

DOI: 10.12731/2218-7405-2015-4-43
УДК 614.2

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТО-ПОТОКА В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗАЦИИ

Ляшенко К.Н.

Оценка результативности современных медицинских технологий сопряжена с большим количеством индикаторных систем, которые включают анализ экономических, клинических, биохимических и иных параметров. Настоящая статья посвящена новому подходу к указанной задаче, разработанному на основе статистического анализа пациенто-потока. В качестве объективной интегральной оценки результативности медицинской технологии используется определение повторности госпитализации и типа медицинской организации (его принадлежность к одному из этапов оказания медицинской помощи), где ранее проходили лечение основного заболевания опрошенные пациенты. В ходе работы была обнаружена парадоксальная реакция пациентов на модернизацию и попытки реанимировать сельское здравоохранение в условиях урбанизации. По нашим данным отмечается перераспределение пациенто-потока, приводящее к доминированию в здравоохранении Ростовской области крупных медицинских организаций 3-го этапа, оказывающих качественную высокотехнологичную медицинскую помощь. От 50 до 70% жителей сельской местности игнорируют принцип этапности и используют в качестве первичного звена медицинские организации 3-го этапа, где получают необходимую консультативную помощь и направления в соответствующий стационар.

Ключевые слова: урбанизация; пациенто-поток; Ростовская область; этапность; повторность госпитализации; общепольничная медицинская помощь; стационарная общехирургическая помощь.

THE STRUCTURE FEATURES OF PATIENT-FLOW IN AN URBANIZING

Lyashenko K.N.

Evaluating the result of modern medical technologies is associated with a large number of indicator systems, which include analysis of the economic, clinical, biochemical and other

parameters. This article focuses on a new approach to the specified task. It is based on statistical analysis of patient-flow. Determination of readmissions and the type of medical organization where previously polled patients were treated due to underlying disease, are used as an objective integrated assessment of the result of medical technology. Paradoxical reaction of patients to modernize and attempts to revive the rural health care in terms of urbanization was discovered in the course of work. According to our data the redistribution of patient-flow leads to dominance in the health of the Rostov region of large medical institutions of the third stage, which provide high-quality high-tech medical care. From 50 to 70% of rural residents are ignoring the stage principle and are using a central hospitals as a primary care medical organizations, where they receive the necessary advice and direction to the appropriate inpatient departments.

Keywords: *urbanization; patient-flow; Rostov region; stages; readmissions; hospital-wide medical care; inpatient general surgical care.*

Актуальность

В достаточно жестких условиях рыночной экономики Правительство Российской Федерации пытается обеспечить преемственность и сохранить все лучшее, чем славилась советская система охраны здоровья граждан. Однако новые идеологические подходы проникают во все сферы жизни россиян, включая государственное здравоохранение. На наших глазах в РФ формируется новая парадигма здоровья, на фоне которой наиболее четко стали вырисовываться проблемы низкой результативности отечественных медицинских технологий (ОМТ). И дело не только в том, что сегодня медицинские работники (МР) перестали оказывать абстрактную альтруистическую медицинскую помощь (МП), а перешли к оказанию конкретных прагматических медицинских услуг (МУ), которые имеют законченный характер и определенную стоимость.

Тщательная калькуляция МУ, точное формирование на их основе клинических протоколов, клинико-статистических групп (КСГ) или клинико-профильных групп (КПГ) позволяет по иному оценивать внутриотраслевой финансовый поток, соответствующий пациенто-поток (ПП), проходящему через медицинские организации (МО). Дело еще и в том, что сегодня в РФ отсутствуют адекватные алгоритмы анализа реализации имеющихся медицинских технологий в масштабах МО, муниципального образования, или субъекта федерации. Кроме того, со всей очевидностью можно сказать, что осуществляемый до сих пор процесс регулирования ПП, в лучшем случае носил оттенок спонтанности, в худшем – коррупционной составляющей.

И если бенефициар более-менее понятен, то кто же терпит убытки? Ответ очевиден – это, с одной стороны, государственные фонды ОМС и страховщики, а с другой – сами пациенты.

Первые попытки разработать механизмы повышения результативности ОМТ сводились к усилению «периферического» контроля МУ, путем их сравнения со стандартами, КСГ или КППГ. Безусловно, выезды в ЛПУ после получения МУ, или непосредственно в момент ее предоставления являются важными элементами исследования результативности ОМТ, но по нашему мнению не основными. Во-первых, врач-эксперт, как правило, ничего не может изменить – процесс оказания МУ разворачивается в независимой плоскости по отношению к процессу экспертизы качества ОМТ, включающей соответствующую МУ. Во-вторых, многочисленные наблюдения показывают, что по объективным причинам стандарт соблюдается полностью лишь в 20% случаев оказания МУ [7]. В указанном контексте особого внимания заслуживает Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 1 декабря 2010 года N 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (с изменениями на 16 августа 2011 года)», который в п.14., описывающем поводы проведения целевых экспертиз качества МУ, упоминает о следующих случаях: «... а) повторные обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации; ...». Приведенная цитата содержит методический «ключ», т.е. объективный критерий оценки результативности ОМТ, связанный с объемом МП в рамках ПП, структурно-функциональной единицей которого предлагается рассматривать законченный случай оказания МП.

Рабочая гипотеза в данной ситуации будет звучать следующим образом: наиболее ярко урбанизация проявляет себя в сфере здравоохранения, широко известное экономическое противоречие между ценой и качеством в медицине приобретает другое звучание – пациент выбирает между доступностью и качеством. По нашим предположениям качество будет доминировать. Однако существует и противоположное мнение ряда авторов [5]. Они считают, что те средства, которые сегодня попадают в здравоохранение, расходуются чрезвычайно нерационально. ПП организован так, что процесс оказания МП вообще и высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в частности, например, высокотехнологичной хирургической помощи (ВХП) является недоступным для большого количества пациентов. Основной «объективной» причиной того, что высокотехнологичное хирургическое лечение оказывается недоступным, является нарушение принципа этапности. Оказание ВХП монополизировали МО третьего этапа, как правило, расположенные в крупных федеральных, областных (краевых)

центрах. Муниципальные МО и ЦРБ, в которых оказывается более 80% специализированной (стационарной) МП, не участвуют в процессе оказания ВХП, что приводит к повышению инвалидности и смертности от наиболее распространенных заболеваний сердечнососудистой системы, злокачественных новообразований и т.д. При существующей организации ПП под сомнение ставится возможность заметного повышения качества и увеличения показателя СППЖ россиян. В сложившейся ситуации цитируемые авторы предлагают на базе ЛПУ второго этапа, т.е. уже существующих муниципальных МО и ЦРБ, создавать отделения (центры) ВХП, в которых пациенты будут проходить полное лабораторное и инструментальное обследование до операции, а также восстановительное лечение и реабилитацию после операции. Наибольший экономический, социальный и медицинский эффект может быть достигнут на примере трансплантологии и кардиохирургии. По месту жительства пациентов в условиях вышеуказанных центров (отделений) могут проводиться начальный и завершающий этапы ВХП, что существенно повысит доступность МП и уровень ее оказания для населения страны. С другой стороны в разы увеличится пропускная способность МО третьего этапа, в том числе и федеральных, где пациенты будут находиться только для выполнения оперативного вмешательства. От внедрения предложенной схемы перераспределения ПП ожидается значительное повышение качества и увеличения СППЖ россиян. В связи с нашей работой приведенные данные представляют интерес, поскольку четко указывают на объект исследования – ПП, и на основную его характеристику – диспропорциональность структуры.

Цель работы: изучить особенности структуры ПП в условиях урбанизации на примере клиники Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ).

Материалы и методы

Для проверки рабочей гипотезы в 2014 г. было выполнено социологическое обследование 371 пациента клиники Ростовского государственного медицинского университета. Выборка предполагала случайный отбор добровольцев, среди которых было 166 мужчин и 205 женщин в возрасте от 18 до 80 лет. В работе использовались исторический, социологический, статистический методы и группировка по месту постоянного проживания. В 1-й группе (68% выборки) находились респонденты, постоянно проживающие в городе; во 2-й (9%) – жители поселков городского типа и в 3-й (23%) – жители сельских поселений. По данным Госкомстата Ростовской области (РО), который публикует единым массивом данные, посвященные жителям села и поселков городского типа, [8] нам удалось установить, что в 2014 г. в области проживало 1 367 100 сельских жителей, уровень разворачивающейся урбанизации, отображаемый в таких

показателях динамического ряда как темп роста (убыли), за последние 6 лет находился в пределах от -0,44 до -0,96% в год. Городское и сельское население в 2014 году составило соответственно 67,8 и 32,2%, что позволило считать нашу выборку репрезентативной по отношению к генеральной совокупности, т.е. населению РО.

Результаты и обсуждение

Мы отдавали себе отчет в том, что вышеприведенные требования Приказа ФФОМС, как и утвержденные Минздравом РФ стандарты, физически трудно выполнимы. По данным Гладких А.С. и др. [1, 2, 3, 4, 6], около трети больных с сердечной недостаточностью нуждается в повторном стационарном лечении в течение 6-12 месяцев. Почти половина из них объективно требуют повторных госпитализаций в течение 3-х первых месяцев после выписки из стационара, а 16% – вновь поступают в стационар в течение 1-го месяца. Таким образом, 1-й вопрос, на который ответило наше исследование: какова же доля пациентов, обратившихся по поводу своего заболевания впервые, в общем стационарном ПП? Таких пациентов оказалось 13%. Следовательно, оставшиеся 87% поступили повторно, в том числе 12% поступили до истечения 3-х месяцев, а 18% – в течение первого полугодия после выписки. С учетом этапности повторные пациенты распределились следующим образом (табл. 1):

Таблица 1

Структура общего по выборке пациенто-потока с учетом этапа и типа ЛПУ, где пациенты ранее проходили лечение основного заболевания

№ этапа	Тип ЛПУ	Доля ЛПУ данного типа (в %)	Доля этапа (в %)
1-й	Поликлиники по месту жительства	31,0	31,0
2-й	Центральные районные больницы	9,3	18,0
	Районной больницы	8,7	
3-й	Центральные городские больницы, БСМП	13,8	51,0
	Областные больницы	10,3	
	Клиники университетов, НИИ и др.	26,9	
Всего:		100,0	100,0

Анализ общего ПП в стационаре клиники РостГМУ позволяет утверждать о появлении новых тенденций в отечественном здравоохранении, связанных с частичным отказом от принципа этапности, который изначально понимался как нормирование и равномерное распределение

ПП между МО одного административно-территориального образования. На момент исследования более половины повторных госпитализаций приходилось на пациентов уже получавших лечение в МО, относящихся к 3-му этапу. Если взглянуть на ситуацию с предоставлением наиболее дорогостоящей хирургической МП, то окажется, что на ее долю в общем ПП приходится 45,4%, т.е. практически половина всех случаев госпитализаций. Указанный ПП структурирован (табл. 2) еще более ассиметрично.

Таблица 2

Структура общего по выборке пациенто-потока с учетом этапа и типа ЛПУ, где пациенты ранее проходили лечение основного хирургического заболевания

№ этапа	Тип ЛПУ	Доля ЛПУ данного типа (в %)	Доля этапа (в %)
1-й	Поликлиники по месту жительства	8,7	8,7
2-й	Центральные районные больницы	5,9	16,4
	Районной больницы	10,5	
3-й	Центральные городские больницы, БСМП	24,6	74,9
	Областные больницы	14,2	
	Клиники университетов, НИИ и др.	36,1	
Всего:		100,0	100,0

Почти 75% хирургического ПП – это взаимообмен пациентами между МО 3-го этапа. Последнее обстоятельство позволяет предполагать наличие определенного рейтинга дефектов ОМТ, причем МО 3-го этапа занимают в нем не последнее место.

Следующий вопрос, который мы попытались прояснить в ходе нашего исследования, касался уточнения степени дисинтеграции ПП в зависимости от места постоянного проживания пациентов (табл. 3 и 4).

Так, оказалось, что городской и сельский общегоспитальный ПП структурированы практически одинаково – от 20 до 30% пациентов направлялись из МО первичного звена, и более половины – это взаимообмен между МО 3-го этапа. Задействованность МО 2-го этапа не зависела от места жительства и составляла 16-20% от ПП.

Атипичная ситуация с продуктивностью первичного звена наблюдалась в поселках городского типа, где врачи проявляют лечебную активность (50% ПП), сравнимую с их коллегами в МО 3-го этапа.

Таблица 3

*Структура общего по выборке пациенто-потока
 с учетом основного места жительства участников опроса, этапа и типа ЛПУ,
 где пациенты ранее проходили лечение основного заболевания*

<i>Основное место жительства</i>	№ этапа	1-й	2-й		3-й			<i>Всего:</i>
	Тип ЛПУ	Поликлиники по месту жительства	Центральные районные больницы	Районной больницы	Центральные городские больницы, БСМП	Областные больницы	Клиники университетов, НИИ и др.	
<i>Город</i>	Доля ЛПУ данного типа (в %)	31,6	5,9	10,2	15,1	9,0	28,2	100
	Доля этапа (в %)	31,6	16,1		52,3			100
<i>Поселок городского типа</i>	Доля ЛПУ данного типа (в %)	50,0	15,8	5,3	10,5	7,9	10,5	100
	Доля этапа (в %)	50,0	21,1		28,9			100
<i>Село</i>	Доля ЛПУ данного типа (в %)	23,9	16,8	5,3	10,6	15,0	28,3	100
	Доля этапа (в %)	23,9	22,1		54,0			100

И это сравнение не в пользу специалистов областного центра.

Таблица 4

*Структура общего по выборке пациенто-потока
 с учетом основного места жительства участников опроса, этапа и типа ЛПУ,
 где пациенты ранее проходили лечение основного хирургического заболевания*

<i>Основное место жительства</i>	№ этапа	1-й	2-й		3-й			<i>Всего:</i>
	Тип ЛПУ	Поликлиники по месту жительства	Центральные районные больницы	Районной больницы	Центральные городские больницы, БСМП	Областные больницы	Клиники университетов, НИИ и др.	
<i>Город</i>	Доля ЛПУ данного типа (в %)	6,7	5,3	11,3	30,7	12,7	33,3	100
	Доля этапа (в %)	6,7	16,6		76,7			100
<i>Поселок городского типа</i>	Доля ЛПУ данного типа (в %)	22,2	5,6	11,1	11,1	22,2	27,8	100
	Доля этапа (в %)	22,2	16,7		61,1			100
<i>Село</i>	Доля ЛПУ данного типа (в %)	10,4	8,4	8,3	8,3	16,7	47,9	100
	Доля этапа (в %)	10,4	16,7		72,9			100

Оценка хирургического ПП показала, что в эпоху высоких технологий от личной профессиональной активности зависит не очень много. Достаточно хорошо оборудованные МО 3-го этапа забирают на себя от 60 до 77% ПП хирургических больных.

Выводы:

1. В условиях урбанизации отмечается перераспределение пациенто-потока, приводящее к доминированию в здравоохранении РО крупных МО 3-го этапа, оказывающих качественную ВМП.
2. Система здравоохранения РО успешно реализует программу модернизации, которая значительно увеличила доступность ВМП для жителей сельской местности.
3. От 50 до 70% жителей сельской местности игнорируют принцип этапности и используют в качестве первичного звена МО 3-го этапа, где получают необходимую консультативную помощь и направления в соответствующий стационар.
4. Несмотря на всеобщую тенденцию сокращения ПП и ресурсного обеспечения периферии сельского здравоохранения (МО 1-го этапа), уровень обеспеченности жителей поселков городского типа первичной общеврачебной помощью достигает 50% ПП, а хирургической – 22% соответствующего ПП госпитализированных в МО 3-го этапа.

Список литературы

1. Арутюнов А.Г., Арутюнов Г.П. Повторные госпитализации у больных с синдромом острой декомпенсации ХСН. Особенности, прогностическая значимость, новые подходы к снижению риска их возникновения // Русский медицинский журнал. 2013. Т. 21. № 12. С. 612-616.
2. Гатин Ф.Ф., Волгина Ф.М. Прогнозирование вероятности повторных госпитализаций пациентов с органическими психическими расстройствами // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. С. 1182.
3. Гладких А.С. Повторные госпитализации и госпитальная летальность у больных с хронической сердечной недостаточностью (данные одногодичного наблюдения): Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2009. 123 с.
4. Кохреидзе Н.А., Каменева Н.П., Кутушева Г.Ф. О возможных причинах снижения качества терапии у больных с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки в условиях стационаров // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. Т. 12. № 3. С. 98-101.
5. Нечаев В.С., Краснов А.В. Высокотехнологичная медицинская помощь и здоровье населения // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2013. № 2. С. 198-200.
6. Никитин В.С., Азин А.Л., Смирнов А.В. Анализ повторной госпитализации в геронтологической практике // Тюменский медицинский журнал. 2014. Т. 16. № 2. С. 25-26.

7. Худоногов И.Ю. Медико-социальные аспекты управляемости качества медицинской помощи // Народы Черноморско-Каспийского региона: проблемы и пути их решения. Материалы Второй международной научно-практической конференции (22 февраля 2014 г.) / Отв. ред. В.В. Черноус, отв. секретарь Е.Н. Краморова, Ростов-на-Дону: ЦСРиП ИППК ЮФУ и ИСПИ РАН. Зам. отв. ред. В.П. Краснов. – Ростов-на-Дону: ЦНИЛ РостГМУ. 2014. С. 193-220.
8. Электронный ресурс. URL: http://rostov.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/rostov/ru/statistics/population/ (дата обращения: 19.03.2015).

References

1. Arutyunov A.G., Arutyunov G.P. *Povtornye gospitalizatsii u bol'nykh s sindromom ostroy dekom-pensatsii KhSN. Osobennosti, prognosticheskaya znachimost', novye podkhody k snizheniyu riska ikh vozniknoveniya* [Rehospitalization in patients with the syndrome of acute decompensated heart failure. Especially predictive value, new approaches to reduce the risk of their occurrence], *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2013. Vol. 21. № 12. Pp. 612-616.
2. Gatin F.F., Volgina F.M. *Prognozirovanie veroyatnosti povtornykh gospitalizatsiy patsientov s organicheskimi psikhicheskimi rasstroystvami* [Predicting the probability of re-admissions of patients with organic mental disorders], *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014. № 6. P. 1182.
3. Gladkikh A.S. *Povtornye gospitalizatsii i gospital'naya letal'nost' u bol'nykh s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu (dannye odnogodichnogo nablyudeniya)* [Readmissions and hospital mortality in patients with chronic heart failure (data one-year follow-up)]. Diss. ... kand. med. nauk. – M., 2009. 123 p.
4. Kokhraidze N.A., Kameneva N.P., Kutusheva G.F. *O vozmozhnykh prichinakh snizheniya kachestva terapii u bol'nykh s ostrymi vospalitel'nymi zabolevaniyami pridatkov matki v usloviyakh stacionarov* [On the possible causes of decline in the quality of therapy in patients with acute inflammatory diseases of the uterus in the hospital]. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2012. Vol. 12. № 3. Pp. 98-101.
5. Nechaev V.S., Krasnov A.V. *Vysokotekhnologichnaya meditsinskaya pomoshch' i zdorov'e nasele-niya* [The high-tech medical care and public health]. *Rossiyskaya akademiya meditsinskikh nauk. Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya*. 2013. № 2. Pp. 198-200.

6. Nikitin V.S., Azin A.L., Smirnov A.V. *Analiz povtornoj gospitalizatsii v gerontologicheskoy praktike* [Analysis of rehospitalization in gerontological practice], Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal. 2014. Vol. 16. № 2. Pp. 25-26.
7. Khudonogov I.Yu. *Mediko-sotsial'nye aspekty upravlyaemosti kachestva meditsinskoj pomoshchi* [Medical and social aspects of control of quality of care]. Narody Chernomorsko-Kaspiyskogo regiona: problemy i puti ikh resheniya. Materialy Vtoroy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (22 fevralya 2014 g.) / Otv. red. V.V. Chernous, otv. sekretar' E.N. Kramorova, Rostov-na-Donu: TsSRiP IPPK YuFU i ISPI RAN. Zam. otv. red. V.P. Krasnov. – Rostov-na-Donu: TsNIL RostGMU. 2014. Pp. 193-220.
8. Elektronnyy resurs. URL: http://rostov.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/rostov/ru/statistics/population/ (data obrashcheniya: 19.03.2015).

ДААННЫЕ ОБ АВТОРЕ

Ляшенко Кристина Николаевна, соискатель

*Ростовский государственный медицинский университет
пер. Нахичеванский, 29, г. Ростов-на-Дону, 344022, Россия
fux1@ya.ru*

DATA ABOUT THE AUTHOR

Lyashenko Kristina Nikolaevna, applicant

*Rostov State Medical University
per. Nakhichevan, 29, Rostov-on-Don, 344022, Russia
fux1@ya.ru*