

К ВОПРОСУ О ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Кочорова Л.В.¹, Цивьян Б.Л.²

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, e-mail: larisakochochova@yandex.ru;

²Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 40 Курортного района», Санкт-Петербург, e-mail: larisakochochova@yandex.ru

В статье представлены результаты анализа преемственности на этапах оказания медицинской помощи женщинам при доброкачественных новообразованиях гинекологической сферы. В качестве маркера, отражающего уровень преемственности в работе амбулаторного и стационарного звеньев, рассмотрены случаи досуточной госпитализации в стационары, являющейся следствием избрания неверной тактики лечения пациентов. С целью оптимизации предоставления медицинской помощи пациенткам проведен организационный эксперимент, включающий внедрение системы двухуровневого контроля качества медицинской помощи на каждом из этапов её оказания и организацию дневного стационара для лечения пациенток с доброкачественными новообразованиями гинекологической сферы. В четырехлетний период функционирования дневного стационара и проведения тщательного контроля лечения, в части выполнения установленного порядка и объемов его проведения, частота экстренной и досуточной госпитализации существенно снизилась.

Ключевые слова: дневной стационар, доброкачественные новообразования гинекологической сферы, специализированная медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования.

TO THE QUESTION OF CONTINUITY IN THE TREATMENT OF GYNECOLOGICAL PATIENTS IN THE OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE SYSTEM

Kochorova L.V.¹, Tsivyan B.L.²

¹Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, e-mail: larisakochochova@yandex.ru;

²City Hospital №40, Saint Petersburg, e-mail: lerhe90@mail.ru

The article presents the results of the analysis of succession of stages of providing medical care for women with gynecological benign neoplasms. As a marker reflecting the degree of continuity in the outpatient and inpatient units, the cases of one-day hospitalization in the hospitals which are the result of the election of the wrong tactics of treatment of patients. To optimize the medical care of the patients carried out organizational experiment, including the introduction of a system of two-level control of medical care at each stage of delivery and the organization of a day hospital for the treatment of patients with benign neoplasms. In a four-year period of the functioning of a day hospital and a thorough quality control of treatment, in terms of the established order and terms of its implementation, frequency of emergency and one-day hospitalization decreased significantly.

Keywords: day hospital, benign neoplasms of the gynecological sphere, specialized medical aid, obligatory medical insurance.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 31.12.2015 № 683 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации» одной из ведущих стратегических задач долгосрочной государственной политики развития здравоохранения и укрепления здоровья населения в настоящее время является развитие охраны материнства и детства. На фоне высокого уровня гинекологической заболеваемости [2-6] вопросы оптимизации оказания медицинской помощи в этой сфере в настоящее время заслуживают пристального внимания организаторов здравоохранения. Особое место среди гинекологической заболеваемости занимают доброкачественные новообразования органов

женской половой сферы, которые по результатам профилактических осмотров регистрируются у 14,5% женского населения [1]. Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в части доброкачественных новообразований гинекологической сферы требует существенных ресурсных затрат системы здравоохранения, поскольку такие пациентки нуждаются в медицинской помощи на всех этапах ее представления. Оптимизация процесса предоставления медицинской помощи возможна при совершенствовании организации амбулаторно-поликлинического её этапа, соблюдении принципов преемственности на различных её этапах, создании условий для широкого применения стационарозамещающих технологий.

Материал и методы исследования. В Санкт-Петербурге проведено комплексное исследование оказания медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями гинекологической сферы, методика которого включает исторический, концептуально-аналитический, социологический методы, метод экспертных оценок, метод организационного эксперимента, а также современные статистические методы с последующей обработкой и анализом полученных данных: расчет экстенсивных и интенсивных показателей, средних величин с определением достоверности их разности (критерий Стьюдента), показателей динамического ряда. Ретроспективной оценке сплошным методом наблюдения в период 2008-2016 годов подвергнут 313 361 случай оказания специализированной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования взрослому женскому населению, в том числе 6321 случай досуточной госпитализации, 62 345 случаев госпитализации по экстренным показаниям. Кроме того, подробно выборочным методом изучены 2500 случаев оказания первичной медико-санитарной помощи пациенткам в женских консультациях, а также проведен опрос 450 врачей акушеров-гинекологов женских консультаций.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ выявил значительные проблемы при оказании специализированной медицинской помощи женщинам при доброкачественных новообразованиях гинекологической сферы, в том числе несоблюдение преемственности с этапом оказания первичной медико-санитарной помощи. Досуточная госпитализация, в результате которой пациентки непосредственно из приемного отделения стационара направляются на плановое амбулаторное лечение, является, как правило, следствием избрания неверной тактики лечения пациентов при состояниях, неверно трактуемых на догоспитальном этапе, как неотложные. Анализ досуточной госпитализации в стационары системы ОМС Санкт-Петербурга, произведенной в 2015 году, показал, что почти в половине (45,5%) случаев досуточной госпитализации пациентки были доставлены в стационар в связи с диагностированием у них экстренной ситуации (32,8% – доставлены по линии скорой

медицинской помощи и 12,7% обратились в стационар самостоятельно). Вместе с тем установлено, что значительная часть пациенток, среди тех, кому медицинская помощь в стационаре оказывалась только на уровне приемного отделения, были направлены в стационар на плановое лечение. Так, 28,4% таких пациенток в 2015 году направляли в стационары города районные поликлиники и каждую пятую пациентку (21,3%) – женские консультации, что свидетельствует, прежде всего, о неудовлетворительном качестве лечебно-диагностических мероприятий, проводимых на амбулаторном этапе в плановом порядке.

В структуре причин досуточной госпитализации пациенток с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы, так же как и в структуре причин госпитализации в целом, преобладает госпитализация по поводу лейомиомы матки – 82,1% в 2015 году. Досуточная госпитализация по поводу других новообразований матки составила 4,0%. Каждая десятая пациентка этой группы, лечившаяся менее суток в стационаре, страдала доброкачественными новообразованиями яичников – 11,7%. Незначительная доля таких госпитализаций пришлось на другие доброкачественные заболевания женской половой сферы – 2,2%.

Оценка уровня досуточной госпитализации пациенток с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы среди жителей различных районов города показала, что наиболее высокие значения показателей отмечаются в районах, где наблюдаются также высокие значения показателей экстренной госпитализации. В ходе проведенного анализа установлена умеренная положительная корреляционная связь между уровнем досуточной и экстренной госпитализации по поводу доброкачественных новообразований органов женской половой сферы среди жителей различных районов Санкт-Петербурга ($\rho=0,66$; $p<0,01$).

Несмотря на значительный объем амбулаторных услуг, оказываемых пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы стационарами, следует указать, что из 34 медицинских организаций стационарного типа, оказывающих помощь пациенткам с этим диагнозом в системе ОМС, только в 9 из них медицинская помощь предоставлялась в специализированных отделениях дневных стационаров. Наряду с этим дневные стационары, предоставляющие помощь пациенткам в изучаемый период, работали в ряде поликлиник и женских консультаций, а также в отдельных родильных домах Санкт-Петербурга. Всего в городе для оказания медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями женской половой сферы в системе ОМС в изучаемый период было задействовано 35 дневных стационаров в различных медицинских организациях.

Активность работы дневных стационаров медицинских организаций в системе ОМС год от года снижается. Так, если в 2008 году услуги дневных стационаров взрослым пациенткам с доброкачественными новообразованиями женской половой сферы предоставлялись 24 медицинскими организациями, то в 2015 году количество таких медицинских организаций было только 11. Следствием этого является снижение уровня госпитализации этих пациентов в дневные стационары. Уровень госпитализации в дневные стационары медицинских организаций системы ОМС пациенток с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы был крайне незначителен и составил в 2008 году 12,4 на 100 тыс. взрослого населения. В 2009 году было отмечено существенное увеличение показателя – 17,0 на 100 тыс. взрослого населения (показатель наглядности – 137,1%), вместе с тем в дальнейшем из года в год значение показателя снижалось, и в 2015 году пациентки интересующей группы только с частотой 5,0 на 100 тыс. взрослого населения госпитализировались в дневные стационары (снижение показателя более чем в 2 раза; показатель наглядности 40,3% по отношению к уровню 2008 года).

В 2015 году наибольшая часть всех пациенток дневных стационаров, лечившихся по поводу доброкачественных новообразований женской половой сферы, были направлены на лечение женскими консультациями – 44,7%, значительное число пациенток (42,6%) – поликлиниками. В 5,9% пациентками дневных стационаров становились больные, проходившие в них долечивание по направлению стационаров непосредственно после госпитализации, в 4,8% в дневной стационар пациентки попадали по рекомендациям врачей подразделений неотложной и скорой медицинской помощи. Прочие медицинские организации системы ОМС направляли пациенток в дневной стационар в 2,0% случаях. В период с 2008 по 2015 год среди группы пациенток дневных стационаров, страдающих доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы, преобладали больные с лейомиомой матки (от 70,2 до 58,5% в изучаемый период).

Представленные сведения о работе дневных стационаров в системе ОМС позволяют считать, что по-прежнему дневные стационары не получают широкого развития как способ организации лечения пациентов, направленный на оптимизацию лечебно-диагностического процесса и расходов ресурсов системы ОМС.

С учетом полученных результатов в 2015 году был разработан и внедрен на базе медицинских организаций одного из районов Санкт-Петербурга организационный эксперимент по оптимизации предоставления медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы. В рамках проведенного эксперимента предложены подходы к организации лечения пациенток, основанные на взаимодействии амбулаторного и стационарного звена. Организационное

решение было реализовано в одном из районов Санкт-Петербурга. Для целей усиления роли стационарозамещающих технологий в лечении пациенток изучаемой группы на базе гинекологического отделения крупного многопрофильного стационара, располагающегося на территории базового района, были организованы 4 койки дневного стационара.

При планировании и обосновании такого решения принимались во внимание результаты, полученные в ходе комплексного исследования. В частности, при изучении мнения врачей акушеров-гинекологов женских консультаций установлено, что 74,4% из них считают целесообразным привлечение ресурсов стационаров для оказания амбулаторной медицинской помощи пациенткам с доброкачественными гинекологическими заболеваниями и 22,0% указали на возможность, но нецелесообразность открытия коек дневного стационара на базе женских консультаций. Направление для лечения на выделенных койках получали пациентки женских консультаций, расположенных на территории базового района, нуждающиеся в консервативном лечении, а также в проведении некоторых диагностических исследований, в частности гистероскопии. В организации предоставления специализированной гинекологической помощи были задействованы штатные врачи акушеры-гинекологи стационара.

В следующий четырехлетний период в дневном стационаре получили медицинскую помощь 1536 пациенток, средняя продолжительность лечения составляла $4 \pm 1,5$ дня. Также врачами акушерами-гинекологами стационара по направлению женских консультаций осуществлялось консультирование пациенток в сложных диагностических случаях.

Поскольку пациентки, наблюдающиеся в женских консультациях базового района Санкт-Петербурга, в основном госпитализируются в выбранный базой исследования районный стационар, для оценки эффективности работы организованного дневного стационара производилось сравнение показателей госпитализации на уровне данного района.

Оказалось, что уровень общей госпитализации в течение указанного периода не претерпел существенных изменений (113,6 на 100 тыс. взрослого населения в 2012 году, 112,0 на 100 тыс. взрослого населения в 2015 году, $t < 2$), однако частота экстренной госпитализации и досуточной госпитализации существенно снизилась (экстренная госпитализация 11,6 на 100 тыс. взрослого населения в 2012 году, 9,0 на 100 тыс. взрослого населения в 2015 году, $t = 3,9$; $p < 0,05$; досуточная госпитализация 7,0 на 100 тыс. взрослого населения в 2012 году, 5,5 на 100 тыс. взрослого населения в 2015 году, $t = 2,7$; $p < 0,05$).

В рамках проведенного комплексного исследования доказано также, что одним из наиболее существенных дефектов организации предоставления медицинской помощи женщинам при доброкачественных новообразованиях гинекологической сферы, в значительной мере влияющим на степень преимущества в лечении больных на разных

этапах оказания им медицинской помощи, следует считать невыполнение Базового спектра обследования пациенток в соответствии с этапностью оказания им медицинской помощи, установленной Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н.

С учетом выявленных дефектов была предложена система внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказываемой пациенткам изучаемой группы. Для этого в рамках требований к проведению внутреннего контроля качества медицинской помощи, установленных Федеральным законом от 01.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», были разработаны, предложены и внедрены на уровне женских консультаций базового района Санкт-Петербурга подходы к проведению внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказываемой пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы.

Было определено, что основными задачами внутреннего контроля качества медицинской помощи пациенткам следует считать: оценку соответствия лечебно-диагностического процесса установленным порядкам предоставления медицинской помощи пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы; выявление дефектов медицинской помощи, оказанной конкретным пациенткам, установление причин их возникновения; оценка организационных технологий оказания медицинской помощи пациенткам; анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в медицинской организации; оценка удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью; подготовка предложений для руководителя медицинской организации, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи. Предложенная система контроля качества реализована на двух уровнях: заведующие женскими консультациями (гинекологическими отделениями); врачебная комиссия медицинской организации. В рамках предложенной системы внутреннего контроля качества медицинской помощи заведующим женскими консультациями и заведующему гинекологическим отделением стационара установлены функции по контролю за обеспечением преемственности в работе между женской консультацией и гинекологическим отделением стационара, в том числе анализ обоснованности плановой и экстренной госпитализации, полноты использования

возможностей амбулаторного этапа лечения. Проведение контроля осуществлялось в постоянном режиме (еженедельно проводилась оценка медицинской документации не менее 30% случаев оказания медицинской помощи в женских консультациях; 100% случаев в стационаре). Систематизированные данные по выявленным дефектам еженедельно представлялись на врачебных конференциях. Выявленные недостатки оценивались персонафицированно по случаям оказания медицинской помощи каждым врачом акушером-гинекологом.

Проведенный анализ Базового объема обследования гинекологических пациенток в стационарных условиях, установленный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н, позволил установить, что как для пациенток с доброкачественными гинекологическими заболеваниями, поступивших в экстренном порядке, так и для пациенток, поступивших в плановом порядке, необходимым является выполнение ряда диагностических исследований в период госпитализации. Вместе с тем при направлении пациенток для лечения в плановой форме значительная часть этих исследований должна быть выполнена на амбулаторном этапе. Так, при плановой госпитализации догоспитальное обследование и предварительное лечение женщин на амбулаторном этапе предоставления медицинской помощи по показаниям включает в себя: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микроскопическое исследование влагалищных мазков, коагулограмма, гистеросальпингография и ряд иных исследований. Выполнение аналогичных исследований дублируется порядком, установленным приказом, в период стационарного лечения как для пациенток, поступивших в экстренном порядке, так и для пациенток, поступивших в плановой форме.

Выводы. Повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений целесообразно проводить на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Одной из перспективных форм применения стационарозамещающих технологий в настоящее время остается дневной стационар. Использование дневного стационара для совершенствования организации и повышения качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях является целесообразным.

Полученный анализ первичной медицинской документации пациенток, получавших специализированную медицинскую помощь в плановом порядке, позволил сделать вывод, что при соблюдении преемственности амбулаторного и стационарного этапов лечения и

соблюдении требований к проведению диагностики на этапе женской консультации, дублирование ряда диагностических процедур является избыточным.

Список литературы

1. Комличенко Э.В. Репродуктивное здоровье женщин и обоснование системы мер по его улучшению (на примере Санкт-Петербурга): автореф. дис. ... д-ра мед.наук : 14.02.03 / С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова. – СПб., 2010. – 37 с.
2. Кулаков В.И., Фролова О.Г. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации // Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН. – 2004. – № 3 (25). – С. 060–066.
3. Сухих Г.Т., Шувалова М.П., Фролова О.Г. и др. Государственная политика в области охраны здоровья матери и ребенка – долгосрочные перспективы развития // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 5. – С. 4-9.
4. Ступак В.С., Подворная Е.В., Литовченко И.А. и др. Проблемы межведомственного и междисциплинарного взаимодействия при оказании медицинской помощи женщинам и детям // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2014. – № 3 (61). – С. 21-25.
5. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. – М.: Менеджер здравоохранения. – 2012. – 319 с.
6. Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченков Ю.Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011 – № 6. – С. 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang,ru>.