

МЕДИЦИНА. БИОЛОГИЯ

Джемуратов К.А., Касиев Н.К., Касымов О.Т.

**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРОВ
ПО ПРОФИЛЯМ И КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

K.A. Dzhemuratov, N.K. Kasiev, O.T. Kasymov

**THE PERFORMANCE OF HOSPITALS BY THE AREA
OF SPECIALIZATION AND QUALITY OF MEDICAL SERVICES UNDER
THE HEALTH CARE REFORM**

УДК: 614.2

В статье представлены анализ качества оказания медицинской помощи по профильным отделениям. Наиболее актуальными проблемами в деятельности организаций здравоохранения остается предоставление качественной медицинской помощи населению, особенно в приоритетных направлениях, таких как родовспоможение, оказание медицинской помощи детям и оказание экстренной и неотложной помощи больным хирургического профиля.

Ключевые слова: *реформы здравоохранения, больница, индикаторы качества, госпитализация, больничная летальность, организация здравоохранения.*

The article analyzes quality of medical care by specialized departments. The most pressing problems of the performance of health care facilities are related to the provision of quality health care to the population especially in such priority areas as obstetrics, health care of children, emergency and critical care for surgical patients.

Key words: *health care reforms, hospital, quality indicators, health care management*

В Кыргызстане также проведены структурно-функциональные преобразования системы здравоохранения [1, 2], но, насколько эти изменения оказались позитивными, предстоит еще выяснить. Проблема оценки эффективности работы ЛПУ на сегодняшний день остается одной из наиболее приоритетных и в то же время недостаточно разработанных. Эффективность деятельности должна оцениваться по конкретному конечному результату, которого достигает ЛПУ в определенный временной интервал. Специфику анализа эффективности определяет нетоварный характер содержания медицинской работы. Поэтому важно представить, какие именно результаты следует включать в анализ эффективности [3]. При анализе эффективности деятельности медицинских учреждений нужно ясно представлять, что используемые показатели должны нести определенную смысловую нагрузку и отражать конкретную связь с целями

и задачами медицинского учреждения [4]. Параметры, используемые для оценки эффективности работы ЛПУ, должны рассчитываться на основе данных, имеющихся в системе официальной статистики. Это очень важно в плане оперативности собираемой информации, ее доступности возможности принятия по результатам показателей управленческих решений. Кроме того, необходимо, чтобы система показателей позволяла проводить анализ эффективности работы не только ЛПУ в целом, но и в различных его структурных подразделениях [5].

Материал и методы исследования. Оценка качества медицинской помощи в родовспоможении проводилась по таким показателям, как частота осложнений беременности, родов и послеродового периода, уровень и причины материнской смертности. О качестве медицинских услуг для детей судили по таким критериям как заболеваемость, выход на первичную инвалидность, показателях смертности и причинах приводящих к ней. Для оценки качества медицинской помощи хирургического профиля брались такие показатели, как удельный вес поздней госпитализации и послеоперационной летальности, больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости. Оценка качества медицинских услуг по профильным стационарам за период с 2003 по 2007 гг. был изучен на основании анализа статистических сборников республиканского медико-информационного центра МЗ Кыргызской Республики.

Результаты и обсуждения. При проведении исследования по оценке качества предоставляемых медицинских услуг по родовспоможению, данные статистической обработки показали, что у каждой третьей зафиксировано осложнение, удельный вес которых в динамике сократился с 41,6% (2003 г) до 37,6% (2008 г), тогда как материнская смертность повышается (табл. 1).

Таблица 1

Индикаторы качества стационарных услуг по родильным отделениям

Наименование показателей	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Число родов	100735	105115	107530	108740	119593	127780	
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	число	41,6	32,0	31,0	38,0	39,2	37,6
	процент к числу родов	41,3	30,4	28,8	34,9	32,8	29,4
Материнская смертность	число	56	51	67	64	77	75
	на 100 тыс. родов	53,1	46,4	61,0	53,0	62,5	58,9
Причины смерти (в %)	сепсис	16,0	11,4	10,0	7,8	10,4	21,0
	акушерские кровотечения	18,0	31,8	43,3	34,4	52,2	29,0
	гипертензивные расстройства	40,0	22,7	26,7	34,4	22,4	22,6
	разрывы матки	4,0	6,8	3,3	1,6	1,6	1,6

Ежегодно от осложнений погибает от 51 до 67 женщин. В структуре материнской смертности септические осложнения составляют 7,8-21,0%, акушерские кровотечения –18,0-52,2%, гипертензивные кровотечения – 22,4-40,0%, разрывы матки -1,6-6,8%.

Одной из причиной снижения количества послеродовых осложнений может явиться ранняя выписка, потому из диагностика осуществляется уже за пределами акушерских

стационаров. Причины материнской смертности по их предотвратимости можно подразделить на группы: низкая квалификация персонала и неудовлетворительная подготовка беременных к родам.

Данные нашего исследования показали, что нагрузка на акушерские стационары в последние годы увеличилась. За период с 2003 по 2008 г. число родов и родившихся детей увеличилось на 27 тыс. (26,8%) (табл. 2).

Таблица 2

Показатели качества оказания медицинских услуг новорожденным в стационарах

Индикаторы	Годы наблюдения						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Число родившихся детей	100735	105115	107530	108740	119593	127780	
Мертворождаемость (‰)	13,8	13,5	14,5	14,4	14,2	12,9	
Родилось детей больными или заболели с массой тела 1000 г. и более (тыс. человек)	24,9	27,1	27,5	27,5	25,6	27,3	
% от числа родившихся живыми	24,7	25,5	25,2	24,7	20,9	21,2	
Число новорожденных умерших в 0-6 суток (‰)	16,7	16,5	18,4	19,6	19,1	17,4	
Число новорожденных умерших после 7 суток (‰)	2,5	2,5	2,7	2,8	2,6	2,6	
Показатель неонатальной смертности (‰)	19,2	19,0	21,1	22,4	21,7	20,0	
Причины неонатальной смертности	состояния, возникшие в перинатальном периоде	44,9	58,4	61,2	60,9	60,0	63,5
	болезни органов дыхания	29,2	18,6	17,8	17,5	16,7	14,0
	инфекционные болезни	6,7	5,3	5,2	5,7	6,8	5,8
	травмы	3,0	2,3	2,5	1,8	1,7	2,3

Показатель мертворождаемости составляет 12,9-14,5 на 1000 родившихся живыми и мертвыми. Из общего числа новорожденных с массой тела 1000 г и более, ежегодно в среднем рождается 26,7 тыс. больными или заболевают в первые 6 суток. Показатель ранней неонатальной смертности колеблется в пределах 16,5 -19,6% и в последние три года наметилась легкая тенденция к снижению. Основная часть неонатальной смертности приходится на первые 6 суток и только 2,5-2,8% приходится на более

поздние сроки. Ведущей причиной неонатальной смертности являются состояния, возникшие в перинатальном периоде. Доля данной причины в структуре неонатальной смертности составляет от 44,9% (2003 г.) до 63,5% (2008 г.). Второе место в структуре неонатальной смертности занимают болезни органов дыхания (14,0-29,2%). Данная причина к 2008 году сократилась более чем в два раза. Затем следуют инфекционные заболевания и травмы, уровень которых в динамике не

претерпел изменений. По причине состояний, возникших в перинатальном периоде и болезней органов дыхания, указывает на то, что дети тотчас после рождения попадают в неблагоприятные условия.

Анализ предоставления медицинских помощи в детских отделениях и больницах показал, что заболеваемость детского населения в возрасте до года за период с 2003 по 2008 гг. увеличилась на 19,4% и составила 82830,8 на 100 000 данного возраста (табл. 3). Показатель заболеваемости по обращаемости в группе детей от года до 5 лет также повысился. При

этом уровень заболеваемости детей в возрасте до года превышает таковой в возрасте от года до 5 лет более чем в 2,5 раза. Показатели выхода детей на инвалидность повышаются. Если в 2003 г. было признано инвалидами 1787 человек (10,8 на 10000 в возрасте до 15 лет), а в 2008 г. – уже 2503 (12,9 ‰). В 2003 г. показатель младенческой смертности составлял 25,3 на 1000 живорожденных, в 2005 г. – 29,7; в 2007 г. – 30,6; в 2008 – 27,1 на 1000 родившихся живыми. Увеличился также показатель детской смертности с 29,8 до 31,5 на 1000 родившихся живыми.

Таблица 3

Качество стационарных услуг по детским отделениям

Наименование показателя		Годы наблюдения					
		2003	2004	2005	2006	2007	2008
Заболеваемость детей в возрасте до года (на 100000 данного возраста)		69345,7	71454,2	72680,3	53608,0	59574,0	82830,8
Коэффициент детской смертности до года на 1000 родившихся живыми		25,3	25,7	29,7	29,2	30,6	27,1
Заболеваемость детей в возрасте от года до 5 лет на 100 тыс. детей этого возраста		28027,1	29318,1	28381,5	34117,7	34675,7	34045,9
Впервые признаны инвалидами (человек)	число	1787	2516	2594	2414	2379	2503
	На 10 000 детей	10,8	15,6	15,1	14,2	12,3	12,9
Коэффициент детской смертности в возрасте до 5 лет на 1000 родившихся живыми		29,8	31,8	35,2	34,6	35,3	31,5
Причины детской смертности	состояния возникающие в перинатальном периоде	34,3	47,9	51,8	51,3	52,4	55,2
	болезни органов дыхания	31,7	33,5	21,1	20,8	19,5	16,7
	врожденные аномалии	8,6	10,0	10,1	10,5	10,7	10,8
	инфекционные болезни	7,5	6,5	6,0	6,8	7,7	6,7
	травмы и отравления	7,8	6,6	6,1	5,7	4,5	5,5

Основной причиной детской смертности являются состояния, возникающие в перинатальном периоде, болезни органов дыхания, врожденные аномалии. Если первая причина имеет тенденцию к росту, то болезни органов дыхания пошли на убыль. Таким образом, за период наблюдения в группе детского населения увеличилась заболеваемость и смертность. На этом основании напрашивается вывод, что эффективность медицинской помощи детскими стационарами снизилась.

Удалось снизить детскую смертность, но при этом отмечается увеличение инвалидности.

При проведении оценки качества экстренной хирургической помощи отмечено, что наиболее высокий удельный вес поздней госпитализации характерен для таких заболеваний как острый панкреатит (45,2% - 55,7%), острый холецистит (48,1% - 51,3%), желудочно-кишечные кровотечения (41,6%-46,2%), острая кишечная непроходимость (33,1% - 41,9%) (табл. 4).

Поздняя госпитализация и летальность больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости

Индикаторы (%)		2003	2004	2005	2006	2007	2008
Острая кишечная непроходимость	поздняя госпитализация	38,7	33,1	34,8	34,7	39,6	41,9
	летальность	3,7	6,0	4,8	5,1	2,7	4,1
Острый аппендицит	поздняя госпитализация	29,9	28,6	30,8	28,6	26,8	27,3
	летальность	0,04	0,1	0,1	0,1	0,04	0,1
Прободная язва	поздняя госпитализация	13,0	18,2	19,9	21,7	19,0	18,8
	летальность	1,5	2,1	2,6	2,7	3,0	2,1
Желудочно-кишечные кровотечения	поздняя госпитализация	41,6	45,4	44,4	43,6	42,2	46,2
	летальность	2,8	3,2	4,6	12,9	2,3	5,9
Ущемленная грыжа	поздняя госпитализация	16,3	16,9	22,3	12,9	13,4	13,1
	летальность	0,8	1,2	0,9	0,6	0,7	0,5
Острый холецистит	поздняя госпитализация	51,2	48,1	48,4	48,1	47,1	51,3
	летальность	1,0	0,7	0,8	0,7	0,4	0,1
Острый панкреатит	поздняя госпитализация	49,0	45,2	49,9	55,7	51,9	51,4
	летальность	15,0	10,7	14,7	20,4	16,3	11,8

Наиболее низкий уровень поздней госпитализации отмечен среди пациентов с ущемленной грыжей, прободной язвой. Больные с аппендицитом занимают промежуточное положение. Высокая послеоперационная летальность характерна для острого панкреатита (10,7% - 20,4%), острая кишечная непроходимость (2,7% - 6,0%), желудочно-кишечные кровотечения (2,3% - 12,9%). Удельный вес поздней госпитализации повысился при таких нозологиях как прободная язва (с 13,0% до 18,8%) и сократился в группе больных с ущемленной грыжей (с 16,3% до 13,1%). Динамика послеоперационной летальности сократилась лишь у больных острым холециститом (с 1,0% до 0,1%) и повысилась среди больных с прободной язвой (с 1,5% до 2,1%).

Таким образом, каждая беременная женщина поступает на роды с высоким риском для жизни, который становится реальностью для каждой третьей беременной женщины. Уровень ранней неонатальной смертности колеблется в пределах 16,5 -19,6%. За период наблюдения в группе детского населения увеличилась заболеваемость и смертность. На этом основании напрашивается вывод, что эффективность медицинской помощи детскими стационарами снизилась. Удалось в какой-то

снизить детскую смертность, но увеличилась инвалидность. Для каждого острого заболевания брюшной полости имеется свой уровень поздней госпитализации. Негативным моментом является то, что в динамике данный стандарт не меняется. Хотя есть возможность целый ряд экстренных операций перевести в разряд плановых, при которых лучше обеспечивается операционный комфорт и меньше опасности внутрибольничного инфицирования.

Литература:

1. Султанмуратов М.Т., Научное обобщение модели структурного преобразования системы предоставления медицинских услуг в Кыргызской Республике. Дисс. ... д-ра. мед. наук. – Бишкек, 2002. – 228 с.
2. Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения.– Бишкек: АО «Учкун», 2003.– 683 с.
3. Чернова Т.В., Ползик Е.В., Казанцев В.С. Использование интегрального показателя для оценки медицинской эффективности работы лечебно-профилактического учреждения// Здравоохранение Российской Федерации. - 2001. - № 5. - С.14-15.
4. Неменов А.Я. // Советское здравоохранение. - 1989. - № 2. - С.27-31.
5. Веренцов М.М., Чепуренко Н.В. Анализ качества и эффективности здравоохранения: Обзорная информация. – Москва, 1989.

Рецензент: д.мед.н., профессор Василевский М.Г.