

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОЦЕНОЧНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ВОЗ ДЛЯ АНАЛИЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ПЗЗ) В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ УЗБЕКИСТАНА

Ли В. А., Мавлянова Д. А.*

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
*Кафедра амбулаторной медицины и физической культуры
г. Ташкент, Узбекистан*

Ключевые слова: анализ, оценочные инструменты, качество, первичное звено здравоохранения, медицинские услуги.

Резюме: Для всестороннего анализа результатов реформирования ПЗЗ в Узбекистане и принятия решений основанных на фактах, направленные на непрерывное обеспечение качества предоставляемых услуг, важно использование оценочного инструмента, который способен создать устойчивую систему мониторинга и оценки деятельности ПМСП.

Resume: Under reforms of primary health care (PHC) in Uzbekistan, well-structured information system based on effective monitoring and evaluation tools is vitally important. It can allow conducting thorough analysis of PHC delivery and establishing good basis for information system as a component of evidence-based policy making and continuous quality improvement.

Актуальность. За последние годы Узбекистан достиг определенного прогресса в структурных реформах ПМСП, которые всецело направлены на обеспечение гарантий по улучшению доступа населения к качественному здравоохранению, на приближение системы здравоохранения к индивидуальным потребностям пациентов и общества в целом; а также на обеспечение оптимального распределения ресурсов в секторе здравоохранения и повышение их рентабельности.

Важной составляющей реформ является формирование института врача общей практики, выполняющий ключевую роль в предоставлении медицинских услуг населению, базирующийся на доступности, непрерывности, координации и комплексности предоставления услуг, которые являются фундаментальными чертами ПМСП, гарантируя ее эффективность и безопасность.

Однако, на данном этапе сохраняются проблемы в сфере таких ключевых функций ПМСП, как предоставление профилактических и общих медицинских услуг, качество которых определяется такими характеристиками как доступность, непрерывность, координация и комплексность в оказании медицинской помощи.

В связи с этим, для принятия решений, способствующих повышению качества предоставления медицинских услуг, необходима информация, основанная на доказательствах, полученные в процессе регулярного исследования, анализа и оценки. Такой подход в оценке качества предоставления услуг имеет особую актуальность, так как позволит разработать стратегический механизм дальнейшего развития ПМСП в условиях глобализации проблем меняющегося мира.

Цель: провести анализ и оценку предоставления медицинских услуг на уровне ПМСП в сельской местности Узбекистана на основе изучения соответствующих

опубликованных документов за последние 15 лет.

Задачи: 1. Изучить опубликованные за последние 15 лет официальные документы, материалы и отчеты национальных и международных экспертов, посвященные исследованию предоставления медицинских услуг в стране.

2. Определить и оценить ключевые характеристики оказываемых медицинских услуг в сельских семейных поликлиниках (ССП), используя индикаторы и инструменты ВОЗ.

3. Составить обобщенную SWOT таблицу, включающую описание сильных (S-strong), слабых (W-weak) сторон, а также возможностей (O-opportunities) и угроз (T-threats) в предоставлении медицинских услуг на уровне ПМСП в Узбекистане. (Рис. 1.)

Материалы и методы. В ходе исследования были изучены и проанализированы около 50 официальных документов, материалов и отчетов национальных и международных экспертов, опубликованных за последние 10-15 лет.

Аналитический обзор и оценка качества предоставления медицинских услуг проводились с использованием SWOT анализа, инструментов ВОЗ по оценке ПМСП (Primary Care Evaluation Tool - PCET) и европейских индикаторов качества ПЗЗ (European Primary Care (EPC)), описывающие четыре характеристики предоставления услуг на уровне ПМСП: доступность, непрерывность, координация и всесторонность.

Результаты и их обсуждение. Анализ и оценка степени доступности медицинской помощи на уровне ПМСП проводились с точки зрения географической, организационной и финансовой доступности. **Доступность** - возможность получить медицинскую помощь независимо от места нахождения, времени суток и дней недели.

Географическая доступность определяется расстоянием до учреждения ПМСП и равномерным распределением медицинского персонала. Аналитический обзор определил равную географическую доступность для населения по всей территории Узбекистана, когда население приписано к самой близлежащей поликлинике по месту жительства (8).

Укомплектованность врачами сельской семейной поликлиники (ССП) за 10 лет увеличилась на 25% (1). Доля врачей общей практики (ВОП) в общем количестве врачей с начала реформирования выросла на 5% (9). Сведения по среднему медперсоналу также говорят о росте их укомплектованности до 4% (9). Однако, наблюдается неравномерность распределения трудовых ресурсов, как между областями республики, так и между сельскими и городскими районами. Возможно, это связано с нехваткой кадров в связи с переходом на общеврачебную практику. А также с оттоком молодых специалистов из отрасли в фармацевтические компании и бизнес-сферу, либо концентрацией квалифицированных специалистов в крупных городах (6).

В целом, географическая доступность обеспечена для всего населения страны, за исключением некоторых сельских районов, где отмечается дефицит медицинских кадров.

Организационную доступность определяют режим работы учреждения, оказание услуг вне рабочего времени, визиты на дом и в ПМСП, дистанционное консультирование, планирование срочных и плановых консультаций, соответствие объема и вида услуг нуждам и потребностям населения, а также удовлетворенность населения услугами ПМСП.

Согласно результатам исследований, население чаще всего обращается за помощью в государственные медицинские учреждения (8). Число амбулаторно-поликлинических посещений за изучаемый период увеличилось на 10,4% (2). Процент посещения сельскими жителями ВОП увеличился с 22,2 % в 2003 г. до 58,8 % в 2011 г. (9).

По последним исследованиям отмечена невысокая частота посещений на дому (5). Наибольший процент пациентов (22% и 35%) отметили, что медсестры и участковые врачи не посещают больных на дому, а 21% и 22%, что медицинские работники посещали их 1 раз в месяц.

В процессе анализа и оценки встал вопрос о рентабельности домашних посещений. Аспект посещений на дому остается актуальным, требующий разработки четких требований, включающие ведение документации, записи о бытовых условиях жизни пациента и других социально-экономических факторах, что важно для пожилых пациентов и пациентов с хроническими заболеваниями и инвалидностью.

Анализ планирования срочных и плановых консультаций указал на то, что в сельской местности наиболее распространена система неограниченных посещений (2), что влияет на качество проведения как срочных, так и плановых консультаций пациента. Однако, такой пробел восполняется оказанием медицинской помощи вне рабочего времени, включая выходные дни и ночное время. В целом, для улучшения организационной доступности следует рассмотреть возможности информационных и электронных средств связи, которые начинают внедряться в стране по аналогии других странах с развитой общей врачебной практикой.

Финансовая доступность включает оценку объема денежных затрат пациента на оплату услуг ВОП и другого персонала ПМСП, медикаменты и/или манипуляции, выписанные ВОП, визиты ВОП на дом. Государственные учреждения ПМСП в Узбекистане обеспечивают население гарантированную государством бесплатную медицинскую и профилактическую помощь. Перечень основных лекарственных средств и изделий медицинского назначения, услуги ПМСП, цены и доступ к данным средствам пересматривается каждые 2 года и контролируется со стороны правительства.

Таким образом, воздействие реформ здравоохранения на повышение доступности ПМСП отмечено как положительное. Потребители удовлетворены доступностью медицинской помощи, оказываемой учреждениями ПМСП, особенно, жители сельской местности, где реформирование началось значительно раньше (2).

Непрерывность определяется соответствием предоставляемых услуг потребностям пациента как на момент обращения, так и в течение последующего времени, необходимого для эффективного ухода и лечения.

Анализ и оценка данного элемента проводилась с учетом концепции и

индикаторов ВОЗ, определяющая *поперечную непрерывность*, основанная на обоснованных вмешательствах внутри самого учреждения за короткий период времени в контексте отдельного эпизода заболевания. Отмечен высокий показатель данного типа непрерывности, который оценивался количеством обращаемости за помощью прикрепленных пациентов к своему ВОП и их удовлетворенностью. Анализ *продольной непрерывности* включал оценку непрерывной серии контактов в течение длительного периода наблюдения и ухода за пациентами, организованной командой поставщиков и других специалистов в доступной пациенту обстановке. К сожалению преимущества продольной непрерывности в системе ПЗЗ врачами общей практики не всегда используется в полной мере.

Информационная непрерывность означает систематический сбор и представление медицинской информации о пациенте быстро и в доступной форме (компьютеризация) в медицинской документации, информации о клинических мероприятиях или процедурах пациента, направления на консультацию к специалистам и госпитализацию. Изучение данного вида непрерывности проводилось на основе результатов оценки деятельности ВОП (5) и проверки состояния учетной и отчетной документации. Полученные сведения указывают на несвоевременные и неполные записи в документации при рутинных контактах врача с пациентом, что способствует низкому контролю риска развития осложнений заболеваний, побочных эффектов, нерационального лечения.

Межличностная непрерывность определяется постоянными, продолжительными и доверительными взаимоотношениями между пациентами и поставщиками медицинских услуг. По данным международных обзоров, система АПУ, существовавшая на протяжении многих лет, была ориентирована на оказание медицинской помощи пациентам с острыми состояниями, а не с хроническими. При этом множество узких специалистов в АПУ обеспечивает механическое взаимодействие между пациентами и учреждением, но не долгосрочные доверительные и ориентировано на отдельные заболевания, а не на человека в целом. Таким образом, обеспечение непрерывности в рамках ПМСП – это довольно сложная задача, которая стоит перед дальнейшим реформированием в отношении ПМСП.

Координация подразумевает согласованное ведение пациентов и является важным элементом, отражающим оперативность медицинских услуг, необходимая на стыке между первичной и вторичной помощью, или между лечением и другими услугами. Анализ ситуации по состоянию координации в ПЗЗ указал на показатель «*координирующей*» функции ВОП в регулировании доступа пациента к другим уровням системы здравоохранения, и отмечен высоким процентом (более 80%) консультирования пациентов ВОП внутри учреждения ПМСП (5). Однако прослеживается недостаточная осведомленность населения об объеме предоставляемых медицинских услугах населению на уровне ПМСП (5), что создает угрозу формирования мнения у населения о получении эффективной медицинской помощи у узкого специалиста, чем у ВОП. Кроме того, 55% пациентов посещают узких специалистов без направления ВОП (5). Более 80% ВОП направляют пациентов на консультации к узким специалистам необоснованно (5).

Другой показатель координации - *интеграция первичного и вторичного звена здравоохранения* в реализации совместных программ по оказанию помощи населению (1). Данный параметр указывает на нерегулярность организации АПУ регулярных встреч со специалистами вторичного звена, социальных служб, специализированных диспансеров (психоневрологических, туберкулезных, наркологических), совместных консультаций специалистов и ВОП даже по самым распространенным состояниям. Наряду с этим не проводится анализ имеющихся данных и результатов совместной деятельности на регулярной основе, что должно способствовать выявлению общих проблем, а также определению и решению задач, ориентированных на нужды людей. И третий параметр координации - *интеграция ПМСП и сектора общественного здравоохранения и неправительственных организаций*, что определяется степенью их сотрудничества и влияния на здоровье населения.

Согласно полученным результатам, координирующая функция ПМСП требует усовершенствования в сфере организационных и финансовых механизмов, интеграции и сотрудничества первичного, вторичного и общественного звеньев здравоохранения.

Комплексность – важный элемент ПМСП, требующий мобилизации лечебной и реабилитационной помощи, психосоциальной поддержки, укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Для его оценки был проведен анализ следующих индикаторов:

- Условия для практики - наличие и использование необходимого и имеющегося оборудования. Полученный индикатор указывает на недостаточно эффективное использование имеющегося оборудования.

- Степень охвата решения распространенных проблем пациента в рамках общей практики, при первом контакте с пациентом. Выявлена удовлетворительная первая обращаемость к ВОП женщин старше 50 лет с подозрением на опухоль груди (40%). Также низкая обращаемость среди лиц старше 75 лет с нарушением памяти (6%), среди мужчин 30-50 лет с симптомами депрессии, алкоголизма, сексуальных расстройств (в среднем 23%) (3). То есть ВОП как врачи первого контакта, активно не вовлечены в оказание помощи по психосоциальным проблемам, и их роль в качестве «точки первого контакта» на данном уровне можно считать недостаточной.

- Объем выполнения диагностических и лечебных процедур по распространенным состояниям. Полученные результаты указывают на то, что около 70% ВОП выполняют процедуры по оценке физического и психомоторного развития ребенка, перевязку ран, антенатальный уход, вагинальное обследование (чаще ВОП-женщины), расшифровку ЭКГ, в/в инфузии (3). Более 90% ВОП проводят лечение и последующее наблюдение пациентов с такими заболеваниями как хронический бронхит, пневмония, ревматоидный артрит, ОРВИ и ларингит у детей (3). Однако отмечен недостаточный объем услуг по охвату населения скринингом, оценкой психического здоровья, выполнения хирургических манипуляций.

- Объем профилактических мероприятий на уровне ПЗЗ оценивался выполнением иммунизации – более 95%. Так же показатель проведения скрининга

АГ достиг 90%. Отмечены хорошие показатели в проведении диспансеризации определенных групп населения, н-ер, женщин фертильного возраста - 99,4%, детей в возрасте от 0 до 14 лет - 99,9%, беременных – 95%. Однако, такая диспансеризация в форме общего профилактического осмотра не нацелена на выявление какого-либо конкретного заболевания, требует огромных дополнительных ресурсов, и не способна заменить скрининг на выявление определенного заболевания или состояния (1).

В целом имеются положительные тенденции в улучшении комплексности услуг на уровне ПЗЗ. Однако, важно изучить ряд таких показателей, как снижение числа пациентов с предотвратимыми осложнениями хронических заболеваний; сокращение случаев повторной госпитализации; снижение числа необоснованных обращений к специалистам и т. п. Ведь подобные индикаторы отражают объем научно-обоснованных ценных профилактических вмешательств, выполняемых на уровне учреждений ПМСП.

По результатам аналитического обзора была составлена SWOT таблица оказания медицинских услуг на уровне ПМСП в Узбекистане. Рис. 1

Выводы: Использование качественных оценочных инструментов ВОЗ для анализа реформирования здравоохранения позволяет провести глубокий анализ предоставления медицинских услуг и обеспечить доказательной базой для принятия решений в улучшении деятельности ПМСП.

Обобщенная SWOT-таблица оказания медицинских услуг на уровне ПМСП в Узбекистане			
Сильные стороны	Слабые стороны	Возможности	Угрозы
Доступность			
<ul style="list-style-type: none"> • Географическая доступность • Официальное право выбора медуслуг • Рост числа визитов и доверия к ВОП • Увеличение количества учреждений • Удовлетворённость услугами ССП/СП 	<ul style="list-style-type: none"> • Ограниченный выбор ССП в отдалённых районах. • Неполная укомплектованность медперсоналом СВП • Спрос на диагностические и лечебные услуги вместо профилактических • Загруженность неклинической деятельностью • Отсутствие транспорта в ССП 	<ul style="list-style-type: none"> • Право на штатный состав • Круглосуточный доступ • Оказание мед помощи вне рабочего дня • Развитие информационных технологий • Закон об охране здоровья граждан 1996 г. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ограничение бюджетного плана • Снижение обеспеченности ВОП • Личные платежи как препятствие для доступа к медицинской помощи. • Дополнительные расходы • Снижение общего количества посещений из-за финансовых проблем • Снижение использования бесплатных услуг ПМСП
Непрерывность			
<ul style="list-style-type: none"> • Усиление роли ВОП • Установленный список населения прикрепленного к ВОП • Первый визит преимущественно к ВОП • Права ВОП (приказ №80 Мин РУз) 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие проведения аудита внутри учреждений ПМСП • Несогласованное направление пациентов • Дублирование действий • Неконтролируемый доступ в медучреждения • Некачественное ведение документации • Нехватка специалистов • Недостаточный контроль над проведением профилактических мероприятий 	<ul style="list-style-type: none"> • Создание мультидисциплинарных коллективов • Совершенствование навыков ВОП • Целевая направленная деятельность Института здоровья и медицинской статистики 	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение расходов вследствие дублирования медицинских мероприятий • Неустойчивая интегрально-информационная система данных • Юридическая незащищённость мед персонала • Отсутствие финансовых механизмов
Координация			
<ul style="list-style-type: none"> • Политика государства в укреплении сторожевой роли ВОП. • Опытные и квалифицированные ВОП • Перераспределение ресурсов в пользу ПМСП 	<ul style="list-style-type: none"> • Слабый контроль доступа во вторичное звено • Неосведомлённость об объеме мед.услуг. • Несоответствие формирования штата АПУ потребностям населения • Плохая коммуникация между ПМСП и вторичным звеном здравоохранения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Вовлечение в вопросы здоровья коммунально-общинных организаций • Шефская помощь • Привлечение средств и технической поддержки международных организаций. • Программы непрерывного профессионального развития для специалистов ПМСП • Усиление подготовки специалистов в области здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Отдалённость ПМСП от районных центров • Вторичная и третичная медицинская помощь не входит в программу государственных гарантий • Свободный доступ к вторичной мед помощи • Фрагментированная структура мед помощи • Недостаточная подготовка специалистов
Всеобъемлемость			
<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение помещениями – ответственность государства • Оснащённость оборудованием • Высокая первичная обращаемость • Охрана материнства и детства • Иммунопрофилактика и диспансеризация • Активное участие ВОП в антенатальном уходе 	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимость в капитальном ремонте АПУ • Нехватка оборудования • Редкое выполнение диагностических процедур • Слабое последующее наблюдение пациентов с НИЗ • Данные профилактики не анализируются • Редкое использование информационных технологий 	<ul style="list-style-type: none"> • Программы о здоровье матери и ребенка • Стратегия по борьбе с НИЗ • Развитие программ по ЗОЖ для ВОП • Деятельность международных организаций, аккредитованных в РУз 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие стимулов у специалистов ПЗЗ для ранней диагностики заболеваний • Строгий контроль Минздрава над системой здоровья женщины может спровоцировать неточность или недостоверность высоких показателей охвата контрацепцией и регулярных медосмотров целевой группы

Рис. 1. Обобщенная SWOT таблица оказания медицинских услуг на уровне ПМСП в Узбекистане

Литературы

1. Ахмедов М., Азимов Р., Бернд Речел и др., *Системы здравоохранения: время перемен. Узбекистан – обзор системы здравоохранения*, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2007
2. Всемирный банк. Департамент сокращения бедности и экономического управления, регион Европы и Центральной Азии. *Республика Узбекистан. Оценка реформ в первичном звене здравоохранения: прозрачность, подотчетность и эффективность*, 2009
3. ВОЗ. *Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо*. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008
4. Грета Росс, *Подготовка врачей СВП и тренеров ВОП*. Окончательный отчет по 2 компоненту проекта «Здоровье» Всемирного банка, 2010
5. Жалдасов А., *Оценка результатов эксперимента в городских экспериментальных учреждениях ПМСП*, Ташкент, Центр социальных и маркетинговых исследований «Эксперт фикри, СБРП «Здоровье-2» и «Укрепление здоровья женщин и детей», 2010.
6. Менликулов П, Маматкулов Б. *Итоговый отчет по оптимизации планирования и управления кадровым потенциалом системы здравоохранения*, Минздрав РУз, Международная ассоциация развития, 2007
7. Рифат Атун, *Результаты обзора деятельности СВП Ферганской, Андижанской, Сурхандарьинской и Ташкентской областей*, 2006
8. Фузайлов Ф., Раут С. и др., *Отношение населения к свободному выбору поставщика медицинских услуг*, Ташкент, СБРП «Здоровье-2» и «Укрепление здоровья женщин и детей», Проект ЗдравПлюс/USAID, 2008
9. Центр социальных и маркетинговых исследований «Ekspert fikri», *Отчет по финальной оценке Проекта «Здоровье-2»*, Ташкент, 2011