

УДК 615.478; 616-7

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ ЧИСЛА НЕОБОСНОВАННЫХ ВЫЗОВОВ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© А.В. Курышкин

Ключевые слова: скорая медицинская помощь; участковая служба; необоснованные вызовы.

В статье приводятся результаты исследования функционирования первичного звена системы сельского здравоохранения в Новомосковском районе Тульской области. Предлагаются инструменты снижения числа необоснованных вызовов бригад скорой медицинской помощи.

Развитие системы здравоохранения и повышение эффективности управления ресурсами здравоохранения, прежде всего государственной и муниципальной собственности, является основой повышения структурной эффективности здравоохранения в целом.

В развитии здравоохранения приоритетным направлением, согласно основным программным документам, является участковая служба. Исходя из Концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 г., основной характеристикой формируемой модели станет интеграция амбулаторной и стационарной помощи через развитие стационарзамещающих форм [1]. Участковый врач и врач общей практики должны составить основу смешанной модели первичной помощи. Планируется дальнейшее развитие оказания амбулаторной медицинской помощи жителям сельских поселений и малых городов. При этом особое внимание будет уделяться соблюдению стандартов оснащения фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц и врачебных амбулаторий как подразделений центральных районных больниц.

Однако в трактовке современных документов нет четкого функционального разграничения между скорой медицинской помощью (СМП) и участковой службой при решении задачи оказания медицинской помощи хроническим больным вне обострения заболевания. А с принятием Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» намечается тенденция перевода финансового обеспечения в форму субсидий из соответствующего бюджета за выполнение государственного (муниципального) заказа. И в данном случае оценка качества оказанной услуги должна стать обязательным элементом деятельности системы оказания первичной медицинской помощи. Таким образом, проблема контроля качества работы участковой службы в контексте взаимодействия с СМП является актуальной проблемой [2–5].

В целях совершенствования системы качественной оценки работы участковой службы в сельской местности было проведено исследование деятельности службы СМП Новомосковского района Тульской области. В

табл. 1 представлен объем проанализированных случаев за период 2006–2009 гг.

Таким образом, за период 2006–2009 гг. была исследована генеральная совокупность данных, что свидетельствует о достоверности полученных результатов.

В целях выявления отклонений от рациональной модели оказания медицинской помощи элементами первичного звена сельского здравоохранения был проведен анализ кратности вызовов. На рис. 1 наглядно представлена годовая кратность вызовов в исследуемом периоде.

Таблица 1

Количество вызовов СМП Новомосковского района Тульской области, 2006–2009 гг.

№ п/п	Год	Количество вызовов
1	2006	2873
2	2007	2900
3	2008	2951
4	2009	2913

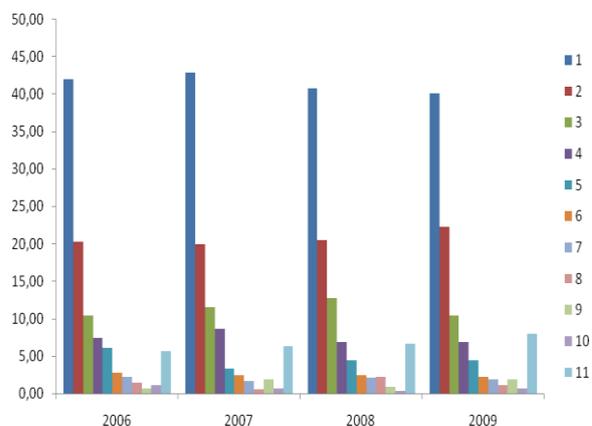


Рис. 1. Годовая кратность вызовов (2006–2009 гг.)

Таблица 2

Ранжирование больных (кратность вызовов СМП
5 и более раз в год)

№ п/п	Группа больных	Количество больных
1	Хроническим алкоголизмом	16
2	Гипертонической болезнью, бронхиальной астмой	36
3	Психическими заболеваниями	8
4	Онкозаболеваниями	9
5	Другими заболеваниями	9

Определим в процентном соотношении вызовы, совершенные 5 и более раз. В 2006 г. данный показатель составил 19,8 %, в 2007 г. – 16,9 %, в 2008 г. – 19,04 %, в 2009 г. – 20,25 %. Таким образом, каждый пятый вызов в году сделан пять и более раз. За четыре периода анализа всего было совершено 11637 вызовов, из них 2259 для 78 больных.

Анализ вызовов дал следующие результаты (табл. 2).

Анализ результатов вызовов в группе с кратностью вызовов 5 и более раз в год показал следующее. Доставлено в больницу в 321 случае вызова, оставлено на месте 1233 раза, отказались от госпитализации в 226 случаях, в 46 случаях направлены врачом в стационар.

Рассмотрим многократные вызовы для больных гипертонической болезнью и бронхиальной астмой (как критерий эффективности работы участковой службы). Данная группа разделяется следующим образом:

- больные гипертонической болезнью – 29 человек;
- больные бронхиальной астмой – 5 человек;
- больные гипертонической болезнью и бронхиальной астмой – 2 человека.

На долю этой группы больных пришлось 1092 вызова (за период 2006–2009 гг.). То есть около 50 % всех многократных вызовов было осуществлено для больных с гипертонической болезнью и бронхиальной астмой. В 75,3 % случаев больной оставлен на месте. Вы-

водом полученных данных является рекомендация повышения эффективности работы с диспансерной группой больных гипертонической болезнью и бронхиальной астмой в сельской местности.

Исследование группы вызовов с кратностью 4 и более раз в месяц дал следующий результат. Число вызовов данной группы распределилось следующим образом: 2006 г. – 307 вызовов, 2007 г. – 206, 2008 г. – 228, 2009 г. – 258. Численность группы больных составила 56 человек. В табл. 3 представлено ранжирование вызовов по причине.

В указанной группе доля вызовов к инкурабельным больным составила 34 %.

Для подтверждения вывода о необходимости совершенствования контроля качества деятельности участковой службы рассмотрим структуру результата вызова «Оставлен на месте» в разрезе нозологических форм заболеваний. В табл. 4 представлены наиболее часто встречаемые диагнозы.

В 2006 г. на долю представленных нозологических форм болезней пришлось 72,4% всех оставленных на месте после вызова бригады СМП, в 2007 г. – 66,46 %, в 2008 г. – 66,95 %, в 2009 г. – 69,31 %.

Таблица 3

Ранжирование вызовов для первой группы

№ п/п	Картина вызова	Количество больных
1	Алкогольное опьянение и осложнения	12
2	Хроническое заболевание вне обострения	13
3	Онкологическое заболевание	8
4	Приступы шизофрении	3
5	Приступ бронхиальной астмы	6
6	Гипертонические кризы	7
7	Другие	7

Таблица 4

Число наиболее часто встречаемых диагнозов с результатом исхода вызова «Оставлен на месте»

№ п/п	Шифр МКБ ¹	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
1	I10 Артериальная гипертензия, криз	128	135	99	132
2	I13 Гипертоническая болезнь	134	161	216	206
3	G93.4 Энцефалопатия неуточненная	44	73	53	48
4	I25.8 Другие формы хронической ИБС	68	50	29	49
	J44 Хронический астматический бронхит				
5	J45 Бронхиальная астма	40	43	63	45
6	M42 Остеохондроз позвоночника	71	57	48	50
7	C16-C76 Онкологические заболевания	104	32	14	33
	F10.0 F10.2 F10.3 F10.4 Y91.0 Y91.1 Алкогольное опьянение Хронический алкоголизм Абстинентный синдром	108	98	89	78
8	Алкогольный галлюциноз, бред ревности, алкогольная интоксикация легкой и средней степени тяжести				
9	J06.9 ОРЗ	90	102	104	147
	Итого	787	751	715	788

¹Международная классификация болезней.

В большинстве случаев требуемую медицинскую помощь могла оказать участковая служба. Также было определено, что организационная форма участковой службы не влияет на долю необоснованных вызовов СМП в общем числе вызовов.

Решению выявленных проблем может способствовать внедрение элементов системы менеджмента качества. При внедрении системы менеджмента качества в систему здравоохранения разрабатывается ряд документов, в целом регламентирующих и стандартизирующих весь процесс оказания медицинской помощи. При возникновении необходимости в систему менеджмента вводится информационная карта процесса, которая проходит процесс согласования с исполнителями. Процесс взаимодействия СМП с участковыми службами и факт наличия положительной динамики числа повторных вызовов к хроническим больным обуславливает необходимость введения разработки и внедрения информационной карты процесса «Диспансерный учет и патронаж хронических больных в сельской местности» (рис. 2). Информационный процесс в СМК имеет лист согласований и лист внесения изменений. Таким образом, в данной процедуре заложена возможность совершенствования процесса согласно потребностям с внешней стороны.

Владельцем процесса является медицинский работник участковой службы. Целью процесса является устранение необоснованных вызовов БСМП к хроническим больным. Входами процесса, экзогенными переменными являются систематические жалобы больного и постановка соответствующего диагноза, информация от СМП (в автоматизированном и ином виде). Выходы процесса – записи в карте больного, данные мониторинга.

Процессами-поставщиками являются процессы, описанные в соответствующих информационных картах: выявление хронического больного, взятие на диспансерный учет. Процессы-потребители – внутренние процессы системы здравоохранения: функционирование и взаимодействие элементов системы здравоохранения; мониторинг эффективности деятельности участковой службы сельской местности.

Далее в информационной карте представляются основные ресурсы, содержание процесса, процедуры управления процессом.

К контролируемым параметрам процесса относятся:

- число необоснованных вызовов СМП хроническими больными;
- соответствие календарю диспансерного наблюдения;

Пункт	Наименование процесса	Шифр процесса	Владелец процесса
XXX	Диспансерный учет и патронаж хронических больных	XXX	Врач, фельдшер
Цель:	Устранение необоснованных вызовов СМП к хроническим больным		
Входы процесса:		Выходы процесса:	
- информация от СМП; - жалобы больного		- контрольная карта больного; - данные мониторинга	
Требования к входам:		Требования к выходам:	
- согласно СМК		- согласно СМК	
Процессы-поставщики:		Процессы-потребители:	
- выявление хронического больного, взятие на учет		- функционирование и взаимодействие элементов системы здравоохранения; - мониторинг эффективности деятельности участковой службы сельской местности	
Основные ресурсы:	Медицинский персонал, вспомогательные службы, медикаменты и оборудование		
Содержание процесса:	- диспансерное наблюдение; - программа оздоровления хронического больного; - патронаж хронического больного		
Процедуры управления процессом:	- стандарты лечения; - должностная инструкция; - контрольные мероприятия		
Контролируемые параметры процесса:		Методы измерения параметров:	
- число необоснованных вызовов СМП хроническими больными; - соответствие календарю диспансерного наблюдения; - соответствие плану патронажных осмотров		- количественные; - качественные	
Критерии результативности:	- абсолютный и относительный показатель числа необоснованных вызовов; - доля осложнений хронических заболеваний; - длительность ремиссий у хронических больных; - улучшение общественного мнения; - медико-демографические показатели		
Записи СМК:	- согласно Положению о документировании процедур		

Рис. 2. Информационная карта процесса «Диспансерный учет и патронаж хронических больных в сельской местности»

– соответствие плану патронажных осмотров.

Календарь диспансерного наблюдения и план патронажных осмотров формируется в соответствии с требованиями СМК.

Методы измерения параметров определим как количественные и качественные. К количественным отнесем метрические показатели. Качественные показатели могут быть определены как на основе разработанного индекса качества, так и на основе социологических опросов, исследований.

Требования к входам и выходам процессов разрабатываются в соответствии с СМК соответствующей стандарту и принятой в данной организации. Записи СМК соответствуют положению о документировании процедур в СМК.

Учитывая актуальность разработки мероприятий по предупреждению многократных вызовов, целесообразно ввести информационную карту процесса «Патронаж онкологических больных, находящихся в терминальной стадии заболевания». К incurable больным при формировании информационной карты процесса отнесем онкологических больных в терминальной ста-

дии заболевания, нуждающихся в патронажных медицинских услугах.

Указанная карта информационного процесса разрабатывается с целью улучшения качества жизни больного. Механизм патронажа за такого рода больными может быть распространен и на других больных. Однако в данном случае необходимо учитывать российскую специфику и этические принципы. Исходя из этого, нами разработана информационная карта процесса «Патронаж онкологических больных, находящихся в терминальной стадии» (рис. 3).

Непрерывный патронаж позволит оценивать эффективность назначенного лечения, снизить болевой синдром и, в конечном итоге, уменьшить долю вызовов СМП.

Итак, внедрение элементов системы менеджмента и выполнение процессов в соответствии с информационными картами, одновременно с введением системы премирования и стимулирования, позволит нивелировать отклонение, заключающееся в устранении необоснованных вызовов СМП.

Пункт	Наименование процесса	Шифр процесса	Владелец процесса
XXX	Патронаж онкологических больных, находящихся в терминальной стадии заболевания	XXX	XXXXXX
Цель:	Снижение числа вызовов СМП к онкологическим больным, находящимся в терминальной стадии заболеваний		
Входы процесса:		Выходы процесса:	
- данные исследований; - информация от СМП		- контрольная карта больного	
Требования к входам:		Требования к выходам:	
- согласно СМК		- согласно СМК	
Процессы-поставщики:		Процессы-потребители:	
- установление терминальной стадии заболевания		- функционирование и взаимодействие элементов системы здравоохранения; - мониторинг эффективности деятельности участковой службы сельской местности	
Основные ресурсы:	Медицинский персонал, вспомогательные службы, медикаменты и оборудование		
Содержание процесса:	– диспансерное наблюдение; – программа улучшения качества жизни; – патронаж онкологического больного		
Процедуры управления процессом:	- стандарты лечения; - должностная инструкция; - контрольные мероприятия		
Контролируемые параметры процесса:		Методы измерения параметров:	
- число необоснованных вызовов СМП; - соответствие плану патронажных осмотров		- количественные; - качественные	
Критерии результативности:	- абсолютный и относительный показатель числа необоснованных вызовов; - доля осложнений течения заболевания; - субъективная оценка больного (качество жизни) - улучшение общественного мнения		
Записи СМК:	- согласно Положению о документировании процедур		

Рис. 3. Информационная карта процесса «Патронаж онкологических больных, находящихся в терминальной стадии заболевания»

ЛИТЕРАТУРА

1. *Найговзина Н., Филатов В.* О некоторых подходах к укреплению здоровья населения и развитию здравоохранения России на долгосрочную перспективу // *Экономическая политика.* 2009. № 5. С. 24-40.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 29.07.05 г. № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи» // СПС «Консультант плюс».
3. Международные стандарты серии ISO 9000 и их российские аналоги // *Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи.* 2009. № 5. С. 56-69.
4. *Таевский Б.В., Таевский А.Б.* Организационные предложения по совершенствованию управления качеством медицинской помощи // *Менеджер здравоохранения.* 2009. № 5. С. 27-30.

5. *Толстов С.Н., Карасева Т.В., Руженский В.И.* Управление качеством медицинской помощи на ФАПх // *Главврач.* 2005. № 1. С. 57-69.

Поступила в редакцию 21 марта 2011 г.

Kuryshkin A.V. METHODOICAL APPROACHES TO REDUCTION OF NUMBER OF BASELESS CALLING OF MEDICAL EMERGENCY

The article shows results of researching of functioning of primary link of system of Agricultural Public Health in Novomoskovskiy district of Tula region. Instruments of reduction of number of baseless callings of medical emergency are proposed.

Key words: medical emergency; district doctors; baseless callings.