Показатели качества медицинских услуг в сельских лечебно-профилактических учреждениях Томской области

Закотнова Н.В.

Quality performance of medical service in rural treatment-and-prophylactic institutions in Tomsk region

Zakotnova N.V.

Томский территориальный Фонд обязательного медицинского страхования, г. Томск

© Закотнова Н.В.

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), расположенные в сельской местности, и, прежде всего, ключевое звено сельского здравоохранения — центральные районные больницы (ЦРБ) — в силу целого ряда причин слабо вовлечены в работу по контролю и совершенствованию системы качества медицинской помощи. По сравнению с городскими ЛПУ, в сельских ЦРБ существенно выше доля случаев неполного обследования и, как следствие, неправильной постановки диагноза. Чаще в сельских районах отмечается и неполное лечение. В итоге уровень качества лечения в сельских ЦРБ достоверно ниже, чем в ЛПУ г. Томска. Необходимо обратить особое внимание на проблему повышения качества медицинской помощи сельскому населению, активизировать работу по контролю за качеством оказываемых медицинских услуг в районных центрах Томской области.

Ключевые слова: качество медицинских услуг, сельское здравоохранение, медицинское оснащение.

Rural treatment-and-prophylactic institutions (TPI) and mainly central regional hospitals (CRH) – the key rural health protection units – insufficiently control and improve the medical service system quality due to a number of reasons. In rural CRH a number of incomplete examination cases and, consequently, a number of wrong diagnosis cases is higher significantly. Incomplete treatment becomes evident in rural areas more frequently as well. As a result the treatment quality in rural CRH is lower significantly than in Tomsk TPI. It is necessary to draw a special attention to the problem of rural medical service quality increase and to liven up the control of privided medical service quality in regional centers.

Key words: medical service quality, rural health protection.

УДК 614.2

В настоящее время большое внимание уделяется эффективности выполнения медицинскими учреждениями лечебной работы. Эффективность определяется тем, насколько хорошо налажена административная и вспомогательная работа, которая влияет на конечный результат. Под качеством медицинских услуг обычно понимается социальная и медицинская категория, определяющая уровень и результат процесса диагностики и лечения, соответствие этого результата потребностям и ожиданиям общества [1, 5, 7].

Согласно концепции ВОЗ, различают три аспекта качества лечения больного: качество структуры (оснащенность, обеспеченность), качество процесса (медицинской помощи), качество результатов (исходов медицинской помощи по оценкам компетентности специалистов, инфраструктуры учреждения). Осуществляемые меры по контролю над качеством медицинской помощи состоят из качества структуры, качества процесса и качества результатов [3, 6].

Под гарантией качества понимают научно-технический уровень помощи, то есть степень применения имеющихся в настоящее время медицинских знаний и технологий при оказании медицинской помощи. Говоря о гарантии качества, следует учитывать техническую оснащенность лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ),

безопасность, удовлетворенность пациентов (с должным учетом личности пациента, его доверия и комфорта), с учетом экономного использования ресурсов, равенства возможности получения медицинской помощи для лиц, имеющих разный достаток.

Контроль и оценка деятельности клинических служб имеют большое значение для непрерывного повышения качества в организации здравоохранения. Если данный контроль и оценка достаточны по объему, то они содействуют улучшению качества обслуживания пациентов клиническими вспомогательными службами [1, 4].

Эффективность качества определяется на основе индикаторов, специальных стандартов, баз данных. Индикаторами может быть оценена доступность лечения, его правильность, компетентность специалистов, рентабельность. Хотя эти индикаторы не являются непосредственной мерой качества, они акцентируют внимание на тех вопросах, которые требуют наиболее пристального контроля.

Методология оценки качества в здравоохранении имеет большой потенциал, но, для того чтобы методики лечения больных стали более эффективными, необходимы дальнейшие усилия на нескольких фронтах. Эти усилия должны быть направлены на разработку разумной концептуальной структуры таких методик, на разработку и проверку усовершенствованных способов оценки качества. Необходимо добиться интеграции усилий по оценке качества работы, направленной на совершенствование медицинского обслуживания, как в каждом отдельном ЛПУ, так и в более широком масштабе. Следует также следить за тем, какой вклад в здоровье населения вносят методики оценки качества: их эффективность должна оправдывать затраты [3, 7, 8].

Происходящие изменения в структуре здравоохранения способствуют смещению акцента в пользу качества. Разнообразие медицинских услуг, управление в их оказании, участие в риске, вертикальная и горизонтальная интеграция, а также другие изменения привносят новые переменные в уже достаточно сложное уравнение. Возможность более широкого выбора привела к возрастанию потребности в разработке методологии проведения оценки и сопоставления стоимости и качества [8].

В последние годы появилось значительное количество работ, посвященных решению названной проблемы. Во многих лечебных учреждениях внедряются, проходят апробацию и совершенствуются методики контроля и управления качеством [2, 3, 4]. Однако все сказанное справедливо преимущественно в отношении системы здравоохранения крупных городов. ЛПУ, расположенные в сельской местности, и, прежде всего, ключевое звено сельского здравоохранения — центральные районные больницы (ЦРБ) — в силу целого ряда причин слабо вовлечены в работу по контролю и совершенствованию системы качества медицинской помощи [4, 9].

По данным статистической отчетности Томского территориального Фонда обязательного медицинского страхования (ТТФОМС) и страховых медицинских организаций (СМО) был проведен анализ показателей качества медицинской помощи населению.

В 2003 г. в ТТФОМС и СМО (ООО «Страховая компания “Стоик-Мед”», ООО «Страховая компания “Медика-Томск”», ООО «СМО “Софит-М”», Северский филиал ЗАО «МАКС-М», Томский филиал ОАО «Газпроммедстрах») поступило 625 обоснованных обращений (в 2002 г. — 331). Большая часть таких обращений поступила в СМО — 78,2%. На рис. 1 представлено распределение поданных жалоб по основным группам. Как видно, ведущими причинами жалоб остаются неудовлетворенность возможностью выбора ЛПУ, недостаток лекарственного обеспечения и взимание денежных средств с пациентов. В 2003 г. по сравнению с 2002 г. уменьшилось количество жалоб:

— на лекарственное обеспечение в стационаре, что связано с усилением контроля администрациями ЛПУ за обоснованностью назначения лекарственных препаратов, не имеющихся в ЛПУ;

— на отказ в медицинской помощи по ОМС, что связано с разъяснительной работой, проводимой ТТФОМС и СМО с ЛПУ по вопросам ока-

зания медицинской помощи гражданам, проживающим на территориях других субъектов РФ;

— связанных с санитарно-гигиеническим состоянием ЛПУ, организацией работы ЛПУ и СМО.

Доля жалоб на качество медицинской помощи в 2003 г. составила 7,04% (44 жалобы). В 2002 г. таких жалоб поступило 42, в 2001 г. — 41.

На рис. 2 представлены результаты экспертизы качества медицинской помощи, проводимой экспертами СМО. Из 31 274 проведенных в 2003 г. экспертиз нарушения были выявлены в 1 893 случаях (6,05%). В 2002 г. число нарушений составило 1 997 из 27 008 экспертиз (7,39%), в 2001 г. — 1 609 из 23 377 экспертиз (6,88%). В структуре нарушений 44,8% составляет оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

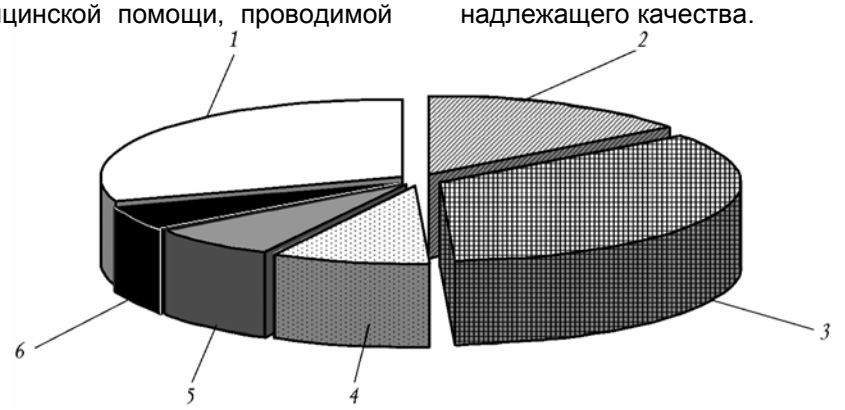

Рис. 1. Структура обоснованных обращений граждан в 2003 г.: *1* — выбор ЛПУ (29,92%); *2* — жалобы на взимание денежных средств (13,12%);
3 — жалобы на лекарственное обеспечение (34,40%); *4* — отказ в медицинской помощи по ОМС (8,48%); *5* — жалобы на качество медицинской помощи (7,04%); *6* — другие (7,04%)

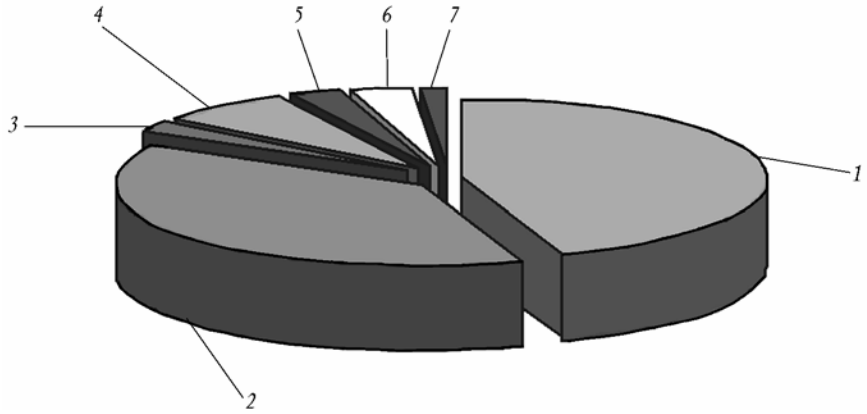

Рис. 2. Структура основных нарушений, выявленных в ходе проведения экспертизы качества медицинской помощи в 2003 г.: *1* — оказание помощи ненадлежащего качества (44,8%); *2* — отсутствие документации или нарушение ее ведения (38,6%); *3* — необоснованная госпитализация (2%);
4 — завышение объема медицинской помощи (6,9%); *5* — непрофильная госпитализация (2,6%); *6* — ограничение доступности медицинской помощи (3,5%); *7* — прочие нарушения (1,6%)

Во второй части работы мы провели сравнительную оценку качества оказания медицинской помощи ЛПУ города Томска и ЦРБ двух сельских районов — Кожевниковского и Парабельского. Были выбраны два сельских района, расположенные соответственно в южной и северной части области. Всего были проанализированы результаты 11 483 экспертиз, в том числе по ЛПУ г. Томска

— 5 230, по ЦРБ Кожевниковского района — 3 057, по ЦРБ Парабельского района — 3 196.

Экспертиза качества осуществлялась в соответствии с совместным приказом департамента здравоохранения администрации Томской области, ТТФОМС, управления социальной защиты Томской области от 06.06.2000 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению и экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях Томской области». Уровень качества лечения (УКЛ) рассчитывается по формуле

УКЛ = **Error!** ,

где ОНДМ — оценка набора диагностических мероприятий — включает в себя сбор анамнеза пациента (жалобы, анамнез болезни и жизни, физикальных, лабораторных, инструментальных исследований, консультаций специалистов). Оценивается своевременность, полнота мероприятий, оптимальность использования диагностических ресурсов, их качество, влияние на правильность постановки диагноза; ОД — оценка диагноза — включает наименование заболевания в соответствии с МКБ. Соответствие основного и сопутствующего диагнозов клиническим данным; ОНЛМ — оценка набора лечебных мероприятий — включает определение полноты, правильности и своевременности выбора лечебных мероприятий в соответствии с медицинским стандартом. Отмечаются замечания по фармакотерапии, хирургическому лечению, лечебным манипуляциям, методам реабилитации; ОСП — оценка состояния пациента — на момент окончания лечения проводится в соответствии с медицинским стандартом, определяется ЛПУ, отделение для дальнейшей медицинской помощи (преемственность со следующим медицинским этапом).

Достоверность различий между группами проверялась методом однофакторного дисперсионного анализа с использованием критерия Фишера—Снедекора.

Полученные результаты представлены в таблице.

В сельских ЦРБ существенно выше доля случаев неполного обследования и, как следствие, неправильной постановки диагноза. Чаще в сельских районах отмечается и неполное лечение. В итоге УКЛ в сельских ЦРБ достоверно ниже, чем в ЛПУ г. Томска.

Сравнительная оценка качества медицинской помощи в г. Томске и сельских районах Томской области

Показатель	ЛПУ г. Томска	ЦРБ Кожевниковского района	ЦРБ Парабельского района
Неполное обследование, %	27	42*	48*
Неправильная постановка диагноза, %	18	36*	38*
Неполное лечение, %	19	27*	42*
Уровень качества лечения	0,98	0,92*	0,93*

* Достоверность различий с соответствующими показателями по г. Томску, $p < 0,05$.

По результатам экспертной работы СМО более активно стали применять финансовые санкции к ЛПУ. Основными причинами применения финансовых санкций послужили следующие нарушения: низкий уровень качества лечения, необоснованная госпитализация, необос-

нованное превышение сроков госпитализации. В 2001 г. с ЛПУ было удержано 13,8 тыс. руб. штрафных санкций, в 2002 г. — 986,5 тыс. руб. В 2003 г. сумма штрафных санкций составила 1 972,3 тыс. руб., за первое полугодие 2004 г. с ЛПУ удержано 1 334,9 тыс. руб. Более строгий подход к контролю качества, несомненно, является основной причиной снижения количества нарушений.

Представленные результаты убедительно свидетельствуют о необходимости обратить особое внимание на проблему повышения качества медицинской помощи сельскому населению. Наряду с активно проводимой администрацией Томской области политикой по оснащению сельских больниц современной медицинской техникой и оборудованием СМО необходимо активизировать работу по контролю за качеством оказываемых медицинских услуг в ЦРБ области.

Литература

1. *Акулов В.Н.* Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования // Мир медицины. 1997. ‹ 6. С. 21—23.
2. *Борисов А.Н., Борисова А.А.* О контроле качества медицинской помощи // Здравоохранение РФ. 1999. ‹ 3. С. 34—37.
3. *Воробьев П.* Качество только через стандарты // Мед. вестн. 2000. ‹ 19.
4. *Дмитриева Н.В., Андреева О.В.* Результаты вневедомственной экспертизы качества оказания медицинской помощи населению // Здравоохранение РФ. 1998. ‹ 4. С. 26—29.
5. *Ланска Дуглас Дж., Харц Артур Дж.* Оценка качества медицинского обслуживания // Междунар. мед. журн. 1999. ‹ 1—2. С. 37—45.
6. *Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П.* Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб., 1999.
7. *Капилевич Л.В.* Проблема управления качеством в здравоохранении // Здравоохранение РФ. 2002. ‹ 4. С. 54—55.
8. *Лучкевич В.С., Поляков И.В.* Основы медицинского страхования в России. СПб., 1995. 270 с.
9. *Сельское* здравоохранение в условиях обязательного медицинского страхования / Под ред. А.М. Таранова, К.Ю. Лакунина. М.: Федерал. фонд ОМС, 2000. 144 с.

Поступила в редакцию 05.05.2004 г.