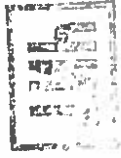


122
48383

На правах рукописи



ДОРОНИНА ЛЮДМИЛА АЛЕКСАНДРОВНА

**КАЧЕСТВО ГОСПИТАЛЬНОЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
И ПУТИ ЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**
(по материалам Республики Татарстан)

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Казань – 2005

Работа выполнена на кафедре биологии и медицинского права
с курсом истории Медицины ГОУ ВПО «Казанский государственный
медицинский университет» МЗ и СР РФ

Научный руководитель: Доктор медицинских наук
Валиуллина Светлана Альбертовна

Официальные оппоненты: Доктор медицинских наук,
профессор Галиуллин Афгат Набиуллович
кандидат медицинских наук
Шайхутдинова Любовь Николаевна

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Нижегородская государственная
медицинская академия» МЗ и СР РФ

Защита состоится «18»
диссертационного Совета
дарственный медицинский
ка Татарстан, г. Казань, ул

С диссертацией можно
«Казанский государственный
адресу: 420012, г. Казань,
профессор

Автореферат разослан

Ученый секретарь
диссертационного сове
Доктор медицинских наук на
профессор

5/14/15

С.В. Шайхутдинова
48383 Валиуллина С.В.
Валиуллина Светлана Альбертовна
2. Шайхутдинова Л.В.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В современных условиях на фоне негативных демографических процессов и отрицательных качественных характеристик состояния здоровья детей возрастает роль стационарной помощи (Ваганов Н.Н., 2001; Филатов Н.Н., Куценко Г.И., 2000; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2003; Карлухин Е.В. с соавт., 2003). Доказано, что стационарную помощь необходимо рассматривать как эффективный баланс «вложение—результат». Адекватно организованная госпитальная помощь и внедрение современных методов диагностики и лечения воздействуют на показатели состояния здоровья детей — заболеваемость, инвалидность, младенческую и детскую смертность.

Экстенсивный путь развития здравоохранения на фоне неравномерно-распределительной системы финансирования на протяжении нескольких последних десятилетий привел к снижению ресурсной базы огромного количества больниц. Данное обстоятельство способствует необоснованным госпитализациям в стационар, большим срокам пребывания больных на койке, очередности на госпитализацию. Отчетливо обозначилась несоответствие структуры и мощности лечебных учреждений потребностям населения в качественной и интенсивной медицинской помощи (Троклова Т.Н., 2000; Водянок И.М. с соавт., 2001).

В условиях ограниченного финансирования отрасли (Кищенко Л.П. с соавт., 1990; Жолобов В.Е., 1995) особую актуальность приобрел поиск эффективных и экономичных медицинских технологий, в том числе организационных. Однако из-за отсутствия реальной экономической заинтересованности лечебных учреждений в их разработке и реализации, ресурсосберегающие технологии внедряются медленно.

В последние годы заметно возросло количество исследований, посвященный деятельности детского коечного фонда, планирования и оптимизации качественных и количественных показателей работы стационаров на примере областных или городских больниц в отдельных регионах Российской Федерации (Шарыгин Р.Х., 1990; Григорьев А.С., 1996; Ковалев И.В., 1996; Рубин А.Д., 1998; Бердугина Н.Н., 1999; Окунев А.Ю., 2001; Дьяченко В.Г., 2001; Филимонов А.А., 2003). Однако вопросы качества оказываемой стационарной помощи, особенно в зависимости от типа стационара, а также экономические аспекты повышения ее эффективности остаются недостаточно изученными.

02
48383

34745 W

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель работы: на основе комплексного исследования изучить качество стационарной помощи детям в Республике Татарстан, разработать мероприятия по его совершенствованию и оценить их эффективность.

В соответствии с целью исследования ставились следующие задачи:

1. Проанализировать состояние стационарной помощи Детскому населению Республики Татарстан за период 1991—2003 гг.
2. Изучить удовлетворенность родителей и детей качеством оказания стационарной помощи.
3. Исследовать влияние социально-гигиенических и медико-организационных факторов на качество работы врачей и медицинских сестер.
4. Оценить качество оказания госпитальной помощи детям с различной соматической патологией в лечебных учреждениях разного типа.
5. Разработать мероприятия по улучшению качества медицинской помощи детям в стационарах и оценить их эффективность.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые проведенное комплексное изучение качества стационарной помощи детскому населению Республики Татарстан позволило установить основные тенденции и проблемы ее организации в лечебных учреждениях разного типа. Дана объективная оценка влияния социально-гигиенических и медико-организационных факторов на качество работы персонала в данных лечебных учреждениях. Выявлены основные недостатки в оказании педиатрической госпитальной помощи и определены ее экономически затратные направления (необоснованные госпитализации; отсутствие единых подходов к диагностике и лечению больных в различных типах стационаров; неадекватная антибактериальная терапия; чрезмерное назначение большим с плановой соматической патологией анализов и исследований). Разработаны и обоснованы предложения по улучшению качества стационарной помощи детям и снижению необоснованных затрат на ее оказание.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ВНЕДРЕНИЕ

Результаты, полученные в ходе диссертационного исследования, позволили разработать комплекс организационных мероприятий по

улучшению качества госпитальной педиатрической помощи и снижению необоснованных затрат на ее оказание. Полученные результаты использованы при подготовке нормативных документов и приказов Министерства здравоохранения Республики Татарстан в части мониторинга за качеством стационарной помощи детям, снижения доли необоснованных госпитализаций, совершенствования диагностического этапа и последипломной подготовки медицинских работников, что нашло отражение в актах внедрения. При непосредственном участии автора разработано и внедрено в работу детских больниц методическое пособие «Основы рациональной антибактериальной терапии в педиатрической практике» (2002), которое позволило оптимизировать антибактериальную терапию у детей.

Результаты исследования использовались при составлении ежегодного Государственного доклада «Состояние здоровья населения Республики Татарстан и вопросы его охраны» (за 2001—2003 гг.), бюллетеня «Основные тенденции состояния здоровья и медицинского обеспечения детского населения Республики Татарстан» (за 2000—2003 гг.).

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Установленные тенденции и проблемы в работе детских коев в Республике Татарстан, определившие приоритетные направления совершенствования качества госпитальной педиатрической помощи.
2. Результаты комплексного анализа качества оказания медицинской помощи детям в стационарах Республики Татарстан: основные причины неудовлетворенности населения; факторы, влияющие на качество работы медицинского персонала; недостатки в организации и оказании госпитальной помощи, определяющие необоснованные экономические потери.
3. Разработанные и апробированные мероприятия по совершенствованию качества госпитальной помощи детскому населению Татарстана, обеспечившие ее экономическую и медицинскую эффективность.

ПУБЛИКАЦИИ

По теме диссертации опубликовано 17 печатных работ.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Материалы диссертации были доложены и обсуждены на:

- Всероссийском совещании главных врачей детских областных (районных, республиканских) больниц Российской Федерации с расширен-

Этапы, методы, источники и объем исследования

№	Этапы	Методы	Источники и объем
1	Изучение основных показателей состояния здоровья детского населения и работы коек для детей в участковых, районных, центральных районных, городских районных, детских взрослых стационарах, Детской республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан за период 1991—2003 гг.	Библиографический, статистический, анализ детских, медицинских, демографических, сравнительный, системного анализа	Массовые центральные и региональные публикации (выборочно использовано 240 публикаций), статистические формы Госкомстата РТ, статистические отчеты МЗ РТ, ДРКБ
2	Исследование влияния социально-гигиенических и медико-организационных факторов на качество работы медицинских работников. Изучение удовлетворенности качеством стационарной помощи среди родителей и детей. Оценка качества стационарной помощи плановым больным детям с соматической патологией и среди умерших в постнатальном периоде за период 2000-2002 гг.	Социологический, социальный, гигиенический, аналитический, статистический. Экспертный, аналитический, статистический	Карты изучения влияния медико-организационных факторов на качество работы: 130 врачей 164 медицинских сестер. Карты изучения удовлетворенности госпитальной помощью по педиатрии: среди 293 родителей, 379 детей 1343 «карты экспертной оценки качества», в т.ч. 588 — по выписанным больным из ЦРБ, 215 — городских детских больниц, 600 — ДРКБ МЗ РТ, 169 «карты экспертной оценки младенческой смертности»
3	Разработка практических мероприятий по совершенствованию качества госпитальной педиатрической помощи, оценка их за. Медицинской и экономической эффективности	Математический, сравнительный, аналитический, ковенный метод стандартизации, статистический	Статистические отчеты МЗ РТ и ДРКБ, статистические формы Госкомстата РТ, экономические расчеты ДРКБ МЗ РТ и городских детских больниц

пизации и т.д.) Методом экспертных оценок проведен анализ качества медицинской помощи 1343 детям с соматической патологией, госпитализированным в ДРКБ (600 карт); городские детские больницы г. Нижнекамск, Зеленодольск, Наб. Челны (215 карт); детские отделения Сабинской, Балтасинской, Чистопольской, Занянской, Елабужской ЦРБ (528 карт). Проведен экспертный анализ 169 случаев госпитальной летальности среди детей постнатального периода.

В вышеуказанных лечебных учреждениях изучена удовлетворенность 293 родителей и 379 детей качеством оказываемой стационар-

ным заседанием Государственной думы РФ (Казань, 2002 г.), VIII Конгрессе педиатров России (Москва, февраль, 2003 г.), IX Конгрессе педиатров России (Москва, февраль, 2004 г.), Всероссийском совещании главных врачей детских областей (Кравевых, республиканских) Больниц (Ульяновск, 2004 г.);

● итоговых совещаниях о работе службы детства и родо-воспоможения Территорий Татарстана (г. Кукмор, 2002 г.; г. Альметьевск, 2003 г.);

● XII Международной конференции «Больницы, действующие здорово» (Москва, 2004 г.).

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложений. Работа изложена на 204 страницах машинописного текста, иллюстрирована 23 рисунками, 61 таблицей. Библиографический список содержит 240 источников, в том числе 77 зарубежных.

ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационное исследование выполнено в течение 2001—2003 гг. в Детской республиканской клинической больнице Министерства здравоохранения Республики Татарстан (главный врач — к.м.н. Е.В. Карлухин) и на кафедре биомедицинской этики и медицинского права с курсом истории медицины Казанского государственного медицинского университета.

Методическое решение поставленных в диссертационной работе задач проходило в три этапа (табл. 1).

За период 1991—2003 гг. изучались основные показатели состояния здоровья детей Татарстана (заболеваемость, распространенность болезней), распределение детей по диспансерным группам) и медико-статистические показатели работы педиатрических коек. Работа детского коечного фонда в республике изучалась в лечебных учреждениях различного типа: участковых, районных и центральных районных больницах, городских взрослых стационарах, где функционируют койки для детей, детских больницах и Детской республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан (ДРКБ). Изучена эффективность использования детского коечного фонда (занятость койки в году, средняя длительность лечения, летальность, госпитализированная заболеваемость, объемы госпита-

ной помощи. Исследовано влияние социально-гигиенических и медико-организационных факторов на качество работы 130 врачей и 164 медицинских сестер.

В работе использован комплекс методов: статистический, аналитический, социологический, экспертных оценок, сравнительного анализа, оценка экономической эффективности рассчитана косвенным методом стандартизации.

При обработке материала вычислялись экстенсивные и интенсивные показатели, характеризующие частоту и распространенность явления. С целью определения достоверности результатов для каждого интенсивного показателя вычислялась соответствующая ошибка, позволяющая определить пределы, в которых с той или иной степенью вероятности может находиться истинное значение статистического показателя.

Результаты внедренных мероприятий по совершенствованию качества госпитальной педиатрической помощи оценивались с позиций экономической и медицинской эффективности.

Обработка полученных данных проводилась на персональных компьютерах типа IBM PC/AT586 (Penium) с использованием программ ID и 2D элементарной статистики, программы Microsoft Excel for Windows.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ состояния стационарной помощи детям в Республике Татарстан за период 1991—2003 гг. показал, что с 1991 г. общий коечный фонд сократился на 28% за счет нерентабельных общепедиатрических и инфекционных коек. Удельный вес специализированных коек педиатрического профиля увеличился на 34,3%, хирургического — на 60,5%. Специализация детского коечного фонда происходила в основном с учетом региональной заболеваемости.

Госпитализированная заболеваемость детей 0—14 лет выросла на 42% (с 181,5 до 259,5 на 1000 детского населения). Стабильное лидерство в структуре госпитализированной заболеваемости сохраняют болезни органов дыхания, на них приходится одна треть госпитализаций. Уровень госпитализированной заболеваемости патологией ЖКТ вырос с 22,6 до 37,7 на 1000 (2-е ранговое место). В то же время отмечен двукратный рост госпитализированной заболеваемости гастритами и дуоденитами (с 5,0 до 11,7 на 1000), лечение которых оптимально проводить в условиях дневных стационаров. Эволюционное

развитие претерпела госпитализированная заболеваемость перинатальной патологией (с 8,6 до 27,6 на 1000), она переместилась с 5-го на 3-е ранговое место. Инфекционная патология, наоборот, уступила свои позиции, переместившись на 7-е место.

Упорядочение диагностического процесса на догоспитальном этапе, внедрение новых протоколов лечения позволили сократить среднюю длительность лечения практически по всем классам заболеваний. Использование эффективных схем лечения сократило сроки лечения больных язвенной болезнью с 25,8 до 14,5 дня, бронхиальной астмой — с 20,1 до 11,9 дня.

Анализ занятости коек для детей показал, что в целом она выросла с 254 до 322 дней, однако не достигла оптимального уровня в участках больших и городских взрослых стационарах (275,7 и 289,6 дня). Низка занятость детских инфекционных коек (280 дней), что обусловлено несоответствием их количества уровню заболеваемости. Вследствие дублирования коек республиканского и городского подчинения недостаточна занятость республиканских психиатрических (249,7 дня), родских туберкулезных (181,1 дня), дерматовенерологических (286 дней). Кроме того, сроки лечения больных на республиканских психиатрических койках в 1,7 раза выше, чем в городских аналогичного профиля. Подобная картина отмечена и по срокам лечения больных туберкулезом: на туберкулезных койках городского подчинения они в 1,4 раза выше, чем на республиканских (136,6 и 99,9 дня соответственно).

Произошло изменение объемов госпитализации детей в стационары различного типа. Доля госпитализированных детей в районные больницы снизилась в 1,8 раза (с 2,8 до 1,5%), в участковые — в 4,2 раза (с 5,9 до 1,4%), в городские взрослые больницы — на 9%. Вместе с тем, удельный вес госпитализированных в ДРКБ увеличился более чем в 2 раза — с 9,7 до 17,3%, в городские детские больницы — с 30,5 до 34,2%. Таким образом, особенность детского стационарного сектора в республике заключается в том, что 51,5% детей получают лечение в специализированных стационарах, а не в стационарах общего типа.

Выявлены сохраняющиеся резервы оптимизации работы коек. Они связаны с отсутствием единых подходов к оценке критериев интенсивности использования коек. Результатом этого являются следующие негативные процессы: во взрослых стационарах, несмотря на двукратный перевес количества коек (по сравнению с ДРКБ), объемы госпитализации лишь незначительно выше (23,3 и 17,3% соответственно), несмотря на лучшее оснащение ЦРБ, сроки лечения в них больных практически одинаковы с участковыми и районными больницами.

Экспертный анализ качества стационарной помощи детям с различной соматической патологией (заболевания органов пищеварения, почек и мочевыводящих путей, пневмонией) установил различные подходы в организации лечебно-диагностического процесса в различных типах стационаров. В ДРКБ принята модель интенсификации лечения, когда диагноз устанавливается в первые сутки пребывания в стационаре и сразу запускается лечебный процесс. В ЦРБ, детских городских больницах выполняется регламентированный завышенный медико-экономический стандарт сроков пребывания больного. В итоге, в ЦРБ сроки лечения больных острой неосложненной пневмонией были увеличены на 6,2 дня, в городских детских больницах — на 4,6 дня по сравнению с ДРКБ, где длительность лечения больных названной патологией составила 10,6 дня. Сроки постановки диагноза в ЦРБ в 2 раза, а в городских детских больницах — в 1,7 раза выше, чем в ДРКБ (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Средний койко-день до постановки диагноза острая неосложненная пневмония среди детей, госпитализированных в стационары разного типа (по результатам экспертизы)

Тип стационара	ЦРБ	Городские детские больницы	ДРКБ МЗ РТ
Средний койко-день до постановки диагноза	1,6	1,2	0,7

Средняя длительность лечения больных в ЦРБ и городских больницах затянута не только за счет удлинения диагностического этапа, но и за счет нерационально организованного комплексного лечения, в первую очередь — вследствие поздно назначаемых физиотерапевтических процедур и массажа (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Средние сроки назначения физиотерапевтических процедур и массажа больным острой неосложненной пневмонией в стационарах разного типа (по результатам экспертизы)

Сроки назначения, дней	Тип стационара		
	ЦРБ	городские детские больницы	ДРКБ МЗ РТ
Физиопроцедур	4,2	2,6	1,6
Массажа	5,4	3,8	2,1

Наибольшую группу дефектов при лечении больных острой пневмонией и экономические потери формируют погрешности в антибак-

териальной терапии: неиспользование современных режимов введения (54,0±2,4), необоснованное назначение второго курса (13,6±1,6), нерациональная эмпирическая стартовая терапия (12,2±1,5). В лечении больных с патологией почек и мочевыводящих путей антибактериальная терапия нерационально проводилась у каждого шестого больного (15,1%).

Нерешенными проблемами детского стационарного сектора являются недостаточное развитие стационарозамещающих видов медицинской помощи, что приводит, по данным экспертизы, к необоснованным госпитализациям каждого десятого больного (10,1%) в круглосуточные стационары.

Причинами экономических потерь и дефектов в оказании стационарной помощи детям также являются: чрезмерное назначение анализов и исследований и их дублирование при заболеваниях ЖКТ у каждого пятого, мочевыделительной системы — в 23,8%; высокая доля условно предотвратимых случаев смерти детей постнеонатального периода в стационарах — 35,4%. Выявлено, что в ЦРБ и частично в детских городских больницах медленно внедряются в практику современные методы ультразвуковой диагностики, адаптированные для детского возраста.

Изучена удовлетворенность населения (родителей и детей) качеством госпитальной помощи. По результатам социологического опроса установлены основные причины неудовлетворенности: недостаточная информированность родителей и детей относительно сущности заболевания и сроков лечения (33,4% — среди родителей и 41,4% — среди детей); бытовые условия и питание (62,1 и 55,6%). Более критичными по названным проблемам были родители, чьи дети лечились в городских детских больницах. 25,3% опрошенных детей бесплодит разрыв с друзьями, 18,9% — боязнь медицинских процедур, 7,9 и 8,2% — длительные сроки пребывания, незащищенность и одиночество. Каждый десятый родитель (9,9%) выразил недовольство необходимостью покупать медикаменты; 15,7% респондентов считали, что дети могли лечиться в условиях дневного стационара.

Проанализировано влияние медико-социальных и медико-организационных факторов на качество работы врачей и медицинских сестер. Большинство врачей (65,3%) и 59,1% медицинских сестер отметили хороший микроклимат в коллективе, при этом 18,5% опрошенных врачей и 21,9% медсестер ощущают трудности во взаимоотношениях с административной. Основной причиной неудовлетворенности является низкий уровень заработной платы (в равной доле среди вра-

чей и медсестер — 85,3%). С большей степенью достоверности ($p < 0,05$) показатели неудовлетворенности уровнем заработной платы выше среди врачей городских стационаров ($91,6 \pm 4,0$), что связано с ограниченными возможностями иметь дополнительные источники дохода. Низкий уровень доходов среди врачей формирует недовольство по поводу ограниченных возможностей хорошего летнего отдыха ($44,6 \pm 4,3$). Более половины врачей ($53,8 \pm 4,3$) ощущают высокую психологическую нагрузку, при этом среди врачей ДРКБ она достоверно выше ($1 < 0,05$) — $73,1 \pm 6,9$. Каждый пятый из опрошенных врачей (20%) недоволен жилищными условиями. Около половины респондентов-медиков сестер ($45,7\%$) отметили избыточную нагрузку — работу на 1,5 и более ставки, а 39% из них выполняют санитарскую работу.

Среди трудностей организационного характера врачи отметили чрезмерный объем выполняемой медицинской документации (72,3%); недостаточную компьютеризацию рабочих мест (33,8%); недостаточное участие в научных конференциях и семинарах (32,3% врачей и 35,4% медсестер); отсутствие времени на изучение литературы по специальности (26,1% врачей, 9,2% медсестер).

Исследования показали, что лишь 26,1% опрошенных врачей удовлетворяют технические возможности стационара, в котором они работают. Однако 41,6% врачей беспечно ограниченные диагностические возможности (в ЦРБ — 85,3%), 7,6% — плохое обеспечение медикаментами и расходными материалами. Около половины врачей ДРКБ (46,3%) отметили интенсивный ритм работы.

По мнению врачей стационаров всех типов, причинами ошибок при лечении больных в стационаре являются: позднее поступление детей ($31,5 \pm 4,1$), недостаточный уровень консилиумов или их отсутствие ($30,7 \pm 4,0$), недостаточная квалификация реаниматологов ($28,4 \pm 3,9$). Недовлетворенность организацией реанимационной помощи детям на местах высказали 73,2% врачей ЦРБ. Проблемы организации консилиумов наиболее актуальны для врачей городских детских больниц (41,6%) и ЦРБ (34,1%).

Установлена высокая частота лечебно-диагностических дефектов, способствующих допущению ошибок при лечении больных: недостаточный объем лабораторных исследований ($38,4 \pm 4,3$); невозможность проведения УЗ-исследований в вечернее, ночное время ($46,1 \pm 4,3$), праздничные и выходные дни ($57,7 \pm 4,3$); трудности в организации консультаций специалистов в названные периоды ($44,6 \pm 4,3$ и $47,7 \pm 4,4$). Частота указанных дефектов выше в ЦРБ. Для специалистов ДРКБ ведущими причинами становятся редкость некоторых заболеваний

($78,0 \pm 6,4$), избыточное доверие к данным лабораторного и инструментального методов обследования ($31,7 \pm 7,2$), к мнению консультанта. Выразили недовольство некачественной помощью на догоспитальном этапе 33,6 и 34,1% педиатров городских детских больниц, тогда как в ЦРБ на это указали 19,5% врачей.

Таким образом, проведенное исследование показало, что причинами наибольших экономических потерь и дефектами в оказании стационарной помощи детям являются: необоснованные госпитализации детей; неадекватная антибактериальная терапия; чрезмерное назначение больным с плановой соматической патологией анализов, исследований и их дублирование; отсутствие единых подходов к диагностике и лечению больных в стационарах различного типа; необоснованно длительные сроки пребывания больных на койках.

С целью совершенствования качества госпитальной педиатрической помощи разроботана и внедрена:

- а также мероприятия по:
- 1) оптимизации антибактериальной терапии;
- 2) совершенствованию диагностического этапа;
- 3) уменьшению числа необоснованных госпитализаций.

Система непрерывного обучения медицинских работников республики на базе ДРКБ МЗ РТ

Система непрерывного обучения включила в себя: проведение постоянно действующих семинаров-совещаний для педиатров, хирургов, реаниматологов по актуальным проблемам педиатрии; циклов тематического усовершенствования «по неотложной диагностике, интенсивной терапии и реанимации у детей» для педиатров, хирургов, реаниматологов взрослой сети; циклы тематического усовершенствования «по детской уронефрологии». Циклы тематического усовершенствования проводятся на базе ДРКБ, кафедре детской хирургии с курсом постдипломного образования. Для качественного ведения и наблюдения за детьми с тяжелой хронической патологией разработаны и внедрены в виде приказов Министерства здравоохранения РТ алгоритмы этапного оказания медицинской помощи детям с хирургической, уронефрологической, кардиохирургической патологией, сахарным диабетом, атропическим дерматитом. Дефекты диспансерного на-

Блюдения за детьми, выявленные при экспертном анализе или выезде куратора ДРКБ в территориях, разбираются с педиатрами на местах и на Циклах тематического усовершенствования. Грубые дефекты, выявленные при экспертизе летальности детей в стационарах республики, также являются предметом разбора с курсантами на Циклах тематического усовершенствования «по неотложной диагностике, интенсивной терапии и реанимации у детей». Результатом работы по данному разделу стало достоверное снижение дефектов диагностики и лечения среди умерших в стационарах детей в постнеонатальном периоде за период 2000—2002 гг.: в назначении инфузионной терапии — на 39,4%, антибактериальной — на 12%, кардиотонической — на 26,1%, реанимационных мероприятий — на 34,4%, а также снижение в 2 раза доли предотвратимых случаев смерти с 22,2 до 10,4% (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

Частота дефектов диагностики и лечения среди детей, умерших в постнеонатальном периоде в стационарах РТ за 2000—2002 гг. (на 100 экспертных случаев)

Дефекты	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Неадекватная терапия:			
инфузионная	41,2±6,2	39,6±6,4	25,0±6,2
антибактериальная	14,2±4,4	15,8±4,5	12,5±4,7
кардиотоническая	25,3±5,4	20,6±5,3	18,7±5,6
респираторная	15,8±4,6	20,6±5,3	18,7±5,6
Недостаточный объем диагностики	55,5±6,2	41,3±6,4	29,1±6,5
Отсутствии консультаций со специалистами РКЦ*	28,5±5,6	27,5±5,8	25,0±6,2
ДРКБ			
Недостаточный объем реанимационных мероприятий	28,5±5,6	20,6±5,3	18,7±5,6
Недооценка степени тяжести при поступлении	36,5±6,1	18,9±5,1	20,8±5,8

* РКЦ — реанимационно-консультативный центр

Оптимизация антибактериальной терапии

Работа по оптимизации антибактериальной терапии в масштабах республики проходила в несколько этапов. В 2001 г. в ДРКБ была введена должность клинического фармаколога, который стал координировать данный раздел работы в республике. В 2002 г. нами разработано и внедрено в практику методическое пособие для врачей «Основы рациональной антибактериальной терапии в педиатрической практике». На его основе в большинстве детских больниц и поликлиник

внедрены оптимальные схемы антибиотикотерапии при различных заболеваниях с учетом степени тяжести микробно-воспалительного процесса и микробной флоры. В практику крупных детских больниц республики внедрен ступенчатый метод антибиотикотерапии при острых неосложненных пневмониях. В лечении внебольничной пневмонии ограничено использование антибактериальных средств с низкой эффективностью (линкомицин, гентамицин). В клинико-экспертном и организационно-экономическом отделе ДРКБ организована проблемная (по отделным заболеваниям) и текущая (среди умерших) экспертиза по обоснованности и рациональности антибактериальной терапии в масштабах республики.

Предпринятые действия позволили уменьшить количество дефектов в назначении антибактериальной терапии среди детей, умерших в постнеонатальном периоде, на 12%.

В городских детских стационарах при лечении детей с неосложненными пневмониями расходы на приобретение антибиотиков снизились на 10% за счет внедрения ступенчатого подхода к их назначению и, соответственно, уменьшения курсовой дозы.

Совершенствование диагностического этапа стационарной помощи

Совершенствование диагностического этапа стационарной помощи проходило в два временных этапа. Первоначально усовершенствование диагностической службы коснулось ДРКБ: была организована многокомандная работа диагностических подразделений, налажен мониторинг за качеством диагностического процесса со стороны экспертной службы и отраслевых заместителей, приказом по больнице был регламентирован перечень показаний для того или иного вида исследования. Это позволило сократить количество гематологических анализов на одного больного с 14,6 до 12,7, биохимических — с 11,8 до 9,1 (табл. 5). В результате экономия в бюджете учреждения составила 6 111 962 руб.

Оптимизация работы диагностических служб позволила сократить диагностический койко-день (до постановки клинического диагноза) за период 1996—2003 гг. с 2,5 до 0,7 дня, что ежегодно позволяет экономить в бюджете учреждения около 16 млн руб. На втором этапе работа по совершенствованию диагностического этапа пребывания в стационаре коснулась всех детских ЛПУ республики. На базе клинико-экспертного и организационно-экономического отдела ДРКБ орга-

Т а б л и ц а 5
Динамика показателей, отражающих качество медицинской помощи
в ДРКБ МЗ РТ за 1999—2003 гг.

Показатели	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Количество пролеченных Больных	23916	25668	24937	26287	25494
Частота дефектов диагностического процесса (на 100 выписанных)	6,0±0,3	4,9±0,1	3,4±0,2	2,05±0,0	2,1±0,1
Количество анализов на одного больного:					
гематологических	14,6	14,5	13,9	13,8	12,7
биохимических	11,8	10,5	11,2	9,2	9,1

низована экспертиза качества диагностики на всех этапах педиатрической медицинской помощи. Проводится проблемный экспертный анализ по отдельным заболеваниям (острый аппендицит, перитонит, остеомиелит, хронический гастрит и т.д.) и среди умерших. Результаты экспертизы направляются в ЛПУ в виде актов и дефектных писем, карт экспертной оценки. Кроме того, результаты экспертизы используются кураторами ДРКБ при плановых проверках курируемых территорий, а также при проведении постоянно действующих семинаров и циклов тематического усовершенствования.

Сокращение необоснованных госпитализаций

С целью сокращения необоснованных госпитализаций нами реализован ряд мероприятий: организован мониторинг за обоснованностью госпитализаций в стационары на основе регулярно проводимой экспертизы; проводится медико-экономическая экспертиза необоснованных госпитализаций и осуществляется методическая работа по их снижению; усилена роль консультативной поликлиники ДРКБ в проведении скрининговых осмотров и дублирующих диспансерных осмотров детей с хронической патологией; расширены объемы стационаро-замещающих видов медицинской помощи в ДРКБ и в целом по республике. Результатом проведенных мероприятий стало сокращение в 1,5 раза (с 10,1 до 6,9%) за период 2000—2002 гг. доли необоснованных госпитализаций плановых соматических больных в стационары, в том числе в ЦРБ (с 13,2 до 9,9%) и городские детские больницы (с 12,3 до 6,2%) (рис. 1). Экономическая эффективность от снижения доли необоснованных госпитализаций плановых больных с соматической патологией за период 2000—2002 гг. составила 9.735.778,8 руб.

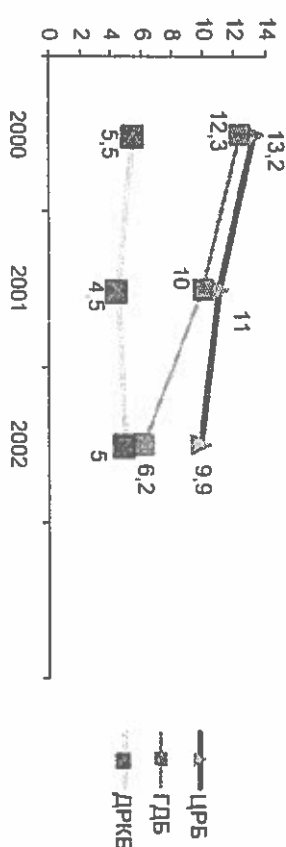


Рис. 1 Доля необоснованных госпитализаций детей в стационары РТ за 2000—2002 гг. по результатам экспертизы (в % к поступившим)

Удельный вес детей, взятых на дублирующую диспансеризацию в консультативной поликлинике ДРКБ, увеличился до 64%.

Закономерным направлением данного раздела работы стало совершенствование стационарозамещающих видов медицинской помощи (табл. 6).

Т а б л и ц а 6

Показатели работы коек дневного стационара для детей в Республике Татарстан за 2000—2003 гг.	2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.	
	коп-во коек	коп-во больных	коп-во коек	коп-во больных	коп-во коек	коп-во больных	коп-во коек	коп-во больных
В ДРКБ	10	745	10	867	30	2321	30	2455
По РТ	393	7077	403	6681	594	10193	655	17010

По сравнению с 2000 г. в три раза увеличилось число детей, госпитализированных в дневной стационар ДРКБ, и почти в 2,4 раза в целом по РТ. Количество коек дневного стационара в республике увеличилось в 1,6 раза. Однако следует признать, что данный вид медицинской помощи в республике развивается недостаточно активно.

ВЫВОДЫ

1. В Республике Татарстан за период 1991—2003 гг. произошли структурные изменения коечного фонда: на 28% сокращены общепедиатрические и инфекционные койки для детей, тогда как количество специализированных коек педиатрического профиля увеличилось на 34,3% и

на 60,5% — хирургического. Госпитализированная заболеваемость детей 0—14 лет выросла на 42% (с 181,5 до 259,5 на 1000 детского населения) за счет хронической соматической и перинатальной патологии. Вместе с тем, из-за недостаточного развития стационарозамещающих видов медицинской помощи вырос уровень госпитализации детей с патологией, которая могла бы лечиться в условиях дневного стационара (дискинезии желчевыводящих путей, гастриты, острые простые бронхиты, некоторые заболевания почек и мочевыводящей системы).

2. Основными проблемами госпитальной педиатрической помощи в Республике Татарстан являются: нерациональное использование туберкулезных и психиатрических коек для детей по причине их дублирования в стационарах городского и республиканского подчинения, инфекционных и дерматовенерологических коек — из-за их избыточности и несоответствия уровню заболеваемости; отсутствие единых подходов к оценке критериев интенсивности работы коечного фонда; необоснованные госпитализации детей с соматической патологией (10,1%); отсутствие современных подходов к антибактериальной терапии; дефекты диагностического этапа.

3. Причинами неудовлетворенности родителей и детей организацией стационарной помощи являются: недостаточная информированность о сущности заболевания и сроках лечения (33,4% среди родителей и 41,4% — среди детей), бытовые условия и питание (62,1 и 18,4% соответственно). Разрыв с друзьями беспокоит 25,3% опрошенных детей, боязнь медицинских процедур — 18,9%. Каждый десятый опрошенный родитель выразил недовольство необходимостью покупать медикаменты и изделия медицинского назначения, а 15,7% считали, что их дети могли обследоваться и лечиться в условиях дневного стационара, на что указали в большей степени родители детей, госпитализированных в городские больницы.

4. На качество стационарной медицинской помощи, по мнению медицинских работников, влияют: низкая заработная плата, на что указали 85,4% опрошенных; высокая психологическая нагрузка (53,8% — по мнению врачей и 44,2% — по мнению медсестер), чрезмерный объем заполняемой документации (72,3%); недостаточная компьютеризация рабочих мест (33,8%); отсутствие времени на изучение современной литературы по специальности (26,1 и 9,2%); дефекты догоспитального этапа (31,5%). На недостатки диагностической службы указали 85,3% опрошенных врачей ЦРБ и 41,6% — городских детских больниц. Для педиатров, работающих в ЦРБ, актуальны проблемы в организации консилиумов (30,7%) и реанимационной помощи детям (73,2%).

5. Основными проблемами в организации медицинской помощи детям в стационарах, приводящими к значительным экономическим потерям, отнесены следующие: отсутствие единых подходов к диагностике и лечению больных в стационарах разного типа; неадекватная и нерациональная антибактериальная терапия; чрезмерное назначение анализов и исследований, а также их дублирование (при заболевании ЖКТ у каждого пятого, мочевогодепительной системы — в 23,8% случаев); необоснованно длительные сроки пребывания больных на койке; высокая доля условно предотвратимых случаев смерти детей постнеонатального периода в стационарах (35,4%).

6. Усовершенствовать стационарную помощь детям в лечебных учреждениях разного уровня Республики Татарстан позволили разработанные мероприятия по оптимизации антибиотикотерапии, совершенствованию диагностического этапа, снижению числа необоснованных госпитализаций и внедрение системы непрерывного обучения медицинских работников республики на базе ДРКБ.

7. Результатами внедренных мероприятий стали: уменьшение частоты дефектов в лечебно-диагностическом процессе (в назначении инфузионной терапии — на 39,4%, антибактериальной — на 12%, кардиологической — на 26,1%, реанимационных мероприятий — на 34,4%); сокращение в 1,5 раза доли необоснованных госпитализаций плановых соматических больных (на детских койках ЦРБ — с 13,2 до 9,9%; в городских детских больницах — с 12,3 до 6,3%); сокращение количества необоснованно назначаемых анализов и диагностического периода в ДРКБ; уменьшение в два раза предотвратимых случаев смерти детей в постнеонатальном возрасте (с 22,2 до 10,4%); расширение стационарозамещающих видов медицинской помощи.

8. Экономическая эффективность разработанных мероприятий за изучаемый период составила: 22 111 962 руб. — за счет сокращения количества диагностических койко-дней и количества анализов в расчете на одного больного в ДРКБ, а также 9 735 778,8 руб. за счет снижения доли необоснованных госпитализаций плановых соматических больных в лечебные учреждения республики.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В целях совершенствования стационарной помощи детскому населению целесообразно внедрение комплекса мероприятий на территориальном и учрежденческом уровнях.

На территориальном уровне:

1. Разработать эффективную систему стандартизации учреждений по уровням с учетом эффективности использования коечного фонда, интенсивности и сложности лечебно-диагностического процесса.
2. Разработать оптимальные стандарты лечения и диагностики детей для учреждений разного типа.
3. Исключить дублирование психиатрических, туберкулезных, дерматовенерологических коек республиканского и городского (г. Казани) подчинения.
4. Организовать сектор Доказательной медицины при отделе качества и отраслевой стандартизации Министерства здравоохранения Республики Татарстан.
5. Создать Республиканский методический центр по оптимизации антибиотикотерапии у детей на базе Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ.
6. На базе ДРКБ МЗ РТ и кафедры детской хирургии КТМУ с курсом постдипломного образования реализовывать на практике методику дистанционных обучающих семинаров для педиатров, хирургов, реаниматологов детской и взрослой сети лечебных учреждений республики.

На учрежденческом уровне:

1. Проводить мониторинг за необоснованно назначаемыми методами исследования и непоказанными госпитализациями с проведением экспертиз медико-экономической эффективности и использования получаемых результатов в начислении премий.
2. Внедрить предложенную систему оптимизации антибиотикотерапии.
3. Регулярно проводить в стационарах анкетирование среди потребителей медицинских услуг с целью изучения удовлетворенности их качеством.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Здоровье населения можеже трудоспособного возраста // П. А. Никольская, В. Ю. Альбицкий, С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина [и др.] // Здоровье населения республики Татарстан на пороге третьего тысячелетия // Под редакцией И. Г. Низамова, К. Ш. Зыятдинова. — Казань: Медицина, 1999. — 2 глава. — с. 38—66.
2. Валлуллина, С. А. Эндокринологическая заболеваемость детского населения / С. А. Валлуллина, Л. М. Султанова, Л. А. Доронина, Г. Р. Яруллина // Материалы научно-практической конференции « Актуальные проблемы детской эндокринологии», Заинск, 27 — 28 мая 1999г. — Казань: Медицина, 1999. — с. 10.

3. Валлуллина, С. А. Анализ смертности детей 1 — 17 лет в Республике Татарстан и некоторые пути ее снижения // С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина, Г. Р. Яруллина // Материалы VI Конгресса педиатров России, Москва, 6 — 9 февраля 2000г. — с. 72 — 73.

4. Основные тенденции состояния здоровья и медицинского обеспечения детского населения Республики Татарстан // Е. В. Карлухин, С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина, Г. Р. Яруллина [и др.] // Информационный бюллетень по итогам 2000 г. — Казань, 2001. — 69 с.

5. Основные тенденции состояния здоровья и медицинского обеспечения детского населения Республики Татарстан // Е. В. Карлухин, С. А. Валлуллина, Г. Р. Яруллина, Л. А. Доронина [и др.] // Информационный бюллетень по итогам 2001 года. — Казань, 2002. — 75 с.

6. Основные тенденции состояния здоровья и медицинского обеспечения детского населения Республики Татарстан // Е. В. Карлухин, С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина, Г. Р. Яруллина [и др.] // Информационный бюллетень по итогам 2002 года. — Казань, 2003. — 37 с.

7. Валлуллина, С. А. Медико-социальные и этико-правовые аспекты стационарной помощи детям / С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина, Л. М. Абилямажнова Л. М. // Медико-фармацевтический вестник Татарстана. — Казань, 2002. — с. 9.

8. Валлуллина, С. А. Постнеонатальная смертность в Республике Татарстан и роль ДРКБ в динамике ее показателей // С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина, Н. З. Алимова // Детская больница XXI века. Материалы Всероссийской научно-практической конференции в рамках совещания главных врачей детских областей (республиканский, краевых) больниц Российской Федерации, Казань, 22—23 мая 2002 г. — с. 19—21.

9. Валлуллина, С. А. Информационные технологии в системе управления качеством медицинской помощи детям в Республике Татарстан // С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина // Материалы Всероссийского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии», Москва, 16—19 октября 2002 г. — с. 433—434.

10. Валлуллина, С. А. Информационные технологии в системе управления качеством медицинской помощи детям в Республике Татарстан // С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина // Материалы VIII Конгресса педиатров России, Москва, 18—21 февраля 2003 г. — с. 53.

11. Валлуллина, С. А. Медико-социальные и этико-правовые аспекты стационарной помощи детям // С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина, Л. М. Абилямажнова // Материалы VIII Конгресса педиатров России, Москва 18—21 февраля 2003 г. — с. 54.

12. Основные тенденции состояния здоровья и медицинского обеспечения детского населения Республики Татарстан // С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина, Л. В. Туранова, Н. З. Алимова [и др.] // Информационный бюллетень по итогам 2003 года. — Казань, 2004. — 52 с.

13. Карлухин, Е. В. Стационарная помощь детям в Республике Татарстан // Е. В. Карлухин, С. А. Валлуллина, Л. А. Доронина // Детская больница. — М., 2003. — № 4 (14). — с. 15—19.

14. Валиуллина, С.А. Ресурсосберегающие технологии в стационарном секторе/ С.А. Валиуллина, Л.А. Доронина// Материалы IX Конгресса педиатров России, Москва 10—12 февраля 2004 г. — с. 84.
15. Каргукли, Е.У. Development of advanced types of medical care in a children's multi-field hospital and their influence on health indices among children/ E.У. Kargukli, L.M. Avilmagzhanova, L.A. Dogonina, S.A. Valiulina// 12th International conference on health promoting hospitals (НРН). Investing in health for future: positioning health promoting health care provision supporting effective implementation, May, 26—28, 2004, Moscow, Russian Federation. — p. 124
16. Доронина, Л.А. Основы рациональной антибактериальной терапии в педиатрической практике/Л.А. Доронина, Л.Ю. Кулагина // Методическое пособие для врачей. — Казань, 2002. — 44 с.
17. Карлухин, Е.В. Стационарная помощь детям в Республике Татарстан/ Е.В. Карлухин, С.А. Валиуллина, Л.А. Доронина // Общественное здоровье и здравоохранение. Казань, 2004. — №2. — с. 19—25.

Подписано в печать 12.02.2005. Формат 60x84 1/16.

Усл. печ. л. 1,40. Уч.-изд. л. 1,19. Тираж 100 экз.

Заказ № 002

Отпечатано ООО «Издательско-полиграфический центр Экспресс-плюс»
Казань, ул. Даурская 20