

# Оцінювання якості первинної медичної допомоги пацієнтам диспансерних груп

О.К. Надуга-Скринник, І.А. Голованова

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

Автори порівняли рівні якості медичної допомоги пацієнтам диспансерних груп із цереброваскулярними захворюваннями (гіпертонічна хвороба та ішемічна хвороба серця), що отримували первинну медичну допомогу (ПМД) у приватно-практикуючих лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЗП–СЛ), та у дільничних терапевтів та лікарів ЗП–СЛ – штатних працівників поліклініки. Установлено, що якість ПМД, яку надають приватно-практикуючі лікарі ЗП–СЛ, – високого рівня, а лікарі, що є штатними працівниками поліклініки, – якість ПМД середнього рівня.

**Ключові слова:** оцінювання якості, первинна медична допомога, диспансерна група.

У сучасних економічних умовах забезпечення високої якості медичної допомоги та належних кінцевих результатів діяльності окремих лікарів, підрозділів і лікувально-профілактичних закладів у цілому виходить на перший план [2, 4, 6, 7]. Це пов'язано з тим, що їх діяльність впливає на стан здоров'я населення та ефективність використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів галузі.

За визначенням ВООЗ (1998), «Якість – це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступними у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нерационального харчування» [1, 3].

Показники якості медичної допомоги можна використовувати для підвищення рівня надання медичної допомоги, диференційованого оцінювання праці медичного персоналу та закладів охорони здоров'я.

Актуальність дослідження визначена необхідністю виконання пріоритетних завдань, встановлених документами програмного характеру, та дотримання законодавства у сфері охорони здоров'я – Програми економічних реформ на 2011–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [9], що свідчить про необхідність реформування медичної допомоги, зокрема з метою забезпечення населення медичною допомогою належної якості. Одним з відповідних завдань програми є моніторинг якості роботи медичних закладів для оцінювання ефективності діяльності закладів охорони здоров'я і підвищення якості медичного обслуговування [5].

Реформи охорони здоров'я України, що наразі впроваджуються в пілотних регіонах у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві [10], мають на меті поступову зміну традиційної моделі ПМД, що виявила себе неефективною, на запропоновану, що містить згідно з Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [8] такі елементи, як надання ПМД безплатної медичної допомоги лікарем ЗП–СЛ – фізичною особою-підприємцем, що знаходиться у цивільно-правових відносинах із державним замовником.

У м. Комсомольську Полтавської області паралельно функціонують дві різні моделі ПМД, одна з яких є тра-

диційною, елементом іншої (інноваційної) – є надання ПМД безплатної медичної допомоги лікарем ЗП–СЛ – фізичною особою-підприємцем [11, 12].

Усе зазначене вище зумовило актуальність дослідження, визначило його мету та завдання.

**Мета роботи** – проведення порівняльного аналізу якості ПМД в традиційній та інноваційній моделях ПМД м. Комсомольська.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідженням охоплено 100 пацієнтів диспансерних груп з гіпертонічної хвороби (ГХ) та ішемічної хвороби серця (ІХС), 50 з яких отримували ПМД у лікарів дільничних терапевтів, лікарів ЗП–СЛ традиційної моделі ПМД, інші 50 у приватно-практикуючих лікарів ЗП–СЛ. Для оцінювання якості медичної ПМД, що отримували пацієнти, використано вдосконалену авторами методику оцінювання якості ПМД пацієнтам диспансерних груп (малюнок), що містить індикатори якості диспансеризації та оцінкову 30-бальну шкалу рівня якості, методологією оцінювання якості ПМД обрано метод клінічного аудиту. Клінічним аудитором виступив лікар-кардіолог вищої категорії, який здійснив аналіз статистичних форм (ф № 025/о – 100 шт., ф № 030/о – 100 шт.), заповнив карти клінічного аудиту, виставив бали якості згідно з оцінковою шкалою. Проведено математико-статистичний аналіз отриманих балів експертного оцінювання із застосуванням формули оцінювання середнього бала якості наданої ПМД хворому диспансерної групи.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті клінічного аудиту якості ПМД, що надавали пацієнтам диспансерних груп за допомогою двох різних моделей ПМД, отримано такі результати:

- середній бал якості надання медичної допомоги на первинному рівні пацієнтам диспансерних груп із ГХ та ІХС в когорті пацієнтів, охоплених у м. Комсомольську Полтавської обл. приватно-практикуючими лікарями ЗП–СЛ при впровадженні інноваційної фінансово-організаційної моделі ПМД, становить  $23 \pm 2,1$ ;
- середній бал якості надання ПМД пацієнтам диспансерних груп із ГХ та ІХС в групі пацієнтів, які отримували ПМД у дільничних терапевтів та лікарів ЗП–СЛ – працівників поліклініки, становить  $14 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ ).

Отриманий результат свідчить про статистично достовірну в 95% випадків різницю середнього бала якості, визначеного експертною оцінкою якості ПМД, яку надавали пацієнтам диспансерних груп із ГХ та ІХС лікарі ПМД традиційно організованої ПМД та інноваційної моделі (табл. 2).

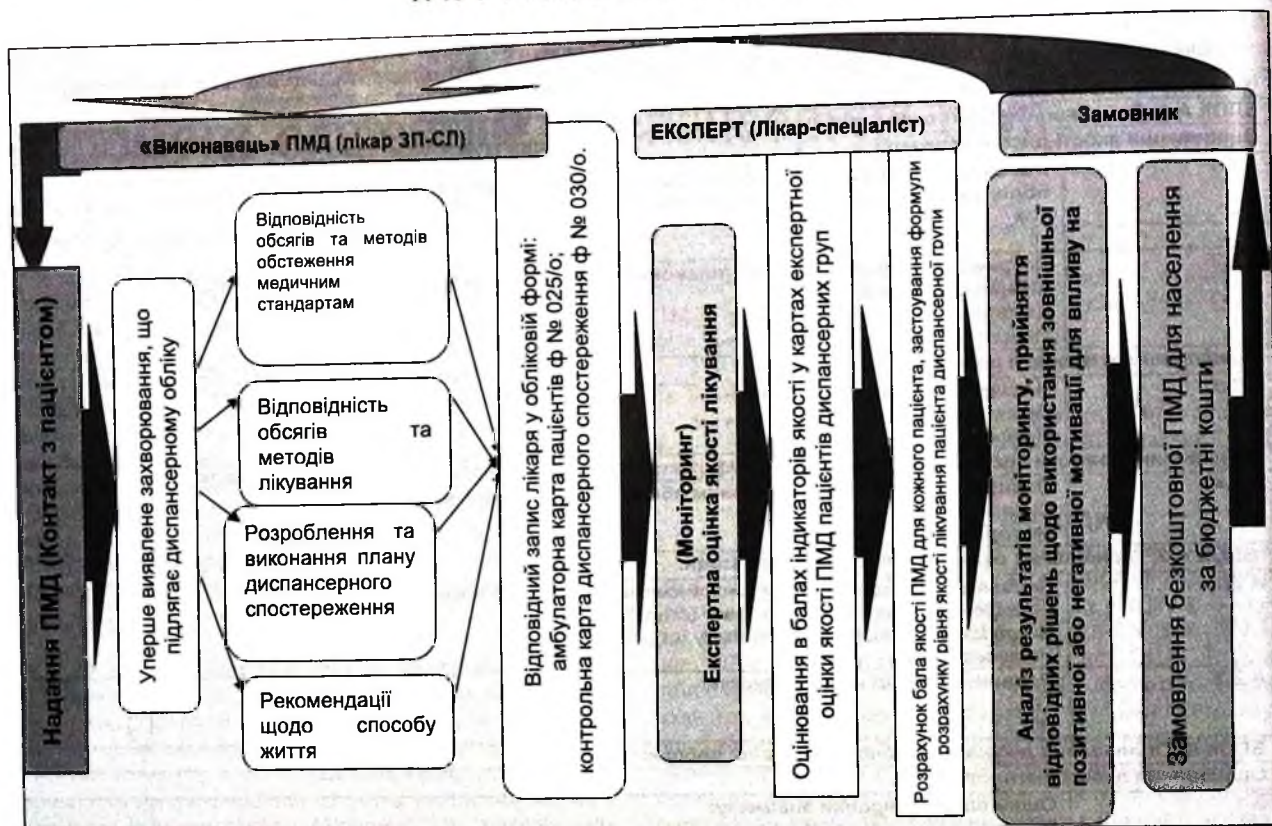
Порівняння рівня якості ПМД пацієнтам диспансерних груп у хворих, охоплених традиційною організованою та інноваційною моделями ПМД м. Комсомольська, дало такий результат: згідно із запропонованою нами оцінковою шкалою (вище за 21 бал – високий рівень якості,

# АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ

Таблиця 1

Бланк клінічного аудиту якості первинної медико-санітарної допомоги, що отримують пацієнти диспансерних груп

№	Критерій оцінювання	Оцінка, бал
<b>БЛОК А 1. Оцінювання якості організації диспансеризації:</b>		
<b>Оцінювання якості диспансеризації:</b>		
A 1.1	Своєчасність охоплення диспансерним спостереженням. Взятий на диспансерний облік на ранніх стадіях захворювання: Так Ні	2 0
A 1.2	Дотримання термінів оглядів (плановості) диспансерного нагляду у лікарів ПМСД та лікарів-спеціалістів: Дотримані Не дотримані	2 0
<b>Оцінювання активності роботи:</b>		
A 1.3	Нагляд протягом року: Проводився Не проводився	2 0
<b>Оцінювання повноти проведення лікувально-профілактичних заходів серед хворих диспансерної групи:</b>		
A 1.4	Охоплення хворого стаціонарним або санаторно-курортним лікуванням: Охоплений Не охоплений	2 0
<b>БЛОК А 2. Оцінювання ефективності диспансеризації:</b>		
A 2.1	Переведення з однієї групи диспансерного обліку до іншої: Погіршення функціонального класу (стадії) Покращання функціонального класу (стадії) Не переведений	0 2 1
A 2.2	Первинний вихід на інвалідність: Так Ні	0 2
<b>БЛОК В. Оцінювання лікувально-консультативної роботи:</b>		
<b>Оцінювання якості діагностики:</b>		
V 1	Оцінювання збирання анамнезу: Зібраний повністю Зібраний частково Не зібраний	2 1 0
V 2	Відповідність діагностичної програми стандартизованому протоколу: Відповідає в повному обсязі Не в повному обсязі (що не виконано вказати) Не відповідає	2 1 0
<b>Установлення діагнозу, повнота, відповідність формулюванню згідно з МКХ-10:</b>		
V 3	Формулювання діагнозу: Коректне Не в повній мірі Не відповідає	2 1 0
<b>БЛОК С. Лікувально-профілактичні заходи, їх відповідність затвердженим протоколам:</b>		
C 1	Вибір методу лікування та об'єму терапії: Повноцінний та відповідає клінічному протоколу в повному обсязі Надмірний (вказати, які заходи непотрібні)  Недостатній (вказати, які заходи не виконані) Не виконаний	2   1 1 0
C 2	Відображення динаміки стану в результаті лікування (досягнення кінцевих результатів згідно з затвердженим протоколом): Відображена в повному обсязі Не в повному обсязі Відсутні записи	2 1 0
C 3	Записи рекомендацій хворому щодо стилю життя, подальшого лікування, реабілітації: Надані професійно в повному обсязі Надані некоректно не в повному обсязі Відсутні записи	2 1 0
<b>БЛОК D. Якість ведення та оформлення документації:</b>		
D 1	Повнота заповнення листка уточнених діагнозів: Заповнений повністю, коректно Не в повному обсязі/заповнений не за формою Відсутній	2 1 0
D 2	Повнота заповнення листка медичних оглядів: Повне висвітлення даних Неповне висвітлення Некоректне висвітлення	2 1 0
D 3	Повнота заповнення контрольної карти диспансерного нагляду: Повне висвітлення даних Неповне висвітлення Некоректне висвітлення	2 1 0
	<b>Загальна кількість балів</b>	



Схематичне зображення вдосконаленого способу оцінювання якості ПМД пацієнтам диспансерних груп

Експертне оцінювання рівня якості надання ПМД хворим диспансерних груп

Таблиця 2

Показник	Традиційно-організована ПМД		Інноваційна модель		P
	Сума балів	X±m <sub>x</sub>	Сума балів	X±m <sub>x</sub>	
Бали експертної оцінки	363	14±1,2	597	23±2,1	≤ 0,05

10–20 балів – середній рівень якості, до 10 балів – низький рівень якості) якість ПМД пацієнтам диспансерних груп, яку надають лікарі інноваційної моделі ПМД, при експертному оцінюванні становила 23±2,1 бала і є високою, якість традиційно організованої ПМД – 14±1,2 бала і є середньою.

Отримані результати свідчать про те, що рівень якості медичної допомоги, яку надають лікарі інноваційної фінансово-організаційної моделі ПМД пацієнтам диспансерних груп з захворюваннями ГХ та ІХС, вища за усіма критеріями оцінювання, такими, як: якість та ефективність диспансеризації, якість діагностики, лікування, повнота встановлення діагнозу, повнота заповнення документації та іншими, ніж медична допомога, яку надають хворим аналогічних диспансерних груп лікарі традиційно організованої ПМД.

Останнє може свідчити про ефективність зміни статусу лікаря, що надає ПМД, зі штатного працівника на фізичну особу-підприємця.

### ВИСНОВКИ

Оцінка якості надання первинної медичної допомоги пацієнтам диспансерних груп засвідчила статистично достовірні дані (p≤0,05) стосовно високого рівня якості медичної допомоги пацієнтам диспансерних груп, яку надають лікарі інноваційної моделі, – середній бал оцінки якості 23±2,1 з 30 балів, проти 14±1,2 бала з 30 балів у лікарів традиційної моделі.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на впровадження вдосконаленого методу управління якістю медичної допомоги в пілотних регіонах для отримання висновків щодо впливу використання зазначеного методу на якість роботи лікарів і закладів ПМД.

### Оценка качества первичной медицинской помощи пациентам диспансерных групп

**О.К. Надутая-Скринник, И.А. Голованова**

Автори сравнили уровни качества медицинской помощи пациентам диспансерных групп с цереброваскулярными заболеваниями (гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца), которые получали первичную медицинскую помощь (ПМП) у частно-практикующих врачей общей практики – семейных врачей (ОП–СВ), и у участковых терапевтов и врачей ОП–СВ – штатных сотрудников поликлиники. Установлено, что качество ПМП, которую предоставляют частно-практикующие врачи ОП–СВ, – высокого уровня, а у врачей, которые являются штатными сотрудниками поликлиники, – качество ПМП среднего уровня.

**Ключевые слова:** первичная медицинская помощь, качество, пациенты диспансерных групп.

### Evaluation of primary health care quality, what is provided by patients of dispensary group

**O. Naduta-Skrzynnik, I. Golovanova**

The authors compared the level of primary health care quality what is provided by patients of dispensary group of cerebrovascular disease

(hypertension and coronary heart disease). They are received primary health care (PHC) from private practicing general practitioners / family physicians (GP/FP) and staff clinic doctors of local general practitioners and GP/FP. Found the high level of quality of PHC, is provided by private practitioners GP/FP – against average from staff clinic doctors.

**Key words:** quality assessment, primary care, dispensary group.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Мартиненко Л.В. Якість медичної допомоги пацієнту – якість життя медика // Жіночий лікар. – № 1. – 2006. – С. 36–37.  
 2. Методика аналізу роботи лікувально-профілактичних закладів та оцінки рівня надання медичної допомоги населенню окремими спеціалістами : метод. рекомендації / В.І. Ушаков, Ц.В. Ясинський, Е.Ц. Ясинська та ін. // Буковин. держ. мед. ун-т МОЗ України. – К., 2006. – 30 с.  
 3. Мовшович Б. Индикаторы качества работы врача общей практики / Б. Мовшович // Врач. – 2006. – № 1. – С. 70–72.

4. Наказ МОЗ України «Про запровадження системи управління якістю» від 22 грудня 2008 р. № 763 // Управління закладом охорони здоров'я. – 2009. – № 2. – С. 88–92.  
 5. Наказ МОЗ України від 11.05.2011 № 278 «Про затвердження плану заходів МОЗ України з реалізації Національного плану дій на 2011 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». – Режим доступу з екрана. – <http://zakon1.rada.gov.ua/laws>  
 6. Наказ МОЗ України від

01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». – Режим доступу з екрана. – <http://zakon1.rada.gov.ua/laws>  
 7. Положення про систему контролю якості медичних послуг (допомоги) // Управління закладом охорони здоров'я. – 2009. – № 3. – 39 с.  
 8. Закон України від № 3611–VI 07.07.2011 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». – Режим доступу з екрана. – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>  
 9. Програма економічних реформ на 2011–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» від 2.06.2010». – Режим доступу з екрана. – [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MUS14838.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MUS14838.html)

10. Закон України від 07.07.2011 № 3612–VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». – Режим доступу з екрана. – <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>  
 11. Надута-Скринник О.К. Методи фінансування провайдерів первинної медичної допомоги у м. Комсомольську Полтавської області / О.К. Надута-Скринник // Сімейна медицина. – 2011. – № 2. – С. 107–110.  
 12. Надута-Скринник О.К. Особливості інноваційної фінансово-організаційної моделі надання первинної медико-санітарної допомоги сімейним лікарем-приватним підприємцем / О.К. Надута-Скринник, Н.П. Кризина // Здоров'я нації. – 2011. – № 4 (20)). – С. 102–105.

**НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ**

**ВИРУС ГЕРПЕСА МОЖЕТ ЗАПУСКАТЬ ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

Итальянские ученые из университета Милана исследовали влияние вирусов герпеса на возникновение рассеянного склероза в исследовании, опубликованном в журнале Future Medicine.

Нерв "упакован" в специальную оболочку, которая позволяет увеличить скорость прохождения нервного сигнала. При рассеянном склерозе иммунная система атакует эту оболочку, вызывая ее повреждение. Это вызывает многочис-

ленные нарушения, как двигательных функций, так и работы внутренних органов.

Основными изучаемыми объектами были вирусы герпеса человека. Было обнаружено, что у 43,5% пациентов с рассеянным склерозом в спинномозговой жидкости определяются вирусы ветряной оспы - одного из семейства вирусов герпеса. У пациентов с повторно обостряющимся рассеянным склерозом вирус определялся в 82% случаев.

Ученые выявили, что вирусы герпеса поражают лимфоциты - клетки иммунной системы, и вызывают изменение их функции.

По результатам исследования было показано, что эти вирусы или их компоненты могут нарушать нормальные иммунные процессы у лиц с предрасположенностью к рассеянному склерозу, и тем самым запускать аутоиммунный процесс.

<http://www.gazeta.ru>