

И.Г. Самойлова

## Оптимизация системы внутреннего контроля качества медицинской помощи детям, нуждающимся в реабилитации после нейроинфекций

Детский научно-клинический центр инфекционных болезней  
Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург

**Резюме.** Представлены результаты внедрения трехуровневой системы внутреннего контроля качества медицинской помощи детям, нуждающимся в реабилитации после нейроинфекций. В 2015 г. в клинике Детского научно-клинического центра инфекционных болезней была разработана система трехуровневого внутреннего контроля. Важность внедрения нового подхода определялась тяжестью пациентов данной клиники. Тяжесть состояния детей обусловлена последствиями нейроинфекций. Кроме того, качество медицинской помощи – важнейший элемент совершенствования системы здравоохранения в современных условиях. После введения данной системы количество проведенных экспертиз на первом уровне (заведующие клиническими отделениями) возросло, на втором уровне (заместитель главного врача по лечебной работе и качеству медицинской помощи) – снизилось. Количество выявленных дефектов увеличилось, однако коэффициент качества медицинской помощи оказался довольно высоким и попал в группу «несущественные отклонения». Основные дефекты – дефекты заполнения медицинской документации и избыточность назначения лабораторных и инструментальных исследований. Лидирующую позицию в структуре дефектов занимают дефекты заполнения медицинской документации с удельным весом 32,4%. С введением новой системы контроля качества средняя длительность пребывания пациента в отделении реабилитации приблизилась к должной, прописанной в медико-экономических стандартах. Выявлен довольно большой процент диагностических исследований, не входящих в медико-экономические стандарты, то есть дополнительные. Данный факт указывает на необходимость пересмотра медико-экономических стандартов в сторону расширения с учетом потребности. Третий уровень системы внутреннего контроля призван оценить проведенные корректирующие мероприятия по результатам проверок на первых двух уровнях. В целом трехуровневая система безусловно улучшила качество медицинской помощи.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, качество медицинской помощи детям, реабилитация детей, внутренний контроль качества медицинской помощи, медико-экономические стандарты, нейроинфекции, экспертиза качества медицинской помощи

**Введение.** В современных условиях динамически развивается медицинская реабилитация. В условиях развития и разработки клинических аспектов медицинского этапа реабилитации важно соблюдать синхронность в параллельном развитии качества медицинской помощи. Нельзя забывать тот факт, что стратегически важным элементом развития системы здравоохранения является обеспечение качества и доступности оказания медицинской помощи населению [3].

Качественная медицинская помощь детскому населению тесно коррелирует с рядом демографических показателей [2]. Дети представляют собой экономический и социальный потенциал страны, поэтому важно разрабатывать практические аспекты качественной медицинской помощи детям.

Этап медицинской реабилитации приобретает особое значение для детей, перенесших нейроинфекции. Это определяется высокой степенью инвалидизации таких детей, а также тем фактом, что некоторые дети достигают клинического выздоровления, при

этом полного восстановления функций организма не достигается [1].

**Цель исследования.** Проанализировать трехуровневую систему внутреннего контроля качества медицинской помощи детям, перенесшим нейроинфекции.

**Материалы и методы.** В ходе исследования оценивалась нормативно-правовая база созданной в Детском научно-клиническом центре инфекционных болезней системы контроля качества оказания медицинской помощи. С 2015 г. в клинике Детского научно-клинического центра инфекционных болезней (КДНКЦИБ) функционирует разработанная трехуровневая система внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи. Первый уровень осуществляется заведующими клиническими отделениями, второй уровень – заместителем главного врача по лечебной работе и качеству медицинской помощи, а третий уровень представлен врачебной комиссией института.

**Результаты и их обсуждение.** Количество экспертиз в период с 2015 по 2016 г. на первом уровне, на котором контролируются основные организационные и клинические вопросы, увеличилось с 684 до 822, т. е. темп прироста составил 20,2%. На втором уровне напротив количество экспертиз снизилось с 650 до 500 случаев, а, следовательно, убыль составила 23,1%. При этом процент выявленных дефектов возрос, указывая на более тщательную экспертизу. В том числе дефекты выявлялись в части избыточного назначения лабораторных и инструментальных исследований, а также ведения медицинской документации. Таким образом, процентный прирост дефектов составил +48,4% (с 9,7 до 14,4%). В абсолютных величинах прирост составил +14,3% с 63 до 72 дефектов за исследуемый год. Через год оцененный коэффициент качества медицинской помощи в отделении реабилитации составил 0,91. Данный коэффициент устанавливается в соответствии с ориентировочной оценочной шкалой и должен стремиться к 1. Соответственно, в КДНКЦИБ имеются «несущественные отклонения».

Выявлено, что треть всех выявленных дефектов приходится на дефекты ведения медицинской документации (32,4%), четверть дефектов пришлись на нарушение преемственности при выписке из стационара (24,8%), 18% – на избыточность лабораторных исследований, 10% – на избыток количества консультаций и оставшиеся 14,8% пришлись на прочие нарушения.

В целях контроля качества медицинской помощи в отделении реабилитации выполнена экспертиза четырех медико-экономических стандартов (МЭС) по реабилитации. Объем экспертиз по МЭС «РЕАБ Состояние и последствия травм и заболеваний ЦНС с применением роботизированной механотерапии» и «РЕАБ Состояние и последствия травм и заболеваний периферической нервной системы» возросли в 46 и 62,4 раза соответственно. А остальные два МЭС («РЕАБ Состояние и последствия травм и заболеваний ЦНС с выраженными речевыми нарушениями» и «РЕАБ Состояние и последствия травм и заболеваний периферической нервной системы с применением роботизированной механотерапии») вошли в систему обязательного медицинского страхования в 2016 г.

Установлено, что средняя длительность пребывания больного в стационаре в 2016 г. практически приблизилась к сроку, установленному МЭС. Если в 2013 г. средняя длительность лечения от норматива МЭС «РЕАБ Состояние и последствия травм и заболеваний ЦНС с применением роботизированной механотерапии» составляла 72,3%, то в 2016 г. она составляла уже 87,1%. Аналогичная ситуация наблюдается и со средней длительностью лечения по МЭС «РЕАБ Состояние и последствия травм и заболеваний периферической нервной системы». Так, в 2013 г. средняя длительность лечения составляла 56% от

МЭС, то в 2016 г. уже 88,7%. По МЭС «РЕАБ Состояние и последствия травм и заболеваний ЦНС с выраженными речевыми нарушениями» и «РЕАБ Состояние и последствия травм и заболеваний периферической нервной системы с применением роботизированной механотерапии» средняя длительность лечения соответствовала стандарту в 94,3% и в 85,7% случаев соответственно.

Практически по всем МЭС наблюдается сниженный объем выполненных лабораторных исследований (вплоть до 40%), за исключением МЭС «РЕАБ Состояние и последствия травм и заболеваний ЦНС с выраженными речевыми нарушениями» при экспертизе которого объем лабораторных исследований, напротив, был превышен на 21%.

Средний объем лабораторных исследований, не входящих в МЭС, охватывает 16,5% пациентов, проходящих реабилитацию в КДНКЦИБ. Средний объем инструментальных исследований составил 16%, консультативных услуг – 12,4%, а немедикаментозной терапии – 14,2%.

Показано, что количество услуг по лабораторной диагностике, не вошедших в МЭС, составило 53,4% от количества услуг этого вида, предусмотренных МЭС, инструментальные услуги составили 50,2%, консультативные услуги – 19,3%, услуги по немедикаментозной терапии – 60,4%.

Довольно большое отклонение количества услуг от МЭС говорит о том, что необходимо пересматривать стандарты с учетом реально потребного количества диагностических исследований.

Задачей третьего уровня системы внутреннего контроля качества медицинской помощи является контроль проведенных корректирующих мероприятий, которые докладываются не реже 1 раза в квартал на врачебной комиссии. Так, в 2016 г. было проведено 50 заседаний врачебной комиссии по вопросам клинико-экспертной работы, направленных на улучшение качества медицинской помощи, 184 заседаний по экспертизе временной нетрудоспособности, 3 клинико-анатомических конференции, посвященные анализу летальных случаев, оформлено 1147 протоколов подкомиссии по госпитализации пациентов для оказания специализированной медицинской помощи.

**Заключение.** Трехуровневая система внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи внесла преемственность в систему контроля. В свою очередь, повысилась и точность контроля. Данная система позволила приблизиться к нормативам МЭС.

Выявлена необходимость корректировки МЭС в связи с недостаточным количеством лабораторных и инструментальных исследований.

#### Литература

1. Анфиногенова, О.Б. Инновационные подходы к лечению детей и подростков (медицинская реабилитация) / О.Б. Анфиногенова, А.А. Ачкасова, Б.И. Давыдов // Медицина в Кузбассе. – № 3. – 2008. – С. 30–33.

2. Трпель, В.Г. О контроле качества медицинской помощи детям первого года жизни при хирургических заболеваниях / В.Г. Трпель, М.А. Шишов // Вестн. Росздравнадзора. – 2011. – № 3. – С. 24–27.
3. Шаповаленко, Т.В. Новые подходы к организации ранней реабилитации пациентов после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей / Т.В. Шаповаленко, Л.В. Кочорова, К.В. Лядов // Вестн. восстановит. мед. – 2011. – № 3. – С. 38–41.

---

I.G. Samoylova

### **Optimization of internal quality control system of health care for children needing rehabilitation after neuroinfections**

***Abstract.** The results of the implementation of a three-tier system of internal quality control of medical care for children in need of rehabilitation after neuroinfections are presented. In 2015, a three-tier internal control system was developed at the clinic of the Children's Research and Clinical Center for Infectious Diseases. The importance of introducing a new approach was determined by the severity of the patients at this clinic. The severity of the condition of children is due to the effects of neuroinfections. In addition, the quality of medical care is an essential element of improving the health care system in modern conditions. After the introduction of this system, the number of examinations carried out at the first level (heads of clinical departments) increased, at the second level (deputy chief physician for medical work and quality of medical care) decreased. The number of detected defects increased, but the quality factor of medical care turned out to be quite high and fell into the group of «insignificant deviations». The main defects are defects in filling in medical documentation and redundancy in laboratory and instrumental research. The leading position in the structure of defects is occupied by defects in filling in medical documentation with a specific weight of 32,4%. With the introduction of a new quality control system, the average length of stay of a patient in the rehabilitation department came close to the one prescribed in medical and economic standards. Revealed quite a large percentage of diagnostic studies that are not included in the medical and economic standards, that is, additional. This fact indicates the need to revise the medical and economic standards in the direction of expansion, taking into account the need. The third level of the internal control system is designed to assess the corrective actions taken as a result of audits at the first two levels of the internal control system. In general, the three-tier system has certainly improved the quality of care.*

***Key words:** medical rehabilitation, quality of medical care for children, rehabilitation of children, internal control of the quality of medical care, medical and economic standards, neuroinfection, examination of the quality of medical care*

Контактный телефон: 8-812-234-12-67; e-mail: klinika@niidi.ru