

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Е.В. Карпухин

*Кафедра детей и подростков (зав. — проф. А.Х. Яруллин) Казанского государственного
медицинского университета, Детский медицинский центр (главврач — Е.В. Карпухин)*

Основной особенностью созданной в нашей стране системы медицинской помощи сельскому населению является ее этапность начиная от фельдшерско-акушерских пунктов до областных, краевых и республиканских учреждений [1]. В силу особенностей расселения сельского населения, больших расстояний до лечебных учреждений, плохих дорог, отсутствия регулярного транспортного сообщения, низкой технической обеспеченности средствами связи, а также наличия ряда социальных, экономических и географических факторов возникают проблемы в организации медицинской помощи данному контингенту. Положение усугубляется и в связи с произошедшим за последние годы сокращением сети сельских медицинских учреждений из-за экономических наурядиц. В частности, затрудняется оказание медицинской помощи сельскому населению на первых двух этапах: на сельском врачебном участке, в районных и зональных районных больницах. Больше других страдает детское население, особенно младшего возраста.

Нами проведена экспертиза медицинской документации, заведенной на детей младшего возраста, поступивших в Детский медицинский центр Республики Татарстан. Был выявлен ряд недостатков в организации медицинской помощи и сделана попытка экспертной оценки качества работы учреждений охраны материнства и детства на первых двух этапах.

Экспертная оценка оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе (до поступления в ДМЦ) детям, проживающим в сельской местности (631 чел.), позволила обнаружить конкретные нарушения (см. табл.). Каждому из них по мере значимости для жиз-

ни ребенка присвоены штрафные баллы [2].

Как видно из таблицы, наиболее частыми нарушениями при оказании медицинской помощи детскому населению сельской местности являются недостаточный ее объем, неправильное оформление сопроводительных документов (соответственно $27,7 \pm 1,8$ и $25,5 \pm 1,7$ на 100 детей, госпитализированных в ДМЦ).

**Частота нарушений, допущенных при оказании
медицинской помощи детскому населению сельской
местности на догоспитальном этапе за 1996 г.**

Нарушения	Частота на 100 госпитализированных в ДМЦ	Штрафные баллы
Поступили в ДМЦ без направления	$8,0 \pm 1,7$	0,03
Доставлены в ДМЦ с нарушением правил транспортировки	$12,8 \pm 1,3$	0,07
Доставлены в нетранспортном состоянии	$17,0 \pm 1,5$	0,10
Сопроводительные документы оформлены неправильно и нечетко	$25,5 \pm 1,7$	0,05
Медицинская помощь оказана в недостаточном объеме	$27,7 \pm 1,8$	0,10
Чрезмерный объем медицинской помощи	$4,2 \pm 0,8$	0,09
Отсутствие или некачественное медицинское наблюдение по месту жительства	$17,0 \pm 1,5$	0,08
Лечение не проведено	$14,9 \pm 1,4$	0,16
Возникли осложнения в ходе лечения (операции)	$2,2 \pm 0,5$	0,12
Отсутствие консультации специалистов ДМЦ (при ее необходимости)	$14,2 \pm 1,4$	0,07
Отказ в госпитализации (до ДМЦ)	$1,5 \pm 0,4$	0,09
Направлены без диагноза	$5,2 \pm 0,8$	0,03
Несовпадение направительного и клинического диагнозов	$7,4 \pm 1,0$	0,05
И т о г о	$152,4 \pm 0,05$	1,0

Если первое нарушение можно частично оправдать недостатком медикаментов и отсутствием условий для применения сложных, недоступных в условиях сельских больниц методов лечения, то второе в полном объеме зависит от добросовестности и дисциплины медицинских работников.

Для оценки качества оказания медицинской помощи детскому населению сельской местности на первых двух этапах мы использовали следующую формулу [2]:

$$\text{КДГЭ} = \frac{N - (\Sigma nd)}{N},$$

где КДГЭ — коэффициент, характеризующий качество оказания медицинской помощи детскому населению на догоспитальном этапе, N — число больных, прошедших экспертизу, n — число больных, у которых выявлены дефекты в оказании медицинской помощи, d — числовое значение штрафного балла соответствующего дефекта. По нашим данным, этот коэффициент за 1996 г. составил 0,87.

Согласно "Методическим рекомендациям по клинико-экспертной оценке качества лечебно-диагностического процесса в детских отделениях медицинских учреждений" (1996), если значения коэффициентов колеблются в пределах от 0,499 до 0,749, то это означает низкое качество, от 0,750 до 0,899 — удовлетворительное, от 0,900 до 1,000 — хорошее или высокое качество. Полученное нами значение, равное 0,87, соответствует удовлетворительному качеству. Ана-

логичный ретроспективный анализ за 1995 г. дал значение коэффициента, равное 0,626, соответствующее низкому уровню. Повышение коэффициента за 1996 г. до 0,87 произошло за счет проведенных нами мероприятий в 1996 г.: повышения квалификации врачей и среднего персонала сельских медицинских учреждений, усиления консультативной работы специалистов ДМЦ, требовательности к медицинским работникам села и т. д.

ВЫВОДЫ

1. Качество оказания медицинской помощи детскому населению сельской местности Республики Татарстан за 1997 г. можно считать удовлетворительным, но имеются возможности для дальнейшего его повышения.

2. Предлагаемый нами подход к оценке качества медицинской помощи детскому населению сельской местности является эффективным, способствует улучшению деятельности медицинских работников села и повышению уровня организации, диагностики и лечения больных детей на первых двух этапах медицинского обслуживания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические рекомендации по клинико-экспертной оценке качества лечебно-диагностического процесса в детских отделениях медицинских учреждений. — Казань, 1996.
2. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицына. — М., 1984.

Поступила 24.05.97.