

## НОВЫЙ СТАНДАРТ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

A.V. Bogomolova

### A NEW STANDARD OF QUALITY SERVICE IN CHILDREN'S CLINICS

В современном обществе большое внимание уделяется вопросу улучшения качества медицинского обслуживания, т.к. это напрямую отражается на качестве жизни людей и ее продолжительности. Что же представляет собой понятие «качество медицинской помощи»? В ст. 2 Закона № 323-ФЗ качество медицинской помощи определяется как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Контроль качества представляет собой систему мер оперативного характера, которые позволяют оценивать уровень выполнения основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль качества медицинской помощи основан на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами ведения пациентов. Главным механизмом в определении соответствия медицинской помощи принятым стандартам является экспертиза.

Вопрос улучшения качества медицинской помощи неотъемлемо связан с уровнем жизни в России, а за 2015 год он в ней существенно снизился. Зафиксировано падение доходов трудоспособного населения; по данным официальной статистики: в реальном выражении – на 9%, а пенсий – на 4%. За чертой бедности оказались 21,7 млн граждан.

У многих граждан, в том числе и детей, выявлены хронические заболевания, которые требуют пристального медицинского наблюдения и улучшения качества медицинского обслуживания. Более 20 млн взрослых россиян прошли

диспансеризацию в 2015 году. По предварительным данным, почти 10 млн из них имеют хронические заболевания, а практически здоровым признан каждый третий. Для населения России характерны определенные закономерности формирования патологии, связанные с санитарно-эпидемиологическим состоянием территорий, экологией, медико-географическими особенностями регионов, основными возрастными биологическими процессами.

Для детского населения характерны инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания, болезни нервной системы и органов чувств. У подростков, наряду с инфекционными и паразитарными заболеваниями и болезнями органов дыхания, болезнями нервной системы и органов чувств, в число ведущих начинают выходить травмы и отравления. По данным статистики НИИ педиатрии, 14% детей практически здоровы; 50% детей имеют отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата; 35%–40% детей страдают хроническими заболеваниями. Проблемы физического здоровья важны и актуальны в любом возрасте, поэтому каждое учебное заведение первоочередной задачей ставит воспитание физически здорового ребенка.

Благодаря постоянной работе в сфере улучшения качества медицинского обслуживания младенческая, материнская и детская смертность в России существенно снизилась по итогам 2015 года. Младенческая смертность за 2015 год снизилась на 12,2% (если в 2014 году было 7,4 смертных случаев на тысячу родившихся живыми, то по результатам за 12 месяцев 2015 года – уже 6,5). Половина регионов нашей страны имеет меньшую младенческую по сравнению с лучшими международными стандартами. Материнская смертность по показателям за прошлый год снизилась на 11%, а детская – в три раза.

<sup>1</sup> Студентка АНО ВО «Российский новый университет».

Однако по продолжительности жизни населения в России показатели отличаются не в лучшую сторону. По продолжительности жизни Россия занимает 113 место в мире: средняя продолжительность жизни – 69,8 лет (мужчины – 64 года, женщины – 75,6 лет). Из статистических данных мы видим, что рост численности населения в год составляет 0,09%, что соответствует – 128970 человек. Таким образом, Россия по росту численности населения в год занимает 175 место в мире, при площади РФ, занимающей первое место в мире ( 17 075 400 кв. км), плотность населения находится на 180 месте в мире ( 8,39 чел./ кв.км). Поэтому вопрос рождаемости и увеличения прироста населения крайне важен для нашей страны. Из закономерной тенденции к снижению прироста населения видно, как уменьшится население в будущем. В 2016 г. население РФ составит 143 300 000 чел. (9 место в мире), к 2020 году – 142 015 511 чел., к 2030 году – 140 742 535 чел., к 2050 году – 138 230 713 чел., к 2075 году – 135 153 882 чел., к 2100 году – 132 145 536 чел.

Рассмотрим основные критерии качества медицинской помощи. В ст. 87 Закона № 323-ФЗ контроль качества и безопасности медицинской деятельности включает в себя: соблюдение требований к медицинской деятельности, установленных законодательством РФ; определение показателей качества деятельности медицинских организаций; соблюдение объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством РФ об ОМС; создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг; создание информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в т.ч. персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности. Все критерии оценки качества медицинской помощи разбиты на две группы: применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и применяемые при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

Региональное бюро ВОЗ для Европы предложило следующие критерии оценки качества медицинской помощи. Эффективность – соотношение между фактическим действием службы и максимальным воздействием, которое эта служба или программа может оказать в идеальных условиях. Экономичность – соотношение между фактическим воздействием службы или

программы и ее стоимостью. Адекватность – соответствие фактического обслуживания его целям и методам реализации. Научно-технический уровень – применение имеющихся медицинских знаний и техники при оказании медицинской помощи.

В условиях переходного периода рекомендуется использовать и дополнительные компоненты качества. К ним относятся: своевременность – соотношение между временем получения адекватной помощи от момента возникновения потребности и минимальным временем, которое понадобилось бы службе здравоохранения для оказания такой помощи в идеальных условиях; доступность – соотношение между числом пациентов, своевременно получающих адекватную помощь, и общим числом нуждающихся; достаточность – минимальный набор лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для оказания адекватного объема медицинской помощи и наибольшей ее эффективности; репрезентативность критериев качества – соотношение реально полученных величин принимаемых к анализу показателей с некой идеально точной величиной, наиболее полно отражающей свойства изучаемого объекта.

Положительное влияние на улучшение качества медицинской помощи в России оказал зарубежный опыт по улучшению ее качества. На основании данных многочисленных исследований, как иностранные, так и отечественные исследователи пришли к единому выводу, заключающемуся в том, что основными причинами дефектов медицинской помощи являются не столько уровень квалификации медицинского персонала и другие технические проблемы, сколько неудовлетворительная организация дела. Вместе с тем, несмотря на высокий научный интерес к проблеме качества медицинской помощи, ее практическая реализация оказывается сопряженной с весьма серьезными трудностями, связанными с наличием объективных сложностей в разработке точных критериев для оценки медицинской деятельности и недостатком денежных средств, направляемых на ее финансирование.

Современные альтернативные подходы к управлению качеством медицинской помощи разрабатываются на основе маркетинговой теории, главной идеей которой является соблюдение приоритета интересов потребителей. Согласно Декларации о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе, одним из основополагающих прав пациентов в области охраны здоровья является право на качествен-

ную медицинскую помощь, отвечающую как высоким технологическим стандартам, так и принципам человечности в отношениях между пациентом и производителями медицинских услуг. Опыт экономически развитых стран по управлению качеством медицинской помощи при непосредственном вовлечении медицинских работников в процесс решения проблем качества нашел применение в российском здравоохранении. При поддержке специалистов Агентства США по международному развитию сотрудниками ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ в Тверской и Тульской областях внедрен современный подход к улучшению качества на основе цикла Шухара – ПИАВ: планирование, выдвижение гипотезы улучшения; испытание, проведение улучшения; анализ изучения результатов улучшения; внесение изменений в практику работы. В результате использования современных технологий управления качеством медицинской помощи удалось добиться сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре (в среднем на 40%), уменьшить количество осложнений и стоимость лечения (в среднем на 10–20%).

По улучшению качества медицинского обслуживания в поликлиниках была разработана специальная программа «Столичное здравоохранение». Основными принципами данной программы являются: снижение очередей, доступность медицинской помощи, комфорт для посетителей, обратная связь, опросы населения после посещения поликлиник. Также был проведен специальный краудсорсинг-проект «Детские поликлиники». В проекте приняли участие 12 555 человек, из них: 80% женщины, 20% – мужчины. Средний возраст опрошиваемых составил 39 лет. Самыми активными районами Москвы оказались: Южное Бутово, Марьино, Чертаново Южное. Из опроса граждан о способе записи к врачу были получены следующие ответы: 8% – через регистратуру, 2% – call-центр, 39% – портал государственных услуг, 8% – через информационный киоск, 33% – ЕМИАС, 1% – не записывались, 9% – иное.

Были рассмотрены предложения по следующим направлениям: комфортность пребывания, информационная открытость, доступность и качество услуг, работа участкового врача, обратная связь от родителей. Были выявлены наиболее частые причины нежелания посещать детскую поликлинику детьми: болезненные процедуры, боязнь врачей, негативная обстановка в поликлинике, нежелание отвлекаться от своих дел, негативный образ поликлиники, внушенный ро-

дителями. Были определены способы, которыми родители могут убедить ребенка посещать детскую поликлинику: награда за посещение врача – игрушка; нарисовать открытку врачу – способ сформировать доверие у ребенка. Сами родители должны внушать ребенку спокойствие и доверие к врачам; смотреть с ребенком мультфильмы про врачей; объяснять ребенку необходимость посещения врача. Наиболее популярны у детей оказались врачи: участковый педиатр, физиотерапевт, врач ЛФК, аллерголог-иммунолог, стоматолог. По улучшению сбора информации были одобрены такие способы: через портал «Наш город»; опросы после посещения (по электронной почте, на портале государственных услуг, на сайте Департамента здравоохранения г. Москвы, в ЕМИАС, через SMS-сообщение, через обратный звонок из call-центра); почтовый ящик в холле поликлиники для сбора обратной связи; централизованный телефон доверия; жалобные книги. Для улучшения информированности граждан о работе кабинетов «Здоровое детство», «Здоровый ребенок», «Дежурный врач» были отобраны следующие предложения граждан: помещать информацию на входе в поликлинику, возле регистратуры; возле информационных киосков, в фойе поликлиники, возле гардероба; рядом с кабинетом врача-педиатра, в родильных домах, женских консультациях; на городских баннерах, в районных газетах.

При опросе родители предлагали переименовать кабинет «Здоровое детство» в кабинет «Детской документации», «Справки и документы», «Документы о здоровье», «Выписки, справки, направления»; а кабинет «Здоровый ребенок» переименовать в кабинет «Школа родителей», «Школа здоровья», «Консультации и профилактика», «Будь здоров!», «Я родился», «Уход и здоровье».

По вопросу комфортности пребывания было одобрено следующее: сделать отдельное место для кормления грудничков; сделать удобную навигацию для поликлиник; организовать в холле место для досуга детей (столики для рисования, альбомы, карандаши); оформить все помещение поликлиники яркими картинками; установить достаточное количество пеленальных столов.

Для улучшения информационной открытости были отобраны следующие идеи: разместить таблички с ФИО врача, ведущего прием возле кабинета; при записи через ЕМИАС сделать доступной информацию о грудничковых днях и диспансеризации школьников; разместить расписание работы специалистов в головной поликлинике и в филиалах; организовать рассылку по

электронной почте информации о мероприятиях (вакцинация, изменения в работе поликлиники и т.д.); при первом визите патронажной медсестры выдавать стандартный информационный пакет: адрес поликлиники, ФИО педиатра (участкового), телефоны для справок, вызова врача, для записи на прием, график работы кабинетов «Здоровое детство», «Здоровый ребенок», дежурного врача; создать календарь прививок в ЕМИАС.

Для улучшения качества и доступности услуг одобрены следующие идеи: сделать возможным получение некоторых медицинских документов, не приводя ребенка в поликлинику; организовать в поликлиниках call-центр с многоканальным номером для вызова врача на дом или записи на прием; сократить этапы процедуры получения направлений на молочную кухню, либо продлить срок действия рецептов; организовать в системе ЕМИАС возможность выбора записи (дежурный врач, кабинет «Здоровое детство», педиатр) с учетом цели визита; сделать возможным запись на прием к врачу одновременно в системе ЕМИАС двух и более детей в ближайшем временном диапазоне; организовать горячую линию для консультации молодых родителей ребенка первого года жизни.

Предложены мероприятия по улучшению работы участкового врача: вносить результаты проведенных исследований в электронную медицинскую карту; выдавать краткую памятку о рекомендациях и действиях родителей после проведенной вакцинации; при патронаже на дому выдавать обучающие брошюры для родителей с общими рекомендациями по кормлению, купанию, уходу за ребенком и др.; создать электронные рецепты на молочную кухню; дежурные выездные бригады для осмотра на дому пациентов старше 7 лет.

По данным статистического учета, в данном проекте было отработано 34 259 человека-часа, 10 445 – подано идей, 14 936 – оставлено комментариев, 15 237 – выставлено оценок.

По итогам проекта «Московская поликлиника» был разработан план мероприятий на 2015 год: прием заявлений на прикрепление к ЛПУ в электронном виде с возможностью отслеживать его состояние; разработка приложения ЕМИАС для смартфонов и планшетов; возможность (пере)записи через ЕМИАС/по телефону с возможностью просмотра свободных талонов у врачей еще до отмены записи; создание мобильного приложения «Моя поликлиника»; создание сестринского поста для выдачи рецептов, справок, больничных листов и результатов анализов, а также – информирование пациентов о работе

поста; реализация возможности отказаться от записи на прием через SMS, отправив короткое сообщение на специальный номер; просмотр через каналы самозаписи (инфомат, портал госуслуг) приемных часов врача, а также свободных интервалов для записи; создание системы информирования о времени приема, отпуске, болезни врача через ЕМИАС; организация врачей-терапевтов по оказанию медицинской помощи на дому; разработка стандарта работы регистратуры; введение электронных рецептов, отработка системы «врач – аптека» для передачи рецептов. В план на 2016–2018 годы вошло четыре содержательных блока: внедрение стандарта раскрытия информации о деятельности поликлиник; введение единого стандарта качества обслуживания; внедрение единого стандарта комфорта в поликлиниках; развитие электронных сервисов ЕМИАС; создание сервисов для отправки результатов анализов по электронной почте.

В рамках внедрения московского стандарта качества в поликлиниках реализуются следующие мероприятия: оптимизация работы регистратуры, создание отдельного хранилища медицинских карт. В результате – уменьшается число потерь карт, сокращаются очереди в регистратуру. Создание специализированных врачебных бригад для выезда на дом к пациенту. Освобождение участковых врачей от выездов на дом позволяет увеличить время приема пациентов в поликлинике с четырех до восьми часов в день. Оснащение выездных бригад автотранспортом сокращает длительность обработки одного вызова на дом в среднем с 30 до 17 минут по сравнению с обходом участка. При этом время осмотра пациента не уменьшается и в обоих случаях составляет в среднем 12 минут; внедрение системы приёма пациентов средним медицинским персоналом (без участия врача) на так называемом сестринском посту для выписки медицинских документов (повторные рецепты хроническим больным в ситуации, не требующей коррекции лечения, различные справки, санаторно-курортные карты, направления на МСЭ), измерения артериального давления и других процедур, не требующих участия врача. Такие посещения составляют до 50% всех приемов пациентов, и их выполнение на сестринских постах значительно снижает нагрузку на врачей и позволяет им заниматься непосредственно лечением. Создание комфортных холлов и зон ожидания, оснащенных мягкой мебелью, кулерами с водой и т.п.

В результате активной разработки новых идей и воплощения их на практике были выявлены положительные изменения в системе

качества оказания медицинских услуг детскому населению. В детских больницах, роддомах и поликлиниках установлено свыше 15,5 тысяч единиц современного оборудования; были возвращены дополнительные койки в отделениях реанимации новорождённых; проведен ремонт пяти роддомов, в результате они стали современными акушерскими стационарами. Планируется создать единую систему оказания помощи беременным женщинам, объединив женские консультации, роддома и больницы в крупные медицинские центры. За последние пять лет в Москве удалось более чем на 25% снизить младенческую и материнскую смертность.

Приоритетом программы «Столичное здравоохранение» является повышение качества медицинской помощи матерям и детям.

### **Литература**

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Основы концепции прав пациента в Европе: общие положения. – 1994.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».