

На правах рукописи

ТАЙНИЦКАЯ
Эльвира Викторовна

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА УРОВНЕ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.02.03-Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва-2014

Работа выполнена в ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации в отделении научных основ организации муниципального здравоохранения

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор, Коротков Юрий Александрович - заведующий отделением научных основ организации муниципального здравоохранения ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Официальные оппоненты:

Сырцова Людмила Ефимовна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здравоохранения и профилактической медицины государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Евдаков Валерьян Алексеевич - доктор медицинских наук, профессор, врач методист отдела организации медицинской помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Городская клиническая больница 68 Департамента здравоохранения г. Москвы"

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр здоровья детей» Российской академии медицинских наук, отдел социальной педиатрии

Защита состоится «30» мая 2014 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д.208.110.01 в ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке в ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

Автореферат разослан «__» _____ 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
Доктор медицинских наук, профессор

Т.П.Сабгайда

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Проблема доступности и качества медицинской помощи для современного периода развития России является одной из приоритетных, поскольку в ближайшие десятилетия будет определять демографическое развитие страны, повышение экономических и интеллектуальных возможностей.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что медицинская помощь, оказываемая населению, очень низкого качества и не соответствует научно-обоснованным стандартам (Проект по Улучшению Здравоохранения, США, 2008; Росздравнадзор, 2008; ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава РФ, 2008).

В то же время, по данным В.И.Стародубова, Ю.В.Михайловой, А.Е.Ивановой (2006), Э.В.Кондраковой (2009), в нашей стране имеет место недооценка роли отечественного здравоохранения в снижении предотвратимых потерь здоровья, в том числе регионального и местного уровня. При этом исследования посвящены предотвратимым потерям здоровья преимущественно трудоспособного населения. В отношении предотвратимых потерь здоровья детского населения исследования сфокусированы на окончательных потерях младенческой смертности, как на обобщенном показателе социально-демографического развития региона, страны. Предотвратимость детской инвалидности в условиях жестких критериев отбора составляет не более 15% (Т.В.Яковлева, 2005). Еще более проблематичной выглядит оценка предотвратимых потерь здоровья детей вследствие заболеваемости.

В фундаментальных исследованиях под руководством А.А.Баранова, В.Ю.Альбицкого впервые (2007-2011 гг.) обосновывается необходимость перехода от рассмотрения предотвратимой смертности к оценкам предотвратимых потерь здоровья детского населения.

Многочисленные исследования второй половины 20 века и первого десятилетия 21 века, включая ряд выдающихся Проектов США и совместных Проектов Россия-США 1999, 2001, 2008, труды отечественных ученых О.П.Щепина, В.И.Стародубова, А.Л.Линденбрата, Г.И.Галановой, 2002, Ю.М.Комарова, А.В.Коротковой 2001-2010 гг., американских экспертов под руководством Р.Массуда 1999-2010 гг., позволили обосновать фундаментальные теоретические положения в области обеспечения и улучшения качества медицинской помощи. Исследованиями доказана взаимосвязь улучшения процессов в здравоохранении и социально-демографических результатов: увеличение рождаемости, снижение смертности в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения.

Вместе с тем, отсутствует четкий алгоритм планирования для улучшения медицинской помощи прикрепленному к лечебно-профилактическому учреждению (ЛПУ) населения, недостаточно учитываются различия в индивидуальной деятельности медицинских работников первичного звена. Нормативные документы недостаточно отражают организационные аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) детям-инвалидам. Поиск оптимальных подходов к улучшению медицинской помощи на первичном звене здравоохранения определили цель и задачи данного исследования.

Цель исследования - научное обоснование современных подходов к улучшению качества медицинской помощи детскому населению на первичном звене здравоохранения.

Задачи исследования:

1. Провести анализ заболеваемости детского населения с точки зрения установления достоверности различий показателей заболеваемости прикрепленного к лечебно-профилактическому учреждению детского населения в сравнении с территориальным уровнем, установления предотвратимости потерь здоровья.

2. Оценить качество медицинской помощи на первичном уровне ее оказания, степень удовлетворенности внутренних и внешних потребителей.

3. Обосновать направления улучшения планирования первичной медико-санитарной помощи детскому населению на уровне медицинской организации.

4. Разработать, апробировать и оценить эффективность рейтингового механизма персональной оценки деятельности врача-педиатра участкового.

5. Обосновать критерии, показатели и алгоритм комплексной оценки детской инвалидности и оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения первичного звена.

Научная новизна

- впервые разработан и апробирован рейтинговый механизм персональной оценки деятельности врачей-педиатров участковых в управлении медицинской организацией, доказан положительный эффект его внедрения;

- проведена оценка формирования детской инвалидности по причинам возникновения (заболеваниям) по одногодичным возрастным интервалам; обоснована незавершенность процессов формирования детской инвалидности в 2007-2011 гг. для Дзержинского района г. Ярославля и областного центра и доказано, что в настоящее время этот процесс находится в активной стадии;

- обоснована целесообразность использования комплекса критериев детской инвалидности для оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения первичного звена;

- произведены расчеты возможных экономических потерь из-за выбытия инвалидов с детства из трудовой деятельности и оценен экономический эффект их реабилитации.

Практическая значимость

- разработан комплексный подход к планированию деятельности медицинской организации первичного звена,

- установлена достоверность различий показателей здоровья (заболеваемости) прикрепленного детского населения от территориального уровня,

- разработана методология внутренней оценки качества медицинской помощи детскому населению (экспертная оценка качества медицинской помощи, опрос врачей и родителей детей, получающих помощь в поликлинике).

Внедрение результатов исследования:

- данные результатов исследования используются в управлении качеством медицинской помощи Государственного учреждения здравоохранения Ярославской области «Детская поликлиника №3»;

- методика рейтинговой оценки деятельности врачей-педиатров участковых используется для экономического обоснования ежегодных стимулирующих выплат врачам-педиатрам участковым из средств обязательного медицинского страхования, обоснования кадрового резерва, информирования медицинских работников ЛПУ о качестве медицинской помощи;

- результаты диссертационной работы используются в учебном процессе на кафедре «Общественное здоровье и здравоохранение» Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ярославская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации на цикле повышения квалификации врачей «Контроль качества и безопасности медицинской помощи» (2013 г.), охват включает слушателей г. Ярославля, Ярославской, Костромской, Ленинградской области, г. Петрозаводска.

Апробация результатов исследования:

Результаты исследования доложены на межрегиональной научно-практической конференции «Амбулаторная педиатрия: сегодня и завтра» (Ярославль, 2010 г.); межвузовской научно-практической дистанционной (on-line) конференции «Профилактика инвалидности у детей высокого неврологического риска на этапе первичной медицинской помощи» (Москва, 2011 г.), на III Форуме педиатров Ярославской области «Современная педиатрия. Практические аспекты» (Ярославль, 2012 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 работ, в том числе 3 - в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования Российской Федерации.

Личный вклад автора

Автором лично обосновано планирование медицинской помощи прикрепленному детскому населению исходя из достоверности различий показателей заболеваемости детского населения одного из административных районов г. Ярославля - Дзержинского района и г. Ярославля в целом (территориальный уровень). Проведен анализ качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении (далее ЛПУ) на первичном звене здравоохранения, его результаты сопоставлены с результатами анкетного опроса врачей по вопросам обеспечения качества медицинской помощи. Разработана методика рейтинговой оценки персональной деятельности врача-педиатра участкового и проведена оценка эффективности ее внедрения. Обоснована целесообразность использования комплекса критериев детской инвалидности для оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения первичного звена.

Доля участия автора в накоплении информации составляет более 50%, в расчетах, обобщении и анализе материала - до 100%.

Основные положения, выносимые на защиту

1. При планировании первичной медико-санитарной помощи целесообразно включать в качестве индикаторов отклонения показателей состояния здоровья прикрепленного к ЛПУ детского населения от наименьших для данной территории, а также показатели качества медицинской помощи.

2. Механизм рейтинговой оценки персональной деятельности врачей-педиатров участковых позволяет сократить диапазон индивидуальных отклонений в качестве работы врачей первичного звена, а также способствовать улучшению качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на основе стандартов.

3. Комплексный подход к оценке детской инвалидности с использованием современных критериев и показателей позволяет отнести детскую инвалидность к числу критериев эффективности деятельности лечебно-профилактического учреждения, территории наряду с демографическими показателями младенческой смертности, смертности детей от 0 до 14 лет и др.

Объем и структура диссертации. Основное содержание диссертации изложено на 151 странице машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 123 источника, в том числе. 14 зарубежных. Работа иллюстрирована 48 рисунками, 2 схемами, 33 таблицами, 6 приложениями.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, определены объект и предмет, цели и задачи диссертации, изложена научная новизна и практическая значимость, сформулированы основные положения, выносимые на защиту, представлены сведения об апробации и внедрении результатов исследования в практику.

В главе 1 «Современное состояние обеспечения высокого качества медицинской помощи (структура, процесс, результат) на различных уровнях» представлен обзор фундаментальных теоретических положений, концепций и моделей в области управления качеством требуемого уровня на современном этапе. Представлен зарубежный и отечественный опыт планирования, финансирования, кадрового обеспечения, систем оплаты труда медицинских работников на различных уровнях оказания медицинской помощи. Сформулирован ряд проблем первичной медико-санитарной помощи (ПСМП): отрыв достижений науки управления качеством от практики управления качеством медицинской помощи на первичном звене, несовершенство персональной оценки деятельности медицинских работников и системы оплаты

их труда, несовершенство критериев оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению.

В главе 2 «Методология и основные принципы анализа» изложены программа, методы, база и объемы исследования.

Объекты исследования: состояние здоровья детского населения Дзержинского района и г. Ярославля; персональная деятельность врачей-педиатров участковых ГУЗ ЯО «Детская поликлиника № 3»; оценка медицинской помощи родителями детей, получающих медицинскую помощь в детской поликлинике; качество медицинской помощи детскому населению; эффективность современных подходов к улучшению качества помощи детям-инвалидам.

Предмет исследования: процесс оказания медицинской помощи детскому населению на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы исследования:

-официальные статистические данные за 2007-2011 гг. - отчетные ф. № 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам», ф. № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» Государственного учреждения здравоохранения Ярославской области (ГУЗ ЯО «Детская поликлиника №3»), Государственного учреждения здравоохранения Ярославской области «Медицинский информационно-аналитический центр» (ГУЗ ЯО «МИАЦ) для определения показателей, устанавливающих тенденции заболеваемости по обращаемости детского населения в Дзержинском районе и г. Ярославле – 20 документов;

- сведения о переписи детского населения за 2011 г. (по данным Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области);

-карты экспертной оценки качества проведенной на основе экспертизы ф. № 112/у «История развития ребенка» за 2010 г. - 2241, 2011г. - 2535 карт;

-анкеты опроса 37 врачей на тему «Обеспечение качества медицинской помощи»;

-анкеты опроса удовлетворенности медицинской помощью 294 родителей детей, получающих медицинскую помощь в поликлинике;

- формализованные отчеты эффективности деятельности 27 врачей-педиатров участковых в 2010 г. (базовый период), 2011 г. (период сравнения) - 54 документа;

- официальные статистические данные за 2007-2011 гг. отчетные ф. № 19 «Сведения о детях-инвалидах» ГУЗ ЯО «Детская поликлиника №3», ГУЗ ЯО «МИАЦ» для определения показателей, устанавливающих тенденции инвалидности детского населения в Дзержинском районе г. Ярославля и г. Ярославле - 10 документов;

- данные ежегодных отчетов за 2007 - 2011 гг. Федерального казенного учреждения «Главное Бюро медико-социальной экспертизы по Ярославской области» «Анализ первичной инвалидности населения Ярославской области» - 5 документов;

- данные выкопировки из учетной ф. № 035/у- 02 «Журнал учета клинико-экспертной работы ЛПУ», реестра детей-инвалидов 0-17 лет с впервые установленной инвалидностью в Дзержинском районе г. Ярославля за 2008-2011 гг. - база данных на 140 детей;

- выборка записей о посещениях поликлиники детьми-инвалидами в течение года в Дзержинском районе г. Ярославля за 2007-2011 гг. – электронная база данных на 272 (2007 г.), 255 (2008 г.), 265 (2009 г.), 297 (2010 г.), 319 (2011 г.) детей-инвалидов;

- персонифицированные сведения о детях-инвалидах по данным учетной ф. № 035/у-02 (случаи обращения ребенка-инвалида во врачебную комиссию поликлиники в течение года - электронная база данных на 140 детей-инвалидов).

Исследование было многоэтапным:

на первом этапе, используя методы санитарной статистики (сравнительный, анализ временных рядов), нами устанавливалась достоверность различий в структуре и динамике показателей заболеваемости по обращаемости детского населения, проживающего в Дзержинском районе г. Ярославля (уровень административного района города) и показателей заболеваемости детского населения г. Ярославля (территориальный уровень).

Выбор контрольной группы – детского населения г. Ярославля связан с двумя причинами:

- 1) однородностью места проживания (городское детское население) и
- 2) гетерогенностью пяти административных районов г. Ярославля по экологическому состоянию окружающей среды, плотности проживания детского населения, что не позволило выделить какой-либо район для контрольного сравнения.

Единица наблюдения - случай первичного обращения к врачу по поводу данного заболевания в календарном году.

На втором этапе проведена оценка качества медицинской помощи по нескольким критериям: адекватности (соответствия оказанных диагностических, лечебных, реабилитационных услуг клиническим рекомендациям, протоколам ведения больных, стандартам медицинской помощи и т.д. с учетом индивидуальных особенностей пациента), своевременности госпитализации, своевременности решения медико-социальных вопросов и др.

Единицей наблюдения являлся законченный случай оказания медицинской помощи в поликлинике. Параметры качества помощи фиксировались в карте экспертной оценки с последующей программной обработкой. Проанализированы

показатели: 1) доля амбулаторных карт, имеющих дефекты в оказании медицинской помощи; 2) показатель дефектов на одну карту экспертной оценки, выраженный в условных единицах от 0 до 1; данный показатель включал отклонения на этапах диагностики, лечения, своевременности решения медико-социальных вопросов, своевременности госпитализации. Показатель качества = 1- показатель дефектов. При полном соответствии медицинской помощи утвержденным стандартам показатель качества считался равным 1.

Из общего числа карт экспертной оценки, заполненных в ГУЗ ЯО «Детская поликлиника № 3» (2535 карт в 2011 г.), представлены репрезентативные выборки по трем группам врачебных специальностей: врачам-педиатрам участковым (29 врачей - 1878 карт), врачам-специалистам, ведущим амбулаторный прием (20 врачей – 322 карты), врачам травматологам-ортопедами детским хирургам (14 врачей) – всего 335 карт. Представлены выборки по возрастным группам детей: 0-4 лет –1510, 5-14 лет-942 карт, по социальному статусу (без инвалидности– 2311, с инвалидностью–224 карты), по классам болезней: J00-J99, S00-T99, Q00-Q99, G00-G99, A00-B99, K00-K99, M00-M99, E00-E99, H00-H59.

Результаты внутренней оценки качества оказания медицинской помощи сопоставлены с результатами анкетного опроса врачей и анкетного опроса удовлетворенности родителей. Сформулированы первоочередные направления улучшения качества (на этапе диагностики).

На третьем этапе обосновывались направления улучшения планирования первичной медико-санитарной помощи детскому населению исходя из статистически значимых различий в показателях заболеваемости детского населения на уровне административного района г. Ярославля и города в целом.

На четвертом этапе нами проанализирована персональная деятельность врачей педиатров участковых с целью выявления индивидуальных различий и обоснования методической работы заведующих отделениями с врачами педиатрами, имеющими низкие показатели деятельности, дифференцированных выплат премии ОМС, информирования медицинских работников о качестве оказываемой в ЛПУ помощи.

В методике рейтинговой оценки использованы критерии качества оказания медицинской помощи и эффективности деятельности. Для выбора критериев эффективности нами использован метод экспертных оценок. Измерение эффективности на каждом педиатрическом участке (n=27) проводилось методом сравнения со стандартом - базовым уровнем (benchmarking). За базовый уровень были приняты показатели деятельности поликлиники за 2010 г. За показатели сравнения – показатели деятельности поликлиники за 2011 г.

Для расчетов рейтинговой оценки использован индексный метод. Рейтинговая группа врача определялась по степени отклонения сводного

индекса деятельности врача от среднего индекса деятельности поликлиники. Достоверность положительного влияния рейтингового механизма на повышение качества и эффективности медицинской помощи в 2010-2011 гг. проверена с применением F – критерия: сравнивались дисперсии для показателей качества медицинской помощи за 2010 г. и 2011 г. Аналогичное сравнение проведено для показателей эффективности деятельности.

На пятом этапе проведен анализ комплекса показателей впервые установленной детской инвалидности с целью определения тенденций формирования инвалидности для Дзержинского района г. Ярославля и г. Ярославля и выделения причин инвалидности (заболеваний), сопровождающихся ростом показателей. Анализ проведен с использованием статистических методов сравнения и анализа временных рядов. Единица наблюдения при изучении впервые установленной инвалидности - случай установления категории ребенок-инвалид в календарном году.

На основе персонифицированных данных детей-инвалидов в исследовании выделена группа детей (n=140) с впервые установленной инвалидностью в 2008-2011 гг., для которых проведена оценка инвалидности по одногодичным возрастным интервалам. Средние показатели впервые установленной инвалидности по причинам (заболеваниям) рассчитаны за 2008-2011 гг. на 10 000 детского населения, проживающего в Дзержинском районе г. Ярославля. Численность детского населения по одногодичным возрастным интервалам формируется в реестре детского населения района обслуживания поликлиники. Данные представлены в таблице 1.

Устанавливались дополнительные возможности нового подхода для оценки причин (заболевания) впервые установленной инвалидности, такие как определение уровня первичной инвалидизации в первый год заболевания, определение своевременности установления инвалидности по классам болезней.

Резервы своевременности установления инвалидности представляют собой долю случаев, при которых инвалидность возможно было бы установить ранее на год и более.

Используя ситуационную модель планирования сокращения потерь здоровья детского населения, сопоставляли динамику показателей первичной заболеваемости и первичной инвалидности для определения направлений улучшения деятельности учреждений здравоохранения областного центра.

Нами проведен анализ потребления медицинской помощи у детей с ограниченными возможностями в амбулаторно-поликлинических условиях (число посещений на одного жителя в год). Используя методы санитарной статистики (сравнительный, анализ временных рядов), нами проведена оценка динамики показателей общей детской инвалидности за 2007-2011 гг. Дзержинского района и г. Ярославля.

Показатели впервые установленной инвалидности на 10 тыс. населения по причинам (заболеваниям) по одногодичным возрастным интервалам (n=140) в 2008-2011 гг.

Возраст (годы)	Врожденные аномалии развития	Болезни нервной системы	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ	Новообразования	Болезни уха и сосцевидного отростка	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Прочие	Всего	Средняя численность населения
0-1	45,61	8,15	6,52	0,00	3,26	0,00	4,89	68,42	1534,7
1	22,87	9,80	0,00	0,00	1,63	0,00	1,63	35,93	1530,7
2	5,12	3,41	1,71	0,00	5,12	0,00	1,71	17,07	1464,7
3	3,44	1,72	0,00	3,44	0,00	0,00	3,44	12,03	1454,3
4	1,69	0,00	0,00	3,38	1,69	1,69	3,38	11,83	1478,7
5	6,53	1,63	3,26	3,26	0,00	1,63	1,63	17,95	1532,3
6	6,63	0,00	1,66	0,00	1,66	0,00	4,97	14,92	1508,3
7	0,00	1,69	1,69	1,69	0,00	0,00	0,00	5,07	1478,3
8	0,00	0,00	0,00	0,00	1,78	0,00	0,00	1,78	1405,0
9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,81	3,81	7,62	1311,7
10	0,00	0,00	3,97	1,99	1,99	0,00	0,00	7,94	1258,7
11	0,00	0,00	3,96	1,98	0,00	3,96	1,98	11,89	1262,0
12	1,92	1,92	0,00	0,00	1,92	3,83	0,00	9,58	1305,0
13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,90	1,9	1315,7
14	3,62	0,00	1,81	1,81	0,00	0,00	1,81	9,06	1379,3
15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,36	4,36	13,07	573,7
16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	312,3
17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	916,7
Всего	6,41	1,85	1,63	1,09	1,19	0,97	2,06	15,20	23022

Источник: ф. 035/у-02 «Журнал учета клинично-экспертной работы ЛПУ», реестр детей-инвалидов, реестр детского населения Дзержинского района г. Ярославля

В группе детей-инвалидов (n=140) с впервые установленной инвалидностью в 2008-2011 гг. оценка эффективности медицинских восстановительных мероприятий проведена путем расчета показателя DALY (Disability-Adjusted Life Year)-годы жизни с поправкой на ограничения жизнедеятельности.

Продолжительность экономически активной (трудоспособной) жизни определялась, исходя из региональных данных ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Ярославской области (составляющей по данным Росстата по Ярославской области в 2011 г. 70 лет) и возраста начала трудовой жизни 15 лет, что составило $70-15=55$ лет. Потери лет в случаях преждевременной смерти детей-инвалидов включались в расчеты. Весовой коэффициент степени потери здоровья нами принимался 0,5 в случае инвалидности, 1,0 в случае преждевременной смерти.

Для экономических расчетов нами использованы данные о валовом региональном продукте на душу населения в год, составившем по Ярославской области в 2011 г. 212 426 руб. Экономический эффект в случае снятия категории ребенок-инвалид нами рассчитан исходя из числа лет активной жизни на 1000 населения, рассчитанного с момента снятия категории ребенок-инвалид до окончания возраста экономической (трудовой) активности.

В итоге пятого этапа сформулированы объективные критерии результатов деятельности медицинских организаций ПСМП и территорий при оказании медицинской помощи детям-инвалидам.

Краткая характеристика особенностей экологического состояния Дзержинского района г. Ярославля

Дзержинский район г. Ярославля относится к одному из самых многочисленных административных районов города, где проживает 27,2% городских детей с относительно высокой плотностью проживания детского населения - 675 чел./км². Экологическое состояние окружающей среды оценивается от удовлетворительного до относительно удовлетворительного и неудовлетворительного, обусловлено деятельностью крупных и средних промышленных предприятий городского значения, на которых вырабатывается около 96% электроэнергии и 58% теплоэнергии, выпускается до 78% автомобилей, прицепов и полуприцепов, около 69% машиностроительной продукции, осуществляется лакокрасочное производство и производство синтетического каучука.

В 2010 г. введен в эксплуатацию участок Федеральной автомобильной трассы М 8 Москва-Холмогоры, пересекающий Дзержинский район г. Ярославля с запада на восток по его южной границе. Негативным фактом является нахождение шламонакопителя «ООО Лакокраска» для захоронения промышленных отходов в непосредственной близости с южной границей жилой зоны Дзержинского района г. Ярославля и др. факторы.

Краткая характеристика базы исследования

Исследование проведено в ГУЗ ЯО «Детская поликлиника № 3», оказывающем первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь прикрепленному детскому населению Дзержинского района г. Ярославля в

амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара (в районе проживает около 30 тыс. детей в возрастах от 0 до 17 лет). Круглосуточная неотложная помощь при травмах осуществляется в травмопункте городского значения (в г. Ярославле проживает более 80 тыс. человек от 0 до 14 лет). Консультативно-диагностическое отделение проводит 84% от общего числа диагностических исследований детскому населению Дзержинского района г. Ярославля и около 16% детскому населению четырех районов города. Хирургическое отделение оказывает специализированную помощь по детской хирургии, детской урологии-андрологии, детской онкологии (г. Ярославль и область). В период исследования отмечался кадровый дефицит врачей отоларингологов, детских неврологов, акушеров-гинекологов. Наиболее выраженный дефицит врачей имелся в области клинической лабораторной диагностики, ультразвуковой и функциональной диагностики и др.

Период исследования характеризовался совершенствованием контроля качества и внедрением современных подходов в управлении качеством медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом звене. Все заместители главного врача и заведующие клиническими отделениями прошли повышение квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности, 62,5% членов врачебной комиссии (10 из 16) – подготовку по контролю качества медицинской помощи.

В учреждении приняты документы, регламентирующие деятельность в области обеспечения и контроля качества медицинской помощи. Объем контроля качества медицинской помощи (1, 2, 3 ступени контроля) увеличился в 10 раз с 259 карт экспертной оценки в 2008 до 2535 в 2011 г., внедрена программная обработка карт. При этом число амбулаторных карт, имеющих дефекты оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации, снизилось с 68% в 2009 г. до 50% в 2011 г.

На базе ГУЗ ЯО «Детская поликлиника № 3» осуществляется научно-практическая деятельность кафедр Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ярославская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- кафедра поликлинической педиатрии;
- кафедра педиатрии института дополнительного профессионального образования;
- кафедра детской хирургии.

В главе 3 «**Предотвратимые потери здоровья как основа планирования первичной медико-санитарной помощи**» установлен ряд общих закономерностей и достоверность в различиях структуры и динамики показателей заболеваемости детского населения, проживающего в Дзержинском районе г. Ярославля (основная группа) и показателей заболеваемости детского населения г. Ярославля (контрольная группа).

Уровень и динамика первичной заболеваемости по обращаемости и данным профилактических осмотров среди детей первого года жизни, проживающих в Дзержинском районе в 2007-2011 гг., достоверно не отличается от общегородского уровня. Динамика описывается полиномиальными функциями с подъемом в 2008-2009 гг. и последующим снижением в 2010-2011 гг. Коэффициент аппроксимации равен 0,7596 в районе, 0,993 в городе (рис.1).



Рис. 1. Динамика первичной заболеваемости детского населения первого года жизни в Дзержинском районе г. Ярославля и г. Ярославле в 2007-2011 гг.

В период эпидемического подъема гриппа H1N1 в 2009-2010 гг. заболеваемость органов дыхания у младенцев в Дзержинском районе была достоверно выше, чем в г. Ярославле. Темп роста в районе составил 37,5% против городского - 10%, в том числе по острым респираторным инфекциям, гриппу, пневмонии на 27,9% в районе, на 7,8% в городе ($p=0,00000$) (рис. 2.).

Динамика заболеваемости по классу инфекционных и некоторых паразитарных болезней в Дзержинском районе определялась кишечными инфекциями, составляющими в структуре около 40%. Установлена прямая сильная корреляционная связь между динамикой показателей заболеваемости инфекционными и некоторыми паразитарными болезнями и динамикой показателей заболеваемости кишечными инфекциями в районе $r=0,7$, в городе между этими показателями связь слабая $r=0,1$.

**Динамика первичной заболеваемости детей первого
года жизни (болезни органов дыхания)**



Рис. 2. Динамика первичной заболеваемости (болезни органов дыхания) детского населения первого года жизни Дзержинского района г. Ярославля и г. Ярославля в 2007-2011 гг.

Заболеваемость по классу врожденных аномалий развития среди детей Дзержинского района достоверно практически на треть превышает городской уровень, являясь результатом сочетанного влияния неблагоприятных и экологических факторов промышленного района г. Ярославля.

Достоверное снижение заболеваемости младенцев за пятилетний период 2007-2011 гг. наблюдалось от следующих причин: отдельных состояний, возникающих в перинатальный период, расстройств питания и нарушений обмена веществ и дефицитных анемий, травматизму. В то же время, часто (78% детей относятся к 2 группе здоровья) на первом году жизни имеется 2-3 фоновых состояния. Сочетание фоновых состояний создает ситуацию мало предотвратимых потерь здоровья, составляющих от 10 до 25% в структуре заболеваемости детей данной возрастной группы. Мало предотвратимые потери здоровья обусловлены частичной возможностью предупредить случаи заболеваний. При этом самая высокая степень частичной предотвратимости обусловлена преимущественно экзогенными причинами.

В возрастной группе детей 0-14 лет, проживающих в Дзержинском районе г. Ярославля, уровень первичной и общей заболеваемости (все классы), достоверно ниже, чем в г. Ярославле соответственно на 15,5 и 18,9%.

Первичная и общая заболеваемость детского населения от 0 до 14 лет в Дзержинском районе г. Ярославля за 2007-2011 гг. *по целому ряду классов болезней и заболеваний достоверно ниже городских значений, отмечена достоверная положительная динамика снижения.* Это отмечено по семи классам болезней: болезням органов дыхания во вне эпидемический период, некоторым инфекционным и паразитарным болезням, болезням кожи и подкожной клетчатки, болезням глаза и его придаточного аппарата, болезням уха и сосцевидного отростка, болезням органов пищеварения, эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ.

К проблемным вопросам организации медицинской помощи в Дзержинском районе г. Ярославля необходимо отнести достоверно более низкие показатели первичной заболеваемости примерно в 1,3-1,7 раз по классу болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ, нервной системы, болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезням уха и сосцевидного отростка, болезням мочеполовой системы (в 2011 г. за счет гинекологической патологии) по сравнению с г. Ярославлем, а так же убыль, по темпам, превышающая городские значения. Это факт не находит логического объяснения, кроме как влияния недостаточного кадрового обеспечения и различных профессиональных подходов.

В результате кластерного анализа (двадцать наблюдений по двум показателям: среднему показателю общей заболеваемости на 1000 населения и показателю убыли за пятилетний период с 2007 по 2011 гг.) выделены четыре кластера заболеваний. Результаты кластерного анализа отражают степень *фактической предотвратимости* заболеваний у детей в настоящее время. Установлено, что большинство заболеваний, отнесенных к 4-му кластеру (новообразования, сахарный диабет 1 типа, церебральной паралич, бронхиальная астма, болезни системы кровообращения, гломерулярные,

тубулоинтерстициальные болезни почек, врожденные аномалии системы кровообращения) характеризуются минимальной убылью показателей за пять лет - $3,27 \pm 3,21$ на 1000 населения и являются ведущими причинами стойких функциональных нарушений, ведущих к ограничениям жизнедеятельности у детей.

Основой для интерпретации данных, полученных в результате анализа параметров качества медицинской помощи, явилась прямая сильная связь между объемом внутреннего контроля качества медицинской помощи (числом карт экспертной оценки), осуществляемого в ГУЗ ЯО «Детская поликлиника № 3», и объемом помощи, оказанной пациентам поликлиники, - числом обращений в поликлинику по поводу заболеваний (коэффициент корреляции $r=0,7$).

Корреляционная связь в данном случае зависит от организации контроля, включая планирование и осуществление контроля медицинской помощи по классам и отдельным заболеваниям, являющимися ведущими в структуре обращений. Ряды образуют число карт экспертной оценки медицинской помощи, оказанной при определенных заболеваниях, и число обращений пациентов по поводу этих заболеваний в течение года.

Анализ качества медицинской помощи на первичном звене показал, что параметры качества медицинской помощи, оказываемой врачами специалистами, достоверно выше, чем врачами-педиатрами участковыми. Дефекты обследования допускаются врачами-педиатрами участковыми в 44,2% случаев, врачами-специалистами, ведущими амбулаторный прием, - менее, чем в 1% случаев. Доля обследований, не соответствующих стандарту помощи, достаточно высока во всех возрастных группах детей: 0-4 лет, 5-14 лет, 15-17 лет (соответственно 37,0; 46,4; 43,5%), и даже у детей-инвалидов (с инвалидностью 42,3%; без нее 47,4%). Это является следствием сдерживающего «жесткого механизма» внутреннего регулирования кадровых и материально-технических ресурсов, ограничивающего доступность ряда медицинских услуг. Например, получение ограниченного числа явок врачами-педиатрами участковыми на проведение электрокардиографии, ультразвуковой диагностики, лабораторной диагностики, не удовлетворяющих потребности населения на педиатрическом участке или получение диагностической услуги - эхокардиоскопии, ультразвукового исследования придаточных пазух носа, функциональных методов диагностики только после заключения профильного специалиста (кардиолога, отоларинголога и др.). Число исследований функциональной диагностики на 100 посещений к врачу педиатру Дзержинского района составляет 9,1, к врачу детскому кардиологу - 171, всего - 4,5 (в целом соответствует областному базовому значению - 4,1 исследование на 100 посещений к врачу).

По результатам анкетного опроса родителей детей, получающих помощь в поликлинике ($n=294$ человека) по предварительной записи в плановом порядке принято 72,5% пациентов. Время ожидания до 7 дней составило 83,3% обращений, до 2 недель 14,4%, более 2х недель 2,3%. Удовлетворены посещением поликлиники 91,4%, не удовлетворены 8,6%. Трудности в получении консультации отмечены в отношении врачей отоларингологов, детских неврологов.

Результаты исследования доказывают, что планирование первичной медико-санитарной помощи может быть направлено не только на обеспечение оказания гарантированного объема медицинской помощи в рамках Территориальных программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (ТППГ), но и на улучшение качества медицинской помощи прикрепленному к ЛПУ населению по целому ряду направлений, в частности первичной профилактике болезней органов дыхания включая специфическую профилактику против пневмококковой, гемофильной инфекции и гриппу, инфекционным и паразитарным заболеваниям (в том числе кишечным инфекциям), включая специфическую профилактику против ротавирусной инфекции; совершенствование профилактической работы с рисками реализации заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и обмена веществ, заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы, болезней уха и сосцевидного отростка, а также улучшению качества диагностики и лечения по целому ряду мало предотвратимых и непредотвратимых в настоящее время заболеваний.

Результаты внутренней оценки качества медицинской помощи в целом совпадают с мнением врачей и родителей детей, получающих помощь в поликлинике, и послужили обоснованием для принятия плана первоочередных мероприятий по улучшению качества медицинской помощи на этапе диагностики.

В главе 4 «Рейтинговая оценка деятельности врача-педиатра участкового в системе управления качеством медицинской организации» установлено, что удельный вес числа амбулаторных карт, имеющих дефекты в оказании медицинской помощи и ведении медицинской документации, составляет около 57% (5-6 дефектов на 10 случаев), уровень отклонений от стандартов на этапе обследования - 36,1%, медицинской документации - 22,2% в общей структуре дефектов (рис. 3).

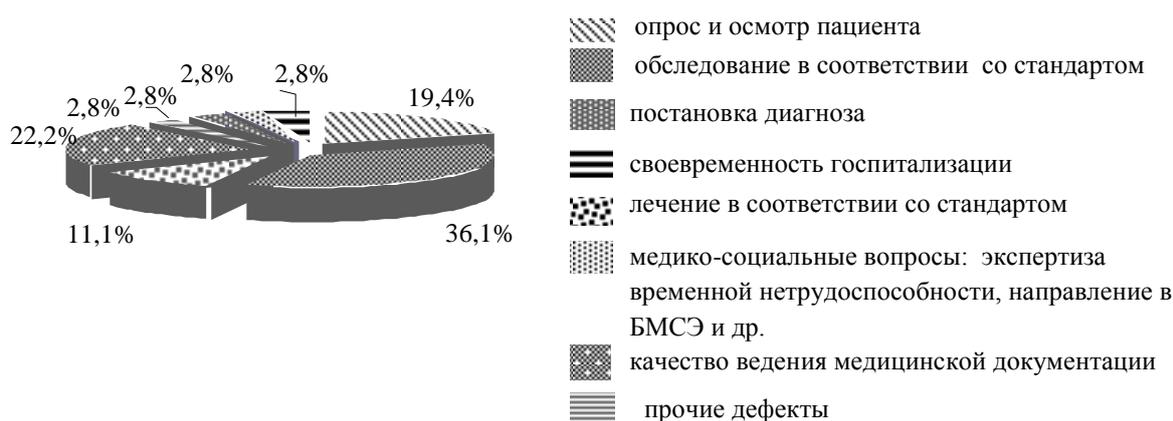


Рис. 3. Структура дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации в поликлинике (в %)

Вариативность индивидуальных показателей на различных педиатрических участках составила: средний показатель качества медицинской помощи 0,96, станд. откл. 0,017, ст. ош. 0,003, мин. 0,92, макс. 0,99, коэффициент вариации CV=1,76%.

Эффективность деятельности на различных педиатрических участках характеризуется рядом данных: осуществлением профилактических медицинских осмотров, выполнением медицинской помощи, предусмотренной родовым сертификатом обслуживания, успешной пропагандой и уровнем грудного вскармливания и др. Слабой стороной деятельности поликлиники является планирование и организация диспансерного наблюдения за больными: плановость наблюдения (соблюдение сроков диспансерного наблюдения) составила $72 \pm 2,7\%$, выполнение индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида $86 \pm 3,1\%$. Вариативность индивидуальных показателей эффективности представлена следующим образом: средний индекс эффективности 0,94, станд. откл. 0,026, ст.ош.0,005, мин. 0,89, макс.0,99 коэффициент вариации $CV=2,86\%$. Расчет рейтинговых оценок персональной деятельности врачей-педиатров участковых приведен в таблице 2.

Таблица 2

**Расчет рейтинговой оценки персональной деятельности
врачей-педиатров участковых в 2010 г.**

№ педиатрического участка	Индекс эффективности (q)	Показатель качества медицинской помощи (p)	Показатель объема квалифицированной медицинской помощи (w)	Среднее значение	Отклонение от среднего (A)	Стандартное отклонение (σ)	Отношение (A/ σ)	Рейтинговая группа
1	0,98	0,96	0,94	0,90	0,04	0,029	1,41	2
2	0,95	0,96	0,91	0,90	0,01	0,029	0,35	3
3	0,93	0,95	0,88	0,90	-0,02	0,029	-0,85	3
4	0,93	0,93	0,86	0,90	-0,04	0,029	-1,44	5
5	0,97	0,96	0,93	0,90	0,03	0,029	0,95	3
6	0,97	0,95	0,92	0,90	0,02	0,029	0,72	3
7	0,93	0,96	0,89	0,90	-0,01	0,029	-0,27	3
8	0,91	0,94	0,85	0,90	-0,05	0,029	-1,74	4
.....								
27	0,92	0,97	0,90	0,90	0,00	0,029	-0,15	3
Пол-ка в целом	$0,94 \pm 0,005$ (0,027)	$0,96 \pm 0,003$ (0,017)	$0,9 \pm 0,007$ (0,029)					

Условные обозначения:

- q - сводный индекс эффективности деятельности ;
- p - показатель качества медицинской помощи;
- w - показатель объема оказанной квалифицированной помощи на педиатрическом участке;
- A - отклонение (разность) показателя педиатрического участка от среднего поликлинического показателя;
- δ - стандартное отклонение

- отношение A/δ - степень отклонения показателя педиатрического участка от стандартного отклонения поликлиники, относит педиатрический участок к той или иной рейтинговой группе: группа 3 включает показатели деятельности педиатрических участков в пределах $\pm 1\delta$, Если отклонение составляет от $+1$ до $+2\sigma$, врач увеличивает свой рейтинг (рейтинговая группа 2), при отклонении от 2σ до $+3\sigma$ рейтинг оценивается как высокий (рейтинговая группа 1). Показатель ниже -1σ до -2σ , то рейтинг данного врача уменьшается (рейтинговая группа 4), при значении от -2σ до -3σ , рейтинг считается низким (рейтинговая группа 5).

Рейтинговая оценка выступила мотивационным, экономическим, информационным механизмом улучшения качества медицинской помощи:

- 1.) методической работы заведующих отделениями;
- 2.) объективного распределения премий в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), установления ежегодных стимулирующих надбавок;
- 3.) информационным источником о показателях доступности и качества медицинской помощи на различных педиатрических участках и др.

Оценка эффективности внедрения таких оценок в 2010 году показала, что число амбулаторных карт с выявленными дефектами оказания медицинской помощи достоверно уменьшилось с 94,98 в 2010 г. до 70,67% 2011 г. в рейтинговой группе специалистов, отнесенных к группе с низкими и ниже среднего уровнем качества оказания помощи ($p < 0,00001$).

Достоверные изменения показателей эффективности медицинской помощи наблюдались уже через год после внедрения методики рейтинговой оценки ($p < 0,05$) во всех трех рейтинговых группах (табл.3).

Таблица 3

Динамика показателей эффективности медицинской помощи на педиатрических участках до и после внедрения методики рейтинговой оценки

Категория	Рейтинговые группы эффективности медицинской помощи (стандартное отклонение)		
	Рейтинг высокий и выше среднего (1 и 2 группы)	Рейтинг средний (3 группа)	Рейтинг низкий и ниже среднего (4 и 5 группы)
До внедрения	0,978 \pm 0,011	0,94 \pm 0,017	0,907 \pm 0,013
После внедрения	0,998 \pm 0,0019	0,978 \pm 0,012	0,939 \pm 0,009
Величина p	$p < 0,05$	$p < 0,001$	$p < 0,025$

Установлена достоверность позитивных изменений в 2011 г.: в организации профилактической работы с населением Дзержинского района г. Ярославля: увеличились дородовая помощь и охват беременных женщин образовательными программами «Школа матерей», охват детского населения вакцинацией в рамках Национального календаря профилактических прививок и диспансерного наблюдения за больными (бронхиальная астма, сахарный диабет I типа, заболевания мочеполовой системы). Данные представлены в таблицах 4, 5.

Таблица 4

Динамика охвата профилактической работой беременных женщин, детского населения первого года жизни (в %, стандартное отклонение) в 2010-2011 гг.

Показатель	2010 г.	2011 г.	Величина р
Охват дородовыми патронажами беременных женщин	78,23±12,04	87,54±8,5	p<0,005
Охват беременных женщин образовательной программой «Школа матерей»	37,87±22,7	65,33±24,78	p<0,001
Охват вакцинацией БЦЖ детей в возрасте до 30 дней	88,39±9,5	93,88±5,5	p<0,05
Охват вакцинацией против гепатита В детей в возрасте до 12 мес.	87,92±11,27	92,18±7,57	p<0,1
Охват вакцинацией АКДС и против полиомиелита в сроки Национального календаря прививок	88,13±11,1	93,4±8,41	p<0,05

Таблица 5

Динамика охвата диспансерным наблюдением диспансерного контингента (в %, стандартное отклонение) в 2010-2011 гг.

Показатель	2010 г.	2011 г.	Величина р
Пневмония	76,9 (346)	78,1 (320)*	p<0,77
Железодефицитная анемия	76,8 (267)	75,9(407)	p<0,8
Бронхиальная астма	88,1 (455)	94,1 (556)	p<0,01
Сахарный диабет I типа	90 (20)	95,8 (23)	p<0,0038
Болезни мочеполовой системы	46,9(508)	91,1 (626)	p=0,0000
Всего	71,48±20,3(1607)	86,5±11,76(1949)	p<0,01
Снято с диспансерного учета всего	20,7±9,38(249)	40,3±16,6(548)	p< 0,001

В главе 5 «Современные организационные подходы к улучшению качества медицинской помощи детям с ограниченными возможностями» установлена незавершенность процессов формирования детской инвалидности в Дзержинском районе г. Ярославля и областном центре в 2007-2011 гг. и доказано, что эти процессы находятся в настоящее время в активной стадии.

За пять лет **выраженный рост** впервые установленной инвалидности наблюдался по классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани на 413%, болезням уха и сосцевидного отростка - 259%, болезням эндокринной системы - 115,74%, в том числе сахарному диабету 1 типа - 208%, врожденным аномалиям развития - 116%.

Сравнительное благополучие наблюдалось в отношении психических расстройств и расстройств поведения (убыль 15,71%), злокачественных новообразований (убыль 7,54%), болезней нервной системы (убыль 6,2%), травм (незначительный рост 2,7%), болезней глаз и его придаточного аппарата (незначительный рост 2,7%).

Значительная убыль впервые установленной инвалидности отмечалась от болезней органов дыхания, пищеварения -100%, органов кровообращения - 74,3%.

Рост динамики первичной заболеваемости и первичной инвалидности в областном центре наблюдался вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (ювенильный ревматоидный артрит), болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (сахарный диабет I типа). Для Дзержинского района также по врожденным аномалиям развития.

Установлен высокий уровень раннего возникновения ограничений жизнедеятельности у детей: в 71,7% случаях статус ребенок-инвалид присваивался в первый год после установления диагноза заболевания (Дзержинский район г. Ярославля), что выше результатов социально-гигиенического исследования, проведенного М.В.Монаховым и О.В.Армашевской (2008) в городах Центрального Федерального Округа и отражает влияние загрязнения окружающей среды в промышленном районе г. Ярославля, а также улучшение выявления детей с ограниченными возможностями.

Резервы своевременного установления инвалидности дифференцированы от возраста и причин. При врожденных аномалиях развития несвоевременность установления составляет 32,3%, при тугоухости и глухоте 18,2%, при детском церебральном параличе и других паралитических синдромах 14,3%.

Оценка этих резервов направлена на осуществление методической работы с врачами первичного звена, улучшению диагностического оснащения (например, обеспечение кардиологическими датчиками для проведения эхокардиоскопии у детей, включая первый год жизни, замена устаревшего оборудования для аудиометрического скрининга среди детей первого года жизни и др.), улучшение взаимодействия с БМСЭ при разборе случаев расхождения в установлении статуса ребенок-инвалид.

Оценка потребления медицинской помощи в 2007-2011 гг. показала, что дети-инвалиды являются активными потребителями медицинских услуг, число посещений к которым составило от 18,5 до 26,0 на одного жителя района в год и превысило число посещений прикрепленного детского населения в 1,6-1,8 раза и более чем в два раза по ТППГ Ярославской области.

Оценка динамики показателей общей детской инвалидности показала однонаправленную динамику роста общей инвалидности около 30% в Дзержинском районе и областном центре.

Число лет жизни, откорректированных на инвалидность (DALY- Disability-Adjusted Life Year), на примере Дзержинского района г. Ярославля с численностью детского населения около 23 тыс. детей составляет 6,186 человеко-лет на 1000 населения ежегодно. Выздоровление - 0,131 человеко-лет на 1000 населения ежегодно.

Расчеты показали, что будущие экономические потери вследствие выбытия инвалидов-детства из экономически активной (трудовой) жизни ежегодно составят 23 254 274 руб. (в ценах 2011 года), что многократно (более чем в 46 раз) превышает экономический эффект от реабилитации детей-инвалидов - 503 449,6 руб. и, следовательно, требуют использования доказанных эффективных мер профилактики,

своевременной диагностики и современных видов лечения и соответствующего финансирования помощи.

В заключении обобщены результаты диссертационной работы, доказана эффективность и целесообразность современных подходов к улучшению качества медицинской помощи детскому населению на первичном звене здравоохранения.

ВЫВОДЫ

1. Разработанный комплексный подход к планированию позволяет совершенствовать деятельность лечебно-профилактического учреждения по целому ряду направлений, в частности, первичной профилактике болезней органов дыхания, включая специфическую профилактику пневмококковой, гемофильной инфекции и гриппа, инфекционных и паразитарных заболеваний, включая специфическую профилактику ротавирусной инфекции и др.;

2. Предотвращение риска реализации взаимосвязанных заболеваний у детей первого года жизни (проблемы вскармливания и расстройств питания и нарушений обмена веществ, дефицитных анемий, болезней кожи и подкожной клетчатки; отдельные состояния, возникающие в перинатальный период и болезни нервной системы и др.) могут снизить заболеваемость младенцев на 10-25%.

3. Выявлены значительные резервы для улучшения качества первичной медико-санитарной помощи в области диагностики (более 40%), лечения (от 4 до 15,8%), организации своевременной госпитализации (от 2 до 18%) по целому ряду классов болезней, включая злокачественные новообразования, сахарный диабет I типа, детский церебральный паралич и др. Резервы в улучшении ведения медицинской документации составляют более 25%. Для активизации резервов обоснован план первоочередных мероприятий улучшения в области диагностики.

4. Рейтинговый механизм персональной оценки деятельности врачей-педиатров участковых доказал свою эффективность в первый же год внедрения. Сократились различия в организации деятельности на различных педиатрических участках, достоверно улучшились показатели профилактической работы с населением Дзержинского района г. Ярославля (дородовая помощь и охват беременных женщин образовательными программами «Школа матерей», охват вакцинацией детского населения в рамках Национального календаря профилактических прививок) и показатели полноты диспансерного наблюдения (бронхиальная астма, сахарный диабет I типа, заболевания мочеполовой системы).

5. Использование предложенного подхода к оценке впервые установленной инвалидности по причинам (заболеваниям) по одногодичным возрастным интервалам наряду с использованием общепринятого подхода к оценке впервые установленной инвалидности (по пятилетним возрастным интервалам) позволило более обоснованно оценить тенденции в распространенности инвалидности на конкретной территории.

6. Показатель инвалидизации детей в Дзержинском районе г. Ярославля в первый год после установления диагноза заболевания, приведшего к инвалидности, (71,7%), превышает показатели городов Центрального Федерального Округа, что может отражать влияние загрязнения окружающей среды в данном промышленном районе.

7. Дети-инвалиды являются активными потребителями медицинских услуг, число посещений которых на одного жителя района в год превышает число посещений среди прикрепленного детского населения примерно в 2 раза. В этих условиях необходимо усилить деятельность по своевременному отбору и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной и специализированной помощи, назначению льготного лекарственного обеспечения и выполнению индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида в полном объеме.

8. Объективными критериями эффективности деятельности медицинских организаций являются: уровень инвалидизации детей в первый год после установления диагноза заболевания, приведшего к инвалидности; своевременность установления инвалидности; динамика показателей впервые установленной инвалидности по причинам ее возникновения (заболеваниям), расчеты возможных трудовых потерь и экономический эффект от полной реабилитации детей-инвалидов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне учреждения здравоохранения первичного звена

1. Комплексный подход к планированию может быть рекомендован как первоочередной элемент управления качеством медицинской помощи в ЛПУ на первичном звене здравоохранения.

2. Для повышения эффективности деятельности ЛПУ целесообразна объективная и достоверная персональная оценка деятельности на примере рейтинговой оценки деятельности врачей первичного звена, осуществляемая внутри ЛПУ.

На региональном уровне

3. Мэрии г. Ярославля, администрации Дзержинского района г. Ярославля рекомендовать осуществление мер по экологическому мониторингу загрязнения окружающей среды в период роста производства промышленных предприятий Северного промышленного узла города, эксплуатации Федеральной автомобильной трассы М8 Москва Холмогоры (с 2010 г.), проведения комплекса защитных мероприятий для здоровья населения Дзержинского района г. Ярославля.

На федеральном уровне

4. Детскую инвалидность целесообразно ввести в качестве критерия эффективности деятельности ЛПУ и территорий, целесообразна статистическая регистрация случаев детской инвалидности по причинам (заболеваниям) по одногодичным возрастным интервалам, необходима преемственность официальных статистических данных о детской инвалидности (ф. №19) и заболеваемости (ф. № 12) в целях получения точных эпидемиологических данных.

СПИСОК НАУЧНЫХ ТРУДОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Дудин, А.С. Опыт оптимизации управления качеством медицинской помощи детям-инвалидам на уровне первичной медико-санитарной помощи /А.С. Дудин,

- Э.В. Тайницкая** //Верхневолжский медицинский журнал. 2010. №1. С.16-19, автора - 0,105 п.л.
2. Тайницкая, Э.В. Роль кадров в управлении качеством медицинской помощи. /**Э.В. Тайницкая** //Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал]. 2010. Том 16. №4. URL: www.vestnik.mednet.ru (перечень ВАК), автора - 0,314 п.л.
 3. Тайницкая, Э.В. Адекватность установления детской инвалидности как критерий качества медико-социальной помощи. /**Э.В. Тайницкая** //Проблемы управления здравоохранением. 2012. №1. С. 76-81, (перечень ВАК), автора - 0,297 п.л.
 4. Тайницкая, Э.В. Рейтинговая оценка деятельности врача-педиатра участкового в системе управления качеством медицинской организации. /**Э.В. Тайницкая** //Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2011. Том 63. №8. С. 58-66, автора - 0,379 п.л.
 5. Тайницкая, Э.В. Роль рейтинговой оценки деятельности врача-педиатра участкового в улучшении качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи. /**Э.В. Тайницкая** //Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2012. Том 79. №12. С. 57-64, автора - 0,367 п.л.
 6. Тайницкая, Э.В. Роль оценки качества медицинской помощи в процессе ее оказания детскому населению в системе ОМС. /**Э.В. Тайницкая**, Е.Н. Кузина //Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Региональные особенности системы обязательного медицинского страхования», Ярославль, 2013 г. С. 180-189, автора - 0,149 п.л.
 7. Тайницкая, Э.В. Тенденции детской инвалидности и объемы медицинской помощи на первичном звене здравоохранения (на примере Дзержинского района города Ярославля) /**Э.В. Тайницкая**, Т.С. Селявкина //Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Региональные особенности системы обязательного медицинского страхования», Ярославль, 2013 г. С. 38-50, автора - 0,18 п.л.
 8. Тайницкая Э.В. Современные подходы к планированию первичной медико-санитарной помощи. /Ю.А.Коротков, **Э.В. Тайницкая** //Справочник врача общей практики. 2014. №1 С. 11-12, (перечень ВАК), автора - 0,035 п.л.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГУЗ ЯО «Детская поликлиника № 3» - Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области «Детская поликлиника № 3»

ГУЗ ЯО «МИАЦ» - Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области «Медицинский информационно-аналитический центр»

ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПСМП - первичная медико-санитарная помощь

ТПГГ-Территориальная Программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи