

НЕДОСТАТКИ ОРГАНИЗАЦИИ АКТИВНЫХ ПОСЕЩЕНИЙ И МЕРЫ ПО ИХ УСТРАНЕНИЮ

Журавлев А.В.¹, Казаков А.С.² Мишина Е.Г.¹

¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия (127473, Москва, ул. Десятская, д.20, стр.1), e-mail: doc.zhuravlev@gmail.com

²ГБУЗ «Вороновская больница Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия (142160, Москва, поселение Вороновское, пос. ЛМС), e-mail: a.s.kazakoff@gmail.com

В статье рассматриваются вопросы организации активных посещений в медицинских учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Проведение, учет активных посещений и контроль за их выполнением особенно актуальны в свете принципа приоритета профилактики в сфере охраны здоровья граждан. Включение специальной графы «активные посещения» в форму № 30 «Сведения о медицинской организации», утв. Приказом Росстата «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения», свидетельствует об усилении контроля за выполнением активных посещений. Анализ основных дефектов в организации активных посещений и описание организационных мер, направленных на их устранение, позволит улучшить оказание участковыми врачами-терапевтами первичной медико-санитарной помощи на дому, которая составляет почти 30% от объема медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: активные посещения, помощь на дому

SHORTCOMINGS IN THE ORGANIZATION OF ACTIVE VISITS AND MEASURES TO ELIMINATE THEM

Zhuravlev A.V.¹, Kazakov A.S.², Mishina E.G.¹

¹Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I.Evdokimov, Moscow, Russia (127473 Moscow, Delegatskaya Ul. 20, Bld.1), e-mail: doc.zhuravlev@gmail.com

²Voronovskaya public hospital Moscow City Health Department, Moscow, Russia (142160, Moscow, settlement Voronovskoe, LMS), e-mail: a.s.kazakoff@gmail.com

The article deals with the organization of active visits at health facilities providing primary health care in the outpatient setting. Holding, keeping active visits and monitoring of their implementation are particularly relevant in light of the principle of priority of prevention in the field of public health protection. The inclusion of a special column "active visits" in the form of №30 "Information about the medical organization" approved by Order of Rosstat "On approval of statistical tools for the organization of the Ministry of Health of the Russian Federation, federal statistical observation in health care", indicates an increase in monitoring the implementation of active visits. Analysis of the major defects in the organization of active visits and description of organizational measures aimed at their elimination, will improve the provision of district doctors, therapists Primary health care at home, which is almost thirty percent of the volume of care provided in an outpatient setting.

Keywords: active visits, home healthcare

Одной из ключевых составляющих первичной медико-санитарной помощи является медицинская помощь на дому, в частности активные посещения, которые способствуют уменьшению непрофильной нагрузки на учреждения скорой и специализированной медицинской помощи [1, 2, 5]. Активные посещения ведут к предупреждению, раннему выявлению социально значимых заболеваний и борьбе с ними [9], что особенно важно в свете данных о скоропостижной ненасильственной смерти лиц трудоспособного возраста, длительно не посещающих амбулаторно-поликлинические учреждения [4].

По отчетным формам № 30 городских поликлиник Москвы активные посещения в поликлиниках от общего числа посещений на дому составили в 2012 г. от $15,51 \pm 0,14\%$ до $33,92 \pm 0,26\%$, в 2013 г. от $14,52 \pm 0,14\%$ до $59,88 \pm 0,32\%$.

Вместе с тем данные отчетов поликлиник об активных посещениях не были удостоверены сведениями учетных форм № 031/у в 100% случаев, а $94,9 \pm 0,87\%$ активных посещений, зафиксированных в учетной форме № 013/у, не подтверждены записями в медицинских картах амбулаторного больного. Также во всех поликлиниках зафиксировано неправильное заполнение учетной формы № 031/у. Самой частой ошибкой является отсутствие записей об отнесении вызова к первичному, повторному или активному посещению. Внутренний контроль оказания медицинской помощи на дому, включая активные посещения, в поликлиниках проводится формально.

Анкетирование 630 участковых врачей-терапевтов поликлиник обнаружило пробелы их знаний по вопросам организации активных посещений. Только $30,5 \pm 1,8\%$ респондентов знают, что активные посещения – посещения на дому по инициативе врача. Часть респондентов отнесли к активным посещениям активные вызовы, другие – любой визит врача на дом. $41,6 \pm 1,80\%$ респондентов знают, что для организации активных посещений нужен план активных посещений, $2,9 \pm 0,66\%$ осведомлены, что учетной формой активных посещений является форма № 031/у, $11,7 \pm 1,28\%$ знают правила заполнения формы № 031/у.

С целью разработки организационных мер по искоренению дефектов выполнения, учета и контроля активных посещений в течение 29 рабочих недель на базе поликлиники проводился эксперимент, в котором участвовали руководство медицинской организации, врачи-терапевты участковые, медицинские сестры участковые, работники регистратуры, находящиеся в штате медицинской организации. Изучались внутренние документы, регламентирующие организацию помощи на дому, должностные инструкции участкового врача-терапевта, заведующего поликлиническим отделением, заведующего регистратурой, работников регистратуры, инструкции по заполнению учетной формы № 031/у, проводилось интервьюирование 405 пациентов, по которым в учетной форме № 031/у имелись записи о выполнении активного посещения. Некоторые меры были внедрены отдельно с шагом в одну и более недель, чтобы оценить их влияние на организацию активных посещений.

В начале эксперимента пациенты не подтверждали ни одну запись о выполнении активного посещения, на 7-й неделе имелось подтверждение $12,5 \pm 5,85\%$ случаев, на 8-й неделе – $31 \pm 7,13\%$, на 9–10-й неделях – $76,2 \pm 6,57\%$, на 11–29-й неделях – 100%. Искажение сведений о выполнении активных посещений, на наш взгляд, является следствием недостаточного контроля со стороны руководства медицинской организации, который обусловлен повышенной нагрузкой врача-терапевта [3, 8], сложившейся из-за не полной

укомплектованности врачебными кадрами. Пытаясь решить оперативные задачи управления, руководство поликлиник забывает, что активные посещения способствуют предотвращению ухудшения здоровья населения, что ведет к снижению числа обращений в поликлинику и вызовов на дом по поводу заболеваний.

К дефектам организации активных посещений отнесено их выполнение по необоснованным причинам, в том числе к лицам, регулярно посещающим поликлинику. На 3-й неделе эксперимента активные посещения были запланированы к пациентам, находящимся под диспансерным наблюдением, но в 66,7% случаев регулярно посещавшим врача-терапевта. На 6-й неделе все активные посещения были запланированы к лицам, регулярно посещавшим врача-терапевта, на 8-й неделе – 35,7%, на 9–10-й неделях – 27,1%, на 11-й неделе – 38,3% активных посещений было запланировано к пациентам, посещавшим врача регулярно. Ежемесячное представление медицинским статистиком врачам-терапевтам списков по участкам лиц, длительно не посещавших МО, назначение ответственных из числа руководства поликлиники за выполнением активных посещений, проведение ответственным инструктажа врачей-терапевтов по вопросам организации активных посещений, включая выбор контингента, нуждающегося в активных посещениях, способствовало искоренению данного дефекта. С 12-й недели эксперимента активные посещения планировались обосновано.

На 12–13-й неделях эксперимента установлено, что $41,2 \pm 8,44\%$ запланированных АП не выполняются из-за отсутствия пациентов дома в рабочее время. Распоряжение главного врача о предварительном согласовании по телефону с пациентами времени активного посещения позволило повысить число выполненных активных посещений до 82,1% от запланированных, установить среди прикрепленного населения лиц, сменивших место жительства или скончавшихся в текущем году.

Использование показателя «процент активных посещений» для оценки эффективности деятельности врача-терапевта отрицательно сказывается на выполнении активных посещений. В учетной форме № 031/у отмечается рост числа активных посещений с $6 \pm 0,67$ до $9,4 \pm 1,99$ на 1 врача-терапевта, большая часть которых не подтверждалась при интервьюировании пациентов.

Усиление контроля со стороны руководства медицинской организации снижает объем активных посещений. На 12-й неделе эксперимента в среднем 1 врачом-терапевтом запланировано только $3,2 \pm 0,96$ активных посещений в неделю, на 19-й неделе – $1,6 \pm 0,27$. Распоряжение главного врача об обязательном выполнении активных посещений в объеме не менее 17% от общего числа посещений на дому в соответствии с установленным объемом

активных посещений в программе модернизации здравоохранения Москвы [6] позволило удерживать среднее число активных посещений в пределах $6,06 \pm 0,44$ на 1 врача-терапевта.

Отсутствие преемственности между регистратурой и врачами-терапевтами в начале эксперимента приводило к отсутствию своевременного подбора медицинской карты регистратором врачу-терапевту для выполнения активного посещения в 56,3% случаев, потере плана активных посещений в регистратуре в 6,3% случаев. Инструктаж регистраторов о порядке работы с планами активных посещений, контроль за подбором медицинских карт регистраторами по представленным планам привели к искоренению данных недостатков на 12-й неделе эксперимента. На 11-й неделе эксперимента медицинские карты подбирались также своевременно, но в 14,9% случаях регистраторами были оформлены новые медицинские карты при их наличии в кабинете участкового врача.

Отрицательно сказывается на организации активных посещений отсутствие плана активных посещений у врачей-терапевтов. Данный дефект организации был устранен к 5-й неделе эксперимента введением унифицированного бланка плана, инструктажем врачей-терапевтов о его заполнении и сроках предоставления в регистратуру.

Учет и контроль за активными посещениями невозможен в условиях неправильного заполнения учетных форм. Кроме того, на основании сведений в учетной форме № 031/у формируются отчетные данные по медицинской организации о числе выполненных активных посещений. На 1-й неделе эксперимента регистраторы и врачи-терапевты при заполнении учетной формы № 031/у допустили ошибки во всех записях о выполнении активных посещений. Все сведения врачи-терапевты в нарушение правил заполнения учетной формы вносили самостоятельно. В графе «причина вызова» имелся лишь один вариант записи «актив», хотя по правилам заполнения учетной формы [7] должны быть сделаны записи «первичный» или «повторный» при активном вызове и «активное посещение» при посещении по инициативе врача. На 7-й неделе эксперимента в 84,4% врачи-терапевты при заполнении учетной формы не указывали дату выполнения активного посещения, в 78,1% – диагноз, в 93,8% – сведения об оказанной помощи. Регистраторы при заполнении учетной формы в отношении активных посещений в 73,8% не указывали имя и/или отчество и/или инициалы больного, в 42,9% – год рождения или возраст пациента, в 38,1% – адрес пациента, в 14,3% запись о причине вызова не соответствовала правилам заполнения учетной формы. На 9-й неделе эксперимента среднее количество ошибок, допускаемых регистраторами при внесении информации об 1 активном посещении, снизилось с 3,3 до 2,2, допускаемых врачами-терапевтами – с 2,7 до 1,9. Снизить число ошибок позволили назначение заведующего регистратурой ответственным за учет активных посещений, инструктаж регистраторов и врачей-терапевтов о правилах заполнения учетной

формы одноразово на 4-й неделе, ежедневный — на 7–8-й неделях с разбором ошибок, допускаемых при заполнении, одноразово на 10-й неделе с напоминанием о внесении сведений об активном посещении только после его выполнения на основании данных медицинских карт совместно с регистраторами, еженедельный контроль заполнения учетной формы № 031/у с докладом на врачебных конференциях. С 11-й недели эксперимента регистраторы и врачи-терапевты не допускали ошибок при заполнении учетной формы, чему способствовало размещение инструкции по заполнению на форзац учетной формы № 031/у.

Таким образом, внедрение организационных мер привело по прошествии 29-недельного эксперимента к искоренению фиктивных активных посещений, улучшению их учета, возможности проведения своевременного и полноценного контроля за выполнением активных посещений, сохранению объемов активных посещений в пределах 17% от общего числа посещений на дому, оптимизации выбора контингента, нуждающегося в активных посещениях, а также выявлению среди прикрепленного населения скончавшихся и сменивших место жительства в текущем году.

Список литературы

1. Агранович Н.В. Роль активизации профилактической работы амбулаторно-поликлинического звена / Н.В. Агранович, В.К. Овчаров, З.Э. Григорян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. — № 3. — С. 3–6.
2. Алексеев Н.А. Анализ эффективности деятельности ЛПУ / Н.А. Алексеев // Здравоохранение Российской Федерации. — 2004. — № 5. — С. 8–11.
3. Вторушин Д. Оценка динамики кадровых ресурсов в системе первичной медико-санитарной помощи и их влияние на здоровье населения / Д. Вторушин, С. Никифоров, Д. Медведская // Врач. 2008. — № 3. — С. 76–79.
4. Кочубей А.В., Порядок рассмотрения случаев скоропостижной смерти / А.В.Кочубей, Д.В. Елин // Здравоохранение. — 2013. № 9. С. 80–87.
5. Логинова Е.А., Дерябина В.Л., Копыт Н.Я. и др. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Т. 2. / Под ред. Ю.П.Лисицына. – М.: Медицина, 1987. – 464 с.
6. Постановление Правительства Москвы от 21 мая 2013 г. № 322 – ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Москвы от 7 апреля 2011 г. “114-ПП” (вместе с “Программой модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2013 годы)”»
7. Приказ Минздрава России от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»

8. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Положение об организации первичной медико-санитарной помощи»
9. Семашко Н.А. Избранные произведения. М.: Медгиз, 1954. – 339с.

Рецензенты:

Алексеева В.М., д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва;

Алехнович А.В., д.м.н. доцент кафедры Общественного здоровья и здравоохранения Института последипломного профессионального образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, г. Москва.