

УДК 614.25

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОЙ РАБОТЫ

Сандаков Я.П., Дягилев И.В.

Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, e-mail: sand_2004@mail.ru

В статье представлены результаты экспертной оценки полноценности традиционных показателей охвата и качества, а также критериев эффективности диспансерного наблюдения. В качестве экспертов выбраны врачи, занимающие должности руководителей медицинских организаций и их структурных подразделений, имеющие специальность «организация здравоохранения и общественное здоровье», их средний врачебный стаж составил $19,5 \pm 6,2$ лет. Экспертам предложено оценить по абсолютной шкале от 0 до 3 полноценность традиционных показателей частоты, качества и критериев эффективности диспансерного наблюдения в отношении их способности измерить качество и объективизировать достижение цели диспансерной работы, а также устойчивость к искажению (фальсификации). Опрос показал, что эксперты наиболее высоко оценивают критерии эффективности диспансерного наблюдения (M от 2,4 до 2,8, Mo=3). Неполноценными в отношении оценки качества диспансерной работы были признаны традиционные показатели частоты и ряд показателей качества диспансерного наблюдения (M от 0,8 до 1,3, Mo=0).

Ключевые слова: критерии качества, диспансерное наблюдение, диспансерная работы, первичная медико-санитарная помощь.

CRITERIA FOR QUALITY OF DISPENSARY CARE

Sandakov Y.P., Diagilev I.V.

Diagnostic center № 3 Moscow Health Department, Moscow, e-mail: sand_2004@mail.ru

The article presents the results of the expert evaluation of the utility of the indicators of the frequency and quality of follow-up care, and the criteria for the effectiveness of the follow-up care. As experts, doctors are selected who occupy the positions of heads of medical organizations and their structural units having the specialty "Health care management and public health", the average medical experience of them were 19.5 ± 6.2 years. Experts are invited to evaluate from 0 to 3 the utility of traditional indicators of frequency, quality, and criteria for the effectiveness of follow-up care with respect to their ability to assess quality and objectify the goal of dispensary care and to their falsification resistance. The survey showed that experts most highly evaluate the criteria for the effectiveness of follow-up care (M from 2.4 to 2.8, Mo = 3). The traditional indicators of frequency and several indicators of the quality of follow-up care (M from 0.8 to 1.3, Mo = 0) were recognized as incomplete in assessing the quality of dispensary care.

Keywords: quality criteria, follow-up care, dispensary care, primary medical care.

Актуальность проблемы. Поиск инструментов по оценке качества медицинской помощи перманентен и актуален в условиях ограниченности ресурсов. В качестве инструментов оценки качества первичной медико-санитарной помощи предлагается использовать на уровне региональной системы здравоохранения показатель смертности населения без показателей смертности от внешних причин [1], удовлетворенность пациентов [2], индексы благополучия медицинских организаций [3], и, конечно, классические показатели объема и качества работы медицинской организации [4]. Анализ литературы показывает многочисленность и разноплановость подходов к оценке качества первичной медико-санитарной помощи. Однако доступных к ознакомлению работ, изучающих мнение врачей амбулаторно-поликлинических учреждений о значимости (полноценности) традиционных или вновь разрабатываемых показателей и критериев качества первичной

медико-санитарной помощи или ее компонентов, за последние 10 лет нет. Опросы врачей активно проводятся в рамках научно-исследовательских работ, но для изучения их отношения к внедрению информационных систем, к современным формам образования, к использованию новых технологий, системе финансирования, организации профильной медицинской помощи.

В этой связи **цель настоящего исследования** – определить критерии оценки качества диспансерной работы по мнению врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Диспансерная работа была выбрана как наиболее важный компонент первичной медико-санитарной помощи, в то же время позволяющий судить и об эффективности деятельности всей медицинской организации. Для оценки диспансерной работы повсеместно применяются классические показатели частоты и качества диспансерного наблюдения. Для объективизации достижения цели диспансерной работы, направленной на своевременное выявление, предупреждение осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, широко используются критерии эффективности диспансерного наблюдения.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели был проведен опрос 128 врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, из них 68 (53,1 %) человек на момент опроса занимали должность заведующего отделением, 34 (26,6 %) – заместителя главного врача по медицинской части, 26 (20,3 %) – главного врача. Средний возраст респондентов составил $43,3 \pm 7,3$ лет, врачебный стаж $19,5 \pm 6,2$ лет. Все врачи имели сертификат специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Перед опросом была проведена стандартизация используемой анкеты [5].

Опрос проводился в заочной форме в один этап. В анкеты были включены существующие показатели частоты, качества и критерии эффективности диспансерного наблюдения [6] на уровне медицинской организации:

- охват населения диспансеризацией;
- структура больных, состоящих под диспансерным наблюдением, по нозологическим формам и т.д.);
- своевременность взятия больных на диспансерный учет;
- полнота охвата диспансерным наблюдением больных;
- полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;
- соблюдение сроков диспансерных осмотров;

- удельный вес больных, снятых с диспансерного учета в связи с выздоровлением;
- удельный вес вновь взятых на диспансерный учет среди состоящих под наблюдением;
- удельный вес рецидивов в диспансерной группе;
- сокращение числа госпитализаций лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;
- сокращение числа госпитализаций лиц, состоящих на диспансерном наблюдении по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
- снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, состоящего на диспансерном наблюдении;
- удельный вес больных, состоящих на диспансерном наблюдении, не имевших в течение года временной утраты трудоспособности;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности в случаях и днях по конкретным заболеваниям, по поводу которых больные взяты на диспансерный учет;
- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;
- показатель первичной инвалидности состоящих на диспансерном учете за год;
- отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;
- летальность среди больных, состоящих на диспансерном учете;
- снижение показателей предотвратимой смертности, в том числе вне медицинских организаций, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;
- уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, состоящих на диспансерном наблюдении.

Респондентам предложено оценить по абсолютной шкале от 0 до 3 полноценность каждого из обозначенных критериев для оценки качества диспансерной работы. Под полноценностью понималась способность объективно измерить качество диспансерной работы; устойчивость к фальсификации (не возможность искажения лицом, качество работы которого оценивается); адекватность для объективизации цели диспансерной работы (их достижение приведет к сохранению и улучшению сохранения здоровья прикрепленного населения).

Ранжирование проводилось по величине средней и Моде. Оценка достоверности различия средних величин проводилась по критерию χ^2 или критерию Стьюдента, где достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Ранжирование, произведенное по величине средней, показало, что наиболее высоко оценивают респонденты критерии, традиционно относящиеся к критериям эффективности диспансерной работы (табл. 1). Лишь один из критериев эффективности – уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, – оценен респондентами не столь высоко. Следует отметить, что коэффициенты вариации по каждой совокупности свидетельствуют в пользу ее однородности (C_v от 16,1 % до 32,1 %) и расхождения по $\chi^2_{\text{эмп}}$ между распределениями статистически не достоверны ($p < 0,05$). Также о более высокой оценке критериев эффективности диспансерного наблюдения говорит Мода, которая в данных совокупностях была равна максимальному значению 3.

Таблица 1

Результаты экспертной оценки полноценности критериев качества диспансерной работы

Критерии	$M \pm \delta$	Коэффициент вариации C_v	Мо
снижение показателей предотвратимой смертности, в том числе вне медицинских организаций, лиц, состоящих на Д ¹ -наблюдении	2,8±0,45	16,1	3
снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, состоящего на Д-наблюдении	2,8±0,54	19,3	3
сокращение числа госпитализаций лиц, состоящих на Д-наблюдении по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний	2,6±0,64	24,6	3
отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности лиц, состоящих на Д-наблюдении	2,6±0,78	30	3
сокращение числа госпитализаций лиц, состоящих на Д-наблюдении	2,5±0,71	28,4	3
уменьшение числа случаев и количества дней ВН ² лиц, состоящих на Д-наблюдении	2,4±0,77	32,1	3
летальность среди больных, состоящих на Д-учете	2,3±0,71	30,9	2
показатель первичной инвалидности состоящих на Д-учете за год	2,3±0,63	27,4	2
удельный вес больных, состоящих на Д-наблюдении, не имевших в течение года ВУТ ³	2,1±0,63	30,0	2

своевременность взятия больных на Д-учет	1,8±1,03	57,2	1
уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, состоящих на Д-наблюдении	1,7±0,89	52,4	1
структура больных, состоящих под Д-наблюдением, по нозологическим формам и т.д.)	1,3±1,41	108,5	0
удельный вес больных, снятых с Д-учета в связи с выздоровлением	1,2±0,88	73,3	1
охват населения диспансеризацией	1,2±1,18	98,3	0
удельный вес вновь взятых на Д-учет среди состоящих под наблюдением	1,2±1,15	95,8	0
удельный вес рецидивов в диспансерной группе	1,1±1,08	98,2	0
заболеваемость с ВУТ в случаях и днях по конкретным заболеваниям, по поводу которых больные взяты на Д-учет	1,1±1,06	96,4	0
соблюдение сроков диспансерных осмотров	1,1±1,08	98,2	0
полнота охвата Д-наблюдением больных	1,1±0,79	71,8	1
полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий	0,8±1,07	133,8	0

Примечания. ¹ Диспансерный, ² Временная нетрудоспособность, ³ Временная утрата трудоспособности

Следующими по значимости были выбраны некоторые критерии, традиционно относящиеся к показателям качества диспансерного наблюдения: «летальность среди больных, состоящих на Д-учете», «показатель первичной инвалидности среди больных, состоящих на Д-учете», «удельный вес больных, состоящих на Д-наблюдении, не имевших в течение года ВУТ». По своему содержанию данные показатели наиболее близки к критериям эффективности диспансерной работы. Коэффициенты вариации второй группы критериев также говорят об однородности отдельных совокупностей, а расхождения по $\chi^2_{\text{Эмп}}$ между распределениями статистически не достоверны ($p < 0,05$). При ранжировании по Моде, равной 2, все три вышеперечисленных критерия стоят на втором месте относительно критериев первой группы.

Наименее значимая группа критериев получила высокую степень разнообразия оценок (C_v от 52,4 % до 133,8 %), кроме того, и каждая отдельная совокупность, как видно из таблицы, была неоднородна. Средневзвешенная оценка респондентов составила от 0,8 до 1,3. При ранжировании по Моде последнюю группу критериев можно разбить на две группы. Интересно, что в группу критериев, где Мода равна 1, вошли показатели качества и один критерий эффективности диспансерного наблюдения, характеризующие активность медицинского персонала в организации и проведении диспансерного наблюдения. В группу критериев, где Мода равна 0, респонденты включили показатели, характеризующие частоту

диспансерного наблюдения, а также ряд классических показателей качества диспансерного наблюдения.

Обсуждение

Опрос врачей с целью нахождения полноценных критериев качества диспансерной работы обнаружил единодушие респондентов в отношении критериев эффективности диспансерного наблюдения. Их респонденты посчитали наиболее полноценными для оценки качества диспансерной работы. Действительно, основные критерии эффективности диспансерного наблюдения позволяют объективно оценить качество, а не объем работы, не могут быть искажены медицинскими работниками, осуществляющими диспансерное наблюдение, и наконец, их достижение приводит к сохранению и улучшению здоровья обслуживаемого населения. Схожим по объективности в отношении оценки качества диспансерной работы показателям: «летальность среди больных, состоящих на Д-учете», «показатель первичной инвалидности среди больных, состоящих на Д-учете», «удельный вес больных, состоящих на Д-наблюдении, не имевших в течение года ВУТ», – респондентами был присвоен меньший балл. На наш взгляд, более низкая оценка обусловлена их несостоятельностью для воплощения цели диспансерной работы: сохранение и улучшение здоровья населения. Возможно, разница между формулировками «снижение показателей предотвратимой смертности...» и «летальность...», «сокращение числа случаев инвалидности...» и «показатель первичной инвалидности...», «уменьшение числа случаев и количества дней ВН...» и «удельный вес Д-больных, не имевших в течение года ВУТ» не заметна для измерения качества диспансерной работы, но становится очевидна, если речь идет об объективизации достижения цели.

Интересно, что «уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, состоящих на Д-наблюдении», относящегося к критериям эффективности диспансерного наблюдения, было низко оценено респондентами. Мы предполагаем, что высокий риск искажения (фальсификации) данного критерия медицинскими работниками, осуществляющими Д-наблюдение, является причиной его низкой оценки респондентами.

По этой же причине, на наш взгляд, были низко оценены такие классические показатели активности медицинского персонала в организации и проведении диспансерного наблюдения, как «своевременность взятия больных на Д-учет», «удельный вес больных, снятых с Д-учета в связи с выздоровлением», «полнота охвата Д-наблюдением больных». Но так как эти показатели позволяют объективно судить о качестве диспансерной работы и о достижении цели диспансерной работы, респонденты не включили их в группу неполноценных критериев.

Наконец, в группу критериев, которые респонденты оценили как неполноценные, вошли показатели, которые характеризуют частоту диспансерного наблюдения: «охват населения диспансеризацией», «удельный вес вновь взятых на Д-учет среди состоящих под наблюдением». Также среди неполноценных критериев оказались классические показатели качества диспансерного наблюдения: «удельный вес рецидивов в диспансерной группе», «соблюдение сроков диспансерных осмотров», «полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий», «заболеваемость с ВУТ в случаях и днях по конкретным заболеваниям, по поводу которых больные взяты на Д-учет». Мы считаем, что отнесение этих показателей к неполноценным связано с сочетанием в этих показателях нескольких отрицательных черт: высоким риском их фальсификации; низкой объективизацией качества диспансерной работы; низкой объективизацией достижения цели диспансерного наблюдения в отношении укрепления здоровья населения; наличием более корректных адекватных вариантов и (или) аналогов в предлагаемом к оценке перечне.

Заключение

Опрос респондентов показал, что наиболее корректными и адекватными критериями для оценки качества диспансерной работы являются основные критерии эффективности диспансерного наблюдения. Эти критерии позволяют не только объективно оценить качество организации и проведения диспансерного наблюдения, но и конкретизировать цель диспансерной работы, заключающейся в сохранении и улучшении здоровья прикрепленного населения. Кроме того, данные критерии не подвластны искажению (фальсификации) со стороны медицинских работников, осуществляющих диспансерную работу. Достоверность результатов опроса подтверждает отсутствие разнообразия оценок по каждому критерию ($C_v < 33\%$), равномерный характер их распределения в данной группе ($p < 0,05$), а также выбором данных критериев, как наиболее полноценных, большинством респондентов ($M_o = 3$).

Авторитетность экспертов подтверждает врачебный стаж более 10 лет, работа в качестве руководителей медицинских организаций и их структурных подразделений, наличие специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Список литературы

1. Карякин Н.Н., Кочубей А.В., Мухин П.В. Оценка эффективности системы здравоохранения субъектов Российской Федерации /Н.Н. Карякин, А.В. Кочубей, П.В. Мухин // Медицинский альманах. – 2013. – № 5 (28). – С. 14-17.

2. Одринский В.А. Оценка пациентами врачей общей практики как инструмент повышения качества первичной медико-санитарной помощи /В.А. Одринский // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2014. – № 4. – С. 68-73.
3. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Поликарпов А.В., Шикина И.Б., Вечорко В.И., Иванов И.В., Голубев А.П. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население /Ю.В. Михайлов и [др.]. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 51, № 5. – С. 1.
4. Линденбрaten А.Л., Гришина Н.К., Ковалева В.В., Загоруйченко А.А., Головина С.М., Гриднев О.В. К вопросу повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в Москве /А.Л. Линденбрaten и [др.]. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 4-5. – С. 159-167.
5. Журавлёв А.В., Кочубей А.В., Казаков А.С. Стандартизация анкеты для проведения опроса врачей в рамках научно-исследовательской работы / А.В. Журавлёв, А.В. Кочубей, А.С. Казаков // Вестник Росздравнадзора. – 2014. – № 6. – С. 33-36.
6. Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: Методические рекомендации. – М.: ГНИЦ ПМ, 2014. – 112 с.