

ОБЗОРЫ

УДК 616.24-08-07].004.12

С.Д.Тарасюк, Л.Г.Манаков, А.А.Серова

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)***Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,
Благовещенск***РЕЗЮМЕ**

В работе представлен обзор литературы по организации, методике и способам оценки качества медицинской помощи в пульмонологии.

Ключевые слова: пульмонология, качество медицинской помощи.

SUMMARY**S.D.Tarasyuk, L.G.Manakov, A.A.Serova****ESTIMATION OF THE QUALITY OF
PULMONOLOGIC CARE IN OUT-PATIENT
CONDITIONS (REVIEW)**

The review of references on organization, methodology and ways of medical care quality evaluation in pulmonology is presented in the article.

Key words: pulmonology, quality of medical care.

В современных условиях социально-экономических реформ в России и дефицита бюджетного финансирования учреждений здравоохранения одной из проблем здравоохранения является поиск оптимальных вариантов управления не только региональными, но и муниципальными больнично-поликлиническими комплексами лечебно-профилактических учреждений [37].

Большую роль в развитии медицинской помощи в целом играет дальнейшее совершенствование амбулаторно-поликлинической службы. В настоящий момент управление амбулаторно-поликлинической помощью – одно из приоритетных направлений реформирования российского здравоохранения [3, 5, 14].

В условиях реформирования отечественного здравоохранения повышаются требования к эффективности оказания качества медицинской помощи. В то же время многие авторы отмечают, что в литературе в настоящее время встречается несколько десятков формулировок понятия «качество медицинской помощи», отражающих его различные аспекты и различающихся не только деталями, но и нередко противоречащих друг другу [28, 38]. В этой связи проблема их оценки и обеспечения выступает одним из элементов эффек-

тивности управления деятельностью лечебно-профилактического учреждения [36].

Одним из путей решения данной проблемы явилась разработка организационно-методических технологий по повышению эффективности амбулаторного и стационарного ведения больных, внедрение стандартизированных программ [43].

Важным аспектом, способствующим улучшению качества медицинской помощи, является разработка критериев его оценки, оптимизация и унификация стандартов медицинской помощи по нозологическим формам заболеваний и их осложнений [4, 15, 25].

Оценка качества медицинской помощи – управленческая процедура определения ее социальной приемлемости или неприемлемости. При этом результат оценки должен оказывать стимулирующее управленческое воздействие на субъект оказания медицинской помощи.

Выделяют несколько аспектов оценки качества медицинской помощи. В основе качественно-стоимостных расчетов медицинских услуг в медучреждении лежит медико-экономический аспект. Этот аспект – основа страховой медицины.

Медико-юридический аспект реализуется в формулировании диагноза и эпикриза в условиях прокурорской проверки или решения суда. Этот аспект для врача-эксперта, отвечающего на поставленные экспертные вопросы, реализуется в условиях досудебной и судебной практики. Врачам-организаторам целесообразно знать, что в условиях современных судебных разбирательств исковые требования могут приводить к существенным выплатам из бюджета медицинского учреждения, не говоря уже о морально-этических проблемах [20, 21, 29].

Следует отметить, что в настоящее время многие необходимые критерии оценки качества медицинской помощи в медицинском учреждении или по какому-либо разделу медицинской деятельности недостаточно разработаны либо реализуются только в рамках отдельного лечебного учреждения [41].

Как отмечает большинство авторов, занимавшихся

изучением данного вопроса, проблема оценки параметров качества медицинской помощи, в этом случае, выступает одной из ведущих и позволяет принимать управленческие решения оперативно, однако в условиях стационара оказывающего специализированную медицинскую помощь пульмонологическим больным остается открытой. Кроме того, на муниципальном и региональном уровне в большинстве регионов Российской Федерации отсутствует информация, позволяющая оперативно с использованием компьютерных программ принимать управленческие решения в данном направлении [1, 2, 3, 6, 9, 10, 40].

Предложены разные способы оценки качества медицинской помощи. Есть множество специально составленных программ, включающих в себя такие критерии качества медицинской помощи как своевременность и полнота обследования, адекватность обследования, своевременность и обоснованность назначенного лечения, правильность и точность постановки диагноза в соответствии с МКБ-10, полнота и своевременность оказания медицинской помощи, обоснованность выдачи листка нетрудоспособности, качество, полнота и правильность ведения документации, оценка достижения результата оказания медицинской помощи больному и оценка качества лечения больного в целом, удовлетворенность медицинской помощью пациентов [6, 9, 10].

Регионы Российской Федерации используют различные методы определения качества оказания медицинской помощи, что затрудняет ее интегральную оценку [22, 31, 32, 44]. Во многих субъектах Российской Федерации до сих пор еще не развиты механизмы оценки удовлетворенности населения услугами системы здравоохранения, учет результатов работы ЛПУ не отражает конечных итогов медицинской помощи населению, а оценка качества медицинских услуг носит узконаправленный клинический характер. Использование в ряде ЛПУ и регионов России комплексных систем управления качеством и эффективностью медицинских услуг находится на самом начальном этапе становления и требует дальнейшего развития [48, 49].

Ключевым индикатором качества медицинской помощи является согласованный (принятый) показатель, по которому можно оценить состояние системы оказания медицинской помощи с целью разработки мероприятий по ее совершенствованию в рамках выполнения Программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи [36, 37, 38, 39].

Некоторые отечественные авторы, анализируя проблемы экспертизы специальных видов медицинской помощи, ориентируются на рекомендации, согласно которым, при определении задач и содержания деятельности по обеспечению качества необходимо учитывать следующие четыре компонента [29]:

- 1) выполнение профессиональных функций (технологии лечебно-диагностического процесса);
- 2) использование ресурсов;
- 3) риск для пациента в результате медицинского

вмешательства;

- 4) удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Индикаторы качества медицинской пульмонологической помощи должны отражать ее основные характеристики: результативность, безопасность, оптимальность, включая рациональное расходование ресурсов; использование медицинских технологий с доказанной эффективностью, стабильность осуществления лечебного процесса и результата, преемственность и непрерывность; приемлемость (своевременность, способность удовлетворить ожидания и потребности пациента); законность, справедливость, в том числе – доступность [39].

Итак, для градации медицинской помощи на помощь надлежащего и, соответственно, ненадлежащего качества, необходимо измерить качество отдельных его составляющих [35]:

- 1) удовлетворенность пациента (изучение обоснованности/необоснованности его претензий в зависимости от использования медицинским персоналом технологий и ресурсов);
- 2) оптимальность использования ресурсов (изучение наличия/отсутствия и использования/неиспользования имеющихся в наличии у персонала медицинского учреждения ресурсов);
- 3) риск заболевания (факт достижения прогнозируемого изменения состояния здоровья пациента; факт достижения непрогнозируемого результата при соблюдении всех технологий под влиянием атипичности заболевания, исключительных индивидуальных особенностей организма пациента, сопротивлении пациента лечению и проч.).

В 2002-2003 гг. в Российской Федерации был принят ряд документов в области управления качеством: «Концепция национальной политики России в области качества продукции и услуг», «Отраслевая программа управления качеством в здравоохранении на 2003-2007 гг.», которая основана на положениях теории качества А.Донабедиана. Согласно этой теории, оценку качества медицинской помощи следует проводить методами структурного, процессуального и результативного анализа.

Подобная система предусматривает:

- 1) анализ профессиональных качеств врача, обеспеченности аппаратурой и медперсоналом, условий организации и финансирования (качество структуры);
- 2) оценку диагностических и лечебных мероприятий (качество процесса);
- 3) анализ исходов (качество результатов).

Структурный подход включает анализ и аккредитацию ресурсной базы здравоохранения: кадров (специалистов), оборудования (медицинской техники), архитектуры, планировки и состояния помещений. Оптимальная структура ресурсов и уровень их развития обеспечивают возможности для применения необходимой медицинской технологии и получения положительных результатов, гарантии необходимого качества диагностики, лечения и реабилитации.

Процессуальный анализ контролирует соблюдение

технологии лечебно-диагностического процесса. Этот подход предполагает наличие, с одной стороны, соответствующих нормативных документов – стандартов, отражающих «эталонную» (с учетом существенных дополнительных оговорок) технологию лечебно-диагностического процесса на соответствующем уровне с учетом нозологического профиля, а с другой стороны, систему экспертизы.

Третья составляющая методики А.Донабедиана – результативный анализ, оценка качества медицинской помощи по результатам, но возникает неизбежный вопрос: как именно оценивать эффективность медицинской помощи.

Соответственно трем видам анализа выделяют следующие три типа стандартов [17, 27]:

- 1) стандарты структуры, по которым определяется ресурсная база учреждения здравоохранения – материально-техническое обеспечение, кадры;
- 2) стандарты процесса – определяют технологию лечения и диагностики;
- 3) стандарты результата лечения (т.е. стандарты качества).

Перечень показателей оценки качества оказания государственной услуги для Амурской области закреплен в Приложении № 2 к Положению о формировании и финансовом обеспечении выполнения государственного задания исполнительными органами государственной власти области и государственными бюджетными учреждениями области. Данный перечень включает в себя виды медицинских услуг для поликлиник, включая амбулатории, диспансеры без стационаров:

- 1) выполнение стандартов обследования и лечения;
- 2) уровень качества лечения;
- 3) эффективность лечения (выздоровление, улучшение состояния больных);
- 4) своевременное взятие на диспансерный учет и качественное его проведение;
- 5) полнота охвата вакцинацией населения.

Для стационаров дневного пребывания к данному перечню добавляется отсутствие внутрибольничной инфекции [50, 51].

Оценку состояния всех этих компонентов необходимо проводить по отношению к каждому конкретному пациенту. Кроме того, согласно мнению экспертов ВОЗ, значение каждого из этих компонентов должно быть равным среди остальных, поскольку исключительное внимание к одному из них может привести к неверным выводам о качестве медицинской помощи и ошибочным действиям по его управлению [8]. Такой подход позволяет более четко определить критерии надлежащего качества, среди которых отмечают соответствие технологии реального лечебно-диагностического процесса современному уровню развития медицины с учетом индивидуальных особенностей пациента, оптимальность использования ресурсов медицины для достижения наилучшего результата лечения, отсутствие дополнительного риска ухудшения или отсутствия улучшения состояния пациента и его трудоспособности, обеспечение удовлетворенно-

сти пациента медицинской помощью [34].

Оценка качества оказания медицинской помощи должна включать в себя определение соответствия конкретных результатов диагностики, лечения, профилактических мероприятий, ожидаемых результатов. С этой целью используются территориальные медицинские стандарты. Территориальные медицинские стандарты (ТМС) – унифицированные эталоны гарантированного набора и объема диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения конкретных нозологических форм (заболеваний) с учетом возраста больного и категорий сложности заболевания.

Медицинские стандарты позволяют оценить качество медицинской помощи, хотя соответствие фактически выполняемых профилактических, лечебно-диагностических процедур и манипуляций, заложенных в ТМС, не может, полностью отражать конечные результаты деятельности. В связи с этим, оценка степени выполнения ТМС используется в комплексе с другими показателями [2].

Дискутируется вопрос о целесообразности использования дорогостоящих скрининговых тестов. Но их же стремительное распространение без соответствующей оценки специфичности приводит в ряде случаев к сомнительным результатам с последующей цепью ненужных вмешательств и к увеличению материальных затрат. Не вызывают сомнения актуальность и практическая значимость совершенствования организационных технологий [27].

В настоящее время для оценки качества пульмонологической помощи чаще используют метод экспертных оценок. Экспертные оценки выявляют ряд недочетов в обследовании и лечении больных пульмонологического профиля в поликлиниках. Так, по данным ряда авторов, в среднем у участковых терапевтов 30,5% и у врачей-пульмонологов – 18% больным обследование проведено несвоевременно и в неполном объеме, соответственно – 27,2 и 16,5%. Особенно это имеет место при хроническом бронхите (участковыми терапевтами в 29,9% и врачами-пульмонологами в 18,3% случаев) и бронхиальной астме (32,7 и 20,0%) [6, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 21, 24, 33, 42, 45, 48].

Причинами неполного обследования в половине случаев, по мнению экспертов, являются отсутствие диагностического оборудования и аппаратуры, в 20,3% случаев – перегруженность лабораторий и других диагностических кабинетов, в 13,1% – недостаточная квалификация лечащего врача, в 7,9% – отсутствие соответствующего специалиста и в 6,1% случаев – особенность течения заболевания [12, 13, 21, 42, 49].

Одним из важных показателей качества медицинской помощи является своевременное и правильное установление диагноза. При оценке правильности определения диагнозов имеет место расхождение диагнозов между участковыми терапевтами и экспертами в 15,8% случаев, врачами-пульмонологами и экспертами в 8,9% случаев. При анализе качества лечения экспертами отмечено, что лечение, назначенное участковыми терапевтами и врачами-пульмонологами,

было несвоевременным в 10,3 и 5,5% случаев и неполноценным, соответственно, в 32,5 и 13,6% случаев [42, 45, 46, 49].

Причинами неполноценного лечения больных, по мнению экспертов, явились неправильная и несвоевременная диагностика (28,3 и 16,4% случаев, соответственно), недисциплинированность больного (24,7 и 23,5%), недостаточный контроль за лечебным процессом со стороны заведующих отделениями (19,6 и 12,2%), отсутствие необходимых лечебных средств и аппаратуры (15,4 и 7,1%), особенность течения заболевания (12,0 и 8,0%) [4, 6, 8, 11, 12, 18].

Немаловажное значение в улучшении качества диагностики и лечения имеет своевременность и обоснованность консультативной помощи специалистов. Установлено, что консультации в 21,0% случаев проводились несвоевременно, а в 18,5% случаев эксперты считали их необоснованными. В 27,4% случаев качество консультативных осмотров было неполноценным, в частности, недостаточно описаны объективные данные, больным даны неполные рекомендации, нет контроля проведенного лечения и др. Больные нуждались в дополнительной консультации в среднем в 23,9% случаев, особенно при бронхиальной астме (39,4%) [4, 6, 8, 11, 12, 21, 42, 44].

Экспертная оценка выявила, что 15,3% больных нуждались в плановой госпитализации, однако она не проведена в 8,5% случаев, выполнено в срок в 6,8% случаев.

По материалам экспертных оценок имелись дефекты в ведении карт амбулаторных больных участковыми терапевтами в 69,9% случаев и врачами-пульмонологами – в 43,2% случаев [4, 6, 8, 11, 12, 21, 42, 49].

Технология управления качеством в здравоохранении представляет собой последовательные этапы выявления и формулировки проблем, установления и обоснования причинно-следственных связей, оценки эффективности работы службы, определения и корректировки целей и задач для обеспечения эффективной деятельности как отдельного врача, так и медицинского учреждения в целом. Программы и проекты в здравоохранении характеризуются значительным числом показателей и параметров на входе (затраты) и на выходе (результаты). Для того чтобы сопоставить альтернативные варианты организационных мероприятий, производится соизмерение показателей и параметров. Эта задача требует использования метода многофакторного проблемного анализа (multiattribute problem analysis), который позволяет провести многомерную оценку каждого из альтернативных вариантов. В качестве характеристик могут быть использованы, например, динамика летальности, осложнений, первичного выхода на инвалидность, заболеваемости, временной нетрудоспособности, стоимости мероприятий/программ и пр.

С этапа введения в здравоохранение нового хозяйственного механизма, повышения экономической самостоятельности медицинских учреждений, реализации Закона «О медицинском страховании граждан

дан в Российской Федерации» появилась потребность анализа результатов работы как отдельного врача, так и лечебного подразделения, медицинского учреждения и службы здравоохранения в целом. Анализ контура «затраты-результат» должен стать основой оценки эффективности принимаемых управленческих решений. Анализ «затраты-выгода» (CBA – cost-benefit analysis) является единственным вариантом экономического анализа в «чистом» виде, так как его результаты, как издержки, так и эффективность, всегда измеряются именно в денежном эквиваленте. Так же как и анализ минимизации затрат, в силу своей узкой направленности этот вариант анализа применяется отечественными исследователями не очень часто (2% исследований). Это предопределяет необходимость создания системы управления качеством медицинской помощи населению с реализацией процедуры автоматизированного поиска оптимальных решений в виде комплекса экономически обоснованных мероприятий, с использованием экспертно-аналитических систем, приемов формальной логики, прогнозирования и моделирования, координацией всех звеньев, обеспечивающих необходимый уровень качества.

Очень важен анализ «затраты-эффективность». Он является наиболее показательным и часто применяемым (44%) методом анализа в России на данный момент. Он представляет собой комплексное клинико-экономическое сравнение исследуемых альтернативных тактик лечебной работы при определенной патологии. При проведении таких исследований особое внимание уделяется достижению высокой эффективности лечения при наименьших затратах, что подразумевает также и рассмотрение необходимости коррекции возможных осложнений конкретной терапии. Так осуществляется поиск лекарственных средств, наиболее эффективных для лечения больных с теми или иными заболеваниями, что позволяет наилучшим образом воздействовать на динамику качества жизни пациентов.

Анализ «минимизация затрат» (CMA – cost-minimization analysis) по сути, является частным случаем анализа «затраты-эффективность» и используется в случае, если эффективность двух и более медицинских технологий практически одинакова и они различаются только по стоимости. Этот метод анализа на данный момент встречается в 8% работ отечественных исследователей [22, 23, 27, 28, 29, 41, 42, 43].

Анализ «затраты-утилитарность» (CUA – cost-utility analysis) так же является частным случаем анализа «затраты-эффективность» и отличается от него тем, что результаты оцениваются не в денежном или каком бы то ни было другом эквиваленте, а в единицах «полезности», полученной потребителем медицинской помощи. В качестве критерия полезности часто используют коэффициент QALY – «сохраненные годы жизни с поправкой на качество жизни» [22, 23, 27, 28, 29, 41, 42, 43].

Так же в ходе клинико-экономического анализа используются методы ABC-, VEN- и частотного анализа, моделирования и др. ABC-анализ используется для

определения приоритетов и целесообразности расходования средств на основе ретроспективной оценки реальных затрат. VEN-анализ показывает распределение лекарственных средств по степени их значимости (жизненно необходимые, важные и второстепенные). Частотный анализ – ретроспективная оценка частоты применения той или иной медицинской технологии, позволяющая определить, на что уходит основная часть расходов – на более массовые и дешевые или редкие, но дорогие виды помощи. Эти три вида анализа вкуче позволяют более корректно составлять формуляры медицинской организации и прогнозировать затраты на внедрение новых технологий. Надо отметить, что около 3% авторов, проводящих анализ качества медицинской помощи, вообще не указывают тип используемого ими метода анализа [22, 27, 28, 29, 41, 42, 43, 50, 51].

Современное состояние ресурсного обеспечения лечебных учреждений характеризуется значительными противоречиями, неизбежными в условиях коренных социально-экономических преобразований, определяющихся, с одной стороны, объективными тенденциями развития экономики, а с другой – сложившимися социальными отношениями в обществе. Ключевым и до сих пор не решенным вопросом здравоохранения является адекватное обеспечение медицинской помощи и рациональное распределение ресурсов [15, 19]. Эффективное управление материально-техническими, кадровыми и финансовыми ресурсами здравоохранения в последние годы в России стало одним из приоритетных направлений. При этом результативность использования ресурсов здравоохранения зависит от системного подхода, комплексного научного обоснования ситуации, применения методов стратегического планирования [19]. Одним из эффективных инструментов в системе управления ресурсным обеспечением лечебно-профилактического учреждения, а также контроля качества медицинской помощи является использование современных информационно-аналитических технологий на постоянной основе.

Наиболее перспективной моделью управления качеством следует признать модель, основанную на использовании системного анализа и экономического моделирования. Сильной стороной этого метода является возможность контроля измерения переменных (факторов) во времени. Любой процесс планирования требует прогноза изменений, которые следует предвидеть, особенно в отношении критических переменных.

Анализ теории и практики управления качеством медицинской помощи позволяет сформулировать направления деятельности по его совершенствованию и внедрению в практическую деятельность органов и учреждений здравоохранения [22, 23, 28, 29, 41, 42, 43, 50, 51]:

1) разработка и внедрение специальных систем управления качеством медицинской помощи на различных уровнях (рабочее место медицинского работника – медицинская организация – муниципальное образование – регион);

2) активное формирование и внедрение в практику системы стандартизации (медицинских и медико-экономических стандартов, моделей оказания медицинской помощи, протоколов ведения больных);

3) активизация работы по использованию формулярной системы при лекарственном обеспечении;

4) развитие системы аккредитации ЛПУ (в т. ч. создание нормативно-правовой базы);

5) развитие материально-технической базы ЛПУ;

6) повышение уровня квалификации медицинского персонала;

7) проведение социологических исследований среди населения и использование их данных при принятии управленческих решений;

8) совершенствование системы материального стимулирования персонала ЛПУ за достижение высоких показателей качества оказываемых медицинских услуг.

В настоящее время социологические исследования по изучению мнения пациентов о качестве медицинской помощи играют важную роль в получении ценной оперативной информации, которая может быть использована в управлении работой лечебно-профилактических учреждений [12].

Медико-социологический мониторинг, основываясь на результатах анкетирования участников процессов профилактической, лечебно-диагностической, организационной и финансовой деятельности, позволяет выявлять существенные проблемы, оказывающие влияние на качество медицинской помощи [45].

Для того чтобы анкета могла достаточно точно и корректно отражать субъективно-объективный компонент восприятия пациентами качества медицинской помощи, необходимо выполнить ряд основных требований, предъявляемых к исследованию коллективного мнения [35]. К ним относятся:

1) ориентированный характер анкеты (т. е. при ее формировании необходимо четко представлять цель исследования: удовлетворенность качеством медицинской помощи или оценка восприятия своего субъективного состояния здоровья, как, например, при оценке качества жизни);

2) многофазное обследование в двух вариантах: повторное обследование и 2-3-кратный опрос одних и тех же лиц;

3) сочетание опроса с экспертными оценками работы медицинских учреждений;

4) обеспечение надежности, чувствительности, достоверности и репрезентативности регистрируемых в анкетах данных, поскольку все анкеты отражают субъективный характер восприятия. На практике это означает, что, после того как будут сформированы опросники, определены критерии включения в исследование, его методы, необходимо провести процедуру валидации – проверки психометрических свойств опросника [24, 26, 47].

При этом необходимо при составлении опросников учитывать тот факт, что удовлетворенность респондентов качеством медицинского обслуживания в определенной мере объясняется тем, с какой целью посещает больной лечебно-профилактическое учреж-

дение.

Для обработки и анализа данных этих исследований в настоящее время существуют различные модификации программных средств информационных систем, программных пакетов обработки статистической информации [30].

В 2008 году А.В.Гаджиев и соавт. проводили исследование мнения городского населения об организации и качестве пульмонологической помощи. Исследовалось население, проходившее лечение в городских поликлиниках Республики Дагестан в 2007 году. В данном исследовании лишь 1/5 часть опрошенных больных показала, что с введением обязательного медицинского страхования качество пульмонологической помощи улучшилось (20,1%). 72,0% населения показали, что качество помощи не изменилось, а 7,4% посчитали, что оно снизилось: эти пациенты отметили низкую материально-техническую оснащенность пульмонологических кабинетов поликлиник.

Участовавшие в данном исследовании больные внесли ряд предложений по улучшению качества пульмонологической помощи. Поступили предложения улучшить оснащение пульмонологических кабинетов современной диагностической аппаратурой, улучшить организацию приема к врачам-пульмонологам и в лечебно-диагностические кабинеты; увеличить перечень бесплатных лекарственных средств, выписываемых больному врачом-пульмологом. Многие больные хотели бы иметь возможность записываться на прием к пульмонологу по телефону, часть желает, чтобы больше внимания уделялось пенсионерам, чтобы сократились очереди на сдачу лабораторных анализов. 17,9% опрошенных больных считают необходимым для улучшения качества медицинского обслуживания повышение финансирования, в том числе – и улучшение материального положения медицинского персонала [11, 13, 33]. Нельзя не признать, что данные результаты демонстрируют осмысленный и здравый подход населения к проблемам организации поликлинической помощи.

Сходные принципы были отражены в Федеральной Целевой программе «Концепция развития пульмонологической службы России на 2002-2007». Для совершенствования диагностики, учета и лечения больных с заболеваниями органов дыхания следует пересмотреть и модернизировать:

- 1) систему учета и отчетности на основе современных информационных технологий;
- 2) стандартизировать методы диагностики и лечения больных с патологией органов дыхания;
- 3) пересмотреть продолжительность основного курса лечения при разнообразных видах патологии легких;
- 4) пересмотреть сроки и критерии излечения при бронхиальной астме, хроническом обструктивном бронхите, пневмонии, муковисцидозе, туберкулезе легких;
- 5) обосновать и выделить группы диспансерного наблюдения для разных видов патологии легких;
- 6) создать и внедрить антитабачные про-

граммы;

7) создать и внедрить федеральную и региональные сети оказания кислородотерапии и неинвазивной вентиляции легких на дому для тяжелых больных с легочной и сердечно-сосудистой патологией;

8) создать и поддерживать федеральный регистр больных муковисцидозом с дальнейшим совершенствованием амбулаторной и стационарной помощи взрослым больным;

9) разработать положения о получении бесплатных лекарственных средств и получении инвалидности больных с тяжелой дыхательной и легочно-сердечной недостаточностью, приравняв их к больным с бронхиальной астмой;

10) разработать, усовершенствовать и внедрить региональные целевые программы по пульмонологии;

11) усовершенствовать и привести в соответствие терминологические обозначения в детской и взрослой пульмонологии;

12) ввести вертикальную единую отчетность главных пульмологов регионов перед главным пульмологом России;

13) разработать, внедрить должностные инструкции для главных пульмологов регионов с проведением для них постоянно-действующих школ в рамках Ежегодных Конгрессов по болезням органов дыхания;

14) внедрить шкалы по оценке тяжести различных видов патологии легких.

Многие авторы подчеркивают, что в течение последних 10 лет значительно улучшилось качество диагностики, лечения и профилактики таких заболеваний как бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмонии, муковисцидоз.

Отмечается, что внедрены новые методы лечения бронхолегочных заболеваний, учеными-пульмологами проведена значительная методическая и образовательная работа - сделано 5 выпусков Формулярной системы, изданы клинические рекомендации и руководства для врачей. В настоящее время разрабатываются протоколы диагностики, лечения и профилактики бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких. Ежегодно проводятся Национальные конгрессы и региональные конференции по болезням органов дыхания. Большие успехи достигнуты в системе образования больных бронхиальной астмой. В настоящее время в стране функционирует более 1000 школ для больных бронхиальной астмой, издаются журналы и пособия для пациентов [46, 47].

Однако данные достижения коснулись в первую очередь крупных регионов (г. Москва, г. Санкт-Петербург, Свердловская область, Алтайский и Красноярский края). В целом же по Российской Федерации сохраняется низкий уровень качества оказания медицинской помощи при патологии легких [7].

Многие из этих положений осуществлены, но не все в полной мере. В последние годы проведен ряд исследований по проблеме совершенствования лечебно-диагностической помощи больным с хроническими обструктивными заболеваниями легких, посвященные

разработке и научному обоснованию новых форм обучения пациентов (астма-школа, школа пациента с хронической обструктивной болезнью легких и др.), совершенствования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (пульмонологические кабинеты поликлиник, обучение больных в стационарных отделениях). В то же время, крайне недостаточно исследований, посвященных региональным особенностям организации и качества медицинской помощи при болезнях органов дыхания. Не разработаны организационно-методические основы обеспечения качества пульмонологической помощи, информационное обеспечение участковых врачей-терапевтов и врачей-пульмонологов, методика анализа и оценки качества пульмонологической помощи, критерии оценки деятельности врачей-пульмонологов. Нуждаются в совершенствовании формы и методы повышения квалификации этих специалистов.

Все это свидетельствует о необходимости проведения комплексного исследования организации и качества пульмонологической помощи и определения путей ее совершенствования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азизова Б.Г. Отношение руководителей здравоохранения к проблемам управления качеством медицинской помощи // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. 2008. №4. С.38–40.
2. Внедрение системы управления качеством медицинской помощи в федеральном учреждении здравоохранения / Бедорева И.Ю. [и др.] // Здравоохранение РФ. 2008. №5. С.10–12.
3. Борзунова Л.Н. Рационализация управления муниципальным больнично-поликлиническим комплексом по результатам маркетингового анализа и прогностического моделирования его деятельности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2009. 24 с.
4. Вахрушев Я.М., Жуков И.В. Современные рекомендации по ведению больных бронхиальной астмой в амбулаторно-поликлинических условиях // Пульмонология. 2009. №2. С.74–76.
5. Величковский Б.Т. О путях «сбережения народа» и роли болезней органов дыхания в решении этой проблемы // Пульмонология. 2007. №3. С.3–9.
6. Оценка клиничко-функционального состояния и качества жизни больных хронической обструктивной болезнью лёгких до и после комплексной медикаментозной терапии в амбулаторных условиях / Визель А.А. [и др.] // Пульмонология. 2004. №1. С.60–67.
7. Эпидемиология хронической обструктивной болезни лёгких в Республике Татарстан / Визель А.А. [и др.] // Практическая медицина. 2005. №5 (10). С.3–4.
8. Визель А.А. Алгоритм ведения больных ХОБЛ в амбулаторных условиях // Практическая медицина. 2008. №8 (32). С.37–39.
9. Визель И.Ю., Шмелев Е.И., Визель А.А. Оценка состояния больных хроническим бронхитом и ХОБЛ в период семилетнего наблюдения // Пульмонология. 2008. №4. С.41–46.
10. Визель И.Ю., Шмелев Е.И., Визель А.А. Результаты динамического наблюдения за больными хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в течение 2-5 лет: обзор литературы // Вестн. соврем. клин. медицины. 2009. Т.2, №1. С.27–31.
11. Гаджиев Р.С., Шихнебиев Д.А., Мурзаев П.А. Мнение городского населения об организации и качестве пульмонологической помощи // Здравоохранение РФ. 2008. №6. С.46–48.
12. Гаджиев Р. С., Шихнебиев Д. А., Мурзаев П. А. Организационные аспекты оказания пульмонологической помощи городскому населению // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. 2009. №3. С.29–32.
13. Гаджиев Р.С., Шихнебиев Д.А., Мурзаев П.А. Совершенствование системы организации и качества пульмонологической помощи в городских поликлиниках: методические рекомендации. Махачкала, 2009. 21 с.
14. Геппе Н.А., Волков И.К. Перспективы развития и проблемы детской пульмонологии в России // Пульмонология. 2007. №4. С.5–6.
15. Глотов А.В., Федорова Т.Н., Демченко В.Г. Клинические аспекты оценки реабилитационного потенциала больных хронической обструктивной болезнью легких // Тер. архив. 2008. №3. С.33–38.
16. Голобородько М.М. Распространенность и факторы риска формирования болезней мелких бронхов у детей на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 56 с.
17. Давыдов М.И., Нормантович В.А. Новые подходы в комбинированном лечении рака. М.: Медицина, 2003. 224 с.
18. Дворецкий Л.И. Ведение пожилого больного ХОБЛ. М.: Литтера, 2005. С.10.
19. Димов А.С., Волкова О.А. Пневмония как общеврачебная проблема // Тер. архив. 2008. №8. С.89–92.
20. Измеров Н.Ф. Национальная система медицины труда как основа сохранения здоровья работающего населения России // Здравоохранение РФ. 2008. №1. С.7–8.
21. Илькович М.М., Игнатьев В.А. Болезни органов дыхания и пульмонологическая помощь в Санкт-Петербурге. СПб., 2004. 60 с.
22. Илькович М.М., Лучкевич В.С. Анализ потребности, качества и эффективности медицинской помощи больным интерстициальными заболеваниями. СПб., 2007. 16 с.
23. Управление качеством медицинской помощи и результаты работы амбулаторно-поликлинического учреждения / Карташов В.Т. [и др.] // Клин. медицина. 2008. №12. С.55–61.
24. Красильников А.В. Анкетирование пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги // Пробл. управл. здравоохран. 2005. Т.20, №1. С.34–39.
25. Кулаков В.И. Состояние акушерско-гинекологической помощи в современных условиях // Материалы VI Российского Форума «Мать и дитя». М., 2004. С. 6–7.

26. Эффективность комплексных программ реабилитации больных бронхиальной астмой / Марченко В.И. [и др.] // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы пульмонологии и клинической аллергологии – врачу общей практики. СПб: РИФ «Роза мира». 2005. С.42.
27. Матинян Н.С. Глобализация в сфере здравоохранения / под ред. Ю.В.Михайловой, Е.И.Скачковой. М.: Медицинская литература. 2008. 232 с.
28. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть первая: Общественное здоровье. М.: Медицина, 2003. С.28–56.
29. Мелешкина Н.В. Формирование системы управления эффективностью и качеством оказания медицинских услуг: дис. ... канд. эконом. наук. Кисловодск, 2005. 190 с.
30. Мелякова А.А., Гордашников В.А., Юдин С.В. Социологические исследования в определении условий совершенствования первичной медико-санитарной помощи // Бюлл. Вост.-Сиб. науч. центра СО РАМН. 2005. №4. С.50–52.
31. Оценка деятельности онкологического стационара: пособие для врачей / Мерабишвили В.М. [и др.]. СПб., 2004. 120 с.
32. Мерабишвили В.М. Статистическая оценка возникновения роста злокачественных новообразований и анализ онкологической ситуации на популяционном уровне // Вопр. онкологии. 2008. Т.54, №10. С.148–157.
33. Мурзаев П.А., Шихнебиев Д.А. Изучение мнения городского населения об организации и качестве пульмонологической помощи // Регион. вестн. мол. ученых: сб. науч. трудов. М., 2008. №1 (15). С.104–107.
34. Немытин Ю.В., Брескина Т.Н. Современные технологии в управлении качеством медицинской помощи // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. 2008. №1. С.47–51.
35. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие / под ред. Ю.Л.Шевченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 304 с.
36. К вопросу о совершенствовании управления качеством медицинской помощи дерматовенерологическим больным в условиях стационара / Новикова Л.А. [и др.] // Актуальные вопросы современной медицины: сб. науч. трудов. Воронеж, 2009. Вып.4. С.14–16.
37. Результаты оценки качества медицинской помощи больным в МУЗ ГО г. Воронеж ГКБ №7 / Новикова Л.А. [и др.] // Там же. С.134–138.
38. Качество медицинской помощи и возможности использования методологии медико-социологических исследований в его оценке / Подушкина И.В. [и др.] // Вестн. Нижегород. универ. 2009. №1. С.53–61.
39. Серегина И.Ф. Об организации контроля качества медицинской помощи населению // Здравоохранение. 2008. № 2. С.29–36.
40. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванов А.Е. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. М.: Медицина, 2003. С.15–20.
41. Тимофеев И.В. Качество медицинской помощи (терминология, критерии оценки) // Социальная политика. Медицинское обозрение. 2006. №8. С.4–5.
42. Тихонова Е.В. Медико-социологические исследования качества медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. 2008. №6. С.22–24.
43. Фуфаев Е.Н. Оценка качества медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи // Здравоохранение РФ. 2008. №4. С.28–30.
44. Индикатор качества оказания медицинской помощи (региональный уровень) / Хабриев Р.У. [и др.] // Пробл. стандартизации в здравоохран. 2005. №10. С.3–7.
45. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Тер. архив. 2008. №8. С.45–50.
46. Чучалин А.Г., Бобков Е.В. Основы клинической диагностики: руководство для врачей. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 583 с.
47. Удовлетворенность пациентов как критерий оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре / Шикина И.Б. [и др.] // Пробл. управл. здравоохран. 2006. №5 (30). С.22–26.
48. Шихнебиев Д.А., Гаджиев Р.С., Мурзаев П.А. Распространенность болезней органов дыхания по обращаемости больных в лечебные учреждения Республики Дагестан // Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Республике Дагестан. Махачкала, 2006. С.171–174.
49. Шихнебиев Д.А., Гаджиев Р.С., Мурзаев П.А. Организация пульмонологической помощи взрослому населению Республики Дагестан. // Там же. С.174–177.
50. Щепин В.О., Тишук Е.А. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России. Часть 2 // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. 2006. №2. С.3–11.
51. Щепин В. О., Купеева И. А. Анализ состояния и динамики кадровых ресурсов здравоохранения субъектов Российской Федерации в 1990–2004 гг. // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. 2007. №1. С.3–6.

Поступила 18.01.2011

*Сергей Дмитриевич Тарасюк, аспирант,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22;
Sergey D. Tarasyuk,
22 Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000;
E-mail: cfpd@amur.ru*