

УДК 614.21:681(470.45)

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОВОДА ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ

В. И. Сабанов, В. В. Иваненко, Е. В. Щербинина

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ВолгГМУ

Предлагается автоматизированный мониторинг результатов качества медицинской помощи в стационарных медицинских учреждениях Волгоградской области в зависимости от повода проведения экспертизы.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, стационар, экспертиза качества, автоматизированный мониторинг.

QUALITY OF MEDICAL AID IN HOSPITALS OF THE VOLGOGRAD REGION DEPENDING ON THE OCCASION FOR EXAMINATION

V. I. Sabanov, V. V. Ivanenko, E. V. Scherbinina

Automated monitoring of quality outcomes of medical aid in stationary medical institutions of the Volgograd region depending on the occasion for examination was carried out.

Key words: medical aid quality, quality examination, stationary medical institution, monitoring.

Одним из стратегических направлений российского здравоохранения является поиск эффективных методов управления качеством медицинской помощи. В Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2020 г. отмечается, что разработка эффективных систем обеспечения и непрерывного повышения качества медицинской помощи является важным условием в охране здоровья населения.

Актуальность данной проблемы относится также к одному из самых затратных и ресурсоемких видов медицинской помощи — стационарной помощи. Создание и внедрение эффективных методик экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в стационарах позволит оптимизировать и повысить эффективность их деятельности. Важным аспектом является разработка единой унифицированной технологии проведения экспертиз для различных служб и профилей стационарной помощи. Кроме того, такой подход обеспечивает взаимодействие экспертов различных уровней и направлений.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить качество оказываемой медицинской помощи и выявить системные дефекты в работе стационаров Волгоградской области в зависимости от повода проведения экспертизы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На основе разработанной на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Волгоградского государственного медицинского университета унифицированной экспертной карты по оценке качества и технологии оказания медицинской помощи построена математическая модель и использован метод квантификации для формирования единой региональной системы автоматизированного мониторинга уровня качества оказываемой медицинской помощи в стационарах [1, 2].

Данная методика реализована в совместном приказе № 703, 918-км, 265, 2928 Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области, Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация», Территориального фонда обязательного медицинского страхования от 02.07.2007 г. и внедрена в 102 стационарных медицинских учреждениях Волгоградской области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В работе приводятся результаты внутриучрежденческих экспертиз качества медицинской помощи (КМП) в стационарах Волгоградской области в 2009 г. В исследование включено 97 больничных учреждений, были проанализированы экспертные заключения 97442 законченных случаев оказания медицинской помощи. Обязательному экспертному разбору в стационарах подлежали случаи:

- летальных исходов;
- расхождений диагнозов;
- внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- заболеваний с удлинненными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности);
- сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи имели одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивалось методом случайной выборки.

Пятибалльная оценка профилей процессуальных индикаторов и интегрированного показателя качества медицинской помощи в стационарах Волгоградской области в 2009 г. в зависимости от повода проведения экспертизы приведена в табл.

Структура поводов для проведения экспертизы КМП в стационарах представлена на рис. Из числа законченных случаев оказания медицинской помощи, подлежащих обязательной экспертной оценке, 15,3 % (14922 экспертизы) пришлось на заболевания, связанные со значительными отклонениями от нормативных сроков лечения. Доля экспертиз, где причиной для проведения экспертизы являлись летальные исходы, составила 8,3 % (8047 случаев).



Рис. Структура причин проведения экспертиз качества медицинской помощи в стационарах Волгоградской области

Более 4,2 % (4104 экспертных заключений) было обусловлено случаями повторной госпитализации боль-

ных в течение года (плановые повторные госпитализации в это число не включались). Остальные поводы обязательных экспертиз КМП, такие как «расхождение диагнозов», «внутрибольничное инфицирование», «первичный выход на инвалидность» и «жалобы пациентов или их родственников», в количественном отношении были меньше (от 190 до 846 экспертиз), и их удельный вес варьировал в пределах от 0,2 до 0,9 %.

В группу «прочие случаи» вошло около 70,4 % или 68501 экспертное заключение по оценке качества оказанной медицинской помощи.

Перед тем как оценивать профили процессуальных индикаторов по отдельным группам, послужившим причинами для обязательной экспертизы КМП, остановимся на анализе интегрированной оценки качества и технологии оказания медицинской помощи. По результатам экспертизы, включающей в себя 30 формализованных вопросов с вариантами ответов, которые эксперт выбирает в зависимости от ситуации, анализ КМП осуществляется по 7 разделам:

- А — качество ведения документации;
- В — диагностические мероприятия;
- С — постановка диагноза;
- Д — лечебно-профилактические мероприятия;
- К — консультации;
- Р — преемственность;
- Р — экспертное заключение при летальном исходе.

По результатам анализа всех разделов вычисляется обобщающий интегрированный показатель качества и технологии оказания медицинской помощи.

Как видно из данных, приведенных в табл., средний итоговый интегрированный показатель КМП по пятибалль-

Пятибалльная оценка профилей процессуальных индикаторов и интегрированного показателя качества медицинской помощи в стационарах Волгоградской области за 2009 г. в зависимости от повода проведения экспертизы

Повод проведения экспертизы	Кол-во экспертиз	Оценка профилей процессуальных индикаторов в баллах							
		А — качество ведения документации	В — диагностические мероприятия	С — постановка диагноза	Д — лечебно-профилактические мероприятия	К — консультации	Р — преемственность	Р — экспертное заключение при летальном исходе	Е — интегрированная оценка качества и технологии оказания МП
1. Летальный исход	8047	3,75	3,82	4,74	4,25	4,27	3,91	4,32	4,19
2. Расхождение диагнозов	846	3,57	3,74	4,32	3,94	4,29	4,57	—	3,98
3. Внутрибольничное инфицирование (осложнение)	190	3,26	3,90	4,69	4,01	4,23	3,47	—	4,03
4. Первичный выход на инвалидность	328	3,90	4,30	4,97	4,45	4,79	4,54	—	4,46
5. Повторная госпитализация в течение года	4104	3,88	4,14	4,89	4,35	4,55	4,65	—	4,35
6. Заболевания с удл./укороченными сроками лечения	14922	3,89	4,06	4,82	4,17	4,51	4,49	—	4,28
7. Жалоба пациента или родственников	414	3,29	3,41	4,73	3,76	3,81	4,38	—	3,81
8. Прочие случаи	68591	3,94	4,21	4,85	4,36	4,60	4,28	—	4,38
Итого:	97442	3,91	4,15	4,83	4,31	4,56	4,36	—	4,35

ной оценке по всем стационарным учреждениям Волгоградской области равен 4,35 балла. При ранжировании этого показателя в зависимости от причины проведения экспертизы КМП наилучшие результаты отмечаются в следующих группах: «первичный выход на инвалидность» (4,46 балла), «прочие случаи» (4,38 балла) и «повторные госпитализации больных в течение года» (4,35 балла). Более высокие уровни интегрированного показателя КМП в этих группах объективно обусловлены. При подготовке больных к получению инвалидности и при повторной госпитализации больных в стационар этот контингент находится под более пристальным вниманием врачебного персонала, поскольку в данных случаях заведомо известно об обязательном углубленном проведении экспертизы КМП. Что касается группы «прочие случаи», которая попадает под экспертную оценку КМП в результате случайной выборки, то она, как правило, включает в себя более «легкие» клинические варианты. Самые низкие уровни интегрированного показателя КМП зафиксированы при экспертизах случаев, связанных с жалобами пациентов (3,81 балла), при расхождении диагнозов (3,98 балла) и при случаях внутрибольничного инфицирования (4,03 балла). При экспертизе КМП при пребывании больных в стационаре со сроками лечения выше или ниже нормативных интегрированный показатель составлял 4,28 балла, в случаях летальных исходов — 4,19 балла.

Как бы не был важен анализ интегрированных показателей КМП, с точки зрения экспертов, осуществляющих контроль качества, более пристальное внимание должно уделяться анализу процессуальных индикаторов. С помощью процессуальных индикаторов измеряется качество медицинской помощи в определенных контрольных точках, определяются дефекты организации работы медицинской организации, устанавливаются закономерности их возникновения. Управление и обеспечение КМП опирается непосредственно на аналитику процессуальных индикаторов.

При оценке профильных процессуальных индикаторов наиболее существенные замечания во всех стационарах Волгоградской области отмечены при экспертизе качества ведения документации. Информация, содержащаяся в медицинской документации, во многом определяет уровень и качество оказываемой медицинской помощи в лечебных учреждениях. При экспертизе качества ведения медицинской документации оценивается объем описания состояния больного при поступлении в стационар, наличие полноценных ежедневных дневниковых записей, дневников динамического круглосуточного наблюдения тяжелого больного, этапные эпикризы, а также четкость оформления медицинской документации. Во всех стационарах области оценка индикатора качества ведения медицинской документации находилась на низком уровне и составляла 3,91 балла. Низкий уровень данной оценки зафиксирован также во всех группах случаев, подлежащих обязательному экспертному разбору. Наиболее существенные дефекты в ведении медицинской документации

отмечены при возникновении внутрибольничного инфицирования (3,26 балла) и при наличии жалоб больных или их родственников на неудовлетворительное качество оказанной медицинской помощи (3,29 балла).

Результаты постановки диагноза и эффективность достигнутых результатов в процессе лечения во многом определяются уровнем и качеством проведения диагностического обследования. Этот раздел работы лечебных учреждений включает в себя планирование, обоснованность, своевременность, полноту обследования, оценку результатов лабораторных, инструментальных, рентгенографических и других методов исследования.

Как видно из табл., средняя экспертная оценка качества проведенных диагностических мероприятий в стационарах Волгоградской области находится на уровне 4,15 баллов. Значительное количество дефектов в этом разделе работы, а соответственно и низкие оценки результатов экспертизы качества диагностических мероприятий имели место в случаях летальных исходов (3,82 балла), при расхождении диагнозов (3,74 балла), при внутрибольничном инфицировании (3,9 балла). Наибольшие претензии экспертов к качеству проведения диагностических мероприятий отмечены при наличии жалоб пациентов (3,41 балла), что подтверждает объективность возникновения этих жалоб.

При анализе средних значений других профилей процессуальных индикаторов в целом по всем стационарам Волгоградской области следует отметить, что их уровень выше и варьирует от 4,31 балла (оценка лечебно-профилактических мероприятий) до 4,83 балла (оценка постановки диагноза). Однако в ряде случаев, послуживших поводом для обязательного проведения экспертизы, процессуальные индикаторы значительно отклоняются от вышеуказанных средних показателей. Так, низкую оценку получили при экспертизе разделы работы по проведению лечебно-профилактических мероприятий при жалобах пациентов (3,76 балла) и расхождении диагнозов (3,94 балла). Низкий уровень консультативной работы отмечен при жалобах пациентов (3,81 балла). Обращает на себя внимание большое количество нареканий в отношении преемственности работы лечебных учреждений, когда требовался перевод больных в другие специализированные подразделения. Оценка этого раздела в случаях внутрибольничного инфицирования (3,47 балла) и при летальных исходах (3,91 балла) требует особого внимания со стороны руководителей лечебных учреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Качество лечебно-диагностического процесса характеризуется многими количественными показателями. Их включение в комплекс функционального самоконтроля качества медицинской помощи объективизирует коллегиальное управление уровнем профессиональной деятельности медицинского учреждения.

Экспертиза качества медицинской помощи является одним из структурных элементов системы клинического управления. Созданная на основе формализованных

инструментов анализа качественных и количественных компонентов и компьютерной технологии информационно-управленческая система мониторинга качества медицинской помощи АИС КМП «Стационар» в Волгоградской области показала эффективность ее применения в работе лечебных учреждений. С ее помощью стало возможным оперативное выявление и коррекция проблемных зон в процессе оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информационные технологии в управлении здравоохранением Российской Федерации / Под ред. А. И. Вялкова. — М.: Гэотар-Медиа, 2009. — 242 с.

2. Сабанов В. И., Иваненко В. В., Кокорина Л. В., Демиденко Я. А. Автоматизированная информационная система по оценке результатов экспертизы качества и технологии оказания медицинской помощи в стационаре: Информационно методическое письмо. — Волгоград, 2007. — 58 с.

Контактная информация

Сабанов Валерий Иванович — профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ВолгГМУ, e-mail: visabanov@yandex.ru

УДК 616.24-007.272-036.12-08

ОЦЕНКА РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И. В. Тарасенко

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолгГМУ

Впервые проведено ретроспективное фармакоэпидемиологическое исследование практики назначения лекарственных средств (ЛС) в амбулаторно-поликлинических условиях региона при лечении больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ). Анализ потребления ЛС выявил особенности фармакотерапии ХОБЛ врачами различных специальностей первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь лёгких, фармакоэпидемиологическое исследование, фармакотерапия, реальная клиническая практика.

ESTIMATION OF REAL PRACTICE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN OUT-PATIENT DEPARTMENT

I. V. Tarasenko

A retrospective pharmacoepidemiological study of the practice of prescribing medications in an out-patient department when treating patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) was carried out. An analysis of medications consumption revealed the specifics of treating COPD by physicians of different medical specialties.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, pharmacoepidemiological research, pharmacotherapy, real clinical practice.

В современном обществе к группе заболеваний с высоким уровнем социального бремени Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) относит хроническую обструктивную болезнь лёгких (ХОБЛ) [5]. Согласно прогнозам экспертов ВОЗ, распространенность и ущерб от этого заболевания будут увеличиваться, что связано с продолжающимся воздействием факторов риска, экологическими проблемами и общим постарением населения мира. При этом к 2020 г. ХОБЛ выйдет на третье место среди всех причин смерти [2, 4]. Немногочисленные сообщения о прямых медицинских расходах при ХОБЛ свидетельствуют о том, что более 80 % затрат приходится на стационарную помощь больным и около 20 % — на амбулаторную. Установлено, что 73 % расходов при ХОБЛ приходится на 10 % больных с тяжелым течением забо-

левания [1]. Проблема рационального использования ЛС является одной из наиболее актуальных в современном практическом здравоохранении. Эффективный менеджмент в современном здравоохранении предполагает грамотное управление потоками пациентов в целях снижения финансовых затрат при стабильно высоких показателях качества и доступности медицинской помощи [6]. Во многих странах подавляющее большинство больных ХОБЛ наблюдаются у врачей первичного звена, которые могут активно участвовать в программах здравоохранения и разъяснять пациентам и широкой общественности важность уменьшения воздействия факторов риска. Однако оказание медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения подразумевает формирование тесного контакта с пациентами, и от этого контакта