



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 614.2:355

## Понятие «случай амбулаторного лечения» в деятельности военной поликлиники

ВИНОГРАДОВ С.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской  
службы запаса (vinoser@rambler.ru)

ВОРОБЬЁВ Е.Г., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы запаса

ШКЛОВСКИЙ Б.Л., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск,  
Московская область

*Обосновывается необходимость перехода военных поликлиник к системе учета и оценки их деятельности по законченным случаям амбулаторного лечения. Данная задача может быть решена только с помощью автоматизации информационно-статистических процессов. На основе анализа данных литературы, требований руководящих документов и результатов наблюдений делается вывод о том, что предварительно следует провести пересмотр (формализацию) существующих понятий медицинской статистики с позиций используемой информационной среды — электронных баз данных. В этом аспекте указываются основные признаки случая амбулаторного лечения, как единицы медико-статистического учета, и формулируется его определение.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* стационарозамещающие технологии, случай амбулаторного лечения, исход заболевания, автоматизированная информационная система.

*Vinogradov S.N., Vorobev E.G., Shklovskii B.L. — The concept «a case in outpatient treatment» in military policlinic activity. Substantiates the necessity of transition of military policlinics to the accounting system and evaluation of their activity on the finished cases of outpatient treatment. Only automating data-statistical processes can solve this problem. On the basis of analysis of the literature data, requirements of the guidance documents and observational results concludes that preliminarily should be done revisal (formalisation) of existing concepts of medical statistics from the position of information environment which in use — electronic databases. In this aspect specified the main features of outpatient treatment case as a unit of medical-statistical record, and formulated its definition.*

*К е у в о р д s:* inpatient replacing technologies, a case of outpatient treatment, disease outcome, automatic information system.

Государственной программой Российской Федерации по развитию здравоохранения (2012) предусмотрено дальнейшее активное внедрение *стационарозамещающих технологий* (СЗТ). К ним относятся госпитальное отделение (дневной стационар), межполиклинические дневные стационары (хирургические, гематологические и др.), стационар на дому, стационары дневного пребывания с использованием диагностической базы амбулаторных и стационарных лечебных учреждений [4]. Все эти формы основываются на одном общем для всех стационаров внешнем признаке — койке. Но есть существенное внутреннее отличие, которое заключается в конечных результатах деятельности этих форм оказания медицинской помощи. Чтобы понять их, необходимо внимательно посмотреть на основные показатели, по которым оценивается деятельность лечебных учреждений.

*Военно-медицинские организации* (ВМО) осуществляют свою деятельность в основном в тех же формах, что и лечебные учреждения гражданского здравоохранения. Все определения, единицы медико-статистического учета, применяемые в ВМО, содержатся в *Указаниях по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных Силах Российской Федерации на мирное время 2001 г.* (далее — Указания). До настоящего времени данный документ не пересматривался и новые понятия не вводились.

Согласно Указаниям, кроме числа коек, койко-дней и др., для стационарных лечебных учреждений существуют конкретные, так сказать «одушевленные» показатели, которые соответствуют самим целям медицинской деятельности. Прежде всего, это — *число лечившихся больных* [8]. В военных поликлиниках для оценки деятельности подразделений, ведущих



амбулаторный прием, аналогичных единиц учета и показателей не предусмотрено.

При анализе работы поликлиники число лечившихся в различных стационарах больных составляет показатель «заболеваемости с госпитализацией» или собственно «госпитализацию». Единицей учета при этом является «случай госпитализации». Есть также «случай трудопотери», который может регистрироваться как в стационаре, так и в поликлинике, но по срокам он редко совпадает с периодом, в течение которого проводилось лечение. «Случай госпитализации» начинается с помещения пациента на стационарное лечение и заканчивается, как правило, выпиской с определенным исходом заболевания, который является конечным результатом проводившихся лечебно-диагностических мероприятий. «Случай трудопотери» при этом может продолжаться и закончиться в другом стационаре (или поликлинике) восстановлением трудоспособности или инвалидностью. Эти случаи имеют четкие документируемые признаки, что позволяет говорить о них как о единицах учета. *Случая амбулаторного лечения* как единицы учета для военных поликлиник в настоящее время не существует.

Для оценки объема амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой обслуживаемому контингенту, используются понятие «посещение» [8]. Время, которое затрачивается на посещение, составляет в среднем 15–20 мин. Для того чтобы определить исход заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях, необходим ряд повторных посещений в другие дни. При очередном посещении исход заболевания может быть определен, и такого пациента можно будет считать окончившим лечение (если исход не определяется, то лечение должно быть продолжено). Сколько бы лечение ни продолжалось, приходит пациент своевременно или нет, он является находящимся на лечении. Вопрос об исходе нередко остается открытым, потому что пациент, почувствовав себя лучше, может и не прийти (исход заболевания при этом не может быть определен). Учет их, как уже было сказано, не предусмотрен. И если на вопрос о числе лечившихся больных еще можно ответить, подсчитав исходы заболеваний (при условии, что

они учитывались), то на вопрос: «Сколько больных находится на лечении в поликлинике?» — ответа мы, как правило, не услышим (так же как и на вопрос о средней длительности лечения даже при определенном исходе). Особенности амбулаторно-поликлинической помощи — массовость и фактическое отсутствие лечебно-охранительного режима не позволяют ответить на поставленные выше вопросы, четко сформулировать понятие «случай амбулаторного лечения» и выделить его основные учетные признаки.

Таким образом, зарегистрировать «случай амбулаторного лечения» представляется довольно сложной задачей. Но решать ее необходимо, потому что применение системы учета и оценки деятельности врачей поликлиники по числу законченных случаев лечения и числу лечившихся больных, а не по числу посещений, является главным направлением в развитии стационарозамещающих технологий в амбулаторно-поликлиническом звене.

Поиски решения ведутся давно. С 1989 г. в гражданском здравоохранении существует понятие «случай поликлинического обслуживания» (СПО). Уже тогда, несмотря на недостаточное оснащение учреждений здравоохранения компьютерами и отсутствие компьютерных сетей, была принята первая серьезная попытка внедрить в деятельность *амбулаторно-поликлинических учреждений* (АПУ) новый документ медицинского учета — «талон амбулаторного пациента» (ТАП), который стал ключевым элементом *информационной технологии* (ИТ), предусматривающей введение в практику работы АПУ системы учета деятельности врачей на основе автоматизации. В соответствии с инструкцией по заполнению ТАП, «СПО — совокупность посещений, выполненных при каждом обращении пациента к врачу-специалисту. Законченный случай — случай обслуживания, когда цель обращения достигнута» [6].

«Случай поликлинического обслуживания» как медико-статистический термин существовал более 20 лет, не имея альтернативы. В документах медицинского учета и отчетности ВМО, а также руководящих документах по организации работы военных поликлиник он отражения не нашел. Показательно, что для стационара (госпиталя) «случая стационарного обслуживания» не существует.



С декабря 2012 г. рекомендациями Министерства здравоохранения РФ предложено понятие «законченный случай лечения в поликлинике», который определяется как «обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее двух), когда цель обращения достигнута». И далее: «Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений». Также в данных рекомендациях под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается «объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар» [7].

Анализ приведенных определений выявляет наличие в них логических ошибок, путаность и некорректность. Например, само понятие «случай лечения в поликлинике» сужено и формально исключает случаи лечения на дому. В этом плане понятие «случай амбулаторного лечения» является более правомерным (соответствующим принципу формальной логики) и охватывает все возможные варианты лечения больными врачами поликлиники.

Наиболее правильную, на наш взгляд, трактовку общего для всех форм оказания медицинской помощи понятия «случай» дает нам клиническая эпидемиология (доказательная медицина), которая опирается на определение, данное классической эпидемиологией. «Случай (case) – представитель населения или исследуемой группы, выявленный как имеющий определенное заболевание, расстройство здоровья или изучаемое состояние. Для выявления случаев могут быть использованы разнообразные критерии, например, индивидуальные диагнозы, поставленные врачом, регистры и извещения, выписки из врачебных записей, результаты обследования или скрининга населения, описания дефектов... Эпидемиологическое определение случая не обязательно совпадает с обычным клиническим определением» [10]. В клинической практике понятие «случай» часто относится к тем больным, которые имеют определенные клинические проявления или исходы заболевания» [9].

Следуя данной трактовке можно определить, что понятию «случай» (незаконченный) будет соответствовать пациент, имеющий определенные клинические проявления, а понятию «законченный случай» лечения – пациент, имеющий исход заболевания или завершивший лечение. Но и эти определения нельзя считать достаточными.

За период с 2008 по 2012 г. в поликлинике 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого автоматизированной информационной системой ежегодно регистрировались законченные случаи амбулаторного лечения по исходам заболеваний (рис. 1). Наименования исходов сформулированы в соответствии с классификатором, утвержденным приказом Минздрава № 303 от 09.08.1999 г., который является действующим по настоящее время.

Полученные данные показывают, что на протяжении всего периода наблюдения сохраняется относительно устойчивое соотношение между острыми и хроническими заболеваниями. Около 25% всех случаев составляют острые заболевания, при которых положительные варианты исходов согласно классификатору достаточно четко определены и эти определения совпадают с понятиями, сложившимися у лечащих врачей. Каждый пятый случай был завершён исходом «Восстановление здоровья» (12%) или «Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции» (9%).



Рис. 1. Структура законченных случаев амбулаторного лечения по исходам заболеваний



Подавляющее большинство (75%) составили исходы случаев лечения хронических заболеваний. С их определениями гораздо сложнее (за исключением, конечно, летальных). Например, «улучшение состояния — уменьшение выраженности симптоматики без излечения» или «стабилизация — отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики в течение хронического заболевания» [5]. Такие определения открывают простор для субъективизма при оценке состояния больного и допускают прекращение лечебно-диагностических мероприятий вне зависимости от этого состояния. Единообразного понимания здесь нет. Понятия лечащих врачей относительно состояний, которые можно считать исходами с данными формулировками являются довольно размытыми, что подтверждается соответствующими изменениями в структуре исходов. «Улучшение состояния» и «стабилизация» занимают практически весь сектор исходов случаев лечения хронических заболеваний, оказываясь при этом в совершенно равных долях — 34% (рис. 1).

С 2010 по 2012 г. доли «улучшения состояния» и «стабилизации» изменили свои значения по отношению друг к другу на диаметрально противоположные — с 47,1 и 23,1% в 2010 г. на 19,6 и 51,9% в 2012 г. соответственно (рис. 2). Очевидно, для того чтобы лечащий врач принял решение считать состояние пациента соответствующим формулировке «стабилизация» или «улучшение», должно пройти какое-то время. Как видим, ни официальные, ни научные определения «случая» не содержат указания на этот существенный фактор.

Мы уже отмечали в предыдущих публикациях, что отрицательные стороны массовости амбулаторно-поликлинической помощи можно преодолеть только с помощью автоматизации информационно-статистических про-

цессов [1, 2]. Необходимо пересмотреть, а точнее провести формализацию существующих понятий медицинской статистики с позиций используемой информационной среды (электронные базы данных и системы управления ими). Случай как единица должен обладать признаками четко распознаваемыми, чтобы информационная система (ИС) медицинской организации могла его зарегистрировать и выполнять с ним все необходимые операции для последующих этапов статистического наблюдения и обработки данных.

Перечислим далее признаки, которыми обладает «случай» и которые выделяют его в этой среде и отличают, например, от посещения.

1. В электронных БД пациент представляет собой совокупность персональных данных лица, включая сведения о диагнозе его заболевания, представленные соответствующим кодом по международной классификации болезней (МКБ 10-го пересмотра). Лечащий врач также представлен совокупностью своих персональных данных. Ранее мы определяли «посещение» как сочетание персональных данных врача (среднего медицинского работника) и пациента, зарегистрированное ИС поликлиники в течение рабочего времени [2, 3]. Мы указывали, что для получения информации о работе поликлиники и ее оценки в режиме *on line* важнейший фактор, который подлежит учету — это время. Ведь основной характеристикой каждого из-

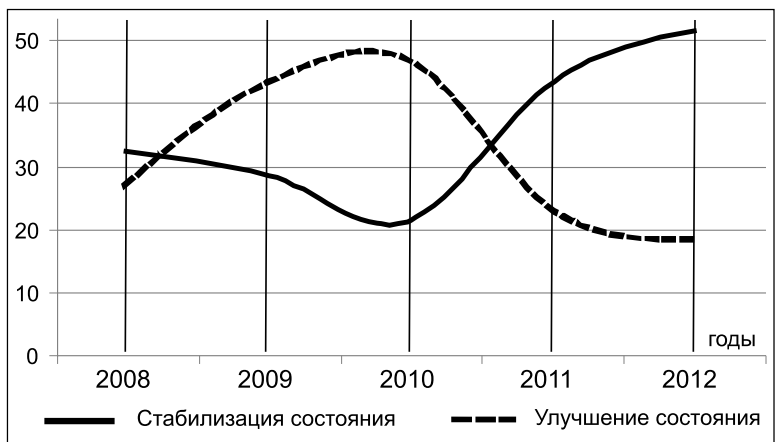


Рис. 2. Динамика показателей структуры законченных случаев амбулаторного лечения хронических заболеваний с исходами «Улучшение состояния» и «Стабилизация»



вестного нам вида случаев (госпитализации, временной нетрудоспособности и др.) является длительность, исчисляемая в днях, что предусмотрено документами медицинской отчетности. Для того чтобы определить понятие «случай амбулаторного лечения», фактор времени необходимо учитывать в первую очередь.

2. Так же как и при определении «посещения», совершенно необходимым признаком является регистрация ИС (речь идет о случаях вообще, а не о «законченных» или «незаконченных»).

3. Обязательным является признак одного и того же специалиста, что в свою очередь отвечает законодательному требованию наличия лечащего врача. При этом, сколько бы долго случай ни продолжался, неизменным его условием должны стать несколько посещений с одним и тем же кодом заболевания по МКБ, т. е. серия посещений. Регистрация посещений с одним и тем же кодом заболевания будет соответствовать критерию пациента, который имеет «определенные клинические проявления». При наличии у больного нескольких заболеваний одно из них регистрируется как основное (ведущее), остальные учитываются в качестве сопутствующих или осложнений [8]. В соответствии с этим правилом учет каждого посещения осуществляется по основному заболеванию. Таким образом, каждое посещение может иметь только один код основного заболе-

вания. Каждый специалист может учитывать посещение к нему, присваивая код заболевания только по профилю его специальности. Отсюда следует, что и лечащий врач должен быть только один – по профилю основного заболевания.

4. Чтобы избежать некорректного «СПО», следует обязательно указать на то, что целью посещения является медицинская помощь, а не медицинская профилактика и не медицинская экспертиза. Понятия, связанные с этими направлениями деятельности поликлиники, требуют отдельной формализации.

Теперь, определив основные подлежащие учету признаки «случая амбулаторного лечения», мы сможем определить и само понятие. Итак, «случае амбулаторного лечения» называется период времени, в течение которого информационной системой поликлиники регистрируется серия посещений (не менее двух) с целью получения медицинской помощи пациента с одним и тем же кодом заболевания к одному и тому же специалисту.

Соответственно «законченным случаем амбулаторного лечения» будет случай, по завершении которого информационной системой поликлиники регистрируется исход заболевания.

Сформулированных нами определенных вполне достаточно, чтобы на их основе составить техническое задание для ИС поликлиники.

## Литература

1. Белякин С.А., Виноградов С.Н., Воробьев Е.Г. Оптимизация работы поликлиники на основе применения информационных технологий // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 5. – С. 8–13.
2. Виноградов С.Н., Белякин С.А., Воробьев Е.Г. Применение автоматизированной информационной системы для оценки эффективности лечебно-диагностического процесса в условиях поликлиники // Воен.-мед. журн. – 2010. – Т. 331, № 11. – С. 49–50.
3. Виноградов С.Н., Воробьев Е.Г., Шкловский Б.Л. Влияние проблем медицинской статистики на создание и функционирование автоматизированной информационной системы в поликлинике // Вестн. Медицинского стомат. ин-та – 2012. – № 4 (23) – С. 10–14.
4. Организация работы военной поликлиники: Метод. указания. – М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2005. – С. 56–57.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О введении в действие отраслевого стандарта “Протоко-

лы ведения больных. Общие требования”» от 3.08.1999 г. № 303.

6. Письмо Министерства здравоохранения СССР «О введении в практику работы амбулаторно-поликлинических учреждений новой системы учета деятельности врачей и регистрации заболеваний, выявленных при обращаемости за медицинской помощью» от 2.10.1989 г. № 02-14/66-14.

7. Письмо Минздрава России от 20.12.2012 г. № 14-6/10/2-5305 «О направлении рекомендаций “Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)”».

8. Указания по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных Силах Российской Федерации на мирное время. – М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2001. – С. 10.

9. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 106 с.

10. Эпидемиологический словарь / Под ред. Дж.М.Ласта. – М., 2009. – 203 с.