1: 125–129. (in Russian).
2. D'yachenko T. S., Gribina L.N., Devlyashova O.F. Mnenie roditeley o rabote pediatricheskikh ambulatorno-poliklinicheskikh organizatsiy kak vazhnyy kriteriy otsenki kachestva meditsinskoy pomoshchi detskomu naseleniyu. [Parents' opinion about the work of pediatric outpatient and polyclinic organizations as an important criterion for assessing the quality of medical care for children]. Pediatr. 2017; 8 (2): 50–55 (in Russian).
3. D'yachenko T. S., Ivanenko V.V., Gonik M.I., Kulichkin A.S. Zabolevaemost', smertnost' i kachestvo meditsinskoy pomoshchi pri kardiologicheskikh i gastroenterologicheskikh zabolevaniyakh naseleniya Volgogradskoy oblasti v 2013–2015 gg. [Morbidity, mortality and quality of medical care in cardiological and gastroenterological diseases of the population of the Volgograd region in 2013–2015]. Vestnik VolgGMU. 2017. 3 (63): 48–51 (in Russian).
4. Ivanov D.O., Orel V.I. Sovremennye osobennosti zdorov'ya detey megapolisa. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. [The modern features of health of children of the metropolis]. 2016; N1: 6–11 (in Russian).
5. Orel V.I., Kakanov A.M., Rukavishnikov A.S. Risk-orientirovannyy podkhod pri provedenii proverok meditsinskikh organizatsiy. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. [Risk — oriented approach to carrying out audits of medical organizations]. 2018; 3 (1): 15–19 (in Russian).
6. Pelikh E.V., red. Klinicheskie rekomendatsii po lecheniyu ostrogo tonzillita. [Clinical recommendations for the treatment of acute tonsillitis]. Volgograd: Izdatel'stvo VolgGMU; 2016 (in Russian).
7. Puzyrev V.G., Glushchenko V.A. Sozdanie effektivnoy sistemy kontrolya kachestva meditsinskoy pomoshchi v lechebno-profilakticheskom uchrezhdenii. [Creation of the effective medical care quality monitoring system in preventive healthcare institution]. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. 2016; N1: 12–20. (in Russian).
8. Sabanov V.I., Ivanenko V.V., Devlyashova O.F. Avtomatizirovannaya informatsionnaya sistema. [Automated Information System]. Volgograd: Izdatel'stvo VolgGMU; 2015 (in Russian).
9. Sabanov V.I., Shakhova E.G., Pelikh E.V., Ivanenko V.V., Devlyashova O.F. Monitoring kachestva meditsinskoy pomoshchi detskomu naseleniyu pri zabolevaniyakh verkhnikh dykhatel'nykh putey i organa slukha v ambulatornykh i statsionarnykh usloviyakh. [Monitoring of the quality of medical care for children in diseases of the upper respiratory tract and hearing in outpatient and inpatient settings]. Vestnik Roszdravnadzora. 2016; N 5: 81–87 (in Russian).