

УДК 616.314

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В БОЛЬНИЦЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**Москалева Ольга Валентиновна**заместитель главного врача
ООО «Аметти», Москва**Духанина Ирина Владимировна**

д-р мед. наук

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, Москва**Приказчикова Оксана Анатольевна**президент фонда «Астрахань – территория здоровья»
генеральный директор ООО «ТРИММ-АСТРАХАНЬ», Астрахань
author@apriori-journal.ru

Аннотация. Организация медицинской помощи больным с нарушениями функции опоры и передвижения имеет ряд недостатков: характеристика основной медицинской технологии и канал госпитализации больных влияют на исходы клинической реабилитации. Совокупная частота соответствия плановых и фактических результатов реабилитации у пациентов, госпитализированных в рамках государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, превосходит аналогичный показатель у пациентов, госпитализированных по программам добровольного медицинского страхования. Характеристика основной технологии клинической реабилитации определяется выбором технологии кинезотерапии и зависит от канала госпитализации и стоимости программы ДМС. Выбор технологии кинезотерапии влияет на качество труда медицинского персонала, его обеспеченность, а также возможность объективизации и измерения результатов клинической реабилитации.

Ключевые слова: клиническая реабилитация; выбор технологии кинезотерапии; организация медицинской помощи.

QUESTIONS OF THE ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF MEDICAL CARE AT HOSPITAL FOR REHABILITATION

Moskaleva Olga Valentinovna

deputy chief physician
LLC «Ametty», Moscow

Dukhanina Irina Vladimirovna

doctor of medical science
Moscow state medical and dentistry university by A.I. Evdokimov, Moscow

Prikazchikova Oksana Anatoljevna

president of fund «Astrakhan – the territory of health»
general director of LLC «TRIMM-ASTRAKHAN», Astrakhan

Abstract. Organization of medical aid to patients with impaired function of support and movement has a number of disadvantages: characteristic of the main medical technology and hospitalization channel influence to outcomes of clinical rehabilitation. The cumulative frequency of conformity for planned and actual outcomes of rehabilitation for the patients hospitalized in the framework of the state tasks on providing hi-tech medical aid, surpasses the similar index in patients hospitalized for programs of voluntary medical insurance. The characteristic of the basic technology of clinical rehabilitation depends on the choice of technology locomotive therapy and depends on the channel hospitalization as well as the cost of the voluntary medical insurance program. The choice of locomotive therapy technology affects the labour quality of medical staff, as well as the possibility of objectification and measure of clinical rehabilitation results.

Key words: clinical rehabilitation; choice of locomotive therapy technology; organization of medical care.

Введение.

Сложившиеся условия функционирования системы здравоохранения инициировали поиск новых подходов к организации медицинской помощи и выбору медицинских технологий для лечения пациентов, а также сохранения здоровья населения [1; 2].

Значительно интенсифицировалось развитие восстановительной медицины и медицинской реабилитации, основными задачами которых являются научное обоснование и разработка системы эффективных нелекарственных технологий увеличения функциональных резервов организма [3-5].

В конечном итоге осуществляемые мероприятия восстановительной медицины направлены на увеличение продолжительности жизни пациентов и сохранение её качества [6-8].

Упомянутые факты являются весьма весомым аргументом для популяризации корригирующих технологий кинезотерапии при нарушениях функционального состояния кардиоваскулярной, опорно-двигательной и нервной системы у пациентов различных возрастных групп [9-11].

Вместе с тем, технологии восстановительного лечения и реабилитации существенно отличаются между собой по условиям своего проведения, стоимости используемого оборудования, количеству персонала, задействованного в реабилитационном процессе, и по тяжести функциональных нарушений у пациентов, которым эти технологии назначаются [12; 13].

Таким образом, создание системы дифференцированного выбора эффективных технологий восстановительного лечения является актуальной и социально значимой проблемой в организации и обеспечении медицинской помощи, требующей создания новых методов управления. Потребность в обосновании выбора технологий восстановительного лечения как компонента организации, а также обеспечения качества и до-

ступности медицинской помощи определили цель и задачи проведенного исследования.

Цель исследования: научно-методическое обоснование разработки модели совершенствования организации и управления медицинской помощью в больнице восстановительного лечения и оценка эффекта от её внедрения.

В задачи исследования входила разработка модели совершенствования организации и управления медицинской помощью в больнице восстановительного лечения и оценка клинико-организационного эффекта от её внедрения.

Материал и методы исследования.

Исследование проведено в 4 этапа:

На 1 этапе проводился сравнительный анализ медико-социальной характеристики пациентов, госпитализированных в больницу восстановительного лечения в рамках государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и по программам добровольного медицинского страхования.

На 2 этапе проведен сравнительный анализ соответствия плановых (то есть запланированных перед началом реабилитации, в соответствии с оценкой реабилитационного потенциала больных) и фактических результатов реабилитации у пациентов с аналогичной степенью нарушения функции опоры и передвижения на различных этапах реабилитации в зависимости от канала госпитализации больных. Помимо этого, определены параметры для сравнения результатов использования роботизированной и нероботизированной технологий локомоторной кинезотерапии, на основании которых были даны основные характеристики технологий локомоторной кинезотерапии, определяющие качество труда медицинского персонала. Основными методами этого этапа стали логический, расчетно-аналитический и статистический методы.

На 3 этапе осуществлялась разработка модели совершенствования организации и управления медицинской помощью пациентам с нарушениями (утратой) функции опоры и передвижения в больнице восстановительного лечения. Основным методом этого этапа стал логический. Для разработки модели использовались результаты предыдущих этапов исследования, был изучен Международный стандарт ISO 26000 и его требования к управлению организациями.

На 4 этапе исследования проводилась оценка клинко-организационного эффекта от внедрения модели совершенствования организации и управления медицинской помощью в больнице восстановительного лечения. Анализировались объемы, виды и исходы реабилитации на различных этапах у пациентов с аналогичной степенью нарушения функции опоры и передвижения в зависимости от выбранной технологии локомоторной кинезотерапии. Помимо этого, проведен анализ доступности медицинской помощи в больнице восстановительного лечения, в основе которой лежат разные технологии локомоторной кинезотерапии и программы реабилитации.

Статистическую обработку полученных результатов проводили на IBMPC по программе Microsoft Excel-XP, STATISTICA-10.

Результаты исследования и их обсуждение.

В соответствие с современными представлениями ходьба представляет собой наиболее естественную локомоцию человека, то есть автоматизированный двигательный акт, осуществляющийся в результате сложной координированной деятельности скелетных мышц туловища и конечностей. С другой стороны, ходьба расценивается как двигательный навык, который представляет собой цепь последовательно закреплённых условно рефлекторных двигательных действий, выполняемых автоматически без участия сознания. Реабилитация пациентов с нарушением функции опоры и передвижения с использованием технологий локомоторной кинезотерапии сводится к восстановлению частично или

полностью утраченного двигательного навыка. При этом качество тренировочного процесса при проведении кинезотерапии зависит от возможности точно регулировать основные параметры физической нагрузки на определенные группы мышц. Именно поэтому начальные мероприятия реабилитации целесообразно связывать с исследованием двигательной сферы и оценки степени утраты функции опоры и передвижения у каждого больного. Помимо этого, формулируются задачи реабилитации и разрабатывается индивидуальный план ведения больного. В ходе выполнения программы реабилитационных мероприятий в обязательном порядке проводится текущая и итоговая оценка клинико-организационного эффекта. Соблюдение основных педагогических принципов сознательного и активного участия больного в реабилитационном процессе позволяет большинству пациентов успешно справляться с поставленными задачами.

Изучение Международного стандарта ISO 26000 [14] и его применения в здравоохранении [15-18] позволило установить, что «неограниченный всеобщий и равный доступ ко всем видам медицинских услуг не обеспечивается ни в одной стране мира». Общепринятый подход к справедливому использованию ограниченных ресурсов расценивается как «необходимое рационалирование». Данный принцип в рамках модели внедрен в деятельность больницы восстановительного лечения, связанную с оказанием медицинской помощи больным с нарушениями функции опоры и передвижения.

Помимо этого, итогом анализа обеспеченности качества труда медицинского персонала и результатов реабилитации, выполненного на предыдущем этапе, стала формулировка позиции выбора технологии локомоторной кинезотерапии и основной технологии реабилитации: «Назначение роботизированной технологии кинезотерапии целесообразно проводить пациентам с наиболее тяжелыми степенями нарушения функции опоры и передвижения и преимущественно на заключительных

этапах реабилитации – выработки замыкательного коленного рефлекса и обучения пациентов передвижению в крепящих аппаратах с опорой».

В разработанной модели понятие «качественная медицинская помощь» ассоциировалось с её своевременностью, оказанием квалифицированными медицинскими работниками, соответствием федеральным стандартам оказания медицинской помощи (протоколам ведения больных), условиям договора между пациентом – страховой медицинской организацией – больницей восстановительного лечения. Помимо этого, было установлено, что доступность медицинской помощи обусловлена рядом объективных факторов:

- балансом между потребностью населения в помощи и возможностями государства по её финансированию, что отражается в государственном задании на оказание ВМП;
- наличием медицинских кадров и уровнем их квалификации;
- наличием соответствующих медицинских технологий.

Таким образом, доступность медицинской помощи расценивалась как категория, отражающая экономические возможности государства по её финансированию, организационные возможности больницы восстановительного лечения и реабилитационный потенциал конкретного пациента.

В рамках модели совершенствования организации и управления медицинской помощью в больнице восстановительного лечения была разработана методика расчета потенциальной потребности в оказании ВМП больным с нарушением функции опоры и передвижения в больнице восстановительного лечения (по аналогии с методикой И.Е. Рыбальченко, 2011) [19]. В основе методики лежит экспертная оценка всех случаев реабилитации пациентов с нарушением функции опоры и передвижения в больнице восстановительного лечения за анализируемый период (год). Определение потребности обозначенного контингента больных в оказании ВМП проводится аналогично тому, как это делают комиссии в

органах управления здравоохранением субъектов Федерации. Методика предусматривает определение потенциального объема потребности в оказании ВМП, результаты которого учитываются при планировании объемов помощи на предстоящий год. Данная методика является компонентом модели и была апробирована в рамках организационного эксперимента по внедрению модели. Методика предусматривала получение экспертного заключения, которое формировалось с учетом заключения специалистов, входящих в состав отборочных комиссий по госпитализации больных с нарушением функции опоры и передвижения в больницу восстановительного лечения.

В совокупность случаев экспертной оценки вошли 3867 случаев реабилитации пациентов с нарушением функции опоры и передвижения в больнице восстановительного лечения.

Целью экспертизы было определено формирование двух категорий больных, которые:

- а) нуждаются в оказании ВМП;
- б) не нуждаются в оказании ВМП.

Количество пациентов, потенциально нуждающихся в оказании ВМП, сравнивалось с пропускной возможностью роботизированного тренажерного комплекса и фактическим количеством случаев оказания специализированной медицинской помощи пациентам с нарушениями функции опоры и передвижения 3-й и 4-й степени.

Результаты сравнительной оценки позволяли оптимизировать программы реабилитации обозначенного контингента больных, госпитализирующихся в больницу по договору ДМС.

Следующим компонентом модели был определен контроль качества, который стал обязательным условием и основным механизмом обеспечения медицинской помощью пациентов с нарушением функции опоры и передвижения при условии соблюдения её заявленного (установленного) качества. Приоритетной формой контроля в рамках разра-

ботанной модели стала форма предупредительного контроля. С его помощью проводилась интегральная оценка качества медицинской помощи по критериям:

- технологическое оснащение процесса реабилитации;
- качество труда специалистов-реабилитологов;
- доступность различных программ реабилитации;
- клиничко-организационный эффект реабилитации.

Дополнительным компонентом модели совершенствования организации и управления медицинской помощью в больнице восстановительного лечения по отношению к существующей модели организации помощи стала согласительная комиссия, наделенная функциями по разработке клинического содержания программ ДМС, а также укомплектованная специалистами-экспертами, уполномоченными сформировать заключение о предпочтительности выбора технологии кинезотерапии как основной технологии реабилитации больных с различной степенью нарушения функции опоры и передвижения и давностью двигательного дефицита.

В результате *оценки клиничко-организационного эффекта от внедрения модели совершенствования медицинской помощи в больнице восстановительного лечения* было установлено, что на этапах вертикализации, обучения больных поддержанию положения «сидя» и «стоя» и выработки рефлекса замыкания коленного сустава у пациентов с аналогичной степенью нарушения функции опоры и передвижения частота соответствия фактических и запланированных результатов реабилитации, проведенной в рамках государственного задания на оказание ВМП и по программам ДМС, не имела существенных различий и не зависела от выбора технологии кинезотерапии. На этапе формирования навыка передвижения в крепящих аппаратах с опорой клиничко-организационный эффект от внедрения модели зависел от выбора технологии локомоторной кинезотерапии: превышение запланированных результатов было

установлено при реабилитации пациентов с III степенью нарушения функции опоры и передвижения, которым **применялась технология роботизированной кинезотерапии** – частота превышения составила $16,28 \pm 2,42$ при оказании ВМП в рамках государственного задания и $16,94 \pm 2,38$ случая на 100 случаев клинической реабилитации по программам ДМС ($t = 0,19$; $p > 0,05$), тогда как у больных, которым роботизированная **локомоторная кинезотерапия не применялась**, частота превышения запланированного результата составила лишь $8,19 \pm 1,80$ случая на 100 случаев клинической реабилитации (t соответственно = 2,68 и 2,94; все $p < 0,05$).

На этапе профилактики порочных компенсаций ходьбы клинико-организационный эффект от внедрения модели также зависел от выбора технологии локомоторной кинезотерапии: частота превышения запланированных результатов реабилитации оказалась максимальной у пациентов с III степенью нарушения функции опоры и передвижения, которым **применялась технология роботизированной кинезотерапии** – $10,47 \pm 1,91$ в рамках государственного задания на оказание ВМП и $11,29 \pm 2,01$ случая на 100 случаев клинической реабилитации по программам ДМС ($t = 0,30$; $p > 0,05$). В то же время у больных, которым роботизированная **локомоторная кинезотерапия не применялась**, обсуждаемый показатель составил лишь $3,02 \pm 1,12$ случая на 100 случаев клинической реабилитации (t соответственно = 3,60 и 3,37; все $p < 0,005$).

У пациентов с IV степенью нарушения функции опоры и передвижения в случае **использования роботизированной кинезотерапии** частота превышения запланированных результатов реабилитации составила $0,78 \pm 0,25$ случая в рамках государственного задания на оказание ВМП и $1,61 \pm 0,80$ случая на 100 случаев клинической реабилитации по программам ДМС ($t = 0,86$; $p > 0,05$). Тогда как у больных, которым роботизированная **локомоторная кинезотерапия не применялась**, случаи

превышения запланированных результатов реабилитации установлены не были.

И, наконец, внедрение модели совершенствования организации и управления медицинской помощью в больнице восстановительного лечения способствовало *повышению доступности ВМП* для больных с нарушениями функции опоры и передвижения. За два года наблюдения число пролеченных больных в рамках государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и по программам ДМС, возросло. При этом в целом по ДМС темп роста числа пролеченных больных с *3 степенью* нарушения функции опоры и передвижения (150 %) опережал аналогичный показатель у больных, госпитализированных в рамках государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (121,88 %). Темп роста числа пролеченных больных с *4 степенью* нарушения функции опоры и передвижения, госпитализированных по программам ДМС без учета выбора основной технологии клинической реабилитации (152,38 %), отставал от аналогичного показателя у больных, госпитализированных в рамках государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (171,43 %).

Вместе с тем следует отметить, что темп роста числа пролеченных больных, госпитализированных по программам ДМС, наблюдался преимущественно за счет пациентов с наиболее тяжелой 3 и 4 степенью нарушения функции опоры и передвижения, которым в качестве основной технологии реабилитации была выбрана роботизированная технология локомоторной кинезотерапии. При использовании этой технологии установлена максимальная частота превышения запланированных результатов реабилитации, что расценено как повышение качества ВМП для больных с наиболее выраженным двигательным дефицитом.

Темп роста показателя для пациентов с 3 степенью нарушения функции опоры и передвижения составил 160,00 % (против 121,88 % у

пациентов, госпитализированных в рамках государственного задания, и 140,00 % — по программам ДМС, не предусматривающих проведение роботизированной технологии локомоторной кинезотерапии). Темп роста числа больных с 4 степенью нарушения функции опоры и передвижения составил 190,00 % (против 171,43 % у пациентов, госпитализированных в рамках государственного задания, и 118,18 % — по программе ДМС, не предусматривающей проведение роботизированной технологии локомоторной кинезотерапии).

Таким образом, темп роста числа пролеченных больных с наиболее тяжелыми нарушениями функции опоры и передвижения отмечен у пациентов, госпитализированных в рамках государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и по программе ДМС, которым в качестве основной технологии клинической реабилитации была выбрана роботизированная технология локомоторной кинезотерапии. Данный результат расценивался как показатель повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи для наиболее тяжелого контингента пациентов с нарушением функции опоры и передвижения.

Выводы.

1. Модель совершенствования организации и управления медицинской помощью в больнице восстановительного лечения пациентам с нарушениями функции опоры и передвижения базируется на принципе «заведомого рационарования» при распределении ресурсов больницы. Этот принцип, соответствующий требованиям Международного стандарта ISO 26000, целесообразно применять на этапе выбора основной технологии реабилитации комиссионно. Дополнительным элементом модели по отношению к существующей определена согласительная комиссия, наделенная функциями по разработке клинического содержания программ ДМС, а также укомплектованная специалистами-экспертами, уполномоченными сформировать заключение о предпочтительности

выбора технологии кинезотерапии с учетом степени и давности двигательного дефицита у больных.

2. Внедрение модели совершенствования организации и управления медицинской помощью в больнице восстановительного лечения сопровождалось положительным клинико-организационным эффектом:

- частота превышения запланированных результатов реабилитации возрастает *на предпоследнем этапе реабилитации* у больных с **3 степенью** нарушения функции опоры и передвижения при применении технологии роботизированной кинезотерапии – до $16,28 \pm 2,42$ (госпитализация в рамках Государственного задания на оказание ВМП) и $16,94 \pm 2,38$ случая на 100 случаев реабилитации (госпитализация по программам ДМС); и *на заключительном этапе реабилитации* – соответственно до $10,47 \pm 1,91$ и $11,29 \pm 2,01$ у больных с **3 степенью**, а также до $0,78 \pm 0,25$ и $1,61 \pm 0,80$ случая на 100 случаев реабилитации у больных с **4 степенью** нарушения функции опоры и передвижения;
- темп роста числа пролеченных больных, достигнут преимущественно за счет пациентов с наиболее тяжелой 3 и 4 степенью нарушения функции опоры и передвижения, госпитализированных по программам ДМС, предусматривающим проведение реабилитации с использованием роботизированной технологии кинезотерапии: для пациентов с **3 степенью** нарушения функции показатель составил 160,00 %, а **4 степенью** – 190,00 %.

Список использованных источников

1. Пономарев И.П., Ковалева В.В., Головина С.М. Использование результатов социологического опроса в целях совершенствования организации медицинской реабилитации // Современное состояние и перспективы развития региональной системы здравоохранения в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Матер. межрегион. науч.-практ. конф. Иркутск, 2006. С. 157-160.
2. Даминов В.Д. Принципы организации высокотехнологичной нейрореабилитации на стационарном этапе. М., 2008. С. 25-26.
3. Медицинская реабилитация / под ред. В.М. Боголюбова. М., 2007. С.43-47.
4. Жернов В.А. Немедикаментозная восстановительная коррекция функционального состояния кардиореспираторной системы у людей пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. 44 с.
5. Разумов А.Н. Методология развития и организации системы восстановительной медицины на курортах и в санаториях // Восстановительная медицина и клиническая реабилитация. Сб. тр. науч.-практ. конф. М., 2008. С. 99.
6. Горбунков В.Я., Пономарев И.П., Ковалева В.В., Головина С.М. Восстановительная медицина как самостоятельное направление здравоохранения // Бюлл. ГУ ННИИ общественного здоровья РАМН. 2006. Вып. 5. С. 85-89.
7. Разумов А.Н. Методология развития и организации системы восстановительной медицины на курортах и в санаториях // Восстановительная медицина и клиническая реабилитация. Сб. тр. науч.-практ. конф. М., 2008. С. 99.
8. Иванова Г.Е., Ковражкина Е.А. Применение аппарата мотомед в клинической практике // Аналитический обзор. Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова Росздрава. М., 2008. С. 9-11.
9. Бобровницкий И.П., Михайленко Л.В. Методологические особенности восстановительной медицины // Восстановительная медицина и клиническая реабилитация. Сб. тр. науч.-практ. конф. М., 2008. С. 24-25.
10. Жернов В.А. Немедикаментозная восстановительная коррекция функционального состояния кардиореспираторной системы у людей пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. 44 с.
11. Дашко И.А. Дифференцированный подход к комплексной терапии и реабилитации больных в зависимости от степени и уровня травматического повреждения спинного мозга: дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 106 с.
12. Горбунков В.Я., Воротников

- А.А., Пономарев И.П. Организационно-структурные механизмы повышения эффективности медицинской реабилитации больных ортопедо-травматологического профиля в условиях больницы восстановительного лечения // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2006. Вып. 2. С. 28-31.
13. Деревцова С.Н. Опорно-двигательный аппарат здоровых людей и больных с синдромом центрального гемипареза: дис. ... д-ра мед. наук. Красноярск, 2011. 311 с.
14. ISO 26000 – Social responsibility. [Электронный ресурс]. URL:<http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso26000.htm>
15. Социальная ответственность лечебно-профилактического учреждения (к вопросу содержания и применения стандарта ISO/DIS 26000). [Электронный ресурс]. URL:<http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=77504>
16. Норенко В.В. Оптимизация качества медицинской помощи в промышленном здравоохранении. Обзор литературы // Сиб. мед. журн. 2011. Т. 26. № 3. Вып. 1.
17. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Медицинские новости. 2009. № 12. С. 6-12.
18. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. [Электронный ресурс]. URL:http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_F.html
19. Рыбальченко И.Е. Измерение объемов высокотехнологичной медицинской помощи // Проблемы современной экономики. 2011. № 4 (40).