

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Орлов А.Е.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия, e-mail: info@samsmu.ru

Достижение высокого качества медицинской помощи является целью функционирования медицинской организации. Для этого во многих учреждениях здравоохранения формируется единая система управления качеством медицинской помощи. В статье изучена система организации экспертизы качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре, а также приведены данные результатов экспертизы качества медицинской помощи. Проанализировано 400 медицинских карт стационарных больных. Экспертами оценивалось качество ведения медицинской документации, сбор жалоб и анамнеза, выполнение стандартов обследования и лечения, обоснованность госпитализации, обоснованность и формулировка основного диагноза. Обработка результатов проводилась с использованием методов медико-социального исследования: статистического, аналитического, экспертных оценок. Отмечена важность систематической работы по оценке качества медицинской помощи. Показано, что на современном этапе качество требует улучшения как за счет внутренних факторов стационара, так и за счет внешних (возраст пациентов, характер госпитализации, уровень работы амбулаторно-поликлинической сети).

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экспертиза, городская многопрофильная больница.

EXAMINATION OF QUALITY CARE IN CITY MULTI-PROFILE HOSPITAL

Orlov A.E.

Samara state medical University, Samara, Russia, e-mail: info@samsmu.ru

Achieving a high quality of care is the aim of the operation of the medical organization. To do this, in many health care institutions formed a unified system of quality management of medical care. In the article the system of organization expertise quality Islands medical care in a multidisciplinary hospital as well as data of the results of examination of the quality of medical care. Analyzed the medical records of 400 inpatients. Experts estimate the quality of medical records, collecting complaints and history, performance standards, assessment and treatment, hospitalization validity, feasibility and formulation of the main diagnosis. Analysis was performed using the methods of medical and social research: statistical, analytical, expert assessments. From labeled importance of systematic work on assessing the quality of medical-assistance. Showed that at the present stage requires quality needs to be improved both by internal factors of a hospital, and due to external (patient age, the nature of hospitalization, level of the outpatient network).

Keywords: quality of care, expertise, City multi-profile Hospital.

Развитие отрасли здравоохранения предусматривает проведение работы, ориентированной на конечный результат. Достижение высокого качества медицинской помощи (КМП) является приоритетным направлением и целью функционирования как медицинской организации в целом, так и отдельных подразделений учреждения [1, 2, 5]. Для этого в лечебно-профилактических учреждениях все чаще формируется единая система управления качеством медицинской помощи [3, 4].

Материалы и методы исследования

Целью настоящего исследования является изучение организации и результатов экспертизы качества медицинской помощи в городской многопрофильной больнице. Изучены материалы первичной учетной документации городской клинической больницы №1

города Самары за 2011 год. Используются следующие методы медико-социального исследования: статистический, аналитический, экспертных оценок.

Результаты исследования и их обсуждение

В городской клинической больнице разработано «Положение о порядке организации и проведения экспертизы КМП» и ряд приложений к нему, включая положение об эксперте; порядок формирования регистра экспертов; первичную учетную документацию. В указанных документах определяется, что экспертиза КМП осуществляется с целью получения объективной информации о недостатках лечения и их негативных следствиях в отдельных случаях оказания помощи (целевая экспертиза) и в совокупности случаев оказания помощи (плановая, тематическая экспертиза), установления причин недостатков, составления мотивированных рекомендаций и проектов управленческих решений по улучшению КМП.

Проведение экспертиз осуществляют сотрудники, включенные в регистр экспертов КМП медицинской организации, на основании задания на экспертизу качества, оформленного руководителем службы КМП. Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии.

Основными задачами экспертизы КМП являются: выявление и анализ дефектов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи; подготовка рекомендаций для главного врача больницы, направленных на предупреждение дефектов в работе для принятия управленческих решений.

Экспертному контролю обязательно подлежат: случаи летальных исходов; случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений; случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение трех месяцев; случаи заболевания с удлинненными или укороченными сроками лечения; случаи расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов; случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников. Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнуты экспертной оценке, что обеспечивается статистическим методом случайной выборки, объем которой составляет не менее 10% от общего числа пролеченных пациентов.

В ходе исследования среди проанализированной совокупности историй болезни 400 пациентов мужчины составили 29,5%; женщины – 70,5%. Одна треть экспертиз были плановыми, две трети - целевыми. Почти треть пациентов (29,4%) было госпитализировано в плановом порядке, в экстренном порядке - 61,8%. Поступило без направления 8,8% пациентов. Доля плановых госпитализаций была максимальной в возрастных группах 30-39

и 40-49 лет (40,9% и 56,3% соответственно), экстренных – в возрасте до 20 лет (85,7%) и 60-69 лет (83,3%). Без направления поступили пациенты 20-29 (13,5%), 30-39 (18,2%) и 70 лет и старше (15,8%).

Характер госпитализации влияет на длительность пребывания в стационаре. Наиболее оптимальной длительность пребывания в стационаре была при плановой госпитализации (только 2,5% пациентов лечились до трех дней; 17,5% - более двух недель). При экстренной госпитализации 8,0% поступивших находились в стационаре не более трех дней и максимальным (31,9%) был удельный вес находившихся в стационаре более двух недель – среди поступивших «самотеком» соответствующие показатели составили 10,5% и 15,8%.

Распределение больных по диагнозам было следующим. Наибольшую (32,2%) долю составили пациенты с заболеваниями половых органов. Далее следовали пациенты с травмами (16,5%), заболеваниями почек и мочевыводящих путей (12,2%), острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) (по 9,2%), острыми (7,8%) и хроническими (6,1%) заболеваниями органов пищеварения; новообразованиями (6,1%) и острым инфарктом миокарда (1,7%).

Все больные с острым инфарктом миокарда, острыми заболеваниями органов пищеварения поступали в экстренном порядке. В плановом порядке поступили 9,1% пациентов с хронической ИБС, 14,3% - с хроническими заболеваниями органов пищеварения; 10,5% - с заболеваниями почек и мочевыводящих путей; 40,5% - с болезнями женских половых органов; 21,1% - с травмами; 77,8% - с новообразованиями. Без направления поступили 9,1% пациентов с хронической ИБС; 14,3% - с хроническими заболеваниями органов пищеварения; 31,6% - с болезнями почек и мочевыводящих путей; 24,3% - с заболеваниями женских половых органов; 22,2% - с новообразованиями.

Исследование показало, что осложнения имелись у трети (33,8%) пациентов. Удельный вес пациентов с осложнениями был максимальным (50,0%) в старшей возрастной группе. Далее по величине данного показателя идут возрастные группы: 40-49 лет (43,8%), 20-29 лет (40,5%), 30-39 лет (30,4%), 50-59 лет (21,7%), 60-69 лет (18,2%), моложе 20 лет (14,3%).

Наличие осложнения, как и следовало ожидать, влияло на длительность лечения. В частности, доля лечившихся более двух недель в случае отсутствия осложнений составляла 23,4%, а при их наличии – 32,0% ($p < 0,05$). Осложнения имели место у 84,6% больных с острыми и у 57,1% - с хроническими заболеваниями органов пищеварения; у 26,3% - с болезнями почек и мочевыводящих путей; у 37,8% с заболеваниями женских половых органов; у 47,4% - с травмами; у 11,1% с новообразованиями.

Почти у половины (48,4%) пациентов имелась сопутствующая патология, в том числе у 22,3% - одно заболевание; у 4,6% - два; у 21,5% - три и более. Как и следовало ожидать, доля

лиц, имеющих сопутствующие заболевания (включая множественные), растет с увеличением возраста.

Важно отметить следующее обстоятельство. Если при отсутствии сопутствующих заболеваний лечились более двух недель 18,9% пациентов, то при наличии трех и более заболеваний – 31,0% ($p < 0,01$). Во всех случаях имелись сопутствующие заболевания у больных с хронической ИБС и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Минимальной была доля больных с сопутствующей патологией среди пациентов с новообразованиями (11,1%) и сравнительно низкой – при болезнях почек и мочевыводящих путей ((38,9%) и женских половых органов (40,5%).

В 95,6% случаях экспертизы пациенты были выписаны; в 4,4% наступил летальный исход (этот показатель составил 8,3% в возрастной группе 60-69 лет и 21,1% - в возрасте 70 лет и старше). При отсутствии сопутствующих заболеваний доля летальных исходов составила 1,3%, а при их наличии она была на порядок выше (10,5%). Все летальные исходы имели место при экстренной госпитализации. При всех летальных исходах экспертизы носили целевой характер. Среди женщин доля летальных исходов была выше (7,6%), чем среди мужчин (2,5%).

Имеется четкая взаимосвязь между исходом заболевания и длительностью пребывания в стационаре. При выписке из стационара почти половина (47,1%) пациентов лечилась от 8 до 14 дней; 23,6% - 3-7 дней; 25,0% - более двух недель и только 4,3% - до трех дней. Среди умерших распределение было почти «полярным»: 50% умерли в первые трое суток от момента госпитализации; более трети (37,5%) лечились более двух недель, 12,5% - 3-7 дней.

Результаты экспертизы показали, что в подавляющем большинстве (98,5%) случаев госпитализации были обоснованными. Случаи необоснованных госпитализаций имели место в возрастных группах 20-29 (2,7%) и 40-49 лет (6,2%). Среди мужчин доля обоснованных госпитализаций составляла 95,5%, среди женщин – 100,0%. Необоснованными были признаны 14,3% госпитализаций больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения; 5,3% - с болезнями почек и мочевыводящих путей.

Стандарты обследования и лечения были выполнены в 88,0% случаев (среди мужчин – в 92,4%; среди женщин – в 85,4%). Выше был показатель в возрасте до 50 лет, минимальным (73,7%) – в старшей возрастной группе. Удельный вес невыполнения стандартов составил: 22,7% в урологическом отделении; 33,3% - в хирургическом; 14,3% - в ожоговом; 13,9% - в гинекологическом. Невыполнение стандартов имело место у 46,2% пациентов с острыми, у 16,8% - с хроническими заболеваниями органов пищеварения; у 26,3% - с заболеваниями почек и мочевыводящих путей; у 5,4% - с патологией женских половых органов; у 5,6% - с травмами и у 11,1% - с новообразованиями. Важно подчеркнуть, что если при выполнении

стандартов доля летальных исходов составляла 3,2%, то в противном случае она была в десять раз выше (27,8%).

Замечания по ведению документации были высказаны более чем в половине (54,2%) случаев. В разных возрастных группах показатель колебался от 50,0% (40-49 лет) до 60,9% (30-39 лет). Наибольшим (63,6%) был показатель при длительности госпитализации 3-7 дней.

Почти в трети случаев (29,7%) эксперты сочли, что сбор жалоб был осуществлен не вполне корректно (неполно, несвоевременно). Причем, в случае «самотека» показатель оказался выше (33,2%), чем при направлении лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) (29,3%). Еще более высоким (35,8%) оказался удельный вес случаев, когда эксперты высказали замечания по поводу сбора анамнеза заболевания (соотношение показателя у поступивших без направления и направленных было таким же, как в предыдущем случае, - 40,8% и 35,4%). В каждом четвертом случае (23,8%) имелись замечания по поводу сведений из анамнеза жизни.

Осмотр пациентов практически во всех случаях (94,7%) был проведен всесторонний и правильный. Редкими были замечания по оказанию консультативной помощи: они имели место в 4,1% случаев (у мужчин – в 2,1%; у женщин – в 4,8%).

Замечания по оказанию консультативной помощи были высказаны в 20% случаев пребывания больных в стационаре до трех суток и в 10,8% - при длительности лечения более двух недель. Указанные замечания касались ведения пациентов с ОНМК (12,5%), острыми заболеваниями органов пищеварения (14,3%), заболеваниями женских половых органов (2,7%), травмами (11,1%). Если у выписанных больных замечания по консультативной помощи имели место в 2,9% случаев, то при летальных исходах – в 22,2% ($p < 0,001$). Данный вид замечаний имел место в отделениях: хирургическом, ожоговом, гинекологическом, неврологическом.

В трети случаев (33,1%) эксперты сделали замечания по лабораторным исследованиям (у мужчин – в 27,9%; у женщин – в 35,2%). В наибольшем проценте случаев высказывались замечания по лабораторному обследованию пациентов 30-39 (43,5%) и 40-49 лет (50,0%). В отделениях этот показатель был максимальным в нейрохирургическом (62,5%) и гинекологическом (73,0%). Замечания по качеству лабораторных исследований были высказаны при ведении больных со следующей патологией: острыми (в 23,1% случаев) и хроническими (76,4%) заболеваниями органов пищеварения; болезнями почек и мочевыводящих путей (21,1%), женских половых органов (35,1%), травмами (31,6%), новообразованиями (55,6%). Эксперты отметили, что в 3,5% случаев лабораторное обследование было неполным и (или) несвоевременным, а в 6,9% случаев были назначены излишние исследования.

Замечания по инструментальным исследованиям имели место почти в каждом пятом (19,6%) случае (у мужчин – в 9,1%; у женщин – в 24,0%). Данный показатель колебался от 10,5% (среди пациентов 70 лет и старше) до 37,5% (у пациентов 40-49 лет). При благоприятном исходе удельный вес случаев с замечаниями составил 19,3%; при летальном – 33,3% ($p < 0,05$).

Качество инструментальных исследований не удовлетворяло экспертов при следующих заболеваниях: остром инфаркте миокарда (25,0%), острых (35,7%) и хронических (14,3%) заболеваниях органов пищеварения; болезнях почек и мочевыводящих путей (5,3%), женских половых органов (18,9%); травмах (10,5%); новообразованиях (33,3%). Максимальный показатель в хирургическом отделении (50,0%) и гинекологическом (55,6%). Эксперты отмечали, что в 2,9% случаев не были назначены (или были назначены несвоевременно), а в 9,9% случаев они проводились в излишнем объеме. Среди поступивших без направления доля недообследованных пациентов оказалась выше (6,7%), чем среди направленных ЛПУ (2,6%).

Обоснованность и формулировка основного диагноза, по мнению экспертов, практически всегда (в 97,7%) были совершенно верными. В 2,3% эксперты считали, что диагноз был сформулирован неполно. Замечания отмечались только среди пациентов, поступивших по направлению. Значительно в большем ($p < 0,01$) проценте случаев (55,6%) были высказаны замечания по обоснованности и формулировке диагноза осложнений (в 50,3% - у направленных пациентов и в 73,3% - у поступивших самотеком) и почти во всех случаях (98,9%) – сопутствующих заболеваний.

Замечания по лечению высказывались в следующих случаях: при острых (57,1%) и хронических (28,3%) заболеваниях органов пищеварения; болезнях почек и мочевыводящих путей (31,8%), женских половых органов (40,9%), травмах (10,5%), новообразованиях (55,6%). Вдвое ниже доля случаев замечаний по лечению у выписанных больных (33,3%) по сравнению с умершими (66,7%). Замечания по качеству лечения в урологическом отделении имели место в 31,8% случаев; в хирургическом – в 50,0%; в гинекологическом – в 89,2%; в акушерском – в 9,1%.

Надлежащим качество помощи было признано в 88,1% случаев (ненадлежащим – соответственно в 11,9%). Среди мужчин доля случаев надлежащего качества была несколько выше (90,2%), чем среди женщин (86,7%). С увеличением возраста пациентов снижается доля случаев надлежащего качества: со 100% (в возрасте до 20 лет) до 77,8% (в старшей возрастной группе). Случаи ненадлежащего качества имели место при острых заболеваниях органов пищеварения (в 62,5% случаев); болезнях почек и мочевыводящих путей (21,1%), женских половых органов (4,8%).

Удельный вес случаев надлежащего качества был минимальным (62,5%) при длительности госпитализации до 3-х дней; и выше – при длительности более двух недель (85,7%), 3-7 дней (90,9%) и 8-14 дней (93,0%). При всех изученных летальных исходах качество помощи было признано ненадлежащим.

Дефекты были выявлены экспертами в 2/3 (65,5%) случаев: среди мужчин – в 77,3%; среди женщин – в 71,4%. Если в возрастных группах до 20 и 60-69 лет дефекты выявлялись в половине случаев (а в 20-29 лет – в 43,2%), то в старшей возрастной группе – во всех. Минимальной (48,5%) была доля случаев выявления дефектов при длительности госпитализации 3-7 дней. У пациентов с разными заболеваниями доля случаев выявления дефектов отличалась достаточно существенно, составляя: 100,0% - при хронических заболеваниях органов пищеварения; 90,9% - при хронической ИБС; 89,5% - при болезнях почек и мочевыводящих путей; 81,8% - при острой патологии органов пищеварения; 77,8% - при новообразованиях; 50,0% - при травмах; 41,7% - при болезнях женских половых органов; 28,6% - при ОНМК. В случаях выписки больных дефекты были выявлены у 64,4% лечившихся; в случаях же летальных исходов – в 75,0% ($p < 0,05$).

По качеству ведения медицинской документации замечания были сделаны в большинстве (73,2%) случаев (у мужчин – в 77,3%; у женщин – в 71,4%). Ниже был показатель среди пациентов 20-29 (62,6%), 30-39 лет (65,2%), выше – в возрасте до 20 (71,4%), 40-49 (87,5%), 50-59 (73,9%), 60-69 лет (75,0%) и максимален (94,7%) в старшей возрастной группе. Доля случаев замечаний по документации при выписке была достоверно ($p < 0,05$) ниже (72,3%), чем при летальных исходах (88,9%). При плановой экспертизе дефекты были выявлены в 91,8% случаев; при целевой – в 64,6% ($p < 0,01$). Удельный вес случаев выявления дефектов в документации колеблется от 9,1% (в акушерском отделении) до 100% (в гинекологическом).

Заключение

Таким образом, проведенное исследование, во-первых, подтвердило необходимость и важность систематической работы по оценке качества медицинской помощи, и, во-вторых, показало, что на современном этапе качество требует улучшения, причем, на уровень качества влияют как внутренние факторы стационара, так и внешние (возраст пациентов, характер госпитализации, уровень работы амбулаторно-поликлинической сети).

Список литературы

1. Горячев В.В. Мониторинг показателей работы многопрофильного стационара по моделям конечного результата / Горячев В.В., Павлов В.В., Орлов А.Е. и др. // Экономика

здравоохранения. - 2011. - № 3. - С. 52-53.

2. Линденбрaten А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии для его оценки /А.Л. Линденбрaten // Бюллетень НИИ общественного здоровья. - 2013. - Вып. 2. - с. 20-23.

3. Набережная, Ж.Б. Результаты вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи / ЖБ.Набережная // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: Сборник научных трудов - СПб., 2009. - с. 310-312.

4. Павлов В.В. Опыт организации системы управления качеством медицинской помощи в Самарской области / В.В. Павлов, С.А. Суслин // Управление качеством медицинской помощи. – 2013. - №. 1 – С. 11-16.

5. Черникова О.М. Комплексная оценка качества медицинской помощи в многопрофильной клинике / О.М. Черникова, Г.В. Сидорова, М.Э. Гусева // Здравоохранение РФ. - 2012. - №3. - с. 12-15.

Рецензенты:

Суслин С.А., д.м.н., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, Самарский государственный медицинский университет, г.Самара;

Гехт И.А., д.м.н., профессор кафедры медицинского страхования ИПО, Самарский государственный медицинский университет, г.Самара.