

- невозможность учесть даже в групповых тарифах многообразие инфраструктуры учреждений;

- недополучение финансовых средств, необходимых медицинской организации по причине невыполнения плановых объемов медицинской помощи.

Диспансеризация реализовала доступность ряда исследований, которые люди не проходили раньше. Основная трудность - это огромный план. Надо принять и осмотреть большое количество людей за один год, а в ЛПУ нет базы, не хватает диагностического оборудования, очень не хватает врачей и среднего медперсонала.

Переход к преимущественно одноканальной модели финансирования за счет средств ОМС считается прогрессивным направлением реформирования здравоохранения, однако следует учитывать целый ряд проблем его дальнейшего развития. Недостаточное финансирование системы ОМС приводит к дисбалансу экономических возможностей и распространению неформальных платежей среди населения. Необходимо расширять практику привлечения негосударственных источников финансового обеспечения отрасли.

Бендюк Г.Я.¹, Дохов М.А.², Сидоров А.А.¹, Тихомирова А.А.²

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТНИКОВ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

1. Медико-санитарной части ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга», Санкт-Петербург

Бендюк Григорий Яковлевич – зам. главного врача;
medcenter@vodokanal.spb.ru;

Сидоров Александр Анатольевич – главный врач;
medcenter@vodokanal.spb.ru;

2. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Дохов Михаил Александрович – к.м.н., доцент; mad20@mail.ru,

Тихомирова Александра Александровна – к.э.н., зав. кафедрой;
tikhomirova@bk.ru.

Резюме. Статья посвящена оценке качества диспансеризации работников ГУП «Водоканал СПб». Выявлено неполное отражение в амбулаторных картах анамнеза болезни и недостаточное привлечение узких специалистов.

Ключевые слова: диспансеризация, качество медицинской помощи, промышленная медицина.

Bendyuk G.Ya., Dokhov M.A., Sidorov A.A., Tikhomirova A.A.

EMPLOYEES MEDICAL EXAMINATION QUALITY MANAGEMENT AT A LARGE INDUSTRIAL ENTERPRISE

Abstract. The article is devoted quality assessment of employees medical examination at the State Unitary Enterprise «Vodokanal SPb». Incomplete reflection of disease anamnesis in outpatient charts and insufficient attraction of narrow specialists are revealed.

Key words: prophylactic medical examination, health care quality, industrial medicine.

В последние годы охрана здоровья трудоспособного населения, повышение доступности и качества медицинской помощи определены в числе приоритетов государства. В стратегии развития России до 2020 г. и Концепции демографической политики до 2025 г. поставлены задачи снижения смертности населения в 1,5 раза и увеличения продолжительности жизни до 75 лет. В связи с этим вопросы, касающиеся эффективности работы медицинских организаций, которые ведут диспансерное наблюдение работающих, являются своевременными и актуальными.

Общепризнано, что повышение качества процесса медицинской помощи (КМП) требует последовательного выполнения этапов цикла непрерывного улучшения качества (У. Шухарта – Э. Деминга): планирование управленческих решений на основе результатов экспертизы состояния (Plan); их реализация (Do); промежуточный контроль состояния (Check); корректировка управленческих воздействий с учетом результатов промежуточного контроля (Action).

Проведенное исследование относится к первой части цикла – сбору информации для планирования управленческих решений. Его цель – определить наиболее значимые типичные врачебные ошибки и их негативные следствия при проведении диспансеризации работников ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга».

Существует несколько путей управления КМП. Первый из них предполагает использование стандартов и протоколов ведения больных [2]. Этот подход не всегда применим, т.к. зачастую внедрение стандартов требует длительного времени. Во втором случае к медицинскому обслуживанию относятся как к процессу: сначала по результатам экспертизы КМП устанавливаются типичные и наиболее значимые врачебные ошибки, их причинно-следственные связи и негативные следствия для состояния компонентов КМП, и лишь затем разрабатываются индикаторы качества для промежуточного оперативного контроля [1]. За индикаторы принимаются элементы врачебного процесса, неправильное выполнение которых обуславливает наиболее значимые типичные врачебные ошибки и их негативные следствия. Этот процесс непрерывен, т.к. после устранения типичных врачебных ошибок состав индикаторов может

поменяться.

Для достижения поставленной цели были проанализированы амбулаторные карты работников ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга», находившихся под диспансерным наблюдением в 2015-2016 гг. Из них методом бесповторного рандомизированного отбора было исследовано 740 случаев диспансерного наблюдения. 111 (15%) из них не соответствовали предъявляемым требованиям по КМП.

Среди выявленных нарушений преобладавал (70,9%) неправильный сбор информации о пациенте. Основными нарушениями в сборе информации были: недостаточное отображение в амбулаторной карте опроса пациента (предъявляемых жалоб и анамнеза болезни) – 66,7%; не назначение консультаций к узким специалистам – 15,0%; недостаточность лабораторных (12,8%) и инструментальных (5,4%) исследований. Это привело к нарушениям в постановке диагноза (18,2%) и лечения (10,9%).

Наибольшая частота (46,2%) нарушений выявлена в процессе лечебно-профилактических мероприятий. Больше всего нареканий (41,4%) вызывали принятие врачебного решения и преемственность помощи. Постановка и оценка диагноза по имеющимся в амбулаторной карте данным была затруднена в 34,5% случаев, правильности применяемого лечения – в 24,1%. Неоптимальная трата ресурсов здравоохранения выявлена в 27,7% случаев, половина из них приходилась на недостаточное привлечение консультантов, а 27,8% на неполное использование лаборатории.

Таким образом, каждое шестое диспансерное наблюдение не соответствовало предъявляемым требованиям по КМП. Основными нарушениями были неполное отражение в первичной документации (амбулаторных картах) анамнеза болезни и предъявляемых пациентом жалоб, недостаточное привлечение узких специалистов и лабораторных исследований, что негативно отразилось на принятии врачебного решения и преемственности помощи.

Литература

- 1 Методы статистического анализа результатов экспертизы качества медицинской помощи в совокупности случаев. - СПб, 2007. - 24 с.
2. Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. Vol. 2: Methods. - U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. - 1995, AHCPH, Pub. № 95-0046. - 124 p.