

А.А. Баранов^{1, 2}, Л.С. Намазова-Баранова^{1, 2, 3}, Е.А. Вишнёва¹

¹ Научный центр здоровья детей Минздрава России, Москва, Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Комплексный подход к оценке качества медицинской помощи в педиатрии

Контактная информация:

Вишнёва Елена Александровна, заместитель директора НИИ педиатрии по научной работе, заведующая отделом стандартизации и клинической фармакологии ФГБНУ «НЦЗД» Минздрава России, врач аллерголог-иммунолог отделения восстановительного лечения детей с аллергическими болезнями и заболеваниями органов дыхания НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, тел.: +7 (499) 134-03-92, e-mail: vishneva@nczd.ru

Статья поступила: 12.08.2015 г., принята к печати: 07.09.2015 г.

Статья посвящена оценке качества оказания медицинской помощи детям. В настоящее время улучшение данного параметра и повышение показателей здоровья населения — ключевая цель системы здравоохранения любой страны мира. Авторами изучены различные системы оценки качества оказываемой детям медицинской помощи, показаны их преимущества и недостатки. Представлен разработанный собственный комплексный алгоритм оценки качества медицинской помощи, охватывающий структурные, процессуальные и эффективные составляющие данного понятия, в соответствии со сложной моделью осуществления контроля одновременно на профессиональном и регулирующем уровне с учетом степени взаимодействия специалиста и пациента.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, дети, контроль качества медицинской помощи, комплексный алгоритм оценки, аудит, балльная система.

(Для цитирования: Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Вишнёва Е.А. Комплексный подход к оценке качества медицинской помощи в педиатрии. *Педиатрическая фармакология*. 2015; 12 (5): 517–523. doi: 10.15690/pf.v12i5.1451)

ВВЕДЕНИЕ

Научно-технический прогресс последних десятилетий вывел на новый уровень лечебные подходы ко многим ранее неизлечимым болезням, сделал доступным доклиническую диагностику некоторых заболеваний. Это жизненно важно для пациентов детской возрастной категории, ранняя инвалидизация которых при той или иной хронической патологии без адекватного оказания качественной медицинской помощи, а также социальной адаптации и психолого-педагогической коррекции кардинально меняет качество жизни как самого пациента, так и членов его семьи.

При этом уровень качества медицинской помощи — всей совокупности характеристик диагностического, лечебного, реабилитационного или профилактического процессов, направленных не только на удовлетворение потребностей граждан в эффективном предупреждении и лечении болезни, но и на повышение качества жизни и увеличение ее продолжительности, остается ключевой целью системы здравоохранения любой страны мира.

Изучение проблемы качества оказания медицинской помощи и определение ее критериев с учетом современных условий развития здравоохранения остается одной из ключевых стратегических задач [1–4].

А.А. Baranov^{1, 2}, L.S. Namazova-Baranova^{1, 2, 3}, E.A. Vishnyova¹

¹ Scientific Center of Children's Health of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation

² Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

³ Pirogov Russian National Medical Research University, Moscow, Russian Federation

Complex Approach to Evaluating Quality of Medical Care in Pediatrics

The article is dedicated to evaluating quality of medical care of children. Improvement of this parameter and public health indicators is the key goal of a healthcare system of any country at the moment. The authors analyzed different systems of evaluating quality of medical care of children and demonstrated their benefits and drawbacks. The article presents a complex algorithm of evaluating quality of medical care developed by the authors; it involves structural, procedural and effective components of this term and corresponds with a complex model of simultaneous control organization on the professional level as well as on the regulatory level with due regard to the degree of specialist/patient interaction.

Key words: quality of medical care, children, medical care quality control, complex evaluation algorithm, audit, point system.

(For citation: A.A. Baranov, L.S. Namazova-Baranova, E.A. Vishnyova. Complex Approach to Evaluating Quality of Medical Care in Pediatrics. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2015; 12 (5): 517–523. doi: 10.15690/pf.v12i5.1451)

ХАРАКТЕРИСТИКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

На сегодняшний день отсутствует единое мнение и относительно четкое определение перечня характеристик качественной медицинской помощи. Ранее авторами [5] выделялись 7 атрибутов качественной медицинской помощи — действенность, эффективность, продуктивность, оптимальность, приемлемость, законность, справедливость. Некоторые специалисты [6] к таким характеристикам относили лишь 4 параметра — адекватность (соответствие потребностям потребителей и производителей), технологичность (соответствие современному научно-техническому уровню), эффективность (соответствие фактически достигнутого результата запланированному), экономичность (соответствие результата затратам). Другими специалистами отмечались такие признаки, как профессиональная компетентность, доступность, межличностные взаимоотношения, непрерывность, безопасность, удобство, а также удовлетворенность, стабильность процесса и результата, совершенствование процесса и улучшение результата, обоснованность действий и технологий.

Ряд авторов в различных вариантах выделяют следующие параметры [1–4]:

1. Доступность — возможность получения необходимой медицинской помощи в максимально короткие сроки.
2. Своевременность — оказание медицинской помощи именно в то время, когда это необходимо пациенту.
3. Адекватность — соответствие современному научно-технологическому уровню.
4. Преемственность — координация медицинской помощи, оказываемой пациенту в разное время, разными специалистами и лечебными учреждениями.
5. Действенность — соответствие оказанной медицинской помощи тем задачам, которые были поставлены.
6. Эффективность — достижение запланированного результата.
7. Ориентированность на пациента — участие пациента и его близких в процессе принятия решений, относящихся к его здоровью, а также удовлетворенность медицинской помощью.
8. Безопасность — отсутствие нежелательного (вредного) воздействия на здоровье пациента.

Рабочая группа по обеспечению качества Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения рекомендует учитывать 4 основных характеристики качества медицинской помощи — доступность, безопасность, оптимальность и удовлетворенность.

В настоящих условиях улучшение качества медицинской помощи — одна из основных стратегических задач. Различие в подходах отдельных авторов к определению самого понятия качественной медицинской помощи (КМП), а также набора основных характеристик КМП несколько затрудняет координацию деятельности в этом направлении [7]. Имеющиеся подходы определяют 3 основные структурные составляющие КМП — качество структуры, качество технологии/процесса, качество результата. В практических условиях решение стратегической задачи и реализация программ повышения КМП заключается в обеспечении самого качества медицинской помощи при одновременном его контроле. При этом обеспечение качества достигается необходимым уровнем оказания медицинской помощи (ОМП), а контроль подразумевает разработку критериев и стандартов и дальнейший анализ, основанный на полученных результатах.

Классическим подходом к оценке КМП в соответствии с указанными составляющими, широко применяемым в практике здравоохранения, является исследование структуры, процесса и результата медицинской помощи

[8]. Несомненно, что возможности материально-технической базы и кадровый состав медицинской организации, характеризующие условия ОМП, всегда дают основания сделать однозначные выводы о качестве медицинской технологии. Анализ качества структуры должен предшествовать процессуальной оценке. При этом качество процесса обуславливает качество результата.

МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Неудовлетворительные результаты медицинской помощи служат основанием для более детального и тщательного изучения качества процесса.

Три основных направления контроля качества ОМП обусловлены разными моделями управления, осуществляемыми на разных уровнях. В зависимости от участия в данном процессе тех или иных групп населения выделяют:

- профессиональную модель — внутренний контроль качества: ключевую роль в данной модели в оценке качества осуществляет специалист, преимущественное внимание уделяют профессиональному уровню кадрового состава;
- потребительская модель: контроль качества проводится со стороны потребителя медицинских услуг — пациента;
- бюрократическая модель предусматривает исполнение функций контроля специальными организациями, назначаемыми регулирующими органами, или контроль осуществляется независимой от пациентов и специалистов организацией (внешний контроль качества).

АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, РАЗРАБОТАННЫЙ В НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

В ситуации осуществления контроля качества медицинской помощи, оказываемой пациентам детской возрастной категории, оптимальным является комплексный подход, в модели которого учитываются все 3 направления контроля на всех уровнях.

В целях контроля качества и выявления дефектов оказания медицинской помощи как структурного (персонального), организационно-технического, так и процессуального характера, а также степени достижения запланированного результата на самых разных этапах и уровнях специалистами Научного центра здоровья детей в 2014 г. был разработан алгоритм оценки качества ОМП, который включает несколько этапов:

- I. Аудит проведенных мероприятий на соответствующих этапах оказания медицинской помощи.
- II. Аудит организационно-технических возможностей медицинской организации (в соответствии с клиническими рекомендациями и порядком оказания медицинской помощи по профилю нозологии).
- III. Аудит дополнительных параметров качественного оказания медицинской помощи в рамках соответствующей нозологии.
- IV. Аудит дополнительных этапов оказания медицинской помощи по профилю нозологии.
- V. Анализ эффективности взаимодействия врача-специалиста и пациента/его родителей или законных представителей при оказании мероприятий медицинской помощи в рамках нозологии.

Критерии оказания медицинской помощи оценивают в баллах.

Количественную оценку качества оказания медицинской помощи рассчитывают следующим образом.

Для раздела I (табл. 1) подсчитывают баллы и формулируют соответствующее правильное утверждение:

- 11–14 баллов: мероприятия диагностического и лечебного этапов осуществлены по данной нозологии, согласно клиническим рекомендациям, своевременно, в полном объеме; достигнут запланированный результат;
- 6–10 баллов: мероприятия диагностического и лечебного этапов осуществлены по данной нозологии с дефектом, т.е. запланированный результат не достигнут;
- менее 6 баллов: мероприятия диагностического и лечебного этапов осуществлены некачественно.

При этом расшифровывают этапы, на которых не были соблюдены рекомендации по данной нозологии, согласно клиническим рекомендациям.

Для раздела II (табл. 2) также суммируют баллы и формулируют соответствующее правильное утверждение:

- 1,5–3,0 балла: мероприятия медицинской помощи осуществлялись в условиях, соответствующих порядку оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии;
- менее 1,5 баллов: мероприятия медицинской помощи осуществлялись в условиях, не соответствующих

порядку оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии.

При этом расшифровывают несоответствие либо по уровню материально-технической базы, либо условиям оказания, либо по неуккомплектованности профессионального кадрового состава.

Для раздела III (табл. 3) в соответствии с количеством баллов формулируют правильное утверждение:

- от 1,5–3,0 балла: мероприятия медицинской помощи осуществлялись с соблюдением рекомендаций по дальнейшему наблюдению, либо преемственность соблюдена частично, либо рекомендации по дальнейшему наблюдению отсутствуют при наличии добровольного информированного согласия, при полной информированности пациентов о мерах профилактики, лечения и патогенеза болезни;
- менее 1,5 баллов: при оказании медицинской помощи не соблюдена маршрутизация пациента, отсутствует добровольное согласие, пациенты или родители о мерах профилактики, лечения и патогенеза болезни не проинформированы.

Таблица 1. Алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи¹

I. Аудит проведенных мероприятий медицинской помощи по профилю нозологии (в соответствии с клиническими рекомендациями)

№	Этапы оказания медицинской помощи согласно протоколу	№	Критерии оказания медицинской помощи	Анализ соответствия протоколу	Кол-во баллов
1	Диагностика	1	Своевременность	Своевременно С минимальными отклонениями от рекомендуемых сроков Несвоевременно	+2 +1 0
		2	Объем проведенных мероприятий	Выполнен в полном объеме Выполнен частично Не выполнен/Выполнен с нарушениями	+2 +1 0
		3	Эффективность/Достижение результата	Основной диагноз верифицирован Основной диагноз установлен частично Основной диагноз не установлен	+2 +1 0
2	Терапия	1	Своевременность начала терапии (в соответствии с указанными сроками)	Своевременно С минимальными отклонениями от рекомендуемых сроков Несвоевременно	+2 +1 0
		2	Объем назначенного лечения (основной лекарственный препарат)	МНН по протоколу Минимальные отклонения от протокола Отклонения от протокола Отклонения от протокола, повлекшие нежелательные явления	+2 +1 0 -2
		3	Объем назначенного лечения (дополнительные лекарственные препараты)	МНН по протоколу Минимальные отклонения от протокола Отклонения от протокола Отклонения от протокола, повлекшие нежелательные явления	+2 +1 0 -2
		4а ²	Эффективность/Достижение результата (для острого состояния)	Купирование острого состояния/обострения Острое состояние не купировано	+2 0
		4б ³	Эффективность/Достижение результата (для хронического заболевания)	Достигнут контроль над болезнью Достигнут частичный контроль Неконтролируемое течение	+2 +1 0

Примечание. МНН — международное непатентованное название препарата.

¹ Для законченного единичного случая оказания медицинской помощи по основной нозологической форме (основному диагнозу). При наличии коморбидной/сочетанной патологии определение качества оказания медицинской помощи проводится по каждой нозологической форме отдельно.

² Оценка по данному критерию производится при нозологической форме, соответствующей острому состоянию.

³ Оценка по данному критерию производится при нозологии, соответствующей хроническому течению болезни (а также при обострении).

Таблица 2. Алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи

II. Аудит организационно-технических возможностей медицинской организации (в соответствии с клиническими рекомендациями и порядком оказания медицинской помощи по профилю нозологии)

№	Возможности для оказания медицинской помощи согласно протоколу	Критерий соответствия	Анализ соответствия протоколу	Кол-во баллов
1	Материально-инструментальная база	Укомплектованность	Полная Частичная: > 30, но < 60% Неукомплектованность: < 30%	+1 +0,5 0
2	Условия оказания	Соответствие	Полное Частичное: > 30, но < 60% Несоответствие: < 30%	+1 +0,5 0
3	Наличие специалистов соответствующего профиля	Укомплектованность	Полная Частичная: > 30, но < 60% Неукомплектованность: < 30%	+1 +0,5 0

Таблица 3. Алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи

III. Аудит дополнительных параметров качественного оказания медицинской помощи в рамках соответствующей нозологии

№	Дополнительные параметры	Критерий соответствия	Анализ соответствия протоколу	Кол-во баллов
1	Маршрутизация пациента/ Соблюдение преемственности	Диспансерное наблюдение	Направлен в соответствии с протоколом Частично даны рекомендации Не соблюдено	+1 +0,5 0
2	Согласие	Информированное согласие родителей или законных представителей/пациентов	Подписано информированное согласие на проведение диагностических, лечебных и иных мероприятий, включая экстренные вмешательства Согласие отсутствует/Не подписано	+1 0
3	Информированность о болезни, мероприятиях диагностики, терапии, реабилитации, профилактики и самоконтроля	Уровень знаний (образование) пациентов или родителей/законных представителей	Полная Частичная Отсутствует	+1 +0,5 0

Таблица 4. Алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи

IV. Аудит дополнительных этапов оказания медицинской помощи по профилю нозологии (в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии)

№	Этапы оказания медицинской помощи согласно протоколу	№	Критерии оказания медицинской помощи	Анализ соответствия протоколу	Кол-во баллов
1	Реабилитация (при наличии в клинических рекомендациях)	1	Своевременность	Своевременно С минимальными отклонениями от рекомендуемых сроков Несвоевременно	+1 +0,5 0
		2	Объем мероприятий	В полном объеме Частично по протоколу Отклонения от протокола	+1 +0,5 0
		3	Эффективность	Поддержание ремиссии/контроля над болезнью Отсутствие эффекта	+1 0
2	Профилактика обострения хронической патологии (при наличии в клинических рекомендациях)	1	Своевременность	Своевременно С минимальными отклонениями от рекомендуемых сроков Несвоевременно	+1 +0,5 0
		2	Объем мероприятий	В полном объеме Частично по протоколу Отклонения от протокола	+1 +0,5 0
		3	Эффективность/Достижение результата	Достигнут контроль/Поддержание ремиссии Отсутствие эффекта	+1 0

Для раздела IV (табл. 4) подсчитывают баллы и выбирают соответствующее правильное утверждение:

- 5–6 баллов: дополнительные этапы оказания медицинской помощи по профилю нозологии проведены в полном объеме в соответствии с клиническими рекомендациями, достигнут запланированный эффект;
- 3–4,5 балла: дополнительные этапы оказания медицинской помощи по профилю нозологии проведены не в полном объеме, запланированный эффект не достигнут;
- менее 2,5 баллов: дополнительные этапы оказания медицинской помощи проведены с отклонениями от протокола или не проводились.

Для раздела V (табл. 5) выбирают соответствующее правильное утверждение:

- А: достигнута абсолютная приверженность пациента или его родителей рекомендациям врача;
- Б: достигнута частичная приверженность пациента или его родителей рекомендациям врача;
- В: приверженность пациента или его родителей рекомендациям врача не достигнута.

Затем суммируют полученные баллы и формулируют заключение по следующему алгоритму (табл. 6):

$$\text{Результат} = (I + II + III) / IV / V.$$

Расшифровка суммы баллов (I + II + III):

- 15,5–20 баллов: качественное оказание медицинской помощи;
- 10–15 баллов: при оказании медицинской помощи допущены дефекты;
- меньше 9,5 баллов: некачественное оказание медицинской помощи.

ОБСУЖДЕНИЕ

Сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения государственного учреждения образования (Белорусская медицинская академия последи-

Таблица 5. Алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи

V. Анализ эффективности взаимодействия врача-специалиста и пациента / его родителей или законных представителей при оказании мероприятий медицинской помощи в рамках нозологии (в соответствии с клиническими рекомендациями)

Критерий	Анализ соответствия протоколу	Уровень приверженности
Приверженность рекомендациям (диагностическим, терапевтическим или иным, согласно протоколу)	Абсолютная Частичная: > 30, но < 60% Отсутствие: < 30%	А Б В

Таблица 6. Результаты оценки

Результат: (I + II + III) / IV / V		
I + II + III 15,5–20 баллов 10–15 баллов < 9,5 баллов	Качественное оказание медицинской помощи При оказании медицинской помощи допущены дефекты Некачественное оказание медицинской помощи	
Трактовка результатов		
I Посчитать баллы и сформулировать соответствующее правильное утверждение	11–14 баллов	Мероприятия диагностического и лечебного этапов осуществлены по данной нозологии (согласно клиническим рекомендациям): своевременно, в полном объеме, достигнут запланированный результат
	6–10 баллов	Мероприятия диагностического и лечебного этапов осуществлены по данной нозологии с дефектом: запланированный результат не достигнут
	< 6 баллов	Мероприятия диагностического и лечебного этапов по данной нозологии (согласно клиническим рекомендациям) осуществлены некачественно (расшифровать этапы, на которых не были соблюдены рекомендации)
II Посчитать баллы и сформулировать соответствующее правильное утверждение	1,5–3 балла	Мероприятия медицинской помощи осуществлялись в условиях, соответствующих порядку оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии
	< 1,5 баллов	Мероприятия медицинской помощи осуществлялись в условиях, не соответствующих порядку оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии (расшифровать несоответствие: по укомплектованности, материально-технической базе, условиям оказания либо по неуккомплектованности профессионального кадрового состава)
III Посчитать баллы и сформулировать соответствующее правильное утверждение	1,5–3 балла	Мероприятия медицинской помощи осуществлялись с соблюдением рекомендаций по дальнейшему наблюдению (либо преемственность соблюдена частично, либо рекомендации по дальнейшему наблюдению отсутствуют) при наличии добровольного информированного согласия, при полной информированности пациентов или родителей/законных представителей о мерах профилактики, лечения и патогенеза болезни
	< 1,5 баллов	При оказании медицинской помощи не соблюдена маршрутизация пациента, отсутствует добровольное информированное согласие: пациенты или родители/законные представители о мерах профилактики, лечения и патогенеза болезни не проинформированы
IV Выбрать соответствующее правильное утверждение	5–6 баллов	Дополнительные этапы оказания медицинской помощи по профилю нозологии проведены в полном объеме в соответствии с клиническими рекомендациями, достигнут запланированный эффект
	3–4,5 баллов	Дополнительные этапы оказания медицинской помощи по профилю нозологии проведены не в полном объеме и/или запланированный эффект не достигнут
	< 2,5 баллов	Дополнительные этапы оказания медицинской помощи проведены с отклонениями от протокола/Не проводились
V Выбрать соответствующее правильное утверждение	А	Достигнута абсолютная приверженность пациента/его родителей или законных представителей рекомендациям врача
	Б	Достигнута частичная приверженность пациента/его родителей или законных представителей рекомендациям врача
	В	Приверженность пациента/его родителей или законных представителей рекомендациям врача не достигнута

пломного образования) было организовано и проведено исследование, целью которого стало изучение мнения врачей-специалистов, работающих в организациях здравоохранения Республики Беларусь, о качестве оказа-

ния медицинской помощи населению. Рассмотрены два основных аспекта — структурные и процессуальные факторы, характеризующие качество медицинской помощи. Оценивали модели управления качеством в здравоохра-

Таблица 7. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи детям в соответствии с клиническими рекомендациями в условиях стационара/дневного стационара

1	Медицинская помощь оказана в условиях стационара / дневного стационара по соответствующему нозологии профилю (либо с участием в процессе оказания медицинской помощи специалиста соответствующего профиля), организационно-технические параметры которого соответствуют порядку оказания медицинской помощи по соответствующему профилю
2	Подписано информированное согласие (законным представителем, а также ребенком старше 14 лет) на проведение диагностических, лечебных и иных мероприятий, включая экстренные вмешательства, необходимые для достижения запланированного результата
3	Проведен совместный осмотр (консультация) с заведующим отделением не позднее вторых суток госпитализации (за исключением выходных и праздничных дней)
4	Предварительный диагноз установлен в течение первых суток на основании данных анамнеза, клинического обследования и полученных результатов инструментальных и лабораторных методов исследования
5	Установление (подтверждение, верификация) обоснованного клинического диагноза осуществлено дифференцировано в зависимости от нозологии: в течение первых суток — при острой патологии, от 0 до 96 ч — в случае обострения хронического процесса
6	Проведены консультации соответствующими врачами-специалистами при наличии медицинских показаний (сопутствующая патология, развитие осложнений)
7	Ведение лечащим врачом унифицированных форм учетно-отчетной медицинской документации, в том числе в электронном виде
8	При проведении медицинских (диагностических и/или лечебных) манипуляций, при необходимости и по показаниям, обеспечено адекватное обезболивание и/или анестезиологическое пособие
9	Выбор метода лечения произведен в течение не более 48 ч при условии отсутствия показаний для экстренной и неотложной помощи
10	Выбор метода лечения с учетом возраста, тяжести и стадии заболевания, наличия сопутствующих заболеваний и/или осложнений
11	Назначение лекарственной терапии осуществлено в соответствии с алгоритмами и схемами, предусмотренными клиническими рекомендациями, с учетом пола, возраста, тяжести заболевания и сопутствующей патологии, индивидуальной переносимости в необходимом для достижения запланированного эффекта объеме
12	Назначение по жизненным показаниям лекарственных препаратов вне инструкции, а также незарегистрированных на территории Российской Федерации и/или препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи, — по решению врачебной комиссии медицинской организации с записью решения врачебной комиссии медицинской организации в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии (и/или согласно рекомендациям федеральной медицинской организации), с разрешения утвержденного локального независимого этического комитета (при наличии)
13	Выполнение в полном объеме диагностических мероприятий, имеющих частоту предоставления 1,0 (в случае невыполнения — объективное обоснование причины/причин; указание индивидуальных противопоказаний). Выполнение в полном объеме профилактических, лечебных, реабилитационных или иных медицинских услуг, имеющих частоту предоставления 1,0 (в случае невыполнения — объективное обоснование причины/причин; указание индивидуальных противопоказаний)
14	Назначение лекарственных препаратов (и/или групп лекарственных препаратов по анатомо-терапевтическо-химической классификации), имеющих частоту предоставления 1,0 (в случае невыполнения — объективное обоснование причины/причин; указание индивидуальных противопоказаний). Назначение диетического питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания с частотой предоставления 1,0 (в случае невыполнения — объективное обоснование причины/причин; указание индивидуальных противопоказаний)
15	Проведены профилактические мероприятия, направленные на предупреждение осложнений, возникших в процессе диагностики и лечения
16	В случае возникновения осложнений проведены их своевременная диагностика и купирование
17	В случае затруднения/верификации обоснованного клинического диагноза и/или выбора метода лечения в течение указанных сроков — проведение очного либо телемедицинского консилиума с целью принятия решения о дальнейшем ведении пациента (в течение 24–48 ч)
18	При выявлении у пациента показаний для лечения у специалиста другого профиля ребенок переведен в соответствующее профильное отделение (в течение 24 ч)
19	Пациент переведен либо направлен в медицинскую организацию более высокого уровня, в том числе федерального, для оказания медицинской помощи в следующих случаях: для установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания; при отсутствии эффекта от проводимой терапии и/или повторных курсов лечения; отсутствии возможности выполнения других эффективных комплексных методов диагностики и/или лечения, в том числе хирургических, при необходимости их использования у конкретного пациента, обусловленной как основной, так и сопутствующей патологией и/или возникшими осложнениями (в течение 96 ч)
20	Достижение запланированного результата (при недостаточном эффекте — объективное обоснование)
21	Наличие рекомендаций по дальнейшему ведению/профилактике обострений/контролю заболевания/реабилитации по показаниям в выписке из истории болезни больного, выданной родителям (законным представителям) ребенка

нении — профессиональную, бюрократическую и индустриальную; изучали мнение врачей о причинах, стимулирующих повышение качества оказания медицинской помощи пациентам [9].

Недостатком такого подхода к оценке является то, что он не отражает весь спектр взаимодействия медицинских работников и пациентов, преобладает оценка структурных факторов.

Известен способ оценки качества кардиохирургического лечения, согласно которому проводят полный мониторно-компьютерный контроль до этапа лечения. Выполняют индивидуализацию математической модели на основе полученных данных. Выделяют на основе этой модели наиболее слабое звено. Выполняют мониторно-компьютерный контроль после этапа лечения. По отношению показателей тяжести наиболее слабого звена, определяющего патологический процесс, до и после этапа лечения, определяемого по формуле, делают количественную оценку качества этого лечения: чем больше величина отношения, тем выше качество лечения. Способ достаточно объективен, но не ставит целью оценку и комплексный контроль качества оказания медицинской помощи [10].

Известен способ оценки качества лечения больных в отделениях терапевтического профиля: анкетирование пациентов включает некоторые общие и даже субъективные вопросы [11]. Хотя способ и позволяет оценить качество лечения в отделениях терапевтического стационара, но его недостаток заключается в отсутствии комплексного подхода к анализу качества оказанных медицинских услуг.

Также был разработан метод оценки потенциальных возможностей медицинской организации по оказанию тех или иных видов медицинской помощи и сопутствующих услуг [12]. Метод основан на универсальной совокупности показателей на момент оценки, включающей исчерпывающую информацию: перечень простых и комплексных услуг, нозологии, оборудование (организационно-технические возможности), методы лечения, структуру и состав персонала, способы и условия работы и др. Такая оценка, несомненно, определяет потенциал медицинской организации, однако некоторые характеристики качественной медицинской помощи остаются неохваченными.

Всемирная организация здравоохранения разработала универсальный инструмент оценки качества оказания стационарной помощи детям, который позволяет

получить объективную характеристику лечебного учреждения. В данном инструменте учитываются не только правильная диагностика и лечение пациентов, но и условия их пребывания, своевременность оказания неотложной медицинской помощи, а также такие факторы как обоснованная госпитализация, полипрагмазия, необоснованное причинение боли ребенку и др. важные аспекты. Однако, сложность заключается в том, что для заполнения указанного инструмента необходимо около 36 часов рабочего времени. В то же время полученные данные позволяют выявить так называемые «сильные» и «слабые» стороны учреждения и дать рекомендации по улучшению оказываемой медицинской помощи [13].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К сожалению, в настоящее время не все пациенты детского возраста получают адекватную терапию, соответствующие современным подходам схемы лечения, многие страдают от полипрагмазии и излишнего медицинского вмешательства. Давно назревшая проблема выбора правильного варианта лечения для клинициста, отличающаяся неопределенностью в отношении достоинств и недостатков тех или иных методов, обусловила актуальность и необходимость создания доказательно обоснованных клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи детям. Перечисленные факторы обусловили активную работу специалистов Союза педиатров России по созданию клинических рекомендаций по самым разным нозологическим формам, как редким, так и широко распространенным, встречающимся в детском возрасте.

В соответствии с клиническими рекомендациями проведена разработка критериев оценки оказания медицинской помощи в педиатрии (табл. 7).

Повышение качества медицинской помощи детям — главная цель внедрения согласованных современных клинических рекомендаций, основанных на доказательной базе. Разработанный алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи реализует комплексный подход к проблеме, дает объективную оценку качества ОМП и может быть использован для контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2006. 60 с.
2. Сковорода В.И., Трифонова Н.Ю., Алексеева Г.С. Обоснованность внедрения инноваций в современных условиях реструктуризации городской клинической больницы. Москва: Сам Полиграфист. 2013. 100 с.
3. Стародубов В.И., Щепин О.П., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. Москва: Медицина. 2001. 784 с.
4. Шильникова НФ, Ходакова ОВ. Социально-психологические аспекты управления муниципальным лечебным учреждением в условиях реформирования отрасли. Проблемы управления здравоохранением. 2004;19(6):42–45.
5. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1990;64:1114–1118.
6. Vuori H.V. Quality assurance of health services. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*. 1982. (Public Health in Europe, № 16)

7. Князюк Н.Ф. Научно-методические основы повышения эффективности управления медицинскими организациями в современных условиях. Автореф. дис. докт. мед. наук. Новосибирск. 2014. 46 с.
8. Donabedian A. Models of quality assurance. Leonard S. Rosenfeld Memorial Lecture. *School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill*. 1993. 95 с.
9. Демидчик ЮЕ, Калинина ТВ, Щавелева МВ, Мороз ИН, Станкевич СИ, Шваб ЛВ. Оценка врачами качества оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2010;4:58–63.
10. Бокерия Л.А., Лишук В.А., Газизова Д.Ш. Способ оценки качества кардиохирургического лечения. Патент РФ № 2138048 от 28.07.97.
11. Жидких Б.Д., Кожухов М.А., Шевченко С.М., Ширяев О.Ю. Способ оценки качества лечения больных в отделениях терапевтического профиля. Патент РФ № 2342073 от 27.12.2008.
12. Жеребцов АВ, Луженков АО, Неделин ДН, Харитонов ЮС. Об оценке потребительских свойств медицинских организаций. *Менеджер здравоохранения*. 2011;3:54–58.
13. <http://www.who.int/>