

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩЕМУ НАСЕЛЕНИЮ

Виталий Анатольевич Чирков¹, Денис Владимирович Серов², Алексей Васильевич Бреусов^{3*}

¹Городская поликлиника №188, г. Москва,

²Мэрия, г. Москва,

³Городская поликлиника №180, г. Москва

Реферат

Цель. Оценка состояния организации и качества медицинской помощи населению трудоспособного возраста, оказываемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях двух административных округов г. Москвы в период 2009–2013 гг.

Методы. По специально разработанной анкете, с использованием метода экспертных оценок и расчётом интегрированного показателя качества оказания медицинской помощи изучено 937 амбулаторных карт пациентов, из которых 518 были мужчинами, 419 – женщинами (55,3 и 44,7% соответственно). Средний возраст респондентов составлял 39,4±4,2 года. Обработка результатов выполнена в соответствии с существующими методиками по организации и проведению комплексных социально-гигиенических исследований. Сравнение полученных данных осуществлено с помощью параметрических и непараметрических критериев. Во всех случаях сравнения параметров нулевая гипотеза отвергалась на уровне вероятности менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты. Установлено, что, несмотря на достаточно высокий уровень интегрированного показателя качества медицинской помощи населению (0,87±0,04 балла), существуют предотвратимые нарушения, такие как отсутствие в амбулаторных картах необходимых назначений (34,5% случаев), гипердиагностика (62%), недостаточный объём обследования (29,1%). В ряде случаев не проводятся профилактические мероприятия, или они не соответствуют требованиям стандартов, не осуществляется динамическая оценка эффективности назначенного лечения. В итоге прогнозируемый результат лечения достигается только в 42,4% случаев.

Вывод. Работа по предупреждению возникновения отмеченных дефектов требует систематического принятия организационных мер, направленных на выполнение требований утверждённых стандартов оказания медицинской помощи, в том числе необходимы разработка и внедрение внутриаппаратных протоколов ведения больных.

Ключевые слова: организация, качество медицинской помощи, реабилитация, профилактика.

ASSESSING MANAGEMENT AND QUALITY OF OUTPATIENT CARE FOR ECONOMICALLY ACTIVE POPULATION

V.A. Chirkov¹, D.V. Serov², A.V. Breusov³

¹Municipal Outpatient clinic №188, Moscow, Russia,

²City government, Moscow, Russia,

³Municipal Outpatient clinic №180, Moscow, Russia

Aim. To evaluate the management and quality of healthcare provided by outpatient clinics of two Moscow administrative districts to economically active population in the period of 2009–2013.

Methods. 937 medical charts of outpatients [518 (55.3%) males, 419 (44.7%) females, mean age 39.4±4.2 years] were processed using a specially designed registration form, based on the use of the Delphi method and medical care quality integrated index calculation. Data were processed in accordance with existing procedures for managing and conducting complex studies on social and health care and public health. Parametric and non-parametric statistics was applied. The null hypothesis was rejected in all cases if the chance for alpha-error was lower than significance level of 5% ($p < 0.05$).

Results. It was found that, despite the rather high level of medical care quality integrated index (0.87±0.04 points), there are preventable problems, such as no clear documentation of medical administrations (34.5% of cases), overdiagnosis (62%), sub-optimal administration of diagnostic tests (29.1%). In some cases, preventive measures were not administered, or administration did not comply with standards; no active follow-up to evaluate the treatment effect was scheduled. As a result, the predicted treatment outcome was only achieved in 42.4% of cases.

Conclusion. The prevention of the malpractices revealed requires systematic administrative procedures targeted at complying the requirements of the approved healthcare standards. The introduction of institutional standard protocols for patient management is also of great importance.

Keywords: management, medical care quality, rehabilitation, prevention.

В Российской Федерации планомерность решения задач повышения качества медицинской помощи затруднена отсутствием общепринятых методик оценки его исходного уровня [1–3]. В настоящее время, в соответствии с действующими приказами Минздрава РФ, основным методом при проведении контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях страны служит метод экспертных оценок [4].

Изучены состояние, организация и качество медицинской помощи населению трудоспособного возраста в амбулаторно-поликлинических условиях за период 2009–2013 гг. на основании экспертной оценки по специально разработанной анкете. Экспертной оценке подвергнуто 937 амбулаторных карт пациентов, прикреплённых к лечебно-профилактическим учреждениям двух административных округов города Москвы — Северного и Северо-Западного. В качестве экспертов привлекались высококвалифицированные специалисты: пять сотрудников кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского факультета Российского университета дружбы народов, трое из которых имеют учёную степень доктора наук, двое — кандидата медицинских наук.

Обработка результатов выполнена в соответствии с существующими методиками по организации и проведению комплексных социально-гигиенических исследований. Сравнение полученных результатов проведено с помощью параметрических и непараметрических критериев. Величины выборочных долей и средние значения сравнивали с использованием двустороннего t -критерия. Различия вариационных рядов оценивали по критериям Стьюдента, Фишера и Вилкоксона. Различия в характере распределения исследуемых признаков определяли с помощью критерия χ^2 Пирсона. Во всех случаях сравнения параметров нулевая гипотеза отверга-

лась на уровне вероятности менее 5% ($p < 0,05$).

Показатель качества оказания медицинской помощи рассчитывали при помощи метода интегрированной оценки, в основу которого положены данные о периодичности врачебного процесса, подвергнутые анализу с позиций теории исследования операций. Экспертная карта состояла из семи блоков, отражающих качество ведения медицинской документации, диагностические мероприятия, постановку диагноза, лечебно-профилактические мероприятия, консультации, преемственность и оценку результатов лечения.

Начальная стадия экспертизы подразумевала сбор сведений по разделам разработанной коллективом авторов анкеты. Каждый вариант ответов имел ранжированную балльную оценку от 0 до 1, которая прямо пропорциональна уровню соответствия оцениваемого критерия установленным стандартам. Полученный интегрированный показатель характеризовался по следующим градациям, установленным эмпирически: от 1 до 0,90 — «отлично»; от 0,89 до 0,80 — «хорошо»; от 0,79 до 0,70 — «удовлетворительно»; 0,69 и менее — «неудовлетворительно».

В выборку вошли карты 937 пациентов (518 мужчин — 55,3%, 419 женщин — 44,7%), разделённых по возрастным группам с интервалом 10 лет. Средний возраст респондентов составил $39,4 \pm 4,2$ года.

Хронические заболевания были зафиксированы у 705 (75,2%) пациентов. В структуре основных диагнозов 49,4% случаев (348 пациентов) приходилось на болезни органов дыхания (хронические болезни носоглотки и миндалин, бронхиальная астма, хронический бронхит), далее следовали болезни органов пищеварения (гастродуоденит, дискинезии желчевыводящих путей) — 107 (15,2%) пациентов, системы кровообращения (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца) — 87 (12,3%) человек. С

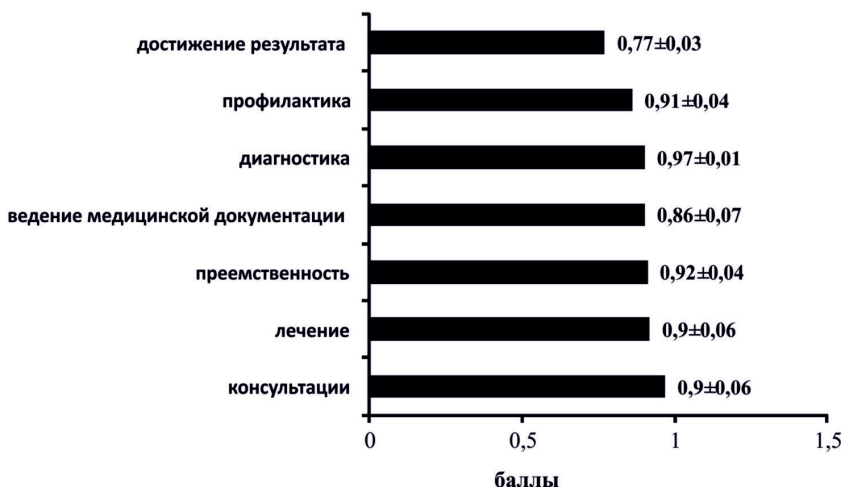


Рис. 1. Экспертная оценка качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (баллы, $M \pm m$).

одинаковой частотой были представлены болезни нервной системы (расстройства вегетативной нервной системы) и болезни глаза (миопия) — у 8,4% больных (по 59 пациентов). У 45 (6,3%) человек, по данным медицинской документации, были зарегистрированы болезни эндокринной системы (ожирение, сахарный диабет).

Интегрированный показатель качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях составил $0,87 \pm 0,04$ балла, что по принятой шкале оценок соответствует хорошему уровню. Отличные оценки получены практически по всем разделам работы, за исключением блока вопросов, касающихся профилактики и достижения запланированного результата (рис. 1).

Средний балл раздела «Качество ведения медицинской документации» складывался из нескольких параметров: наличие этапных эпикризов, информированного согласия, полнота описания статуса пациента, оформление медицинской документации. Последние составляющие оценены экспертами на «отлично», поскольку в большинстве случаев отмечены полное описание состояния пациента при первичном осмотре и аккуратное оформление медицинской документации. Недостаточный объём описания состояния больного зафиксирован преимущественно в амбулаторных картах пациентов в возрасте до 30 лет.

Снижение оценок в подразделе «информированное согласие» до $0,89 \pm 0,04$ балла обусловлено отсутствием записи о согласии на проведение лечебно-диагностических мероприятий в 5,4% медицинских документов. Информированное согласие в 9,1% случаев не брали у лиц возрастной группы до 30 лет, в 7,1% — 30–39 лет, в 5,6% — 40–49 лет.

Наименьшая оценка по анализируемым блокам получена в отношении этапных эпикризов ($0,65 \pm 0,05$ балла). Данная составляющая отсутствовала в каждом пятом случае — 21,8%, а в 12,3% случаев эпикризы были неполными и нечёткими.

Интегрированная оценка по разделу «Диагностика» составила $0,9 \pm 0,06$ балла. Полученный показатель обусловлен высокими баллами в отношении сроков, полноты и правильности постановки диагноза ($0,99 \pm 0,01$ балла).

«Диагностические мероприятия» получили неудовлетворительную оценку ($0,68 \pm 0,03$ балла) из-за отсутствия необходимых назначений (34,5%) или гипердиагностики (62%).

Хорошие показатели по подблоку «Индивидуальный план работы с больным» ($0,84 \pm 0,02$ балла) обусловлены низкой частотой дефектов в плане лечения и обследования (14,8% амбулаторных карт) и полным отсутствием данного раздела лишь в 8,2% документов. Необходимо отметить, что указанные недостатки в основном зафиксированы в амбулаторных картах пациентов молодого возраста.

Отличные показатели получены и по блоку «Лечение» ($0,92 \pm 0,04$ балла). Тем не менее, в отношении ряда лечебных мероприятий также

выявлен ряд нарушений. К примеру, эффект от проводимой терапии был отражён в записях полностью лишь в 61,7% случаев. Соответственно, этот подраздел получил низкую оценку ($0,76 \pm 0,03$ балла). Сроки лечения не соответствовали принятым стандартам в 23,4% случаев, из них только в 5,4% случаев нарушения сроков признаны обоснованными. Занижение сроков лечения выявлено в 18,1% случаев. Большинство дефектов относилось к лечению больных в возрасте до 30 лет — 75,7%. Усреднённая оценка по данному подразделу составила $0,88 \pm 0,03$ балла. Терапия в основном соответствовала выставленному диагнозу (97,3%) и принятому по заболеванию стандарту (95,9%). Нарушения отмечены только в медицинских документах лиц в возрасте от 18 до 29 лет. Комбинации лекарственных средств признаны рациональными у абсолютного большинства пациентов — 98,6%.

Средняя оценка блока «Консультации» получила достаточно высокие баллы за счёт отличных показателей его подразделов. Назначение консультаций специалистов второго уровня было обосновано и реализовано у 97,1% пациентов. Объём консультаций соответствовал принятому стандарту полностью в 89,2% случаев, частично — в 9,2%. Полное несоответствие нормативам выявлено лишь в 1,5% документов. У большинства пациентов консультации специалистов выполнялись полностью — 92,4%. Рекомендации консультантов выполнены частично или не сделаны по усмотрению лечащего врача в 5,7% случаев. Необоснованное невыполнение назначений консультантов зафиксировано только в группе лиц от 18 до 29 лет (1,6%). Необходимо отметить, что в указанных возрастных группах чаще отмечалось и несоответствие объёма консультаций принятым стандартам.

Другая важная составляющая качества медицинской помощи — её непрерывность, которую обычно оценивают по степени соблюдения преемственности. Обоснованное направление на госпитализацию отмечено практически во всех отобранных на экспертизу документах (96,5%). Наихудшие показатели получены в части направления пациентов на санаторно-курортное лечение, поскольку только 37,3% больных, нуждающихся в таковом, получили направление. Большинство пациентов не были направлены в санатории, в том числе 36,4% молодого возраста, 17,3% — среднего, 9,1% — пожилого возраста.

Хорошие показатели получены по разделу «Реабилитация» ($0,81 \pm 0,05$ балла). В то же время каждый десятый пациент был направлен на реабилитацию необоснованно (10,9%), в основном это касалось лиц молодого и среднего возраста.

Наиболее низкая оценка отмечена по разделу «Профилактика» ($0,86 \pm 0,07$ балла). Полученные результаты в основном были обусловлены удовлетворительными показателями в части соответствия профилактических мероприятий стандарту ($0,79 \pm 0,04$ балла). Полное соответствие установлено лишь в 68,3% случаев (табл. 1).

Таблица 1

Распределение проведённых экспертиз в зависимости от возраста пациентов и соответствия профилактических мероприятий стандарту (клиническому руководству) по соответствующему заболеванию (%)

Возраст пациентов	Степень соответствия профилактических мероприятий стандарту (клиническому руководству) по соответствующему заболеванию		
	Соответствует полностью	Соответствует частично	Не соответствует
18-29 лет (n=97)	44,5	33,3	22,2
30-39 лет (n=231)	45,5*	18,1	36,4*
40-49 лет (n=463)	73,1*	15,4	11,5
Старше 50 лет (n=146)	92,9*	0	7,1
Всего (n=937)	68,3	15	16,7

Примечание: *по сравнению с усреднённым показателем для всех возрастных групп ($p < 0,05$).

Наибольший процент отклонений зарегистрирован в возрастной группе пациентов от 30 до 39 лет (40% всех несоответствий). Отдельно проанализировано наличие записей о профилактических мероприятиях. Практически в каждом пятом случае (19,4%) проведение профилактики не зафиксировано.

Самые низкие показатели получены по блоку «Достижение результата», что объясняется достижением исхода в соответствии с прогнозом лишь в 42,4% случаев. У 54,2% пациентов состояние осталось без изменений, а в отношении 2,1% больных установлено его ухудшение, вплоть до инвалидизации.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на достаточно высокий уровень интегрированного показателя качества амбулаторно-поликлинической помощи населению, в ходе анализа выявлены предотвратимые нарушения: присутствует гипердиагностика, не проводится динамическая оценка эффективности назначенного лечения, недостаточно реализуются потребности пациента в реабилитации, в ряде случаев не назначены профилактические мероприятия, а проводимые не соответствуют требованиям утверждённых стандартов. В результате этого в части случаев прогнозируемый результат не достигается.

2. Работа по предупреждению возникновения отмеченных дефектов требует систематического принятия организационных мер, направленных на выполнение требований утверждённых стандартов оказания медицинской помощи, в том числе разработку и внедрение внутриучрежденных протоколов ведения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков А.И., Хальфин Р.А., Никонов Е.Л. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе // Главврач. — 2009. — №3. — С. 16-25. [Vyalkov A.I., Khal'fin R.A., Nikonov E.L. Modern managing the healthcare quality in a healthcare facility. *Glavvrach*. 2009; 3: 16-25. (In Russ.)]
2. Захаренков В.В. Концептуально-методические подходы к управлению качеством медико-санитарного обслуживания работающих // Бюлл. науч. совета «Медико-экологические проблемы работающих». — 2005. — №3. — С. 23-26. [Zakharenkov V.V. Conceptual and methodological approaches to employed patients' medical and sanitary care quality management. *Byulleten' Nauchnogo soveta «Mediko-ekologicheskie problemy rabotayushchikh»*. 2005; 3: 23-26. (In Russ.)]
3. Кучеренко В.З., Алексеева В.М., Скоморохова Т.В. Маркетинговый анализ качества медицинской помощи в добровольном медицинском страховании: теоретические основы проблемы // Экономика здравоохр. — 2003. — №10. — С. 11-16. [Kucherenko V.Z., Alekseeva V.M., Skomorokhova T.V. Marketing analysis of the healthcare quality covered by voluntary health insurance programs: theoretical issues of the problem. *Ekonomika zdavookhraneniya*. 2003; 10: 11-16. (In Russ.)]
4. Светличная Т.Г., Цыганова О.А. Медико-социологический подход к анализу удовлетворённости населения качеством медицинских услуг // Социал. аспекты здоровья населения. — 2011. — Т. 19, №3. — <http://vestnik.mednet.ru/content/view/304/30/> (дата обращения: 01.12.14). [Svetlichnaya T.G., Tsyganova O.A. Medical-sociological approach to analysis of population satisfaction with quality of medical services. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2011; 19 (3). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/304/30/> (Access date: December 1, 2014) (In Russ.)]