

На правах рукописи

**Вороненко
Виктор Владимирович**

**НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ**

14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва, 2007 г.

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Ирина Михайловна Сон**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Вера Михайловна.Алексеева**

доктор медицинских наук, профессор **Владимир Анатольевич Стаханов**

Ведущая организация – «Московский научно-практический Центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Защита состоится «__»_____» 2007 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»

Автореферат разослан « 26 » « сентября »2007 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Евгений Иванович Сошников

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования

Целью государственной политики в области здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи, путем создания правовых экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости, потребностям населения, а так же современному уровню развития медицинской науки, ресурсам, которыми располагают государство и граждане (Путин В.В., 2004г.).

На протяжении многовековой истории развития, как зарубежного, так и отечественного здравоохранения, качество медицинской помощи оставалось актуальной и сложной проблемой, решение которой определялось соответственно проводимой в каждой стране политики в организации медицинской помощи населению. Радикальные преобразования в здравоохранении России последнего десятилетия, повышение стоимости всех видов обследования и лечения при одновременном снижении государственного финансирования лечебно-профилактических учреждений, требуют поиска новых форм и методов организации работы медицинских учреждений. Решение этих задач возможно, лишь на основе создания достаточно стройной и эффективной системы управления качеством медицинской помощи и ресурсами медицинского учреждения (Вардосанидзе С.Л., Воскоян Ю.Э.; 2002).

Сформировавшееся за многие десятилетия потребительское отношение населения к медицине на фоне недостаточного текущего финансирования здравоохранения, слабой материально-технической базы и низкого уровня оплаты труда медицинских работников, сопровождаются ростом неудовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи. В этих условиях проводимая реформа здравоохранения не может быть успешно выполненной без осуществления контроля качества обеспечения государственных гарантий медицинской помощи (Стародубов В.И., 2001).

Ранее были предприняты меры по созданию системы контроля качества в здравоохранении. Были определены ее правовые основы в Законе о медицинском страховании (1993), приказах МЗ РФ и ФФОМС о ведомственном и вневедомственном контроле качества (1996г.), Постановлением Правительства о Программе государственных гарантий (1998), Приказе МЗ РФ «О введении в действие Протоколов ведения больных (1999), приказе МЗ РФ «О введении института уполномоченных по качеству (2001) и др.

Однако до сих пор отсутствует единство экспертов в определении понятия качества медико-социальных услуг и его компонентов, не разработана методология управления качеством и его обеспечения, существует проблема стандартов и индикаторов качества (Хабриев Р.У., Юрьев А.С. и др., 2005).

Все эти проблемы в полной мере касаются и вопросов обеспечения качества в противотуберкулезной службе. Сложившаяся в советский период система оказания противотуберкулезной помощи, которая за семьдесят с лишним лет доказала свою эффективность, что было признано и международным сообществом; в условиях социальных сдвигов и ресурсного дефицита перестала соответствовать современным реалиям и требует модернизации. (Сон И.М., Магнитский В.А., Скачкова Е.И. и др., 2005).

Актуальность темы настоящего исследования определяется тем, что существующая на данный момент система оказания противотуберкулезной помощи не учитывает уровень и возможности различных противотуберкулезных учреждений, не позволяет контролировать реальные расходы на проведение профилактики и лечения, больных туберкулезом, и есть еще целый ряд проблем, которые требуют проведения научных исследований.

Цель исследования заключается в том, чтобы научно обосновать пути оптимизации лечебно-диагностического процесса в противотуберкулезном стационаре, для повышения его эффективности и снижения материальных и трудовых затрат на его проведение.

Задачи исследования:

1. Разработать и внедрить модель управления качеством медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания (ТОД), на стационарном этапе лечения.
2. Разработать и оценить эффективность внедрения автоматизированных рабочих мест в системе организации и контроля лечебно-диагностического процесса в стационаре.
3. Осуществить экспертную оценку качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом на стационарном этапе лечения, до и после внедрения модели управления качеством в стационаре.
4. Оценить трудовые затраты врача - фтизиатра легочно-терапевтического отделения до и после внедрения модели управления качеством в стационаре противотуберкулезного диспансера.
5. Изучить мнение пациентов по поводу качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания на стационарном этапе лечения, до и после внедрения модели управления качеством медицинской помощи.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- на основе обобщения теоретических знаний, накопленного опыта, а так же на основе собственных исследований обоснована и развита концепция качества медицинской помощи больным туберкулезом;
- разработана и внедрена модель управления качеством медицинской помощи больным туберкулезом на стационарном этапе лечения;
- разработаны и проведена оценка эффективности внедрения автоматизированных рабочих мест в системе организации и контроля лечебно-диагностического процесса в противотуберкулезном стационаре;
- изучено мнение пациентов по поводу качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания на стационарном этапе лечения, до и после внедрения модели управления качеством медицинской помощи;

- оценены трудовые затраты врача - фтизиатра легочно-терапевтического отделения до и после внедрения модели управления качеством в стационаре противотуберкулезного диспансера;

- проведена экспертная оценка качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом на стационарном этапе лечения до и после внедрения модели управления качеством в стационаре.

Научно-практическая значимость исследования состоит в том, что:

Полученные данные расширили знания о качестве медицинской помощи больным туберкулезом на стационарном этапе лечения.

Научно обоснованы основные направления оптимизации работы противотуберкулезных стационаров.

Разработанные организационные технологии и алгоритмы ведения больных туберкулезом в виде клинических путей позволяют определить пути улучшения качества медицинской помощи только за счет оптимизации деятельности врача без повышения затрат на ее оказание.

Методы психологической коррекции пациентов, разработанные на основе сочетания трех важных врачебных принципов: исторически сложившегося гуманизма, индивидуального подхода к пациенту и технологического процесса позволяют значительно снизить «социальное и психологическое бремя» болезни и уменьшить количество случаев преждевременного прерывания лечения.

Создание единой электронной информационной системы учреждения, позволило эффективно отслеживать каждого пациента с момента поступления его на лечение, определять основные проблемы, возникающие на этапах лечебно-диагностического процесса с последующим принятием оптимальных управленческих решений по их устранению.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Модель управления качеством медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания на стационарном этапе лечения.

2. Результаты изучения мнения пациентов по поводу качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания на

стационарном этапе лечения, до и после внедрения модели управления качеством медицинской помощи.

3. Трудовые затраты врача - фтизиатра легочно-терапевтического отделения до и после внедрения модели управления качеством в стационаре противотуберкулезного диспансера.

4. Результаты экспертной оценки качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом на стационарном этапе лечения до и после внедрения модели управления качеством в стационаре.

Внедрение: Результаты исследования внедрены в деятельность Ставропольского краевого клинического противотуберкулезного диспансера, а также Невинномысского филиала. Они использовались при подготовке:

- ежегодных информационных сборников информационно-аналитического центра министерства здравоохранения Ставропольского края «Основные показатели медицинского обслуживания населения Ставропольского края», «Информационный бюллетень о результатах противотуберкулезных мероприятий в Ставропольском крае»;

- справочных материалов для органов управления здравоохранением районного уровня;

- пособия для организаторов здравоохранения «Научное обоснование нормирования труда врача-фтизиатра участкового и консультативного приема»;

- пособия для фтизиатров и пульмонологов «Оценка эпидемической ситуации по туберкулезу и анализ деятельности противотуберкулезных учреждений»;

- лекциях для аспирантов и клинических ординаторов в ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава».

Апробация результатов исследования. Результаты работы доложены на: совещании руководителей противотуберкулезных служб субъектов Федерации Южного федерального округа (г. Ставрополь. 2006), Российской научно-практической конференции «Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России»

(Москва, 2006г), Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении» (Москва, 2007), Всероссийском съезде фтизиатров (Москва, 2007), апробационном совете в ФГУ «ЦНИИОЗ Росздрава».

Публикации: по теме диссертации опубликовано 6 печатных работ.

Объем и структура работы. Материалы диссертации изложены на 178 страницах машинописного текста, отражены в 36 таблицах, 29 рисунках, и 6 схемах. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы», 3 глав собственных исследований, заключения, выводов и предложений, приложений. Список использованной литературы включает 120 источников, т.ч. 88 отечественных и 32 иностранных авторов.

Содержание работы

Во **введении** обоснована актуальность проведенного исследования, определены цель и задачи, изложены научная новизна, научно-практическая значимость работы, основные положения, выносимые на защиту.

Глава 1 «Организация контроля качества оказания медицинской помощи в противотуберкулезном стационаре» отражает обзор литературных и научных исследований по изучаемой проблеме, включает анализ отечественных и зарубежных источников. Отмечено, что существующая система оказания противотуберкулезной помощи не учитывает уровень и возможности различных противотуберкулезных учреждений, не позволяет контролировать реальные расходы на проведение профилактики и лечение больных. Выявлены проблемы фтизиатрической службы в организации контроля и повышения качества оказания медицинской помощи больным.

Глава 2 «Методика и организация исследования» содержит характеристику базы исследования. Базой исследования являлся Невинномысский филиал Государственного учреждения здравоохранения «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер». Учреждение расположено в г.Невинномысск (Ставропольский край), который характеризуется компактностью проживания населения, высоким уровнем

развития промышленности, высоким уровнем организации оказания медицинской помощи, а также интенсивными миграционными процессами.

Для решения поставленных задач была использована комплексная методика, включающая статистический, социологический, экспертный, хронометражный методы, метод экономического анализа и организационный эксперимент.

Статистический метод заключался в выборке данных из медицинских документов, с последующей статистической обработкой. Были использованы традиционные методы вычисления экстенсивных и интенсивных показателей.

Социологический метод использовался при анкетировании пациентов, с целью изучения их мнения о качестве медицинской помощи, оказанной им. Экспертный метод использовался для оценки качества и эффективности лечения, больных туберкулезом, получивших стационарную помощь.

Хронометражный метод проводился для определения трудозатрат врача-фтизиатра легочно-терапевтического отделения на лечение больных до и после модернизации рабочих мест (АРМ врача стационара и электронная история болезни).

С помощью метода экономического анализа была оценена экономическая эффективность от внедрения модели управления КМП больным туберкулезом, в деятельность стационара.

Организационный эксперимент заключался во внедрении модели управления качеством медицинской помощи больным туберкулезом на стационарном этапе лечения.

Программа исследования включала 4 этапа (схема 1).

На первом этапе (2005г.) проводилась комплексная оценка качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания, на стационарном этапе лечения.

На втором этапе (2005-2006гг.) - обоснованы и разработаны основные пути повышения качества медицинской помощи, создано и внедрено информационное и организационное обеспечение управления качеством лечебно-диагностического процесса в противотуберкулезном стационаре,

проведено обучение медицинского персонала. При разработке базисных установок совершенствования лечебно-диагностического процесса, использовались методы теоретического анализа и переход от абстрактного к конкретному. Среди резервов повышения качества методом ситуационного анализа был выбран путь оптимизации организационных технологий.

Третий этап исследования (2006г.) включал проведение комплексной оценки КМП после внедрения модели управления качеством, в работу противотуберкулезного стационара, а также оценку экономической эффективности внедренной модели.

На четвертом этапе (2007г.) - обобщены научно-практические результаты исследования и предложена теоретическая основа системы управления, адекватная требованиям, выдвигаемым реформой медицинской помощи, основанной на обеспечении качества, определены основные пути повышения качества медицинской помощи, больным туберкулезом в стационаре.

Объектом исследования являлись:

- 1) Больные, жители города Невинномыска и районов Ставропольского края, прошедшие стационарный курс лечения в легочно-терапевтическом отделении филиала, на круглосуточных койках и койках дневного пребывания.
- 2) Врачи фтизиатры легочно-терапевтического отделения.

Обработка материала проводилась на ПВЭМ с процессором Pentium IV с использованием современных программных комплексов Microsoft Windows-XP, Word for Windows-2000

В третьей главе «Организация внедрения и оптимизации путей управления качеством медицинской помощи на стационарном этапе лечения в противотуберкулезном диспансере» поэтапно описаны разработка и внедрение модели управления качеством оказания медицинской помощи в противотуберкулезном стационаре.

Цель исследования: Комплексная оценка работы стационарного отделения противотуберкулезного диспансера и научное обоснование путей оптимизации лечебно-диагностического процесса, для повышения его качества и экономической эффективности		
Задачи	Материалы	Методы
Разработать и внедрить модель управления качеством медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания (ТОД), на стационарном этапе лечения	История болезни стационарного больного Форма № 003-У. (435 историй болезни) Отчетные формы №8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», № 33 «Отчет о больных туберкулезом» №30 «Отчет о лечебно-профилактическом учреждении»	организационный эксперимент
Разработать и оценить эффективность внедрения автоматизированных рабочих мест в системе организации и контроля лечебно-диагностического процесса в стационаре	Специально разработанная карта матричного контроля качества лечения. (435 карт за 2005-2006гг.)	статистический, социологический, экспертных оценок
Осуществить экспертную оценку качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом на стационарном этапе лечения, до и после внедрения модели управления качеством в стационаре	Специально разработанная экспертная карта качества медицинской помощи.(435 карт за 2005-2006гг.)	метод экономического анализа статистический, социологический, экспертных оценок
Оценить трудовые затраты врача - фтизиатра легочно-терапевтического отделения до и после внедрения модели управления качеством в стационаре противотуберкулезного диспансера	Карты фотохронометражных наблюдений за работой врачей фтизиатров стационара в течении 2-х недель до и после внедрения модели управления качеством	хронометражный метод, метод экспертных оценок
Изучить мнение пациентов по поводу качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания на стационарном этапе лечения, до и после внедрения модели управления качеством медицинской помощи	Специально разработанная анкета оценки больными качества медицинской помощи. (435 анкет за 2005-2006гг.)	статистический, социологический

Схема 1. Организация исследования

В третьей главе «Организация внедрения и оптимизации путей управления качеством медицинской помощи на стационарном этапе лечения в противотуберкулезном диспансере» поэтапно описаны разработка и внедрение модели управления качеством оказания медицинской помощи в противотуберкулезном стационаре.

В процессе исследования был определен алгоритм оказания медицинской помощи в легочно-терапевтическом отделении; созданы клинические пути ведения больного по основным формам туберкулезного процесса легких; созданы технологические модели лечебных и диагностических процессов (организационных и медицинских), с подробным описанием каждого этапа. Также определены индикаторы качества медицинской помощи и разработаны системы мониторинга технологических процессов в контрольных точках. Созданы и отработаны механизмы воздействия на вышеуказанные процессы с целью получения оптимального результата из научно-прогнозируемых.

В качестве метода проектирования процессов нами были выбраны метод клинических путей и структурный анализ с выделением событий. Метод клинических путей использовался для моделирования процесса ведения больного в стационарных отделениях и предусматривал структурное, сетевое и календарное планирование потоков работ, определяющих весь курс обследования и лечения в целом, а так же отдельные его этапы. В стационарном отделении клинические пути адаптированы с учетом возможностей их выполнения, укомплектованности кадрами и оснащенности оборудованием. Соответствие стандартам, изложенным в данных клинических путях, рассматривалось как обязательное условие положительной оценки качества работы сотрудников. В то же время, данные стандарты рассматривались как базисные, то есть являющиеся общими для большинства больных. При этом они не считались строгими догмами, не подлежащими каким – либо изменениям. Они могли быть изменены или дополнены при условии убедительного обоснования действий врача. Идентификация процессов была неразрывно связана с их последующим проектированием, т.е. построением модели лечебно-диагностического вмешательства, имеющей цель получения наименее

затратного, наименее продолжительного и наиболее эффективного (соответственно ресурсному обеспечению отделения) пути получения конечного клинического результата.

Общая модель оказания медицинской помощи пациентам представлена на схеме 2.

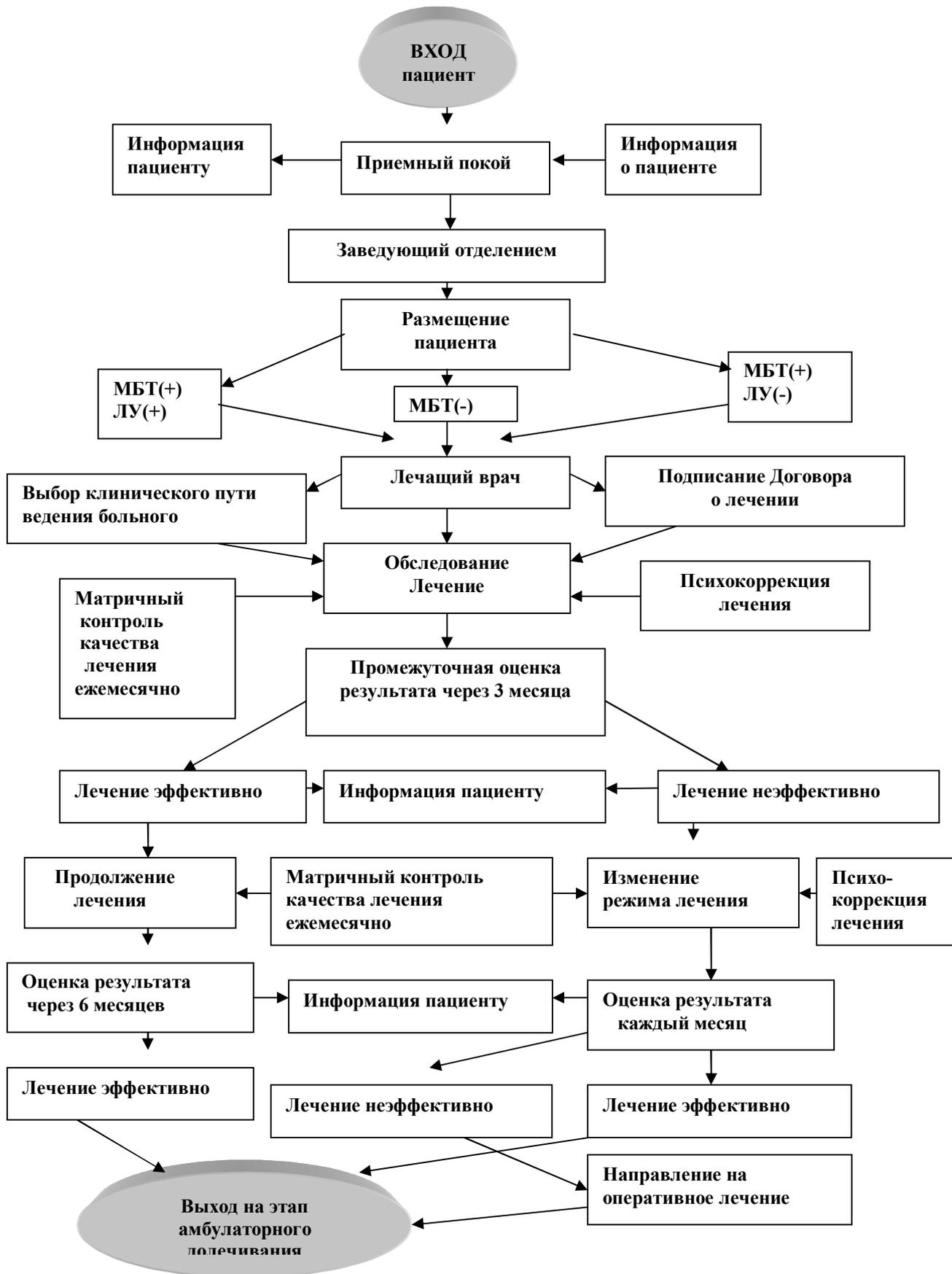
Следующим этапом улучшения качества медицинской помощи, стала модернизация лечебно-диагностического процесса, которая диктует необходимость формирования новых подходов к его организации обеспечивающей наиболее эффективное использование материальных и трудовых ресурсов.

На этапе проведена работа по созданию автоматической информационной системы (АИС), которая представляет собой совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в учреждении и обеспечивающих сбор, обработку и представление различных срезов медицинской и прочей информации, необходимой для управления качеством медицинской помощи.

В состав системы входит локальная вычислительная сеть и широкий набор функционально ориентированных прикладных программ, ориентированных на решение всего спектра задач организации и управления лечебным процессом в филиале. Программный комплекс системы состоит из ряда подсистем. В него входят: АРМ регистратора и база данных пациентов; АРМ врача стационара; АРМ участкового фтизиатра; АРМ врача рентгенолога и электронный рентгенархив; АРМ врача лаборатории; АРМ медицинского статистика; Администратор системы.

Основными целями и задачами АИС являются: сбор, хранение, обработка и оперативная выдача информации о ходе лечебно-диагностического процесса; повышение эффективности труда медицинского персонала филиала за счет автоматизации трудоемких, рутинных операций (ведения историй болезни, подготовке выписок, справок, отчетов); повышение качества эффективности диагностики и лечения за счет создания медицинской базы данных; на основе

Схема 2. Модель оказания медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания.



полученной базы данных проведение сравнительной оценки эффективности различных методов и схем лечения; контроль полноты и качества диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий; предоставление сотрудникам необходимой справочной информации.

Внедрение системы в филиале позволило обеспечить: оперативное управление документооборотом на базе электронной формы истории болезни; оперативное круглосуточное извлечение из электронного архива любой медицинской информации о больном; ведение больных с использованием клинических путей и стандартов оказания медицинской помощи; мониторинг правильности ведения больных путем сопоставления реально выполненных лечебно-диагностических мероприятий с запланированными; экспертизу с использованием индикаторов качества, моделей прогноза.

Процесс лечения любого заболевания отражает в определенной мере действия не только механистических лечебных и диагностических технологических процессов, но и ряда психологических факторов, оказывающих положительное или отрицательное влияние на его эффективность. В значительной мере это относится к больным туберкулезом легких, где психика больных во всех ее проявлениях играет весьма значительную роль. Длительность лечебно-диагностического процесса, медленное изменение клинической картины в сторону улучшения, наличие рядом большой группы хронических больных дезинформирующих больного по поводу «исхода» заболевания, фобическое отношение к больному со стороны общества, формируют у больного негативное отношение к окружающим, в том числе и к медицинскому персоналу, а также к самому процессу лечения. Длительный период «госпитализации», кроме того, способствует формированию микросоциальных групп пациентов, объединенных возрастом, социальным статусом, интересами, пребыванием в одной палате и др. В данных группах возникают устойчивые нормы поведения, связанные с отношением к лечению,

больничному режиму, к персоналу, которые не всегда позитивны. Все эти факторы формируют значительные трудности в лечении больных туберкулезом.

За основу психологической работы с пациентами нами была принята так называемая «контрактная модель», которая позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоим его участникам. Наиболее значимыми в процессе действий команды медицинских работников стационара в отношении больных стали такие черты, как уверенность поведения и способность к взаимопониманию.

В организации психологической поддержки лечебно-диагностического процесса, были определены факторы, способные оказывать влияние на качество и эффективность лечения, а также на удовлетворенность внешних и внутренних потребителей, его результатом. Это: участие пациентов в принятии решений по ведению их заболевания; обеспечение информированности больных и их родственников на всех этапах течения заболевания; формирование устойчивого контакта «врач-пациент» и обеспечение постоянной поддержки пациентов; получение информированного согласия на все лечебные и диагностические манипуляции; поощрение отзывов и анкетирование пациентов.

Оценка соответствия обследования, лечения больного, психологической работы с ним, разработанным клиническим путем, проводится, каждый месяц лечащим врачом и каждые три месяца врачебной комиссией филиала, которая определяет насколько эффективно лечение каждого больного, выясняет причины неэффективности, дает рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

Один раз в месяц, лечащий врач, заполняет специально разработанный модуль контроля качества лечения, в котором отражены основные данные о прохождении больным лечения, результаты обследования и проводимой терапии, психологический портрет больного, а также меры направленные на улучшение качества лечения.

Данный модуль позволяет осуществить: проведение мониторинга и оценки результатов лечебно-диагностического процесса, каждого конкретного пациента,

на всем его протяжении; анализ и самоанализ работы лечащего врача; формирование комплексной оценки морально-психологического состояния пациентов, как в микрогруппе (палате), так и в целом всего коллектива стационарных больных, а также проводимой медперсоналом, работы по психокоррекции лечения. Кроме того, на каждую историю болезни введена стандартная матричная карта оценки качества лечения больного. Карта позволяет оценить полноту и правильность клинического диагноза, качество и полноту обследования; объем лечения и его длительность, эффективность лечения, качество оформления документации. По итогам оценки, формируются предложения для принятия управленческих решений, необходимых для улучшения качества медицинской помощи.

В главе 4 «Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом до и после внедрения модели управления качеством в стационаре противотуберкулезного диспансера» представлены результаты сравнительной оценки качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом до и после внедрения модели управления качеством в стационаре.

После внедрения модели управления качеством в противотуберкулезном стационаре уже через год произошло улучшение. Чаще стали соблюдаться стандарты обследования и лечения, как при обследовании и лечении впервые выявленных больных, так и при обследовании и лечении больных из контингентов. Так, в 2006 году, стандарты обследования впервые выявленных больных при поступлении в стационар и в течение всего срока лечения соблюдались на 7,6% чаще, чем в 2005г., больных их контингентов - показатели соответствия стандартам обследования у первичных больных на 10,7%. Положительная динамика отмечалась и в отношении соблюдения стандартов лечения. В 2006г. стандарты лечения впервые выявленных больных соблюдались на 5% чаще; больных из контингентов - на 3,7%. Сроки лечения впервые выявленных больных соответствовали стандартным на 14,1% чаще; больных из контингентов - на 15,3%.

Больные стали реже самостоятельно прерывать курс стационарного лечения. При этом в 2006г. впервые выявленные больные прерывали курс лечения в 17,2% случаев, в 2005г. – в 28,6%, а больные из контингентов – в 27,4% и 46,0% соответственно (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение прерывания курса стационарного лечения и повторной госпитализации в течение 2-х месяцев больных пролеченных стационарно в 2005-2006 гг. (%)

Показатель	Первичные		Контингенты		Всего	
	2005г.	2006г.	2005г.	2006г.	2005г.	2006г.
Самостоятельное прерывание лечения	28,6	17,2	46,0	27,4	37,6	22,8
Выписка за нарушение режима	21,4	14,0	28,2	27,4	24,9	21,3
Повторная госпитализация больных прервавших лечение в течение 2-х месяцев	7,1	20,7	13,8	24,2	11,2	23,0

В 2006 г. по сравнению с 2005г. повторная госпитализация больных прервавших лечение, в течение 2-х месяцев наблюдалась достоверно чаще, и среди впервые выявленных больных (2005г. -7,1%, 2006г. – 20,7%; $P>99,9\%$, $p<0,001$) , и среди больных из контингентов (2005г. – 13,8%, 2006г. – 24,2%; $P>95\%$, $p<0,05$).

Эффективность лечения оценивалась по традиционным показателям, таким как закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения (табл. 2).

Таблица 2

Показатели эффективности лечения больных в стационаре (2005г.,2006 г.)

Показатель	Первичные		Контингенты	
	2005г.	2006г.	2005г.	2006г.
Закрытие полостей распада (%)	71,0	75,0	14,3	21,0
Прекращение бактериовыделения (%)	86,0	95,0	28,0	50,0

Как следует из таблицы, в 2006 году показатели закрытия полостей распада у впервые выявленных больных улучшились незначительно с 71,0% до 75,0% ($P<95\%$, $p>0,05$), большой прогресс достигнут у больных из контингентов, показатели закрытия полостей распада у этой группы возросла с 14,3% до 21,0% ($P>95\%$, $p<0,05$). Показатели прекращения бактериовыделения как впервые

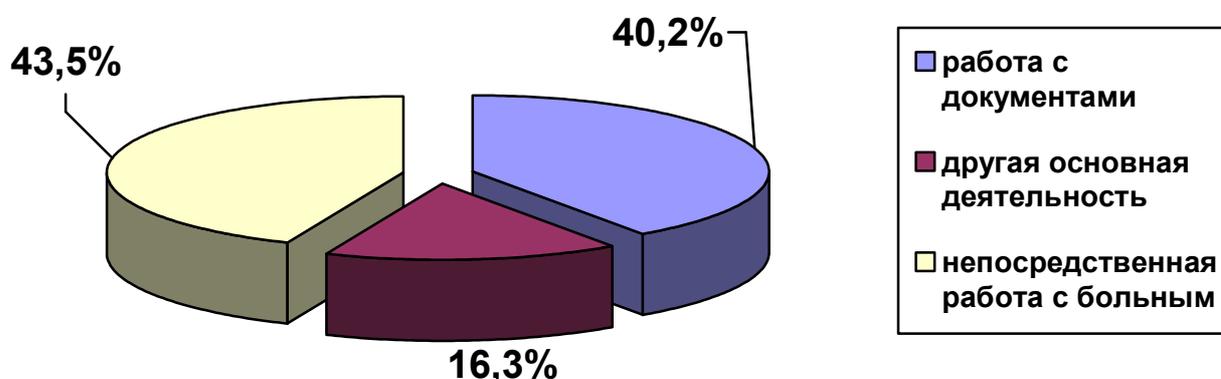
выявленных больных, так и больных из контингентов также возросло в 2006г. до 95,0% и 50,0% соответственно

Таким образом, сопоставление результатов эффективности лечения позволило выявить, что при относительно однородном составе пациентов пролеченных стационарно в 2005-2006 гг. эффективность лечения в 2006 году улучшилась как среди первичных больных, так и в контингентах.

Глава 5 «Оценка трудовых затрат врача - фтизиатра легочно-терапевтического отделения, до и после внедрения модели управления качеством в стационаре противотуберкулезного диспансера» посвящена определению трудозатрат врача-фтизиатра легочно-терапевтического отделения, до и после внедрения в работу филиала модели управления качеством медицинской помощи. Был использован суммарный метод изучения трудозатрат, который применяется для определения норм труда без детального изучения трудового процесса.

Для получения данных о затратах времени врачей фтизиатров стационара, использовалась карта фотохронометражных наблюдений, где фиксировались порядок и наименование трудовых операций и затраты труда по текущему времени. Фотохронометражное наблюдение в 2005 и 2006гг. проводилось за работой тех же двух врачей фтизиатров стационара. Средние трудозатраты врача фтизиатра стационара в 2005г. отражены на рисунке 1.

Рисунок 1. Средние трудозатраты врача фтизиатра стационара в 2005г.

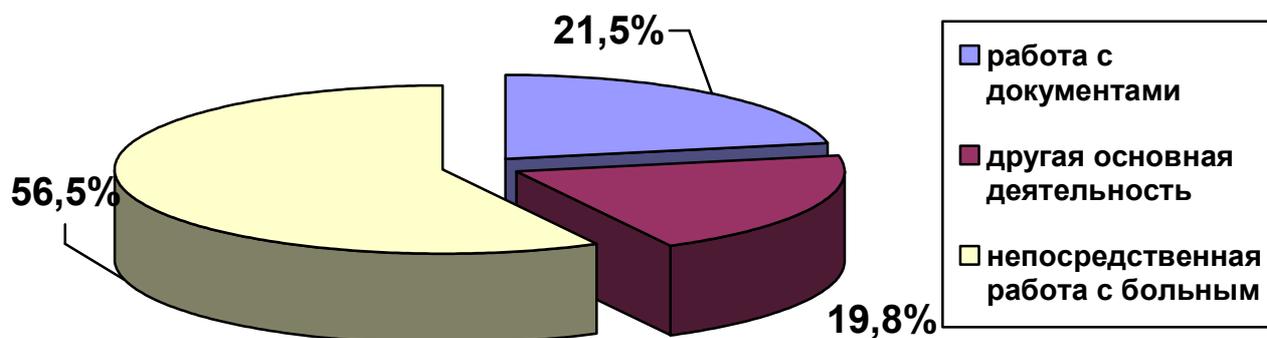


Как видно из рисунка, на работу с документацией врач стационара, в 2005г. в среднем затрачивал - 40,2%; на непосредственную работу с больными – 43,5%; на другую основную деятельность – 16,3%.

Исследование проводилось также в 2006г., после внедрения в работу филиала модели управления качеством медицинской помощи и создания АРМ врачей фтизиатров стационара, соединенных в единую информационную сеть с АРМ врачей рентгеновского кабинета и диспансерного отделения. Проведен анализ структуры затрат рабочего времени обоих врачей.

Средние трудовые затраты врача фтизиатра стационара в 2006г. отражены на рисунке 2.

Рисунок 2. Средние трудовые затраты врача фтизиатра стационара в 2006г.



Как видно из рисунка, трудовые затраты врача стационара, сместились в сторону непосредственной работы с пациентами. Работа с медицинской документацией стала занимать 1/5 часть от основной работы.

Это произошло за счет модернизации рабочих мест, компьютеризации ведения документации, а также за счет введения нового стиля организации работы в виде командной структуры, формированию мотивации врачей отделения к качественному выполнению работы и активному участию во внедрении модели управления качеством.

Глава 6 «Оценка пациентами качества оказания медицинской помощи на стационарном этапе лечения до и после внедрения модели управления качеством медицинской помощи» освещает данные результатов изучения мнения пациентов о качестве лечебно-диагностического процесса, условиях

пребывания, причинах осложняющих процесс лечения, до и после внедрения в работу модели управления качеством медицинской помощи. Проведено анонимное анкетирование 435 больных туберкулезом, проходивших стационарный курс лечения в 2005 и 2006 гг.

Проведенный экспертный анализ позволил выявить, что в 2005 г. значительное количество пациентов было не удовлетворено качеством питания. Это объясняется тем, что финансирование питания в условиях постоянной инфляции достигает от 20 до 40% от необходимых средств, для выполнения натуральных норм по питанию (приказ МЗ РФ от 05.08.2003г. № 330 и приказ МЗ РФ от 26.04.2006г. № 316). Однако в 2006 году количество таких пациентов уменьшилось. Этому способствовала, внедренная практика лечебных отпусков, которая позволяла снизить расходы на питание пациентов. Сэкономленные средства направлялись на улучшение питания больных, в другие дни.

Средний балл оценки здоровья пациентами в 2006 году 2,34, что на 11 % выше, чем в 2005 году – 2,1 балла. Существенно, по мнению пациентов, улучшилось качество психологической работы в 2006 г. по сравнению с 2005 годом. В 2006 году, после усиления работы с пациентами, по психологическому сопровождению лечения, достоверно снизилось количество пациентов, отмечающих отсутствие заинтересованности медицинских работников в излечении больного и низкую квалификацию медицинского персонала. Достоверно увеличилось количество пациентов, признающих факторами, осложняющими процесс лечения, личную недисциплинированность, наличие вредных привычек и плохую переносимость медикаментов. В оценке таких факторов, как: недостаточное обеспечение медикаментами, наличие сопутствующих заболеваний и нацеленность на получение инвалидности, достоверных изменений не произошло. Таким образом, анкетирование пациентов позволяет, проводить администрации филиала, скрининговую оценку качества медицинской помощи и принимать меры по устранению недостатков.

В заключении диссертации подведены итоги проведенного исследования.

Выводы

1. Разработанная и внедренная модель управления качеством лечебно-диагностического процесса в противотуберкулезном стационаре, является эффективным решением по оптимизации медицинской помощи больным туберкулезом. Модель позволяет четко определять многочисленные проблемы, возникающие в процессе ведения больных, определяет методы решения этих проблем, путем корректировки и изменения уже существующих стандартов, основываясь, прежде всего, на научной доказанности, эффективности вводимых корректировок и изменений, для каждого конкретного случая.

2. Информатизация ЛПУ создает дополнительные возможности подхода к оценке качества оказываемой медицинской помощи и как к достигаемой цели, и как к средству эффективного управления лечебно-диагностическим процессом. Создание и внедрение в работу, АРМ врача-фтизиатра стационара, оснащение его программным обеспечением, позволило в значительной степени освободить врача от рутинной работы по оформлению документов и больше внимания уделять собственно лечению пациента.

3. Внедрение в работу стационара психологической работы с пациентами на основе так называемой «контрактной модели», позволило повысить ориентацию медицинских работников на непосредственную работу с каждым пациентом, для достижения наилучшего клинического результата для обоих. В результате улучшается соблюдение стандартов обследования и лечения.

4. Внедренная практика лечебных отпусков позволяет снизить количество прерываний больными стационарного лечения и уменьшить расходы на питание пациентов. Сэкономленные средства направлялись на улучшение питания больных, в другие дни.

5. Проведение экспертизы качества медицинской помощи с использованием индикаторов качества, моделей прогноза и мониторинга частоты и вида технологических отклонений позволяет повысить контроль качества лечения и ведения медицинской документации.

6. Сравнение результатов эффективности лечения позволило выявить, что при относительно однородном составе пациентов пролеченных в

противотуберкулезном стационаре эффективность лечения в 2006г. по сравнению с 2005г. улучшилась как среди впервые выявленных больных, так и больных из контингентов. В 2006 году показатели закрытия полостей распада у впервые выявленных больных улучшились незначительно с 71,0% до 75,0% ($P < 95\%$, $p > 0,05$), больший прогресс достигнут у больных из контингентов, показатели закрытия полостей распада у этой группы возросли с 14,3% до 21,0% ($P > 95\%$, $p < 0,05$). Показатели прекращения бактериовыделения как впервые выявленных больных, так и больных из контингентов также возросли в 2006г. до 95,0% и 50,0% соответственно

7. Анализ структуры затрат рабочего времени врачей – фтизиатров в стационаре противотуберкулезного диспансера показал, что в структуре трудозатрат, удельный вес непосредственной работы с больными, у врачей составлял в среднем 44,0% основного времени работы, работа с медицинской документацией занимала в среднем 40,0% основного времени работы; другая основная деятельность (оценка рентгенограмм, служебные разговоры, участие в работе врачебной комиссии) – в среднем 16,0%. После внедрения в практику АРМ структура трудозатрат изменилась, удельный вес непосредственной работы с больными у врачей стал составлять – 56,0% основного времени работы, работа с медицинской документацией – 23,5 % основного времени работы. Другая основная деятельность (оценка рентгенограмм, служебные разговоры и т.д.) – 20,5%.

8. Социальный аспект внедрения заключается в уменьшении числа больных, неудовлетворенных полученной медицинской помощью. Количество больных отмечающих, отсутствие заинтересованности врачей в излечении пациента, уменьшилось на 18,4%. Уменьшилось число больных, которых не устраивала квалификация медицинского персонала, повысилась критика пациентов к своей роли в процессе лечения. Тем не менее, как показало анкетирование, пятая часть пациентов, откровенно нацелена на получение инвалидности по данному заболеванию. В первую очередь, это социально-неустроенные люди, у которых пенсия по инвалидности является единственным источником дохода, чтобы его не потерять, они всячески будут уклоняться от полноценного, непрерывного лечения.

Предложения

1. Внедрение в практику работы противотуберкулезных стационаров клинических путей позволит осуществлять матричный контроль соответствия выбранным стандартам на всем протяжении лечебно- диагностического процесса, регламентировать практические действия, придать организационным шагам системный и целенаправленный характер.

2. Для управления качеством медицинской помощи во всех противотуберкулезных диспансерах необходимо создание автоматизированной информационной системы (АИС), которая представляет собой совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих и обеспечивающих сбор, обработку и представление различных срезов медицинской и прочей информации. В состав системы должны входить: локальная вычислительная сеть и широкий набор функционально ориентированных прикладных программ, ориентированных на решение всего спектра задач организации и управления лечебным процессом в филиале. Состав и конфигурацию сети необходимо проектировать с учетом объема документопотока, топографии размещения подразделений и диагностических кабинетов, требуемой надежности системы.

3. Внедрение компьютерных технологий в практику позволит улучшить деятельность ЛПУ, поднять её на качественно новый уровень, рационально использовать рабочее время врачей и руководителей, совершенствовать взаимодействие всех субъектов медицинского страхования.

4. За основу психологической работы с пациентами целесообразно принимать так называемую «контрактную модель», которая позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоим его участникам. В рамках этой модели врач и пациент приходят к общему пониманию болезни, ее причин, особенностей течения и прогноза. «Совместно» вырабатывается стратегия лечения. Врач с учетом потребностей и возможностей больного, а также задач лечебно- диагностического процесса прогнозирует с определенной долей вероятности, выраженность контактности пациента. Определяется совместная ответственность врача и пациента за ход и результаты лечения. С

больным согласовываются все основные этапы его лечения. Врач добивается от пациента, сотрудничества в лечении, выполнения соответствующих врачебных рекомендаций и, особенно требования, следовать здоровому образу жизни.

5. Для смягчения последствий длительного пребывания больного вне дома, при невозможности перевода его в дневной стационар, необходимо проводить политику еженедельных лечебных отпусков в выходные дни. Данная политика позволяет снизить количество прерываний больными стационарного лечения, что в свою очередь повышает его эффективность.

Список публикаций

1. Вороненко В.В., Шалайко Т.А. Оценка качества медицинской помощи больным туберкулезом в Ставропольском крае пациентами и медицинскими работниками //Новые организационно- правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России. Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. – М., 2006.- С 85-93.
2. Вороненко В.В., Шалайко Т.А. Мониторинг за смертностью – инструмент повышения результативности противотуберкулезной службы //Новые организационно- правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России. Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. М., 2006. - С 220-224.
3. Вороненко В.В. Реализация городской целевой программы борьбы с туберкулезом на эпидемиологическую обстановку в г. Невинномысске Ставропольского края //Проблемы туберкулеза и болезни легких.-2007.- № 8, С. 5-8.
4. Вороненко В.В., Сон И.М., Леонов С.А., Шалайко Т.А., Одинец В.С. Научное обоснование нормирования труда врача-фтизиатра участкового и консультативного приема. - М.: РИО ЦНИИОИЗ, -2007. - 26с.
5. Вороненко В.В., Шалайко Т.А. Разграничение полномочий между различными уровнями власти (на примере противотуберкулезной службы Ставропольского края) //Новые технологии в современном здравоохранении. Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. – М., 2007.- С 290-293.
6. Вороненко В.В., Сон И.М., Леонов С.А., Сельцовский П.П., Цыбикова Э.Б., Шалайко Т.А., Захарова А.Б., Сазыкина И.Г., Скачкова Е.И. Оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу и анализ деятельности противотуберкулезных учреждений //Пособие для фтизиатров и пульмонологов. - М.: ЦНИИОИЗ, 2007. - 64с.