

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ ДЫХАНИЯ»

В.П. Колосов, Л.Г. Манаков, О.П. Курганова

**ОРГАНИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Благовещенск - 2017

УДК: 614.2:616.2

ББК: 51.1

К 61

Колосов В.П., Манаков Л.Г., Курганова О.П. Организация и качество медицинской помощи больным пульмонологического профиля. – Благовещенск, 2017. – 240 с. ISBN 978-5-905864-13-1. Ил. 50, табл. 40, библи. 277.

На основе действующей нормативно-правовой и методической базы современной пульмонологии представлена система организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля и определены основные задачи и перспективы ее развития. Проведена экспертная оценка ресурсного обеспечения и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля, позволившая выявить резервы для повышения эффективности лечебно-профилактической работы в сфере пульмонологии. Изучение условий и качества оказания пульмонологической помощи дало возможность определить организационно-методические механизмы повышения ее эффективности в системе первичной медико-санитарной помощи населению, сформулировать рекомендации по совершенствованию ее развития. На основе системного анализа факторов, оказывающих влияние на организацию и эффективность оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля, определены приоритетные механизмы и инструменты совершенствования пульмонологической помощи и дана оценка регионального опыта их реализации.

Рекомендуется для научных работников и врачей различных специальностей, занимающихся вопросами пульмонологии, общественного здоровья и здравоохранения, специалистов клинического и профилактического профиля, преподавателей и студентов медицинских ВУЗов, аспирантов, ординаторов и курсантов последипломного профессионального образования.

Рецензенты: Н.А. Капитоненко, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ; Т.И. Мартыненко, д-р мед. наук, профессор, главный пульмонолог Алтайского края.

Утверждено к печати решением Ученого совета ДНЦ ФПД (24 ноября 2016 г., протокол №10.)

Исследования выполнены в рамках гранта Дальневосточного отделения РАН (проект 15-И-5-016).

ISBN 978-5-905864-13-1 © В.П. Колосов, Л.Г. Манаков, О.П. Курганова, 2017
© ДНЦ ФПД, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Перечень сокращений и условных обозначений.....	4
Перечень основных понятий и терминов.....	6
ВВЕДЕНИЕ	12
Глава I. Организация и перспективы развития пульмонологической помощи населению	15
Нормативно-правовое и методическое обеспечение организации медицинской помощи в пульмонологии	15
Система организации первичной и специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля.....	29
Глава II. Доступность и качество медицинской помощи больным пульмонологического профиля	69
Индикаторы, критерии и методы оценки качества медицинской помощи.....	69
Социологическая и экспертная оценка качества и доступности медицинской помощи больным пульмонологического профиля.....	82
Анализ качества диагностического процесса в пульмонологии....	122
Качество жизни больных хроническими респираторными заболеваниями.....	143
Глава III. Механизмы повышения эффективности управления и организации пульмонологической помощи	155
Социологическая оценка условий оказания пульмонологической помощи в первичном звене здравоохранения.....	155
Организационно-методические механизмы оптимизации и повышения эффективности пульмонологической помощи населению	177
Информационно-аналитическое обеспечение управления пульмонологической помощью на региональном уровне.....	191
Социально-экономическая оценка результативности и эффективности обеспечения управления пульмонологической помощью: федеральный и региональный опыт.....	202
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	213
БИБЛИОГРАФИЯ	217

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АТЭ	– автоматизированная технология экспертизы
БА	– бронхиальная астма
БОД	– болезни органов дыхания
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВРП	– валовый региональный продукт
ДФО	– Дальневосточный федеральный округ
ЖС	– шкала жизнеспособности (жизненный тонус)
ИК	– индикатор качества
КЖ	– качество жизни
КМП	– качество медицинской помощи
ЛПУ	– лечебно-профилактическое учреждение
МЗ РФ	– министерство здравоохранения Российской Федерации
ОЗ	– шкала общего здоровья
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ОРВИ	– острые респираторные вирусные инфекции
ОФВ ₁	– объем форсированного выдоха за 1-ю секунду
ПЗ	– шкала психического здоровья
ПИК	– профиль индикаторов качества
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
ПСВ	– пиковая скорость выдоха
Росздравнадзор	– Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ
Росстат	– Федеральная служба государственной статистики
РРО	– Российское респираторное общество
РФ	– Российская Федерация
РЭ	– шкала роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности

СА	– шкала социальной активности
ФА	– шкала физической активности
ФЖЕЛ	– форсированная жизненная емкость легких
ФОМС	– фонд обязательного медицинского страхования
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ХРЗ	– хронические респираторные заболевания
ЦРБ	– центральная районная больница
APSS	– Азиатско-Тихоокеанское респираторное общество
ERS	– Европейское респираторное общество
GARD	– Глобальный альянс по борьбе с болезнями органов дыхания
GINA	– Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы
GOLD	– Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ И ТЕРМИНОВ

Амбулаторно-поликлиническая помощь – профилактическая и лечебно-диагностическая медицинская помощь, оказываемая населению амбулаториями, поликлиниками, поликлиническими подразделениями больничных учреждений и диспансеров, женскими консультациями, ФАП и другими амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

Госпитализация – помещение больного в лечебно-профилактическое учреждение (больницу, госпиталь и т.п.).

Индикатор – характеристики, применяемые для оценки, на основе которых могут быть разработаны показатели и критерии оценки;

Интегральный показатель – результирующий показатель, учитывающий совокупное влияние отдельных как независимых, так и взаимосвязанных факторов.

Качество жизни (*life quality*) – категория, включающая сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющее достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации и отражающее степень восприятия отдельными людьми и населения в целом того, как удовлетворяются их потребности.

Качество медицинской помощи – совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их выполнения и подтверждающих соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки и технологий, а также потребностям пациента.

Критерий – признак, мерило, на основании которого производится оценка или классификация. Принцип оценки, например, по отношению к стандарту, нормативу, предъявляемым требованиям, поставленной цели.

Лечение – совокупность мероприятий, имеющих целью восстановление здоровья или облегчение страданий больного человека.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемиологические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

Медицинская услуга – конкретные действия профессионального медицинского персонала по отношению к больному и здоровому человеку с целью профилактики, диагностики и лечения заболевания, а также другие действия медико-социального характера.

Модель (от лат. *modulus*) – мера, образец, эталон, копия в миниатюре. На языке планирования может означать: изображение обстановки (ситуации) в стране на примере типичного региона, района; математическое описание главных особенностей экономической, санитарно-гигиенической и других ситуаций, которое можно использовать для изучения последствий различных мероприятий.

Оценка – характеристика степени соответствия показателя какому-либо критерию.

Показатель – количественная характеристика конкретной информации.

Политика в области здравоохранения – совокупность решений и обязательств по проведению определенного курса действий, ориентированного на реализацию конкретных целей и задач по медико-санитарному обеспечению населения.

Посещение (визит) (от франц. *visite*) – любой контакт между врачом и пациентом при медико-социальном обслуживании населения.

Программа (от греч. *programma* – объявление, распоряжение) – цель, содержание и план достижения чего-либо (описание алгоритма решения задач, упорядоченной последовательности действия для удовлетворения той или иной потребности).

Программный план – конкретное по времени и ориентированное на конкретное общество изложение предложений, относящихся к нормам, конечным целям, мероприятиям, инструментам и ресурсам проектируемой в будущее программы.

Профилактика заболеваний – система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирувания, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Профилактическая программа – систематизированное изложение основных целей, задач, направлений деятельности по профилактике заболеваемости и укреплению здоровья.

Ресурсы – требующиеся или имеющиеся кадры, деньги, материалы, навыки, знания, методы и время для осуществления мер, направленных на достижение конкретных целей.

Реструктуризация системы медицинской помощи – это непрерывный процесс приведения мощностей и структуры сети медицинских организаций в соответствие с доказательной (обоснованной) потребностью населения в медицинской помощи.

Рациональная модель системы медицинской помощи – модель, соответствующая структуре обоснованной потребности населения в медицинской помощи.

Сеть учреждений здравоохранения – это комплекс медицинских организаций, связанных взаимными обязательствами, имеющими ресурсное обеспечение (оснащение и штаты) для оказания того объема медицинской помощи, который наиболее востребован населением обслуживаемой территории.

Система здравоохранения – совокупность органов управления и организаций здравоохранения, деятельность которых направлена на сохранении и укреплении здоровья граждан, оказание медицинской и лекарственной помощи, проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Специализированная медицинская помощь – оказание помощи гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

Стационарная помощь – медицинская помощь, оказываемая стационарами больничных учреждений диспансеров, родильных домов пациентам, требующим госпитализации.

Уровень оказания медицинской помощи – степень и характер развития медицинских технологий, позволяющие оказывать определенный объем медицинской помощи в определенной географической зоне определенному числу жителей.

Эффективность (лат. *effecticus* – действенный, дающий определенный результат) – соотношение произведенных затрат ресурсов и полученных результатов.

ОТ АВТОРОВ

В условиях системной модернизации отечественного здравоохранения повышаются требования к эффективности и качеству медицинской помощи населению, что обуславливает необходимость разработки и внедрения в сферу практического здравоохранения новых организационных подходов к системе управления и организации медицинской помощи, в том числе и по профилю «пульмонология». В этой связи, авторами предпринята попытка на основе действующей нормативно-правовой и методической базы современной пульмонологии представить систему организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля и определить основные задачи и перспективы ее развития.

Освещены некоторые исторические этапы формирования и развития пульмонологической помощи в Российской Федерации и реализации региональной политики, отмечена роль ее организаторов, ведущих специалистов и ученых, внесших весомый вклад в становление отечественной пульмонологии и респираторной медицины.

Пульмонологическая служба России за последние годы получила существенное развитие, несмотря на социальные и экономические трудности. В последнее двадцатилетие был проведен ряд организационных мероприятий, имеющих целью интенсифицировать научную и практическую работу в области пульмонологии. Во многих регионах проводится активная работа по организации пульмонологической помощи, созданию сети специализированных пульмонологических учреждений, разработки целевых комплексных программ развития пульмонологической помощи. В практику здравоохранения внедряются новые методы диагностики, лечения и профилактики хронических респираторных заболеваний, значительно улучшилось качество диагностики, лечения и профилактики таких заболеваний как бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония. Российским респираторным обществом проводится значительная организационно-методическая и образовательная деятельность.

В настоящее время созданы хорошие предпосылки для дальнейшего развития пульмонологической помощи больным. Министер-

ством здравоохранения РФ утвержден порядок оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля. Переоснащение учреждений здравоохранения и обучение врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в рамках Национальной программы в сфере здравоохранения повысило качество диагностики и лечения болезней органов дыхания (БОД) на уровне первичного звена здравоохранения. Это способствовало приближению специализированной пульмонологической помощи к пациентам на всей территории РФ. Лидирующая роль в этой работе принадлежит ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России (Москва), функционирующему как Всероссийский федеральный центр пульмонологии (ВФЦП) под руководством главного пульмонолога России академика РАН, профессора А.Г. Чучалина.

Большая организационно-методическая и лечебно-профилактическая работа, направленная на повышение качества медицинской помощи пациентам с БОД, развитие пульмонологии, проводится во многих регионах РФ, в том числе и на территории Дальневосточного федерального округа. Здесь в 1981 году по инициативе и под руководством академика РАН, профессора М.Т. Луценко был создан НИИ физиологии и патологии дыхания – ныне Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, открыта специализированная пульмонологическая клиника. Концепция единства научно-практической деятельности и региональная политика в области пульмонологии, заложенные при формировании учреждения, эффективно работают и в современных условиях, что находит свое отражение в динамике показателей респираторного здоровья населения на территории региона. В частности, с использованием соответствующих критериев продемонстрирована результативность деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, научных и образовательных учреждений, расположенных на территории Амурской области, по обеспечению мероприятий, направленных на повышение эффективности пульмонологической помощи населению.

Продолжена преемственность научных исследований в сфере эпидемиологии и оценки региональных особенностей болезней орга-

нов дыхания и организации пульмонологической помощи. В настоящей работе представлены результаты исследований, проведенных в Дальневосточном научном центре физиологии и патологии дыхания в 2006-2016 годах. В частности, изучение условий и качества оказания пульмонологической помощи на уровне первичного звена здравоохранения и специализированных служб позволило определить организационно-методические механизмы повышения ее эффективности в системе первичной медико-санитарной помощи населению, сформулировать рекомендации по совершенствованию ее развития. На основе системного анализа факторов, оказывающих влияние на организацию и эффективность оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля, определены приоритетные механизмы и инструменты совершенствования пульмонологической помощи и дана оценка практического опыта их реализации, позволившего обеспечить ее эффективность на уровне региона.

Оценка этого опыта свидетельствует о том, что организационно-методическое обеспечение системы организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля с использованием информационных и образовательных ресурсов, доступности и качества пульмонологической помощи является важной предпосылкой и одним из главных условий повышения ее эффективности. Целенаправленная работа по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению, модернизация управления системой медицинской помощи больным БОД, как показывают данные проведенных исследований, является основой для прогнозирования и достижения позитивных результатов деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, направленных на повышение качества и эффективности медицинской помощи больным с патологией органов дыхания.

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях тенденции в состоянии здоровья населения достаточно полно отражают меняющийся уровень социально-экономического развития страны. Многие проблемы здоровья имеют глубокие социальные корни, включая региональные аспекты условий производства, экологии, уклада жизни, социальной защиты различных групп населения [191, 210, 245]. Проведенные в России исследования позволяют утверждать, что ухудшение показателей общественного здоровья является серьезной социально-политической проблемой, особенно в ее Дальневосточных регионах, решение которой требует усилий всего общества [85, 89, 102, 171, 243, 247].

В этой связи особую актуальность имеют болезни органов дыхания, значимые как для мирового сообщества, так и для Российской Федерации. Они занимают первое место как в структуре патологии детей и подростков, так и в структуре патологии лиц трудоспособного возраста, существенно влияя на качество и продолжительность жизни населения [14, 64, 91, 109, 114, 237, 258, 265]. При этом высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности населения, обусловленный БОД, определяет не только медицинское, но и социально-экономическое значение данной проблемы [2, 48, 74, 95, 190, 254, 256, 267, 269, 273].

Несмотря на то, что болезни органов дыхания являются существенной социально-экономической угрозой, как для отдельного человека, так и для всего сообщества [17, 95, 140, 256, 266, 270, 274], в организации диагностики, лечения и профилактики этих болезней имеются существенные проблемы. При этом во многих регионах РФ наблюдается тенденция снижения обращаемости за медицинской помощью больных с хроническими заболеваниями респираторной системы, которая может привести к увеличению неблагоприятных исходов лечения больных с хронической легочной патологией [114, 115, 185, 237]. Одной из причин инвалидности и смертности населения от болезней органов дыхания является недостаточная эффективность существующей системы лечебно-профилактических мероприятий. В

первую очередь, это проявляется низким уровнем доступности и качества медицинской помощи, влияющих на своевременность и адекватность лечебно-диагностических и профилактических мероприятий [2, 10, 41, 62, 98, 106, 117, 124, 197, 200, 212, 250, 277].

Отрасль здравоохранения в Российской Федерации является сложной и многоуровневой системой. Ведущим направлением в области управления здравоохранением в современной России стало проведение широкомасштабной модернизации [73, 77, 90, 100, 195, 239]. Вместе с тем, негативные тенденции наблюдаются и в развитии системы здравоохранения, что находит отражение в низких оценках населением качества и доступности медицинской помощи, особенно выраженные в системе здравоохранения Дальневосточного региона [1, 11, 63, 97, 183, 209]. В этой связи решению на Дальневосточных территориях общероссийских проблем системы здравоохранения требуются нетривиальные подходы, где темпы ухудшения экономической и социальной ситуации значительно превышают среднероссийские. Следовательно, при управлении данной отраслью необходимо принимать во внимание специфические особенности региональной системы здравоохранения [85, 102, 171, 193].

Характерной особенностью развития лечебно-профилактической помощи является ее специализация. От уровня специализации, форм и методов организации различных видов специализированной медицинской помощи зависит качество профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний. Отражением процессов специализации и интеграции в практическом здравоохранении является совершенствование организационных форм оказания специализированной медицинской помощи. Современный лечебно-диагностический процесс вышел за границы отдельного учреждения и административной территории и осуществляется на основе единой многоуровневой сети взаимосвязанных между собой учреждений здравоохранения [193, 238, 239, 242].

Система оказания специализированной медицинской помощи определяется заболеваемостью, структурой городского и сельского населения, уровнем развития помощи и социально-экономической целесообразностью. Создаваемые и функционирующие учреждения

здравоохранения предусматривают преемственность в работе на разных этапах. Основой этих взаимосвязей является правильно организованная первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), в которой аккумулируются социальная профилактика и традиционное здравоохранение. При этом главная задача здравоохранения состоит в том, чтобы сделать квалифицированную медицинскую помощь доступной всем гражданам страны [22, 63, 78, 183, 238].

В современных условиях оптимизация лечебной сети и структуры оказания медицинской помощи должны составлять одно из приоритетных направлений региональной политики, а основными направлениями деятельности органов управления здравоохранения – развитие первичной медико-санитарной помощи в соответствии с реальными потребностями населения, усиление профилактической работы [11, 73, 119, 159, 164, 223, 272].

Увеличение частоты болезней органов дыхания и изменения в их структуре требуют новых организационных подходов, диктуют необходимость внедрения в практику эффективных форм и методов лечебно-профилактической помощи больным пульмонологического профиля. Стратегия развития пульмонологической помощи населению представляет собой комплекс задач, которые направлены на повышение эффективности работы учреждений здравоохранения в обеспечении респираторного здоровья населения. Одним из путей решения данной задачи является разработка организационно-методических технологий и механизмов по повышению эффективности амбулаторного и стационарного ведения больных, внедрение стандартизированных программ, совершенствование системы управления качеством медицинской помощи больным пульмонологического профиля [32, 61, 151, 188, 196, 221, 261, 272, 275].

На современном этапе развития здравоохранения именно организационно-методические технологии и модернизация системы управления отраслью, используемые системно и внедряемые в повседневную практику на основе комплексных программ профессиональной деятельности, призваны обеспечить повышение эффективности и качества медицинской помощи в пульмонологической практике.

Глава I

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

**Нормативно-правовое и методическое обеспечение организации
медицинской помощи в пульмонологии**

Последние десятилетия XX и начала XXI века в мире характеризуются нарастанием острых инфекционных и хронических заболеваний органов дыхания, что нашло отражение в официальных документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и в ряде инициатив профессионального сообщества (ERS – Европейское респираторное общество, APSS – Азиатско-Тихоокеанское респираторное общество). При этом распространенность патологии дыхательной системы имеет глобальный характер, которая занимает одну из лидирующих позиций в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения [64, 69, 70, 95, 251, 254, 265, 270, 273, 274, 276]. Одновременно эти обстоятельства явились мощным стимулом для развития респираторной медицины и пульмонологии.

Существенному развитию пульмонологической науки и практики в Российской Федерации в последние годы способствовало:

- интеграция российских и зарубежных экспертов в рамках ERS, что дало новый импульс глобализации в пульмонологии;

- принятие международных и национальных клинических рекомендаций и руководств по бронхиальной астме, ХОБЛ, пневмонии, что обеспечило единое информационное и образовательное пространство для врачей различных специальностей в различных регионах страны;

- создание и периодическое переиздание новых версий доклада рабочей группы международной программы GINA – «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы» и GOLD – «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ»;

- формирование международной организации ВОЗ – «Глобального альянса по борьбе с болезнями органов дыхания» (GARD) и реализации ее программной деятельности на территории России;

- разработка стандартов, нормативно-правовых актов и методических документов, регламентирующих стратегию и методологию обеспечения качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля.

Важным условием в системе организации медицинской помощи населению является обеспечение органов и учреждений здравоохранения актуальными для современного уровня развития отрасли организационно-методическими и нормативно-правовыми документами, внедрение новых медицинских стандартов и технологий в сферу практической медицины и здравоохранения. В этой связи чрезвычайно актуальным является анализ степени использования информационных технологий и рекомендаций профессиональных сообществ в деятельности врачей первичного звена здравоохранения, информированности их об основных организационно-распорядительных и нормативно-правовых актах, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями.

С целью совершенствования организации пульмонологической помощи населению в настоящее время разработаны нормативные документы, регламентирующие деятельность пульмонологической службы, направленной на улучшение качества жизни больных с хроническими формами заболеваний и профилактику возникновения острых заболеваний [4, 129, 161, 178, 227, 228].

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Министерством здравоохранения РФ утвержден порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» (приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 года № 916н).

Анализ результатов социологического исследования, проведенного в Амурской и Ярославской области, показывает, что на вопрос социологической анкеты «Знакомы ли Вы с приказом Министерства здравоохранения РФ, регламентирующим порядок оказания медицин-

ской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями?» $69,1 \pm 2,1\%$ врачей-терапевтов участковых ответили утвердительно. Положительный ответ на данный вопрос анкеты дали $63,1 \pm 3,4\%$ респондентов в Амурской и $73,6 \pm 2,7\%$ – Ярославской области ($t=2,4$), $p < 0,05$. Вместе с тем почти $1/3$ врачей-терапевтов участковых незнакома с этим нормативным актом, устанавливающим правила оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» ($26,4 \pm 2,7\%$ – в Ярославской и $36,9 \pm 3,4\%$ – в Амурской области), $p < 0,05$.

Таблица 1.1

Степень информированности врачей-терапевтов участковых о приказе МЗ РФ, регламентирующем порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» (социологический опрос, %)

Контингент респондентов		«Знакомы ли Вы с приказом МЗ РФ, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля?»		Всего
		«Да»	«Нет»	
Регион	Амурская область	$63,1 \pm 3,4$	$36,9 \pm 3,4$	100,0
	Ярославская область	$73,6 \pm 3,4$	$26,4 \pm 2,7$	100,0
Место работы	Учреждения здравоохранения города	$63,1 \pm 3,9$	$36,9 \pm 3,9$	100,0
	Учреждения здравоохранения села	$63,1 \pm 7,1$	$36,9 \pm 7,1$	100,0
Стаж работы	До 1 года	$45,5 \pm 4,2$	$54,5 \pm 4,7$	100,0
	Более 20 лет	$79,2 \pm 6,1$	$20,8 \pm 2,1$	100,0
Уровень квалификации	Врачи высшей категории	$88,9 \pm 5,3$	$11,1 \pm 1,3$	100,0
	Врачи, не имеющие категории	$55,7 \pm 3,2$	$44,3 \pm 2,7$	100,0

При этом различий показателей степени информированности врачей в учреждениях города и села, городских поликлиниках и поликлиниках ЦРБ, не установлено. За исключением того, что среди специалистов, имеющих опыт работы (стаж профессиональной деятельности более 20 лет) и не имеющих опыта (стаж работы до 1 года) эти показатели (утвердительный ответ на вопрос анкеты) различаются на $33,7\%$ (соответственно $79,2\%$ и $45,5\%$), $p < 0,001$. Аналогично тому,

что специалисты, имеющие высшую квалификационную категорию, в 88,9% случаев дали положительный ответ на данный вопрос, по сравнению с 55,7% ответов врачей, не имеющих категории ($p < 0,001$), что также сопряжено с уровнем квалификации, стажем и опытом работы.

В настоящее время серьезной социально-экономической проблемой является бронхиальная астма. Люди всех возрастов во всем мире страдают этим хроническим заболеванием дыхательных путей, которое при недостаточно эффективном лечении может значительно ограничивать качество жизни пациентов и даже приводить к смерти [70]. В связи с этим ведущими экспертами Европейского респираторного общества и Американского торакального общества была разработана программа «Глобальная инициатива по бронхиальной астме» (*Global Initiative for Asthma, GINA*) с целью распространения информации о подходах к лечению больных бронхиальной астмой (БА), внедрения результатов научных исследований в стандарты лечения бронхиальной астмы. Данные GINA регулярно пересматриваются, обновляются и используются в качестве стратегической концепции для формирования программ диагностики, лечения и профилактики заболевания [70].

Современная концепция ведения больных бронхиальной астмой согласно рекомендациям GINA предопределяется не столько степенью тяжести больных, сколько контролем над заболеванием. В этой связи, «целью лечения бронхиальной астмы является достижение и поддержание контроля над заболеванием, который определяется как совокупность отдельных показателей» [70]. Недостаточный контроль заболевания приводит к снижению качества жизни, необходимости госпитализаций пациентов. Отсутствие контроля заболевания приводит к неэффективному расходованию ресурсов здравоохранения, а также росту непрямых затрат, обусловленных инвалидизацией и преждевременной смертностью [18, 70, 81].

Бронхиальную астму, по оценке экспертов, можно легко контролировать, и люди способны вести абсолютно нормальный образ жизни при надлежащем медицинском контроле. Во многих странах создание системы контроля над астмой позволило сократить смерт-

ность от астмы и снизить частоту госпитализаций [18, 47, 70, 117, 252]. Например, в результате образовательной программы уровень госпитализации снизился на 35%, число обращений к врачу по поводу астмы – на 27%, а число амбулаторных приемов – на 19% [70, 201].

Таблица 1.2

Уровни контроля бронхиальной астмы

А. Оценка текущего клинического контроля (предпочтительно в течение 4 недель)			
Характеристики	Контролируемая БА (все нижеперечисленное)	Частично контролируемая БА (любое проявление)	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы	Отсутствуют (или <2 эпизодов в неделю)	>2 эпизодов в неделю	Наличие трех или более признаков частично контролируемой БА
Ограничения активности	Отсутствуют	Любые	
Ночные симптомы/пробуждения	Отсутствуют	Любые	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Отсутствует (или <2 эпизодов в неделю)	>2 эпизодов в неделю	
Функция легких (ПСВ или ОФВ ₁)	Нормальная	<80% от должного значения или от наилучшего для данного пациента показателя (если таковой известен)	
Б. Оценка будущего риска (риск обострений, нестабильности, быстрого снижения функции легких, побочные эффекты)			
Признаки, ассоциируемые с неблагоприятными осложнениями, включают: плохой клинический контроль над БА, частые обострения в течение последнего дня любая госпитализация в отделении неотложной помощи по поводу БА, низкий ОФВ ₁ , воздействие табачного дыма, высокие дозы лекарственных препаратов			

По данным Всемирной организации здравоохранения одной из важнейших проблем здравоохранения является хроническая обструктивная болезнь легких [69, 163, 254, 265, 273]. Несмотря на то, что ХОБЛ привлекает все больше внимания со стороны медицинского сообщества, это заболевание остается относительно неизвестным или малозначимым для широких слоев населения, а также официальных представителей органов здравоохранения и правительственных

структур (A.S. Buist, представитель исполнительного комитета GOLD, 2008).

Для того чтобы привлечь внимание к проблеме ХОБЛ, ее лечению и профилактике, в 1998 году под эгидой ВОЗ была сформирована «Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких (GOLD – *Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease*). Первым шагом в программе GOLD была подготовка согласительного доклада рабочей группы «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ», опубликованного в 2001 году.

Таблица 1.3

Классификация степеней тяжести ХОБЛ

Форма	Характеристика
0: риск возникновения I. легкая форма ХОБЛ	нормальные результаты спирограммы хронические симптомы (кашель, выделение мокроты)
II. средняя форма ХОБЛ	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 70% ОФВ ₁ > 80% присутствие или отсутствие хронических симптомов (кашля, отделения мокроты)
III. тяжелая форма ХОБЛ	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 70% 30% < ОФВ ₁ < 50% присутствие или отсутствие хронических симптомов (кашля, отделения мокроты)
IV. очень тяжелая форма ХОБЛ	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 70% ОФВ ₁ < 30% или ОФВ ₁ < 50% при хронической дыхательной недостаточности

В этой связи, другим важным документом, определяющим стратегию обеспечения лечебно-профилактической помощи населению по профилю «пульмонология», являются рекомендации международного профессионального сообщества для врачей терапевтов и пульмонологов по критериям диагностики, методам раннего выявления, эффективного лечения и профилактики больных ХОБЛ (GOLD) [69].

Участники пятьдесят третьей Ассамблеи ВОЗ, оценив тяжелые последствия хронических респираторных заболеваний, обратились к Генеральному секретарю ВОЗ с просьбой обозначить их профилактику и контроль над ними в качестве приоритетного направления ра-

боты. А при поддержке мирового сообщества координировать сотрудничество в целях мобилизации ресурсов, пропаганды и проведения совместных исследований (Резолюция ВОЗ 53.17, вынесенная в мае 2000 года и подписанная всеми странами-членами ВОЗ, всего 191 страна). Для выработки единого всестороннего подхода к ведению, диагностике, профилактике и контролю над хроническими респираторными заболеваниями (ХРЗ), ВОЗ провела четыре консультационные встречи, в ходе которых информировала участников о создании Всемирного альянса против хронических респираторных заболеваний (GARD) [260, 264].

Глобальный альянс против хронических респираторных заболеваний (GARD) – это добровольный альянс национальных и международных организаций, институтов и учреждений, действующих в направлении достижения общей цели укрепления респираторного здоровья во всем мире.

Специальные задачи GARD:

- предложить поэтапную комплексную программу профилактики и контроля над предупреждаемыми хроническими респираторными заболеваниями и респираторными аллергиями;
- способствовать согласованию отдельных программ, осуществляемых ВОЗ и другими организациями;
- повысить информированность о проблеме хронических респираторных заболеваний и облегчить бремя ХРЗ, поддержать отдельные инициативы, учитывающие местные потребности;
- уделить особое внимание потребностям развивающихся стран и социально уязвимых групп населения;
- обеспечить доступность лекарственных препаратов и соответствующей методологии, необходимой для диагностики и контроля хронических респираторных заболеваний;
- обеспечить необходимую профессиональную подготовку работников здравоохранения;
- осуществлять просветительскую деятельность и оказывать информационную поддержку в вопросах хронических респираторных заболеваний пациентам и их семьям.

По мнению экспертов GARD для эффективной борьбы с хроническими респираторными заболеваниями необходимо: сделать борьбу с ХРЗ приоритетом здравоохранения во всех странах мира; добиться того, чтобы правительства, СМИ, пациенты и работники здравоохранения в полной мере осознавали серьезность данной проблемы и распространяли соответствующую информацию по ее решению.

В России (2010 г.) стартовал исследовательский проект ВОЗ – GARD «Глобальная стратегия по борьбе с респираторными заболеваниями», который направлен на оптимизацию ранней первичной диагностики хронических респираторных заболеваний и повышение качества ведения пациентов с данной патологией врачами первичного звена здравоохранения.

Основной концепцией этих международных документов, изданных под эгидой ВОЗ и активно пропагандируемых Российским респираторным обществом (РРО), является обеспечение контролируемого течения хронических респираторных заболеваний (БА и ХОБЛ) и высокого уровня качества жизни пациентов. Вместе с тем, несмотря на все меры по распространению рекомендаций GINA и GOLD и наличие эффективных препаратов, данные международных исследований свидетельствуют о низком уровне контроля БА и ХОБЛ во многих странах (Bateman E., 2011), в том числе и в России [18, 69, 70].

Результаты социологического анализа показывают, что в целом большинство респондентов (врачи-терапевты участковые) в своей практической работе используют рекомендации GINA и GOLD (соответственно $71,5 \pm 2,1\%$ и $75,9 \pm 1,9\%$). При этом в учреждениях здравоохранения Ярославской области эта доля значительно выше ($82,3 \pm 2,3\%$ и $83,4 \pm 2,2\%$) по сравнению с Амурской областью ($57,4 \pm 3,5\%$ и $65,6 \pm 3,4\%$), при $t > 2$, $p < 0,001$.

Вместе с тем $20,5 \pm 2,8\%$ врачей-терапевтов на территории Амурской области не используют в своей практической работе с пациентами пульмонологического профиля рекомендации GINA, а $22,1 \pm 2,9\%$ – не знают данных документов (в совокупности – $42,6\%$), аналогично, как и рекомендации GOLD ($34,4\%$).

Если при анализе степени использования рекомендаций GINA различий среди врачей городских и сельских учреждений здраво-

охранения не выявлено ($t < 1$), то различия степени использования рекомендаций GOLD статистически значимы ($t > 2$): в городских населенных пунктах она составляет $71,1 \pm 3,7\%$, а в сельских – на $23,3\%$ меньше ($47,8 \pm 7,3\%$). При этом доли лиц, не использующих данных документов и не знающих о них, в селе составляет соответственно $21,8 \pm 6,0\%$ и $30,4 \pm 6,7\%$, в то время как в городе – $18,1 \pm 3,1\%$ и $10,8 \pm 2,5\%$ соответственно ($p < 0,05$).

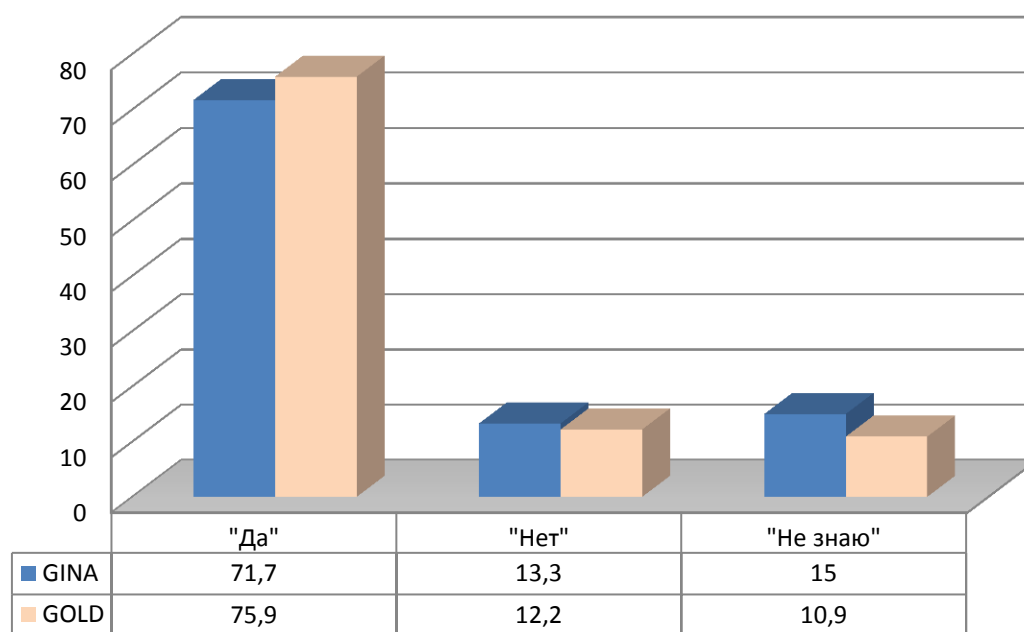


Рисунок 1.1. Степень использования международных рекомендаций в области респираторной медицины (GINA и GOLD) врачами-терапевтами на амбулаторно-поликлиническом приеме (социологический опрос, %).

Достаточно закономерной выглядит и зависимость степени использования в практической работе рекомендаций GINA и GOLD от уровня профессиональной квалификации. Если доля врачей-терапевтов высшей квалификационной категории, которые не знают данных документов, составляет всего $5,6\%$, то среди врачей, имеющих вторую категорию – в $5,2$ раза больше ($29,1\%$), что свидетельствует о социальной и профессиональной детерминированности организационно-методических принципов в обеспечении эффективности и качества медицинской помощи населению. И социально-психологической мотивации медицинских кадров, основанной на реализации образовательных программ в достижении конечных резуль-

татов профессиональной деятельности. В целом 77,7% врачей-терапевтов высшей квалификационной категории (Амурская область) используют рекомендации GINA и 72,2% – рекомендации GOLD в своей практической деятельности, в то время как врачи более низкого уровня квалификации (II категория) соответственно 54,2% и 65,9 %.

Таблица 1.4

Распределение ответов врачей-терапевтов участковых о степени использования международных рекомендаций GINA и GOLD в практической деятельности (социологический опрос, %)

Категории респондентов	Рекомендации	«Используете ли Вы в своей практической работе рекомендации GINA и GOLD по диагностике, лечению и профилактике ХРЗ?»			Всего
		«Да»	«Нет»	«Не знаю»	
Врачи, работающие в учреждениях здравоохранения Амурской области	GINA	57,4±3,5	20,5±2,8	22,1±2,9	100,0
	GOLD	65,6±3,4	19,0±2,8	15,4±2,5	100,0
Врачи, работающие в учреждениях здравоохранения Ярославской области	GINA	82,3±2,3	7,9±1,6	9,8±1,8	100,0
	GOLD	83,4±2,2	7,2±1,5	9,4±1,7	100,0
Врачи, работающие в учреждениях здравоохранения города	GINA	58,4±4,0	20,8±3,3	20,8±3,3	100,0
	GOLD	71,1±3,7	18,1±3,1	10,8±2,5	100,0
Врачи, работающие в учреждениях здравоохранения села	GINA	54,4±7,3	19,6±5,8	26,0±6,4	100,0
	GOLD	47,8±7,3	21,8±6,0	30,4±6,7	100,0
Врачи высшей квалификационной категории	GINA	77,7±6,2	16,7±1,3	5,6±0,8	100,0
	GOLD	72,2±5,9	22,2±4,4	5,6±0,8	100,0
Врачи, не имеющие категории	GINA	54,2±4,8	6,7±0,9	29,1±6,2	100,0
	GOLD	65,9±5,4	14,8±3,3	19,3±3,2	100,0

Одной из главных составляющих системы управления качеством в здравоохранении признается стандартизация медицинских услуг. Внедрение стандартов способствует рациональному распределению ресурсов и обеспечению адекватного финансирования медицинской помощи. Благодаря введению стандартов в повседневную практику возрастает уровень информированности врачей о новейших достижениях медицинской науки и доступность качественной медицинской помощи пациентам. Медицинские стандарты позволяют оце-

нить качество медицинской помощи, хотя соответствие фактически выполняемых профилактических, лечебно-диагностических процедур и манипуляций, заложенных в типовые медицинские стандарты, не может полностью отражать конечные результаты деятельности. В связи с этим, оценка степени выполнения типовых медицинских стандартов используется в комплексе с другими показателями [56, 194, 207, 255].

В условиях модернизации системы здравоохранения в России и обязательного медицинского страхования (ОМС) именно стандарты становятся основным ориентиром при оказании медицинской и лекарственной помощи населению. В настоящее время Министерством здравоохранения РФ разработаны и утверждены стандарты медицинской помощи больным пульмонологического профиля по основным нозологическим формам класса «Болезни органов дыхания» [162].

Проведенный социологический опрос среди врачей-терапевтов участковых показывает, что в целом выполнение федеральных стандартов при оказании медицинской помощи больным пульмонологического профиля осуществляется в большинстве случаев ($68,7 \pm 2,1\%$) на хорошем организационном уровне. При этом на вопрос социологической анкеты «Как Вы оцениваете степень выполнения федеральных стандартов оказания медицинской помощи больным пневмонией, ХОБЛ, бронхиальной астмой в амбулаторно-поликлинических условиях?» $67,2 \pm 2,8\%$ респондентов, работающих в учреждениях здравоохранения Ярославской области, ответили «скорее хорошо, чем плохо» и $6,8 \pm 1,5\%$ – «очень хорошо». Среди врачей, работающих в учреждениях здравоохранения Амурской области, эти оценки были несколько ниже – $53,8 \pm 3,5\%$ – «скорее хорошо, чем плохо» ($t=3,0$) и $7,7 \pm 1,9\%$ – «очень хорошо» соответственно.

Доля негативных оценок степени выполнения федеральных стандартов при оказании первичной медико-санитарной помощи больным пульмонологического профиля достаточно высока: в целом $13,5 \pm 1,5\%$ респондентов оценивают как «скорее плохо, чем хорошо» и $1,8 \pm 0,6\%$ – «очень плохо» ($16,0 \pm 1,7\%$ респондентов затруднились с ответом). В совокупности доли ответов респондентов «скорее плохо, чем хорошо» и «очень плохо» на территории Амурской области

(19,0±2,8%) были несколько выше, чем среди аналогичных ответов врачей на территории Ярославской области (12,4±2,0%), при $t=1,3$ (19,5±2,8% и 13,6±2,1% соответственно затруднились ответить).

Сравнительный анализ степени выполнения федеральных стандартов при оказании медицинской помощи больным пульмонологического профиля среди врачей-терапевтов участковых, работающих в городских и сельских учреждениях здравоохранения, статистически значимых различий социологических оценок не выявил. В то же время доли позитивных ответов респондентов, имеющих опыт работы и высокий уровень профессиональной квалификации соответственно на 2,6% и на 12,0% выше, чем среди врачей, не имеющих опыта работы и квалификационной категории ($t>2$).

Важным условием в системе организации медицинской помощи населению является обеспечение органов и учреждений здравоохранения актуальными для современного уровня развития отрасли организационно-методическими и нормативно-правовыми документами, внедрение новых медицинских технологий в сферу здравоохранения. На вопрос социологической анкеты «Обеспечен ли кабинет врача-терапевта участкового нормативно-методическими документами по вопросам организации диагностики и лечения больных пульмонологического профиля?» 59,1±2,2% респондентов ответили положительно. При этом в учреждениях здравоохранения Ярославской области уровень обеспеченности на 20,7% выше (67,9±2,8% положительных ответов) по сравнению с учреждениями здравоохранения Амурской области (47,2±3,5%), при $t=4,7$.

В учреждениях здравоохранения, расположенных в сельских населенных пунктах уровень обеспеченности и оснащения кабинетов врачей-терапевтов нормативно-методической документацией по профилю «пульмонология» также несколько выше (54,3±7,3%) по сравнению с учреждениями здравоохранения города (44,9±4,0%), однако различия статистически незначимы ($t=1,1$). В то время как кабинеты специалистов высшей квалификационной категории обеспечены нормативно-методическими документами на 23,6% лучше (61,1±4,2%), чем их коллег, имеющих II квалификационную категорию (37,5±2,3%), при $t>2$.

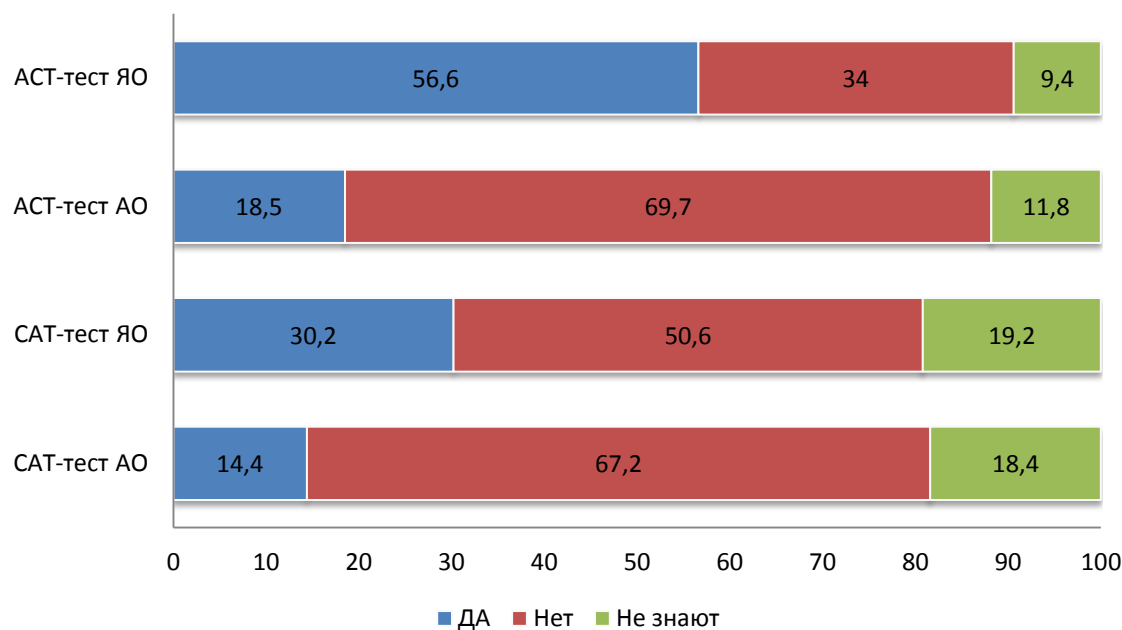


Рисунок 1.2. Сравнительная оценка степени использования специализированных тестов (САТ, АСТ) в практической работе врачей-терапевтов участковых в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей (проценты).

Важной составляющей в системе организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля в современных условиях является использование адекватных и высокоинформативных методов достижения контроля заболевания и оценки эффективности лекарственной терапии. В качестве таких средств и инструментов оценки степени эффективности лечебно-профилактических мероприятий больным хроническими респираторными заболеваниями (ХОБЛ, бронхиальная астма) предложены оценочный тест по ХОБЛ (COPD Assessment Test™) - САТ™ (вопросник для простой и надежной оценки состояния здоровья пациента ХОБЛ) и тест по контролю над астмой (АСТ™), а также опросник АСQ, рекомендованные к использованию Российским респираторным обществом [3].

Обращает на себя внимание тот факт, что в целом $57,6 \pm 2,3\%$ врачей терапевтов участковых в своей практической деятельности не используют САТ – тест, а $18,9 \pm 1,8\%$ - не знают этого теста. Аналогично это относится и к оценке степени использования АСТ- теста по контролю над бронхиальной астмой, при которой $49,1 \pm 2,3\%$ врачей первичной медико-санитарной помощи не используют данные ин-

струменты оценки достижения контроля заболевания и эффективности проводимой медикаментозной терапии, а $10,5 \pm 1,4\%$ - не знают также этих тестов.

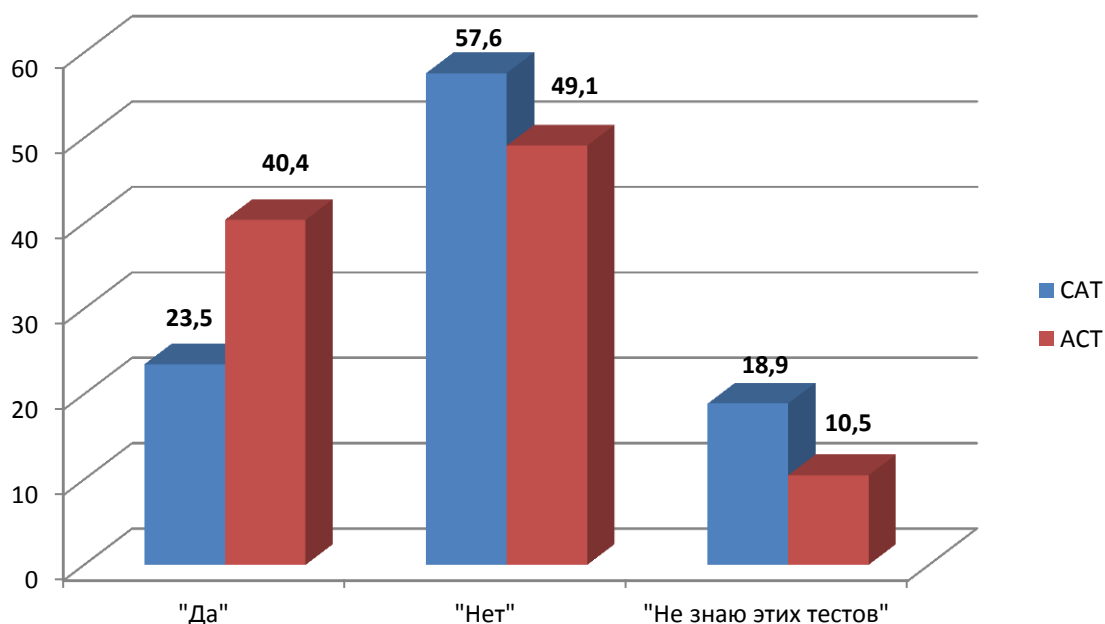


Рисунок 1.3. Распределение ответов респондентов о степени использования специализированных тестов уровня контроля заболеваний и эффективности терапии (социологический опрос, %).

Результаты исследования свидетельствуют, что САТ-тест в амбулаторно-поликлинических условиях используют $23,5 \pm 1,9\%$ врачей-терапевтов участковых, а АСТ-тест – $40,4 \pm 2,2\%$; при этом в учреждениях здравоохранения Ярославской области САТ – тест используется в 2,1 раза чаще ($30,2 \pm 2,8\%$), чем в учреждениях первичного звена здравоохранения Амурской области ($14,4 \pm 2,5\%$), $t > 2$, а АСТ-тест – в 3,0 раза чаще (соответственно $56,6 \pm 3,0\%$ и $18,5 \pm 2,7\%$), $t > 2$.

Сравнительный анализ степени использования специализированных тестов по оценке достижения контролируемых результатов и эффективности терапии хронических респираторных заболеваний в учреждениях здравоохранения города и села статистически значимых различий не выявил ($t < 1,0$). Также как и среди различных по опыту работы и уровню профессиональной квалификации специалистов.

Система организации первичной и специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля

Характерной особенностью развития лечебно-профилактической помощи является ее специализация. От уровня специализации, форм и методов организации различных видов специализированной медицинской помощи зависит качество профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний. Отражением процессов специализации и интеграции в практическом здравоохранении является совершенствование организационных форм оказания специализированной медицинской помощи. При этом целесообразность создания специализированной службы определяется уровнем распространения и социальной значимости болезней [57, 119, 133, 186, 192, 239, 242, 246].

В этом случае социально-экономическая значимость болезней органов дыхания не вызывает сомнений. Наряду с многообразными факторами социальной и природной среды [40, 163, 231] на уровень заболеваемости населения БОД оказывает влияние и состояние организации пульмонологической помощи, степень развития ее основных структурных и организационных форм. А одним из неперемennых условий снижения заболеваемости и смертности населения, повышения качества медицинской помощи является развитие и укрепление ее специализированных видов. [4, 9, 115, 153, 173, 178, 249].

Организация специализированной пульмонологической помощи позволяет существенно улучшить качество медицинской помощи больным БОД и обеспечить положительную динамику не только показателей заболеваемости, но и инвалидности и смертности от этих причин, получить значительный экономический и социальный эффект. Установлено, что все статистические показатели, характеризующие качество медицинской помощи больным БОД, лучше в тех учреждениях, где имеются специалисты врачи-пульмонологи. Создание пульмонологических кабинетов и центров способствует унификации методики диагностики и терапии [16, 44, 107, 173, 212, 221, 237, 249, 253].

В специализированных учреждениях наблюдается меньше тактических ошибок при организации лечебных мероприятий, по срав-

нению с обще профильными учреждениями здравоохранения. В частности, при оказании медицинской помощи больным ХОБЛ в специализированных учреждениях здравоохранения частота тактических лечебных ошибок (5,4%) в 7,0 раз меньше, чем в обще профильных учреждениях (37,9%), а при оказании медицинской помощи больным бронхиальной астмой – в 9,4 раза меньше (соответственно 3,2% и 30,0%).

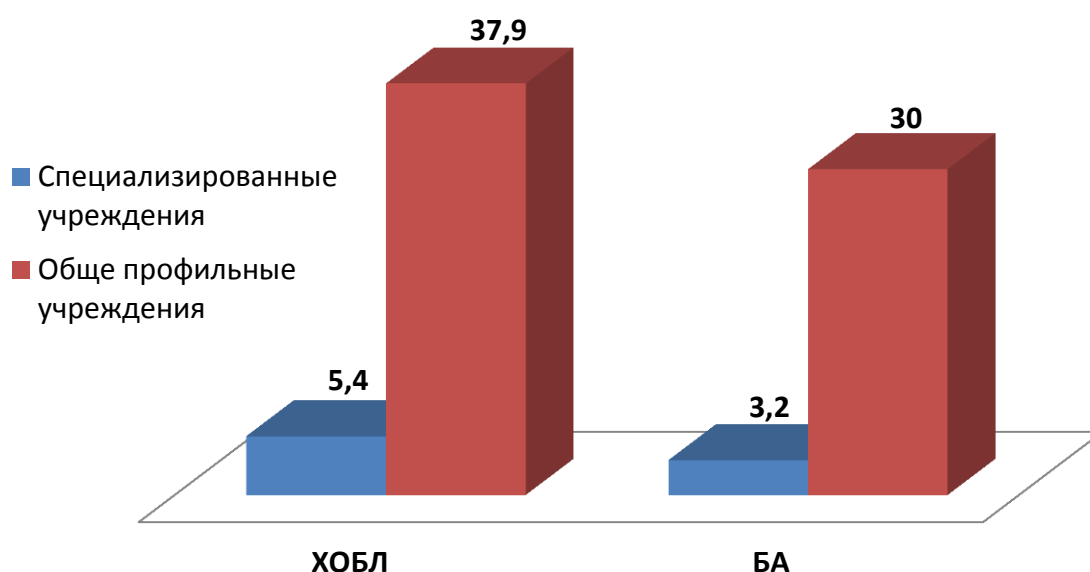


Рисунок 1.4. Частота тактических лечебных ошибок при оказании помощи больным ХОБЛ и БА в специализированных и обще профильных учреждениях здравоохранения, %.

Необходимость развития специализированной медицинской помощи больным БОД была положена приказом №117 Минздрава СССР от 22.01.1986 "О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию медицинской помощи больным неспецифическими заболеваниями легких", постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 №1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" и приказом Министерства здравоохранения РФ №307 от 20.10.1997 "О мерах по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению Российской Федерации". Приказ Минздрава РФ от 08.10.1998 № 296 "Об организации Центра пульмонологии Министерства здравоохранения Российской Федерации" способствовал развитию специализирован-

ной медицинской помощи больным пульмонологического профиля, во главе которой стоял НИИ пульмонологии Минздрава России [31].

В мировой практике существует несколько вариантов организации медицинской помощи больным БОД: обще лечебной сетью; специализированной пульмонологической службой; специализированной фтизиатрической службой; однако специализированные виды помощи получают только 3,1-5,4% больных БОД [53, 173, 250]. За рубежом пульмонология получила развитие на базе фтизиатрии; однако в связи с ликвидацией туберкулеза как массового заболевания стала иметь большее значение, чем фтизиатрия. Во многих странах Европы и Америки пульмонологическая помощь осуществляется интегрировано с противотуберкулезными учреждениями [250, 253]. В отдельных регионах России также существовала тенденция к слиянию пульмонологии и фтизиатрии [24, 55, 157, 158, 225] и был приобретен первый опыт новых организационных форм.

Практический опыт интеграции пульмонологии и фтизиатрии свидетельствует, что 75% больных с нетуберкулезными заболеваниями в стационар направлены поликлиникой противотуберкулезного диспансера, а 32,7% всех больных ХНЗЛ госпитализированы в противотуберкулезные учреждения: (в то же время в соматические стационары госпитализируется только 24,2% таких больных, или в 1,35 раза меньше) [65].

В большинстве развитых стран пульмонологическая помощь организована на принципах специализации (развитие пульмонологической службы в Австрии шло по пути организации пульмонологических отделений, улучшения их оснащения, интеграции с общими больницами, совершенствования методов обслуживания). Органная специализация является условием ранней диагностики болезней органов дыхания – единство метода в выявлении патологии различного генеза. [24, 173, 174].

Оптимальной системой пульмонологической помощи является организация, основанной на взаимодействии общей лечебной сети, противотуберкулезных учреждений и специализированных пульмонологических формирований [213]. Вместе с тем, проблема организа-

ции специализированных медицинских служб и их взаимодействие с общей лечебной сетью является одной из самых сложных (всё большая дифференциация терапии, развитие специализированных служб создают, определенные противоречия между органичным принципом работы медицинских формирований и интегральной системой работы участкового врача). Преимущество в организации пульмонологической помощи недостаточно эффективна; наблюдается низкий уровень взаимодействия участковой службы с другими специалистами в оказании медицинской помощи больным [27, 38, 54].

В организации медицинской помощи больным БОД важным является сотрудничество поликлинических и больничных врачей, тесная связь специализированных клиник и общей сети, интеграция различных служб (пульмонологической, профпатологической, аллергологической, онкологической, фтизиатрической), взаимодействие терапевтов и педиатров. Пульмонология тесно связана с другими врачебными специальностями и ее развитие возможно лишь с позиций интегрального подхода. Необходима взаимосвязь всех звеньев пульмонологической службы и этапов лечения (участковый врач-терапевт, пульмонологический кабинет, пульмонологическое отделение, реабилитационное отделение, санаторий) [9, 22, 27, 38, 129, 173, 225].

В последние десятилетия в ряде учреждений накоплен опыт работы дифференциально-диагностических комиссий как организационной формы пульмонологической службы, которые создаются на базе крупных консультативно-диагностических центров и позволяют обеспечивать повышение качества диагностики и лечения больных. Создаются стационары кратковременного (дневного) пребывания больных БОД; патронажные формы обслуживания пациентов с выраженной дыхательной недостаточностью на дому. Новой организационной формой оказания высококвалифицированной помощи населению являются консультативно-диагностические центры [4, 9, 27, 32, 34, 92, 118, 122, 129, 178, 202, 226].

Организация пульмонологической помощи населению в нашей стране в настоящее время регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. №916н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Пуль-

монология»» и приложениями к нему [161]. Организационная структура оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля, в т. ч. и специализированной, в соответствии с данным приказом Министерства здравоохранения РФ осуществляется в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
- паллиативной медицинской помощи.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

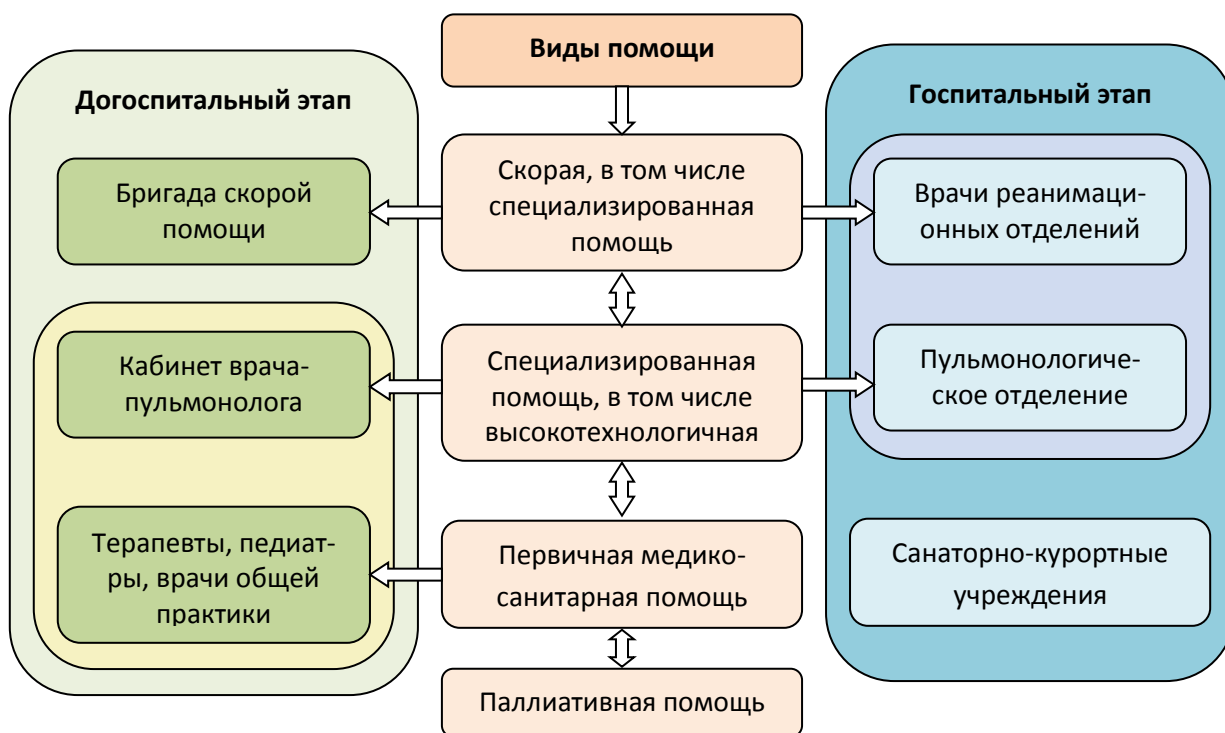


Рисунок 1.5. Организационная структура оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля.

Особую роль в организации адекватной помощи больным с заболеваниями органов дыхания, играет амбулаторно-поликлинический этап, которому отводится основной объем работы по раннему выявлению хронических форм болезней органов дыхания и ведущая роль в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий (80,0% больных заболеваниями органов дыхания начинают и заканчивают лечение в поликлинике) [47, 51, 78, 117, 134, 233, 238, 240].

В соответствии с действующим регламентом первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению пульмонологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни. Структура первичной медико-санитарной помощи включает первичную доврачебную (оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием), первичную врачебную (оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) и первичную специализированную (оказывается врачом-пульмонологом) помощь [161].



Рисунок 1.6. Структура и условия оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю «пульмонология».

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Если первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием, то первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

Действующими правилами предусмотрено, что при наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях, врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач), медицинские работники со средним медицинским образованием или врач-терапевт, врач-педиатр направляют больного в кабинет врача-пульмонолога медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-пульмонологом, а в случае его отсутствия врачом-терапевтом, врачом-педиатром. В случае отсутствия кабинета врача-пульмонолога в медицинской организации первичная специализированная медико-санитарная помощь может оказываться в терапевтических кабинетах, педиатрических кабинетах. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю "пульмонология" или "терапия", "педиатрия", "хирургия", "детская хирургия".

Скорая, в том числе специализированная медицинская помощь оказывается фельдшерскими и врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами, в том числе педиатрическими в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. При необходимости осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию. В этом случае бригада скорой медицинской

помощи доставляет больных с угрожающими жизни состояниями в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», «хирургия» или «детская хирургия», «пульмонология», «терапия», «педиатрия». После устранения угрожающих жизни состояний и при наличии медицинских показаний больные переводятся в пульмонологическое или хирургическое отделение, отделение детской хирургии, терапии, педиатрии для оказания специализированной медицинской помощи.

При этом главная роль в системе специализированной медицинской помощи больным с бронхо-легочной патологией принадлежит пульмонологическим кабинетам, основными функциями которых являются [113, 161]:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с пульмонологическими заболеваниями;
- диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация больных с пульмонологическими заболеваниями;
- проведение мероприятий по первичной профилактике развития пульмонологических заболеваний, а также вторичной профилактике осложнений и прогрессирующего течения пульмонологических заболеваний;
- решение организационных вопросов оказания медицинской помощи по профилю "пульмонология" и направления больного на консультацию к другим специалистам;
- направление больных с пульмонологическими заболеваниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинской организации;
- участие в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также учет лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю "пульмонология";
- участие в организации и проведении диспансеризации прикрепленного населения;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;
- разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению;

- участие в организации и проведении школ здоровья для больных, родителей детей с пульмонологическими заболеваниями;
- внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных с пульмонологическими заболеваниями;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

В основу работы врача пульмонологического кабинета должен быть положен принцип преемственности в ведении больных. При этом врач пульмонолог должен работать в тесном контакте с:

- отделением профилактики поликлиники (при необходимости принимает участие в профилактических осмотрах);
- отделением (кабинетом) восстановительного лечения (принимая участие в составлении индивидуальных комплексных реабилитационных мероприятий больным с ХРЗ);
- врачами терапевтами (цеховыми, участковыми);
- узкими специалистами, включая фтизиатра и онколога (по показаниям).

Таким образом, кабинет врача-пульмонолога медицинской организации создается для осуществления консультативной, диагностической и лечебной помощи по профилю «пульмонология». На должность врача-пульмонолога назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7.07.2009 №415н и приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.12.2011 №164н).

С учетом выполняемых задач, лечебно-диагностической базой пульмонологических кабинетов могут быть только учреждения, имеющие в своем составе диагностические и лечебные отделения, обеспечивающие его работу. В этой связи, их следует организовать в составе краевых и областных больниц, крупных медицинских санитарных частей, ЦРБ, городских поликлиник.

В настоящее время реальные возможности материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения информативной медицинской аппаратурой диктуют необходимость перенесе-

ния диагностического процесса на амбулаторно-поликлинический этап. Особенное значение для улучшения пульмонологической помощи населению в современных условиях имеет организация амбулаторных консультативно-диагностических формирований [22, 34, 117]. Однако эти возможности используются не полностью: только 15% больных хроническими респираторными заболеваниями обследуются и лечатся амбулаторно [238, 240, 249].

Основным вариантом, обеспечивающим реальное улучшение эпидемиологических показателей БОД при одновременном снижении потребности в госпитализации, является организация пульмонологических кабинетов при городских поликлиниках и ЦРБ. Высокая клиническая и эпидемиологическая эффективность работы пульмонологических кабинетов объясняется их рентабельностью (создание кабинетов окупается в течение одного года за счет сокращения фактически сложившегося уровня дорогостоящей госпитализации больных БОД и уменьшения потерь от временной нетрудоспособности). Организация пульмонологических кабинетов позволяет в короткие сроки добиться уменьшения числа случаев и дней временной и стойкой утраты трудоспособности на 15-25%, а по некоторым оценкам в 1,5-2 раза [79, 108, 113, 134, 148, 175].

Вместе с тем, в системе организации пульмонологической помощи с наличием пульмонологических кабинетов не представляется возможным обеспечить эту помощь без участия участковых терапевтов, а улучшение качества не может базироваться исключительно на специализированных формированиях. Более того, значительный объем работы по диагностике и лечению БОД (и это нужно учитывать при организации пульмонологической помощи) осуществляется участковыми врачами-терапевтами, к которым эти больные обращаются. Особенности клинического течения БОД требуют организации лечения по месту жительства при участии общей лечебной сети [22, 38, 117, 134, 240].

Однако качество амбулаторно-поликлинической помощи больным БОД требует дальнейшего совершенствования. Недостаточное материально-техническое обеспечение амбулаторной службы и недостаточная профессиональная подготовка участковых врачей в области

пульмонологии не позволяют успешно лечить большие контингенты больных. Вместе с тем именно в этом звене имеются большие возможности в улучшении медико-социальных и экономических показателей здоровья населения. В этой связи, большую роль в развитии медицинской помощи в целом, играет дальнейшее совершенствование амбулаторно-поликлинической службы. В настоящий момент управление амбулаторно-поликлинической помощью – одно из приоритетных направлений модернизации российского здравоохранения [25, 52, 63, 77, 101, 187, 196, 212, 226].

Основой для реформирования амбулаторной пульмонологической помощи населению должна стать централизация управления, стратегия подготовки врача-пульмонолога и разработка структурно-организационного стандарта специализированного консультативно-диагностического центра [186, 212, 226, 239].

Поликлинические услуги должны обеспечивать проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, раннее выявление заболеваний, диспансеризацию здоровых и больных, оказание квалифицированной медицинской помощи населению по профилю заболеваний в соответствии с перечнем должностей и специалистов, утвержденным в штатном расписании [22].

Медицинская помощь в условиях поликлиники предполагает проведение диагностических и лечебных процедур непосредственно в поликлинике и на дому. Режим работы амбулаторно-поликлинического учреждения должен обеспечивать доступность поликлинических услуг [78].

При реализации поликлинических, услуг необходимо соблюдение преемственности в обследовании и лечении больных между поликлиникой, стационаром и учреждениями скорой медицинской помощи, что способствует повышению уровня оказания медицинской помощи. В поликлиниках целесообразно широкое применение современных методов диагностики и лечения больных, что позволит активнее выявлять и успешнее лечить в условиях поликлиники многие заболевания, уменьшить потребность в стационарах с круглосуточным пребыванием.

Показателями деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и индикаторами ее оценки являются [142]:

- обеспеченность амбулаторно-поликлиническими учреждениями (на 10000 населения);
- среднее число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя;
- выполнение плана посещений, в процентах;
- функция врачебной должности;
- показатели диспансеризации населения (объемов и эффективности).

Эластичность показателя: при ухудшении степени доступности и качества медицинской помощи показатель снижается, при улучшении - увеличивается.

В системе преемственного обеспечения больных БОД квалифицированной медицинской помощью важное место принадлежит специализированным стационарам, которые являются основной структурной единицей пульмонологических центров.

Таблица 1.5

Показатели уровня госпитализации больных по классу болезней органов дыхания среди взрослого населения Сахалинской области (среднестатистические данные за пять лет: 2012-2016 гг.).

Нозологические формы	Общая заболеваемость (на 100 тыс. населения)	Госпитализированная заболеваемость (на 100 тыс. населения)	Уровень госпитализации
Пневмония	389,3	332,8	85,5
Хронический бронхит	1177,7	149,9	12,7
ХОБЛ	528,3	272,6	51,6
Бронхиальная астма	621,7	185,4	29,8
Гнойные легочные болезни	76,1	56,1	73,7
Болезни органов дыхания	17815,2	1542,8	8,6

В условиях сельской местности основная доля больных хроническими респираторными заболеваниями получает стационарное лечение в терапевтических отделениях центральных районных больниц (88,%); другие – на базе участковых (11,3%) и областной (3%) больниц [94, 116]. За рубежом 41,1% больных БОД лечатся в специализи-

рованных пульмонологических отделениях и 24,0% – в терапевтических стационарах [250, 265].

Удельный вес больных заболеваниями органов дыхания среди всех госпитализированных больных по данным различных экспертов составляет от 11 до 19% – среди взрослых и 52-70% – среди детей, а уровень госпитализированной заболеваемости БОД от 113,8‰ для мужчин и 115,0‰ – для женщин [8, 115, 153].

Уровень госпитализации больных по классу болезней органов дыхания составляет 8,6% (Сахалинская область, среднестатистические данные за пять лет: 2002-2006 гг.), при этом, наиболее ее высокий уровень госпитализации наблюдается при пневмонии (85,5%), нагноительных заболеваниях легких (73,7%), ХОБЛ (51,6%), и наименьший при бронхиальной астме (29,8%) и хроническом бронхите (12,7%).

Пульмонологическое отделение создается как структурное подразделение медицинской организации. Отделение организуется при наличии в медицинской организации круглосуточно функционирующих отделения или палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии, клинико-диагностической и биохимической лаборатории, бактериологической лаборатории, отделения лучевой диагностики, включающего ультразвуковую и рентгеновскую диагностику, отделения функциональной диагностики, а также отделения общей хирургии (детской хирургии), приемного отделения с хирургической смотровой, рентгенологического кабинета [161].

Объем диагностических исследований больным в пульмонологическом отделении предусматривает: общеклинические, биохимические, иммунологические, вирусно-бактериологические, рентгенологические, эндоскопические исследования, исследования функции внешнего дыхания, интенсивную терапию. В этой связи, открытие пульмонологических отделений целесообразно на базе многопрофильных лечебных учреждений. Услуги стационаров обеспечиваются деятельностью больниц и специализированных учреждений. Следовательно, для обеспечения своей деятельности отделение использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразде-

лений медицинской организации, в составе которой оно создано.

В целях обеспечения доступности и качества высококвалифицированной специализированной стационарной медицинской помощи медицинская помощь должна оказываться в отделениях в соответствии с профилем заболевания, а выполнение лечебно-диагностических мероприятий должно осуществляться в соответствии с утвержденными клинико-экономическими стандартами. Госпитализация в стационар должна быть обоснованной в соответствии с профилем заболевания и его течением.

В стационар с круглосуточным пребыванием госпитализируются больные, нуждающиеся в круглосуточном наблюдении медицинского персонала, интенсивной терапии и эпидемической изоляции. Оказание медицинской помощи в условиях стационара должно обеспечивать достижение ремиссии заболевания или проведение планового лечения с подбором терапии, необходимой для продолжения лечения больного с хроническим заболеванием в амбулаторных условиях.

В структуре пульмонологического отделения рекомендуется предусматривать: палаты и боксы для больных, палату интенсивной терапии, кабинет заведующего, помещение для врачей, процедурную, перевязочную, процедурную для ингаляционной терапии, кабинет респираторной реабилитации, помещение для осмотра больных.

Основными функциями отделения являются [161]:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "пульмонология" в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным с пульмонологическими заболеваниями;
- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с пульмонологическими заболеваниями;
- разработку и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы и снижение больничной летальности от пульмонологических заболеваний;
- освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации боль-

ных с пульмонологическими заболеваниями;

- проведение санитарно-гигиенического обучения больных и их родственников;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Больные пульмонологического профиля, нуждающиеся в стационарном лечении в рамках первичной медико-санитарной помощи, направляются в терапевтические и педиатрические отделения медицинских организаций. Это осуществляется врачами скорой медицинской помощи, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики и врачами-пульмонологами амбулаторно-поликлинических учреждений. При неэффективности лечения больные с бронхо-легочными заболеваниями по медицинским показаниям переводятся из терапевтических и педиатрических отделений в отделение пульмонологии взрослых/детских медицинских организаций.

Больные с бронхо-легочными заболеваниями, нуждающиеся в оказании специализированной пульмонологической стационарной помощи, направляются по медицинским показаниям в отделения пульмонологии взрослых/детских медицинских организаций врачом-пульмонологом, врачом скорой медицинской помощи.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Данным нормативным актом предусмотрено, что оказание специализированной медицинской помощи осуществляется при наличии соответствующих медицинских показаний при самостоятельном обращении больного, по направлению медицинских работников со средним медицинским образованием, врача-терапевта участкового,

врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта, врача-педиатра, врача-пульмонолога медицинской организации, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. А также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи.

Плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью человека.

Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении МЗ РФ. Показаниями в этом случае являются: необходимость установления окончательного диагноза в связи с нетипичным течением заболевания, отсутствием эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимостью дообследования в диагностически сложных случаях и (или) для комплексной предоперационной подготовки у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями.

Специализированная медицинская помощь больным с тяжелыми и осложненными бронхо-легочными заболеваниями, либо нуждающихся в инвазивных диагностических процедурах, в том числе высокотехнологичная пульмонологическая медицинская помощь, включая терапию генно-инженерными биологическими препаратами, оказывается в пульмонологических отделениях учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации, федеральных учреждениях здравоохранения [161].

После оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больные (при наличии медицинских показаний) направляются в медицинские организации, оказывающие

первичную медико-санитарную помощь, а также в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации для проведения реабилитационных мероприятий.

Структура специализированных учреждений в пульмонологии определяется, прежде всего, составом больных. Известно, что 92,6% больных хроническими обструктивными заболеваниями легких хирургического лечения не требуют; у детей хирургические формы БОД составляют 0,3 на 1000 детей. С другой стороны показатели распространенности хирургических форм БОД находятся в прямой зависимости от качества пульмонологической помощи населению [173, 215].

От уровня распространенности заболеваний и особенностей их клинического течения зависит и состав больных в лечебно-профилактических учреждениях. Больные хроническими бронхолегочными заболеваниями среди всех госпитализированных больных терапевтического профиля составляют 24,5% [83] среди них от 48,1 до 57,9% приходится на долю хронического бронхита и ХОБЛ.

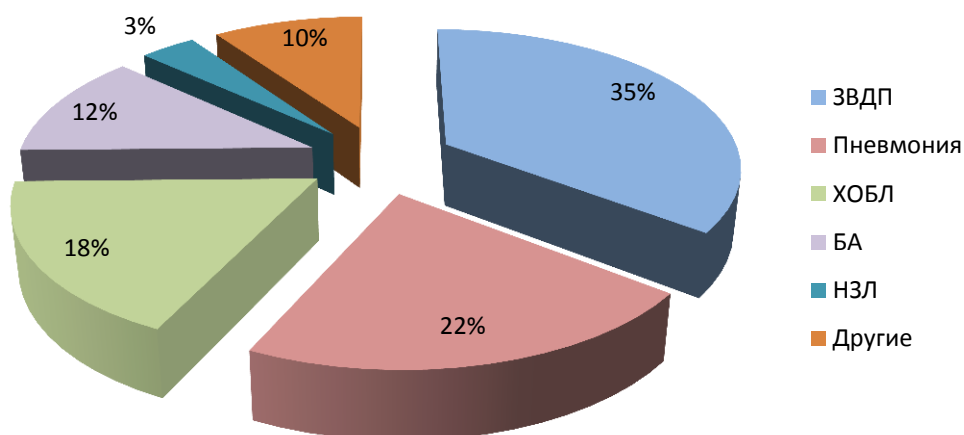


Рисунок 1.7. Структура больных пульмонологического профиля в стационарах учреждений здравоохранения Сахалинской области (среднестатистические данные за 5 лет, %).

В структуре больных пульмонологического отделения удельный вес больных ХОБЛ составляет 39,2%, больных пневмонией – 35,9%, первичными новообразованиями легких – 2-3%. В пульмонологических центрах структура больных представлена следующими нозологическими формами: ХОБЛ – 59,0%, пневмонии (средне-тяжелые и тяжелые формы) – 27,3%, острые абсцессы – 11,4%, прочие

– 2,3%; в других центрах 22,5% госпитализированного контингента составляют больные бронхиальной астмой [9, 173, 215].

В пульмонологических стационарах за рубежом [250, 253, 265] преобладают больные злокачественными новообразованиями органов дыхания (35%), пневмонией (12%), бронхиальной астмой (11%), хроническими обструктивными заболеваниями легких (13%); в меньшей степени представлены больные туберкулезом легких (8%), респираторными инфекциями (8%), легочными эмболиями (4%) и саркоидозом (2%). В целом, пациенты с болезнями органов дыхания составляют в терапевтических отделениях 10-15%.

На территории Дальневосточного региона в структуре госпитализированных больных пульмонологического профиля значительный удельный вес занимают острые респираторные инфекции и патология верхних дыхательных путей (35,4%), пневмония (21,6%), хроническая обструктивная болезнь легких (17,7%), бронхиальная астма (12,0%).

Таблица 1.6

*Структура причин госпитализации больных
пульмонологического профиля (Хабаровский край, 2012 г., %)*

Нозологические формы	Взрослые	Дети
Острые респираторные инфекции	20,2	67,9
Пневмония	25,9	12,2
Бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	5,3	0,9
Другая хроническая обструктивная легочная болезнь, бронхоэктатическая болезнь	11,3	0,9
Астма. Астматический статус	10,5	3,2
Интерстициальные, гнойные легочные болезни, другие болезни плевры	4,3	0,2
Другие болезни органов дыхания	22,5	14,7
Всего	100,0	100,0

При этом в структуре основных причин госпитализации взрослого и детского населения по поводу БОД выявлены существенные различия. Например, основную долю среди патологии госпитализированного контингента детей занимают острые респираторные инфекции (67,9%), в то время как среди взрослых их удельный вес в 3,4

раза меньше (20,2%). Наряду с этим, среди причин госпитализации взрослых более значителен удельный вес пневмонии по сравнению с детьми (соответственно 25,9% и 12,2%, $p < 0,001$), хронического бронхита и эмфиземы легких (5,3% и 0,9%, $p < 0,001$), ХОБЛ (11,3% и 0,9%, $p < 0,001$), бронхиальной астмы (10,5% и 3,2%), гнойных легочных болезней (4,3% и 0,2%, $p < 0,001$).

Очевидно, что уровень госпитализации больных бронхиальной астмой и ХОБЛ необходимо оценивать во взаимосвязи с уровнем заболеваемости в данном субъекте, распределением больных по тяжести заболевания, наличием специализированной службы, показателями работы скорой помощи, обеспеченностью пульмонологическими койками.

Уровень госпитализированной заболеваемости неоднороден на различных территориях региона. Диапазон показателей составляет от 18,5‰ (Приморский и Хабаровский края, Камчатская область) до 28,6‰ (Сахалинская область, Республика Саха-Якутия) среди взрослого населения. При этом показатели госпитализированной заболеваемости пневмонией среди взрослого населения составляют 332,8 на 100 тыс. населения, хроническим бронхитом – 149,9, ХОБЛ – 272,6, бронхиальной астмой – 185,4 (Сахалинская область, среднестатистические показатели за 5 лет: 2002-2006 гг.).

Больные заболеваниями органов дыхания в структуре всех госпитализированных больных составляют от 7,5% до 10,4% среди взрослых (по региону – 9,0%) и от 38,3% до 51,7% – среди детей (по региону – 43,3%). Среди госпитализированных детей раннего возраста (до 1 года) больные БОД составляют 48,1%.

Объем стационарной помощи при заболеваниях органов дыхания имеет значительную вариабельность даже в пределах одной административной территории и зависит от многих причин, среди которых наиболее распространенными являются:

- уровень заболеваемости населения;
- контингент больных;
- уровень обеспеченности населения коечным фондом;
- уровень квалификации персонала и организации медицинской помощи.

Таблица 1.7

Удельный вес больных заболеваниями органов дыхания в структуре госпитализированных больных в стационары учреждений здравоохранения Дальневосточного региона (%)

Территории региона	Всего населения	Взрослые	Дети
Приморский край	14,6	8,4	38,3
Хабаровский край	15,2	8,4	38,4
Амурская область	17,6	9,7	43,6
Камчатская область	15,7	7,5	44,6
Магаданская область	19,1	9,3	47,9
Сахалинская область	17,4	9,7	44,0
Республика Саха (Якутия)	22,0	10,4	51,7
Дальневосточный регион	17,0	9,0	43,3

Например, на территории Сахалинской области вариабельность показателей госпитализированной заболеваемости в различных районах составляет от 13,9‰ до 75,4‰ среди взрослых и от 37,7 до 109,4‰ – среди детей (при $t > 2$). Аналогичные колебания наблюдаются при оценке удельного веса больных БОД в структуре госпитализированных больных: от 4,0% до 18,1% среди взрослых и от 27,6%, до 67,1% – среди детей (при $t > 2$). При этом уровни госпитализации при отдельных нозологических формах в различных районах еще более контрастны, чем средние показатели по территории. Так, например, при острых респираторных заболеваниях показатели среди взрослого населения составляют от 2,1‰ до 28,5‰ при хронических неспецифических заболеваниях легких – от 3,9‰ до 14,1‰, при пневмонии – от 2,1 до 10,9‰, при хроническом бронхите – от 2,5 до 11,3‰, при бронхиальной астме – от 0,8 до 2,5‰.

Отдельного внимания требует рассмотрение обеспечения пациентов необходимыми лекарственными препаратами для базисной терапии, что, безусловно, влияет на показатели, характеризующие течение заболевания, в том числе и частоту госпитализации [103, 214].

Для координации и руководства всеми звеньями пульмонологической помощи, оказания высококвалифицированной лечебно-профилактической и консультативной помощи больным БОД в систе-

ме специализированной помощи создаются пульмонологические центры. Пульмонологические центры являются многопрофильными учреждениями, включающими в себя диагностические службы и лечебные подразделения, и играют существенную роль в становлении службы. Размещение пульмонологических центров, как правило, на базе областных больниц позволяет организовать рациональное и интенсивное использование специалистов и диагностического оборудования.

В течение длительного времени развитие специализированной пульмонологической помощи в Российской Федерации шло по пути усиления стационарного звена в ущерб звену поликлиническому. Тогда как единая концепция развития пульмонологической службы России, базирующаяся на принципах социально-ориентированной медицины, предполагает выделение двух равнозначных приоритетов: развитие интенсивной пульмонологии и специализированной стационарной помощи; совершенствование амбулаторно-поликлинического и домашнего этапа – пульмонологическая поликлиника, длительная терапия кислородом на дому [221, 238].

Создание и укрепление сети региональных специализированных центров решает обе эти задачи. В настоящее время в ряде регионов Российской Федерации организованы и функционируют пульмонологические центры, в состав которых входят пульмонологические стационары и поликлиники.

Пульмонологический центр – это специализированное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для диагностики, профилактики и лечения БОД, осуществляющее организационно-методическое руководство другими лечебными учреждениями и отделениями того же профиля на определенной территории и оказывающее консультативную помощь населению. Комплексный подход к лечению БОД, объединение научно-исследовательской и практической медицины делает центр пульмонологии уникальным лечебно-профилактическим учреждением, тесно интегрированным с другими медицинскими подразделениями в системе регионального здравоохранения: диагностическим центром, региональным центром медицинских катастроф, онкологическим центром, скорой медицинской

помощью, противотуберкулезным диспансером, отделением легочной хирургии [31, 186, 234, 235].

Создание пульмонологических центров позволяет оказать существенное влияние на качество и эффективность оказания медицинской помощи больным болезнями органов дыхания, повышение эффективности использования высокотехнологичного оборудования. Все это приводит к расширению диагностических возможностей врачей, унификации методик, формирует единый подход к интерпретации результатов, что позволяет повысить качество медицинской помощи вследствие создания многоуровневого контроля качества и снижения расходов на его обеспечение, повышение уровня профессиональной подготовки врачей.

Особую значимость совершенствование пульмонологической службы, создание пульмонологических центров имеет на территориях с низкой плотностью населения, большим удельным весом сельских жителей, недостаточно развитыми транспортными коммуникациями, малой мощностью и отдаленностью районных больниц [114, 115, 136, 153, 186].

В настоящее время в Федеральных округах функционируют городские и областные пульмонологические центры, оснащенные современным лабораторным и диагностическим оборудованием, а также региональные центры пульмонологии. Пульмонологические центры есть в Москве, Рязани, Санкт-Петербурге, Владивостоке, Благовещенске, Челябинске, Екатеринбурге, Иркутске, Барнауле, Новосибирске, Красноярске, Саранске, Уфе, Петрозаводске, Липецке, Ярославле. В ряде других городов были созданы объединения пульмонологических отделений и пульмонологических кабинетов в поликлиниках, в которых работают квалифицированные специалисты-пульмонологи. Благодаря их оснащению современным оборудованием, позволяющим проводить лабораторные, рентгенологические, функциональные и эндоскопические исследования удалось улучшить раннее выявление и эффективное лечение больных, страдающих БОД [31].

Перечисленные центры являются наиболее активно работающими, и они определяют высокий уровень диагностики и лечения больных с патологией органов дыхания. В частности при оценке дея-

тельности пульмонологического центра города Санкт-Петербурга, проведенной в 2002 году, было выявлено, что эффективность его работы гораздо выше эффективности работы городских больниц и поликлиник [99].

Большой опыт по организации деятельности пульмонологических центров накоплен в Алтайском крае, где была доказана высокая эффективность данного способа организации пульмонологической помощи населению [234, 235]. По мнению многих авторов, подобные центры создают оптимальные возможности для оказания помощи как пульмонологическим, так и торакальным больным, включая геронтологических больных со сложной сопутствующей патологией. Крупные центры предполагают выделение онкологического, аллергологического и фтизиатрического коечного фонда. В этой связи, необходимо дальнейшее создание и укрепление сети региональных специализированных пульмонологических центров [116, 49, 153].

Опыт развития пульмонологии на территории Дальневосточного региона показывает, что организационно-методическим центром в системе специализированной пульмонологической помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе является региональная консультативно-диагностическая поликлиника. Основные задачи консультативно-диагностической поликлиники предусматривают:

- проведение организационно-методической работы по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи больным БОД в регионе;
- оказание квалифицированной консультативно-диагностической помощи больным заболеваниями органов дыхания;
- разработку и внедрение эффективных мер диспансерного наблюдения больных ХРЗ;
- проведение лечебно-оздоровительных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях диспансерному контингенту больных БОД.

Пульмонологическая поликлиника – относительно новый вариант лечебно-профилактического учреждения в России, но она является неотъемлемой частью пульмонологического центра. Ключевая по-

зиция в работе специализированной поликлиники принадлежит консультативным приемам пульмонолога, торакального хирурга, аллерголога. Помимо лечебно-диагностического процесса врачи консультативных кабинетов занимаются организационно-методической, научно-исследовательской работой. При пульмонологической поликлинике должен быть организован дневной стационар, объем лечебно-диагностической помощи, которого должен позволять выполнять весь лечебно-диагностический стандарт при бронхиальной астме и ХОБЛ, пневмонии легкой степени тяжести; при поликлинике также должны быть организованы астма школы, школы для больных с ХОБЛ [75, 152, 161, 255].

Организационная структура региональной консультативно-диагностической поликлиники может включать:

- организационно-методический отдел (группа медицинской статистики с системой автоматизированного учета);
- диспансерный отдел (группа автоматизированной системы управления диспансеризацией);
- лечебно-консультативный отдел (кабинеты амбулаторного приёма специалистов; вспомогательные диагностические подразделения; лечебно-реабилитационные подразделения).
- пансионат;
- дневной стационар;

В этой связи, деятельность региональной консультативно-диагностической поликлиники состоит из трех основных разделов работы (организационно-методического, диспансерного и лечебно-профилактического) и осуществляется на региональном, областном и местном уровнях.

Организационно-методическая работа предусматривает:

- сбор и обработку информации о заболеваемости БОД и состоянии пульмонологической помощи в регионе;
- создание автоматизированного банка данных статистической информации;
- анализ заболеваемости и качества медицинского обслуживания населения в регионе;

- разработку и осуществление организационно-методических мероприятий по совершенствованию качества медицинского обслуживания пульмонологических больных;
- разработку и внедрение эффективных организационных форм и методов проведения профилактических осмотров и диспансеризации больных;
- координацию деятельности медицинских учреждений по организации пульмонологической помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе;
- повышение квалификации врачей по основным разделам пульмонологии для оказания медицинской помощи больным НЗЛ;
- организацию и проведение научно-практических семинаров по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи больным; обобщение и распространение опыта работы пульмонологических формирований в регионе.

Работа консультативно-диагностической поликлиники по диспансеризации больных с заболеваниями органов дыхания предусматривает активное раннее выявление больных и их динамическое наблюдение, в том числе:

- внедрение новых организационных принципов проведения массовых профилактических осмотров;
- оказание консультативно-методической помощи в проведении массовых профилактических осмотров населения;
- учет и анализ результатов массовых профилактических осмотров, создание автоматизированного банка данных;
- определение распространенности БОД среди различных возрастных и профессиональных групп населения; выявление причин заболеваемости;
- выявление лиц, подлежащих обследованию и проведение обследования на различных уровнях;
- оказание консультативно-методической помощи при формировании групп диспансерного наблюдения;
- контроль динамического наблюдения диспансерных контингентов больных.

Лечебно-оздоровительный блок задач региональной консультативно-диагностической поликлиники включает:

- оказание медицинской помощи в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий диспансерным больным БОД;
- осуществление лечебно-оздоровительных мероприятий на базе реабилитационного отделения поликлиники;
- определение контингента больных, состоящих на диспансерном учете и нуждающихся в специальных методах лечения в условиях специализированного стационара;
- отбор больных для санаторно-курортного лечения;
- проведение медикаментозных и немедикаментозных методов профилактики и реабилитации больных.

Проблема специализированной хирургической помощи больным заболеваниями органов дыхания в основном разрешена. Однако в современных условиях в соответствии с действующими нормативно-методическими документами существует необходимость совершенствования организации и ресурсного обеспечения блоков интенсивной пульмонологии для ведения больных с тяжелыми заболеваниями.

Необходимо, чтобы пульмонологические отделения были оснащены блоком интенсивной пульмонологии и респираторной поддержки. В специализированном блоке респираторной поддержки наблюдение за больным, его лечение должен осуществлять врач-пульмонолог, прошедший тематическое усовершенствование по вопросам реаниматологии и интенсивной терапии в пульмонологии. Либо врач анестезиолог-реаниматолог, прошедший тематическое усовершенствование по отдельным вопросам пульмонологии, что, несомненно, гораздо эффективнее [161].

Чрезвычайно важно обучение и совершенствование врачей скорой медицинской помощи по вопросам неотложных состояний в пульмонологии, создание специализированных бригад скорой медицинской помощи, которые должны быть оснащены небулайзерами, пикфлоуметрами, аппаратами неинвазивной вентиляции легких [4, 25, 226].

Наиболее важным в организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля является совершенствование пульмо-

нологической помощи детям. Пульмонология детского возраста в настоящее время сформирована как самостоятельная отрасль педиатрии и включает два аспекта: лечение острых и хронических респираторных заболеваний. При этих видах патологии различны диагностические подходы, принципы организации и содержание лечебно-профилактической помощи, а ее настоящий этап развития характеризуется созданием специализированных формирований. При этом резервом в повышении эффективности пульмонологической помощи детям являются организация преемственности в организации цепи участок - поликлиника - стационар и совершенствование дифференциально-диагностической возможности детских поликлиник [49, 68].

В системе оказания пульмонологической помощи больным важным звеном является организация восстановительного лечения. Из числа больных, госпитализированных в стационар, в переводе в отделения реабилитации нуждается 29,3%, что составляет 22,0 на 10 000 взрослого населения. При этом реабилитационными мероприятиями охвачено только 1/3 больных БОД от потребности в них [71, 111, 152].

Больные с пульмонологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

В соответствии с Порядком организации медицинской помощи по восстановительной медицине (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 марта 2007 г. №156) лечебные, реабилитационные и профилактические мероприятия больным пульмонологического профиля после стационарного этапа продолжают в рамках санаторно-курортной и восстановительной медицинской помощи. При этом реабилитации подлежат контингенты пациентов с острыми бронхо-легочными заболеваниями в стадии реконвалесценции и с хроническими бронхо-легочными заболеваниями вне обострения или в фазу затухающего обострения, в том числе после торакальных хирургических вмешательств.

В рамках специализированной пульмонологической помощи при амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях реко-

мендуется организовывать кабинеты респираторной реабилитации, в том числе образовательные школы для пациентов [161]. Основные функции кабинета респираторной реабилитации включают в себя следующие моменты: физическая реабилитация больных с бронхолегочными заболеваниями, в том числе кинезотерапия для больных муковисцидозом; проведение образовательных школ для больных с хроническими бронхо-легочными заболеваниями; сбор индуцированной мокроты; небулайзерная терапия; вакцинотерапия и вакцинопрофилактика острых и хронических бронхо-легочных заболеваний, в том числе противогриппозная вакцинация; организация и контроль за проведением длительной кислородотерапии на дому.

Опыт показывает, что респираторная реабилитация (в основе которой лежат физические тренировки больных) позволяет снизить количество обострений заболевания и госпитализаций больных ХОБЛ (в течение 1 года после курса реабилитации) на 40% и дней, проведенных в стационаре – на 57% [4, 26, 45, 71, 111].

В рамки обязанностей врача-пульмонолога кабинета респираторной реабилитации обязательным компонентом должна входить профилактика табакокурения и лечение табачной зависимости. На чрезвычайно важную роль этого направления в работе врача-пульмонолога указывают многие специалисты, как в Российской Федерации, так и за рубежом [15, 121, 250].

Многие авторы особое значение для повышения эффективности лечения и реабилитационных мероприятий придают активному вовлечению больных и членов их семей в проведение лечебных действий. Для этого необходимо, чтобы больные имели некоторые теоретические и практические знания основ заболевания, которым они страдают и методов их терапии. С целью реализации этого принципа на базе стационаров и поликлиник создаются школы для больных с бронхолегочной патологией. В настоящее время наблюдается расширение функций школ: в школах кроме обучения пациентов осуществляются раннее выявление, динамическое многолетнее наблюдение, лечение легкого и среднетяжелого обострения заболевания, учет и выдача медикаментов и приборов самоконтроля, что обеспечивает высокий уровень комплайенса и мотивации обучения [151, 223, 233, 236].

Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «Пульмонология» (приказ МЗ РФ № 916н от 15.11.2012 г.) предусмотрены правила организации в учреждениях здравоохранения кабинета-школы здоровья «Лечение табачной зависимости», «Школы для больных бронхиальной астмой», «Школы для больных хронической обструктивной болезнью легких».

Кабинет создается как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь по профилю "пульмонология". Основными функциями Кабинета являются:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным, родителям детей с пульмонологическими заболеваниями;
- медицинская реабилитация больных с пульмонологическими заболеваниями;
- проведение мероприятий по первичной профилактике развития пульмонологических заболеваний, а также вторичной профилактике осложнений и прогрессирующего течения пульмонологических заболеваний;
- обучение больных и их родственников применению новых методов профилактики, диагностики и лечения пульмонологических заболеваний.

Большие успехи достигнуты в системе образования больных бронхиальной астмой. В настоящее время в стране функционирует более 1000 школ для больных бронхиальной астмой, издаются журналы и пособия для пациентов [206].

В частности, высокую оценку получила сеть астма школ Алтайского края: астма школы с расширенными функциями, по сути своей – астма диспансеры – позволили приблизить специализированную пульмонологическую помощь к больным на территории, характеризующейся низкой плотностью населения, сделать ее доступной для взрослого и детского, городского и сельского населения. В то же время эта сеть обеспечивает высокую преемственность между детскими и взрослыми лечебно-профилактическими учреждениями. При пра-

вильной организации астма-школ они способствуют снижению частоты госпитализаций, уменьшению числа вызовов скорой помощи, способствуют переводу астмы в "амбулаторную патологию" [47, 51, 69, 70, 125, 138, 234, 255]. В настоящее время по такому принципу функционируют и школы для больных ХОБЛ [201].

Проведение эффективной базисной терапии бронхиальной астмы требует формирования активного и осознанного отношения пациентов к лечебному процессу, воспитания в нем не потребителя медицинских услуг, а партнера медицинских работников в борьбе с тяжелым хроническим заболеванием. Цель такого сотрудничества – дать возможность пациенту приобретать знания, навыки и уверенность в важности личного участия в лечении своего заболевания. Решить эту сложную задачу возможно только путем организации образовательных программ, которые могут быть реализованы в форме «Астма-школы» [33, 43]. Больные, прошедшие обучение в «Астма-школе» могут осуществлять адекватный самоконтроль и проводить эффективную базисную терапию: в результате образовательных программ уровень госпитализации в США снизился на 35%, а число обращений к врачу – на 27% [70, 252, 270, 274].

Большие надежды возлагаются на стартовавшую в 2010 году социальную программу по борьбе с бронхиальной астмой "Раскрась жизнь ярче". Главная задача программы - изменить ситуацию, привлечь внимание государства и общества к проблемам пациентов, страдающих респираторными заболеваниями. В рамках программы проводятся образовательные мероприятия по диагностике и лечению бронхиальной астмы и ХОБЛ для врачей в Москве и ряде регионов. Кроме того, для пациентов с этими заболеваниями были реализованы обучающие программы физической и психологической реабилитации. Проведено безвозмездное обеспечение пациентов тренажерами-турбухалерами для тренировки функции легких, оборудованы новые игровые комнаты в стационарах для детей [31].

Социально-гигиенические и клинические особенности контингента больных хроническими формами болезней органов дыхания (склонность к затяжному течению, частые обострения воспалительно-

го процесса) обуславливают необходимость их динамического наблюдения. Более того, лечение эффективно только в условиях длительного врачебного наблюдения [186, 189, 236]. Однако практика показывает, что только 52,0% больных находятся на диспансерном учете. Среди взрослых этот показатель составляет 46,4%, а среди детей – 72,3% (Хабаровский край, 2006 г.).

В этой связи, одним из эффективных путей снижения высокого уровня заболеваемости населения является система диспансеризации. Принцип диспансерного наблюдения должен быть положен в основу организации пульмонологической помощи и являться основным методом работы каждого врача. Одновременно диспансеризация служит методом и программой первичной и вторичной профилактики хронических заболеваний органов дыхания; при этом диспансерное наблюдение целесообразно осуществлять в ранних стадиях развития заболевания [22, 136, 165, 186, 236].

Диспансеризация населения – наиболее сложная, научно-практическая задача, в том числе в области пульмонологии. Вопросы организации диспансерного наблюдения при БОД, методы проведения вторичной профилактики и оценки их эффективности разработаны недостаточно; выявление многих форм БОД – находится на недостаточно высоком организационном уровне; не разработана единая система диспансерного наблюдения; отсутствуют четкие критерии для учета больных БОД; диспансеризация больных не стала повсеместной практикой [2, 134, 189, 219, 264].

На основании динамического наблюдения за диспансерными континентами больных БОД предстоит обосновать систему, структуру и формы диспансеризации, адаптированные к автоматизированным системам управления; необходимо разработать программы обследования и диспансерного наблюдения за больными, дифференцированные для поликлиник, терапевтических стационаров и пульмонологических клиник.

Диспансерное наблюдение предусматривает установление точного диагноза заболевания, разработку и практическое осуществление научно-обоснованного плана лечебно-реабилитационных мероприя-

тий, направленных на излечение больных с острым и затяжным течением заболевания или на удлинение интервалов ремиссии при хроническом их течении с сохранением работоспособности.

Учитывая большую распространенность неспецифических заболеваний органов дыхания, врачу пульмонологического кабинета необходимо охватить непосредственным диспансерным наблюдением, контингент больных трудоспособного возраста, обследование которых требует специальных методов исследования, нуждающихся в санации бронхиального дерева с возможностью функциональной компенсации. Особое внимание при этом должно уделяться больным с впервые установленным диагнозом ХРЗ.

За период с 1990 года на территории Дальневосточного региона наблюдается снижение показателей охвата диспансерным наблюдением больных хроническими формами БОД, особенно значительное среди взрослых контингентов больных хроническими фарингитом, синуситом (с 22,1% до 14,2%), бронхиальной астмой (с 90,8% до 71,2%), нагноительными заболеваниями легких (с 65,1% до 26,1%). Показатели охвата диспансерным наблюдением больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких в учреждениях здравоохранения региона в 1990 году составляли $64,8\% \pm 4,7\%$, в том числе, $62,9 \pm 4,8\%$ – среди взрослого населения и $73,9 \pm 4,3\%$ – среди детей.

В целом среди зарегистрированных больных болезнями органов дыхания под диспансерным наблюдением состоит 9,1% среди взрослого населения и 3,3% – среди детей. Среди всех больных, состоящих на диспансерном учете, больные БОД составляют только 7,8%, что свидетельствует о недостаточно полном соответствии этих показателей удельному весу БОД в структуре общей болезненности населения. Таким образом, 53,6% больных хроническими заболеваниями органов дыхания среди взрослого населения и 27,7% – среди детского населения не состоят на диспансерном учете в учреждениях здравоохранения Дальневосточного региона, что свидетельствует о существенных недостатках в организации медицинской помощи больным и одновременно является потенциальным резервом повышения эффективности пульмонологической помощи населению.

Накопление знаний в области этиологии и патогенеза БОД привело к существенному усложнению методов диагностики и лечения этих заболеваний, к пониманию необходимости разработки и организованному применению комплекса мер профилактики их возникновения и прогрессирования. В этой связи, центр главного воздействия системы здравоохранения в целом и пульмонологии, в частности, в настоящее время должен переместиться с лечения на профилактику заболеваний. Профилактика острых и хронических заболеваний легких - важнейшая задача здравоохранения, от успешного решения которой зависит уменьшение заболеваемости, инвалидности и смертности населения [164, 186, 223, 272].

Вопросам профилактики острых и хронических заболеваний легких посвящено много научных исследований, разработан ряд комплексных и региональных программ по их первичной профилактике в сельской местности и на промышленных предприятиях, в том числе с использованием программно-целевого подхода организации профилактических мероприятий [35, 76, 146, 172, 176, 223, 250, 272].

В основу предотвращения бронхолегочной патологии должна быть положена первичная профилактика, суть которой заключается в выявлении и устранении факторов риска заболеваний [159, 176].

Ведущее значение в разработке комплексных социально-гигиенических и медико-биологических мер по предупреждению хронических респираторных заболеваний приобретают медико-социальные мероприятия (государственные мероприятия, направленные на оптимизацию оздоровления внешней среды, улучшение условий труда и быта, создание адекватных санитарно-гигиенических условий в детских дошкольных учреждениях и школах, воспитание здорового образа жизни). В этой связи, оздоровление экономики и преобразования в социальной сфере – путь к снижению заболеваемости [133, 210].

Перспективным и практичным в концепции профилактики БОД является направление профилактики, основанной на выявлении лиц с высоким уровнем индивидуального риска, обусловленного наличием биологических дефектов, реализуемых внешними факторами. Учи-

тывая характер взаимоотношений дыхательной системы человека с внешней средой, становится особенно понятным, насколько важным является состояние ее защиты, и какое место в профилактике хронических респираторных заболеваний занимает оздоровление окружающей среды. Профилактика заболеваний через воздействие на окружающую среду – важнейший фактор снижения заболеваемости и смертности населения [50, 80, 205, 223, 250].

Большое значение в комплексе профилактических мероприятий среди трудоспособного населения имеют вопросы охраны и оздоровления производственной среды. Первичная профилактика должна проводиться преимущественно по месту работы, а оздоровительные мероприятия должны быть направлены на ликвидацию влияния вредных производственных факторов. Улучшение санитарно-гигиенических условий труда на предприятиях – основной путь профилактики инвалидности от болезней органов дыхания [86, 231].

Одной из главных социальных проблем современности и основным фактором риска многих, в том числе и наиболее распространенных заболеваний является курение табака и, следовательно, возникновение табачной зависимости, размеры которой увеличиваются угрожающими темпами. Ни одно средство не может так снизить заболеваемость, как уменьшение влияния табачного дыма, поэтому борьба с курением должна быть наиболее важным звеном профилактики хронических неспецифических и злокачественных заболеваний легких [15, 121, 262]. Необходимо создание медико-консультативных центров лечения табачной зависимости, являющихся научно-методическими центрами в решении данных проблем и оказывающих специализированную помощь людям с табачной зависимостью [127].

Социально-демографическая характеристика контингента больных БОД требует изменения системы гигиенического обучения и воспитания определенных возрастных и профессиональных групп населения, создания условий для здорового образа жизни различных поколений, как основы предупреждения болезней. Однако исследования свидетельствуют о низкой степени осведомленности населения о состоянии своего здоровья, а врачей – о формах, методах и содержании профилактической работы [141, 144, 209].

Разработка организационных форм профилактики - одна из наиболее актуальных задач, стоящих перед профилактической медицинской и пульмонологией, в частности, которые должны быть направлены на смягчение влияния негативных социальных факторов на здоровье человека, учитывать климатические и производственные условия и адаптационно-защитные возможности организма, степень выраженности полигенной предрасположенности конкретного человека к определенной форме бронхолегочной патологии. Успешная профилактика БОД реальна лишь при условии комплексной оценки сочетанного воздействия социальных и биологических факторов на состояние здоровья человека. В этой связи, развитие профилактического направления современной медицины требует постоянного и глубокого анализа реальных возможностей науки и практики, чтобы радикально изменить ситуацию, а выбор направлений – количественного анализа объема работы и ее результатов [159, 164, 210, 223].

По оценке экспертов GARD (2006) поэтапные комплексные программы профилактики необходимы для того, чтобы преодолеть дублирование и несогласованность в системе здравоохранения. Это позволит достичь следующих результатов: снизить уровень заболеваемости отдельных болезней и обратить внимание на общие факторы риска их возникновения; осуществлять стратегии профилактики и контроля над заболеваниями; обеспечить связи с другими государственными программами и мерами, предпринимаемыми на региональном уровне.

Большую роль в этом процессе играют региональные и муниципальные программы в области пульмонологии. В частности, систематическая работа по муниципальной программе в Кемеровской области демонстрирует, что увеличилось число больных хроническими респираторными заболеваниями, получающих современную базисную бронхолитическую терапию, а смертность от них снизилась на 25% [212].

В отечественной литературе приводятся следующие результаты лечения больных БОД в пульмонологических стационарах: улучшение состояния наступает в 53,8-81,0% случаев, состояние не изменилось – 11,5-36,5%, ухудшение – 7,5-9,7% [93, 135, 200]. При лечении

больных с бронхолегочной патологией в одной из клиник за рубежом выздоровление наступило у 29,0%, улучшение состояния – у 57,0%, состояние не изменилось – у 6,0%, ухудшение возникло у 1,0% больных и летальность – у 5,0 % [258, 263, 271].

Летальность в пульмонологических отделениях стационаров наблюдается от 0,9-1,4% до 3,3%, а в торакальных хирургических отделениях – от 2,4 до 6,8 % [29, 123, 215].

В современных условиях наблюдается увеличение уровня больничной летальности больных болезнями органов дыхания, обусловленной утяжелением контингента больных, обращающихся за медицинской помощью. Так, например, на территории Сахалинской области, среднестатистический показатель летальности за пять лет, составляющий $1,96 \pm 0,29\%$, в 2,5 раза выше аналогичного показателя на данной территории в 1990 г. ($0,69 \pm 0,06\%$).

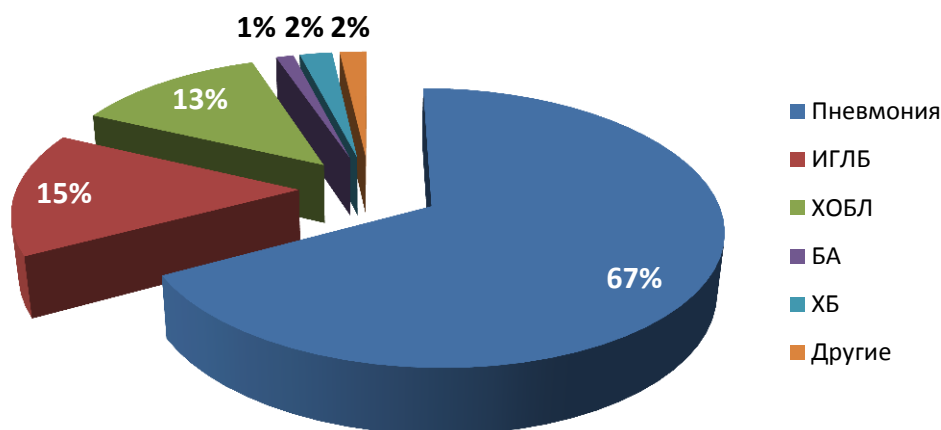


Рисунок 1.8. Структура больничной летальности при заболеваниях органов дыхания на территории Сахалинской области (среднестатистические данные за 5 лет, %).

Летальность взрослого населения при заболеваниях органов дыхания в среднем по региону в этот период составляла $0,73 \pm 0,02\%$. Относительно высокие уровни летальности были зарегистрированы в Хабаровском крае ($1,23 \pm 0,06\%$), а относительно низкие ($0,45 \pm 0,04\%$) – в Якутии ($t > 2$). При этом показатели летальности при нагноительных заболеваниях легких достигают $7,23 \pm 1,23\%$ и $6,47 \pm 1,88\%$ в учреждениях здравоохранения Сахалинской и Камчатской областей ($4,15 \pm 0,31\%$ – по региону) и практически не наблюдается случаев ле-

тальности при ОРВИ. При пневмонии, хроническом бронхите и бронхиальной астме колебания показателей летальности по территории региона составляли соответственно $0,66 \pm 0,14\%$ – $1,86 \pm 0,29\%$; $0,25 \pm 0,06\%$ – $1,30 \pm 0,14\%$; $0,66 \pm 0,13\%$ – $1,13 \pm 0,26\%$.

В структуре причин летальности при заболеваниях органов дыхания основную долю занимают пневмония (67,2%), интерстициальные и гнойные легочные болезни (14,8%), ХОБЛ (12,8). При этом, интенсивные показатели летальности при пневмонии достигают 6,81% и 7,19 % (Сахалинская область), а при гнойных заболеваниях легких – 10,28%, оставаясь наименьшими среди больных хроническим бронхитом (0,32%-0,80%) и ХОБЛ (1,09%-1,72%).

Среди детей основными причинами летальности от БОД являются острые респираторные заболевания (от $0,01 \pm 0,008\%$ до $0,09 \pm 0,01\%$ в различных регионах) и пневмония (от $0,62 \pm 0,30\%$ до $1,61 \pm 0,21\%$).

В структуре причин общей летальности, болезни органов дыхания составляют 6,1% среди взрослого населения и 11,5% – среди детей; при этом диапазон показателей составляет: от 7,4%-9,3% (Хабаровский край, Магаданская область) до 13,4%-14,2% (Приморский край, Амурская область). Следует отметить, что уровень летальности при заболеваниях органов дыхания в регионе, как взрослого, так и детского населения ниже (соответственно 0,73% и 0,15%) показателей общей летальности (соответственно 1,08% и 0,57%, $t > 2$).

Стратегической целью развития пульмонологической помощи является удовлетворение потребностей населения в специализированной профилактической, медико-социальной и лекарственной помощи. При этом основными принципами организации такой помощи в современных условиях являются [221, 186]:

- преемственность медицинской помощи на различных этапах ее организации;
- своевременность и рациональное использование на всех этапах современных методов диагностики;
- своевременное и рациональное применение наиболее эффективных методов профилактики и лечения;

- диспансерное наблюдение;
- проведение социально-гигиенических и санитарно-оздоровительных мероприятий.

В организации лечения больных бронхолегочной патологией необходимо использовать интенсивную тактику, заключающуюся в профилактической работе, активном выявлении заболеваний и их осложнений на ранней стадии развития, внедрять в повседневную практику врача-пульмонолога современные стандарты обследования и лечения больных болезнями органов дыхания, тесное взаимодействие с врачами смежных специальностей. В организации медицинской помощи больным БОД важным является сотрудничество поликлинических и больничных врачей, тесная связь специализированных клиник и общей сети, интеграция различных служб (пульмонологической, профпатологической, аллергологической, онкологической, фтизиатрической), взаимодействие терапевтов и педиатров. Поток пациентов на прием к врачам специализированных отделений учреждений второго уровня должен формироваться главным образом по направлениям врачей-пульмонологов первого уровня и врачей-терапевтов участковых.

Одним из направлений развития пульмонологической службы является создание регистра больных болезнями органов дыхания. Регистр позволяет изучить распространенность заболеваний респираторной системы, построить алгоритмы их своевременного выявления и динамического наблюдения, сделать прогноз финансового и лекарственного обеспечения. Постоянно проводимый мониторинг эпидемиологических показателей позволяет своевременно принимать управленческие решения, направленные на обеспечение эффективной работы специализированной службы, расширение видов и объемов медицинской помощи.

Организационно-методические мероприятия по совершенствованию пульмонологической помощи должны предполагать:

- отбор групп риска среди различных контингентов населения;
- использование стандартизированной модели дифференцированного обследования больных;
- оценку качества пульмонологической помощи;

- совершенствование системы диспансерного наблюдения;
- организацию системы статистической информации и оценки эффективности пульмонологической помощи;
- совершенствование подготовки кадров.

Для развития пульмонологической службы необходимо обеспечить укомплектование пульмонологических кабинетов врачами специалистами, внедрение в повседневную практику новых методов мониторинга и активной профилактики, диагностики и лечения острых и хронических форм БОД и их осложнений.

Научно-практический потенциал в современных условиях должен быть направлен на разработку и внедрение программ профилактики болезней органов дыхания, создание системы диспансерного наблюдения больных пульмонологического профиля.

Важная роль в реализации задач, стоящих перед пульмонологией, принадлежит целевым программам. Необходимо создание региональных программ по развитию пульмонологической службы, предусматривающих создание блоков интенсивной пульмонологии, повышение эффективности работы пульмонологических коек, повышение обеспеченности лекарственными препаратами нуждающихся пульмонологических больных.

Участие территории в реализации федеральных целевых программ развития здравоохранения позволяет создать основу для внедрения в практику здравоохранения эффективных методов профилактики, диагностики и лечения болезней и обеспечить населению доступную квалифицированную специализированную медицинскую помощь. Их выполнение позволяет решать сложные межведомственные и финансовые проблемы развития службы, стимулирует участие в их решении органов исполнительной власти субъектов РФ.

В целях совершенствования управления пульмонологической помощи населению необходимо сосредоточить усилия на совместной и координированной работе органов управления здравоохранением, учреждений муниципального и государственного звеньев здравоохранения и научных учреждений, обеспечив эффективное взаимодействие и преемственность в оказании пульмонологической помощи

населению, рациональное использование коечного фонда, материально-технической базы и финансовых ресурсов. Ключевым механизмом совершенствования и повышения эффективности медицинской помощи больным пульмонологического профиля является модернизация здравоохранения, основной целью которой является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению.

Таким образом, целенаправленная работа по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению, модернизация управления системой медицинской помощи больным БОД является основой для прогнозирования и достижения позитивных результатов по повышению качества и эффективности специализированной высококвалифицированной помощи больным с патологией органов дыхания, направленной на снижение уровня заболеваемости и повышения качества и продолжительности жизни больных.

Глава II

ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**Индикаторы, критерии и методы оценки качества
медицинской помощи**

Главной целью государственной политики в области охраны здоровья населения и, в то же время, одной из наиболее сложно решаемых проблем здравоохранения на современном этапе развития общества является улучшение состояния здоровья населения, обеспечение доступности и качества медицинской помощи [97, 149].

Следует отметить, что Всемирная организация здравоохранения основной задачей одной из своих программ определила качество в здравоохранении, что подтверждает актуальность вопросов, касающихся оценки и обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях. По определению ВОЗ «Гарантией качества медицинской помощи является обеспечение каждому больному того комплекса диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки».

Исходя из этого, основным стратегическим направлением повышения качества медицинской помощи является обеспечение всех необходимых условий с целью удовлетворения потребностей жителей Российской Федерации в качественном медицинском обеспечении на всех его этапах, от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной помощи [32, 63, 97].

В условиях реформирования отечественного здравоохранения повышаются требования к эффективности оказания качества медицинской помощи. В то же время многие авторы отмечают, что в литературе в настоящее время встречается несколько десятков формулировок понятия «качество медицинской помощи», отражающих его различные аспекты и различающихся не только деталями, но нередко противоречащих друг другу [104, 130, 132, 156, 184, 198, 204]. В этой

связи проблема их оценки и обеспечения выступает одним из элементов эффективности управления деятельностью лечебно-профилактического учреждения.

Положение о качестве медицинской помощи было четко сформулировано в книге "Руководство по первичной медико-санитарной помощи" (2006) [22]: "Качество МП – совокупность характеристик МП, направленных на удовлетворение потребности граждан в эффективном предупреждении и лечении заболеваний, повышении качества и увеличении продолжительности жизни".

В настоящее время технология управления качеством в здравоохранении представляет собой последовательные этапы выявления и формулировки проблем, установления и обоснования причинно-следственных связей, оценки эффективности работы службы, определения и корректировки целей и задач для обеспечения эффективной деятельности, как отдельного врача, так и медицинского учреждения в целом [12, 20, 58, 105, 131, 154].

В этой связи программы в здравоохранении характеризуются значительным числом показателей и параметров на входе (затраты) и на выходе (результаты). Для того чтобы сопоставить альтернативные варианты организационных мероприятий, производится соизмерение показателей и параметров. Эта задача требует использования методов многофакторного анализа, которые позволяют провести многомерную оценку каждого из альтернативных вариантов. В качестве характеристик могут быть использованы, например, динамика летальности, осложнений, первичного выхода на инвалидность, заболеваемости, временной нетрудоспособности, стоимости мероприятий/программ и других [104].

Оценка качества медицинской помощи – управленческая процедура определения ее социальной приемлемости или неприемлемости. При этом результат оценки должен оказывать стимулирующее управленческое воздействие на субъект оказания медицинской помощи (медработника и/или медучреждение) [46, 112, 143, 154, 244].

Анализ теории и практики управления качеством медицинской помощи позволяет сформулировать направления деятельности по его

совершенствованию и внедрению в практическую деятельность органов и учреждений здравоохранения [58, 104, 112, 130, 132, 244]:

- разработка и внедрение специальных систем управления качеством медицинской помощи на различных уровнях (рабочее место медицинского работника – медицинская организация – муниципальное образование – регион);

- активное формирование и внедрение в практику системы стандартизации (медицинских и медико-экономических стандартов, моделей оказания медицинской помощи, протоколов ведения больных);

- активизация работы по использованию формулярной системы при лекарственном обеспечении;

- развитие системы аккредитации лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), в т. ч. создание нормативно-правовой базы;

- развитие материально-технической базы ЛПУ;

- повышение уровня квалификации медицинского персонала;

- проведение социологических исследований и использование их данных при принятии управленческих решений;

- совершенствование системы материального стимулирования персонала ЛПУ за достижение высоких показателей качества оказываемых медицинских услуг.

В условиях модернизации отечественного здравоохранения повышаются требования к эффективности оказания качества медицинской помощи. Одним из путей решения данной проблемы является разработка организационно-методических технологий по повышению эффективности амбулаторного и стационарного ведения больных, внедрение стандартизированных программ [11, 63, 183].

Однако во многих субъектах Российской Федерации до сих пор не развиты механизмы оценки удовлетворенности населения услугами системы здравоохранения, учет результатов работы ЛПУ не отражает конечных итогов медицинской помощи населению, а оценка качества медицинских услуг носит узконаправленный клинический характер. Использование в ряде ЛПУ и регионов России комплексных систем управления качеством и эффективностью медицинских услуг

находится на самом начальном этапе становления и требует дальнейшего развития [104,204].

Важным аспектом, способствующим улучшению качества медицинской помощи, является разработка критериев его оценки, оптимизация и унификация стандартов медицинской помощи по нозологическим формам заболеваний и их осложнений [30, 39, 208, 230].

Выделяют несколько аспектов оценки качества медицинской помощи. В основе качественно-стоимостных расчетов медицинских услуг в медучреждении находится экономический аспект [248].

Медико-юридический аспект реализуется в формулировании диагноза и эпикриза в условиях прокурорской проверки или решения суда. Этот аспект для врача-эксперта, отвечающего на поставленные экспертные вопросы, реализуется в условиях досудебной и судебной практики. Врачам-организаторам целесообразно усвоить, что в условиях современных судебных разбирательств искивые требования могут приводить к существенным выплатам из бюджета медицинского учреждения, не говоря уже о морально-этических проблемах [130].

Следует отметить, что в настоящее время многие необходимые критерии оценки качества медицинской помощи в медицинском учреждении или по какому-либо разделу медицинской деятельности недостаточно разработаны либо реализуются только в рамках отдельного лечебного учреждения [104].

Как отмечает большинство авторов, занимавшихся изучением данного вопроса, проблема оценки параметров качества медицинской помощи, в этом случае, выступает одной из ведущих и позволяет принимать управленческие решения оперативно, однако в условиях стационара оказывающего специализированную медицинскую помощь пульмонологическим больным остается открытой. Кроме того, на муниципальном и региональном уровне в большинстве регионов Российской Федерации отсутствует информация, позволяющая оперативно с использованием компьютерных программ принимать управленческие решения в данном направлении [5].

Вместе с тем недостаточно развиты механизмы оценки удовлетворенности населения услугами системы здравоохранения, учет ре-

зультатов работы ЛПУ не отражает конечных итогов медицинской помощи населению, а оценка качества медицинских услуг носит узконаправленный клинический характер. По мнению экспертов, использование в ряде ЛПУ и регионов России комплексных систем управления качеством и эффективностью медицинских услуг находится на самом начальном этапе становления и требует дальнейшего развития [6, 104, 132].

Индикаторы качества медицинской помощи должны отражать ее основные характеристики: результативность, безопасность, оптимальность, включая рациональное расходование ресурсов; использование медицинских технологий с доказанной эффективностью, стабильность осуществления лечебного процесса и результата, преемственность и непрерывность; приемлемость (своевременность, способность удовлетворить ожидания и потребности пациента); законность, справедливость, в том числе – доступность [39, 156, 208, 230].

Основными индикаторами оценки доступности и качества медицинской помощи населению являются:

- оценка гражданами доступности услуг здравоохранения (социологические исследования);
- оценка гражданами доступности лекарственного обеспечения (социологические исследования);
- оценка гражданами качества медицинской помощи (социологические исследования);
- среднее время ожидания для помещения в стационар, дней;
- средняя продолжительность жизни больных с хронической патологией после установления заболевания, лет.

Эластичность показателя: при ухудшении медико-демографической ситуации и качества медицинской помощи показатель увеличивается, при улучшении – снижается.

Следовательно, для градации медицинской помощи надлежащего и ненадлежащего качества необходимо измерить качество отдельных его составляющих [143]:

- удовлетворённость пациента (изучение обоснованности/необоснованности его претензий в зависимости от использования

медицинским персоналом технологий и ресурсов);

– оптимальность использования ресурсов (изучение наличия/отсутствия и использования/неиспользования имеющихся в наличии у персонала медицинского учреждения ресурсов);

– риск заболевания (факт достижения прогнозируемого изменения состояния здоровья пациента; факт достижения непрогнозируемого результата при соблюдении всех технологий под влиянием атипичности заболевания, исключительных индивидуальных особенностей организма пациента, сопротивлении пациента лечению и проч.).

Оценку состояния всех этих компонентов необходимо проводить по отношению к каждому конкретному пациенту. Кроме того, согласно мнению экспертов ВОЗ, значение каждого из этих компонентов должно быть равным среди остальных, поскольку исключительное внимание к одному из них может привести к неверным выводам о качестве медицинской помощи и ошибочным действиям по его управлению [131].

Такой подход позволяет более четко определить критерии надлежащего качества. Среди них наиболее важными являются: соответствие технологии реального лечебно-диагностического процесса современному уровню развития медицины, с учетом индивидуальных особенностей пациента; оптимальность использования ресурсов здравоохранения для достижения наилучшего результата лечения; отсутствие дополнительного риска ухудшения или отсутствия улучшения состояния пациента и его трудоспособности; обеспечение удовлетворенности пациента медицинской помощью.

Ключевым индикатором качества медицинской помощи является согласованный (принятый) показатель, по которому можно оценить состояние системы оказания медицинской помощи с целью разработки мероприятий по ее совершенствованию в рамках выполнения Программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи [204].

Некоторые отечественные авторы, анализируя проблемы экспертизы специальных видов медицинской помощи, ориентируются на рекомендации, согласно которым, при определении задач и содержа-

ния деятельности по обеспечению качества необходимо учитывать следующие четыре компонента [143]:

- выполнение профессиональных функций (технология лечебно-профилактического процесса);
- использование ресурсов;
- риск для пациента в результате медицинского вмешательства;
- удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Как отмечают большинство авторов, занимавшихся изучением данного вопроса, проблема оценки параметров качества медицинской помощи, выступает одной из ведущих и позволяет принимать управленческие решения оперативно, однако, в условиях стационара, оказывающего специализированную медицинскую помощь пульмонологическим больным, остается открытой [39, 112, 154].

В настоящее время экспертами Российского респираторного общества для оценки качества медицинской помощи в пульмонологии разработан профиль индикаторов качества (ПИК), состоящий из нескольких индикаторов качества (ИК) и отражающий первую составляющую медицинской помощи (структура, медицинские процессы и результаты). ИК – это числовой ретроспективно измеряемый элемент ПИК для оценки определенной области медицинской технологии, относительно которого имеются доказательства или признанное мнение, что его изменение связано с качеством медицинской помощи [30, 147]. При этом качественная медицинская помощь больным пульмонологического профиля может осуществляться при условии гармоничного сочетания и доступности первичной, скорой и неотложной, специализированной и высокотехнологичной помощи. Врач-пульмонолог занимает в этой системе ключевую позицию. При этом повышение качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля может способствовать существенному снижению, как инвалидности, так и смертности по причине БОД [31].

Наиболее перспективной моделью управления качеством следует признать модель, основанную на использовании системного анализа и экономического моделирования. Сильной стороной этого метода

является возможность контроля изменения переменных (факторов) во времени (любой процесс планирования требует прогноза изменений, которые следует предвидеть, особенно в отношении критических переменных) [58, 112].

Анализ теории и практики управления качеством медицинской помощи позволяет сформулировать некоторые направления деятельности по его совершенствованию и внедрению в практическую деятельность органов и учреждений здравоохранения:

- разработка и внедрение специальных систем управления качеством медицинской помощи на различных уровнях (рабочее место медицинского работника - медицинская организация - муниципальное образование - регион);
- активное формирование и внедрение в практику системы стандартизации (медицинских и медико-экономических стандартов, моделей оказания медицинской помощи, протоколов ведения больных);
- активизация работы по использованию формулярной системы при лекарственном обеспечении;
- развитие системы аккредитации ЛПУ (в т. ч. создание нормативно-правовой базы);
- развитие материально-технической базы ЛПУ;
- повышение уровня квалификации медицинского персонала;
- проведение социологических исследований среди населения и использование их данных при принятии управленческих решений;
- совершенствование системы материального стимулирования персонала ЛПУ за достижение высоких показателей качества оказываемых медицинских услуг.

Обеспечение качества медицинской помощи определяется множеством факторов, среди которых важнейшими являются уровень базового образования, уровень оплаты труда и реальная возможность использования современной техники и оборудования, новых медицинских технологий, информационных баз данных по соответствующим профессиональным направлениям [5].

В 2002-2003 гг. в Российской Федерации был принят ряд документов в области управления качеством: «Концепция национальной

политики России в области качества продукции и услуг», «Отраслевая программа управления качеством в здравоохранении», которая основана на положениях теории качества А. Донабедиана.

В регионах, например, в Амурской области, перечень показателей «Оценки качества оказания государственной услуги» закреплён в Положении о формировании и финансовом обеспечении выполнения государственного задания исполнительными органами государственной власти и государственными бюджетными учреждениями. Данный перечень включает в себя требования для услуг поликлиник, включая амбулатории и диспансеры без стационаров:

- выполнение стандартов обследования и лечения;
- уровень качества лечения;
- эффективность лечения (выздоровление, улучшение состояния больных);
- своевременность взятия на диспансерный учет и качественное его проведение;
- полнота охвата вакцинацией населения.

В условиях модернизации отечественного здравоохранения, целью которого является улучшение качества медицинской помощи (КМП) и обеспечение гарантий надлежащего КМП населению, одним из ключевых вопросов, не имеющих однозначного решения, является вопрос о способе получения информации о КМП для принятия обоснованных решений по улучшению его состояния [100, 104].

В настоящее время предложены разные способы оценки качества медицинской помощи. Имеется множество специально разработанных программ, включающих в себя различные критерии качества медицинской помощи. Среди них наиболее важными являются: своевременность, полнота и адекватность обследования, своевременность и обоснованность назначенного лечения, правильность и точность постановки диагноза, полнота и своевременность оказания медицинской помощи, обоснованность выдачи листка нетрудоспособности, качество, полнота и правильность ведения документации, оценка достижения результата оказания медицинской помощи больному и оценка качества лечения больного в целом. А также возраст, образование,

место работы, жилищные условия, материальная обеспеченность, удовлетворенность медицинской помощью пациентов, склонность к самолечению и др. [5, 208, 230].

В Российской Федерации используются различные методы определения качества оказания медицинской помощи, что затрудняет ее интегральную оценку [104, 131].

Классической моделью оценки качества помощи в здравоохранении является триада Донабедиана, включающая структурный, процессуальный и результативный подход к оценке качества медицинской помощи [104].

Структурный подход включает анализ и аккредитацию ресурсной базы здравоохранения: кадров (специалистов), оборудования (медицинской техники), архитектуры, планировки и состояния помещений. Оптимальная структура ресурсов и уровень их развития обеспечивают возможности для применения необходимой медицинской технологии и получения положительных результатов, гарантии необходимого качества диагностики, лечения и реабилитации. Анализ профессиональных характеристик врача, обеспеченности аппаратурой и медперсоналом, условий организации и финансирования

Процессуальный анализ контролирует соблюдение технологии лечебно-диагностического процесса. Этот подход предполагает наличие, с одной стороны, соответствующих нормативных документов – стандартов, отражающих «эталонную» технологию лечебно-диагностического процесса на соответствующем уровне с учетом нозологического профиля, а с другой стороны, систему экспертизы, то есть оценку диагностических и лечебных мероприятий;

Третья составляющая – результативный анализ, оценка качества медицинской помощи по результатам (анализ исходов лечения и качество результатов).

Соответственно трем видам анализа выделяют следующие три типа стандартов [130, 207]:

– стандарты структуры, по которым определяется ресурсная база учреждения здравоохранения – материально-техническое обеспечение, кадры;

- стандарты процесса – определяют технологию процесса лечения и диагностики;
- стандарты результата лечения (т.е. стандарты качества).

В этой связи важным компонентом программы совершенствования пульмонологической помощи населению является система нормативов и стандартов, устанавливающих единые требования к качеству и доступности медицинской помощи больным БОД. Стандартизация видов и объемов медицинской помощи больным БОД является важнейшим условием качественного и непрерывного лечебно-диагностического процесса на всех его этапах. Современные требования стандартизации в области пульмонологии предполагают:

- стандартизацию медицинских услуг;
- создание программы повышения квалификации медицинских работников;
- предъявление квалификационных требований к персоналу;
- стандартизацию системы управления качеством медицинской помощи больным БОД, основанной на единстве принципов.

Следовательно, оценка качества оказания медицинской помощи должна включать определение соответствия конкретных результатов диагностики, лечения, профилактики ожидаемым результатам. С этой целью используются федеральные и территориальные медицинские стандарты. Территориальные медицинские стандарты – унифицированные эталоны гарантированного набора и объема диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения конкретных нозологических форм (заболеваний) с учетом возраста больного и категорий сложности заболевания [56, 194].

С внедрением принципов экономической самостоятельности в деятельность медицинских учреждений и реализацией Закона «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» появилась потребность анализа результатов работы отдельного врача, лечебного подразделения, медицинского учреждения и службы здравоохранения в целом. Анализ контура «затраты - результат» становится основой оценки эффективности принимаемых управленческих решений.

В этой связи очень важен анализ «затраты – эффективность». Он является наиболее показательным и часто применяемым (44%) методом анализа в России на данный момент и представляет собой комплексное клинико-экономическое сравнение исследуемых альтернативных тактик лечения при определенной патологии. При проведении таких исследований особое внимание уделяется достижению высокой эффективности лечения при наименьших затратах, что подразумевает рассмотрение необходимости коррекции возможных осложнений конкретной терапии. Так осуществляется поиск лекарственных средств наиболее эффективных для лечения больных с теми или иными заболеваниями, что позволяет наилучшим образом воздействовать на динамику качества жизни пациентов [104, 207].

Анализ «минимизации затрат» (CMA – *cost-minimization analysis*) по сути является частным случаем анализа «затраты - эффективность» и используется в случае, если эффективность двух и более медицинских технологий практически одинакова и они различаются по стоимости. Этот метод анализа на данный момент встречается в 8% случаев работ отечественных исследователей [104, 143, 207].

Анализ «затраты - утилитарность» (CUA – *cost-utility analysis*) так же является частным случаем анализа «затраты - эффективность» и отличается от него тем, что результаты оцениваются не в денежном или каком бы то ни было эквиваленте, а единицах «полезности», полученной потребителем медицинской помощи. В качестве критерия полезности часто используют коэффициент QALY – «сохраненные годы жизни с поправкой на качество жизни» [104].

Анализ «затраты - выгода» (CBA – *cost-benefit analysis*) является единственным вариантом экономического анализа в «чистом» виде, так как его результаты, как издержки, так и эффективность, всегда измеряются именно в денежном эквиваленте. Так же, как анализ минимизации затрат, в силу своей узкой направленности этот вариант анализа применяется отечественными исследователями не очень часто (2% исследований). Это предопределяет необходимость создания системы управления качеством медицинской помощи населению с реализацией процедуры автоматизированного поиска оптимальных решений в виде комплекса экономически обоснованных мероприятий,

с использованием экспертно-аналитических систем, приемов формальной логики, прогнозирования и моделирования, координацией всех звеньев, обеспечивающих необходимый уровень качества [104].

Так же в ходе клинико-экономического анализа используются методы ABC-, VEN- и частотного анализа, моделирования и др. ABC-анализ используется для определения приоритетов и целесообразности расходования средств на основе ретроспективной оценки реальных затрат. VEN-анализ показывает распределение лекарственных средств по степени их значимости (жизненно необходимые, важные и второстепенные). Частотный анализ – ретроспективная оценка частоты применения той или иной медицинской технологии, позволяющие определить на что уходит основная часть расходов – на более массовые и дешевые или редкие, но дорогие виды помощи. Эти три вида анализа вкуче позволяют более корректно составлять формуляры медицинской организации и прогнозировать затраты на внедрение новых технологий [104, 167].

Из существующих подходов к оценке КМП (по процессу, по результату, по структуре, по удовлетворенности пациентов) наиболее полную информацию о качестве предоставляет процессный подход, являющийся необходимой составляющей современной концепции всеобщего управления качеством (*Total Quality Management – TQM*) [104].

Проведенный анализ методов оценки качества медицинской помощи показал, что для решения задач экспертизы КМП в наибольшей степени пригодна автоматизированная технология экспертизы (АТЭ). Этот метод интегрирует в себе различные механизмы исследования (критерии, стандарты, алгоритмы, структуризация врачебного процесса, возможность регистрации и анализа как конкретных ошибок при отдельных заболеваниях, так и общих нарушений выполнения элементов врачебного процесса), а также включает в систему анализа методы статистического управления качеством (аналоги контрольных карт с определением статистической стабильности систем, сертификации по факторному и результативному признакам, диаграмма Парето, диаграмма Исикавы). Результаты исследования КМП, полученные с применением АТЭ и методов статистического управления качеством, поз-

воляют осуществлять диагностику состояния КМП, прогнозировать его изменения, планировать мероприятия по его улучшению [104].

Существующие нормативные документы (законы, законодательные акты Российской Федерации, ведомственные нормативно-правовые акты, включая приказы Министерства здравоохранения, Федерального фонда ОМС, межведомственные нормативные документы), регламентирующие вопросы контроля и обеспечения КМП, определяющие необходимость проведения экспертизы КМП без конкретизации метода, применяемого экспертом. В 2001 г. Федеральный фонд ОМС издал методическое пособие «Выбор метода вневедомственной экспертизы КМП в системе ОМС на территориальном уровне», где представлены правила и порядок проведения конкурсного отбора метода. Однако в практике такой отбор осуществляется, как правило, спонтанно. В разных медицинских организациях, ФОМС, страховых медицинских организациях применяется множество методик оценки КМП, разработанных без каких-либо теоретических обоснований [104].

Отдавая себе отчет в том, что состояние здоровья населения зависит от множества факторов и система охраны здоровья всего лишь один из них, следует иметь в виду, что этот фактор является более управляемым обществом по сравнению с другими ключевыми факторами, определяющими состояние здоровья (экология, наследственность, образ жизни). Именно поэтому исследование степени доступности и качества медицинской помощи имеет особую значимость.

Социологическая и экспертная оценка качества и доступности медицинской помощи больным пульмонологического профиля

В настоящее время в системе здравоохранения используется достаточно много различных методов оценки качества медицинской помощи, имеющих определенные достоинства и недостатки [39, 104, 130, 156, 204], в том числе и метод экспертного исследования качества медицинской помощи. В основе данного метода находится мо-

дель (стандарты) врачебного процесса, элементы которого исследуются во взаимосвязи. Факты, полученные при исследовании совокупности случаев оказания медицинской помощи, могут служить основой для выявления врачебных ошибок и их систематизации, установления причин и условий, определяющих ненадлежащее состояние качества медицинской помощи.

Экспертиза – это исследование объекта, проводимое сведущим лицом (экспертом), основанное на специальных (профессиональных) знаниях, с применением специальных методов, имеющих целью получение нового знания об объекте, которое оформляется в виде мотивированного заключения [181]. Следовательно, во всех случаях, требующих осуществления оценки профессиональной деятельности специалистов, признанным способом получения информации, является экспертиза.

Анализ качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля (БА, ХОБЛ) в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях оказания в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей проводился на основе экспертной оценки выполнения действующих стандартов медицинской помощи ретроспективным способом. Объем выборочной статистической совокупности составил 675 наблюдений, который рассчитан по формуле:

$$N = (t^2 \times \delta^2 \times n) / (\Delta^2 \times n + t^2 \times \delta^2),$$

где n – генеральная совокупность (14500), δ^2 – дисперсия (характеризует величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности); Δ – предельная ошибка выборки (0,05); t – критерий достоверности Стьюдента (2) при $p > 95,5\%$.

Для решения задач экспертной оценки медицинской помощи больным пульмонологического профиля использованы специально разработанные карты: карта экспертной оценки амбулаторно-поликлинической помощи больным бронхиальной астмой; карта экспертной оценки амбулаторно-поликлинической помощи больным ХОБЛ; карта экспертной оценки стационарной помощи больным бронхиальной астмой; карта экспертной оценки стационарной помощи больным ХОБЛ.

Карты содержат блоки вопросов, позволяющих эксперту дать квалифицированную оценку качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля, отражающую качество и полноценность сбора анамнеза, использование методов физикального исследования и методов диагностики, консультации специалистов и лечения в соответствии с действующими стандартами медицинской помощи. Кроме этого карты экспертной оценки позволяют формализовать имеющиеся дефекты оказания медицинской помощи, выявленные в процессе экспертизы, квалифицировать их характер (диагностические, лечебные, организационные ошибки, дефекты ведения и оформления медицинской документации) и основные причины.

Изучение и анализ первичной медицинской документации проводился в части сопоставления фактически выполненных и зарегистрированных элементов процесса оказания медицинской помощи с их качественными и количественными параметрами, изложенными в ее стандартах. В структуру результатов экспертной оценки качества медицинской помощи включены основные разделы процесса ее оказания, характеризующие качество сбора и оформление анамнеза заболевания, степень использования методов диагностики, консультаций специалистов, качество лечебно-профилактических мероприятий и, на этой основе, выявление основных дефектов качества медицинской помощи.

Экспертиза качества сбора и оформления анамнеза заболевания проведена с использованием 5-бальной шкалы оценок, начиная с нулевого значения шкалы, свидетельствующего об отсутствии данного элемента в регистрационных документах. При этом отдельно было оценено качество оформления жалоб пациента, история его заболевания и жизни, в том числе, условий его профессиональной деятельности и возможных факторов риска заболевания, имеющих исключительное значение в патогенезе хронических респираторных заболеваний и способах их профилактики.

Исход и прогноз заболеваний бронхолегочной системы зависит от качества медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом и госпитальном этапах. Считают, что многих смертей от хроническо-

го бронхита, бронхиальной астмы и других заболеваний можно избежать при своевременно начатом лечении, а своевременно установленный диагноз и адекватное лечение могут значительно снизить уровень их распространенности. Тем более что в условиях нарастающей заболеваемости без внимания не должен оставаться ни один из факторов, потенциально улучшающих исход болезни [164].

Экспертная оценка качества медицинской помощи свидетельствует о существенных дефектах в диагностике и лечении больных хроническими респираторными заболеваниями, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе [28, 37, 60, 72, 139, 185, 197, 218].

Анализ результатов экспертной оценки качества диагностики в амбулаторно-поликлинических учреждениях показывает, что врачи-терапевты участковые при сборе анамнестических данных больше уделяют внимание вопросам, связанным с историей заболевания и в меньшей степени – вопросам, характеризующим историю жизни, условия профессиональной деятельности, факторы риска болезни.

Об этом свидетельствует сравнительный анализ экспертизы качества оформления в первичных регистрационных документах анамнеза болезни и анамнеза жизни, с использованием 5-бальной шкалы оценок, начиная с нулевого значения, свидетельствующего об отсутствии данного элемента в регистрационных документах.

Экспертные оценки качества сбора анамнеза болезни составляют 3,21 балла при бронхиальной астме и 3,06 балла – при ХОБЛ, а анамнеза жизни – 2,28 балла при бронхиальной астме и 2,06 балла – при ХОБЛ (Ярославская область). В Амурской области ситуация является аналогичной: соответственно 3,68 балла – при БА и 3,74 балла – при ХОБЛ и 3,20 балла при БА, и 2,99 баллов – при ХОБЛ. При этом в первичной медицинской документации при оформлении анамнестических данных практически не отображаются сведения об условиях профессиональной деятельности пациента, возможных факторах риска заболевания.

Средний балл экспертных оценок в этом случае колеблется от 0,32 балла при описании условий профессиональной деятельности пациентов с ХОБЛ до 1,86 – при регистрации факторов риска возник-

новения бронхиальной астмы у пациентов, обращающихся в амбулаторно-поликлинические учреждения в Ярославской области и соответственно 0,69 и 2,05 баллов – в Амурской области.

Таблица 2.1

Экспертная оценка качества оформления анамнеза пациентов хроническими респираторными заболеваниями (в баллах) в амбулаторных картах врачами-терапевтами участковыми в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской области

Разделы анамнеза	Бронхиальная астма		ХОБЛ	
	Амурская область (n=145)	Ярославская область (n=245)	Амурская область (n=125)	Ярославская область (n=160)
Жалобы пациентов	3,99	3,65	3,93	3,28
Анамнез morbi	3,68	3,21	3,74	3,06
Анамнез vitae, в т.ч.	3,20	2,28	2,99	2,06
Условия проф. деятельности	1,08	1,02	0,69	0,32
Факторы риска заболевания	2,05	1,86	1,37	1,23
Вредные привычки	1,24	1,17	1,18	1,06

Анализ результатов экспертной оценки свидетельствует, что наиболее высокие значения параметров оценки выявлены при оформлении жалоб пациента: от 3,90 балла при бронхиальной астме на стационарном этапе лечения до 4,08 балла при пневмонии. И анамнеза заболевания (от 3,54 балла при бронхиальной астме на стационарном этапе лечения до 3,74 баллов при ХОБЛ на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи).

Экспертные оценки оформления «жалоб пациента» при оказании медицинской помощи больным ХОБЛ распределились следующим образом: «хорошо» и «отлично» составляют соответственно 74,5% и 11,8%; «удовлетворительно» – 9,8%; оценки в 1,0 и 2,0 балла – 1,0% и 2,9% соответственно. При этом средний балл экспертных оценок качества оформления «жалоб пациента» в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях не имеет существенных

различий: 3,93 и 3,92 балла соответственно. Вместе с тем, экспертные оценки оформления «жалоб пациента» при бронхиальной астме в амбулаторно-поликлинических условиях (3,99 балла) значительно выше, чем при оказании помощи в стационаре (3,90 балла).

Таблица 2.2

Экспертная оценка качества сбора и оформления анамнеза заболевания (баллы)

Разделы анамнеза	Бронхиальная астма		ХОБЛ		Пневмония
	Поликлиника	Стационар	Поликлиника	Стационар	Стационар
Жалобы пациента	3,99	3,90	3,93	3,92	4,08
Анамнез morbi	3,68	3,54	3,74	3,72	3,71
Анамнез vitae	3,20	3,02	2,99	2,83	2,75
Условия профессиональной деятельности	1,08	0,68	0,69	0,44	0,69
Факторы риска заболевания	2,05	2,08	1,37	1,70	0,98
Вредные привычки	1,24	2,01	1,18	1,82	0,79

В целом экспертные оценки качества оформления истории заболевания составляют от 3,54 балла при бронхиальной астме в стационарных условиях до 3,74 балла при ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических условиях. А экспертные оценки качества и полноты анамнеза жизни пациентов составляют от 2,75 балла при пневмонии до 3,20 балла при оказании медицинской помощи больным бронхиальной астмой в амбулаторно-поликлинических условиях.

В регистрационных документах (картах амбулаторного пациента) в 87,5% случаев отсутствуют сведения о характере и условиях профессиональной деятельности больных бронхиальной астмой и в 92,5% случаев – больных хронической обструктивной болезнью легких (Ярославская область); удельный вес отсутствующих сведений о факторах риска заболеваний в амбулаторных картах больных бронхиальной астмой составляет 77,5%, больных ХОБЛ – 82,5%. При этом в 82,5% случаев описания анамнеза заболевания и жизни больных бронхиальной астмой нет сведений о «вредных» привычках, а в амбулаторных картах больных ХОБЛ аналогичные сведения отсутствуют в 90,0% случаев.

Результаты комплексной оценки качества сбора и оформления в медицинской документации анамнестических данных о заболевании (%)

Нозологические формы БОД и условия оказания медицинской помощи	Шкала оценки (баллы)					
	0	1	2	3	4	5
Бронхиальная астма (амбулаторно-поликлиническая помощь)	25,6	5,5	9,1	17,3	33,8	8,7
Бронхиальная астма (стационарная помощь)	23,5	7,6	7,6	18,4	35,3	7,6
ХОБЛ (амбулаторно-поликлиническая помощь)	29,3	9,3	9,3	12,9	30,7	8,5
ХОБЛ (стационарная помощь)	29,1	5,9	6,8	16,4	36,7	5,1
Пневмония (стационарная помощь)	32,8	9,3	8,2	13,4	30,1	6,2

В Амурской области доля отсутствующих сведений при характеристике условий профессиональной деятельности пациентов, факторов риска заболевания и образа жизни составляет от 73,8% при оказании медицинской помощи больным ХОБЛ в условиях стационара до 31,1% – при регистрации факторов риска заболевания бронхиальной астмой, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения.

При этом доля «хороших» и «отличных» оценок экспертов качества описания врачами условий профессиональной деятельности в Амурской области составляет от 1,0% (ХОБЛ в амбулаторных условиях); факторов риска заболевания – от 12,8% (пневмония) до 29,5% (бронхиальная астма в стационарных условиях); «вредных» привычек – от 11,5% (пневмония) до 32,2% (бронхиальная астма в стационарных условиях). А в учреждениях здравоохранения Ярославской области доля «хороших» и «отличных» оценок качества описания условий профессиональной деятельности составляет от 1,4% (ХОБЛ) до 3,7% (бронхиальная астма); факторов риска заболевания – 13,9% (БА); «вредных» привычек – от 8,5% (ХОБЛ) до 12,2% (БА).

Наличие основных элементов анамнеза при оформлении амбулаторных карт пациентов хроническими респираторными заболева-

ниями в амбулаторно-поликлинических учреждениях Ярославской области находит отражение в 26,2% случаев при характеристике анамнеза заболевания, в том числе в 45,0% случаев у больных бронхиальной астмой и в 7,5% случаев – у больных ХОБЛ. Основные составные элементы анамнеза жизни отражены в 21,2% случаев, в том числе в 25,0% у больных астмой и в 17,5% – у больных ХОБЛ. При этом условия профессиональной деятельности отражены только в 10,0% случаев (12,5% при БА и 7,5% – при ХОБЛ), факторы риска отмечены в 20,0% случаев (22,5% – при БА и 17,5 – при ХОБЛ).

Таблица 2.4

Результаты комплексной оценки качества сбора и оформления в медицинской документации анамнестических данных о заболевании (%)

Нозологические формы БОД	Шкала оценки (баллы)					
	0	1	2	3	4	5
Бронхиальная астма (ЯО)	20,4	18,7	15,3	24,2	15,1	6,3
Бронхиальная астма (АО)	25,6	5,5	9,1	17,3	33,8	8,7
ХОБЛ (ЯО)	32,5	19,3	17,8	13,3	12,6	4,5
ХОБЛ (АО)	29,3	9,3	9,3	12,9	30,7	8,5

Установлено, что экспертная оценка описания анамнеза *vitae* в амбулаторных картах больных ХОБЛ, как в ЛПУ Ярославской, так и Амурской области находится на более низких значениях параметров по сравнению с больными бронхиальной астмой, особенно сведений, отражающих условия профессиональной деятельности и образа жизни пациентов, различающихся в 2-3 раза. Наиболее высокие значения параметров оценки на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля наблюдаются при оформлении жалоб пациента: 3,99 балла при бронхиальной астме и 3,74 балла - при ХОБЛ в Амурской области и соответственно 3,65 и 3,28 баллов – в Ярославской области. И анамнеза заболевания: 3,68 балла при бронхиальной астме и 3,74 балла – при ХОБЛ в Амурской области и соответственно 3,21 и 3,06 баллов – в Ярославской области.

Обобщенная экспертная оценка качества сбора и оформления в медицинской документации анамнестических данных об истории развития заболевания и условиях жизнедеятельности пациентов свидетельствует, что доля «хороших» и «отличных» оценок («4,0» и «5,0» баллов) в результате проведенных экспертиз составляет от 36,3% при пневмонии до 42,9% при бронхиальной астме в стационарных условиях (Амурская область). А доля «удовлетворительных» оценок («3,0» балла) составляет от 12,9% (ХОБЛ – амбулаторно-поликлиническая помощь) до 18,4% (бронхиальная астма – стационарная помощь), а доли «неудовлетворительных» оценок («1,0» и «2,0» балла) в совокупности составляют от 12,7% (ХОБЛ в стационарных условиях) до 18,6% (ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических условиях). При этом доля дефектов, характеризующихся полным отсутствием в медицинской документации элементов анамнеза жизни, условий профессиональной деятельности и факторов риска заболевания, составляют в совокупности от 20,4% при оказании медицинской помощи больным бронхиальной астмой до 32,5% – при ХОБЛ.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях Ярославской области что доля «хороших» и «отличных» оценок («4,0» и «5,0» баллов) составляет от 17,1% при ХОБЛ до 21,4% – при бронхиальной астме, а доля «удовлетворительных» оценок («1,0» и «2,0» балла) в совокупности составляют от 37,1 (ХОБЛ) до 34,0% (БА). При этом доля дефектов, характеризующихся полным отсутствием в медицинской документации элементов анамнеза жизни, условий профессиональной деятельности и факторов риска заболевания, составляют в совокупности от 20,4% при оказании медицинской помощи больным бронхиальной астмой до 32,5% – при ХОБЛ.

В целом, по материалам экспертных оценок, дефекты в ведении карт амбулаторных больных участковыми терапевтами наблюдаются в 69,9% случаев и врачами-пульмонологами – в 43,2% случаев [4-т, 6-с, 38-т, 42-с].

Методы физикального исследования больных пульмонологического профиля (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация при заболеваниях легких и бронхов, исследование пульса, измерение артериального давления и частоты дыхания, термометрия, антропометрия)

являются основными компонентами процесса диагностики заболевания и в основном находят свое отражение в первичной медицинской документации [170, 163, 162].

Экспертная оценка качества их использования в медицинской практике позволяет выявить некоторые дефекты. Например, при оказании медицинской помощи больным хроническими респираторными заболеваниями в амбулаторно-поликлинических условиях (Ярославская область) в 63,8% случаев отсутствуют данные о частоте дыхания (в 55,0% случаев при осмотре больных бронхиальной астмой и 72,5% – при осмотре больных ХОБЛ); данные термометрии зафиксированы только в 3,7% случаев (5,0% – при БА и 2,5% – при ХОБЛ); в 83,8% случаев не измеряется рост и вес пациента, а результаты измерения окружности грудной клетки отсутствуют в 100% случаев. При обследовании больных в амбулаторно-поликлинических условиях перкуссия проводится только в 5,0% случаев; результаты аускультации в амбулаторных картах больных бронхиальной астмой отсутствуют в 10,0% случаев, а больных ХОБЛ – в 52,5%; пальпация у больных ХОБЛ проведена только в 45,0% случаев.

Таблица 2.5

Удельный вес использования методов физикального исследования при осмотре больных пульмонологического профиля в амбулаторно-поликлинических учреждениях Ярославской области (% , 2012 г.)

№ п/п	Методы физикального исследования	Больные БА	Больные ХОБЛ	В целом
1	Пальпация	80,0	45,0	62,5
2	Перкуссия	5,0	5,0	5,0
3	Аускультация	90,0	47,5	68,7
4	Исследование пульса, ч.с.с.	75,0	45,0	60,0
5	Измерение артериального давления	70,0	47,5	58,7
6	Измерение частоты дыхания	45,0	27,5	36,2
7	Термометрия	5,0	2,5	3,7
8	Антропометрия (рост, вес)	15,0	17,5	16,2
9	Измерение окружности грудной клетки	0,0	0,0	0,0

Аналогичные закономерности были отмечены и при экспертной оценке в учреждениях здравоохранения Амурской области: при обследовании больных БА в амбулаторно-поликлинических условиях

данные о частоте дыхания отсутствовали в амбулаторных картах пациентов в 2,9 % случаев, данные термометрии – в 25,2% случаев, в 32,0% случаев не проводятся антропометрические измерения (рост, вес). При обследовании больных ХОБЛ данные частоты дыхания отсутствовали в 3,9% случаев, термометрия – в 18,6% случаев, роста и веса – в 22,6% случаев, а результаты измерения окружности грудной клетки зарегистрированы только в 1,0% случаев.

При оказании медицинской помощи больным бронхиальной астмой в стационарных условиях данные веса и роста пациента отсутствуют только в 0,5% случаев, а окружности грудной клетки – в 61,6% случаев. При обследовании больных ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических условиях данные об измерении частоты дыхания отсутствуют в 3,9% случаев, термометрии – 18,6%, роста и веса пациента – 22,6%, окружности грудной клетки – в 2,0% случаев. По сравнению с этим, дефектов в использовании физикальных методов исследования при оказании медицинской помощи больным ХОБЛ в стационарных условиях практически нет, за исключением отсутствия данных об окружности грудной клетки (58,1%).

Немаловажное значение в улучшении качества диагностики и лечения имеет своевременность и обоснованность консультативной помощи специалистов. Установлено, что консультации в 21,0% случаев проводятся несвоевременно, а в 18,5% эксперты считают их необоснованными. В 27,4% случаев качество консультативных осмотров является неполноценным, в частности, недостаточно описаны объективные данные, больным даны неполные рекомендации, нет контроля проведенного лечения и др. Больные нуждались в дополнительной консультации в среднем в 23% случаев, особенно при бронхиальной астме (39,4%) [28, 37, 62, 72, 170].

При обследовании больных БА участковым терапевтом амбулаторно-поликлинического учреждения (Амурская область) консультация врача-аллерголога выполнена в 25,2% случаев, а консультация врача-пульмонолога – в 74,8%. При оказании медицинской помощи больным ХОБЛ соответствующие консультации врачей специалистов проведены в 28,4% и 78,4% случаев, врачей ЛФК – 11,8%.

Таблица 2.6

Выполнение плана осмотра специалистами (консультативный прием) больных хроническими респираторными заболеваниями при диспансерном наблюдении (Ярославская область, 2012 г., %)

№ п/п	Врачи-специалисты	Больные БА	Больные ХОБЛ	В целом
1	Врач-аллерголог	15,5	0,0	15,0
2	Врач-пульмонолог	48,5	45,7	47,1
3	Врач-физиотерапевт	-	0,0	0,0
4	Врач-ЛФК	-	0,0	0,0

При обследовании больных бронхиальной астмой на терапевтическом участке амбулаторно-поликлинического учреждения (Ярославская область) консультация врача аллерголога выполнена в 15,0% случаев, а консультация врача-пульмонолога – в 48,5%. При оказании медицинской помощи больным хронической обструктивной болезнью легких консультации врачей-пульмонологов проведены в 45,7% случаев. Консультации врачей лечебной физкультуры, врачей-физиотерапевтов, предусмотренных протоколом диагностики и лечения, не проводились совсем. В учреждениях здравоохранения Амурской области консультации врача-аллерголога проведены в 25,2% случаев, а консультации врача-пульмонолога – в 74,8%. При оказании медицинской помощи больным ХОБЛ соответствующие консультации врачей специалистов проведены в 28,4% и 78,4% случаев, врачей ЛФК – 11,8%.

При анализе качества лечения экспертами отмечается, что лечение, назначенное участковыми терапевтами и врачами-пульмонологами, является несвоевременным в 10,3% и 5,5% случаев и неполноценным – соответственно в 32,5% и 13,6% случаев [28, 37, 72, 199]. Причинами неполноценного лечения больных, по мнению экспертов, являются: ошибки диагностики (соответственно 28,3% и 16,4% случаев); недисциплинированность больного (24,7% и 23,5%); недостаточный контроль лечебного процесса (19,6% и 12,2%); отсутствие необходимых лекарственных средств и диагностической аппаратуры (15,4% и 7,1%); особенность течения заболевания (12,0% и 8,0%) [28, 72, 84, 216].

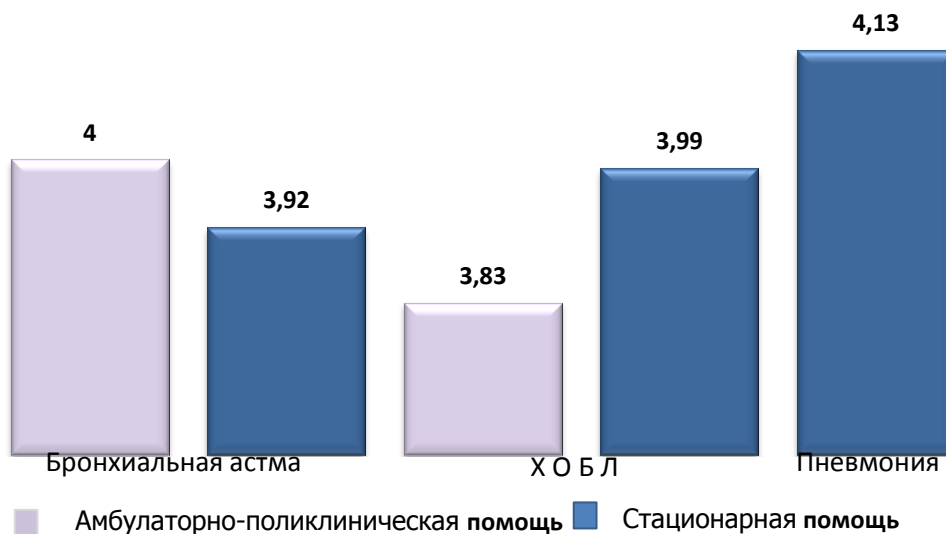


Рисунок 2.1. Результаты экспертной оценки качества назначения лекарственной терапии при заболеваниях органов дыхания (баллы).

Результаты нашей экспертной оценки качества назначения лекарственной терапии при заболеваниях органов дыхания, выраженные в баллах (по 5-ти бальной шкале оценок), свидетельствуют о достаточно высоком его уровне, составляющем в среднем 3,97 балла при диапазоне от 3,83 балла при лечении ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических условиях до 4,13 балла – при лечении пневмонии.

При организации лечебного процесса большую роль в повышении его эффективности имеет лечебно-оздоровительный режим. Однако анализ результатов экспертной оценки показывает, что лечебно-оздоровительный режим не назначается соответственно в 63,8% и 53,4% случаев при лечении ХОБЛ и БА в амбулаторно-поликлинических условиях, в 9,3% и 8,4% случаев – при лечении в стационарных условиях (Амурская область). В учреждениях здравоохранения Ярославской области подобные дефекты организации лечебно-профилактического процесса выявлены соответственно в 84,7% и 72,4% случаев при лечении ХОБЛ и БА.

Среди организационных ошибок при оказании медицинской помощи больным пульмонологического профиля наиболее распространенными являются: необоснованная госпитализация (0,5% при бронхиальной астме и 2,0% - при ХОБЛ); несоблюдение рекомендованных сроков лечения (от 1,0% при ХОБЛ до 21,0% – при пневмонии); лече-

ние в непрофильном учреждении и на несоответствующем этапе эвакуации – от 0,5% до 22,5%.

Однако самое большое количество ошибок организации лечебно-профилактического процесса определяется отсутствием необходимых реабилитационных и профилактических рекомендаций больным заболеваниями органов дыхания. Их удельный вес достигает от 18,6% при лечении ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических условиях до 52,2% при лечении ХОБЛ в стационаре. При этом в специализированных учреждениях здравоохранения эти ошибки встречаются в среднем на 25,0% реже, чем в муниципальных учреждениях здравоохранения.

Таблица 2.7

Частота организационных ошибок при оказании медицинской помощи больным пульмонологического профиля в муниципальных учреждениях здравоохранения (%)

Виды организационных ошибок	Нозологические формы БОД и условия оказания медицинской помощи				
	БА Поликлиника	БА Стационар	ХОБЛ Поликлиника	ХОБЛ Стационар	Пневмония Стационар
Необоснованная госпитализация	-	0,5	-	2,0	0,0
Отсутствие показанной госпитализации	12,6	-	12,7	-	-
Несвоевременная (поздняя) госпитализация	-	7,9	-	5,4	6,3
Несоблюдение сроков лечения	0,0	7,4	1,0	9,4	21,0
Лечение в непрофильном учреждении	16,5	0,5	22,5	0,0	1,3
Лечение на несоответствующем этапе эвакуации	0,0	0,5	0,0	1,0	0,6
Отсутствие рекомендаций по реабилитации	34,0	50,5	20,6	52,2	65,0
Отсутствие рекомендаций по профилактике	32,0	47,4	18,6	44,3	60,5

В частности, антисмокинговые программы для больных ХОБЛ также как программы лечебной физкультуры реализуются соответственно только в 5,0% и 17,2% случаев (Амурская область) и 3,5% и

1,7% случаев – в Ярославской области; психотерапевтические программы оздоровления больных бронхиальной астмой – на 24,7%. В среднем качество реализации антисмокинговых программ в лечебно-оздоровительном процессе на уровне первичного звена здравоохранения при хронических респираторных заболеваниях составляет 0,14 балла, психотерапевтических программ – 0,43 балла, диетологических программ – 0,75 балла.

В структуре дефектов, которые выявляются в результате экспертизы качества медицинской помощи, врачи-терапевты участковые при социологическом опросе на первое место ставят «неполное обследование больных» (55,4±2,3%), на второе место – «неправильное ведение и оформление медицинской документации» (29,8±2,1%), на третье место – «диагностические ошибки» (8,9±1,3%).

Таблица 2.8

Структура дефектов качества медицинской помощи, выявляемых в процессе ее экспертизы в амбулаторно-поликлинических учреждениях (социологический опрос, %)

Контингенты респондентов (врачи-терапевты участковые)	Дефекты качества медицинской помощи					
	Дефекты оформления медицинской документации	Неполное обследование больных	Неадекватное лечение	Диагностические ошибки	Другие	Всего
Амурская область	19,0±2,8	62,1±3,4	5,1±1,5	5,1±1,5	8,7±2,0	100,0
Ярославская область	37,7±2,9	50,6±3,0	-	11,7±1,9	-	100,0
	$t = 4,67$	$t = 2,25$	$t = 3,40$	$t = 2,75$	$t = 4,35$	
Городские ЛПУ	20,1±3,2	57,7±4,0	6,0±1,9	5,4±1,8	10,8±2,5	100,0
Сельские ЛПУ	15,2±5,2	76,1±6,2	2,2±0,7	4,3±2,9	2,2±0,7	100,0
	$t = 0,80$	$t = 2,25$	$t = 1,35$	$t = 0,32$	$t = 3,44$	

При этом сравнительный анализ ответов респондентов, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях различных регионов, показывает статистически значимые различия структуры дефектов качества медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе ее оказания. Например, удельный вес таких дефектов качества медицинской помощи, как «неполное обследо-

ние больных» преобладает в ответах респондентов из Амурской области ($62,1 \pm 3,4\%$) по сравнению с ответами респондентов из Ярославской области ($50,6 \pm 3,0\%$), при $t=2,55$. В то же время «неправильное ведение и оформление медицинской документации» и «диагностические ошибки» преобладают в оценках врачей, работающих в учреждениях здравоохранения Ярославской области (соответственно $37,7 \pm 2,9\%$ и $11,7 \pm 1,9\%$), при $t=4,67$. По сравнению с ответами на аналогичные вопросы врачей, работающих в учреждениях здравоохранения Амурской области (соответственно $19,0 \pm 2,8\%$ и $5,1 \pm 1,5\%$), $t=2,75$.

Удельный вес такого дефекта качества медицинской помощи как «неполное обследование больных» также значительно выше в учреждениях села ($76,1 \pm 6,2\%$) по сравнению с учреждениями города ($57,7 \pm 4,0\%$), $t=2,52$ при статистически незначимых различиях удельного веса других дефектов качества медицинской помощи.

Эти же факторы обуславливают более низкий уровень тактических ошибок при организации лечебных мероприятий больным пульмонологического профиля в специализированных учреждениях здравоохранения, по сравнению с обще терапевтическими. В частности, при оказании медицинской помощи больным ХОБЛ в специализированных учреждениях здравоохранения частота тактических лечебных ошибок ($5,4\%$) в 7,0 раз меньше, чем в муниципальных учреждениях здравоохранения ($37,9\%$), а при оказании медицинской помощи больным бронхиальной астмой – в 9,4 раза меньше (соответственно $3,2\%$ и $30,0\%$).

Доля больных, получающих адекватное лечение в поликлинике, составляет $77,2\%$ (в сельской местности неадекватное лечение пневмонии достигает $27,6 \pm 5,13\%$, в городе – $11,0 \pm 2,51\%$) [29].

Для принятия необходимых управленческих решений и достижения стабильных показателей качества оказываемой медицинской помощи, поддержания их на соответствующем уровне и обеспечения доступности качественных медицинских услуг для широких слоев населения, особенно значимым является получение необходимой информации с использованием социологических методов. Социологические исследования по изучению мнения пациентов о качестве меди-

цинской помощи в настоящее время играют важную роль в получении ценной оперативной информации, которая может быть использована в управлении работой лечебно-профилактических учреждений [1, 36, 120, 144, 232].

Общественное мнение как инструмент обратной связи наряду с анализом статистических показателей дает возможность выявлять достижения и недостатки функционирования системы оказания медицинской помощи населению для своевременного принятия необходимых управленческих решений [97]. Медико-социологический мониторинг, основываясь на результатах анкетирования участников процесса профилактической, лечебно-диагностической, организационной и финансовой деятельности, позволяет выявить существенные проблемы, оказывающие влияние на качество медицинской помощи [179].

В этой связи, для получения научной информации о тех или иных процессах в системе организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля использованы социологические исследования, широко применяемые в настоящее время специалистами различного направления. В условиях модернизации и развития здравоохранения общественное мнение больше, чем когда-либо, играет роль индикатора происходящих перемен [100,209]. Поэтому социальный эффект достигнутых результатов целесообразно оценивать через восприятие основных потребителей и производителей медицинских услуг.

Однако, для того, чтобы анкета могла достаточно точно и корректно отражать субъективно-объективный компонент восприятия пациентами качества медицинской помощи, необходимо выполнить ряд основных требований, предъявляемых к исследованию коллективного мнения [36, 169, 180]:

– ориентированный характер анкеты (при ее формировании необходимо четко представлять цель исследования: удовлетворенность качеством медицинской помощи или оценка восприятия своего субъективного состояния здоровья, как, например, при оценке качества жизни);

- многофазное обследование в двух вариантах: повторное обследование и 2-3-кратный опрос одних и тех же лиц;
- сочетание опроса с экспертными оценками работы медицинских учреждений;
- обеспечение надежности, чувствительности, достоверности и репрезентативности регистрируемых в анкетах данных, поскольку все анкеты отражают субъективный характер восприятия.

На практике это означает, что, после того как будут сформированы опросники, определены критерии включения в исследование, его методы, необходимо провести процедуру валидации – проверки психометрических свойств опросника. При этом необходимо при составлении опросников учитывать тот факт, что удовлетворенность респондентов качеством медицинского обслуживания в определенной мере объясняется тем, с какой целью посещает больной лечебно-профилактическое учреждение [169, 180].

Для социологической оценки респираторного здоровья населения, доступности и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля использован метод анкетирования и соответствующий социологический инструментарий. В частности, для этих целей с использованием материалов ВОЗ: *Burden of major Respiratory Disease – WHO survey и EUROHIS*: разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. – М.: «Права человека», 2005. – 193 с. (ред. Русского издания д.м.н. проф. Т.М. Максимова; ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН) [259] разработаны анкеты: «Медико-социальная оценка респираторного здоровья населения, доступности и качества пульмонологической помощи»; «Медико-социальная оценка качества жизни и медицинской помощи больного хроническими заболеваниями органов дыхания».

Использование первой анкеты, состоящей из 65 пунктов, отражающих ее предназначение, осуществлялось в популяционных исследованиях в различных возрастно-половых и социальных группах населения Амурской области, при этом выборочная совокупность составила 618 наблюдений. Социально-демографическая структура респондентов была представлена всеми социальными, возрастно-

половыми и профессиональными группами населения. Среди них жители города составляют 68,2%, жители села – 31,8%. Удельный вес работающих среди респондентов составляет 72,0%, а неработающих – 28,0%; среди участников социологического опроса мужчины составляют 42,4%, женщины – 57,6%. В репрезентативной выборке представлены практически все возрастные группы взрослого населения: до 20 лет – 2,2%, от 21 до 30 лет – 18,6%, от 31 до 40 лет – 15,4%, от 41 до 50 лет – 27,5%, от 51 до 60 лет – 23,8%, старше 60 лет – 12,5%.

Другая анкета (71 вопрос) была использована для опроса больных хроническими заболеваниями органов дыхания (бронхиальная астма, ХОБЛ), находящихся на стационарном лечении в муниципальных и федеральных учреждениях здравоохранения Амурской области (333 наблюдения). Анкеты пациентов поликлиники и стационара включали, кроме вопросов, характеризующих социально-демографическую структуру респондентов, блоки вопросов по оценке собственного здоровья и динамике его состояния, потребности в систематическом наблюдении врача и степени потребности в различных видах медицинской помощи. Кроме этого, в программу изучения включены вопросы по оценке качества медицинской помощи, организации работы ЛПУ и степени полноты оказанной медицинской помощи.

В целом, социологический опрос населения проведен среди 951 человек (репрезентативная выборка), проживающих в различных муниципальных образованиях Амурской области, а с учетом экспертной оценки мнения врачей-терапевтов участковых в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей совокупный размер выборки составил 1500 человек.

Большинство (65,4±2,2%) респондентов (врачи-терапевты участковые, работающие в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской области) оценивают качество медицинской помощи больным пульмонологического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях как «удовлетворительное», 25,5±2,0% – как «хорошее» и «очень хорошее», 4,1±0,9% - как «плохое» (5,0±1,0%

– затруднились ответить). При этом доли «хороших» оценок качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Ярославской области ($28,7 \pm 2,7\%$) несколько больше аналогичных оценок врачей-терапевтов участковых Амурской области ($21,0 \pm 2,9\%$), при $t=1,98$.

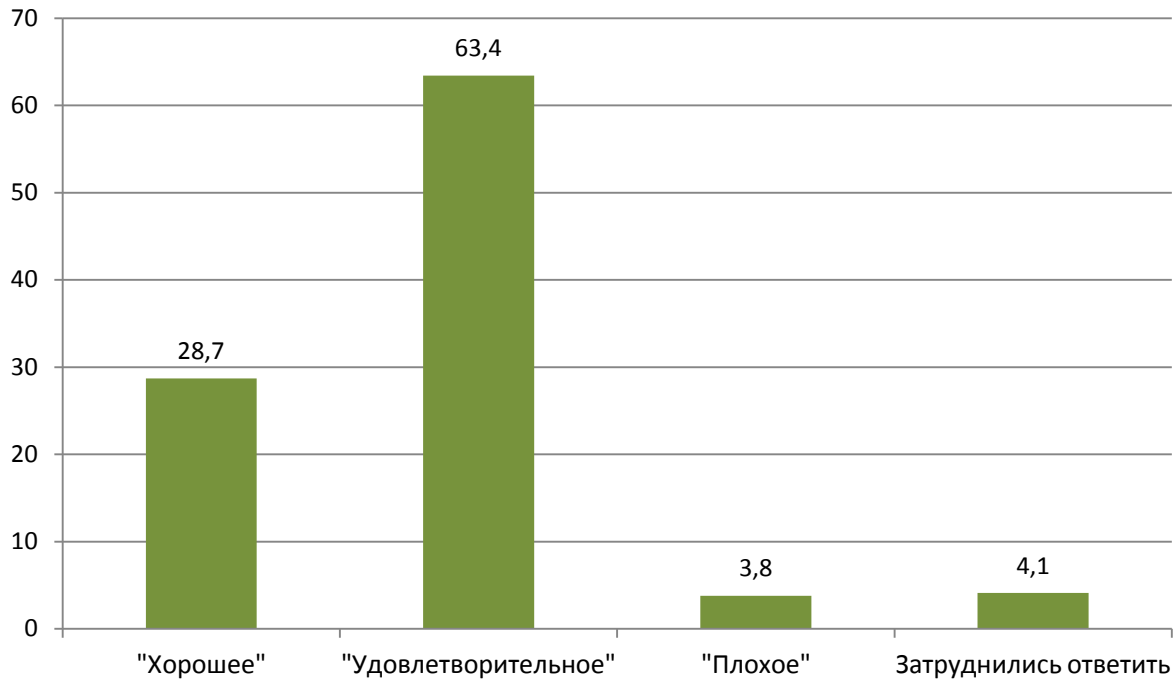


Рисунок 2.2. Социологическая оценка качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля врачами-терапевтами участковыми (Ярославская область, 2012г.)

Статистически значимые различия социологических оценок качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля выявлены и среди врачей, работающих в учреждениях города и села. В частности, в учреждениях здравоохранения сельских населенных пунктов доля респондентов, оценивающих качество медицинской помощи как «удовлетворительное» составляет $82,6 \pm 5,5\%$, а в городских учреждениях здравоохранения – $63,8 \pm 3,9\%$ ($t=2,81$). В то же время удельный вес «хороших» оценок качества медицинской помощи в городских ЛПУ ($23,5 \pm 3,4\%$) почти в 2 раза больше, чем в сельских ($13,0 \pm 4,9\%$), при $t=1,78$.

Таблица 2.9

Социологическая оценка качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля в амбулаторно-поликлинических учреждениях (%)

Контингенты респондентов	Социологические оценки					
	«Очень хорошее»	«Хорошее»	«Удовлетворительное»	«Плохое»	«Очень плохое»	«Затрудняюсь ответить»
Врачи-терапевты участковые Амурской области	3,1±1,2	17,9±2,7	68,2±3,3	4,6±1,5	-	6,2±1,7
Врачи-терапевты участковые Ярославской области	0,8±0,3	27,9±2,7	63,4±2,9	3,8±1,1	-	4,1±1,2
Врачи-терапевты участковые городских ЛПУ	4,0±1,6	19,5±3,2	63,8±3,9	6,0±1,9	-	6,7±2,0
Врачи-терапевты участковые сельских ЛПУ	-	13,0±4,9	82,6±5,5	-	-	4,4±1,3

Анализ результатов социологических исследований показывает, что большинство пациентов (64,2±3,3%), страдающих заболеваниями органов дыхания, оценивают качество оказываемой им медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Амурской области как «хорошее» и «очень хорошее», 24,9±3,0% – как «среднее» и только 1,5±0,8% – как «плохое» и «очень плохое»; при этом 9,4±2,0% респондентов затруднились ответить.

Таблица 2.10

Социологическая оценка качества медицинской помощи больным заболеваниями органов дыхания в лечебно-профилактических учреждениях Амурской области (%)

№ п/п	Оценки качества медицинской помощи (социологический опрос)	Жители города	Жители села	В целом
1.	Очень хорошее	19,6±2,8	19,0±5,1	19,4±2,7
2.	Хорошее	46,1±4,1	41,4±6,4	44,8±3,5
3.	Среднее	23,8±3,5	27,6±5,8	24,9±3,0
4.	Плохое	-	3,4±2,3	1,0±0,7
5.	Очень плохое	0,7±0,6	-	0,5±0,4
6.	Затруднились ответить	9,8±2,4	8,6±3,6	9,4±2,0

Сравнительная оценка качества медицинской помощи жителями города и села свидетельствует, что пациенты, проживающие в город-

ских населенных пунктах, более позитивно оценивают качество медицинской помощи, оказываемой им при заболеваниях органов дыхания (доля «очень хороших» и «хороших» оценок в совокупности составляет $65,1 \pm 3,9\%$) по сравнению с пациентами, проживающими в сельской местности ($60,4 \pm 6,4\%$). При этом, доля «плохих» оценок в совокупности значительно больше среди жителей села ($3,4\%$), по сравнению с жителями города ($0,7\%$), $p < 0,05$.

Таблица 2.11

Структура причин возникновения конфликтов врача и пациента
(социологический опрос, %)

№ п/п	Причины конфликтов врача и пациента	Категории респондентов		
		Врачи-терапевты участковые Амурской области	Врачи-терапевты участковые Ярославской области	В целом
1	Отсутствие оборудования	$36,9 \pm 3,4$	$40,4 \pm 3,0$	$38,9 \pm 2,2$
2	Очереди в ожидании приема врача	$24,1 \pm 3,0$	$34,7 \pm 2,9$	$30,2 \pm 2,1$
3	Низкое, по мнению пациентов, качество работы врача	$2,6 \pm 1,1$	-	$1,1 \pm 0,4$
4	Неправильное оформление документов пациенту	$1,0 \pm 0,3$	$1,9 \pm 0,8$	$1,5 \pm 0,5$
5	Отказ врача выписать рецепты на бесплатные или льготные лекарства	$2,6 \pm 1,1$	$4,9 \pm 1,3$	$3,9 \pm 0,9$
6	Невнимательное отношение врача к пациенту	$1,0 \pm 0,3$	-	$0,5 \pm 0,1$
7	Дополнительная оплата медицинских услуг	$1,0 \pm 0,3$	$0,8 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,2$
8	Личные качества врача	$0,5 \pm 0,1$	-	$0,2 \pm 0,1$
9	Личные качества пациента	$17,5 \pm 2,7$	$10,6 \pm 1,8$	$13,5 \pm 1,5$
10	Другое	$2,1 \pm 0,9$	$1,5 \pm 0,7$	$1,7 \pm 0,6$
11	Затруднились ответить	$10,7 \pm 2,2$	$5,2 \pm 1,3$	$7,6 \pm 1,2$
12	Всего	100,0	100,0	100,0

Среди причин возникновения конфликтных ситуаций при взаимодействии врача и пациента в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений врачи-терапевты участковые наиболее часто называют «отсутствие необходимого диагностического и лечебного

оборудования» ($38,9 \pm 2,2\%$), «очереди в ожидании приема врача» ($30,2 \pm 2,1\%$) и «личные качества пациента» ($13,5 \pm 1,5\%$). При этом статистически значимые различия ответов респондентов выявлены только по двум позициям: «очереди в ожидании приема врача», удельный вес которой преобладает в ЛПУ Ярославской области ($34,7 \pm 2,9\%$) по сравнению с Амурской областью ($24,1 \pm 3,0\%$), при $t = 2,58$ и «личные качества пациентов», удельный вес которых в структуре причин возникновения конфликтных ситуаций врача и пациента по мнению врачей-терапевтов участковых выше в ЛПУ Амурской области ($17,5 \pm 2,7\%$) по сравнению с Ярославской ($10,6 \pm 1,8\%$), при $t = 2,15$.

В учреждениях здравоохранения городских населенных пунктов среди причин возникновения конфликтных ситуаций во взаимоотношениях врача и пациента больше удельный вес таких причин, как «очереди в ожидании приема врача» ($26,8 \pm 3,6\%$) по сравнению с сельскими ЛПУ ($15,2 \pm 5,2\%$), при $t = 1,84$; в то же время в сельских ЛПУ более значителен удельный вес таких причин как «отсутствие оборудования» ($39,1 \pm 7,1\%$) и «личные качества пациента» ($26,1 \pm 6,4\%$) по сравнению с учреждениями здравоохранения города (соответственно $36,2 \pm 3,9\%$ и $14,8 \pm 2,9\%$).

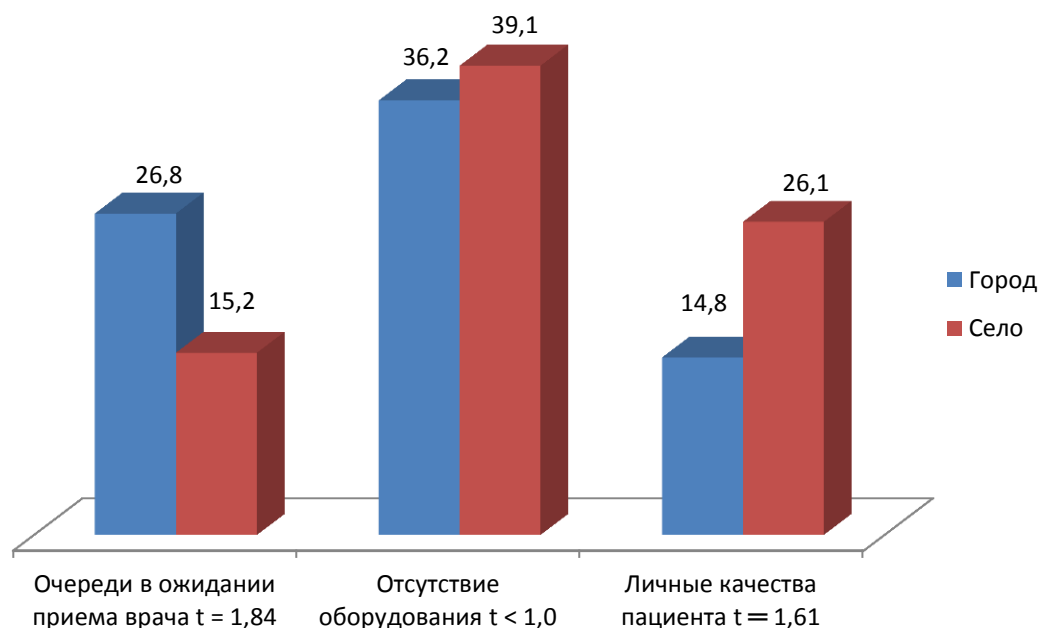


Рисунок 2.3. Удельный вес основных причин конфликтных ситуаций во взаимоотношениях врача и пациента в городских и сельских учреждениях здравоохранения (Амурская область, социологический опрос, %)

Результаты исследования показали, что врачи-пульмонологи более позитивно оценивают состояние медицинской помощи больным пульмонологического профиля по сравнению с врачами-терапевтами участковыми, большинство (68,4%) из которых считают, что уровень состояния пульмонологической помощи является «хорошим» и 26,4% – «удовлетворительным». Среди дефектов качества медицинской помощи, выявляемых в процессе экспертной оценки медицинской помощи больным пульмонологического профиля, врачи-пульмонологи выделяют: «неполное обследование на догоспитальном этапе» (52,6%); «неправильное ведение и оформление медицинской документации» (36,9%); «дублирование исследований, проводимое на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах лечения» (10,5%).

В 2008 году А.В. Гаджиев с соавторами [60, 150] проводил исследование мнения городского населения об организации и качестве пульмонологической помощи, в котором лишь 1/5 часть опрошенных больных показала, что с введением обязательного медицинского страхования качество пульмонологической помощи улучшилось (20,1%); 72,% населения показали, что качество помощи не изменилось, а 7,4% посчитали, что оно снизилось: эти пациенты отметили низкую материально-техническую оснащенность пульмонологических кабинетов поликлиник. Участвующие в данном исследовании пациенты внесли ряд предложений по улучшению качества пульмонологической помощи:

- улучшить оснащение пульмонологических кабинетов современной диагностической аппаратурой;
- улучшить организацию приема к врачам-пульмонологам и в лечебно-диагностические кабинеты;
- увеличить перечень бесплатных лекарственных средств, выписываемых больному врачом-пульмологом;
- многие пациенты хотели бы иметь возможность записываться на прием к врачу-пульмологу по телефону;
- 17,9% респондентов по результатам этого исследования считают необходимым для улучшения качества медицинского обслуживания повышение финансирования, в том числе – и улучшение мате-

риального положения медицинского персонала.

Нельзя не признать, что данные результаты демонстрируют осмысленный и здравый подход населения к проблемам организации поликлинической помощи.

Анализ изучения качества медицинского обслуживания населения (по данным социологического опроса, популяционная выборка) свидетельствует, что значительная доля пациентов учреждений здравоохранения «вполне удовлетворены» качеством медицинской помощи ($36,2 \pm 0,8\%$), $28,8 \pm 0,7\%$ – «скорее удовлетворены, чем не удовлетворены». При этом $9,1 \pm 0,5\%$ пациентов «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены» и только $1,6 \pm 0,2\%$ – «совершенно не удовлетворены» ($24,3 \pm 0,7\%$ пациентов затруднились с ответом).

Женщины более критично оценивают качество медицинской помощи по сравнению с мужчинами: доля положительных оценок качества медицинской помощи среди мужчин ($71,5 \pm 1,5\%$) значительно больше, чем среди женщин ($62,1 \pm 1,3\%$), $p < 0,001$, в то же время доля отрицательных оценок среди женщин ($12,7 \pm 0,5\%$) в 1,9 раза больше, чем у мужчин ($6,4 \pm 0,3\%$), $p < 0,001$.

Качество медицинской помощи, по оценкам респондентов, выше в стационарных учреждениях здравоохранения, по сравнению с амбулаторно-поликлиническими, и в учреждениях городской местности, по сравнению с сельскими.

В целом, оценивая степень достаточности внимания, уделяемого здоровью населения медицинскими работниками, большинство ($54,9 \pm 0,8\%$) респондентов считают эту степень достаточной, а $28,7 \pm 0,7\%$ дают отрицательную оценку. При этом, жители сельских поселений в меньшей степени удовлетворены уровнем внимания к их состоянию здоровья со стороны медицинских работников ($52,0 \pm 1,2\%$) по сравнению с жителями города ($57,0 \pm 1,1\%$), $p < 0,001$.

Одним из важных условий эффективности медицинской помощи пульмонологическим больным является обеспечение различных групп населения доступными квалифицированными ее видами. При этом доступность медицинской помощи законодательно рассматривается, как один из основных принципов охраны здоровья населения

Российской Федерации (Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), обеспечивающих условия для реализации конституционного права на охрану здоровья.

Под доступностью услуг здравоохранения понимается не просто возможность попасть в медицинское учреждение. Это, разумеется, важно, однако, главным считается своевременное получение помощи, адекватной потребности, и дающей наилучшие из возможных результатов для здоровья, при условии, что личные расходы потребителей на медицинские услуги не должны являться непосильным бременем для семейного или личного бюджета и, тем более, являться причиной отказа от лечения [97].

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор) в 2009 году было организовано социологическое исследование по изучению мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи. Данное исследование проводилось в 83 субъектах Российской Федерации, в том числе и Амурской области. В анкетировании приняли участие 575 человек, проживающих на территории Амурской области, соответствующих объему репрезентативной выборки по изучению мнений и оценок пользователей услуг здравоохранения (пациенты различных типов ЛПУ) в различных возрастных и социальных группах городского и сельского населения.

Среди респондентов данного исследования на территории Амурской области основную долю составили лица в возрасте от 18 до 65 лет (89,5%), среди которых 44,4% мужчин и 55,6% – женщин. По социальному статусу респонденты распределились следующим образом: 37,8% составили рабочие и служащие государственных предприятий; 23,5% – работники негосударственного сектора экономики; 25,3% – пенсионеры; 3,9% – учащиеся и 9,5% – прочие категории граждан. Основную долю среди респондентов составили лица с высшим и средним специальным образованием (34,5%). Таким образом, в данном социологическом исследовании [97] приняли участие представители различных социальных и возрастно-половых групп насе-

ния, обеспечивающих репрезентативность статистической выборки и объективность результатов исследования.

Статистический инструментарий, используемый для проведения исследования, включал блоки вопросов, ориентированных на оценку: доступности медицинской помощи населению; степени удовлетворенности результатами медицинской помощи; информированности потребителей медицинских услуг и др.

По результатам социологического исследования, проводимого в рамках этого проекта (2009 г.), жители Амурской области на вопрос: «Куда Вы обращались за медицинской помощью в течение года?» ответили: «в поликлинику по месту жительства» (69,9%), «госпитализированы в больницу» (32,1%), «вызывали скорую медицинскую помощь» (22,4%), «в платные медицинские учреждения или к частнопрактикующим специалистам» (21,2%), «к народным целителям, знахарям и гомеопатам» (0,2%); при этом, 7,8% респондентов ответили, что «не обращались ни к кому, так как лечились сами», а 7,0% – «не обращались ни к кому, т.к. не было необходимости».

В сравнении с этими данными, доля лиц, обращающихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение, стационар, скорую медицинскую помощь на территории РФ в целом несколько выше (соответственно 72,9%, 37,9%, 23,4%). Вместе с тем, удельный вес лиц, обращающихся за медицинской помощью в платные медицинские учреждения на территории области (21,2%) на 3,4% больше, чем в РФ в целом (17,8%), так же, как и доля населения, не обращающегося никуда в связи с самолечением (соответственно 7,8% и 7,2%). Данные обстоятельства свидетельствуют отнюдь не о большей степени платежеспособности населения Амурской области по сравнению с другими субъектами Российской Федерации, в том числе и входящими в состав Дальневосточного федерального округа.

Результаты социологического исследования обращаемости населения за медицинской помощью, проведенного на территории Амурской области позволили установить, что регулярно (не менее 1 раза в год) в амбулаторно-поликлинические учреждения обращается 59,5±0,9% постоянного населения территории. При этом 25,1±0,7%

посещают данные учреждения не реже 1 раза в год, $18,9 \pm 0,6\%$ посещают 2 раза в год, $16,7 \pm 0,6\%$ – не менее 4 раза в год и $18,7 \pm 0,6\%$ посещают ЛПУ 1 раз в месяц и чаще. Доля пациентов часто посещающих амбулаторно-поликлинические учреждения увеличивается прямо пропорционально по возрасту ($\rho=0,98$). При этом, минимальный удельный вес такой категории пациентов, наблюдаемый в возрастной группе 21-30 лет ($25,1 \pm 1,7\%$), возрастает в 2,1 раза в старших возрастных группах ($53,5 \pm 0,6\%$); $p < 0,001$.

Таблица 2.12

Структура обращений населения за медицинской помощью в течение года, на территории Дальневосточного региона (%)

РЕГИОН	Ответ на вопрос: «Куда Вы обращались за медицинской помощью в течение года?»						
	В поликлинику по месту жительства	Госпитализированы в больницу	Вызывали скорую медицинскую помощь	В платные медицинские учреждения или к частно-практикующим специалистам	Народным целителям, знахарям, гомеопатам и др.	Не обращались ни к кому, так как лечились сами	Не обращались ни к кому, так как не было необходимости
Амурская область	69,9	32,1	22,4	21,2	0,2	7,8	7,0
Еврейская автономная область	74,3	34,7	30,4	17,0	1,6	10,4	6,2
Камчатский край	69,8	29,3	25,0	14,7	3,0	13,1	7,1
Магаданская область	67,7	33,6	18,0	13,9	1,6	8,8	12,9
Приморский край	64,7	32,0	19,1	18,5	3,9	10,2	10,0
Республика Саха (Якутия)	81,8	40,8	31,6	13,7	2,9	5,2	3,9
Сахалинская область	65,2	28,7	16,2	18,7	1,2	11,4	10,0
Хабаровский край	69,5	30,8	21,2	17,5	1,2	6,4	7,7
Чукотский автономный округ	73,8	14,1	10,0	3,6	0,8	11,9	10,2
Дальневосточный федеральный округ	70,8	30,7	21,6	15,5	1,9	9,5	8,4
Российская федерация	72,9	37,9	23,4	17,8	2,5	7,2	6,3

Удельный вес лиц, редко посещающих амбулаторно-поликлинические учреждения (1 раз в несколько лет) статистически достоверных различий в различных возрастных группах респондентов не имеет ($t < 1,0$). Вместе с тем, в категории населения практически не посещающих учреждения первичного звена здравоохранения наблюдается обратная корреляционная связь частоты данного явления и возраста ($r = -0,89$). Так, если в возрасте до 20 лет доля посещающих ЛПУ, являясь максимальной, составляет $15,9 \pm 2,3\%$, то к возрасту 60 лет и старше – уменьшается до минимального уровня ($8,7 \pm 1,2\%$), т.е. в 1,8 раза ($p < 0,001$).

Гендерные различия частоты посещения амбулаторно-поликлинических учреждений проявляются в том, что доля лиц, часто посещающих поликлинику (амбулаторию, ФАП) значительно выше среди женщин ($37,6 \pm 0,6\%$), по сравнению с мужчинами ($30,8 \pm 0,8\%$), в то же время удельный вес лиц, не посещающих данные учреждения, среди мужчин в 1,7 раза больше ($14,0 \pm 1,0\%$), чем среди женщин ($8,3 \pm 0,5\%$), $p < 0,001$.

Причины редкого посещения населением поликлиники (амбулатории, ФАП) обусловлены комплексом факторов, прежде всего, социально-экономического, медицинского и организационного характера. Четвертая часть ($25,3 \pm 1,0\%$) всех причин редкого посещения амбулаторно-поликлинических учреждений связана с дефицитом финансовых средств, при этом в старших возрастных группах населения на долю этой причины приходится от $33,0 \pm 2,5\%$ (в возрасте 51-60 лет) до $42,1 \pm 2,7\%$ (в возрасте 60 лет и старше).

На втором месте в структуре причин редкого посещения населением поликлиники находятся причины, обусловленные отсутствием мотивации обращения в медицинское учреждение («считаю себя здоровым»). На их долю приходится в целом $18,7 \pm 0,9\%$, при этом диапазон их удельного веса варьирует обратно пропорционально возрасту респондентов: от минимального уровня в возрастной группе 60 лет и старше – ($9,6 \pm 1,6\%$) до максимального - в возрастной группе до 20 лет ($41,0 \pm 4,5\%$); $p < 0,001$.

Значительная доля населения мотивирует редкое посещение поликлиники «недостатком свободного времени» и «высокой степе-

ную занятости трудовой деятельностью». Диапазон этих причин колеблется от $5,3 \pm 1,2\%$ в возрасте 60 лет и старше до $22,6 \pm 2,1\%$ в возрастной группе 41-50 лет, что является закономерным и отражает степень трудовой занятости населения, в целом составляя $16,3 \pm 0,9\%$.

Определенная часть населения ($13,3 \pm 0,8\%$) объясняет причины редкого посещения учреждений здравоохранения тем, что при появлении потребности в медицинской помощи «лечатся самостоятельно или по совету знакомых»; доля этих причин наиболее высока в молодом возрасте (до 20 лет).

Качество медицинской помощи, неудовлетворяющее потребности населения является также одной из основных причин редкого посещения амбулаторно-поликлинических учреждений, составляя в целом $12,5 \pm 0,8\%$ и достигая максимального уровня ($17,2 \pm 1,9\%$) в зрелом трудоспособном возрасте (41-50 лет).

Косвенными индикаторами оценки степени доступности и качества медицинской помощи населению являются следующие характеристики: затраты времени пациентов на дорогу в лечебно-профилактические учреждения, на посещение диагностических кабинетов и ожидание приема врача в поликлинике, сроки ожидания плановой госпитализации.

В этой связи, затраты времени на ожидание приема врача в поликлинике составляют: до 15 минут – $36,5\%$, до 30 минут – $31,3\%$, до 1 часа – $17,6\%$, до 2 часов – $9,0\%$, более 2 часов – $5,6\%$; при этом, доля пациентов, ожидающих приема врача более 2 часов на территории области также больше, чем по РФ в целом ($5,1\%$), также, как затраты времени пациентов на посещение диагностических кабинетов в амбулаторно-поликлиническом учреждении, которые у $13,2\%$ респондентов составляют более 1 часа (в РФ – $10,6\%$).

На вопрос: «Удобен ли для Вас график работы врачей и служб поликлиники?» положительный ответ дали $60,0\%$ респондентов, проживающих на территории области (в РФ – $59,0\%$), что является самым высоким показателем среди субъектов ДФО, при минимальном значении показателя в Еврейской автономной области ($43,8\%$).

Доля лиц со сроком ожидания госпитализации более 1 месяца на

территории области (4,9%) на 63,3% больше, чем в целом в РФ (3,0%), при этом, отсутствие очереди на госпитализацию отмечают только 27,0% населения Амурской области и 32,4% – в Российской Федерации в целом; в 19,3% случаев сроки ожидания на госпитализацию составляют «менее 2 недель», в 6,5% «до 4 недель» и в 42,3% случаев – население в госпитализации в течение года не нуждалось.

Наиболее высокая степень удовлетворенности пациентов результатами медицинского обслуживания на территории Амурской области составляет при посещении платных ЛПУ (78,0%). При обращении в стационар или скорую медицинскую помощь (соответственно 69,1% и 69,5%); при посещении поликлиники аналогичный ответ пациенты дают только в 54,8% случаев (в РФ эти показатели составляют соответственно 72,3%, 59,0%, 55,6% и 50,8%). При этом отрицательную степень удовлетворенности результатами медицинского обслуживания или «не в полной мере» отмечают 18,0% и 27,2% пациентов соответственно при посещении поликлиники, 10,6% и 20,3% – при госпитализации в стационар, 10,6% и 19,7% – при обращении на скорую медицинскую помощь и 2,5% и 19,5% – при обращении в платные ЛПУ.

Таблица 2.13

Оценка пациентами степени удовлетворенности отношением врачей в лечебно-профилактических учреждениях Амурской области (социологический опрос, %)

Типы ЛПУ	Степень удовлетворенности отношением врачей в ЛПУ		
	«Да»	«Нет»	«Не в полной мере»
Поликлиника	69,5	13,7	16,8
Стационар	82,9	6,6	10,5
Скорая медицинская помощь	71,8	10,6	17,6
Платные ЛПУ	85,8	3,0	11,2

Уровень удовлетворенности пациентов санитарно-гигиеническими условиями ЛПУ на территории области выше, чем в целом в Российской Федерации, так же, как и положительные оценки степени удовлетворенности отношением врачей при оказании медицинской помощи пациентам, составляющими при посещении платных

ЛПУ 85,8% (положительный ответ на вопрос: «Удовлетворены ли Вы отношением врачей в ЛПУ?»), 71,8% – при обращении в скорую медицинскую помощь (в Российской Федерации – 62,4%), 82,9% – при лечении в стационаре (в РФ – 70,6%) и 69,5% – при посещении поликлинике (в РФ – 65,5%).

Вместе с тем, большинство населения (67,5%) беспокоит «высокая стоимость лекарств» (в Российской Федерации – 67,1%) и «недостаточное количество хорошо оснащенных лечебных учреждений» (51,3%, в РФ – 43,8%); в меньшей степени внимание обращено на «увеличение объемов платной медицинской помощи» (35,1%, в РФ – 34,5%), «снижение качества медицинского обслуживания» (19,4%, в РФ – 19,3%), «невнимательное отношение медицинского персонала» (16,0%, в РФ – 18,0%), «недостаточно высокую квалификацию медицинского персонала» (11,3, в РФ – 13,2%) и «отсутствие правовой защиты пациента» (9,9%, в РФ – 15,5%). При этом преимущественно большинство респондентов (85,6%) в качестве приоритетов оптимальной формы оказания медицинской помощи выбирают «бесплатную государственную систему медицинской помощи» (в России – 84,0%).

Таблица 2.14

Показатели доступности медицинской помощи, удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием и информированности в области охраны здоровья граждан

№ п/п	Регион	Доступность		Удовлетворенность		Информированность	
		Баллы	Ранг	Баллы	Ранг	Баллы	Ранг
1.	Амурская область	34,05	16	23,75	18	31,25	15
2.	Еврейская автономная область	31,78	60	27,21	77	24,8	76
3.	Камчатский край	31,19	68	31	57	25,54	70
4.	Магаданская область	32,02	51	31,03	52	27,6	59
5.	Приморский край	31,21	67	29,51	70	27,98	54
6.	Республика Саха (Якутия)	32,77	35	33,48	24	28,76	44
7.	Сахалинская область	31,9	55	29,8	68	27,45	63
8.	Хабаровский край	31,92	54	32,55	33	30,15	25
9.	Чукотский автономный округ	34,36	13	31,16	49	25,97	67
10.	Дальневосточный ФО	32,36 балла		31,05 балла		27,72 балла	
11	Российская Федерация	32,82 балла		32,03 балла		28,89 балла	

Уровень обеспеченности лекарственными препаратами льготных категорий больных пульмонологического профиля большинство (49,8±2,3%) врачей-терапевтов участковых оценивают как «удовлетворительное» и 31,7±2,2% – как «хорошее» (3,7±0,8% – затруднились ответить) без статистически значимых различий этих оценок на территориях Ярославской и Амурской областей ($t < 1,0$). Вместе с тем, доля негативных оценок уровня обеспеченности лекарственными препаратами больных пульмонологического профиля в учреждениях здравоохранения города (19,5±3,2%) в 3 раза больше (при $t = 2,7$), чем в учреждениях здравоохранения села (6,5±3,2%). Следовательно, удельный вес позитивных оценок в учреждениях здравоохранения меньше (27,5±3,6%) по сравнению с учреждениями, расположенными в сельских населенных пунктах (41,3±7,2%) при $t = 1,7$. На этом фоне более высоко оценивают уровень обеспеченности лекарственными препаратами льготных категорий больных пульмонологического профиля врачи-пульмонологи, доли позитивных оценок среди которых составляют 68,4±4,3%.

Таблица 2.15

Социологическая оценка степени внимания к здоровью, оказываемого медицинскими работниками и самими пациентами, страдающими хроническими респираторными заболеваниями (Амурская область, социологический опрос, %)

Социологические оценки	Вопрос «Как Вы считаете, достаточное ли внимание оказывают Вашему здоровью медицинские работники?»	Вопрос «Как Вы считаете, достаточное ли внимание уделяете своему здоровью Вы сами?»
«Да, вполне достаточное»	78,1±2,9	17,4±2.6
«Нет, далеко недостаточное»	9,5±2.0	65,2±3.3
Затруднились ответить	12,4±2,3	17,4±2.6

На вопрос «Как Вы считаете, достаточное ли внимание оказывают Вашему здоровью медицинские работники?» большинство респондентов (больные хроническими заболеваниями органов дыхания) дали положительный ответ (78,1±2,9%) и только 9,5±2,0% ответили: «нет, далеко недостаточное» (12,4±2,3% затруднились ответить). А на вопрос «Как Вы считаете, достаточное ли внимание уделяете своему здоровью

Вы сами?» только $17,4 \pm 2,6\%$ дали положительный ответ («да, вполне достаточное») и $65,2 \pm 3,3\%$ респондентов считают, что сами уделяют своему здоровью «далеко недостаточное» внимание ($17,4 \pm 2,6\%$ затруднились ответить).

В целом, уровень «удовлетворенности» пациентов медицинским обслуживанием на территории Амурской области является достаточно высоким, достигая в ранговом значении 18 позиции и 33,75 балла (из 45 возможных), находясь на первом месте среди субъектов Дальневосточного федерального округа, отличаясь от «аутсайдера» (Еврейская автономная область) на 59 позиции в ранжированном ряду субъектов РФ.

При этом, несмотря на некоторые неблагоприятные индикаторы, характеризующие условия обеспечения доступности медицинской помощи, результаты ее социологической оценки свидетельствуют также о достаточно высоком уровне, составляющим на территории области 34,05 балла (в РФ – 32,82 балла) и занимающей 16 ранговую позицию в ранжированном ряду субъектов РФ.

Таким образом, высокая стоимость лекарственных средств, недостаточная оснащенность медицинских учреждений и увеличение объема платной медицинской помощи являются основными негативными явлениями в медицинском обслуживании населения, что определяет приоритетность решения проблем, связанных с финансовым обеспечением территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (Росздравнадзор, 2009). При этом восприятие увеличения объема платной помощи, как негативной тенденции со стороны пациентов ЛПУ обусловлено, прежде всего, их предпочтением лечиться бесплатно, то есть в рамках гарантированных государством объемов медицинской помощи. Бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в целом считает наиболее оптимальной формой оказания медицинской помощи основная часть населения.

Основными факторами, определяющими доступность медицинской помощи, являются [97]:

- сбалансированность необходимых объемов медицинской помощи с возможностями государства и финансовыми ресурсами;
- обеспеченность и уровень квалификации медицинских кадров; наличие на территории необходимых медицинских технологий;
- возможность свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации; имеющиеся транспортные возможности;
- уровень общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

В этой связи, динамика ресурсов здравоохранения указывает на устойчивую неблагоприятную тенденцию к снижению доступности пульмонологической помощи и требует повышения обеспеченности населения врачами-пульмонологами на всей территории РФ не менее чем в 1,5-2 раза, а сельского населения – в 3 раза [31].

Введение порядка оказания пульмонологической помощи больным с бронхолегочными заболеваниями и медико-экономического стандарта пульмонологической помощи выявило снижение качества медицинской помощи в связи с недостатком врачей-пульмонологов и невозможностью обеспечения ее необходимого объема на уровне первичного звена здравоохранения из-за ограничения ресурсов в ряде территорий. Все эти данные прямо и косвенно указывают на снижение доступности как терапевтической, так и специализированной пульмонологической помощи, как для взрослого, так и для детского населения и города и села. Это требует кардинального изменения обеспеченности населения пульмонологической помощью, как на уровне первичного звена здравоохранения, так и стационарной, в т. ч. высокотехнологичной помощи [31].

Преимущественное большинство больных заболеваниями органов дыхания отмечают в результате социологического опроса, что квалифицированная медицинская помощь является в «целом доступной» ($58,2 \pm 3,4\%$), при этом $16,9 \pm 2,6\%$ считают ее «абсолютно доступной». В $7,5 \pm 1,8\%$ случаев респонденты давали негативные оценки степени доступности медицинской помощи. При этом доля положительных характеристик степени доступности квалифицированной пульмонологической помощи жителями города несколько больше (в совокупности $76,2 \pm 3,5\%$), чем жителями села ($72,4 \pm 5,8\%$); в свою

очередь доля отрицательных характеристик степени доступности квалифицированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля жителями села ($8,6 \pm 3,6\%$) больше, чем жителями городских населенных пунктов ($7,0 \pm 2,1\%$).

Таблица 2.16

Социологическая оценка доступности квалифицированной медицинской помощи больным заболеваниями органов дыхания на территории Амурской области (социологический опрос, %)

№ п/п	Оценки доступности квалифицированной медицинской помощи	Жители города	Жители села	В целом
1	«Абсолютно доступна»	$14,0 \pm 2,9$	$24,1 \pm 5,6$	$16,9 \pm 2,6$
2	«В целом доступна»	$62,2 \pm 4,0$	$48,3 \pm 6,5$	$58,2 \pm 3,4$
3	«В целом недоступна»	$7,0 \pm 2,1$	$6,9 \pm 3,3$	$7,0 \pm 1,7$
4	«Совершенно недоступна»	-	$1,7 \pm 1,6$	$0,5 \pm 0,4$
5	«Затрудняюсь ответить»	$16,8 \pm 3,1$	$19,0 \pm 5,1$	$17,4 \pm 2,6$

При этом параметры социологических оценок пациентов пульмонологических учреждений и медицинского персонала различны. Анализ результатов проведенного исследования в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей свидетельствует, что большинство ($80,2 \pm 1,8\%$) врачей-терапевтов участковых на вопрос социологической анкеты «Как Вы считаете, насколько качественная квалифицированная помощь пациентам пульмонологического профиля является доступной в амбулаторно-поликлинических условиях?» ответили «в целом доступна» и «абсолютно доступна»; $10,0 \pm 1,3\%$ респондентов считает ее недоступной («в целом недоступна» и «совершенно недоступна») и $9,8 \pm 1,3\%$ – затруднились ответить.

При этом степень удовлетворения доступностью квалифицированной помощи больным пульмонологического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях выше среди оценок врачей-терапевтов участковых, работающих в учреждениях здравоохранения Ярославской области ($86,1 \pm 2,1\%$) по сравнению с их коллегами, работающими в ЛПУ Амурской области ($72,3 \pm 3,2\%$), при $t=3,36$, $p<0,00$. Доля негативных оценок («в целом недоступна» и «совершенно недоступна») степени доступности медицинской помощи в этом случае значительно больше среди респондентов Амурской области

(14,9±2,5%) по сравнению с Ярославской областью (6,4±1,5%), при $t=2,93$, $p < 0,001$.

Таблица 2.17

Социологические оценки степени доступности квалифицированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля врачами-терапевтами участковыми в различных регионах РФ (%)

Регион	Социологические оценки				
	«Абсолютно доступна»	«В целом доступна»	«В целом недоступна»	«Совершенно недоступна»	Затруднились ответить
Амурская область (n=195)	9,2±2,0	63,1±3,4	14,9±2,5	-	12,8±2,3
Ярославская область (n=265)	5,7±1,4	80,4±2,4	6,4±1,5	-	7,5±1,6
Всего в целом (n=460)	7,2±1,2	73,0±2,0	10,0±1,3	-	9,8±1,3

Одним из показателей, характеризующих качество и доступность медицинской помощи, являются сроки обращения и госпитализации больных. Как правило, больные с бронхолегочной патологией обращаются за медицинской помощью поздно, когда возможности терапии уже ограничены, диагностируются не на ранних этапах заболевания, не получают адекватной терапии, это является одной из важных причин инвалидности смертности населения. По данным Европейского респираторного общества только 25% случаев заболевания выявляется на ранних стадиях [277]. Это значительно увеличивает как прямые (связанные с лечением), так и непрямые расходы (пропущенные рабочие дни, потеря трудоспособности, преждевременная смерть).

Однако статистика свидетельствует, что в первые три дня за медицинской помощью обращаются только 47,8% больных пневмонией [128], 95,5% больных (по другим источникам) обращается позднее 3 дней от начала заболевания [101]. Позднее обращение к врачу, несвоевременная диагностика обуславливает затяжное течение и развитие хронических воспалительных заболеваний [240].



Рисунок 2.4. Социологическая оценка доступности медицинской помощи больным пульмонологического профиля врачами-терапевтами участковыми (Ярославская область, 2012г.).

Позднее обращение за медицинской помощью, ошибки в диагностике и, как следствие, лечение в непрофильных учреждениях являются основными причинами несвоевременного направления в пульмонологические центры и госпитализации. В 48,0% случаев госпитализация детей, больных пневмонией, производится несвоевременно; 38% детей с бронхолегочными заболеваниями госпитализировано позднее 5 дней от начала заболевания [28, 37, 72, 212].

У 65-70% больных БОД, направленных в пульмонологический центр в поздние сроки, наступают осложнения заболевания, а у 32,0% детей раннего возраста и 17,0% детей старшего возраста, госпитализированных с бронхолегочными заболеваниями позднее 5 дней, заболевания имели затяжной, а у 12,0% и 2,0% (соответственно) – рецидивирующий характер [67].

Экспертная оценка выявила, что 15,3% больных хроническими формами болезней органов дыхания нуждались в плановой госпитализации, однако она не проведена в 8,5% случаев. Поздняя госпитализация больных ХОБЛ и бронхиальной астмой проводится в 5,4% и 7,9% соответственно. 37,8% больных после установления диагноза пневмонии продолжают лечиться в амбулаторных условиях [134].

Несвоевременное обращение пациентов в лечебно-профилактические учреждения и поздняя госпитализация в значительной степени обусловлены характером расселения жителей и низкой плотностью населения. В этой связи наблюдается обратно пропорциональная зависимость среднегодового количества больных, направленных в пульмонологический центр, от фактора расстояния от него: если в сельской местности флюорографическому обследованию среди жителей райцентра подвергается 80,6%, среди жителей приписного участка – 73,8%, то среди жителей сельского врачебного участка – 48,9% [94, 137, 182]. Исследования по персонифицированному учету свидетельствуют о том, что до 10% жителей муниципальных образований не обращались за медицинской помощью по программе обязательного медицинского страхования, довольно большой процент населения обращается за медицинской помощью первичного и вторичного уровня в краевые и областные учреждения [182].

В частности, социально-демографическая характеристика Дальневосточного Федерального округа свидетельствует, что наличие большого числа мелких сельских и городских населенных пунктов, небольших (по численности жителей) муниципальных районных центров не позволяет развернуть в них современные лечебные учреждения достаточной мощности с оптимальной структурой. Все это приводит к ограничению доступности и снижению качества пульмонологической помощи для населения, проживающего на территориях с относительно слабым уровнем социально-экономического развития, удаленных от областного центра. Это, в свою очередь, способствует поздней диагностике болезней респираторной системы, росту уровня хронических заболеваний и, следовательно, к ранней инвалидности и смертности людей трудоспособного возраста [115, 116, 136].

Эти обстоятельства обуславливают необходимость разработки новых подходов и методов к формированию и управлению ресурсами здравоохранения. Подготовка врачей-пульмонологов и организация пульмонологических центров для населения территорий с низкой обеспеченностью пульмонологической помощью может повысить доступность и качество медицинской помощи пациентам с БОД [31].

Ограничения в доступности бесплатной медицинской помощи наблюдаются во всех типах населенных пунктов. Однако если в крупных городах наиболее существенным ограничением выступают трудности записи на прием к врачу, то в малых городах и на селе главным ограничивающим фактором является отсутствие необходимых специалистов. Сельские жители обладают наименьшими возможностями бесплатного получения нужной медицинской помощи нужного качества. В большей степени уязвимость свойственна сельским жителям в депрессивных регионах, среди которых самые уязвимые – это женщины, инвалиды и бедные неполные семьи [78, 240].

Результаты исследования свидетельствуют также о наличии существенного неравенства в доступности бесплатной и платной медицинской помощи для жителей разных регионов и типов поселения, различных социальных групп населения. Неравенство в возможностях получения бесплатной медицинской помощи жителями разных регионов связано с экономическими различиями между регионами.

Корреляционный анализ выявил средней степени зависимость ($r=0,43$) доступности медицинской помощи от экономического благополучия региона: чем больше величина валового регионального продукта (ВРП) на душу населения в регионе, тем выше уровень доступности медицинской помощи, $p<0,05$. И, следовательно, чем меньше показатели ВРП, тем больше доля населения, проживающая в регионе, обращающегося в платные учреждения здравоохранения (коэффициент ранговой корреляции Спирмена – $\rho=0,53$).

Эти результаты согласуются с проведенными в РФ исследованиями реальных условий получения населением медицинской помощи в регионах с разным уровнем экономического развития (Шишкин С.В. и др., 2007). При более высоком уровне экономического развития регионов и соответственно более значительных объемах государственного финансирования здравоохранения распространенность практик замещения бесплатной медицинской помощи платной меньше, а чем ниже размер государственного финансирования здравоохранения в регионах, тем чаще их жители вынуждены прибегать к лечению за плату.

Зависимость между уровнем ВРП и уровнем удовлетворенности населения медицинским обслуживанием не установлена ($r=0,15$), вместе с тем имеется прямая сильная корреляционная зависимость между степенью доступности и удовлетворенности медицинской помощи ($r=0,75$).

Таким образом, анализ результатов экспертной оценки качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля позволяет выявить основные дефекты и их причины в организации лечебно-диагностического процесса, факторы, оказывающие влияние на обеспечения качества в системе обще профилейной и специализированной помощи больным БОД и, следовательно, определить комплекс основных организационно-методических мероприятий, направленных на повышение ее эффективности. А социологическая оценка позволяет получить информацию о частоте и причинах обращения различных социальных групп населения в лечебно-профилактические учреждения, степени удовлетворенности пациентов результатами оказания различных видов медицинской помощи, о доступности получения необходимого объема услуг, что обеспечивает формирование целостной картины восприятия населением и специалистами здравоохранения системы оказания медицинской помощи. Это в свою очередь должно послужить основой для выработки целенаправленных управленческих решений для решения выявленных проблем и повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе в сфере пульмонологии.

Анализ организации и качества диагностического процесса в пульмонологии

Одним из важных показателей качества медицинской помощи является своевременное и правильное установление диагноза (расхождение диагнозов между участковыми терапевтами и экспертами имеет место в 15,8% случаев, врачами-пульмонологами и экспертами – в 8,9% случаев) [28, 37, 72, 199]. По мнению многих специалистов, диагноз заболеваний часто устанавливается в поздние сроки, велик удельный вес диагностических ошибок, особенно на амбулаторно-

поликлиническом этапе обследования больных [2, 163, 222, 264]. В этой связи, диагностика болезней органов дыхания, обусловленная недостаточно высоким организационным уровнем, является одной из актуальных проблем пульмонологии.

Известно, что при недостаточном уровне диагностики и терапии затраты существенно увеличиваются. В Европейском Союзе только 25% случаев данной нозологии диагностируются своевременно, в России этот показатель менее 10% (по данным Европейского респираторного общества) [190, 255].

Диагностические ошибки совершаются на всех этапах обследования пульмонологических больных; 32% – несовпадение диагноза пульмонологической поликлиники и стационара [84]; в 16-33% случаев диагноз при направлении на консультацию в пульмонологический кабинет является ошибочным [35, 110]. Совпадение диагноза при хроническом бронхите наблюдается только у 66,9% больных, при пневмонии – 87,1%, при бронхиальной астме – у 91,4% [72, 163, 228].

На поликлиническом этапе пневмония не диагностируется в 20-35% случаев, а в первые три дня пневмония распознается только у 25-35% больных [128, 224]. Поэтому принято считать, что число пневмоний неопределенно: на 1 диагностированный случай приходится несколько не диагностированных. Часто более высокие показатели заболеваемости, особенно в сельской местности, обусловлены элементами гипердиагностики (не все диагнозы подтверждены рентгенологическими и функциональными методами).

Считают, что если увеличение показателей распространенности ХОБЛ не сопровождается ростом числа обострений, то при прочих равных условиях имеются веские основания оценивать данные показатели результатом гипердиагностики [54, 72, 175]. Гипердиагностика болезней органов дыхания, по мнению экспертов, имеет место в 56,0% случаев, а гиподиагностика - в 35,6% [202].

Частота расхождений предварительного и заключительного диагнозов в детских стационарах у детей раннего возраста составляет 25%; среди детей 3-14 лет – 35%, среди детей до 1 года – 45% [52]. Несовпадение клинического и патологоанатомического диагнозов при

болезнях органов дыхания по оценкам одних исследователей составляет 9,5-15,7% [126], по оценкам других - достигает 43,4% [29].

Основными причинами диагностических ошибок на госпитальном этапе обследования являются: тяжесть состояния больных (19%); непродолжительное пребывание в больнице (11%); атипичное течение болезни (20%); неполно собранный анамнез (4%); недостаточное внимание к результатам обследования (1%); неправильная интерпретация объективных данных (2%); неполное обследование (13%); неправильная трактовка рентгенологических данных (16%) [84,126]. Эти причины можно сгруппировать в две группы [84]: научно-практические (не создано достоверных методик); организационные (перегруженность врачей, недостаточная диагностическая оснащенность).

Ошибки диагностики на до госпитальном этапе обследования в 53,6% случаев обусловлены отсутствием тщательно собранного анамнеза, в 9,8% – неправильной оценкой клинической симптоматики, в 12,7% - неполным обследованием [126].

Часто ошибки в диагностике болезней органов дыхания обусловлены отсутствием возможности диагностировать острые респираторные вирусные инфекции: число неверных диагнозов при БОД в период эпидемий гриппа и ОРВИ составляет 60-80%. Среди больных с диагнозом "ОРВИ" диагностируется: грипп – 25,0%, парагрипп – 50,0%, аденовирусные инфекции – 16,7%, энтеровирусные заболевания – 8,3% [202]. Проблема улучшения качества диагностики заболеваний, входящих в группу ОРВИ, требует повышения уровня теоретической подготовки врачей и широкого внедрения экспресс-методов диагностики.

К объективной причине, затрудняющей диагностику, можно отнести бессимптомное течение заболеваний; например, в 27% случаев пневмония протекает без выраженных клинических проявлений [123, 224, 268].

Погрешности в организации диагностического процесса обуславливают позднее выявление больных БОД (43% больных не известны врачам и не состоят на учете). В настоящее время ХОБЛ диагностируется в основном на III–IV стадиях развития болезни, а значи-

тельный удельный вес причин инвалидности (65,4%) обусловлен поздней диагностикой заболевания [72]. Среди больных туберкулезом, выявленных при профилактической флюорографии, деструктивные формы (как критерий несвоевременного и позднего выявления) имеют 23,9% [55].

Диагностические ошибки, допущенные в основном, вследствие неполного обследования больных (в 90% случаев не проводится полного обследования больных ХРЗ на амбулаторном этапе) приводят к удлинению диагностического периода и росту экономического ущерба [67, 72, 83, 134].

Экспертные оценки позволяют выявить дефекты в обследовании и лечении больных пульмонологического профиля в поликлиниках. Так, по данным ряда авторов, в среднем у участковых терапевтов в 30,5% и у врачей-пульмонологов – в 18% случаев обследование проведено несвоевременно и в неполном объеме (соответственно – 27,2% и 16,5%). Особенно часто это наблюдается при хроническом бронхите (участковыми терапевтами в 29,9% и врачами-пульмонологами в 18,3% случаев) и бронхиальной астме (32,7% и 20,0%) [28, 59, 62, 72].

Причинами неполного обследования в половине случаев, по мнению экспертов, являются отсутствие диагностического оборудования и аппаратуры, в 20,3% случаев – перегруженность лабораторий и других диагностических кабинетов, в 13,1% – недостаточная квалификация лечащего врача, в 7,9% – отсутствие соответствующего специалиста и в 6,1% случаев – особенность течения заболевания [5, 60, 61, 62, 72].

Среди основных дефектов качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля в муниципальных учреждениях здравоохранения, по нашим данным, наиболее часто встречается «неполное и неадекватное обследование», частота которых колеблется от 16,7% при обследовании пациентов с ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических условиях до 71,3% при обследовании больных пневмонией. Вместе с тем, «отсутствие необходимых условий для диагностики» как причина дефектов качества медицинской помощи больным пневмонией наблюдается только в 17,8% случаев, в то время

как при оказании медицинской помощи больным бронхиальной астмой достигает уровня 36,8%.

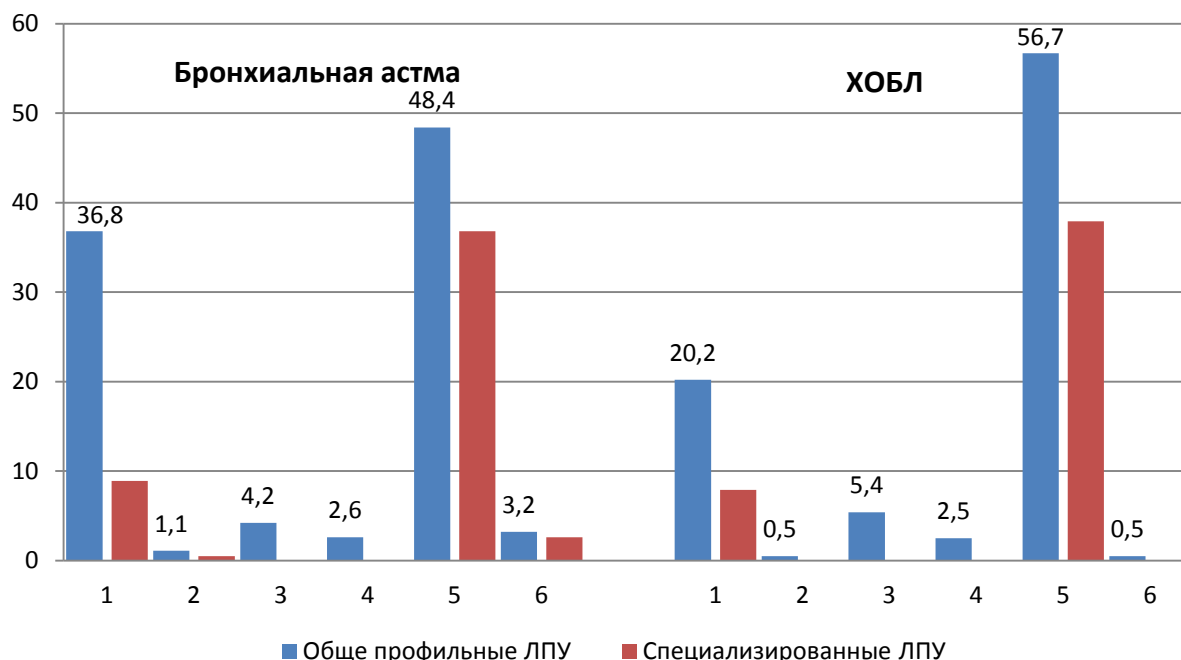


Рисунок 2.5. Сравнительная оценка основных причин дефектов КМП больным БА и ХОБЛ на диагностическом этапе в муниципальных и специализированных учреждениях: 1 – отсутствие условий для диагностики; 2 – отсутствие средств для диагностики; 3 – недостаточное внимание к результатам исследования; 4 – неправильная интерпретация объективных данных; 5 – неполное и неадекватное обследование; 6 – низкий профессиональный уровень специалистов, (%).

Среди других причин дефектов качества на диагностическом этапе оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля имеются «неправильная интерпретация объективных данных» – от 0,6% до 2,6%, «недостаточное внимание к результатам исследования» – от 4,2% до 5,4%, «отсутствие необходимых средств для диагностики» – от 0,5% до 3,2% и «низкий профессиональный уровень специалистов» – от 0,5% до 6,3%.

При этом следует отметить, что частота основных причин дефектов качества на диагностическом этапе оказания медицинской помощи в ведомственных специализированных учреждениях здравоохранения значительно меньше, чем в муниципальных учреждениях здравоохранения.

Таблица 2.18

Основные причины дефектов качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля в муниципальных учреждениях здравоохранения (Амурская область, экспертная оценка, %)

Дефекты качества медицинской помощи	Нозологические формы БОД и условия оказания медицинской помощи				
	БА Поликлиника	БА Стационар	ХОБЛ Поликлиника	ХОБЛ Стационар	Пневмония Стационар
Отсутствие необходимых условий для диагностики	22,3	36,8	19,6	20,2	17,8
Отсутствие необходимых средств для диагностики	0,0	1,1	0,0	0,5	3,2
Недостаточное внимание к результатам исследования	0,0	4,2	0,0	5,4	0,0
Неправильная интерпретация объективных данных	2,0	2,6	0,0	2,5	0,6
Неполное и неадекватное обследование	28,2	48,4	16,7	56,7	71,3
Низкий профессиональный уровень специалистов	1,0	3,2	1,0	0,5	6,3

Например, «отсутствие необходимых условий для диагностики» как причина дефектов качества при оказании медицинской помощи на ее диагностическом этапе больным БА и ХОБЛ в специализированных учреждениях здравоохранения наблюдается соответственно в 4,1 раза и в 2,5 раза реже по сравнению с обще профильными учреждениями. Неполное и неадекватное обследование - соответственно на 31,5% и 49,6% реже. А такие причины, как «недостаточное внимание к результатам исследования», «неправильная интерпретация объективных данных», «низкий профессиональный уровень специалистов» при ХОБЛ в ведомственных (специализированных) учреждениях здравоохранения не встречаются совсем. Это обусловлено более высоким уровнем профессиональной подготовки специалистов и материально-технического обеспечения специализированных ведомственных учреждений здравоохранения, по сравнению с обще профильными или терапевтическими медицинскими подразделениями.

Таблица 2.19

Частота дефектов качества на диагностическом этапе оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля в муниципальных учреждениях здравоохранения (Амурская область, экспертная оценка, %)

Дефекты качества медицинской помощи	Нозологические формы БОД и условия оказания медицинской помощи			
	БА Поликлиника	БА Стационар	ХОБЛ Поликлиника	ХОБЛ Стационар
Неполно собранный анамнез	27,2	52,6	20,6	54,7
Неполное физикальное обследование	1,0	2,1	0,0	4,4
Неполное лабораторное обследование	8,7	48,4	8,8	52,2
Неполное функциональное обследование	20,4	43,2	13,7	40,9
Неполное инструментальное обследование	29,1	53,7	16,7	48,3
Неполное рентгенологическое обследование	12,6	6,8	9,8	3,0

Частота дефектов качества на диагностическом этапе оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля в муниципальных учреждениях здравоохранения Амурской области обусловлена различными причинами. Среди них наиболее значимыми являются: неполно собранный анамнез, доля которых составляет от 20,6% при обследовании пациентов ХОБЛ на амбулаторно-поликлиническом этапе до 54,7% при оказании помощи в стационарных условиях. Частота таких причин как «неполное физикальное обследование» составляет от 0,0% (ХОБЛ на амбулаторном) до 4,4% (ХОБЛ на стационарном этапе); неполное лабораторное обследование – от 8,7% и 8,8% (при БА и ХОБЛ на амбулаторном этапе) до 48,4% и 52,2% соответственно (БА и ХОБЛ на стационарном этапе).

Установлено, что дефекты в диагностическом процессе при оказании медицинской помощи больным пульмонологического профиля в специализированных учреждениях здравоохранения наблюдаются значительно реже, чем в обще профильных или терапевтических учреждениях. В частности, при бронхиальной астме дефекты качества медицинской помощи, обусловленные неполно собранным анамнезом

– в 6,6 раза, неполным лабораторным обследованием – на 55,6%, неполным функциональным обследованием – на 61,2%, неполным инструментальным обследованием – на 54,7%, неполным рентгенологическим обследованием – на 61,9%.

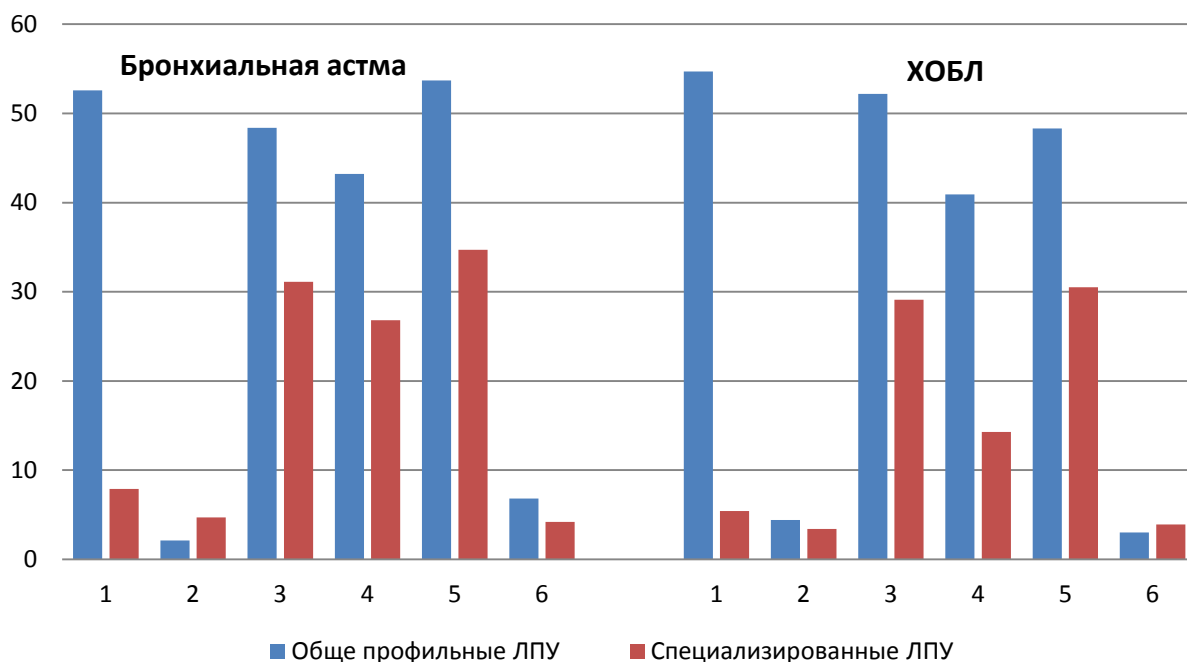


Рисунок 2.6. Сравнительная оценка дефектов диагностического процесса при оказании медицинской помощи больным БА и ХОБЛ: 1 - неполно собранный анамнез; 2 - неполное лабораторное обследование; 3 - неполное функциональное обследование; 4 - неполное инструментальное обследование; 5 - неполное рентгенологическое обследование; 6 - неполное физикальное обследование.

При хронической обструктивной болезни легких градиент показателей частоты дефектов диагностического процесса в обще профильных и специализированных учреждениях здравоохранения также значителен: в части неполно собранного анамнеза – в 10,1 раза, неполного физикального исследования – на 29,4%, неполного лабораторного обследования – на 79,3%, неполного функционального обследования – в 2,8 раза, неполного инструментального обследования – на 58,3%.

В целом частота дефектов качества на диагностическом этапе оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях обусловлена неполно

собранным анамнезом, неполным физикальным и лабораторным обследованием.

Для выявления больных заболеваниями органов дыхания на амбулаторно-поликлиническом и госпитальном этапах необходимы эффективные методы, а качество диагностической работы подлежит объективной оценке. В этой связи разработка наиболее рациональных и информативных методов диагностики болезней органов дыхания и техническая оснащённость лечебно-профилактических учреждений являются одной из актуальных задач современной пульмонологии [10, 47, 83, 129, 134, 163].

В последние годы в решении этой проблемы появился определенный позитивный опыт. Например, разработаны и используются в практике автоматизированная комплексная программа в работе врача-пульмонолога; система автоматизированной диагностики хронического бронхита в амбулаторных условиях; инструментально-программный комплекс для реализации системного подхода в диагностике и лечении БОД; модель дифференцированного обследования поликлинических контингентов; организованы бригады для комплексного клинического и морфофункционального исследования; использование новых диагностических возможностей диффузионного теста с оценкой СО и NO, измерение оксида азота в выдыхаемом воздухе для диагностики бронхолегочных заболеваний [19, 23, 42, 96, 203].

Важной задачей пульмонологии является разработка системы активного выявления и лечения лиц в стадии предболезни, с факторами риска болезней органов дыхания. В этой связи, построение интегральной системы организации дифференциально-диагностической службы – путь повышения эффективности пульмонологической помощи в целом [122, 202].

Важным условием для улучшения диагностики заболеваний бронхолегочного аппарата является совершенствование диагностической службы поликлиник, а основой для совершенствования и организации дифференциально-диагностической помощи – современные клиничко-функциональные, рентгенологические и инструментальные

методы [78, 92, 134, 182, 187, 203, 222]. Комплексные диагностические исследования, последовательно выполняемые на этапах медицинского обслуживания населения, обеспечивают правильный диагноз; при этом 82% больных пульмонологического профиля не нуждаются в госпитализации для выявления заболеваний [61, 268]. В этой связи разработка наиболее рациональных и информативных методов диагностики БОД и техническая оснащенность лечебно-профилактических учреждений являются одной из актуальных задач современной пульмонологии.

В диагностике заболеваний бронхолегочной системы большое значение имеет использование комплекса лабораторных, функциональных, инструментальных и рентгенологических методов исследования в рамках действующих стандартов оказания медицинской помощи [162]. В частности, в качестве основных критериев диагностики хронических респираторных заболеваний (бронхиальная астма и ХОБЛ) используются результаты исследования дыхательных объемов и потоков, микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты и лаважа, исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения, определение парциального давления кислорода в мягких тканях (оксиметрия), рентгенография органов грудной клетки.

Вместе с тем, результаты экспертной оценки качества диагностического процесса в амбулаторно-поликлинических условиях оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля свидетельствуют о неполном обследовании. Так, например, микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты и лаважа при ХОБЛ выполнено только в 29,4% и 35,3% случаев соответственно; исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков – в 5,9% случаев, рентгенография органов грудной клетки – в 94,1%. При обследовании больных бронхиальной астмой на амбулаторном этапе спирометрия не проводилась только в 1,0% случаев, в то время как в стационарных условиях этот показатель составляет 19,5%.

Однако в диагностическом процессе различные средства и методы исследования используются недостаточно: на 100 человек рентге-

нологические исследования применяются лишь у 40-52, функциональные исследования – у 15, бронхоскопия и бронхография – у 1-2, исследование мокроты – у 28. Рентгенологическое обследование легких в первый день обращения проводится у 58,5%, в первые три дня – у 18,3%, в более поздние сроки – у 23,6%. Верификация диагноза с использованием бронхоскопии осуществляется только у 12,0%, а цитоморфологических методов – у 54,0% больных. Предшествующие лабораторные, инструментальные и рентгенологические исследования проведены только в 7,5% среди группы умерших от БОД больных [92, 182]. Неблагополучно организован процесс этиологической диагностики пневмонии [128, 224]. В поликлинических условиях функция внешнего дыхания определяется только у 1,7% пульмонологических больных; недостаточно используются консультативные осмотры специалистов: отоларинголога – 4,9%, фтизиатра – 3,3%, онколога – 1,0% [9].

Результаты экспертной оценки качества диагностики в амбулаторно-поликлинических условиях оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля (Ярославская область) свидетельствуют о неполном обследовании.

Таблица 2.20

Полнота использования методов диагностики при амбулаторно-поликлиническом обращении больных хроническими респираторными заболеваниями (Ярославская область, 2012 г., %)

№ п/п	Методы диагностики	Бронхиальная астма	ХОБЛ	В целом
1	Спирометрия	48,5	32,5	42,8
2	Электрокардиография	52,5	22,5	37,5
3	Клинический анализ крови	60,0	62,5	61,2
4	Исследование уровня антител к аллергенам	0,0	-	0,0
5	Микроскопическое исследование мокроты и лаважа	-	10,0	10,0
6	Бактериологическое исследование мокроты и лаважа	-	0,0	0,0
7	Исследование уровня кислорода, углекислого газа крови, кЩС	2,5	0,0	2,5
8	Бронхоскопия	0,0	-	0,0
9	Рентгенография органов грудной клетки	-	22,5	22,5
10	Компьютерная томография легких	7,5	-	7,5

Так, например, микроскопическое исследование мокроты и лаважа при ХОБЛ выполнено только в 10,0% случаев (бактериологическое исследование мокроты не проводилось в 100% случаев); исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков – в 32,5% случаев, рентгенография органов грудной клетки – в 22,5%. При обследовании больных бронхиальной астмой на амбулаторном этапе спирометрия не проводилась в 51,5% случаев, исследование уровня антител к аллергенам не проводилась в 100% случаев.

В учреждениях первичного звена здравоохранения Амурской области микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты и лаважа у больных ХОБЛ было выполнено только в 29,4% и 35,3% случаев соответственно, исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков – только в 5,9% случаев, рентгенография органов грудной клетки – в 94,1%.

Как известно, ранняя диагностика заболеваний органов дыхания играет огромную роль в достижении положительных результатов лечения [23]. Высокий уровень смертности взрослого населения, особенно мужчин, по причине ХОБЛ указывает на необходимость широкого внедрения спирометрии и других функциональных методов диагностики на этапе первичной медицинской помощи и при профилактических обследованиях населения, что может улучшить диагностику и эффективность лечения этих больных [7, 31, 229].

Основную долю среди контингента пациентов врача-пульмонолога составляют больные хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА), которые требуют особых условий обеспечения диагностического процесса и длительного мониторинга течения заболеваний. В частности, задачей обследования пациента при ХОБЛ является оценка степени тяжести заболевания (в том числе выраженности ограничения скорости воздушного потока), определение влияния на состояние здоровья пациента, и определение риска будущих неблагоприятных событий (обострение заболевания, госпитализация или смерть) выработка тактики лечения (GOLD, 2011).

По оценкам экспертов GOLD, диагноз ХОБЛ следует заподозрить у всех пациентов с одышкой, хроническим кашлем или выделе-

нием мокроты и/или наличием характерных для этой болезни факторов риска в анамнезе. При этом диагноз должен быть подтвержден с помощью оценки показателей функции внешнего дыхания (спирометрическим критерием ограничения скорости воздушного потока является постбронходилатационное отношение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду и форсированной жизненной емкости легких – $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$, что свидетельствует о наличии персистирующего ограничения скорости воздушного потока и, следовательно о развитии ХОБЛ). В этой связи спирометрия является наиболее воспроизводимым, объективным и доступным методом измерения ограничения скорости воздушного потока для диагностики ХОБЛ [7, 69, 228, 229].

При диагностике бронхиальной астмы исследование функции легких и в особенности подтверждение обратимости нарушений функции внешнего дыхания значительно повышает достоверность диагноза (Killian K.d., Watson R, Otis D. at al., 2000) и позволяет оценить тяжесть бронхиальной обструкции, ее обратимость и вариабельность. Общепринятым критерием диагностики БА служит прирост $ОФВ_1 > 12\%$ и > 200 мл по сравнению со значением до ингаляции бронхолитика [70,227].

В настоящее время существуют различные методы оценки степени бронхиальной обструкции, но из них только два (CINA, 2011) используются повсеместно у пациентов в возрасте старше 5 лет: спирометрия, в частности определение $ОФВ_1$ и $ФЖЕЛ$; пикфлоуметрия – измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ).

В данном случае спирометрия является методом выбора для оценки выраженности и обратимости бронхиальной обструкции в процессе диагностики бронхиальной астмы ($ОФВ_1$ и $ФЖЕЛ$ измеряют с использованием спирометра при форсированном выдохе). Общепринятым критерием диагностики бронхиальной астмы служит прирост $ОФВ_1 > 12\%$ и > 200 мл по сравнению со значением до ингаляции бронхолитика [7, 227, 229, 252]. Пиковая скорость выдоха измеряется с помощью пикфлоуметра и является таким же важным методом диагностики и оценки эффективности терапии БА.

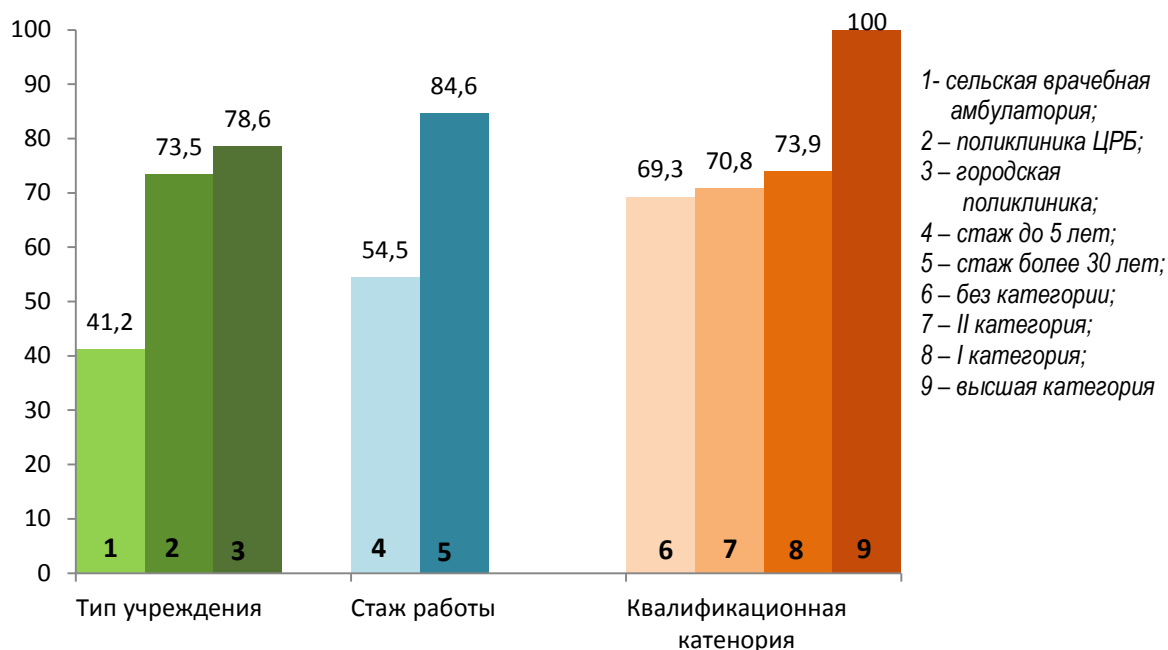


Рисунок 2.7. Удельный вес врачей-терапевтов участковых постоянно использующих методы спирометрии для оценки функционального состояния больных с бронхолегочными заболеваниями в амбулаторно-поликлинической практике

Результаты социологического исследования, проведенного в условиях реальной клинической практики, свидетельствуют, что врачи-терапевты участковые используют методы оценки функционального состояния больных с бронхолегочными заболеваниями в $87,8 \pm 2,0\%$ случаев, в том числе только $65,4 \pm 2,2\%$ используют спирометрию «постоянно», а $22,4 \pm 1,9\%$ – «редко»; $4,4 \pm 0,9\%$ респондентов, отвечающих на соответствующий вопрос социологической анкеты, отметили, что используют спирометрию для диагностики бронхолегочных заболеваний «только в исключительных случаях», $7,8 \pm 0,8\%$ – «никогда не используют», при этом $5,2 \pm 1,0\%$ из них считают, что для этого «нет необходимых условий».

Корреляционный анализ позволил выявить высокую степень статистической зависимости ($r=1,0$) уровня использования спирометрии в диагностическом процессе респираторной патологии в учреждениях первичного звена здравоохранения от места их размещения, стажа, опыта работы и квалификации специалистов. Например, если специалисты, имеющие стаж профессиональной деятельности более 30 лет, спирометрию в диагностике респираторной патологии посто-

янно используют в $84,8 \pm 6,2\%$ случаев, то начинающие врачи (стаж работы до 5 лет) – на $55,5\%$ меньше ($54,5 \pm 10,6\%$).

Аналогичные закономерности наблюдаются при анализе частоты использования этих методов среди врачей различной профессиональной квалификации: специалисты высшей квалификационной категории в $100,0\%$ случаев постоянно используют методы функциональной диагностики, в то время как среди врачей, не имеющих категории, эта доля составляет $69,3 \pm 4,9\%$ ($p < 0,001$); при этом если среди врачей, систематически повышающих свой профессиональный уровень в системе последиplomного профессионального образования специалистов здравоохранения, этот показатель составляет $78,0 \pm 3,3\%$, то среди лиц, не проходящих регулярно такую подготовку – только $58,9 \pm 7,8\%$ ($p < 0,001$).

Аналитическая оценка результатов исследования позволила выявить и различия в степени использования спирографии в терапевтической практике специалистов, работающих в учреждениях амбулаторно-поликлинической службы. Если в городских поликлиниках доля врачей постоянно использующих в своей практической деятельности методы исследования функции внешнего дыхания достигает $78,4 \pm 3,8\%$, то среди врачей сельских амбулаторий – почти в 2 раза меньше ($41,2 \pm 11,9\%$), $p < 0,001$; при этом удельный вес респондентов, отметивших «отсутствие необходимых условий» для этого в сельских врачебных амбулаториях составил $35,2\%$, в то время как в городских поликлиниках - в 10 раз меньше ($3,5\%$).

В целом в учреждениях здравоохранения сельских населенных пунктов методы оценки функционального состояния больных с бронхолегочными заболеваниями постоянно используются только в $60,9 \pm 7,1\%$ случаев, в то время как в учреждениях здравоохранения города на $29,0\%$ больше ($78,5 \pm 3,3\%$), $t > 2$, $p < 0,001$.

При этом выявлено, что доля врачей, не использующих совсем эти методы диагностики в амбулаторно-поликлинической практике в учреждениях здравоохранения села достигает $19,5 \pm 3,8\%$, в то время как в городских учреждениях только $5,4 \pm 1,2\%$, $t > 2$, $p < 0,001$. Также «редко» и «только в исключительных случаях» функциональные ме-

тоды исследования на уровне первичного звена здравоохранения в Ярославской области используют $33,0 \pm 1,6\%$ врачей-терапевтов участковых, в то время как на территории Амурской области только $16,9 \pm 1,4\%$ ($t > 2,0$, $p < 0,001$).

В тоже время $22,0 \pm 2,1\%$ респондентов (врачи-терапевты участковые) на территории Амурской области оценивают степень обеспеченности и оснащенности амбулаторно-поликлинических учреждений диагностическим оборудованием для больных пульмонологического профиля как «низкую» и «очень низкую», а на территории Ярославской области – только $16,3 \pm 1,4\%$ ($t < 2,0$, $p < 0,05$). Соответственно «высокая» и «очень высокая» степень обеспеченности амбулаторно-поликлинических учреждений диагностическим оборудованием для пациентов пульмонологического профиля на территории Ярославской области по результатам социологических оценок респондентов составляет в совокупности $31,3 \pm 1,9\%$, в то время как в Амурской области – только $20,5 \pm 1,8\%$ ($t < 2,0$, $p < 0,05$). При этом в учреждениях здравоохранения сельской местности (Амурская область) доля низких оценок ($30,5 \pm 4,9\%$) респондентов степени обеспеченности диагностическим оборудованием своих рабочих мест на $56,4\%$ больше, чем в учреждениях города ($19,5 \pm 2,1\%$), $p < 0,001$.

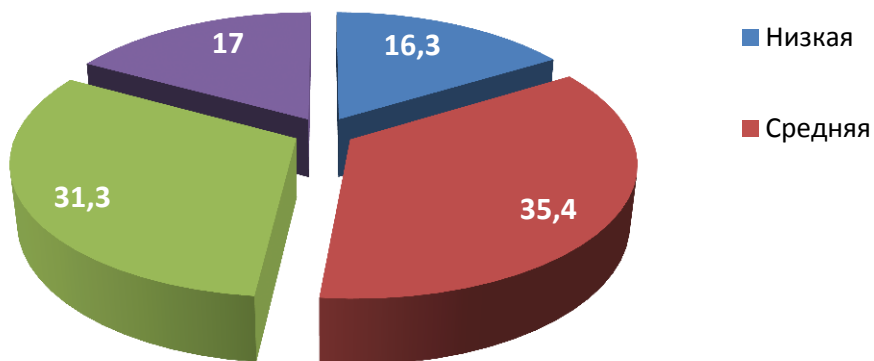


Рисунок 2.8. Результаты социологического исследования степени оснащения диагностическим оборудованием пульмонологического профиля учреждений здравоохранения, %.

Современный стандарт оснащения кабинета врача-пульмонолога предусматривает не только требования к организации рабочих мест специалистов и их оснащению, но и содержит перечень

необходимых приборов и инструментов для обеспечения диагностической и лечебной работы с больными пульмонологического профиля в условиях амбулаторно-поликлинической практики. Соответствующий табель оснащения, предусматривает пульсоксиметр, небулайзер компрессорный, портативный спирометр с регистрацией кривой-поток, набор для оказания неотложной помощи, прибор для измерения уровня окиси углерода в выдыхаемом воздухе, прибор для измерения окиси азота в выдыхаемом воздухе, пикфлоуметр [161].

В настоящее время, в соответствии со стандартами оснащения кабинета врача-пульмонолога и отделения пульмонологии (приказ МЗ РФ №916н от 15.11.2012г.), перед органами и учреждениями здравоохранения стоит задача укомплектования соответствующих подразделений пульмонологической службы диагностическим и лечебным оборудованием.

Социологическая оценка ресурсного обеспечения пульмонологической помощи, проведенная врачами-терапевтами участковыми на территории Ярославской области, свидетельствует о «высокой» (31,3%) и «средней» (35,4%) степени оснащения диагностическим оборудованием ЛПУ; и только 11,7% респондентов считают, что пациенты с заболеваниями органов дыхания обеспечены средствами самоконтроля своего функционального состояния. Удовлетворительной считают степень выполнения федеральных стандартов по профилю пульмонологии 74,0% врачей-терапевтов участковых.

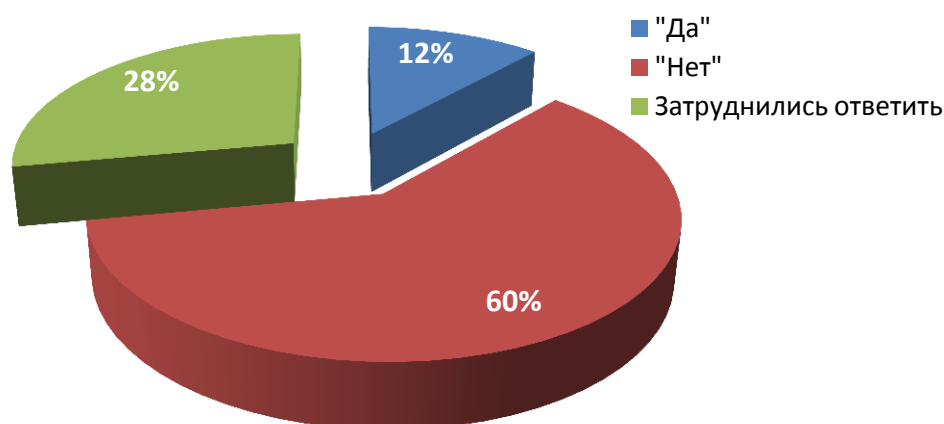


Рисунок 2.9. Результаты социологического исследования обеспеченности пациентов с заболеваниями органов дыхания средствами самоконтроля их функционального состояния, %.

Экспертная оценка ресурсного обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений (Амурская область) показывает, что спирографы и пикфлоуметры имеются только в 46,7% учреждений, пульсоксиметры – в 30%, газификаторы и концентраторы кислорода соответственно в 10,0% и 13,3% учреждений, тренажеры дыхательные (инспираторные и экспираторные) соответственно в 10,0% и 6,7% учреждений.

Если в целом 35,2±2,2% врачей-терапевтов участковых оценивают степень обеспеченности и оснащенности амбулаторно-поликлинических учреждений диагностическим оборудованием для пациентов пульмонологического профиля как «среднюю», 18,7±1,3% – как «низкую» и «очень низкую», а 26,8±1,3% – как «высокую» и «очень высокую» (19,3±1,8% респондентов затруднились ответить), то врачи-пульмонологи амбулаторно-поликлинического звена дают преимущественно «высокие» (47,4%) и «очень высокие» (15,8%) оценки данного состояния. При этом доля «средних» и «низких» параметров оценки составляет соответственно 31,6% и 5,2%. Следовательно, степень оснащенности оборудованием специализированных кабинетов выше, чем обще профильной службы учреждений здравоохранения.

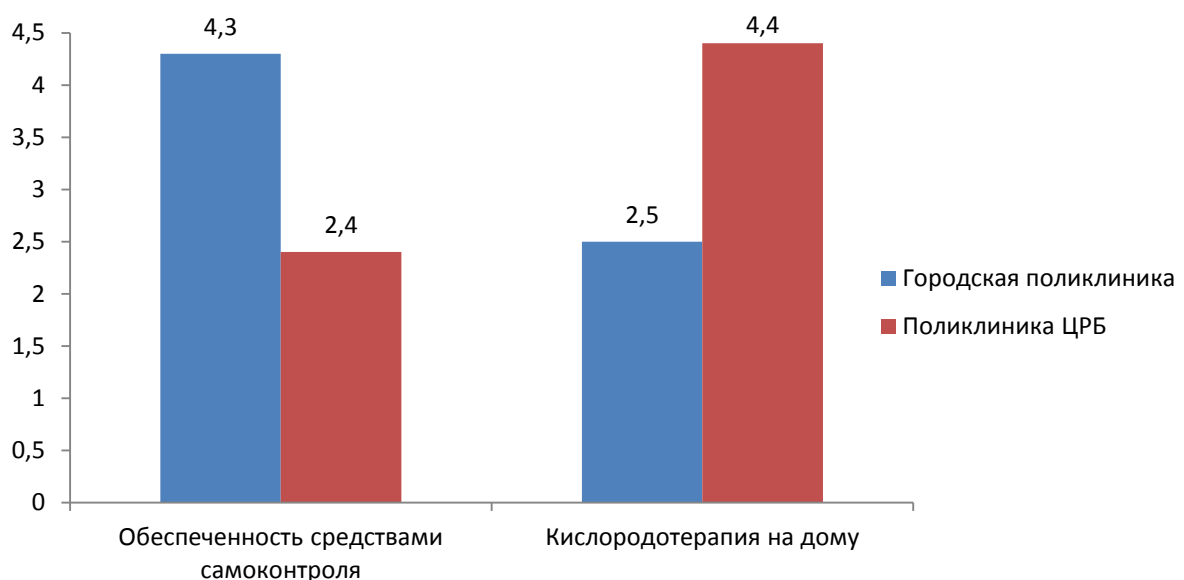


Рисунок 2.10. Различия в степени обеспеченности пациентов средствами и приборами самоконтроля функционального состояния респираторной системы и использования кислородотерапии на дому (%) в городских поликлиниках и поликлиниках ЦРБ.

В системе мониторинга больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой большое значение имеет контроль функционального состояния пациентов для целей обоснования и корректировки медикаментозной корригирующей терапии. Вместе с тем проведенный анализ материалов социологического исследования показывает, что только $15,7 \pm 1,6\%$ пациентов данного профиля обеспечены средствами и приборами самоконтроля их функционального состояния ($58,9 \pm 2,2\%$ – не обеспечены и $25,4 \pm 2,0\%$ – респондентов затруднились ответить). При этом доля положительных ответов на этот вопрос социологической анкеты дали $11,7 \pm 1,9\%$ респондентов в Ярославской и $21,0 \pm 2,9\%$ – в Амурской области ($t=2,73$, $p<0,001$). В зоне влияния городских поликлиник степень обеспеченности средствами самоконтроля функционального состояния пациентов пульмонологического профиля почти в 2 раза выше ($27,7 \pm 4,2\%$ положительных ответов), по сравнению с поликлиниками ЦРБ ($14,3 \pm 5,0\%$), при $t=2,1$, $p<0,001$.

Степень использования при оказании медицинской помощи больным пульмонологического профиля кислородотерапии на дому по результатам экспертной оценки в целом составляет только $6,3 \pm 1,1\%$, при этом в учреждениях здравоохранения Ярославской области – $7,6 \pm 1,6\%$ и $4,6 \pm 1,5\%$ – Амурской области при статистически незначимых различиях показателей в городских поликлиниках и поликлиниках ЦРБ.

Анализ степени удовлетворенности врачей-терапевтов участковых материально-техническим обеспечением амбулаторно-поликлинических учреждений показывает, что примерно равные доли ($46,7 \pm 2,3\%$ и $48,3 \pm 2,3\%$ соответственно) удовлетворены («полностью удовлетворены» и «скорее удовлетворены, чем не удовлетворены») и не удовлетворены («скорее не удовлетворены, чем удовлетворены» и «совсем не удовлетворены») оснащением необходимым оборудованием и приборами ($t<1,0$); $52,4 \pm 2,3\%$ и $40,8 \pm 2,2\%$ соответственно – обеспеченностью инструментами, расходными материалами и инвентарем ($t=3,7$), и $51,6 \pm 2,3\%$ и $44,1 \pm 2,3\%$ соответственно – площадью, планировкой и техническим состоянием помещений ($t=2,4$).

Таблица 2.21

Степень удовлетворенности врачей-терапевтов участковых материально-техническим обеспечением амбулаторно-поликлинических учреждений (Амурская и Ярославская области, %)

Характер материально-технического обеспечения		Социологические оценки				
		«Полностью удовлетворены»	«Скорее удовлетворены, чем не удовлетворены»	«Скорее не удовлетворены, чем удовлетворены»	«Совсем не удовлетворены»	Затруднились ответить
Оснащение оборудованием и приборами	АО	16,4±2,6	38,4±3,4	33,5±2,2	10,3±2,1	4,1±1,4
	ЯО	7,5±1,6	33,2±2,8	35,5±2,9	18,1±2,3	5,7±1,4
Обеспеченность инструментами, расходными материалами и инвентарем	АО	15,4±2,5	41,0±3,5	29,2±3,2	9,8±2,1	4,6±1,5
	ЯО	9,1±1,7	40,4±3,0	29,0±2,7	13,2±2,0	8,3±1,6
Площадь, техническое состояние помещений	АО	21,0±2,9	39,0±3,4	22,1±2,9	12,3±2,3	5,6±1,6
	ЯО	12,1±2,0	33,2±2,8	30,6±2,8	20,7±2,4	3,4±1,1

При этом степень удовлетворенности материально-техническим обеспечением в учреждениях здравоохранения Амурской области выше (оснащением оборудованием и приборами – 54,8±3,5%, обеспеченностью инструментами и инвентарем – 56,4±3,5%, площадью, планировкой и техническим состоянием помещений – 60,0±3,5%) по сравнению с Ярославской областью (соответственно 40,7±3,0%, 49,5±3,0% и 45,3±3,0%), при $t > 2,0$.

Удельный вес врачей-терапевтов участковых, неудовлетворенных материально-техническим оснащением ЛПУ, расположенных в городской или сельской местности, различен при оценке отдельных его видов. Оснащению оборудованием негативную оценку дают 47,9±7,3% врачей сельских ЛПУ и 39,0±3,9% врачей городских учреждений здравоохранения (при $t = 1,08$). При оценке обеспеченности учреждений инструментами и инвентарем и удовлетворенности техническим состоянием помещений доли не удовлетворительных оценок больше среди врачей, работающих в учреждениях здравоохранения города (соответственно 40,2±4,0% и 36,9±3,9%) по сравнению с

оценками врачей, работающих в сельских ЛПУ (соответственно $34,8 \pm 7,0\%$ и $26,1 \pm 6,4\%$), при $t < 1,0$; $t = 1,45$.

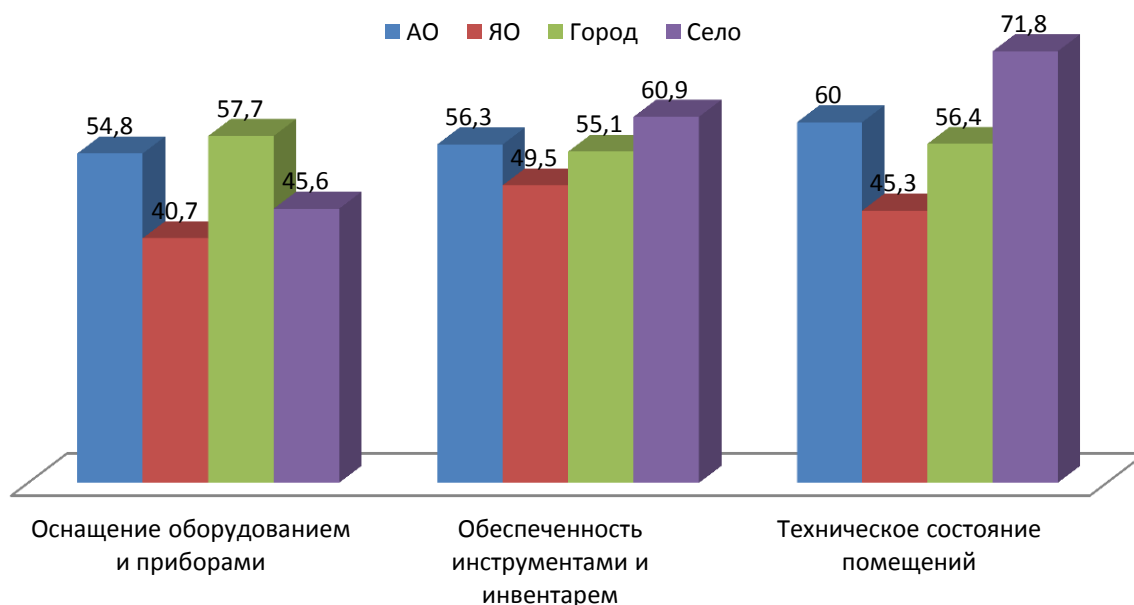


Рисунок 2.11. Различия степени удовлетворенности (совокупность позитивных ответов респондентов) врачей-терапевтов участковых материально-техническим обеспечением амбулаторно-поликлинических учреждений, %.

При анализе материально-технического обеспечения учреждений первичного звена здравоохранения неудовлетворительные оценки («скорее не удовлетворены, чем удовлетворены» и «совсем не удовлетворены») распределились следующим образом: 1-е место – «оснащение оборудованием и приборами» (доля не удовлетворительных оценок составляет $48,3 \pm 2,3\%$); 2-е место – «площадь, планировка, техническое состояние помещений» ($44,1 \pm 2,3\%$); 3-е место – «обеспеченность инструментами, расходными материалами, инвентарем» ($40,8 \pm 2,2\%$).

Социологические оценки материально-технического обеспечения ЛПУ врачей-пульмонологов имеют более позитивный характер. Доли респондентов, удовлетворенных состоянием материально-технического обеспечения своих рабочих мест, составляют $63,2\%$ («удовлетворенность оснащением необходимым оборудованием и приборами» и «обеспеченность инструментами, расходными материалами, инвентарем») и $57,9\%$ («удовлетворенность площадью, планировкой, техническим состоянием помещений»).

Качество жизни больных хроническими респираторными заболеваниями

В настоящее время особое внимание пульмонологов обращено на улучшение качества жизни больных, которое по данным при хронических заболеваниях легких достоверно снижается. Снижение качества жизни больных с хроническими заболеваниями легких, согласно мнению ряда исследователей, происходит за счет частого развития на их фоне тревожно-депрессивных расстройств. Изменения в психоэмоциональной сфере носят сложный характер, связаны как с патогенетическими особенностями заболеваний дыхательной системы, так и с изменениями социального статуса, утратой трудоспособности у тяжелобольных. Встречаются эти изменения при хронических заболеваниях легких чрезвычайно часто, в частности, для больных ХОБЛ они являются одной из ведущих клинических проблем, встречаясь у 40-80% больных [88, 109, 155, 168, 220, 257].

Большинство ($60,2 \pm 3,4\%$) больных хроническими респираторными заболеваниями оценивают свое качество жизни как «ни плохое, ни хорошее», $20,9 \pm 2,8\%$ – как «хорошее» и $1,5 \pm 0,8\%$ «очень хорошее», $6,0 \pm 1,6\%$ и $1,5 \pm 0,8\%$ как соответственно «плохое» и «очень плохое». При этом доля «хороших» и «очень хороших» оценок среди жителей города несколько больше (в совокупности $23,1 \pm 3,5\%$) по сравнению с жителями села ($20,7 \pm 5,3\%$), а доля «плохих» и «очень плохих» оценок больше среди жителей сельской местности ($8,6 \pm 3,6\%$) по сравнению с городскими жителями ($7,0 \pm 2,1$).

Таблица 2.22

Социологическая оценка качества жизни населения (проценты)

№ п/п	Оценки качества жизни (социологический опрос)	Жители города	Жители села	В целом
1.	«Хорошее»	$21,0 \pm 3,4$	$20,7 \pm 5,3$	$20,9 \pm 2,8$
2.	«Очень хорошее»	$2,1 \pm 1,1$	-	$1,5 \pm 0,8$
3.	«Ни плохое, ни хорошее»	$58,7 \pm 4,1$	$63,8 \pm 6,3$	$60,2 \pm 3,4$
4.	«Плохое»	$4,9 \pm 1,8$	$8,6 \pm 3,6$	$6,0 \pm 1,6$
5.	«Очень плохое»	$2,1 \pm 1,1$	-	$1,5 \pm 0,8$
6.	Затруднились ответить	$11,2 \pm 2,6$	$6,9 \pm 3,3$	$9,9 \pm 2,1$

Изучение качества жизни (КЖ) больных хронической обструктивной болезнью легких проводилось на базе пульмонологического отделения клиники Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания и пульмонологического отделения муниципальной клинической больницы г. Благовещенска [87]. С этой целью обследовано 122 больных хронической обструктивной болезнью легких, критерии которой определены в соответствии с рекомендациями GOLD 2011.

Для оценки параметров качества жизни применяли один из наиболее популярных общих опросников MOS SF-36 item Short-Form Health Survey (J.E. are, 1992). Опросник SF-36 позволяет оценивать КЖ респондентов с различными нозологическими единицами и сравнивать эти показатели с таковыми у здоровой популяции. Модель, лежащая в основе конструкции опросника SF-36, содержит 8 шкал: физическая активность (ФА), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФП), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (ЖС), социальная активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психическое здоровье (ПЗ) [160].

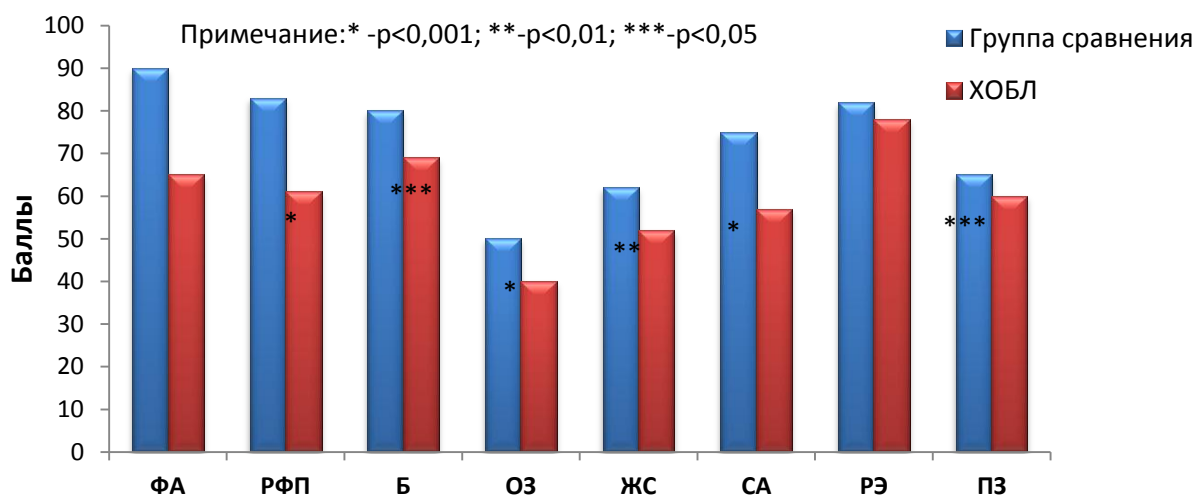


Рисунок 2.12. Показатели качества жизни больных ХОБЛ и респондентов группы сравнения.

Изучение качества жизни у больных ХОБЛ (исследование проведено совместно с А.А. Ермолаевым) выявило значительные откло-

нения большинства параметров КЖ по сравнению с аналогичными значениями в группе сравнения. Так, показатели шкал физической активности, роли физических проблем, общего здоровья и социальной активности были с высокой степенью достоверности ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,001$).

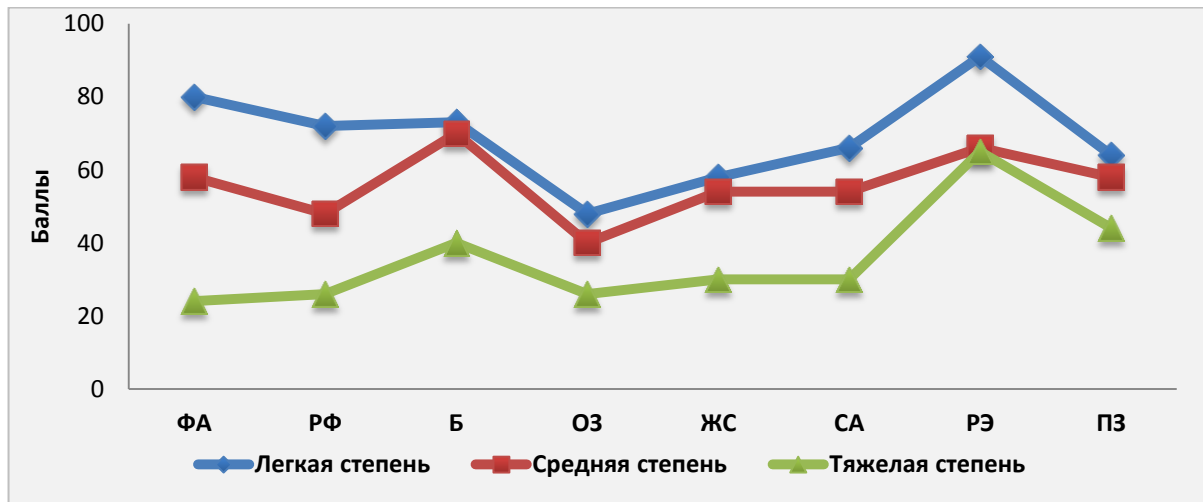


Рисунок 2.13. Показатели качества жизни больных ХОБЛ в зависимости от тяжести заболевания.

Выявлено снижение показателей физического здоровья, в частности снижение показателей физической активности у больных ХОБЛ на 28,6%. Самооценка общего состояния здоровья оказалась ниже на 23,1%, по сравнению с респондентами контрольной группы. В группе больных ХОБЛ снижение показателей социальных связей и социальной активности составило 25,1%, показатель психического здоровья был ниже на 11%, чем соответствующий показатель у респондентов группы сравнения.

При изучении зависимости, между параметрами физической активности и шкалой социального функционирования, у больных ХОБЛ выявлена положительная корреляционная связь ($r = +0,50$; $p < 0,001$); также установлена положительная корреляционная связь между уровнем выполняемого объема повседневной физической нагрузки и психическим здоровьем ($r = +0,47$; $p < 0,01$). Данные корреляционные взаимосвязи указывают о степени влияния физического состояния больного ХОБЛ на социальную и психологическую сферу пациента.

В ходе изучения качества жизни больных ХОБЛ с различной степенью тяжести заболевания установлены значительные различия изучаемых показателей. В частности, у больных с тяжелым течением заболевания наиболее низкий уровень КЖ зафиксирован по шкалам физической активности ($25,12 \pm 2,75$) и общего здоровья ($25,32 \pm 2,33$).

Статистический анализ свидетельствует, что у больных со средней и тяжелой степенью тяжести заболевания достоверно возрастает роль эмоциональных проблем в жизнедеятельности пациента ($p < 0,05$), а у пациентов с тяжелой степенью ХОБЛ достоверно снижается еще и уровень психического здоровья ($p < 0,05$). Прогрессивно снижается уровень социальной активности больных с утяжелением степени тяжести ХОБЛ. У пациентов с тяжелым течением ХОБЛ социальная активность на 48,2% ниже, по сравнению с больными средней степени тяжести ($p < 0,01$). В целом, у больных ХОБЛ выявлено значимое снижение показателей физического и общего здоровья.

При оценке качества жизни больных ХОБЛ легкой степени тяжести и группы сравнения более низкий уровень КЖ выявлен у больных, страдающих ХОБЛ. Причем, у данных больных, имелись статистически достоверные различия по шкалам физической ($p < 0,01$) и социальной активности ($p < 0,01$), по сравнению с группой сравнения.

При корреляционном анализе параметров качества жизни и показателя $ОФВ_1$ у больных ХОБЛ установлено большое число достоверных связей, что свидетельствует о влиянии легочной функции на КЖ и существенной роли обструкции дыхательных путей в снижении уровня КЖ больных ХОБЛ.

Таблица 2.23

Коэффициенты корреляции между параметрами качества жизни и $ОФВ_1$ у больных ХОБЛ

ОФВ ₁	Показатели качества жизни							
	ФА	РФП	Б	ОЗ	ЖС	СА	РЭ	ПЗ
ОФВ ₁ 80-70% (n = 59)	0,45 **	0,31 *	0,24	0,32 *	0,38 *	0,40 **	0,26	0,21
ОФВ ₁ 69-50% (n = 51)	0,56 ***	0,35 *	0,26	0,44 **	0,49 **	0,51 ***	0,39 *	0,28
ОФВ ₁ менее 50% (n = 12)	0,72 ***	0,48 **	0,32 *	0,59 ***	0,62 ***	0,58 ***	0,50 ***	0,36 *

Установлено, что наличие и выраженность кашля отражается на качестве жизни больных ХОБЛ. У больных ХОБЛ, предъявляющих жалобы на выраженный кашель, значения шкал физической активности, роли физических проблем и психического здоровья достоверно были более низкими, по сравнению с аналогичными шкалами у больных с умеренным кашлем ($p < 0,01$). Кроме того, выраженная одышка оказывает наиболее значимое влияние на физическую активность, жизненный тонус и социальные связи больного ХОБЛ ($p < 0,001$). Необходимо отметить снижение показателей психического здоровья на 21,4% в группе больных с тяжелой степенью диспноэ.

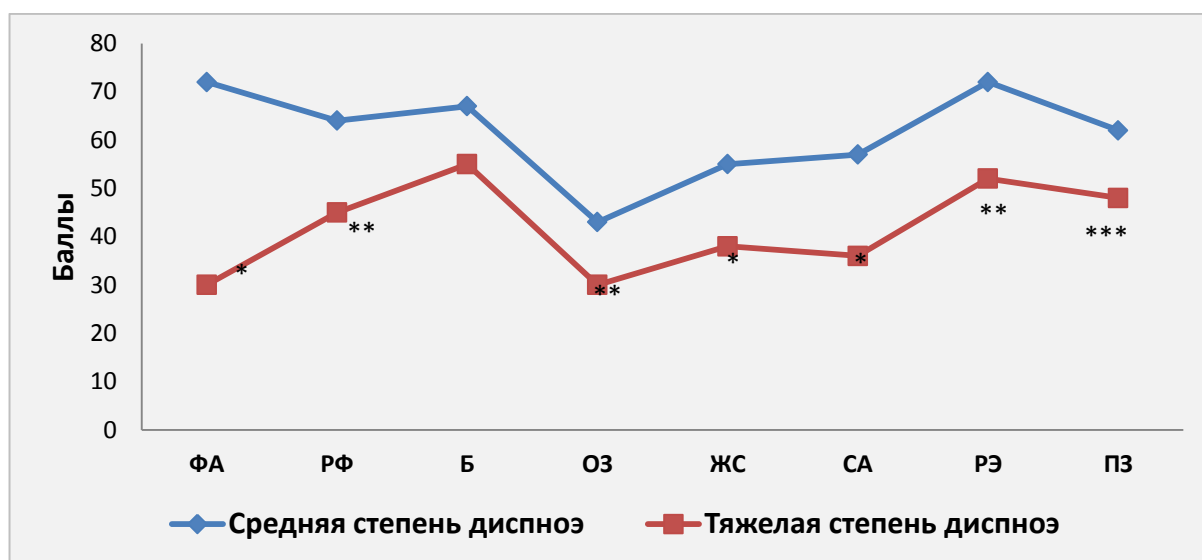


Рисунок 2.14. Качество жизни в зависимости от выраженности одышки у больных ХОБЛ (*- $p < 0,001$; **- $p < 0,01$; ***- $p < 0,05$).

Известно, что длительность заболевания влияет на характер и динамику изменений клинических компонентов ХОБЛ. Результаты исследования показывают, что отмечается четкая тенденция к снижению уровня КЖ с увеличением длительности заболевания. Наиболее достоверное снижение показателей обнаружено со стороны шкал физической активности ($p < 0,01$), оценки жизненного тонуса ($p < 0,05$) и шкалы социальной активности ($p < 0,001$). Проведенный корреляционный анализ свидетельствует о влиянии длительного течения ХОБЛ (свыше 30 лет) на показатели шкал общего здоровья и жизненного тонуса (соответственно: $r = -0,39$, $p < 0,05$; $r = -0,38$, $p < 0,05$).

Следует отметить, что наличие двух и более сопутствующих заболеваний способствуют более выраженному снижению значений параметров качества жизни, особенно со стороны шкал физического (на 21,8%) и психического (на 17,9%) здоровья респондентов, по сравнению с больными, не имеющими сопутствующих заболеваний. Показатели общего здоровья ($37,91 \pm 2,47$; $p < 0,01$) и жизнеспособности ($49,21 \pm 2,86$; $p < 0,01$) были достоверно более низкими в группе больных ХОБЛ с двумя и более сопутствующими заболеваниями, по сравнению с аналогичными значениями в группе больных без сопутствующей патологии. Наряду со снижением параметров физического здоровья, достоверно изменялась и оценка состояния ментальной сферы у больных ХОБЛ с двумя и более сопутствующими заболеваниями ($p < 0,05$).

Установлено, что гендерные различия также являются фактором, оказывающим влияние на уровень качества жизни больных ХОБЛ. В целом, большинство параметров КЖ в группе женщин, больных ХОБЛ, имели более низкие значения, чем в группе мужчин, за исключением шкал роли физических проблем и роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. Необходимо отметить, что нами выявлены значимые ($p < 0,01$) различия в оценке психического здоровья мужчин и женщин, страдающих ХОБЛ. Так, показатели шкал психического здоровья женщин была на 26,5% ниже, чем у мужчин. Подобное различие в сфере психического здоровья можно объяснить более низкой оценкой жизненного тонуса у женщин, страдающих ХОБЛ. Так, шкала жизненного тонуса у женщин оказалась ниже на 16,1%, чем у мужчин и составила $47,50 \pm 2,36$; $p < 0,05$).

Влияние возрастных особенностей на качество жизни больных ХОБЛ проявляется в том, что с увеличением возраста отмечается тенденция к снижению всех показателей КЖ. Так, например, в возрастной группе лиц от 36 до 60 лет выявлено статистически значимое снижение общего здоровья опрошенных ($p < 0,001$), показателей физической ($p < 0,01$) и социальной активности ($p < 0,05$), по сравнению с больными возрастной группы 21-35 лет. Шкала общего здоровья была на 26,4% ниже аналогичного параметра в группе лиц моложе 35 лет. Наблюдается снижение жизненного тонуса в группе лиц от 36 до 60

лет на 17,9%, по сравнению с больными, возраст которых моложе 35 лет. При этом больные возрастной группы 21-35 лет испытывали достоверно меньше болевых ощущений ($p < 0,05$), а также ограничений в своей повседневной деятельности из-за проблем с физическим здоровьем. Об этом свидетельствуют более высокие, по сравнению с группой от 36 до 60 лет значения таких показателей КЖ, как боль ($84,59 \pm 3,65$; $p < 0,05$) и физическая активность ($89,41 \pm 2,57$; $p < 0,05$).

При изучении корреляционной зависимости между показателями качества жизни и возрастом больных ХОБЛ удалось установить большое число достоверных связей, что подтверждает снижение параметров КЖ с увеличением возраста больных ХОБЛ. Показатель физической активности в возрастной группе 61-74 лет имел наиболее выраженную отрицательную корреляционную связь с возрастом больных ХОБЛ ($r = -0,38$, $p < 0,001$).

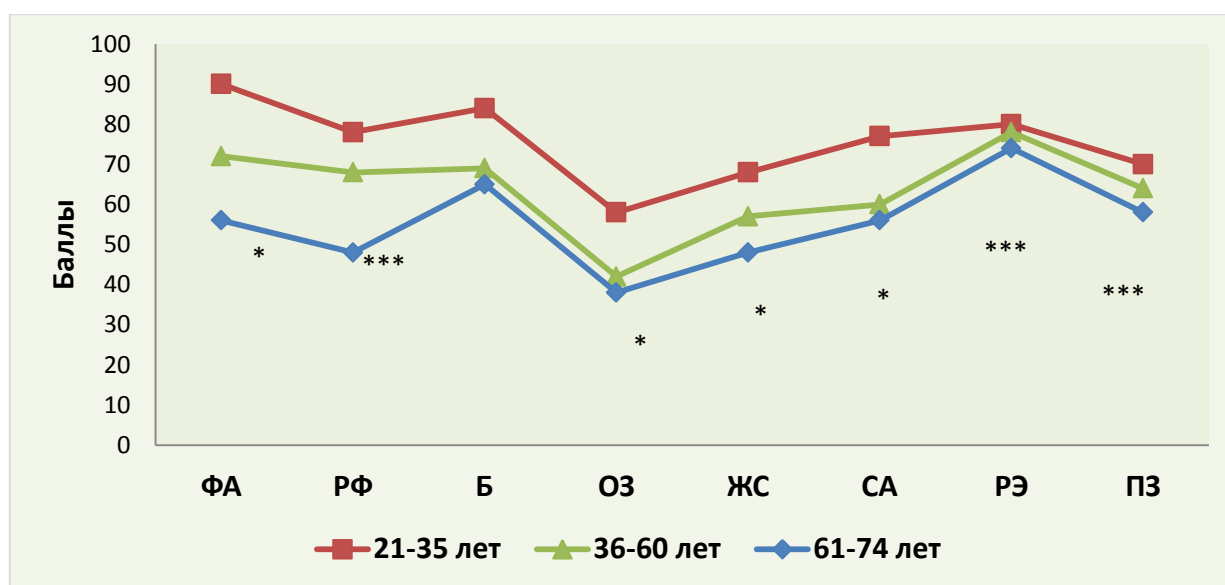


Рисунок 2.15. Показатели качества жизни больных ХОБЛ в различных возрастных группах: различия между возрастными группами 21-35 лет и 61-74 лет: *- $p < 0,001$; **- $p < 0,01$; ***- $p < 0,05$.

Зависимость между возрастом и КЖ больных ХОБЛ может быть объяснена клиническими особенностями заболевания у лиц пожилого возраста. Так как известно, что число случаев тяжелого течения ХОБЛ заметно увеличивается у пожилых пациентов, по сравнению с более молодыми респондентами.

В ходе данного исследования проведен анализ параметров КЖ больных ХОБЛ, занятых физическим и умственным трудом, при этом статистически достоверных различий значений шкал КЖ в анализируемых группах не выявлено. Однако, большинство значений шкал опросника были более низкими в группе лиц, занятых физическим трудом, хотя уровень КЖ по шкалам жизненного тонуса и психического здоровья оказался более высоким в данной группе лиц. Анализируя полученные данные, следует предположить негативное влияние физического труда на КЖ больных ХОБЛ, так как многие респонденты данной группы подвержены влиянию дыхательного дискомфорта, который усугубляется в процессе физических нагрузок.

Были изучены параметры КЖ у больных ХОБЛ, чья трудовая деятельность связана с неблагоприятными производственными факторами (длительная работа в условиях низкой температуры, задымленность и запыленность помещений). При этом не обнаружено статистически достоверных различий между группой больных ХОБЛ, работающих в неблагоприятных условиях и пациентами с нормальными условиями труда. Однако выявлена общая тенденция более низких показателей КЖ у больных, подверженных воздействию неблагоприятных условий труда. Значения шкал физической активности, роли физических проблем, жизненного тонуса, социальной активности и психического здоровья в этой группе были ниже аналогичных показателей респондентов с нормальными условиями труда, соответственно на 5,3%; 6,2%; 5,4%; 5,1%; 6,3%. При этом, наиболее низкий уровень КЖ был выявлен у больных длительно (более 10 лет) работающих в неблагоприятных условиях труда. Уровень физической активности и общего здоровья в данной группе был ниже, соответственно на 6,7% и 8,9%.

В ходе исследования нами изучалась закономерность между уровнем КЖ и доходами больных ХОБЛ. При этом обнаружена статистическая зависимость между уровнем доходов и качеством жизни больных. Наиболее высокие значения показателей по всем шкалам КЖ зафиксированы у лиц с высоким уровнем доходов, что свидетельствует об имеющейся возможности у больных данной группы проведения более качественной и адекватной терапии заболевания.

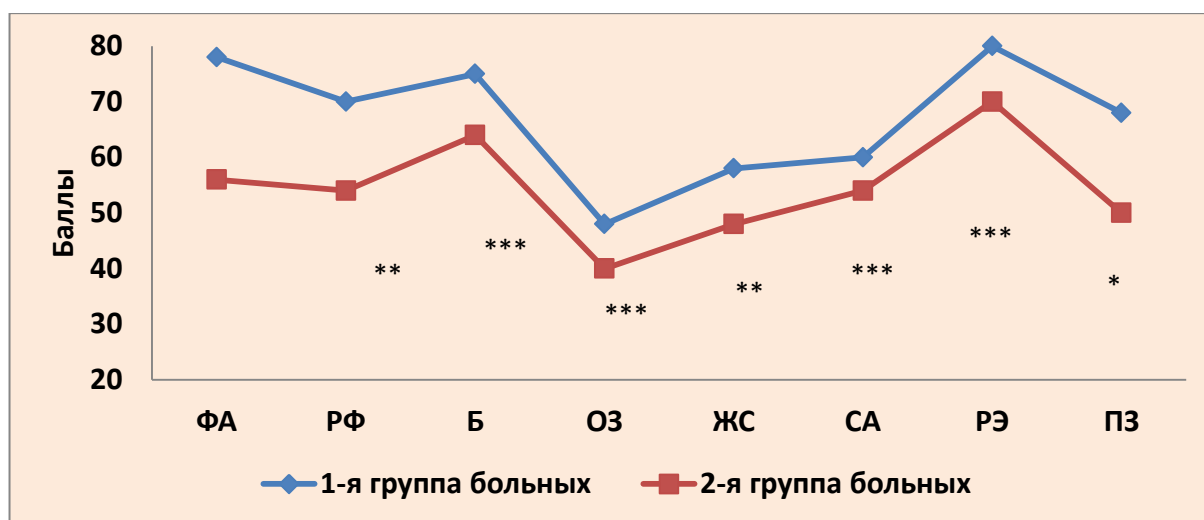


Рисунок 2.16. Влияние доходов больных ХОБЛ на параметры качества жизни (*- $p < 0,001$; **- $p < 0,01$; ***- $p < 0,05$).

В частности, в ходе исследования обнаружена статистическая зависимость между уровнем доходов и качеством жизни больных. Наиболее высокие значения показателей по всем шкалам КЖ (опросник SF-36) зафиксированы у лиц с высоким уровнем доходов, что свидетельствует об имеющейся возможности у больных данной группы проведения более качественной и адекватной терапии заболевания.

Учитывая, что курение табака является фактором, влияющим на прогрессирование ХОБЛ, нами проведено исследование, в ходе которого оценивалось влияние табакокурения на показатели качества жизни. При этом установлено, что наиболее высокий индекс курильщика отмечался у больных с тяжелым течением ХОБЛ. Стаж курения и индекс курильщика больных с легким течением ХОБЛ были достоверно ниже, чем у больных с тяжелым течением ($p < 0,01$). В то же время, не выявлено достоверных различий в индексе курильщика и стаже курения у больных со средним и тяжелым течением ХОБЛ ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ показателей КЖ у курящих и некурящих пациентов, страдающих ХОБЛ, выявил различия в изучаемых показателях. Достоверное снижение КЖ было зарегистрировано по шкалам общего здоровья ($p < 0,05$), роли эмоциональных проблем в ограниче-

нии жизнедеятельности ($p < 0,05$) и психического здоровья ($p < 0,05$). Уровень общего здоровья в группе курящих пациентов оказался на 21,6% ниже, чем в группе некурящих пациентов, и соответствовал $40,19 \pm 2,83$ баллам ($p < 0,05$). При этом установлено, что более низкие значения шкал психического здоровья и роли эмоциональных проблем были получены в группе некурящих больных, соответственно на 17,2% и 13,1%. В целом, значения остальных шкал опросника, были более низкими в группе курящих пациентов. Достаточно высокую психологическую зависимость от табакокурения и трудности в проведении антисмокинг-программ подтверждает тот факт, что уровень психического здоровья оказался более высоким в группе курящих табак больных ХОБЛ ($64,76 \pm 4,24$; $p < 0,05$). В этой же группе больных была ниже выраженность эмоциональных проблем.

Таблица 2.24

Сравнительный анализ показателей качества жизни у курящих и некурящих больных ХОБЛ

Группы	Показатели КЖ (баллы)							
	ФА	РФП	Б	ОЗ	ЖС	СА	РЭ	ПЗ
Курящие больные ХОБЛ (n=74)	62,60 $\pm 2,12$	52,68 $\pm 3,68$	69,26 $\pm 4,46$	40,19 $\pm 2,83$	52,88 $\pm 2,52$	58,73 $\pm 3,96$	84,87 $\pm 3,74$	64,16 $\pm 4,24$
Некурящие больные ХОБЛ (n=48)	69,56 $\pm 2,49$	63,82 $\pm 2,58$	72,76 $\pm 2,69$	51,21 $\pm 2,26$	55,29 $\pm 3,52$	61,44 $\pm 2,96$	73,82 $\pm 2,98$	53,64 $\pm 3,22$
Достоверность различий	$P > 0,05$	$P > 0,05$	$P > 0,05$	$P > 0,05$	$P > 0,05$	$P > 0,05$	$P > 0,05$	$P > 0,05$

Следует отметить, что наличие двух и более сопутствующих заболеваний способствуют более выраженному снижению значений параметров качества жизни, особенно со стороны шкал физического (на 21,8%) и психического (на 17,9%) здоровья респондентов, по сравнению с больными, не имеющими сопутствующих заболеваний. Показатели общего здоровья ($37,91 \pm 2,47$; $p < 0,01$) и жизнеспособности ($49,21 \pm 2,86$; $p < 0,01$) были достоверно более низкими в группе больных ХОБЛ с двумя и более сопутствующими заболеваниями, по сравнению с аналогичными значениями в группе больных без сопутству-

ющей патологии. Наряду со снижением параметров физического здоровья, достоверно изменялась и оценка состояния ментальной сферы у больных ХОБЛ с двумя и более сопутствующими заболеваниями ($p < 0,05$).

Нами проведен анализ параметров качества жизни у курящих пациентов в зависимости от интенсивности и длительности курения. Все курящие пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли больные со стажем курения менее 10 лет и индексом курильщика не превышающим 200. Во 2-ю группу были включены курящие пациенты со стажем курения свыше 20 лет и ИК более 200.

Таблица 2.25

Показатели КЖ у курящих больных ХОБЛ в зависимости от интенсивности и длительности курения

Группы	Показатели качества жизни							
	ФА	РФП	Б	ОЗ	ЖС	СА	РЭ	ПЗ
1-я группа курящих (n = 23)	67,35 ±2,57	66,23 ±3,22	70,59 ±2,39	46,04 ±2,26	53,23 ±2,78	59,09 ±3,80	72,36 ±3,63	64,29 ±2,83
2-я группа курящих (n = 51)	46,56 ±2,39	48,87 ±3,12	68,41 ±3,69	27,21 ±3,16	31,83 ±2,39	55,64 ±3,46	70,32 ±2,33	62,38 ±2,19
Достоверность различий	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01

Оказалось, что длительный стаж курения и высокий индекс курильщика приводят к достоверному снижению всех параметров качества жизни больных ХОБЛ, особенно шкал физической активности ($46,56 \pm 2,39$; $p < 0,001$), роли физических проблем ($48,87 \pm 3,12$; $p < 0,01$), общего здоровья ($27,21 \pm 3,16$; $p < 0,001$) и жизненного тонуса ($31,83 \pm 2,39$; $p < 0,01$), что подтверждается наличием достоверных отрицательных корреляционных связей между интенсивностью курения и показателями КЖ.

Совокупность проведенных исследований доказывает достаточно значимое отрицательное влияние длительного и интенсивного табакокурения на большинство компонентов КЖ, связанных с физическим и социальным функционированием больного. В то же время, табакокурение оказывает положительное влияние на уровень психиче-

ского здоровья пациента и его эмоциональный фон, что объясняет трудности и неудачи при проведении антисмокинговых программ.

При сравнении КЖ у курящих мужчин и женщин, больных ХОБЛ, наиболее низкие показатели шкал опросника были зафиксированы в группе курящих мужчин. Так, значения шкал физической активности ($66,50 \pm 2,58$; $p < 0,01$), роли физических проблем ($61,23 \pm 2,89$; $p < 0,01$), жизненного тонуса ($51,23 \pm 2,39$; $p < 0,05$) и социальной активности ($56,09 \pm 3,36$; $p < 0,05$) были ниже в группе курящих мужчин, соответственно на 22,4%, 22,8%, 17,8%, 17,7%. Различия в показателях КЖ между курящими женщинами и мужчинами возможно объясняются более длительным и интенсивным курением последних.

Таким образом, установлено, что хроническая обструктивная болезнь легких значительно ухудшает параметры качества жизни пациентов. При этом значительно страдают все компоненты КЖ, его физическая, психологическая и социальная компоненты. Качество жизни больных ХОБЛ зависит, как от уровня физиологического благополучия больного, так и от ряда социально-бытовых характеристик жизнедеятельности пациента.

Наиболее значимые изменения уровня качества жизни (физическая активность, общее здоровье, социальная активность) у больных ХОБЛ определяются тяжестью, длительностью заболевания и выраженностью клинических проявлений; на физическую активность больных ХОБЛ наибольшее влияние оказывает степень бронхиальной обструкции; на социальную активность и психическое здоровье – выраженность основных клинических проявлений заболевания; на показатель общего здоровья – длительность заболевания, наличие осложнений или сопутствующей патологии и уровень финансовых доходов, при этом установлено, что снижение физического и общего здоровья больных ХОБЛ влечет за собой социальную и психологическую дезадаптацию.

**МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
УПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ
ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Социологическая оценка условий оказания пульмонологической помощи в системе первичного звена здравоохранения

Современные требования к врачу первичного звена здравоохранения заключаются в: умении проводить первичное обследование пациента; необходимости раннего и своевременного выявления заболеваний и их лечения; координации деятельности других специалистов, в том числе в условиях системы первичной медицинской помощи, с целью обеспечения эффективной и адекватной медицинской помощи [22]. При этом основными качествами, которыми должен обладать врач в системе первичной медико-санитарной помощи населению являются [166]:

- способность основное внимание при работе с пациентом уделять его интересам; обеспечивать в соответствии с потребностями пациента, непрерывность оказания медицинской помощи в течение длительного времени;
- умение решать определенные проблемы пациента (использование процесса принятия решений на основании анамнеза распространенности той или иной патологии в данной группе населения; лечение заболеваний на ранних стадиях развития);
- использование комплексного подхода в практической деятельности (единовременное лечение острых и хронических заболеваний пациентов; организация оздоровительных и профилактических мероприятий);
- обеспечение социальной направленности профессиональной деятельности.

В свою очередь, эффективность профессиональной деятельности врача первичного звена здравоохранения может быть зависима от

ряда факторов, определяющих условия и качество выполняемой работы, механизмы и степень достижения поставленных целей. Такими факторами при оказании первичной медико-санитарной помощи населению могут быть: техническое состояние кабинетов амбулаторно-поликлинических учреждений, оснащение их необходимым оборудованием, приборами и инструментами; уровень трудовой нагрузки врачей на амбулаторном приеме; режим работы специалистов, уровень оплаты их труда и возможности профессионального роста.

Эти и многие другие факторы стали предметом анализа состояния и организационно-методических механизмов совершенствования медицинской помощи больным пульмонологического профиля и роли в этом процессе первичного звена здравоохранения, основанного на социологической оценке врачей-терапевтов участковых, работающих в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей.

Для этого была использована специально разработанная «Анкета врача-терапевта участкового». Анкета состоит из 45 вопросов, которые ориентированы на оценку и анализ кадрового потенциала участковой терапевтической службы, условий его профессиональной деятельности и организационно-методических механизмов совершенствования медицинской помощи больным пульмонологического профиля, роли в этом процессе врачей первичного звена здравоохранения. Социологический опрос проведен среди врачей-терапевтов участковых, работающих в лечебно-профилактических учреждениях на территории Амурской (195 респондентов) и Ярославской (265 респондентов) областей в общем количестве 460 человек.

Большинство интервьюированных врачей-терапевтов участковых работают в учреждениях города (91,9%) и 8,1% – в учреждениях здравоохранения села, в том числе, 66,7% – в городских поликлиниках, 20,7% – в поликлиниках ЦРБ, 6,9% – в сельских врачебных амбулаториях и 5,7% – в ведомственных поликлиниках. По возрастнополовому составу контингент респондентов представлен следующим образом: 89,3% – женщины и 10,7% – мужчины; 13,0% в возрасте до 30 лет, 22,6% – в возрасте 30-39 лет, 22,2% – в возрасте 40-49 лет, 32,6% – в возрасте 50-59 лет и 9,6% – в возрасте старше 60 лет.

Проведенный анализ показывает, что в настоящее время доля пациентов пульмонологического профиля на амбулаторном терапевтическом приеме составляет в среднем $42,2 \pm 2,3\%$ (по оценке врачей-терапевтов участковых). При этом около половины респондентов ($49,1 \pm 2,3\%$) считают, что их доля составляет не более 20% от общего контингента пациентов врача-терапевта участкового. А $41,5 \pm 2,2\%$ респондентов оценивают их долю в размере 20-40% и $9,4 \pm 1,3\%$ – в размере 40-60%. Социологические исследования, проведенные в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей, не выявили статистически значимых ($t < 2$) различий показателей при ответе респондентов на данные вопросы интервьюеров.

Доля пациентов пульмонологического профиля в структуре общетерапевтического приема в объеме 20% и менее составляет соответственно (Амурская и Ярославская области) $45,1 \pm 3,5\%$ и $52,1 \pm 3,0\%$ ($t=1,5$); в объеме 20-40% соответственно $43,1 \pm 3,5\%$ и $40,4 \pm 3,0\%$ ($t=0,5$); в объеме 40-60% соответственно $11,8 \pm 2,3\%$ и $7,5 \pm 1,6\%$ ($t=0,4$). При этом удельный вес пациентов пульмонологического профиля на амбулаторном терапевтическом приеме практически идентичен в учреждениях здравоохранения городских и сельских поселений. Их доли, не превышающие 20% – $43,6 \pm 4,0\%$ и $50,0 \pm 7,3\%$ соответственно ($t=0,77$), составляют 20-40% – $45,0 \pm 4,0\%$ и $37,0 \pm 7,1\%$ соответственно ($t=0,98$) и 40-60% – $11,4 \pm 2,6\%$ и $13,0 \pm 4,9\%$ соответственно ($t=0,29$).

Большинство респондентов ($57,8 \pm 2,3\%$) на вопрос «Как изменилось число обращений пациентов пульмонологического профиля в лечебно-профилактические учреждения за последние годы?», отмечают увеличение числа обращений, при этом $14,6 \pm 1,6\%$ отмечают их «значительное увеличение»; $22,6 \pm 1,9\%$ респондентов считают, что число обращений пациентов пульмонологического профиля на терапевтическом приеме «никак не изменилось» (эта оценка в одинаковых относительных величинах наблюдается как на территории Амурской, так и Ярославской области) и $7,2 \pm 1,2\%$ респондентов считают, что число обращений даже уменьшилось ($p < 0,05$) ($12,4 \pm 1,5\%$ респондентов затруднились ответить).

При этом доля респондентов, оценивающих снижение числа обращений пациентов пульмонологического профиля в учреждениях

здравоохранения Ярославской области в 2,3 раза выше, чем в Амурской области (соответственно $9,5 \pm 1,8\%$ и $4,1 \pm 1,4\%$). И наоборот, удельный вес врачей терапевтов участковых, отмечающих возрастание числа обращений на территории Амурской области на 4,7% больше по сравнению с Ярославской областью (соответственно $60,5 \pm 3,5\%$ и $55,8 \pm 3,0\%$), однако различия статистических показателей не являются достоверными ($t=1,0$).

Вместе с тем, статистически значимые различия показателей социологических оценок динамики обращений пациентов пульмонологического профиля в системе первичной медико-санитарной помощи выявлены среди респондентов, работающих в учреждениях здравоохранения города и села, оценивающих ее как стабильную («никак не изменилось») соответственно в $19,5 \pm 3,2\%$ и $32,6 \pm 6,9\%$ случаев ($t=1,7$). При этом доля респондентов, отмечающих, что число обращений пациентов пульмонологического профиля на общетерапевтическом приеме за последние годы увеличилось в городских учреждениях здравоохранения больше ($61,7 \pm 3,9\%$) по сравнению с сельскими ($56,5 \pm 7,3\%$) учреждениями здравоохранения, при $t=0,63$ (Амурская область).

Таблица 3.1

Динамика пациентов пульмонологического профиля на приеме у врача-терапевта участкового (данные социологического исследования, Амурская область, %)

Место расположения учреждений ПМСП	Как изменилось число обращений пациентов пульмонологического профиля в ЛПУ за последние годы				Всего
	Увеличилось	Никак не изменилось	Уменьшилось	Затруднились ответить	
Город	$61,7 \pm 3,9$	$19,5 \pm 3,2$	$4,0 \pm 1,6$	$14,8 \pm 2,9$	100,0
Село	$56,5 \pm 7,3$	$32,6 \pm 6,9$	0,0	$6,6 \pm 3,6$	100,0
В целом	$60,5 \pm 3,5$	$22,6 \pm 2,9$	$4,1 \pm 1,4$	$12,8 \pm 2,3$	100,0

Одним из важных условий обеспечения эффективной профессиональной деятельности в системе оказания первичной медико-санитарной помощи населению является рациональное нормирование трудовых затрат в использовании кадровых ресурсов здравоохранения. Оценка нормативной нагрузки врача-терапевта участкового во

время амбулаторно-поликлинического приема пациентов, проведенная с использованием социологического опроса, позволила выявить идентичность социологических оценок в различных субъектах РФ.

В частности, в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей, подавляющее большинство респондентов (врачи-терапевты участковые) ($80,5 \pm 2,8\%$ и $83,0 \pm 2,3\%$ соответственно) считают нормы нагрузки высокими (в целом $82,0 \pm 1,7\%$), не способными обеспечить достижение качественных показателей на амбулаторно-поликлиническом приеме. При этом доля респондентов, оценивающих действующие нормативы трудовой нагрузки как «высокие» в учреждениях сельской местности (Амурская область) несколько меньше ($78,2 \pm 6,0\%$), чем в учреждениях здравоохранения городских населенных пунктов ($81,2 \pm 3,2\%$), при $t=0,44$. Корреляция между параметрами оценки и размещением ЛПУ (город, село) хотя и имеется, но является слабой ($K_a=0,122$; $K_k=0,039$).

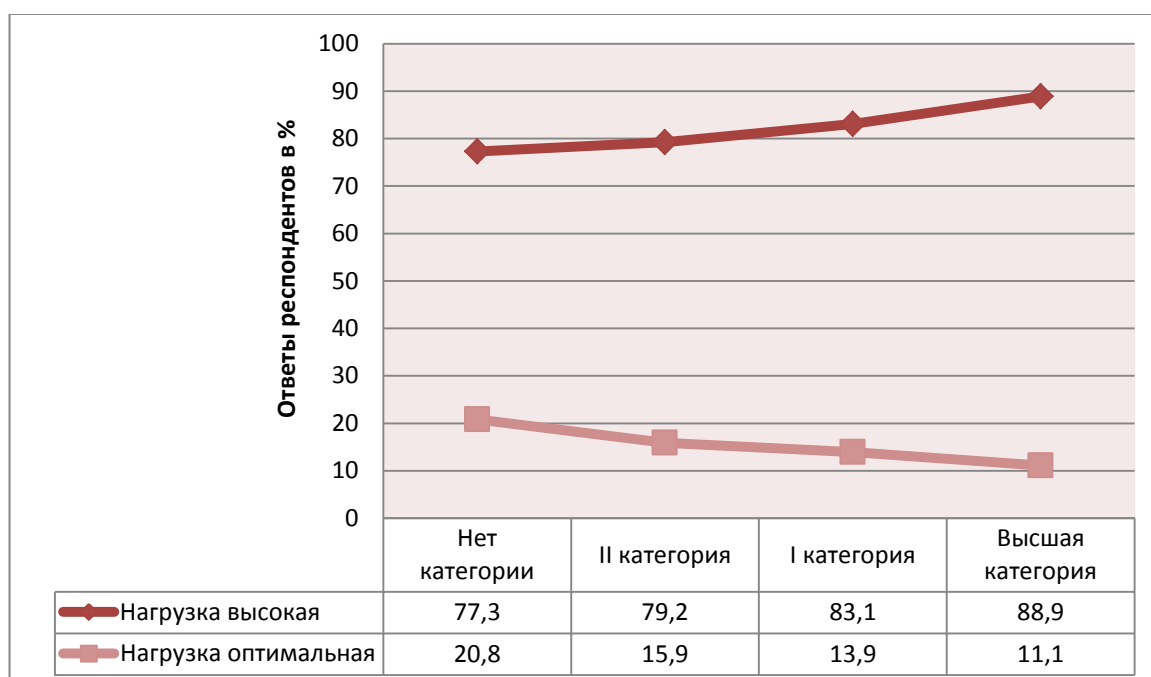


Рисунок 3.1. Зависимость оценок нормы нагрузки врача-терапевта участкового во время амбулаторно-поликлинического приема пациентов от уровня профессиональной квалификации (Амурская область, %).

Установлено, что оценочные значения степени оптимальности нагрузок врачей-терапевтов во время амбулаторно-поликлинического

приема зависимы ($\rho=0,89$) от уровня профессиональной квалификации специалистов здравоохранения. Чем выше уровень профессиональной квалификации, тем более критично оцениваются используемые нормы нагрузки в амбулаторно-поликлинической практике, основанные на личном профессиональном опыте. В частности, доля врачей-терапевтов, не имеющих квалификационной категории, оценивающей нормы трудовой нагрузки как «высокие» составляет $77,3\pm 4,4\%$, то среди респондентов с высшей квалификационной категорией она возрастает до $88,9\pm 7,4\%$. И наоборот, чем меньше профессиональный опыт и уровень квалификации, тем менее критичны оценки нормы трудовой нагрузки. Удельный вес респондентов с высшей квалификационной категорией оценивающих нормы нагрузки как «оптимальные» составляет $11,1\pm 2,3\%$, в то время как их доля с аналогичными оценками врачей, не имеющих категории, увеличивается до $20,8\pm 3,1\%$.

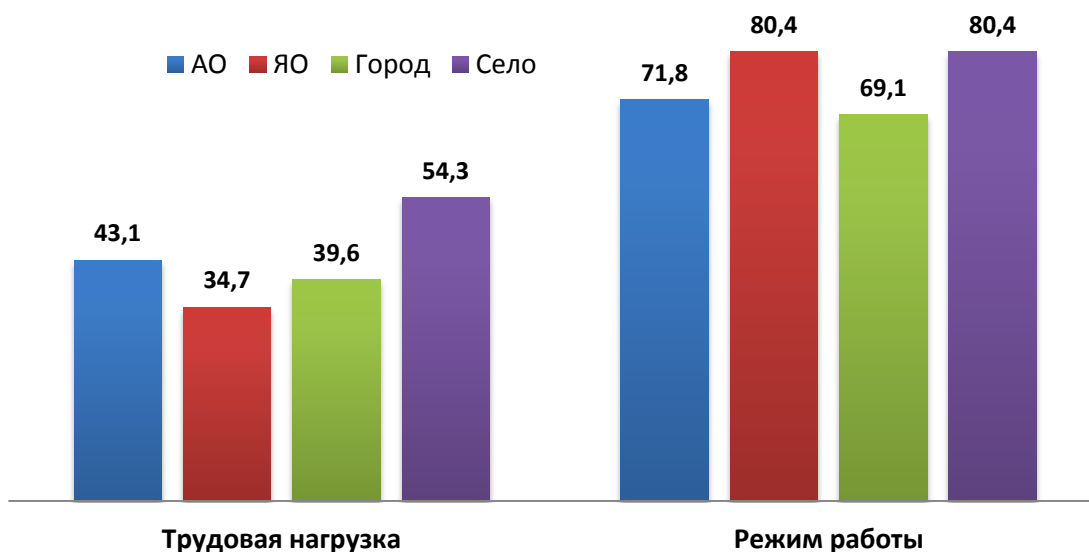


Рисунок 3.2. Удельный вес удовлетворительных ответов врачей-терапевтов участковых на вопросы социологической анкеты о степени удовлетворенности уровнем трудовой нагрузки и режимом работы («полностью удовлетворяют»; «скорее удовлетворяют, чем не удовлетворяют»).

Результаты социологического исследования показывают, что только $38,3\pm 2,2\%$ врачей-терапевтов участковых удовлетворены уровнем своей «трудовой нагрузки». При этом степень удовлетворен-

ности в учреждениях здравоохранения Амурской области находится на более высоком уровне ($43,1 \pm 3,5\%$), по сравнению с учреждениями здравоохранения Ярославской области ($34,7 \pm 2,3\%$), $t=1,80$. Однако степень удовлетворенности режимом работы врачей-терапевтов выше в учреждениях здравоохранения Ярославской области ($80,4 \pm 2,4\%$), по сравнению с учреждениями здравоохранения Амурской области ($71,8 \pm 3,2\%$), $t=2,15$. При этом аналогичные различия ($t=1,77$) наблюдаются и при сравнении показателей удовлетворенности уровнем трудовой нагрузки врачей в учреждениях здравоохранения села ($54,3 \pm 7,3\%$) и города ($39,6 \pm 4,0\%$).

Степень удовлетворенности («полностью удовлетворены» и «скорее удовлетворены, чем не удовлетворены») режимом работы врачей-терапевтов участковых также относительно ($t=1,66$) выше в учреждениях здравоохранения сельских населенных пунктов ($80,4 \pm 5,8\%$) по сравнению с городскими учреждениями ($69,1 \pm 3,7\%$). В целом $76,8 \pm 1,9\%$ врачей-терапевтов (Амурская и Ярославская области) удовлетворены режимом своей работы, в том числе $29,6 \pm 2,1\%$ – «полностью удовлетворены», а $20,2 \pm 1,8\%$ врачей не удовлетворены режимом работы, в том числе $3,3 \pm 0,8\%$ – «совсем не удовлетворены» ($3,0 \pm 0,7\%$ респондентов затруднились ответить).

У значительной доли ($49,4\%$) врачей-терапевтов участковых средняя продолжительность амбулаторно-поликлинического приема составляет 4-6 часов, при этом у $18,5\%$ врачей занятость на приеме составляет более 6 часов, а у $32,5\%$ – менее 4 часов в день. За период амбулаторно-поликлинического приема по оценке врачей-терапевтов участковых, работающих в учреждениях здравоохранения Амурской области, число пациентов в $46,3 \pm 3,6\%$ случаев составляет 20-25 человек и в $21,8 \pm 3,0\%$ случаев – 25-30 человек. При этом $8,0 \pm 1,9\%$ врачей-терапевтов на амбулаторно-поликлиническом приеме принимают более 30 чел., а $21,8 \pm 3,0\%$ – менее 20 чел. ($2,1 \pm 1,0$ респондентов затруднились ответить). В целом, по результатам социологической оценки численность обслуживаемого (прикрепленного) населения на терапевтическом участке в учреждениях первичного звена здравоохранения в $66,0 \pm 3,4\%$ случаев составляет от 1700 до 2000 чел., в $20,7 \pm 2,9\%$ случаев – более 2000 чел. и в $13,3 \pm 2,4\%$ случаев – менее 1700 чел.

На вопрос «Заинтересованы ли Вы материально и морально в том, чтобы как можно больше и качественнее обслуживать больных?» большинство ($65,7 \pm 2,2\%$) врачей-терапевтов участковых ответили положительно, $20,8 \pm 1,8\%$ – отрицательно и $13,5 \pm 1,5\%$ затруднились ответить. При этом амурских респондентов, давших положительный ответ, на $15,2\%$ больше, чем респондентов из Ярославской области (соответственно $74,4 \pm 3,1\%$ и $59,2 \pm 3,0\%$), при $t=3,53$).

Сравнительный анализ оценок врачей, работающих в городских и сельских учреждениях здравоохранения, выявил, что заинтересованность врачей в том, чтобы продуктивнее и эффективнее оказывать медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения города на $20,5\%$ больше, чем в учреждениях села (доля положительных оценок соответственно в них составляет $79,2 \pm 3,3\%$ и $58,7 \pm 7,2\%$ при $t > 2$). При этом коэффициенты сопряженности данных факторов достаточно высоки ($K_a=0,488$; $K_k=0,212$), что свидетельствует о средней и сильной степени связи. Удельный вес врачей не заинтересованных в том, чтобы больше и качественнее обслуживать больных на амбулаторном приеме в поликлиниках ЦРБ почти в 3 раза больше, чем в городских поликлиниках (соответственно $30,6 \pm 6,5$ и $10,7 \pm 2,9\%$, при $t > 2$).

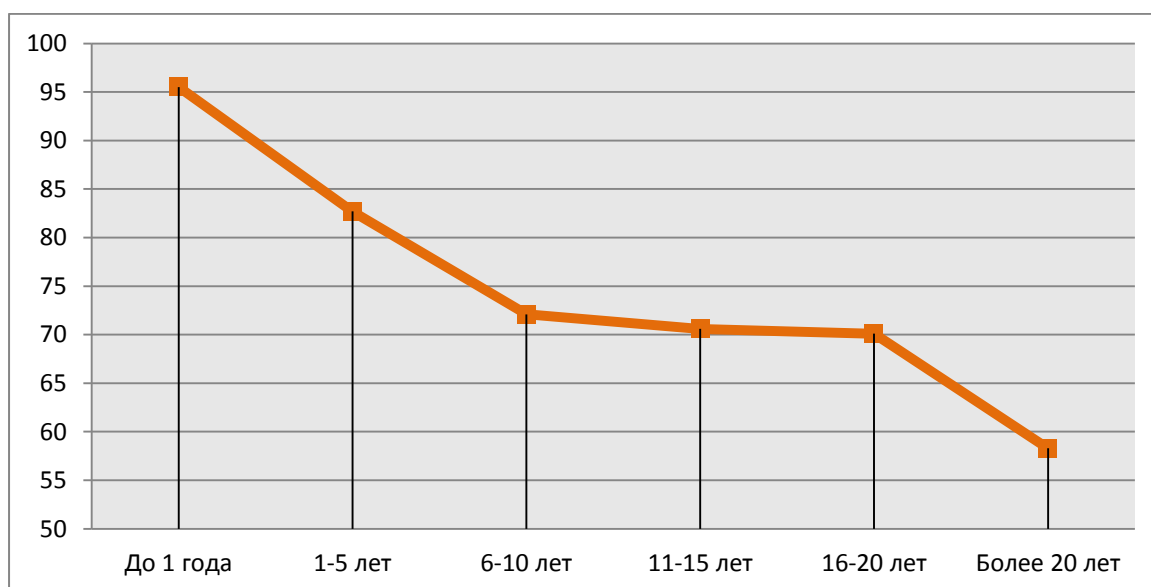


Рисунок 3.3. Зависимость степени мотивации врача как можно больше и качественнее обслуживать больных на амбулаторно-поликлиническом приеме от стажа работы (Амурская область, %).

Выявлено, что степень положительной мотивации врача (как можно больше и качественнее обслуживать больных) детерминирована стажем работы и уровнем профессиональной квалификации. В частности, установлена прямая положительная корреляционная связь ($\rho = 0,9$) между стажем профессиональной деятельности врачей-терапевтов первичного звена здравоохранения и удельным весом положительных и отрицательных ответов на вопрос социологической анкеты «Заинтересованы ли Вы (материально и морально) в том, чтобы как можно больше и качественнее обслуживать больных?». Положительный ответ («да») дали $95,5 \pm 4,4\%$ врачей, имеющих стаж работы менее 1 года (начинающие врачи), и только $58,3 \pm 10,0\%$ – врачи, имеющие стаж профессиональной деятельности более 20 лет (опытные врачи), $p < 0,001$; и наоборот, доля отрицательных ответов («нет») на данный вопрос анкеты среди респондентов, не имеющих опыта работы (стаж менее 1 года) составила $4,5 \pm 1,4\%$, в то время как среди опытных специалистов (стаж более 20 лет) – в 6,2 раза больше ($28,0 \pm 8,9\%$), $p < 0,001$.

Таблица 3.2

Степень зависимости мотивации врача-терапевта на продуктивное и качественное оказание медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом приеме от различных условий и факторов профессиональной деятельности (по результатам социологического опроса, %)

Условия и факторы профессиональной деятельности		«Заинтересованы ли Вы в том, чтобы как можно больше и качественнее обслуживать больных?»			Коэффициенты сопряженности
		«Да»	«Нет»	Затруднились ответить	
Место работы	Город	$79,2 \pm 3,3$	$12,1 \pm 2,6$	$8,7 \pm 2,3$	$K_a = 0,488$
	Село	$58,7 \pm 7,2$	$26,1 \pm 6,4$	$15,2 \pm 5,2$	$K_k = 0,212$
Стаж работы	До 1 года	$95,4 \pm 4,4$	$4,5 \pm 1,4$	—	$K_a = 0,821$
	Более 20 лет	$58,3 \pm 10,0$	$28,0 \pm 8,9$	$13,2 \pm 2,4$	$K_k = 0,371$
Квалификационная категория	Высшая категория	$61,1 \pm 11,1$	$27,8 \pm 10,5$	$11,1 \pm 2,2$	$K_a = 0,495$
	Нет категории	$81,3 \pm 4,1$	$12,5 \pm 3,5$	$5,7 \pm 1,6$	$K_k = 0,216$

Аналогичная зависимость определяется и при анализе степени мотивации врачей к качественной и продуктивной работе от уровня профессиональной квалификации специалистов. У опытных и квалифицированных специалистов снижена степень мотивации к качественному труду. Только $61,1 \pm 11,1\%$ респондентов данной категории, имеющих высшую квалификационную категорию, дали положительный ответ на вопрос анкеты «Заинтересованы ли Вы (материально и морально) в том, чтобы как можно больше и качественнее обслуживать больных?», в то время как врачи, не имеющие квалификационной категории – $81,3 \pm 4,1\%$ ($t=1,7$, $p<0,05$). При этом доля отрицательных ответов («нет») на данный вопрос среди врачей, не имеющих квалификационной категории, составила $12,5 \pm 3,5\%$, в то время как среди специалистов высшей квалификационной категории – в 2,2 раза больше ($27,8 \pm 10,5\%$), при $t=1,3$, $p<0,05$.

Таким образом, анализ мотивации врачей первичного звена здравоохранения, ориентированной на эффективное и качественное оказание медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом приеме, проведенный с использованием коэффициентов сопряженности (K_a – коэффициент ассоциации и K_k – коэффициент контингентности) позволил выявить степень ее зависимости от различных условий и факторов профессиональной деятельности. Среди них наиболее значимыми являются стаж профессиональной деятельности ($K_a=0,821$, $K_k=0,371$), уровень профессиональной квалификации ($K_a=0,495$, $K_k=0,216$), социальная среда (город, село) и условия профессиональной деятельности (поликлиника ЦРБ или городская поликлиника) ($K_a=0,488$, $K_k=0,212$).

Обязательной составной частью профессиональной деятельности врачей является оформление медицинской документации и статистических форм. Анализ результатов социологической оценки, проведенной в учреждениях первичного звена здравоохранения Амурской и Ярославской областей, свидетельствует, что на оформление медицинской документации врачи-терапевты участковые используют достаточно много времени, предназначенного для амбулаторного приема пациентов.

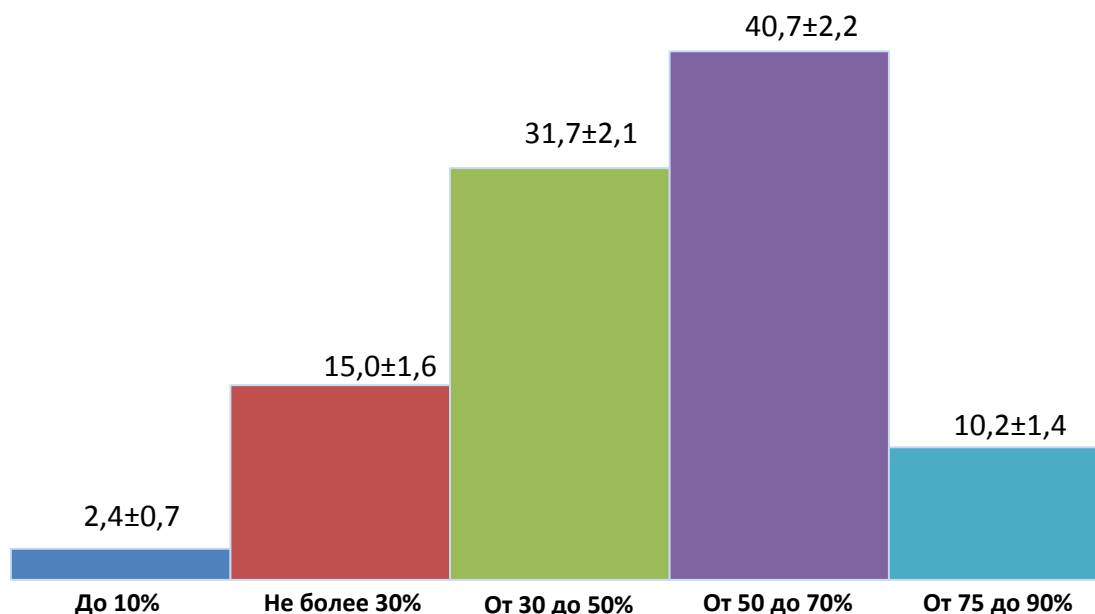


Рисунок 3.4. Структура затрат времени врачами-терапевтами участковыми на оформление медицинской документации на амбулаторно-поликлиническом приеме (Амурская область, социологический опрос). По горизонтали - структура времени, затраченного на оформление медицинской документации (%); по вертикали – распределение ответов врачей (%).

На вопрос социологической анкеты: «Сколько в среднем времени Вы тратите на их оформление во время амбулаторного приема?» большинство респондентов (40,7±2,2%) отметили диапазон затрат времени от 50 до 70 %, еще 31,7±2,1% респондентов выбрали диапазон от 30 до 50% времени, отведенного на амбулаторный прием пациентов. При этом равные доли (10,2±1,4%) респондентов, как на территории Амурской, так и Ярославской областей указали, что на оформление документации используется 75-90% времени, и только 15,0±1,6% врачей на это тратят не более 30% времени (2,4±0,7% - затруднились ответить).

Социологические оценки затрат на оформление медицинской документации во время амбулаторно-поликлинического приема различны среди врачей-терапевтов участковых, работающих в городских и районных поликлиниках: 15-30% рабочего времени на документацию тратят 17,0±3,5% врачей в городских поликлиниках и 6,1±2,4% – в районных ($t > 2,0$, $p < 0,001$), диапазон затрат 30-50% выбрали, соответственно 25,0±4,0% и 38,8±6,9% участковых терапевтов ($t = 1,7$, $p < 0,05$).

В целом в учреждениях здравоохранения сельской местности на оформление медицинской документации используется больше рабочего времени, отведенного для приема пациентов, по сравнению с учреждениями, расположенными в городах ($t > 2$). По другим параметрам трудозатрат различия показателей не являются статистически достоверными ($t < 2$).

Аналогичные закономерности выявлены и при анализе затрат рабочего времени на оформление медицинской документации среди различных по уровню своей профессиональной квалификации врачей. Врачи-терапевты, имеющие более высокий уровень профессиональной квалификации (высшую и первую квалификационную категорию), затрачивают на оформление медицинской документации и статистических форм во время амбулаторно-поликлинического приема меньше времени, по сравнению со своими коллегами более низкой квалификации (вторая квалификационная категория и не имеющие категории).

Таблица 3.3

Характеристика ответов респондентов на вопрос «Насколько оформление медицинской документации и статистических форм усложняет работу врача на амбулаторно-поликлиническом приеме пациентов?» (социологический опрос, проценты)

Категория респондентов	«Насколько оформление медицинской документации и статистических форм усложняет Вашу работу?»				Всего
	«Намного усложняет»	«Не намного усложняет»	«Совсем не усложняет»	Затруднились ответить	
Врачи-терапевты участковые Амурской области	70,3±3,2	24,6±3,0	1,0±0,2	4,1±0,9	100,0
Врачи-терапевты участковые Ярославской области	77,4±2,5	20,7±2,4	-	1,9±0,5	100,0
Врачи городской поликлиники	70,5±4,3	25,0±4,0	0,9±0,2	3,6±1,3	100,0
Врачи поликлиники ЦРБ	73,5±6,3	18,4±5,5	2,0±0,3	6,1±1,7	100,0
Врачи высшей квалификационной категории	77,8±9,7	22,2±9,7	-	-	100,0
Врачи, не имеющие категории	64,8±5,0	29,5±4,8	2,3±0,4	3,4±1,3	100,0

Врачи-терапевты участковые более высокой квалификации (высшей категории) в $77,8 \pm 9,7\%$ случаев отмечают, что оформление медицинской документации на амбулаторно-поликлиническом приеме «намного усложняет» работу врача, а среди врачей, не имеющих категории (следовательно, опыта и стажа работы) эта оценка на $13,0\%$ меньше ($64,8 \pm 5,0\%$). В целом большинство респондентов ($96,7\%$) отмечают, что оформление медицинской документации на приеме «усложняет» работу врачу, в том числе $74,3\%$ оценивают это усложнение как значительное.

Современный характер профессиональной деятельности врача-терапевта участкового предполагает комплекс различных видов работы: лечебной, медико-социальной, профилактической, организационно-методической. Анализ результатов социологического опроса показывает, что основная доля (от 51 до 75%) рабочего времени врачей используется на лечебную работу ($43,5 \pm 2,3\%$ ответов респондентов). В меньшем объеме (26-50%), но примерно равными долями – на профилактическую и медико-социальную работу (соответственно $37,2 \pm 2,2\%$ и $35,5 \pm 2,2\%$) и незначительную долю (от 0 до 25%) – на организационно-методическую работу ($45,4 \pm 2,3\%$).

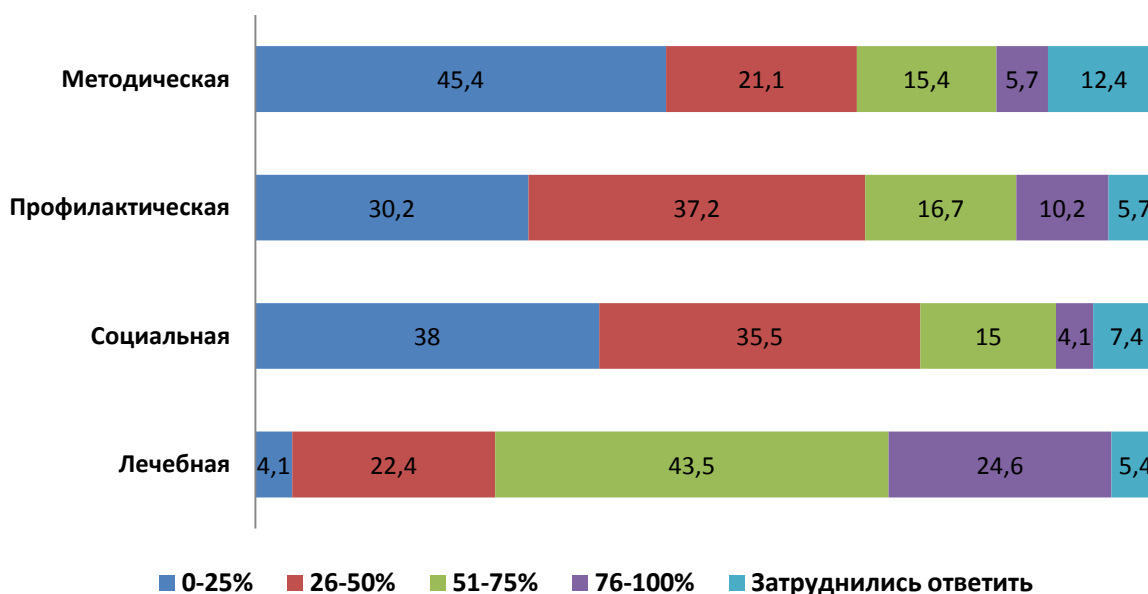


Рисунок 3.5. Распределение ответов на вопрос «Какую долю профессиональной деятельности врача первичного звена здравоохранения, на Ваш взгляд, занимают различные направления работы?» (социологический опрос, %).

В сельских учреждениях здравоохранения акценты смещаются в сторону увеличения лечебной работы ($52,2 \pm 7,3\%$ сельских врачей и $41,6 \pm 4,0\%$ городских врачей выбрали диапазон затрат времени на лечебную работу 51-75% от общего времени на амбулаторно-поликлинический прием). А в лечебно-профилактических учреждениях города – в сторону увеличения затрат времени на профилактическую работу (соответственно $16,8 \pm 3,0\%$ и $8,7 \pm 4,1\%$ ($p < 0,001$) – затраты рабочего времени в объеме 76-100%). В тоже время, в учреждениях здравоохранения сельской местности больше времени в структуре амбулаторно-поликлинического приема используется на выполнение организационно-методической и медико-социальной работы.

Большое влияние на показатели эффективности оказывают условия профессиональной деятельности. В целях изучения степени удовлетворенности врачей-терапевтов участковых своей работой в целом и отдельными ее компонентами (условия труда, отношения в коллективе, отношение со стороны руководства ЛПУ, заработная плата) проведена социологическая оценка ответов респондентов ($n=460$) по 5-бальной шкале.

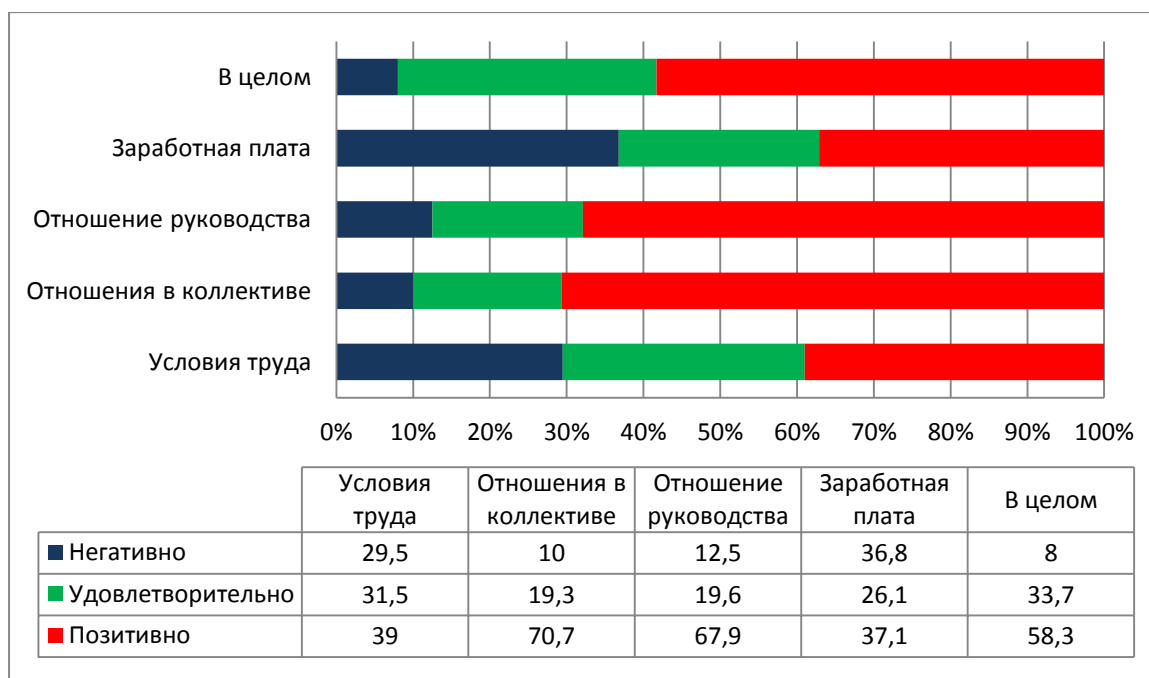


Рисунок 3.6. Шкала социологических оценок степени удовлетворенности условиями профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых (Амурская и Ярославская области, $n = 460$), в %.

Результаты анализа свидетельствуют, что в целом $33,7 \pm 2,2\%$ врачей-терапевтов участковых, работающих в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской области, удовлетворены своей работой, а более половины ($58,3 \pm 2,2\%$) оценивают степень удовлетворенности на 4 и 5 баллов (по 5-бальной шкале) и только $8,0 \pm 1,2\%$ - на 1-2 балла. При этом удельный вес негативных показателей (1-2 балла) наиболее высок при оценке степени удовлетворенности врачей заработной платой ($36,8 \pm 2,2\%$) и условиями труда ($29,5 \pm 2,1\%$). Доля негативных оценок отношениями в коллективе и отношением со стороны руководства ЛПУ к персоналу составляет соответственно $10,0 \pm 1,3\%$ и $12,5 \pm 1,5\%$.

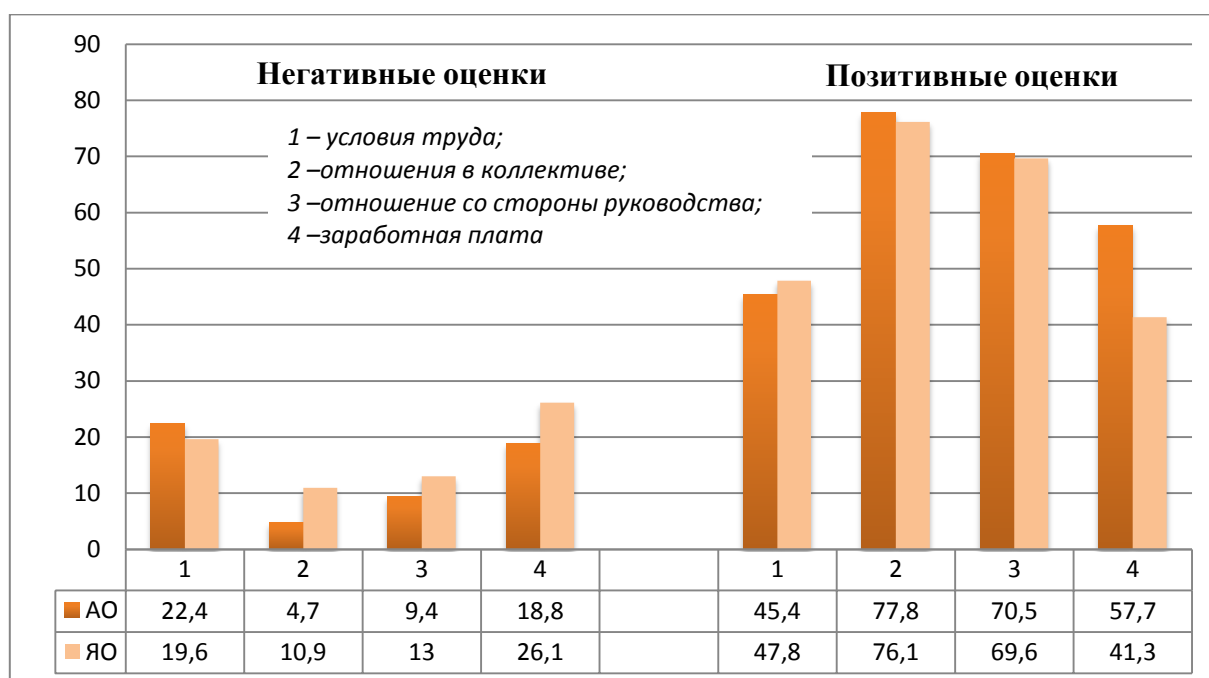


Рисунок 3.7. Сравнительный анализ негативных и позитивных оценок условий профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых в ЛПУ Амурской и Ярославской области (социологический опрос, %).

Удельный вес негативных оценок степени удовлетворенности отдельными компонентами условий профессиональной деятельности наиболее высок среди врачей-терапевтов участковых, работающих в учреждениях здравоохранения Ярославской области, по сравнению с оценками врачей, работающих в ЛПУ Амурской области. Например: разница показателей степени удовлетворенности врачей уровнем заработной платы в этих регионах составляет 2,3 раза (соответственно

48,7±3,0% и 20,6±2,8% Ярославская и Амурская области), а степени удовлетворенности условиями труда – 1,6 раза (соответственно 35,5±2,9% и 21,5±2,9%), $t>2,0$, $p<0,001$. В меньшей степени различия социологических оценок наблюдаются при оценке таких компонентов условий профессиональной деятельности врачей, как «отношения в коллективе» и «отношение руководства ЛПУ», которые не превышают статистически значимых параметров (12,8±2,0% и 6,2±1,7% соответственно, и 14,3±2,1% и 10,3±2,1% соответственно), $t<2$.

Различия социологических оценок степени удовлетворенности отдельными компонентами профессиональной деятельности врачей первичного звена здравоохранения в различных регионах РФ обусловлены не столько объективными факторами, сколько субъективной оценкой этих условий, большей толерантностью к негативным условиям социальной среды и жизнедеятельности, имеющей место в удаленных от столицы регионах, по сравнению с центральными регионами России и более высоким уровнем ожиданий и требовательности к условиям жизнеобеспечения врачей, работающих в центральных регионах России, по сравнению с периферийными регионами.

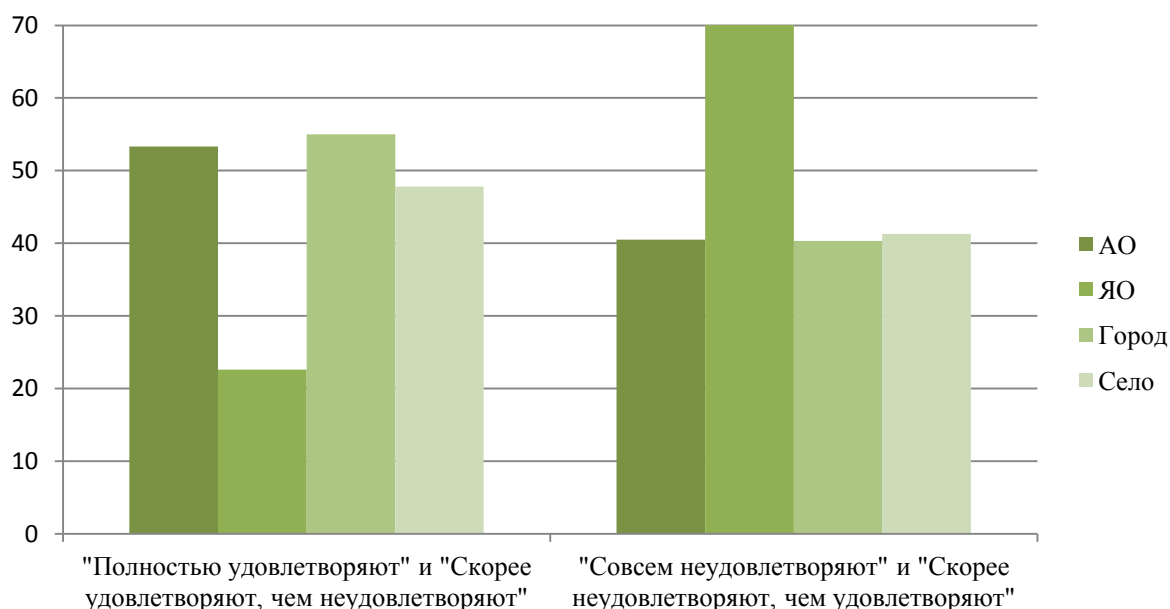


Рисунок 3.8. Сравнительная оценка негативных и позитивных ответов респондентов на вопросы социологической анкеты о степени удовлетворенности уровнем оплаты труда врачей-терапевтов участковых (%).

Отчасти эти объяснения различий оценок условий профессиональной деятельности могут иметь место и при анализе социологических оценок врачей, работающих на территории одного региона, но в учреждениях здравоохранения городских и сельских населенных пунктов. Однако в этом случае на разницу показателей социологических оценок в большей степени будут оказывать влияние объективные факторы и условия профессиональной деятельности, чем субъективное отношение к уровню их оценки. Например, оценка степени удовлетворенности уровнем заработной платы, которая по объективным показателям выше в учреждениях здравоохранения города по сравнению с учреждениями здравоохранения, расположенными в сельской местности. В этой связи, доля негативных оценок степени удовлетворенности оплатой труда в учреждениях здравоохранения села выше ($26,1 \pm 6,4\%$), чем в учреждениях здравоохранения города ($18,8 \pm 3,2\%$), при $p < 0,05$. В тоже время, доля негативных оценок условиями труда в учреждениях здравоохранения города ($22,4 \pm 3,4\%$) выше, чем в учреждениях здравоохранения села ($19,6 \pm 5,8\%$), $t < 2$.

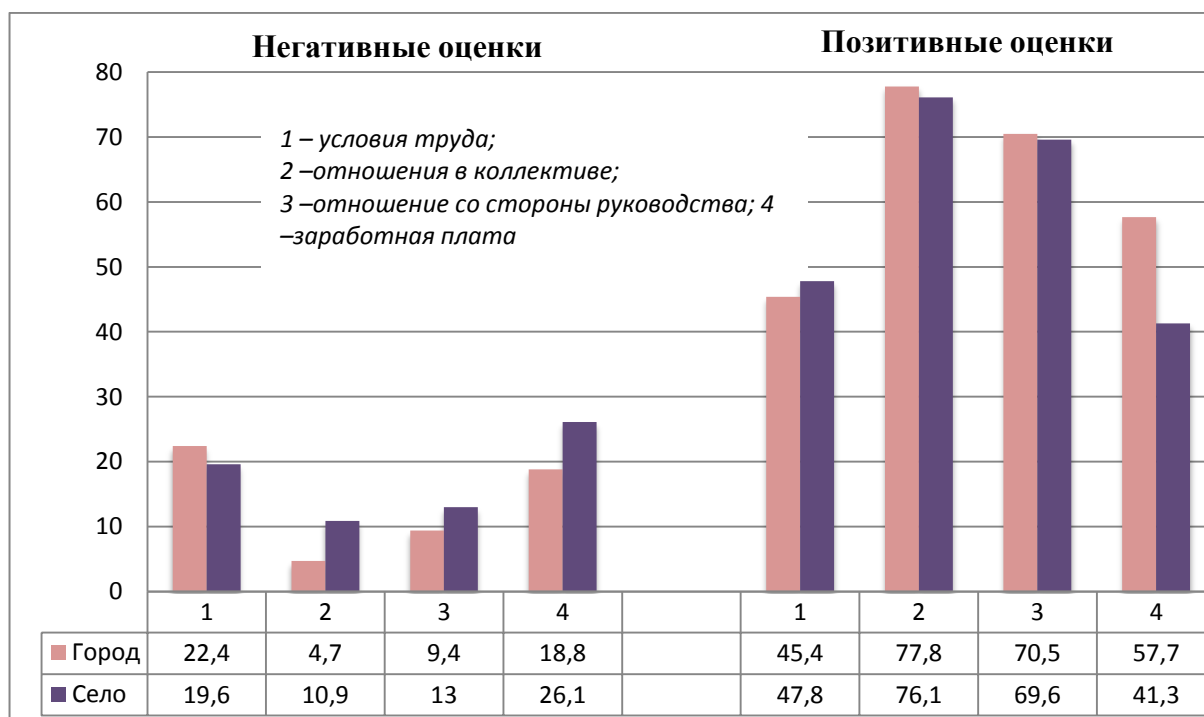


Рисунок 3.9. Сравнительный анализ негативных и позитивных оценок условий профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых, работающих в учреждениях здравоохранения городской и сельской местности (Амурская область, социологический опрос, %).

Аналогичные закономерности наблюдаются и при анализе удовлетворенности уровнем оплаты труда среди врачей-терапевтов, работающих в учреждениях здравоохранения различных регионов России, при котором суммированный результат ответов («скорее не удовлетворяет, чем удовлетворяет» и «совсем не удовлетворяет») на вопросы социологической анкеты: «В какой степени Вас удовлетворяет уровень оплаты труда?» дают $70,2 \pm 2,8\%$ врачей, работающих на территории Ярославской области и только $40,5 \pm 3,5\%$ - на территории Амурской области, т.е. в 1,7 раза меньше ($t > 2$, $p < 0,001$). При этом статистически значимых различий ответов на этот вопрос среди врачей, работающих в учреждениях здравоохранения города и села не выявлено (соответственно $40,3 \pm 7,2\%$ и $41,3 \pm 7,2\%$ ответов респондентов соответственно).

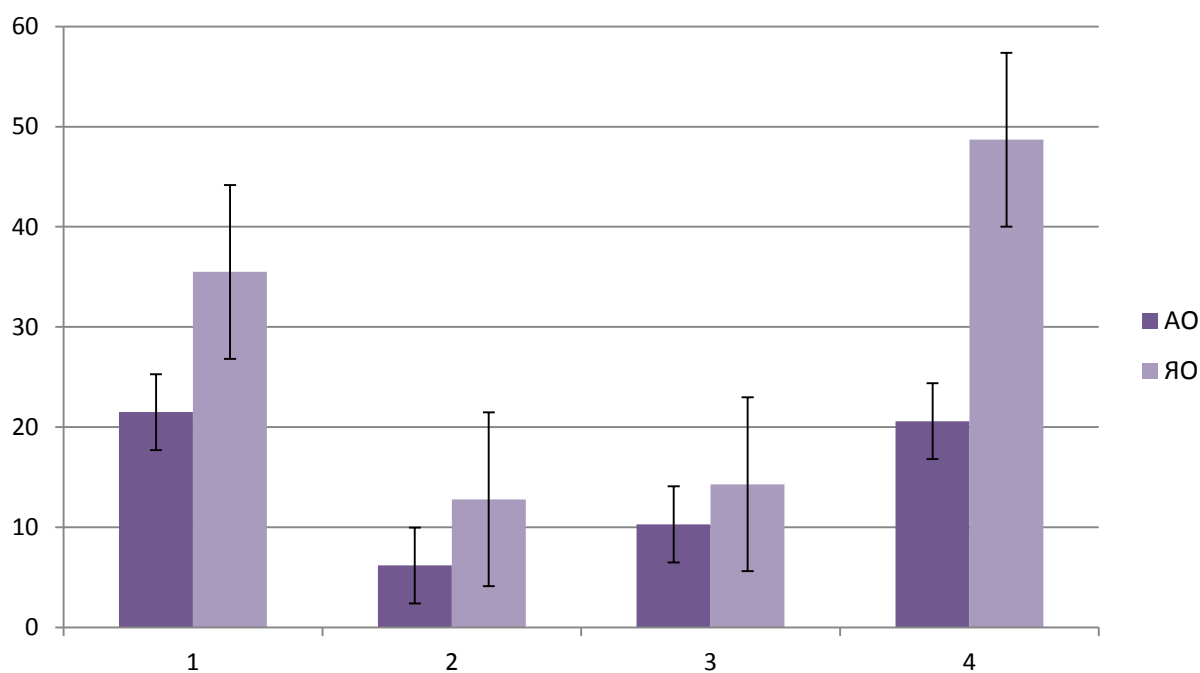


Рисунок 3.10. Сравнительный анализ негативных оценок условий профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей; условные обозначения: 1 – условия труда; 2 – отношения в коллективе; 3 – отношение со стороны руководства ЛПУ; 4 – заработная плата (социологический опрос, %).

В целом $35,7 \pm 2,2\%$ врачей-терапевтов участковых (Амурская и Ярославская области в совокупности) удовлетворены уровнем оплаты

труда, в том числе $7,0 \pm 1,1\%$ «полностью удовлетворены», и $57,6 \pm 2,3\%$ – не удовлетворены уровнем оплаты труда, в том числе $23,5 \pm 1,9\%$ – «совсем не удовлетворены».

Степень удовлетворенности морально-психологическим климатом в коллективе («полностью удовлетворяет» и «скорее удовлетворяет, чем не удовлетворяет») также несколько выше в учреждениях здравоохранения Амурской области ($77,9 \pm 2,9\%$), по сравнению с Ярославской областью ($71,4 \pm 2,7\%$) и в учреждениях здравоохранения города ($79,2 \pm 3,3\%$), по сравнению с учреждениями здравоохранения села ($73,9 \pm 6,4\%$), $t < 2$. В целом большинство врачей-терапевтов участковых, работающих в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей ($74,1 \pm 2,0\%$) удовлетворены морально-психологическим климатом в коллективе, в том числе $23,9 \pm 1,9\%$ «полностью удовлетворены» и только $20,2 \pm 1,8\%$ не удовлетворены морально-психологическим климатом в коллективе, в том числе $3,5 \pm 0,8\%$ – «совсем не удовлетворены» ($5,7 \pm 1,0\%$ респондентов затруднились ответить).

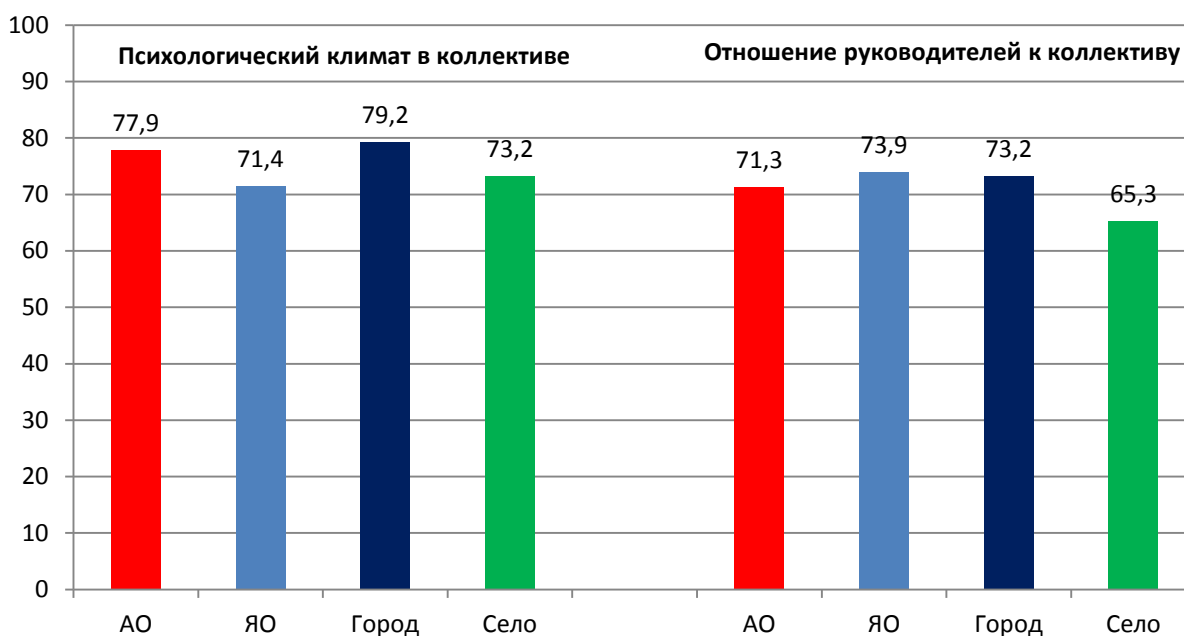


Рисунок 3.11. Удельный вес позитивных ответов («полностью удовлетворяют» и «скорее удовлетворяют, чем не удовлетворяют») врачей-терапевтов участковых на вопросы социологической анкеты о степени удовлетворенности морально-психическим климатом в коллективе и отношением руководителей к трудовому коллективу, (%).

Степень удовлетворенности («полностью удовлетворяет» и «скорее удовлетворяет, чем не удовлетворяет») отношением руководителей к трудовому коллективу, в котором работают врачи-терапевты участковые (стиль и методы руководства) также находится на достаточно высоком уровне. При этом несколько выше в учреждениях здравоохранения Амурской области ($71,3 \pm 3,2\%$), чем в учреждениях здравоохранения Ярославской области ($62,3 \pm 2,9\%$) и в учреждениях города ($73,2 \pm 3,6\%$) в сравнении с учреждениями села ($65,3 \pm 7,0\%$), $t < 2$.

В целом большинство ($66,1 \pm 2,2\%$) врачей-терапевтов участковых (Амурская и Ярославская области в совокупности) удовлетворены отношением руководителей к трудовому коллективу, в том числе $17,8 \pm 1,7\%$ – «полностью удовлетворены». Вместе с тем, $\frac{1}{4}$ респондентов ($25,2 \pm 2,0\%$) были не удовлетворены отношением руководства к трудовому коллективу, в том числе $7,2 \pm 1,2\%$ – «совсем не удовлетворены» ($8,7 \pm 1,3$ – затруднились ответить).

Степень удовлетворенности («полностью удовлетворены» и «скорее удовлетворены, чем не удовлетворены») возможностью профессионального роста и совершенствования врачей-терапевтов участковых также находится на достаточно высоком уровне ($58,7 \pm 2,2\%$), при этом несколько выше в учреждениях Амурской области ($64,0 \pm 3,4\%$) по сравнению с учреждениями Ярославской области ($54,8 \pm 3,0\%$), $t < 2$, и на одинаковом уровне в учреждениях города ($64,4 \pm 3,9\%$) и села ($63,0 \pm 7,1\%$). Вместе с тем, $27,2 \pm 2,0\%$ врачей-терапевтов участковых не удовлетворены возможностью профессионального роста (Амурская и Ярославская области в совокупности), в том числе $5,4 \pm 1,0\%$ – «совсем не удовлетворены» ($14,0 \pm 1,6\%$ респондентов затруднились ответить).

В целом $27,0 \pm 2,0\%$ врачей-терапевтов участковых не удовлетворены («совсем не удовлетворены» и «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены») системой внутреннего и внешнего контроля качества медицинской помощи. При этом в большей степени в учреждениях здравоохранения Ярославской области ($30,9 \pm 2,8\%$) по сравнению с учреждениями здравоохранения Амурской области ($21,5 \pm 2,9\%$)

без статистически значимых различий показателей между учреждениями, расположенными в городской ($22,0 \pm 3,3\%$) или сельской ($19,6 \pm 5,8\%$) местности (Амурская область), $t < 2$.

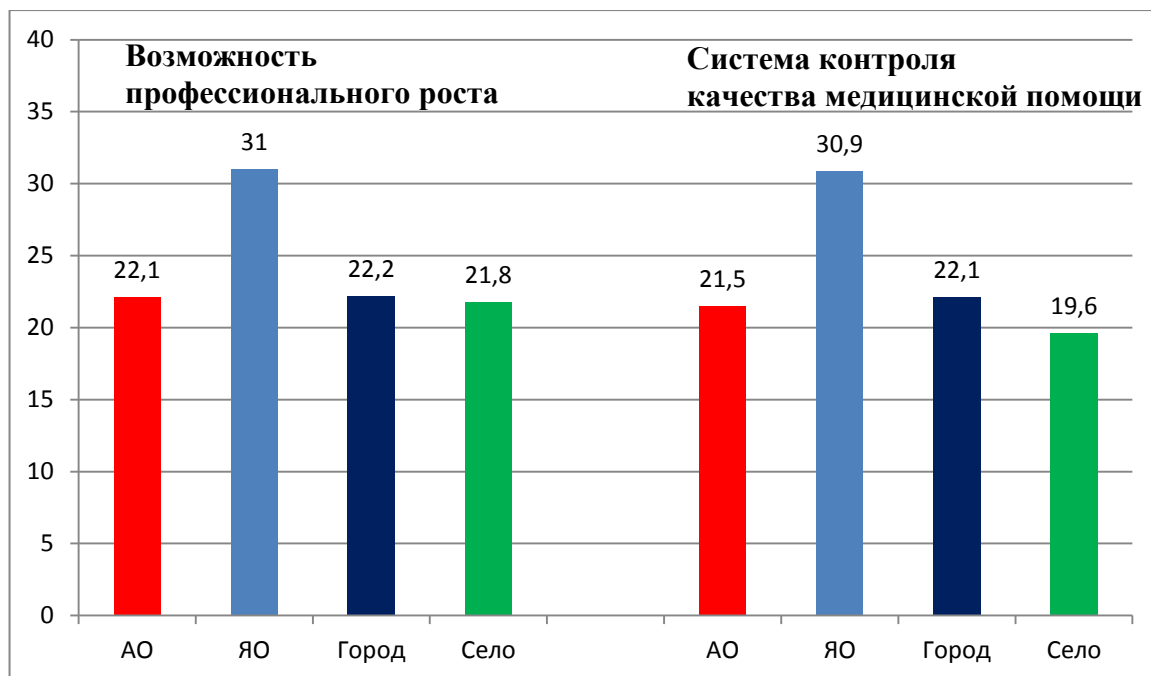


Рисунок 3.12. Удельный вес неудовлетворительных оценок степенью удовлетворенности («совсем не удовлетворены» и «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены») возможностью профессионального роста и системой внутреннего и внешнего контроля качества медицинской помощи врачей-терапевтов участковых, %.

Результаты социологического исследования условий профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых свидетельствует, что наибольший удельный вес негативных оценок удовлетворенности различными компонентами условий работы обусловлены уровнем оплаты труда ($57,6 \pm 2,3\%$ респондентов) и уровнем трудовой нагрузки ($55,9 \pm 2,3\%$). В значительной степени специалисты первичного звена здравоохранения не удовлетворены («совсем не удовлетворены» и «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены») оснащением рабочих кабинетов необходимым оборудованием и приборами ($48,3 \pm 2,3\%$), планировкой и техническим состоянием помещений для приема пациентов ($44,1 \pm 2,3\%$), обеспечением рабочих мест инструментами и инвентарем ($40,8 \pm 2,2\%$).

Таблица 3.4.

Социологическая оценка условий профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых на амбулаторно-поликлиническом приеме пациентов, %

Условия профессиональной деятельности	Ответы на вопрос: «В какой степени Вас удовлетворяют (не удовлетворяют) следующие стороны Вашей работы?»					Всего
	«полностью удовлетворяют»	«скорее удовлетворяют, чем не удовлетворяют»	«скорее не удовлетворяют, чем удовлетворяют»	«совсем не удовлетворяют»	Затруднились ответить	
Площадь, планировка, техническое состояние помещений	15,9±1,7	35,7±2,2	26,9±2,0	17,2±1,7	4,3±0,9	100,0
Оснащение необходимым оборудованием и приборами	11,3±1,4	35,4±2,2	35,5±2,2	14,8±1,6	5,0±1,0	100,0
Обеспеченность инструментами, инвентарем	11,7±1,4	40,7±2,2	29,1±2,1	11,7±1,4	6,8±1,1	100,0
Режим работы	29,6±2,1	47,2±2,3	16,9±1,7	3,3±0,8	3,0±0,7	100,0
Уровень трудовой нагрузки	8,3±1,2	30,0±2,1	37,2±2,2	18,7±1,8	5,8±1,0	100,0
Уровень оплаты труда	7,0±1,1	28,7±2,1	34,1±2,2	23,5±1,9	6,7±1,1	100,0
Возможности профессионального роста	18,5±1,8	40,2±2,2	21,8±1,9	5,4±1,0	14,1±1,6	100,0
Морально-психологический климат в коллективе	23,9±1,9	50,2±2,3	16,7±1,7	3,5±0,8	5,7±1,0	100,0
Отношение руководителей к трудовому коллективу	17,8±1,7	48,3±2,3	18,0±1,7	7,2±1,2	8,7±1,3	100,0
Система внутреннего и внешнего контроля качества медицинской помощи	13,0±1,5	45,9±2,3	19,8±1,8	7,2±1,2	14,1±1,6	100,0

В то же время наиболее высокая степень удовлетво-ренности условиями труда врачей-терапевтов участковых («полностью удовле-творены» и «скорее удовлетворены, чем не удовлетворены») обуслов-лена режимом работы ($76,8 \pm 1,9\%$) и морально-психологическим кли-матом в коллективе ($74,1 \pm 2,0\%$).

Таким образом, анализ экспертной и социологической оценки ресурсного обеспечения, условий оказания медицинской помощи и организационно-методических механизмов ее управления свидетель-ствует о значительных резервах, которые могут быть использованы в системе организации медицинской помощи больным пульмонологи-ческого профиля на уровне первичного звена здравоохранения и по-вышения ее эффективности.

Организационно-методические механизмы оптимизации и повышения эффективности пульмонологической помощи населению

Системный анализ факторов, оказывающих влияние на органи-зацию и эффективность оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля, позволил разработать и структуриро-вать комплекс механизмов ее оптимизации на уровне первичного зве-на здравоохранения, состоящих из 20 модулей:

- совершенствование структуры системы лечебно-профилактической помощи и сети учреждений, организация пульмо-нологических кабинетов и отделений, рациональный баланс специа-лизированных и обще профильных видов медицинской помощи;
- внедрение единых принципов совершенствования форм и методов организации пульмонологической помощи;
- обеспечение преемственности медицинской помощи боль-ным пульмонологического профиля;
- внедрение новых технологий диагностики и лечения;
- оптимизация управления медицинской помощью;
- внедрение современных информационных технологий;
- оптимизация штатных нормативов обеспечения лечебно-профилактических учреждений персоналом;

- оптимизация нормы нагрузки врачей на амбулаторном приеме;
- повышение финансового обеспечения медицинской помощи;
- повышение уровня оплаты труда медицинского персонала;
- обеспечение диагностическим и лечебным медицинским оборудованием медицинских учреждений в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи;
- совершенствование лекарственного обеспечения больных пульмонологического профиля;
- совершенствование стандартов медицинской помощи больным пульмонологического профиля;
- повышение уровня базовой профессиональной подготовки врачей;
- систематическая реализация образовательных программ для врачей;
- организация образовательных программ для пациентов;
- внедрение тестов контроля функционального состояния больных и методов оценки эффективности терапии;
- разработка и внедрение методов ранней диагностики, скрининг-тестов и массовых профилактических осмотров населения;
- совершенствование форм и методов диспансерного наблюдения больных;
- проведение комплекса социально-гигиенических и оздоровительных мероприятий среди населения.

Результаты социологического исследования, проведенного среди врачей-терапевтов участковых на территории Амурской и Ярославской областей, позволили определить степень их приоритетности в качестве механизмов оптимизации медицинской помощи больным пульмонологического профиля. В качестве основных приоритетных механизмов оптимизации и повышения эффективности пульмонологической помощи населению эксперты в ходе проведенного социологического исследования в первую десятку самых важных (респонденты в ходе исследования могли оценивать 20 позиций) включили следующие (табл.3.6).

Таблица 3.5

Социологическая оценка степени приоритетности организационно-методических механизмов оптимизации медицинской помощи больным пульмонологического профиля врачами-терапевтами участковыми (%)

1	Организационно-методические механизмы	Социологические оценки приоритетности						Всего
		Очень низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая	Затруднились ответить	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Совершенствование структуры системы лечебно-профилактической помощи и сети учреждений, рациональный баланс специализированных и общепрофильных видов медицинской помощи	3,5±0,8	13,1±1,5	44,1±2,3	13,9±1,6	5,2±1,0	20,2±1,8	100,0
2	Внедрение единых принципов совершенствования форм и методов организации пульмонологической помощи	1,1±0,4	11,1±1,4	44,1±2,3	20,9±1,8	4,6±0,9	18,2±1,7	100,0
3	Обеспечение этапности и преемственности медицинской помощи	1,1±0,4	11,1±1,4	40,0±2,2	27,2±2,0	8,0±1,2	12,4±1,5	100,0
4	Внедрение новых технологий диагностики и лечения	2,6±0,7	18,0±1,7	34,4±2,2	21,7±1,9	9,4±1,3	13,9±1,6	100,0
5	Оптимизация управления медицинской помощи	1,3±0,5	13,5±1,5	37,8±2,2	20,2±1,8	6,1±1,1	21,1±1,9	100,0
6	Внедрение современных информационных технологий	5,2±1,0	19,1±1,8	31,3±2,1	19,8±1,8	9,1±1,3	15,5±1,6	100,0
7	Оптимизация штатных нормативов обеспечения населения медицинским персоналом	4,6±0,9	20,5±1,8	30,4±2,1	16,3±1,7	9,3±1,3	18,9±1,8	100,0
8	Оптимизация нормы нагрузки врачей на амбулаторном приеме	5,0±1,0	17,8±1,7	30,9±2,1	15,2±1,6	15,4±1,6	15,7±1,6	100,0
9	Повышение финансового обеспечения медицинской помощи	7,4±1,2	24,2±1,9	25,4±2,0	11,7±1,4	15,4±1,6	15,9±1,7	100,0

Продолжение таблицы 3.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Повышение уровня оплаты труда медицинского персонала	10,7±1,4	25,2±2,0	22,2±1,9	11,3±1,4	15,2±1,6	15,4±1,6	100,0
11	Обеспечение диагностическим и лечебным медицинским оборудованием и приборами медицинских учреждений	3,9±0,9	17,8±1,7	32,6±2,1	16,5±1,7	14,2±1,6	15,0±1,6	100,0
12	Совершенствование лекарственного обеспечения больных	3,6±0,8	12,8±1,5	38,0±2,2	18,0±1,7	14,8±1,6	12,8±1,5	100,0
13	Совершенствование стандартов медицинской помощи	0,9±0,4	10,2±1,4	41,5±2,2	20,9±1,8	11,5±1,4	15,0±1,6	100,0
14	Повышение уровня базовой профессиональной подготовки врачей	1,3±0,5	4,3±0,9	36,6±2,2	31,1±2,1	12,8±1,5	13,9±1,6	100,0
15	Систематическая реализация образовательных программ для врачей	2,4±0,7	9,3±1,3	37,2±2,2	27,8±2,0	10,9±1,4	12,4±1,5	100,0
16	Организация образовательных программ для пациентов	5,0±1,0	14,1±1,6	35,5±2,2	25,2±2,0	6,1±1,1	14,1±1,6	100,0
17	Внедрение тестов контроля функционального состояния больных и методов оценки эффективности терапии	4,2±0,9	15,0±1,6	36,5±2,2	23,5±1,9	6,7±1,1	14,1±1,6	100,0
18	Разработка и внедрение методов ранней диагностики, скрининг-тестов и массовых профилактических осмотров населения	3,3±0,8	15,4±1,6	35,7±2,2	21,9±1,9	10,4±1,4	13,3±1,5	100,0
19	Совершенствование форм и методов диспансерного наблюдения больных	1,6±0,5	8,9±1,3	47,8±2,3	22,8±1,9	6,3±1,1	12,6±1,5	100,0
20	Проведение комплекса социально-гигиенических и оздоровительных мероприятий среди населения	3,5±0,8	13,5±1,5	43,5±2,3	17,6±1,7	8,9±1,3	13,0±1,5	100,0

Таблица 3.6

Ранжирование по степени приоритетности организационно-методических механизмов оптимизации и повышения эффективности пульмонологической помощи (социологическое исследование, %)

№ п/п	Организационно-методические механизмы (модули)	Рейтинг приоритетности (4 и 5 баллов), %
1	Повышение уровня базовой профессиональной подготовки врачей	43,9±2,3
2	Систематическая реализация образовательных программ для врачей	38,7±2,2
3	Обеспечение этапности и преемственности медицинской помощи	35,2±2,2
4	Совершенствование лекарственного обеспечения больных	32,8±2,1
5	Совершенствование стандартов медицинской помощи	32,4±2,1
6	Разработка и внедрение методов ранней диагностики и массовых профилактических осмотров	32,3±2,1
7	Организация образовательных программ для пациентов	31,3±2,1
8	Внедрение новых технологий диагностики и лечения	31,1±2,1
9	Обеспечение медицинским оборудованием и приборами медицинских учреждений в соответствии со стандартами	30,7±2,1
10	Оптимизация нормы нагрузки врачей на амбулаторном приеме	30,6±2,1

Анализ результатов социологической оценки механизмов оптимизации пульмонологической помощи, проведенной врачами-терапевтами участковыми, свидетельствует о различии их приоритетности на территориях Амурской и Ярославской области. Если по первым двум модулям («повышение уровня базовой профессиональной подготовки врачей» и «систематическая реализация образовательных программ для врачей») позиции респондентов полностью совпадают, то третью и четвертую ранговую позицию в рейтинге модулей на территории Амурской области соответственно занимают «совершенствование форм и методов диспансерного наблюдения больных» и «внедрение современных информационных технологий». А на территории Ярославской области соответственно – «обеспечение преемственности медицинской помощи» и «совершенствование стандартов медицинской помощи» (пятая позиция в рейтинге: «совершенствование лекарственного обеспечения больных» также совпала в оценке респондентов на данных территориях).

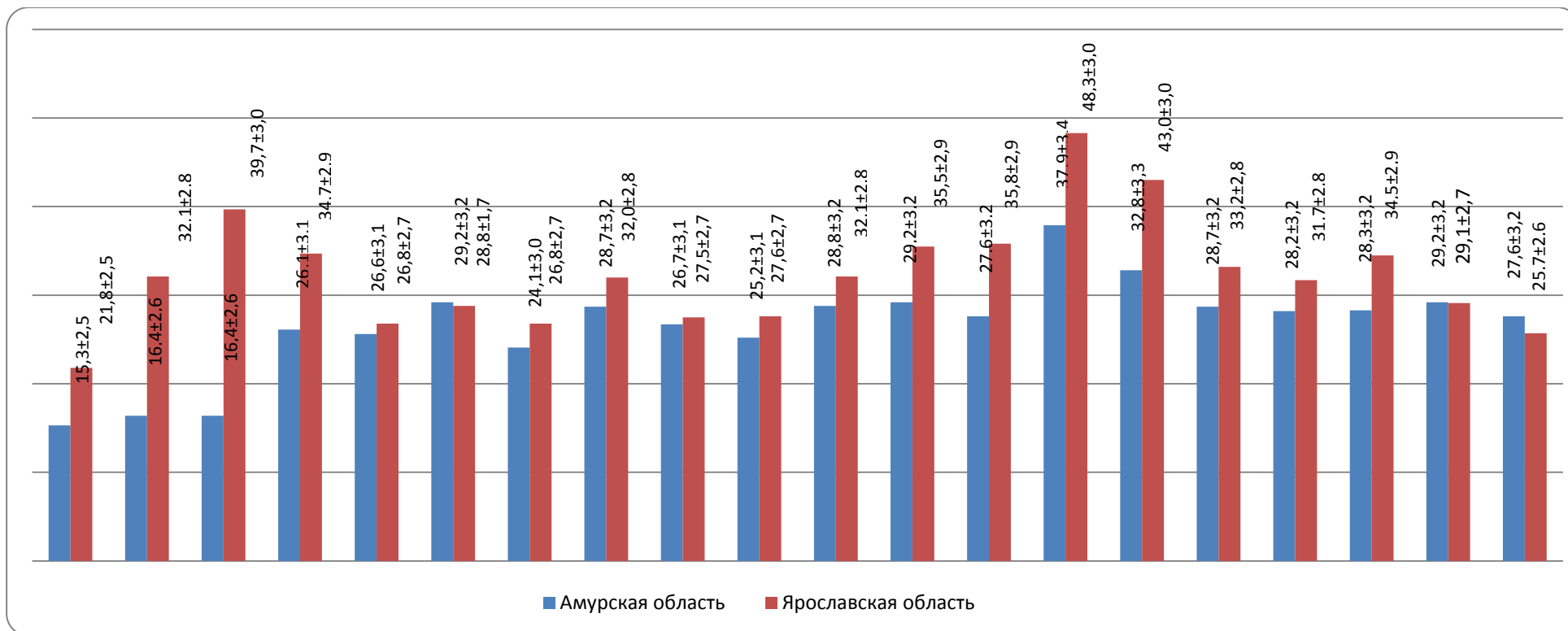


Рисунок 3.13. Соотношение доли «высоких» и «очень высоких» оценок степени приоритетности организационно-методических механизмов оптимизации медицинской помощи больным пульмонологического профиля врачами-терапевтами участковыми, работающими в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей (социологический опрос, %):

1* – (t=1,85); 2 – (t=4,13); 3- (t=5,97); 4 – (t=2,04); 5 – (t=0,29); 6- (t=0,09); 7 – (t=0,67); 8 – (t=0,78); 9 – (t=0,19); 10 – (t=0,58); 11 – (t=0,78); 12 – (t=1,46); 13 – (t=1,90); 14 – (t=2,31); 15 – (t=2,31); 16 – (t=1,07); 17 – (t=0,83); 18 – (t=2,13); 19 – (t=0,00); 20 – (t=0,46).

* Нумерация моделей в соответствии с порядковыми номерами таблицы 3.5

При этом степень приоритетности организационно-методических модулей оптимизации и повышения пульмонологической помощи на территориях Амурской и Ярославской областей также различна. Наиболее высокий уровень наблюдается при оценке степени приоритетности «обеспечения преемственности медицинской помощи» ($t=5,97$), «внедрения единых принципов совершенствования форм и методов организации пульмонологической помощи» ($t=4,13$), «повышения уровня базовой профессиональной подготовки врачей» ($t=2,31$), «систематической реализации образовательных программ для врачей» ($t=2,31$).

Социологическая оценка уровня образовательной деятельности врачей-терапевтов участковых свидетельствует, что в основном специалисты знают и используют в своей практической деятельности основные регламентирующие документы в области пульмонологии. В том числе, приказ МЗ РФ №916н от 15.11.2012 г. (73,6%), рекомендации GINA (82,3%), рекомендации GOLD (83,4%). 86,4% респондентов принимали участие в течение последних 3 лет в конференциях, семинарах, посвященных вопросам диагностики и лечения болезней органов дыхания. Однако только 38,9% врачей-терапевтов участковых принимали участие в течение последних 3 лет в образовательных программах для врачей по проблемам пульмонологии; 50,6% респондентов отмечают, что у них нет на участке астма-школ и школ для пациентов с ХОБЛ, 69,8% врачей – не используют в своей практической деятельности САТ – тест для оценки состояния пациентов с ХОБЛ и 43,4% – не используют тесты по контролю над астмой (АСТ-тест) на амбулаторном приеме.

В этой связи особую актуальность в повышении уровня профессиональной подготовки специалистов здравоохранения имеет организация методических семинаров и школ, участие врачей в научно-практических конференциях, в различных формах постдипломной профессиональной подготовки специалистов и реализации различных образовательных программ.

Анализ показывает, что в целом $74,8 \pm 2,0\%$ врачей-терапевтов участковых принимали участие в течение последних трех лет в кон-

ференциях, семинарах по проблемам пульмонологии и $32,4 \pm 2,1\%$ - в реализации образовательных программ. Вместе с тем $25,2 \pm 2,0\%$ врачей первичного звена здравоохранения в течение последних трех лет не участвовали в научно-практических конференциях и семинарах по тематике пульмонологии, а $67,6 \pm 2,1\%$ – не принимали участие в образовательных программах для врачей. Особенно велики доли отрицательных ответов респондентов на вопрос «Принимали ли Вы участие в реализации образовательных программ для врачей по проблемам пульмонологии в течение последних трех лет?» в учреждениях здравоохранения Амурской области ($76,4 \pm 3,0\%$) по сравнению с аналогичными ответами на этот вопрос в учреждениях здравоохранения Ярославской области ($61,1 \pm 2,9\%$), $t > 2$.

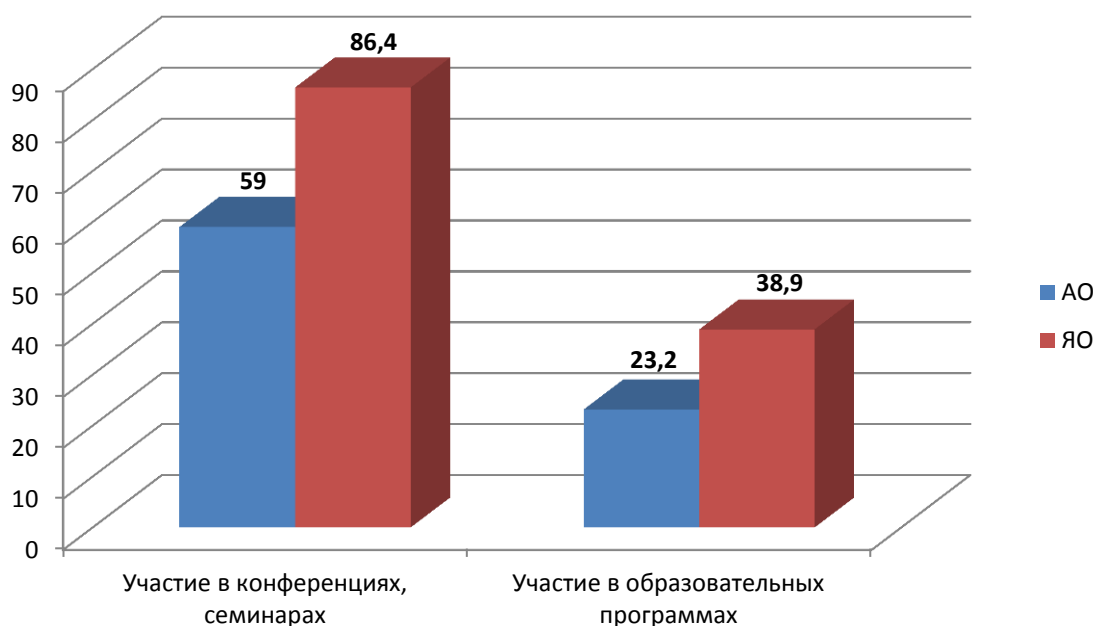


Рисунок 3.14. Распределение ответов врачей-терапевтов, на вопросы социологической анкеты по поводу участия в течение последних 3-х лет в конференциях, семинарах и образовательных программах по проблемам пульмонологии (социологический опрос, %).

При этом выявлена статистически значимая зависимость ($p = 0,7$) увеличения доли специалистов первичного звена здравоохранения, участвующих в реализации образовательных программ, от уровня их профессиональной квалификации.

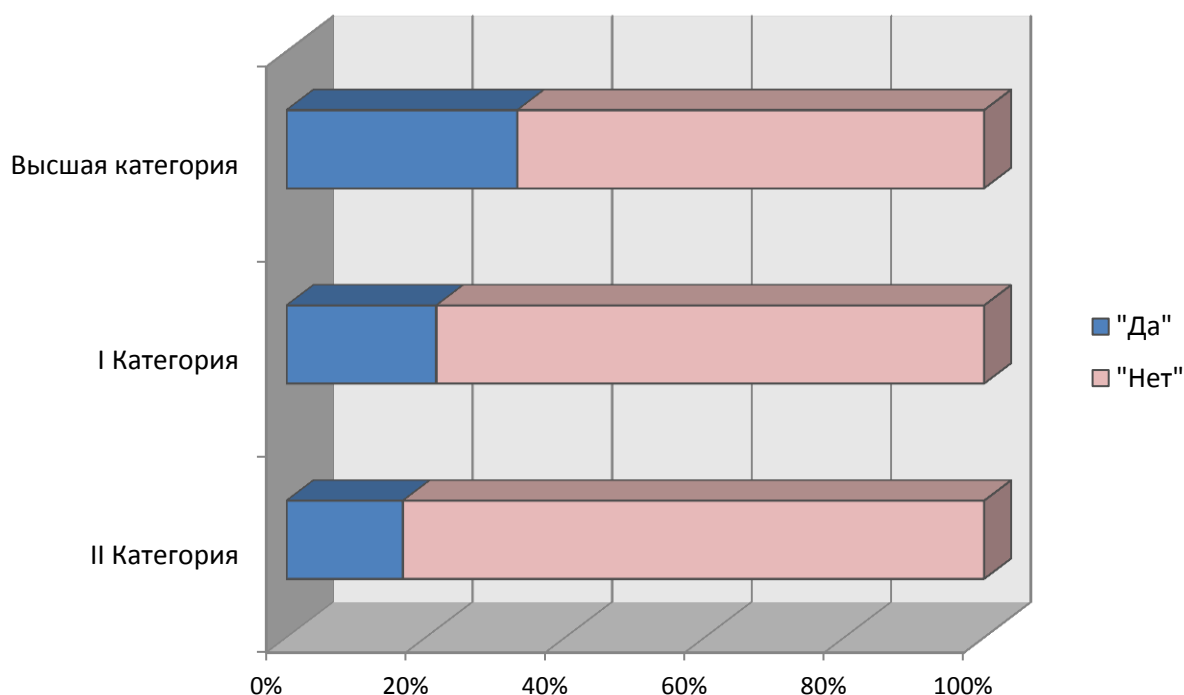


Рисунок 3.15. Распределение положительных ответов врачей-терапевтов участковых на вопрос: «Принимали ли Вы участие в реализации образовательных программ для врачей по проблемам пульмонологии в течение последних 3-х лет?», имеющих различный уровень профессиональной квалификации (социологический опрос, Амурская область, проценты).

В целом большинство ($83,7 \pm 2,9\%$) врачей-терапевтов участковых проходили подготовку на курсах повышения квалификации специалистов здравоохранения менее пяти лет назад ($76,9 \pm 3,0\%$ и $88,7 \pm 1,9\%$ соответственно в Амурской и Ярославской областях). Вместе с тем, $2,6\%$ респондентов проходили профессиональную постдипломную подготовку более пяти лет назад, а $13,5\%$ – вообще не проходили (возможно, в эту категорию попали молодые специалисты). При этом доля врачей, совсем не проходивших курсы повышения квалификации среди врачей-терапевтов участковых в учреждениях здравоохранения Амурской области составила $20,0\%$, в то время как в Ярославской области – в 2,3 раза меньше ($8,7\%$), $t > 2$. Также как и то, что в учреждениях здравоохранения городских населенных пунктов эта доля (не проходивших постдипломное обучение) существенно больше ($21,5\%$), чем в учреждениях здравоохранения сельских населенных пунктов ($15,2\%$), $p < 0,05$.

Эффективность результатов лечебно-профилактической работы в системе оказания первичной медико-санитарной помощи больным пульмонологического профиля в современных условиях зависит от уровня профессиональной подготовки специалистов здравоохранения, но и в немалой степени – от уровня адекватного сотрудничества в лечении врача и пациента. Целью такого сотрудничества является создание пациенту с бронхиальной астмой или ХОБЛ условий для контроля состояния здоровья под руководством лечащего врача (GINA, 2013). Формой организации такого сотрудничества являются школы для больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких, образовательные программы для пациентов, предусмотренные Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» [161].

На вопрос социологической анкеты: «Организованы ли на Вашем участке школы для больных ХОБЛ, астма-школы?» $48,3 \pm 2,3\%$ врачей-терапевтов участковых ответили положительно и практически в равной степени одинаково как в учреждениях Амурской ($46,7 \pm 3,5\%$) так и Ярославской области ($49,4 \pm 3,0\%$). При этом в учреждениях здравоохранения города (Амурская область) эти показатели несколько выше ($49,0 \pm 4,0\%$) по сравнению с учреждениями здравоохранения села ($3,9 \pm 7,1\%$), но без статистически значимых различий ($t < 2$).

Вместе с тем, образовательные программы для пациентов являются эффективным средством повышения качества жизни больных ХОБЛ. Результаты реализации третьего этапа проекта «Глобальный альянс по борьбе с респираторными заболеваниями» на территории Амурской области свидетельствуют, что в группе пациентов с ХОБЛ через 6 месяцев после первого визита в исследовательский центр и занятиях их в школе больных ХОБЛ, несмотря на то, что средний показатель индекса Тиффно (соотношение $ОФВ_1$ и $ФЖЕЛ$), характеризующий степень бронхиальной обструкции, практически не изменился (соответственно 58,4 и 57,8), то среднее количество баллов по САТ-тесту уменьшилось с 19,6 балла, находящегося на границе «сильного» и «умеренного» влияния хронической обструктивной болезни легких на качество жизни пациента, до 17,8 балла, т.е. на 9,2%.

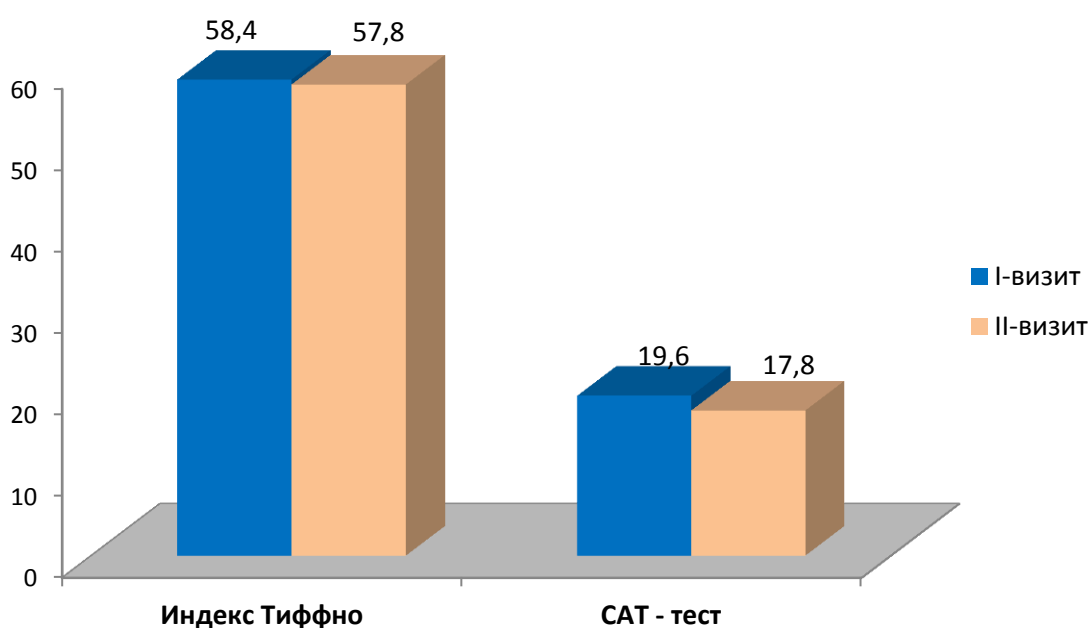


Рисунок 3.16. Динамика показателей индекса Тиффно и САТ – теста в группе пациентов с ХОБЛ до (I-визит) и после реализации образовательной программы (II-визит)

Современный характер развития медицинской науки и здравоохранения предполагает внедрение новых технологий диагностики и лечения в лечебно-профилактический процесс. Результаты исследования свидетельствуют, что только $37,4 \pm 2,2\%$ респондентов при проведении социологического опроса положительно ответили на вопрос анкеты «Внедрены ли в работу Вашего терапевтического участка новые технологии, методы диагностики и лечения больных пульмонологического профиля в течение последних 3-х лет?». При этом доля утвердительных ответов на данный вопрос в учреждениях здравоохранения Ярославской области ($45,7 \pm 3,0\%$) на $19,6\%$ больше, чем в учреждениях здравоохранения Амурской области, где положительный ответ дали только $26,1 \pm 3,1\%$ респондентов ($t > 2$). При отсутствии статистически значимых различий между учреждениями города и села, городскими поликлиниками и поликлиниками ЦРБ. Вместе с тем доля положительных ответов на этот вопрос врачей-терапевтов участковых, имеющих высшую квалификационную категорию в 2 раза больше (50%) по сравнению с врачами более низкой квалификации

(не имеющими категории), среди которых доля положительных ответов составила только 25,0% ($p > 2$).

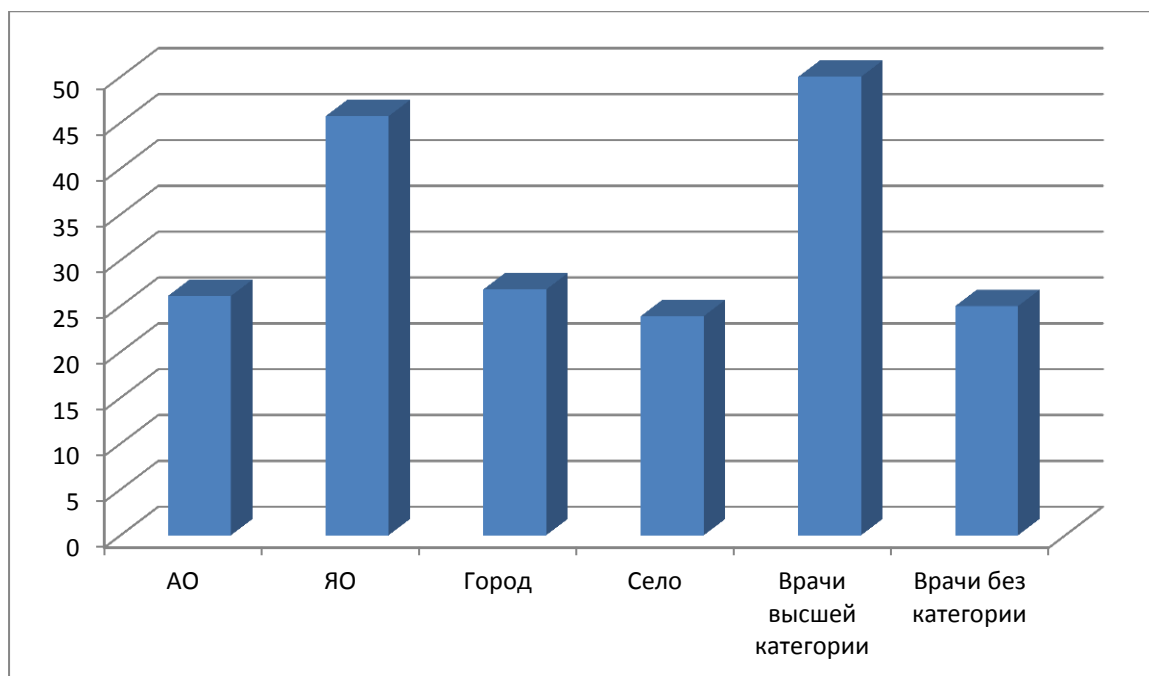


Рисунок 3.17. Доли респондентов (врачи-терапевты участковые) положительно ответившие на вопрос о внедрении новых технологий, методов диагностики и лечения больных пульмонологического профиля в течение последних 3-х лет (социологический опрос, проценты).

Одним из основных инструментов совершенствования организационно-методических механизмов организации и управления лечебно-профилактическим процессом в системе первичной медико-санитарной помощи населению являются современные информационные технологии. Вместе с тем, как показывают результаты исследования, только $25,0 \pm 2,0\%$ врачей-терапевтов участковых положительно ответили на вопрос социологической анкеты: «Используете ли Вы информационные (компьютерные) технологии для диагностики, организации лечебного процесса и выполнения организационно-методической работы с пациентами пульмонологического профиля?» ($26,7 \pm 3,1\%$ – в Амурской области и $23,8 \pm 2,6\%$ – в Ярославской области), $t < 1$. При этом в учреждениях здравоохранения города этот показатель в 2 раза больше ($30,2 \pm 3,7\%$) по сравнению с учреждениями здравоохранения, расположенными в сельских населенных пунктах

($15,2 \pm 5,2\%$), $t=2,3$. Примечательно, что среди врачей молодого возраста, имеющих стаж работы до пяти лет, коэффициент использования информационных технологий в 2,5 раза выше, чем среди специалистов старшего возраста, имеющих стаж работы более 25 лет (соответственно $40,9 \pm 3,4\%$ и $16,0 \pm 1,8\%$), $p < 0,001$.

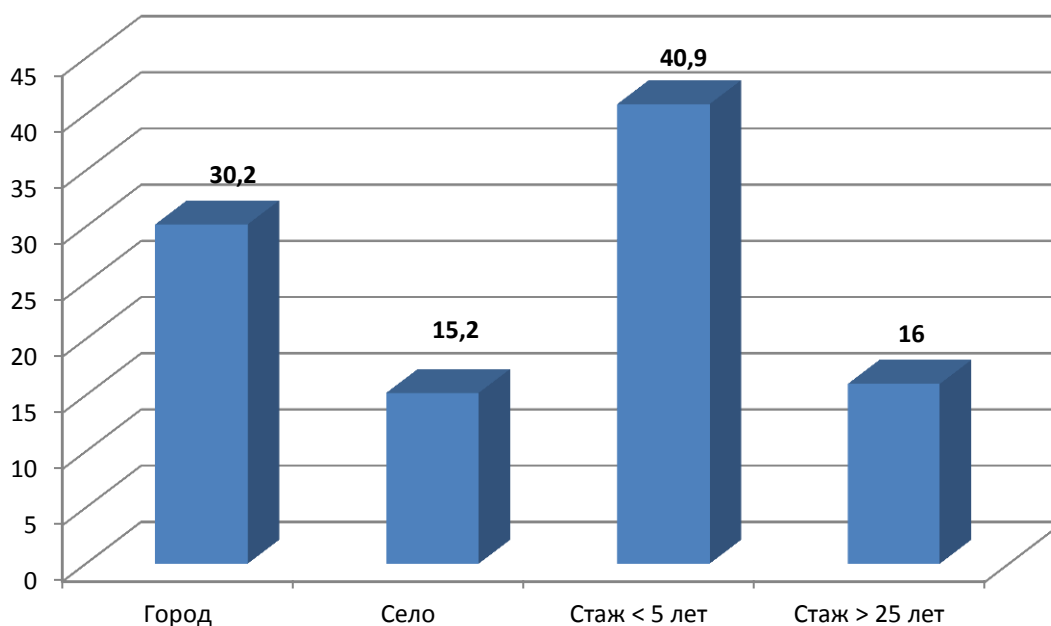


Рисунок 3.18. Удельный вес респондентов, использующих информационные технологии в организации лечебно-профилактического процесса на терапевтическом участке среди различных категорий врачей (социологический опрос, Амурская область, %)

В целях совершенствования управления пульмонологической помощью необходимо сосредоточить усилия на совместной работе органов управления здравоохранением, учреждений муниципального звена здравоохранения и научных учреждений, обеспечив эффективное взаимодействие, преемственность в оказании пульмонологической помощи населению. При этом модель развития пульмонологической службы не может существовать без решения главных задач: обеспечения ЛПУ квалифицированными кадрами; материального и финансового обеспечения, без которых невозможно обеспечить объемы и качество стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи, социальную удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг.

Одним из важных условий эффективности медицинской помощи пульмонологическим больным является обеспечение различных групп населения доступными квалифицированными ее видами. Основными факторами, определяющими доступность амбулаторно-поликлинической помощи, являются: характер расселения жителей, качество транспортных сообщений, отдаленность лечебных учреждений, плотность населения. В этой связи, ключевой проблемой совершенствования регионального планирования ресурсов здравоохранения является оптимизация существующей сети ЛПУ с целью обеспечения медицинской, социальной и экономической эффективности функционирования системы в целом.

Важным условием для улучшения своевременного выявления бронхолегочных заболеваний является совершенствование диагностической службы поликлиник, а основой для совершенствования и организации дифференциально-диагностической помощи – современные клиничко-функциональные, рентгенологические и инструментальные методы. Комплексные диагностические исследования, последовательно выполняемые на этапах медицинского обслуживания населения, обеспечивают правильный диагноз; при этом 82% больных пульмонологического профиля не нуждаются в госпитализации для выявления заболеваний. В этой связи разработка наиболее рациональных и информативных методов диагностики болезней органов дыхания и техническая оснащенность лечебно-профилактических учреждений являются одной из актуальных задач современной пульмонологии.

Таким образом, целенаправленная работа по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению, модернизация управления системой медицинской помощи больным болезнями органов дыхания является основой для прогнозирования и достижения позитивных результатов по повышению качества и эффективности специализированной высококвалифицированной помощи больным с патологией органов дыхания, направленной на снижение уровня заболеваемости и повышения качества и продолжительности жизни больных.

Информационно-аналитическое обеспечение управления пульмонологической помощью на региональном уровне

Одной из приоритетных задач на современном этапе развития здравоохранения является повышение доступности и качества оказываемой населению медицинской помощи, эффективности использования трудовых, материально-технических и финансовых ресурсов [11, 32, 183, 210]. А это невозможно без научного обоснования и выбора приоритетов, а также принятия управленческих решений по повышению эффективности деятельности системы здравоохранения. В этой связи, совершенствование информационного обеспечения управления здравоохранением является мощным инструментом повышения эффективности управленческой деятельности, которое должно быть в центре внимания руководителей всех уровней [66]. А одним из эффективных инструментов в системе управления ресурсным обеспечением лечебно-профилактического учреждения, а также контроля качества медицинской помощи является использование современных информационно-аналитических технологий [13, 66, 142].

В этих условиях необходим комплексный подход и проведение системного анализа состояния респираторного здоровья населения, деятельности больнично-поликлинического комплекса с учетом его структуры, материально-технического оснащения, потребности населения в соответствующих видах медицинской помощи и её удовлетворения, ресурсного обеспечения, что требует разработки соответствующих алгоритмов, развития компьютерных сетей, программных технологий [21, 30, 59]. Однако решение перечисленных задач осложняется в связи с нарастанием объема разнообразной статистической и социально-экономической информации, а так же с возрастанием требований к оперативности управления ЛПУ.

Основной управленческой информацией являются конкретные показатели, количественно выражающие промежуточные или конечные параметры информационных потоков. В этой связи, проблема формирования адекватного набора показателей является ключевой для построения любых систем управления, разработки систем мони-

торинга и выбора критериев для оценки их эффективности. При этом разработка индикаторов и критериев применительно к управлению здравоохранением является сложной и до конца еще не решенной задачей [66].

Схемам информационного обеспечения управления в системе здравоохранения должны предъявляться следующие требования [66]:

- конкретность и целенаправленность регламентированного перечня информации с включением целевых критериев и показателей;
- аналитическая ценность (обеспечение возможности сравнения в динамике со средними, нормативными и лучшими значениями показателей);
- комплектность (использования методов комплексного анализа и получения информации, ориентированных на выявление отклонений, а также вклада каждого показателя в общее функционирование системы);
- структурно-функциональное единство;
- управленческая ценность (обеспечение пригодности информации для поддержки реализации основных технологических этапов процесса управления, начиная от выявления проблем и кончая контролем эффективности принимаемых решений).

Система информационного аналитического обеспечения управления должна содержать конкретный перечень показателей для анализа, их нормативные значения, источники и периодичность представления. При этом структурная модель такой системы должна иметь замкнутый характер, т.е. иметь прямые и обратные связи. В частности, организационная модель информационно-аналитического обеспечения пульмонологической помощи на региональном уровне может быть представлена следующими субъектами и элементами, среди которых главное место занимают лечебно-профилактические учреждения, начинающие и завершающие цикл формирования и использования информации.

Таким образом, для каждого субъекта информационно-аналитической системы обеспечения управления пульмонологической помощью стоит определенная задача:

- ЛПУ – подготовка и представление первичной медицинской учетной и отчетной документации и выполнение управленческих решений;
- Медицинские информационно-аналитические центры – обработка и анализ информации;
- Научно-исследовательские учреждения и ВУЗы – научно-методическое обеспечение экспертной оценки состояния респираторного здоровья и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля;
- Минздрав и его главные специалисты (терапевт, пульмонолог) – подготовка информационно-аналитических документов и управленческих решений, направленных на повышение эффективности действующей системы.

Медицинская информация, используемая для анализа респираторного здоровья населения, организации и качества пульмонологической помощи может быть представлена следующими модулями:

- о состоянии респираторного здоровья населения территории (показатели первичной и общей заболеваемости; показатели инвалидности и смертности населения по причине болезней органов дыхания);
- о деятельности амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь больным пульмонологического профиля;
- об обеспеченности обще профильных и специализированных учреждений здравоохранения ресурсами (трудовыми, материальными, финансовыми);
- об использовании учреждениями здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь больным пульмонологического профиля, ресурсов здравоохранения (трудовых, материальных, финансовых);
- о качестве и эффективности (медицинской, социальной, экономической) лечебно-профилактической помощи больным пульмонологического профиля.

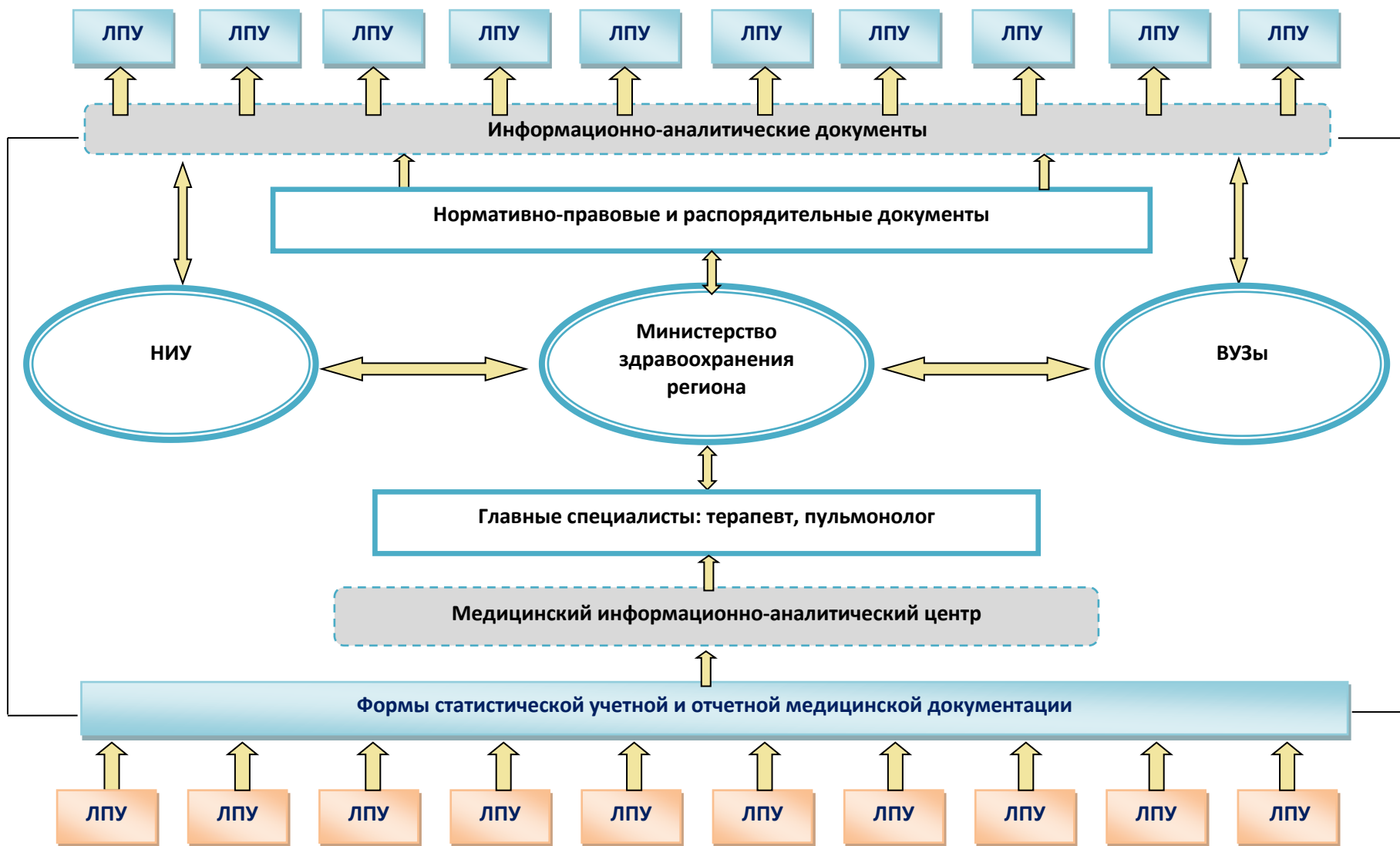


Рисунок 3.19. Организационная модель информационно-аналитического обеспечения управления пульмонологической помощью.

Информационная система мониторинга респираторного здоровья населения, организации и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля может быть построена как на использовании методов государственного статистического наблюдения (показатели заболеваемости, инвалидности, смертности населения по причине болезней органов дыхания; показатели деятельности амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений здравоохранения; показатели обеспечения ресурсами здравоохранения), так и специальных клинико-эпидемиологических, социологических методов исследования (социологический мониторинг населения о состоянии респираторного здоровья, доступности и качества медицинской помощи и медицинских работников о состоянии пульмонологической помощи) и экспертной оценки качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля [142].

Информационные ресурсы для экспертной оценки респираторного здоровья населения, доступности и качества пульмонологической помощи в системе управления здравоохранением региона могут быть представлены следующими группами показателей:

- показатели респираторного здоровья населения по данным государственного статистического мониторинга;
- показатели социально-экономического бремени болезней органов дыхания, в том числе показатели заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности, смертности населения по причине болезней органов дыхания;
- показатели клинико-эпидемиологической и медико-социальной оценки респираторного здоровья населения, доступности и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля, полученные с использованием клинико-эпидемиологических и медико-социальных методов исследования;
- показатели ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пульмонологическим больным, предусматривающие анализ сети, структуры и мощности учреждений первичного звена здравоохранения и специализированных служб, показатели обеспеченности населения стационарной помощью, обеспеченности трудовыми и финансовыми ресурсами;

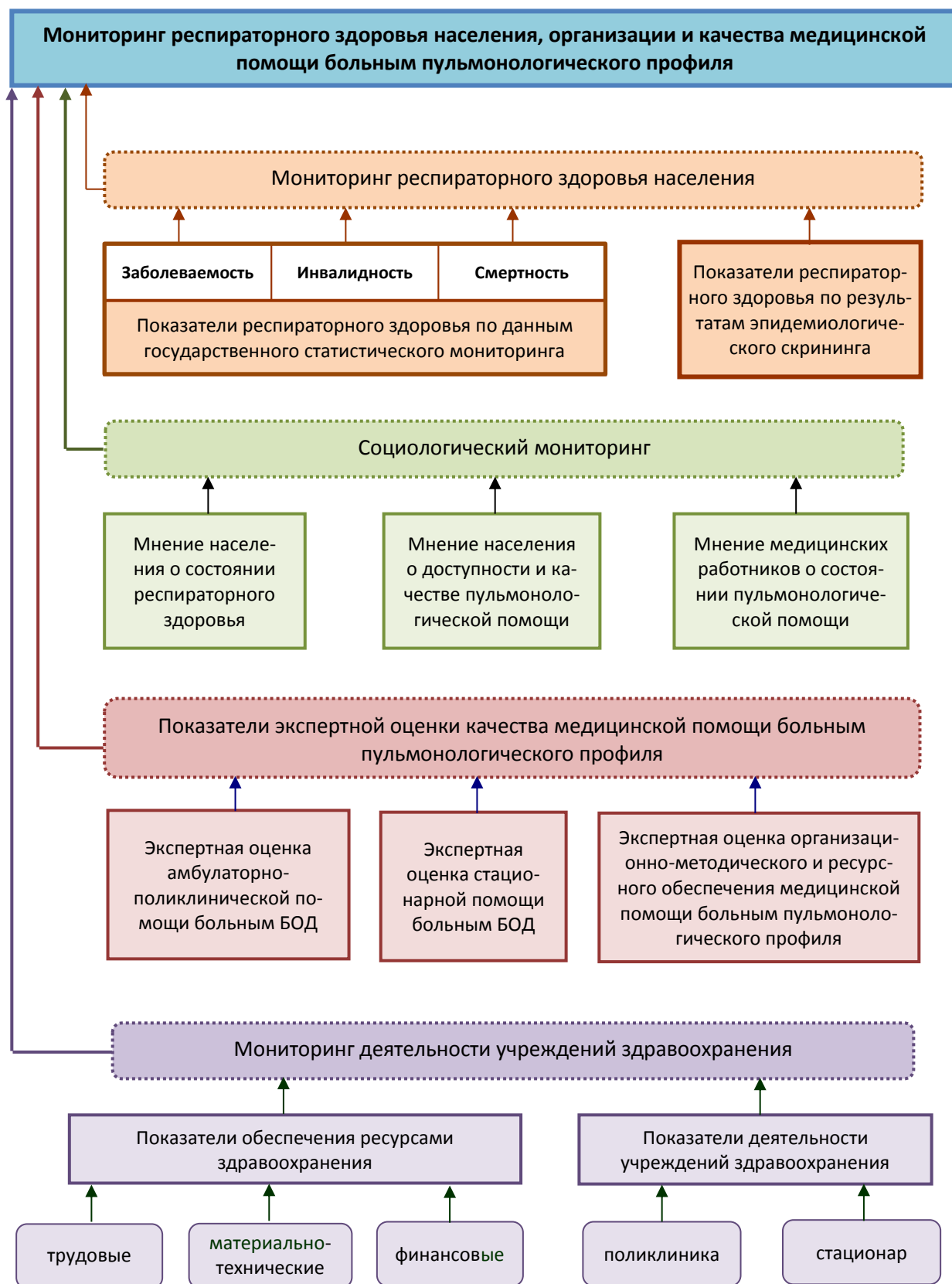


Рисунок 3.20. Блок-схема информационной системы мониторинга респираторного здоровья населения, организации и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля.

– показатели деятельности учреждений обще профильной и специализированной сети по оказанию медицинской помощи больным заболеваниями органов дыхания (показатели объемов и качества амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, диспансеризации населения);

– показатели экспертной оценки качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля и обеспеченности ресурсами здравоохранения.

В группе основных показателей должны утверждаться их целевые значения, определяемые на основе нормативных документов или экспертным путем с обобщенной оценкой достижения конечных результатов и целевых параметров функционирования специализированной службы, учреждения или территории. Обобщенная оценка в этом случае выступает в роли критерия, смысл которого усиливается при его анализе в динамике. Это позволяет объективно ответить на вопрос, как функционировала система и за счет каких механизмов необходимо обеспечить повышение ее эффективности.

Статистические данные о респираторном здоровье населения в этом случае служат основой для планирования профилактических мероприятий и разработки организационных форм и методов работы органов управления и организаций здравоохранения, а также контроля эффективности их деятельности по сохранению и укреплению здоровья населения.

В годовом режиме мониторинга обычно обрабатывается и анализируется наибольший объем информации. При этом руководителям органов управления и учреждений здравоохранения, специалистам в регламентированном порядке должны представляться результаты мониторинга основных показателей респираторного здоровья на территории региона и деятельности лечебно-профилактических учреждений, оформленные в виде итогового аналитического документа [66].

В структуре годового этапа аналитического отчета экспертной оценки респираторного здоровья населения и организации пульмонологической помощи на региональном уровне должны быть предусмотрены не только разделы, отражающие клинико-эпидемиологи-

ческую характеристику респираторного здоровья населения, сеть, структуру, мощность и показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений по оказанию медицинской помощи больным пульмонологического профиля, их ресурсное и организационно-методическое обеспечение, анализ показателей доступности и качества медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания, но и социально-экономическую, климатогеографическую и медико-демографическую характеристику региона (субъекта РФ). Информация о площади территории, численности и составе населения, условиях его размещения, природно-климатических и экологических условиях внешней среды, уровне социально-экономического развития региона является чрезвычайно важной для оценки и анализа эффективности деятельности специализированной службы здравоохранения, разработки и принятия управленческих решений, направленной на оптимизацию данной системы.

Стало признанным, что здоровье – это категория не только социальная, но и экономическая, несмотря на то, что согласно своей первичной природе, оно не относится к товарно-денежным отношениям и не представляет собой товар, продаваемый на рынке. Здоровье соответственно не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для общества и индивидуума [241, 245]. Вместе с тем на поддержание, укрепление и восстановление здоровья приходится затрачивать огромные материальные, финансовые, информационные и другие ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в определенной форме, как категорию экономическую [241].

С учетом этого встают такие вопросы, как оценка эффективности функционирования здравоохранения в условиях рыночных отношений, оценка экономического ущерба от заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности, установление и анализ взаимосвязей между показателями ресурсного обеспечения отрасли, эффективностью их использования и конечным продуктом здравоохранения – показателями объема и качества медицинских товаров и услуг. Поэтому в структуру аналитического документа должны быть включены

разделы, характеризующие социально-экономическое бремя БОД. В частности, экономический анализ прямых и косвенных затрат государства и общества, связанных с медицинской помощью (госпитализация, амбулаторно-поликлиническое обслуживание, лекарственное обеспечение и др.) и социальной помощью (оплата дней временной нетрудоспособности, затраты на выплату пенсий и пособий); упущенный вклад в валовой региональный продукт, вследствие заболеваемости, инвалидности и смертности от болезней органов дыхания.

Индикаторами для оценки эффективности деятельности специализированной службы по оказанию медицинской помощи больным пульмонологического профиля в системе здравоохранения региона могут быть использованы различные показатели и критерии [30, 142, 145, 147, 211]. В частности, на основе проведенного анализа их актуальности в сфере практического здравоохранения предложены следующие.

Таблица 3.7

Индикаторы и критерии оценки эффективности управления системой медицинской помощи больным пульмонологического профиля на региональном уровне

№ п/п	Индикаторы оценки	Единицы измерения	Целевые значения показателей (критерии оценки)
1	Первичная заболеваемость населения болезнями органов дыхания (класс X), в том числе отдельными нозологическими формами, в динамике	На 100 000 населения	Динамика показателей
2	Общая заболеваемость населения болезнями органов дыхания (класс X), в том числе отдельными нозологическими формами, в динамике	На 100 000 населения	Динамика показателей
3	Патологическая пораженность населения БОД, в том числе отдельными нозологическими формами	На 1 000 населения	
4	Исчерпанная (истинная) заболеваемость населения БОД, в том числе отдельными нозологическими формами	На 1 000 населения	
5	Число случаев временной нетрудоспособности по причине болезней органов дыхания	На 1 работающего	
6	Число дней временной нетрудоспособности по причине болезней органов дыхания	На 1 работающего	
7	Средняя длительность случая временной нетрудоспособности по причине болезней органов дыхания		

8	Первичная инвалидность населения по причине болезней органов дыхания, в том числе частота первичной инвалидности по группам инвалидности, в динамике	На 10 000 населения	Динамика показателей
9	Общая (накопленная) инвалидность населения по причине болезней органов дыхания (контингенты инвалидности), в динамике	На 10 000 населения	Динамика показателей
10	Смертность населения по причине болезней органов дыхания, в том числе по отдельным нозологическим формам, в динамике	На 100 000 населения	Динамика показателей
11	Обеспеченность населения больничными койками терапевтического и пульмонологического профиля	На 10 000 населения	Норматив
12	Частота госпитализаций по классу болезней органов дыхания и отдельным нозологическим формам	%	
13	Обеспеченность штатными должностями врачей-терапевтов, пульмонологов	На 10 000 населения	Норматив
14	Укомплектованность должностей врачей-терапевтов, пульмонологов	%	100%
15	Доля врачей (терапевтов, пульмонологов), имеющих сертификат специалиста	%	
16	Доля врачей (терапевтов, пульмонологов), имеющих квалификационную категорию (высшую, первую, вторую)	%	
17	Среднечасовая нагрузка врача (терапевта, пульмонолога) на приеме в поликлинике (фактическая)		Норматив
18	Функция должности врача-терапевта, пульмонолога (фактическая)		Норматив
19	Среднее число коек на одну должность врача (терапевта, пульмонолога)		Норматив
20	Среднее число пролеченных больных на одну должность врача (терапевта, пульмонолога)		
21	Среднее число койко-дней на одну должность врача (терапевта, пульмонолога)		
22	Среднее число посещений врача-терапевта, пульмонолога на одного жителя в год		Норматив
23	Удельный вес профилактических посещений врача-терапевта, пульмонолога в поликлинике	%	
24	Выполнение плана посещений врача-терапевта, пульмонолога	%	100%
25	Полнота охвата населения целевыми медицинскими осмотрами по профилю «пульмонология»		
26	Полнота охвата больных пульмонологического профиля диспансерным наблюдением	%	
27	Своевременность взятия больных пульмонологического профиля на диспансерный учет	%	

28	Средне число дней занятости больничной койки (терапевтической, пульмонологической) в году (функция больничной койки)	Количество дней в году	Норматив
29	Средняя длительность пребывания больного в стационаре (терапевтическом, пульмонологическом)	Дней	Норматив
30	Оборот больничной койки (терапевтической, пульмонологической)		Норматив
31	Процент выполнения плана койко-дней в стационаре (терапевтическом, пульмонологическом)	%	100%
32	Своевременность госпитализаций больных пульмонологического профиля		
33	Частота расхождения амбулаторно-поликлинических и больничных диагнозов	%	
34	Частота расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов	%	
35	Больничная летальность	%	
36	Среднее число выявленных дефектов оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля	На 1 больного	
37	Среднее число выявленных дефектов оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля	На 1 больного	
38	Среднее число выявленных дефектов оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля, повлекших увеличение стоимости лечения	На 1 больного	
39	Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи (по профилю «пульмонология») в поликлинике	%	78-80%
40	Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи (по профилю «пульмонология») в стационаре	%	90-95%

Программы и проекты в здравоохранении в целом характеризуются значительным числом показателей и параметров на входе (затраты) и на выходе (результаты), а для обработки и анализа статистических данных в настоящее время существуют различные модификации программных средств информационных систем, программных пакетов обработки статистической информации [13, 66, 143]. Для того чтобы сопоставить альтернативные варианты организационных мероприятий, производится соизмерение показателей и параметров. Эта задача требует использования метода многофакторного проблемного анализа, который позволяет провести многомерную оценку каждого

из альтернативных вариантов. В качестве характеристик могут быть использованы, например, динамика летальности, осложнений, первичного выхода на инвалидность, заболеваемости, временной нетрудоспособности, стоимости профилактических программ и пр.

Для совершенствования организации пульмонологической помощи, развития первичной медико-санитарной помощи необходимо организовать в медицинских организациях систему достоверного первичного учета, показателей профилактики, заболеваемости, временной нетрудоспособности, динамики показателей по инвалидности, иммунизации, ассортимента и количества выполняемых медицинских услуг, обеспечивающих информационную поддержку соответствующих процессов. Основой для планирования деятельности и оценки эффективности управления пульмонологической службы являются количественные и качественные параметры, характеризующие состояние респираторного здоровья населения и его региональные особенности [30, 142, 147, 211].

Таким образом, информационно-аналитическое обеспечение системы организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля с использованием информационных ресурсов и методов экспертной оценки респираторного здоровья населения, доступности и качества пульмонологической помощи является важной предпосылкой и одним из главных условий повышения ее эффективности.

Социально-экономическая оценка результативности и эффективности обеспечения управления пульмонологической помощью: федеральный и региональный опыт

Пульмонологическая служба России за последние годы получила существенное развитие, несмотря на социальные и экономические трудности [31, 148]. В последнее двадцатилетие был проведен ряд организационных мероприятий, имевших целью интенсифицировать научную и практическую работу в области пульмонологии (введение научной специальности "пульмонология", врачебной специальности и

врачебной должности – "врач-пульмонолог"). Во многих регионах проводится активная работа по организации пульмонологической помощи, созданию сети специализированных пульмонологических учреждений, разработки целевых комплексных программ развития пульмонологической помощи [31, 99, 115, 212, 221, 226, 234, 173, 215, 225].

В практику здравоохранения внедряются новые методы диагностики, лечения и профилактики хронических респираторных заболеваний, значительно улучшилось качество диагностики, лечения и профилактики таких заболеваний как бронхиальная астма, ХОБЛ, пневмония [18, 19, 96, 203, 224]. Российским респираторным обществом проводится значительная организационно-методическая и образовательная деятельность: подготовлены и изданы клинические рекомендации и руководства для врачей по всем нозологическим формам болезней органов дыхания. С целью унификации методов диагностики и лечения отдельных БОД были разработаны и внедрены стандарты, протоколы и формуляры, изданы монографии, клинические рекомендации и учебные пособия для практических врачей. Ежегодно проводятся Национальные конгрессы и региональные конференции по проблемам болезней органов дыхания [4, 161, 162, 227, 228, 229].

В последние годы проведен ряд исследований по проблеме совершенствования лечебно-диагностической помощи больным с хроническими респираторными заболеваниями легких (бронхиальная астма, ХОБЛ), посвященных разработке и научному обоснованию новых форм обучения пациентов (астма-школа, школа пациента с ХОБЛ и др.), совершенствования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (пульмонологические кабинеты поликлиник, обучение больных в стационарных отделениях). Благодаря объединенным усилиям практических учреждений здравоохранения, научных и образовательных медицинских учреждений в России была создана система наблюдения и медицинской помощи больным, страдающим муковисцидозом [33, 42, 43, 148, 163, 223].

В настоящее время созданы хорошие предпосылки для дальнейшего развития пульмонологической помощи больным БОД. Ми-

нистерством здравоохранения РФ утвержден порядок оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля. Переоснащение учреждений здравоохранения и обучение врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в рамках Национальной программы в сфере здравоохранения повысило качество диагностики и лечения БОД на уровне первичного звена здравоохранения. Это способствовало приближению специализированной пульмонологической помощи к пациентам на всей территории РФ. Лидирующая роль в этой работе принадлежит ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России (Москва), функционирующему как Всероссийский федеральный центр пульмонологии (ВФЦП) под руководством главного пульмонолога России акад. РАН, проф. А.Г. Чучалина [31].

Большая лечебно-профилактическая работа, направленная на повышение качества медицинской помощи пациентам с БОД, проводится на всей территории РФ и находит свое отражение в динамике показателей респираторного здоровья населения. За 20-летний период были изданы две "Белые книги пульмонологии", в которых анализировались показатели заболеваемости и смертности населения России по причине БОД по данным официальной статистики Министерства здравоохранения РФ [31, 217].

В частности, с использованием соответствующих критериев продемонстрирована результативность деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, научных и образовательных учреждений, расположенных на территории Амурской области, по обеспечению мероприятий, направленных на повышение эффективности пульмонологической помощи населению. При этом за период с 2006 по 2013 гг. показатели инвалидности по причине БОД снизились в 8,1 раза, уровень младенческой смертности – в 2,5 раза, показатели смертности населения от ХРЗ, находящиеся в 2,1 раза ниже уровня РФ в целом (2013 г.), уменьшились в 1,8 раза.

Уровень смертности от пневмонии в возрастной группе детского населения в настоящее время в 3 раза ниже уровня Российской Федерации и в 5,8 раз ниже аналогичных показателей по Дальневосточному федеральному округу.

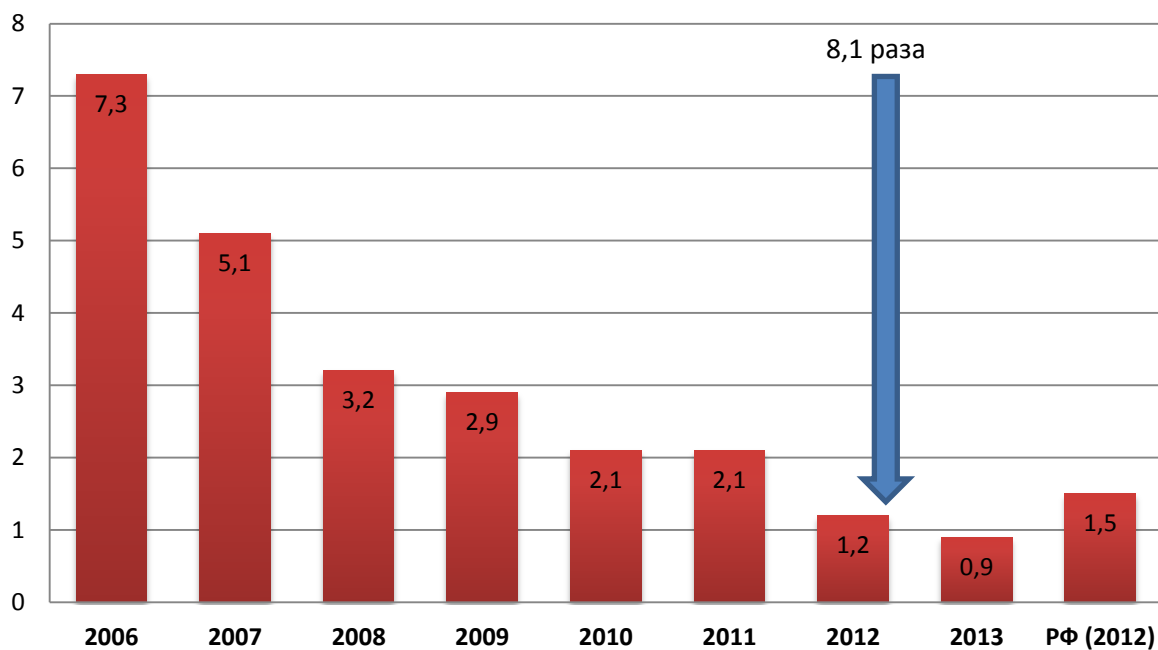


Рисунок 3.21. Динамика показателей инвалидности населения от болезней органов дыхания (Амурская область, число лиц впервые признанных инвалидами на 10 000 взрослого населения)

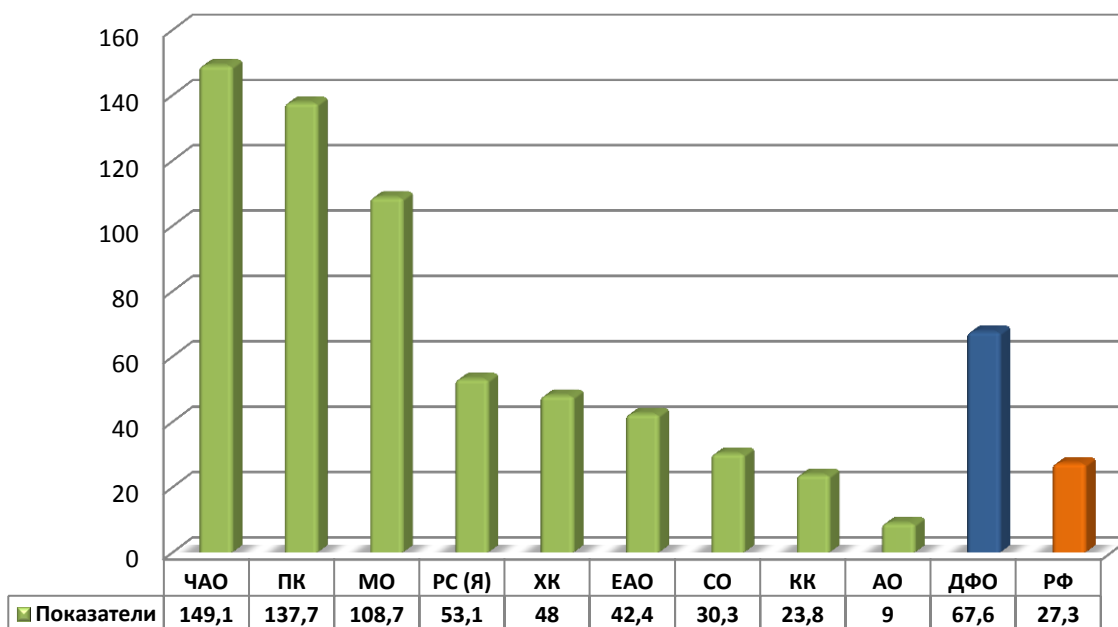


Рисунок 3.22. Ранжированный ряд показателей младенческой смертности от пневмонии в субъектах Дальневосточного федерального округа (2014 г., на 100 000 населения)

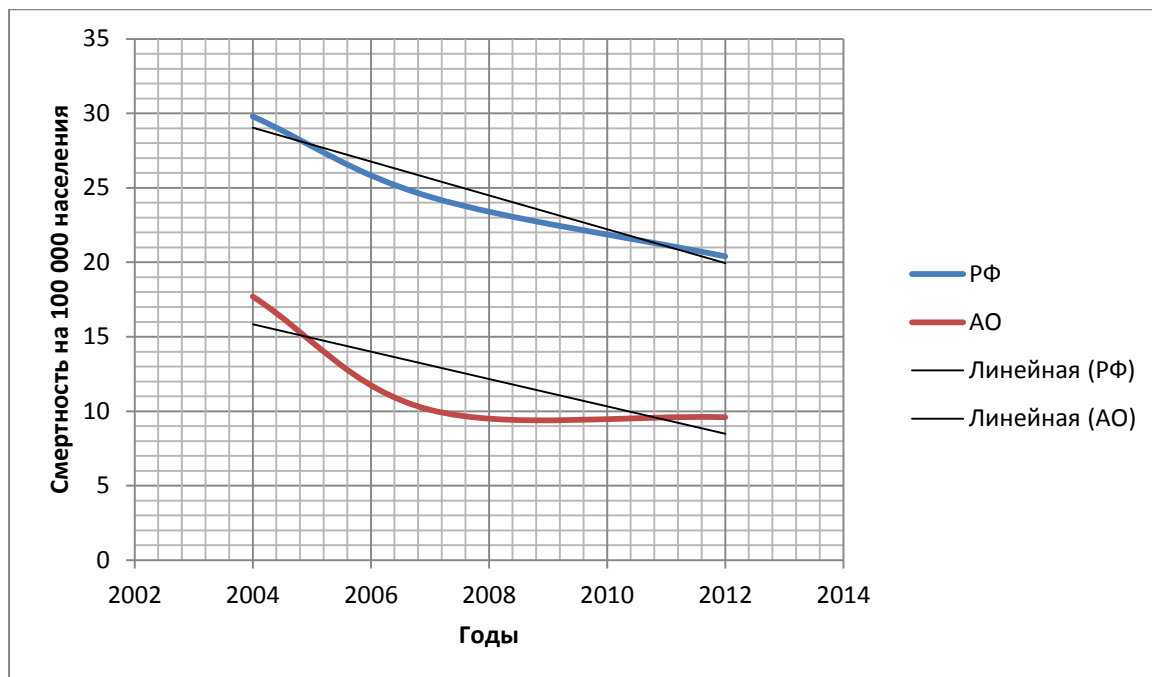


Рисунок 3.23. Динамика показателей смертности населения от хронических заболеваний нижних дыхательных путей на территории Российской Федерации и Амурской области

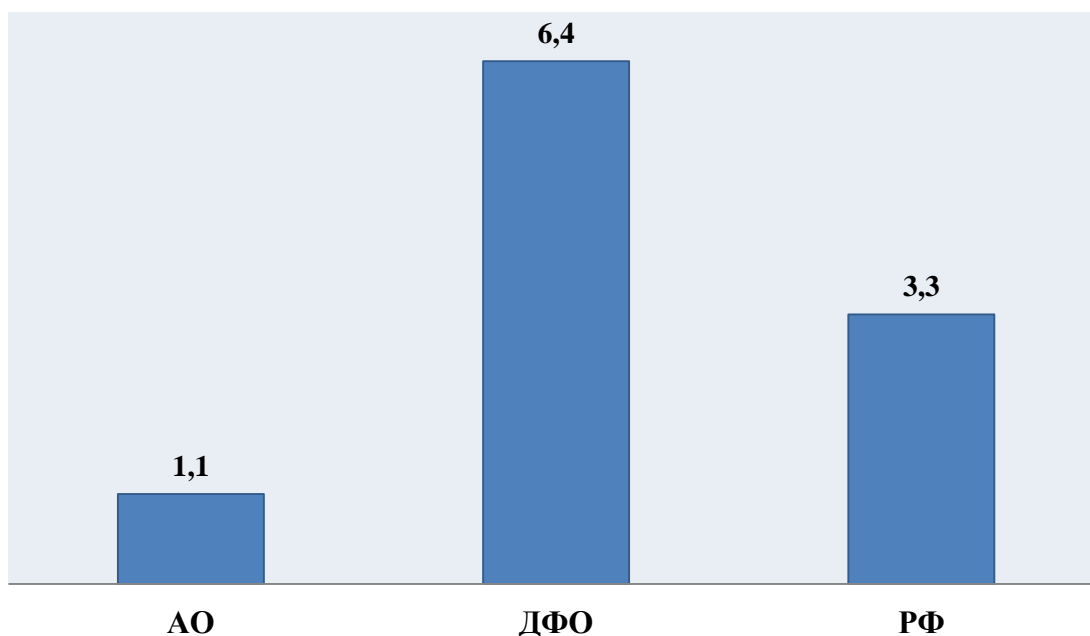


Рисунок 3.24. Сравнительная оценка показателей смертности населения от пневмонии в возрастной группе молодежи трудоспособного возраста на территориях Амурской области (АО), Дальневосточного федерального округа (ДФО) и Российской Федерации (РФ) (2014 г., на 100 000 населения)

В настоящее время на территории Амурской области накоплен определенный опыт организации и обеспечения комплекса организационно-методических, противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня заболеваемости населения острыми респираторными инфекциями, с консолидированным участием органов управления и учреждений здравоохранения, Управления Роспотребнадзора, научных и образовательных учреждений, расположенных на территории региона. В частности:

- создан и активно работает Областной штаб по предупреждению распространения гриппа, ОРВИ и пневмоний, организована работа штабов в каждой административной территории;

- проводятся научные клинико-эпидемиологические популяционные исследования уровня острых и хронических заболеваний дыхательных путей с оценкой степени влияния неблагоприятных факторов внешней среды и формированием прогнозных моделей развития клинико-эпидемиологического процесса.

- организованы профилактические мероприятия с использованием средств иммунопрофилактики инфекционных заболеваний: иммунизация населения против сезонного гриппа; вакцинирование населения, имеющего факторы риска острых и хронических респираторных заболеваний с использованием пневмококковой вакцины;

- осуществляется оперативный эпидемиологический мониторинг заболеваемости острыми вирусными респираторными инфекциями, гриппом, внебольничной пневмонией в рамках которого осуществляется ежедневный учет каждого случая заболевания с дальнейшей оценкой эпидемиологической ситуации, прогнозом развития эпидемического процесса, принятием управленческих решений, своевременной разработкой адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

- выявление и характеристика наиболее значимых этиологических агентов с целью полной этиологической расшифровки заболеваний и назначения адекватной антибактериальной терапии;

- создана экспертная лечебно-диагностическая комиссия в составе врачей-пульмонологов, терапевтов, педиатров, рентгенологов,

эпидемиологов, специалистов по лабораторной диагностике для анализа эпидемиологической ситуации, оценки эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий, достоверной диагностики внебольничной пневмонии и расследования каждого смертельного случая.

Учитывая высокую степень риска возникновения заболеваний острых респираторных инфекций, особенно среди детей и лиц пожилого возраста, и необходимость организации неотложных противоэпидемических мер на территории Амурской области принят и осуществляется комплекс профилактических мероприятий в зонах паводкового затопления территорий проживания в бассейне р. Амур. В том числе «Программа организации мониторинга и клинико-эпидемиологической оценки эффективности вакцинации против пневмококковой инфекции населения Амурской области, пострадавшего от паводкового наводнения 2013 года» (утверждена Министерством здравоохранения Амурской области 23.03. 2014 г.). Анализ результатов свидетельствует, что число заболеваний пневмонией, зарегистрированных в популяции детей на территории региона, снизилось в поствакцинальном периоде в 2,3 раза, что подтверждено результатами эпидемиологического мониторинга. При этом уровень смертности населения от пневмонии на территории области снизился за 5 лет на 39,4%.

В целях изучения истинной распространенности заболеваний респираторной системы среди различных профессиональных и демографических групп населения специалистами Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания проведены комплексные медицинские исследования на территории Амурской области. Впервые на территории Российской Федерации использована методология эпидемиологической оценки распространенности основных проявлений хронических респираторных заболеваний и факторов риска в рамках исследовательского проекта Всемирной организации здравоохранения – «Глобальный альянс по борьбе с респираторными заболеваниями», позволяющая определить их истинные значения и провести международные сопоставления показателей.

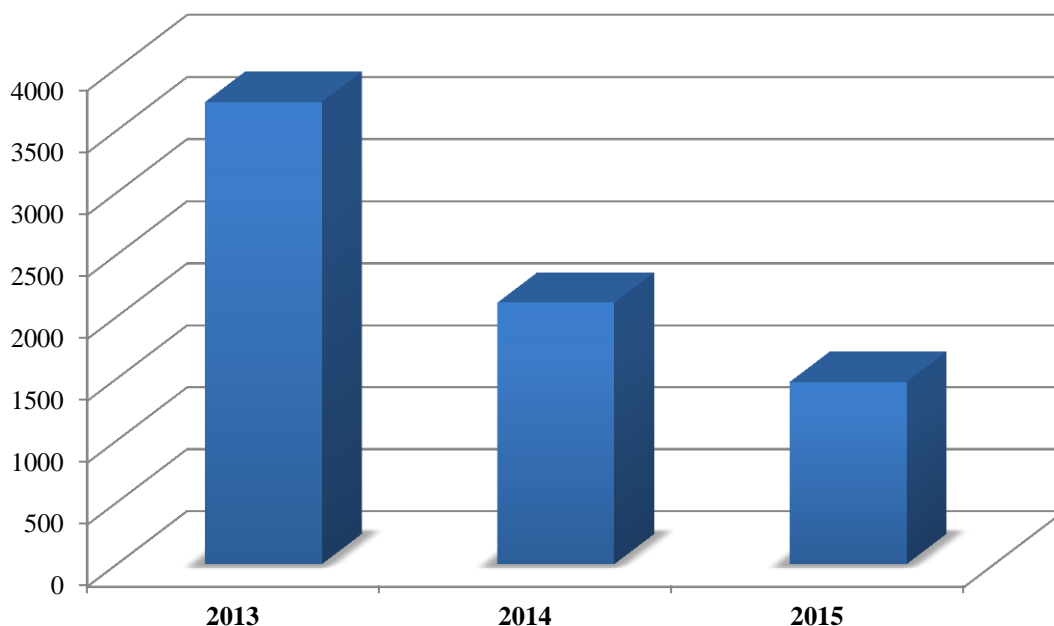


Рисунок 3.25. Динамика показателей заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями и внебольничной пневмонией детей в возрасте от 2 до 5 лет до вакцинации пневмококковой вакциной (2013 г.) и после вакцинации (2015 г.); (Амурская область, ‰).

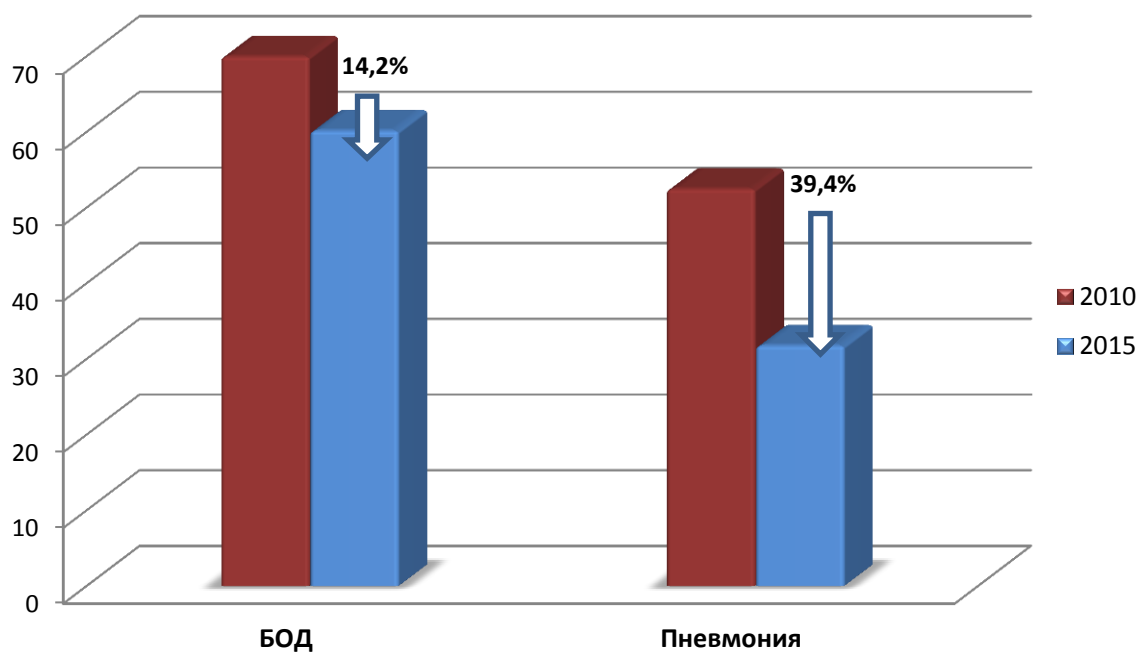


Рисунок 3.26. Динамика показателей смертности населения Амурской области по причине болезней органов дыхания и пневмонии (на 100 000 населения).

В рамках формирования и развития информационной системы мониторинга респираторного здоровья населения в регионе подготовлена «Программа клинико-эпидемиологических исследований респираторного здоровья населения на территории Амурской области на 2009-2020 гг.».

Комплекс клинико-эпидемиологических и социологических исследований респираторного здоровья населения, проведенных Дальневосточным научным центром физиологии и патологии дыхания, позволил выявить основные особенности формирования и распространения заболеваний органов дыхания, связанные с климатогеографическими, медико-демографическими и социально-экономическими условиями Дальневосточного региона.

Органам и учреждениям здравоохранения, науки и образования, органам государственной власти, профессиональному сообществу представлена информация о состоянии респираторного здоровья населения в социально-экономических и экологических условиях Дальневосточного региона, рекомендации, направленные на повышение эффективности пульмонологической помощи.

С использованием комплекса разработанного статистического инструментария и соответствующей технологии проведена экспертная и медико-социальная оценка организации, ресурсного обеспечения, доступности и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля. Для внедрения в сферу научной и практической деятельности разработана программа экспертной оценки состояния респираторного здоровья населения, организации и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля, включающая технологическую карту оценки и перечень информационных ресурсов для ее реализации.

На основе современной методологии и анализа сложившейся структуры пульмонологической помощи и потребности в необходимых ресурсах разработаны предложения по реструктуризации сети учреждений специализированной службы, совершенствованию организационных технологий и формированию рациональной модели системы медицинской помощи больным пульмонологического профиля

на примере Амурской области. Разработана организационная модель регионального пульмонологического центра, являющегося основным организационно-методическим, диагностическим и лечебно-профилактическим учреждением в системе организации и управления специализированной пульмонологической службой на региональном уровне.

В целях выполнения основных концептуальных положений Всемирной организации здравоохранения, направленных на повышение качества и эффективности профилактических мероприятий в области охраны респираторного здоровья населения, Дальневосточным научным центром физиологии и патологии дыхания подготовлена региональная программа «Стратегия мониторинга, профилактики и контроля хронических респираторных заболеваний». Это программа и план действия по реализации концепции GARD на территории Амурской области, рекомендованная Советом экспертов Российского респираторного общества для внедрения в практику регионального здравоохранения. Совместно с НИИ пульмонологии подготовлен проект федеральной целевой программы «Бронхиальная астма», прошедший экспертную оценку на XIX Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва, 2009 г.) и Совете экспертов Российского респираторного общества (Москва, 2010 г.) и представленный в комитет по охране здоровья Государственной Думы РФ (2011 г.). В основе достижения результатов и целевых индикаторов данных Программ заложены принципиально новые организационно-методические подходы и инновационные механизмы программной деятельности, характеризующиеся высокой степенью социальной и экономической эффективности.

Для врачей медицинских организаций при поддержке Российского респираторного общества на территории региона систематически проводится комплекс научно-практических и образовательных мероприятий.

Таким образом, организационно-методическое обеспечение системы организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля с использованием информационных и образователь-

ных ресурсов и методов экспертной оценки респираторного здоровья населения, доступности и качества пульмонологической помощи является важной предпосылкой и одним из главных условий повышения ее эффективности.

Целенаправленная работа по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению, модернизация управления системой медицинской помощи больным болезнями органов дыхания, как показывают результаты исследования, является основой для прогнозирования и достижения позитивных результатов. Результатов деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, направленных на повышение качества и эффективности медицинской помощи больным с патологией органов дыхания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезни органов дыхания являются важной медицинской и социально-экономической проблемой для современного общества, что обуславливает необходимость развития специализированной пульмонологической службы, совершенствование медицинской помощи больным пульмонологического профиля на уровне первичного звена здравоохранения. Это, в свою очередь, должно позволить качественно улучшить диагностику, лечение, первичную, вторичную и третичную профилактику болезней органов дыхания, что приведет к существенному снижению инвалидности и смертности в этой группе патологий.

Проведенный анализ организации и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля показывает, что в настоящее время в системе Российского здравоохранения проделана огромная работа по развитию в этом направлении. Российское респираторное общество при интеграции с международными профессиональными организациями консолидировало усилия науки и практики, специалистов различных ведомств в обеспечении эффективности этой многогранной деятельности. Министерством здравоохранения РФ разработан и утвержден Порядок оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями, утверждены стандарты медицинской помощи по всем нозологическим формам БОД. Коллективами отечественных ученых и специалистов в области респираторной медицины разработаны и предложены для использования в практической деятельности врачей новые эффективные лекарственные формы и методы диагностики острых и хронических респираторных болезней. Совершенствуется организационно-методическое обеспечение управления пульмонологической помощью населения, широко используются образовательные программы для пациентов и врачей.

При этом следует отметить, что современные достижения пульмонологии в Российской Федерации основаны на результатах предшествующего поколения ученых и специалистов, внесших значительный вклад в развитие и совершенствование пульмонологической по-

мощи населению. Среди них выдающиеся организаторы научных исследований в области респираторной медицины, талантливые ученые и руководители крупных научных коллективов: Н.В. Путов, Г.Б. Федосеев (Санкт-Петербург), А.Г. Хоменко, М.И. Перельман (Москва), Л.Д. Сидорова (Новосибирск), М.Т. Луценко, Ю.С. Ландышев, И.В. Ландышева (Благовещенск), И.З. Баткин (Хабаровск), Н.Д. Татаркина (Владивосток), сформулировавших основные принципы и перспективы развития пульмонологии [136, 137, 173, 176, 177, 186, 213].

Большой вклад в развитие социально-гигиенических и клинико-эпидемиологических исследований болезней органов дыхания, разработку методических и организационных основ их первичной и вторичной профилактики внесли известные специалисты в области организации пульмонологической помощи: Н.А. Богданов, В.В. Поляков, И.Г. Цюра, В.И. Тыщевский, П.П. Горбенко [35, 76]. Основные принципы, формы и методы работы пульмонологических кабинетов, организации пульмонологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях были разработаны в 80-х годах XX века А.Н. Кокосовым [113]. Основные принципы и методология организации диспансерного наблюдения больных пульмонологического профиля были сформулированы Г.З. Демченковой и Н.П. Соболевой [82], а национальным лидером в области реабилитации пульмонологических больных многие годы являлся Л.М. Клячкин [111].

В настоящее время активная и плодотворная работа по развитию и совершенствованию пульмонологии проводится и в различных регионах Российской Федерации, в том числе наиболее успешно в г. Москве, г. Санкт-Петербурге, на Урале, в Сибири и на Дальнем Востоке. Здесь созданы и работают специализированные пульмонологические центры и клиники, разрабатываются региональные профилактические программы в области респираторного здоровья населения.

Организаторами региональной политики в области пульмонологии являются главные специалисты-пульмонологи органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, продолжающие славные традиции отечественной пульмонологии по разработке и внедрению современных технологий, обеспечивающих повышение

эффективности и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля и сохраняющих преемственность поколений ученых и специалистов. Среди них А.Н. Аргунова (республика Саха-Якутия), А.Г. Баскакова (Костромская область), А.С. Белевский (г. Москва), Ш.З. Загидуллин (республика Башкортостан), М.Ф. Киняйкин (Приморский край), Л.М. Куделя (Новосибирская область), И.В. Лещенко (Свердловская область), Т.И. Мартыненко (Алтайский край), Н.А. Поярков (Ярославская область), В.И. Трофимов (г. Санкт-Петербург), Н.Н. Хомяков (Сахалинская область) и многие другие.

В современных условиях большой вклад в разработку и внедрение в практику здравоохранения новых методов диагностики, лечения и профилактики болезней органов дыхания вносят ведущие ученые и специалисты, работающие по различным направлениям респираторной медицины и являющиеся экспертами Российского респираторного общества: С.Н. Авдеев, З.Р. Айсанов, Н.С. Антонов, Н.Г. Астафьева, Т.И. Биличенко, А.А. Визель, Н.А. Геппе, Л.А. Горячкина, И.В. Демко, А.В. Емельянов, А.В. Жестков, М.М. Илькович, В.А. Невзорова, Н.М. Ненашева, С.И. Овчаренко, А.И. Синопальников, И.Е. Тюрин, Р.С. Фассахов, Е.И. Шмелев, Я.Н. Шойхет.

Вместе с тем, несмотря на значительный прогресс в развитии пульмонологической помощи населению и достигнутые позитивные результаты, в системе ее организации имеются еще нерешенные проблемы, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи населению. Эти проблемы, как показывают результаты проведенных исследований, связаны, прежде всего, с уровнем доступности и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля, обусловленные дефицитом ее ресурсного обеспечения. Достаточно большое количество ошибок организации лечебно-профилактического процесса определяется отсутствием необходимых реабилитационных и профилактических мероприятий больным заболеваниями органов дыхания. При этом частота дефектов при оказании медицинской помощи больным хроническими респираторными заболеваниями в специализированных учреждениях здравоохранения значительно меньше, чем в обще профильных учреждениях здравоохранения.

Анализ мотивации врачей первичного звена здравоохранения, ориентированной на эффективное и качественное оказание медицинской помощи, выявил степень ее зависимости от различных условий и факторов профессиональной деятельности. Среди них наиболее значимыми являются: профессиональный стаж, уровень квалификации, социальная среда и условия профессиональной деятельности. Имеется определенная социальная и профессиональная детерминированность организационных и подходов в обеспечении эффективности и качества медицинской помощи населению и социально-психологической мотивации медицинских кадров. Системный анализ факторов, оказывающих влияние на организацию и эффективность оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля, позволил определить и структурировать комплекс организационно-методических механизмов ее оптимизации на уровне первичного звена здравоохранения и разработать систему информационно-аналитического обеспечения ее управления.

С другой стороны, медицинская и социально-экономическая оценка регионального опыта организации пульмонологической помощи населению, направленной на повышение доступности и качества, снижение показателей неблагоприятных исходов болезни, свидетельствует, что системная работа органов здравоохранения, научных и образовательных учреждений, профессионального сообщества, организованная на основе программной деятельности, позволяет обеспечить ее эффективность.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Изучение мнения населения об организации и качестве амбулаторно-поликлинической помощи / З.Ш. Абдурахманова [и др.] // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №4(10). С. 31-32.
2. Хронические болезни нижних дыхательных путей: социально-экономическое значение, эволюция взглядов, факторы риска, проблемы ранней диагностики / А.Ю. Абрамов [и др.] // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. № 1(07). С. 74-85.
3. Авдеев С.Н. Опросник ACQ – новый инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой // Пульмонология. 2011. №2. С. 93-99.
4. Пульмонология. Клинические рекомендации / С.Н. Авдеев [и др.] // Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 336 с.
5. Изучение факторов, оказывающих влияние на качество медицинской помощи / Л.С. Агаларова [и др.] // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №4(10). С. 33-35.
6. Азизова Б.Г. Отношение руководителей здравоохранения к проблемам управления качеством медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. № 4. С. 38-40.
7. Айсанов З.Р., Черняк А.В., Калманова Е.Н. Спирометрия в диагностике и оценке терапии хронической обструктивной болезни легких в общеврачебной практике // Пульмонология. 2014. №5. С. 101-110.
8. Акрамова Э.Г., Хамитова Р.Я., Бакиров Р.С. Клинико-экономический анализ стационарного лечения хронической обструктивной болезни легких // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. №4, Т.58. С. 41-46
9. Александрова Н.И., Бобков А.Г., Богданов Н.А. Общая пульмонология // Болезни органов дыхания: руководство для врачей / под ред. Н.Р. Палеева. М.: Медицина, 1989. Т.1. 640 с.
10. Алексеев Н.А. Анализ эффективности деятельности ЛПУ // Здравоохранение Российской Федерации. 2004. №5. С. 8-11.
11. Алексеева Н.Ю. Системное преобразование регионального здравоохранения в целях повышения доступности и качества медицинской помощи населению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. №3. С. 25-27.
12. Алексеева Н.Ю., Ломакина Е.А. О новых подходах к управлению качеством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения // Проблемы

- управления здравоохранением. 2011. №2. С. 14-16.
13. Алленов А.М. Методы многофакторного анализа в системе управления общественным здоровьем // Общественное здоровье и здравоохранение. 2012. №2. С. 54-57.
 14. Антонов Н.С. Эпидемиология бронхолегочных заболеваний в России // Пульмонология. 2006. №4. С. 83-85.
 15. Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни // Терапевтический архив. 2009. №3. С. 82-84.
 16. Анализ клинико-экономической эффективности регулярного наблюдения врачом-аллергологом детей с бронхиальной астмой / И.П. Артюхов [и др.] // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2010. №5. С. 100-102.
 17. Использование показателя DALY для оценки медико-демографических потерь населения г. Красноярска от смертности, обусловленной хронической обструктивной болезнью легких / И.П. Артюхов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/527/30/> дата обращения 26.12.2013. С. 1-12.
 18. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА // Пульмонология. 2011. №6. С. 87-93.
 19. Бабарсков Е.В. Новые диагностические возможности диффузионного теста с использованием CO и NO // Пульмонология. 2011. №1. С. 85-88.
 20. Байдина И.Н. Внедрение системы менеджмента качества в учреждении здравоохранения – фундамент для повышения качества медицинских услуг // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №4 (10). С. 23-26.
 21. Балалыкин И.Л., Павлова О.А. Системный анализ использования ресурсов медицинского учреждения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2004. №1. С. 34-35.
 22. Баранов А.А., Денисов И.Н., Чучалин А.Г. Руководство по первичной медико-санитарной помощи // АСМОК. М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006. С. 1457-1490.
 23. Мобильная кардио-респираторная и метаболическая лаборатория-пульмомобиль / С.З. Батын [и др.] // Пульмонология. 2012. №3. С. 63-66.
 24. Безверщенко Е.А. Модель фтизиопульмонологической службы ведомственного здравоохранения // I Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания (Киев, 9-12 окт. 1990). Киев, 1990. №611.

25. Белевский А.С. Последипломное образование в области пульмонологии // Пульмонология. 2004. №1. С. 50.
26. Белевский А.С. Реабилитация больных с патологией легких // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2007. №4. С. 14-17.
27. Белова Н.В., Суслонова Н.А. О взаимодействии ЛПУ в условиях реформирования системы здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. 2004. №3. С. 7-8.
28. Судебно-медицинская экспертиза оказания терапевтической помощи при хронической обструктивной болезни легких / А.В. Березников [и др.] // Пульмонология. 2012. №2. С. 60-64.
29. Ретроспективный анализ качества медицинской помощи на группе больных, умерших от неспецифических заболеваний легких / А.Я. Беспалюк [и др.] // Физиология и патология органов дыхания: Сб. науч. тр.; под ред. Л.З. Телль, Г.А. Вядро. Новосибирск: Новосибирский медицинский ин-т., 1988. С. 44-46.
30. Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г. Разработка индикаторов (критериев) для оценки качества и эффективности медицинской и пульмонологической помощи в медицинских учреждениях России // Пульмонология. 2013. №6(5). С. 25-30.
31. Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г., Сон И.М. Основные итоги развития специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля на территории Российской Федерации за период 2004-2010 гг. // Пульмонология. 2012. №3. С. 5-16.
32. Блохина М.В., Уразова О.Н. Повышение эффективности системы управления здравоохранением путём внедрения и развития в отрасли организационно-управленческих технологий // Общественное здоровье и здравоохранение. 2013. №3. С. 68-70.
33. Блюменталь И.Я. Астма-школа как метод профилактики обострения бронхиальной астмы // Практическая медицина. 2007. №4 (23). С. 12-13.
34. Боборыкина Т.Н. Социально-гигиеническое обоснование и информационно-статистическое обеспечение развития консультативно-диагностических центров (на примере крупного города): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1990. 24 с.
35. Научно-организационные основы профилактики болезней органов дыхания у рабочих промышленного и сельскохозяйственного производства / Н.А. Богданов [и др.] // Неспецифические заболевания легких у работающих на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве: сб. науч. тр. / ВНИИП; под ред. В.И. Тыщецкого и И.Г. Цюры. Л., 1985. С. 13-18.

36. Анкетирование как социологическое исследование качества медицинских услуг / Н.А. Болоняева [и др.] // *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2012. №1. С. 37-40.
37. Болотова Е.В., Шульженко Л.В., Порханов В.А. Анализ дефектов оказания лечебно-диагностической помощи больным, умершим от внебольничной пневмонии в Краснодарском крае за 2014 г. // *Пульмонология*. 2015. №3. С. 298-302.
38. Борисов В.М. Преемственность в организации лечебно-профилактической помощи больным терапевтического профиля в условиях крупнейшего города: автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 1989. 22 с.
39. Брескина Т. Н. Современные подходы к организации экспертизы качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2007. № 5. С. 32-36.
40. Бронхиальная астма и воздействие производственных факторов: клинические рекомендации Европейского респираторного общества // *Пульмонология*. 2012. №3. С. 17-36.
41. Будагова Т.Б. Особенности первичной и повторной инвалидности вследствие болезней органов дыхания в Ростовской области в динамике за 2006-2010 гг. // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2012. №1. С. 33-35.
42. Будневский А.В., Бурлачук В.Т., Перцев А.В. Компьютерная система мониторинга хронической обструктивной болезни легких // *Пульмонология*. 2014. №2. С. 69-72.
43. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой / А.В. Будневский [и др.] // *Пульмонология*. 2013. №1. С. 54-58.
44. Буторов И.В., Бочкарев М.В., Цуркан В.Г. Медико-экономическая эффективность диспансеризации больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких в условиях сельской местности // *Терапевтический архив*. 1985. Т. 57, № 1. С. 65-70.
45. Вавилова Н.Н. Восстановление физической работоспособности больных хроническим бронхитом на поликлиническом этапе реабилитации // *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2009, Выпуск 31. С. 47-49.
46. Васильев Е.А., Жуков С.Т., Борщук Е.Л. Региональная система контроля качества оказания медицинской помощи в Оренбургской области // *Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития*. 2011. №4 (10). С. 114-116.

47. Вахрушев Я.М., Жуков И.В. Современные рекомендации по ведению больных бронхиальной астмой в амбулаторно-поликлинических условиях // Пульмонология. 2009. №2. С. 74-76.
48. Величковский Б.Т. О путях «сбережения народа» и роли болезней органов дыхания в решении этой проблемы // Пульмонология. 2007. №3. С. 3-9.
49. Организация пульмонологической помощи детям в Российской Федерации / Ю.Е. Вельтищев [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. 1990. №3. С. 3-7.
50. Веремчук Л.В., Гвозденко Т.А. Экогенный риск распространения болезней органов дыхания в Приморском крае // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2013, Выпуск 47. С. 8-14.
51. Визель А.А. Алгоритм ведения больных ХОБЛ в амбулаторных условиях // Практическая медицина: Терапия. 2008. №8 (32). С. 37-39.
52. Визель И.Ю., Шмелев Е.И., Визель А.А. Оценка состояния больных хроническим бронхитом и ХОБЛ в период семилетнего наблюдения // Пульмонология. 2008. №4. С. 41-46.
53. Виллар А.Б. Национальная система здравоохранения и пульмонологическая служба Испании / пер с англ. Р.И. Шаймуратов // Вестник современной клинической медицины. 2014. Т. 7(5). С. 99-102.
54. Организация медицинской помощи больным с неспецифическими болезнями органов дыхания в регионах с преобладанием сельского населения / А.М. Вильденрман [и др.] // Проблемы туберкулеза. 1991. №7. С. 14-17.
55. Вильдерман А.М. Туберкулез и хронические неспецифические заболевания легких // Проблемы туберкулеза. 1991. № 2. С. 74-76.
56. Воробьев П.А., Вялков А.И., Бальчевский В.В. Стандартизация в здравоохранении на современном этапе // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. №5. С. 3-9.
57. Вялков А.И., Кучеренко В.З., Райзберг Б.А. Управление и экономика здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 664 с.
58. Вялков А.И. Управление качеством в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2010. №3. С. 3-8.
59. Гаджиев Р.С. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. М.: Медицина, 2011. 456 с.
60. Гаджиев Р.С., Шихнебиев Д.А., Мурзаев П.А. Мнение городского населения об организации и качестве пульмонологической помощи // Здра-

- воохранение Российской Федерации. 2008. №6. С. 46-48.
61. Гаджиев Р.С., Шихнебиев Д.А., Мурзаев П.А. Организационные аспекты оказания пульмонологической помощи городскому населению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №3. С. 29-32.
 62. Гаджиев Р.С., Шихнебиев Д.А., Мурзаев П.А. Совершенствование системы организации и качества пульмонологической помощи в городских поликлиниках: методические рекомендации. Махачкала, 2009. 21 с.
 63. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Маевская И.В. Повышение доступности и качества амбулаторной медицинской помощи как одно из приоритетных направлений реформирования здравоохранения // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №3(09). С. 61-66.
 64. Эпидемиологические особенности хронических респираторных заболеваний в разных климатогеографических регионах России / М.Г. Гамбарян [и др.] // Пульмонология. 2014. №3. С. 55-61.
 65. Результаты эпидемиологических и клинических исследований о распространенности хронических неспецифических заболеваний органов дыхания среди сельского населения / Ю.Л. Гамперис [и др.] // Проблемы туберкулеза. 1991. №7. С. 11-14.
 66. Информационно-аналитическое обеспечение управления здравоохранением региона: подходы к разработке и опыт реализации / В.К. Гасников [и др.] // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №1(07). С. 108-113.
 67. Гафаров В.В., Можина Л.Н. Оценка организации и качества оказания помощи больным с заболеваниями легких в условиях участковой терапевтической службы // Состояние и перспективы развития пульмонологической службы в Дальневосточном регионе: сб. науч. тр. / отв. ред. М.Т. Луценко. Благовещенск: ИФПД СО АМН СССР, 1986. С. 67- 68.
 68. Геппе Н.А., Волков И.К. Перспективы развития и проблемы детской пульмонологии в России // Пульмонология. 2007. №4. С. 5-6.
 69. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. 80 с.
 70. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. 108 с.

71. Глотов А.В., Федорова Т.Н., Демченко В.Г. Клинические аспекты оценки реабилитационного потенциала больных хронической обструктивной болезнью легких // Терапевтический архив. 2008. №3. С. 33-38.
72. Гнатюк О.П. Анализ качества медицинской помощи больным хроническим бронхитом и хронической обструктивной болезнью легких в Хабаровском крае // Вестник Росздравнадзора. 2011. №1. С. 23-26.
73. Голикова Т.А. О разработке и принятии региональных программ модернизации здравоохранения // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №1 (07). С. 4-10.
74. Голобородько М.М., Богданова А.В. Экономические аспекты болезней мелких бронхов у детей // Уральский медицинский журнал. 2007. №5. С. 38-42.
75. Гольдин М.Ю., Ушмаров А.К. Опыт работы пульмонологического отделения областной клинической больницы // Острые и хронические заболевания органов дыхания, ч.1 / под ред. А.Г. Чучалина и В.Я. Гармаш; Всерос. общ-во пульмонологов. Рязань, 1986. С. 89-91.
76. Горбенко П.П. Система профилактики заболеваний органов дыхания // Лечение, неотложная помощь, профилактика неспецифических заболеваний легких. Вопросы реабилитации и организации пульмонологической помощи: межвуз. науч. сб. / отв. ред. А.Г. Чучалин. Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1988. С. 35-36.
77. Государственная программа Российской Федерации развития здравоохранения // Здравоохранение. 2013. №3. С. 96-126.
78. Гусева С.Л., Горохова И.В. Доступность амбулаторной медицинской помощи: пути решения проблемы // Здравоохранение. 2014. №2. С. 94-99.
79. Некоторые итоги работы экспериментальных баз по изучению эффективности пульмонологической помощи населению / М.С. Двойрин [и др.] // Пульмонология: сб. науч. тр. Киев: Здоровья, 1989. С. 6-8.
80. Изучение влияния загрязнения атмосферного воздуха на заболеваемость органов дыхания населения в различных районах Санкт-Петербурга / С.В. Демидова [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. 2009. №1(30). С. 47-51.
81. Уровень контроля у больных бронхиальной астмой в клинической практике / И.В. Демко [и др.] // Пульмонология. 2011. №4. С. 76-79.
82. Демченкова Г.З., Соболева Н.П. Основные принципы организации пульмонологической помощи при всеобщей диспансеризации населения // Состояние и перспективы развития пульмонологической службы в Дальневосточном регионе: сб. науч. тр. /; отв. ред. М.Т. Луценко. Благо-

- вещенск: ИФПД СО АМН СССР, 1986. С. 48-50.
83. Актуальные вопросы оказания специализированной пульмонологической помощи / В.К. Дуганов [и др.]. М., 2000. С. 131-134.
 84. Дудков Л.Г., Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии // М.: Медицина, 1988. 271 с.
 85. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. О некоторых проблемах эффективности управления здравоохранением Дальнего Востока на современном этапе развития // Власть и управление на Дальнем Востоке России. 2002. №3. С. 42-53.
 86. Еричева Н.А., Ежова Н.Н. Комплексный подход к профилактике инвалидности от хронических неспецифических заболеваний легких // Здравоохранение Российской Федерации. 1989. №7. С. 19-21.
 87. Ермолаев А.А. Сравнительный анализ динамики общего и специфического качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2006. Выпуск 23. С. 61-64.
 88. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы / Ш.З. Загидуллин [и др.] // Пульмонология. 2013. №1. С. 49-53.
 89. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / под ред. акад. РАМН О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН В.А. Медика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 384 с.
 90. Зими́на Э.В. Модернизация здравоохранения и формирование управленческого потенциала отрасли // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. № 1(07). С. 39-46.
 91. Иванова Е.В., Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г. Заболеваемость и смертность населения трудоспособного возраста России по причине болезней органов дыхания в 2010-2012 гг. // Пульмонология. 2015. №3. С. 291-297.
 92. Об организации диагностической работы в условиях специализированной пульмонологической поликлиники / Р.В. Иванчук [и др.] // II Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания: сб. материалов, Челябинск, 16-19 сент. 1991. Челябинск, 1991. С. 243.
 93. Игнатова Л.Б. Диспансеризация больных ХНЗЛ, проживающих в сельской местности: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Киев, 1990. 22 с.
 94. Игнатова Л.Б. Об оказании специализированной пульмонологической помощи сельскому населению // Врачебное дело. 1988. №9. С. 119-120.
 95. Игнатъев В.А., Титова О.Н., Гультяева О.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: эпидемиология и экономический ущерб // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2007. Вып. 4 (37). С. 37-46.

96. Измерение оксида азота в выдыхаемом воздухе для диагностики бронхолегочных заболеваний // Пульмонология. 2012. №1. С. 11-26.
97. Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи: Всероссийское социологическое исследование / Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. М., 2009. 392 с.
98. Илькович М.М., Лучкевич В.С. Анализ потребности, качества и эффективности медицинской помощи больным интерстициальными заболеваниями. С-Пб, 2007. 16 с.
99. Илькович М.М., Игнатъев В.А. Болезни органов дыхания и пульмонологическая помощь в Санкт-Петербурге. С.-Пб, 2004. 60 с.
100. Калашников К.Н., Кондакова Н.А. Результативность программы модернизации здравоохранения: оценки пациентов и врачей // Здравоохранение. 2014. №2. С. 28-39.
101. Каломани Н.Г. Медико-социальные факторы формирования причин обращения за амбулаторно-поликлинической помощью и удовлетворенности ее качеством: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1989. 24 с.
102. Капитоненко Н.А., Кирик Ю.В., Киселев С.Н. Проблемы эффективного развития системы здравоохранения Дальневосточного федерального округа Российской Федерации в условиях модернизации // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. №2. С. 114-117.
103. Карабинцева Н.О., Бойко М.П., Шпагина Л.А. Исследование лекарственной помощи больным хроническими обструктивными заболеваниями легких различной этиологии // Медицина и образование в Сибири. 2011. №5. С. 22
104. Методы оценки качества процесса медицинской помощи и их информационные возможности: аналитический обзор / М.А. Карачевцева [и др.]. С.-Пб: ТФОМС, 2003. 33 с.
105. О создании систем управления качеством медицинской помощи в районах Санкт-Петербурга / М.А.Карачевцева [и др.] // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №3 (9). С. 51-56.
106. Каретникова В.М., Карпова Л.В., Петрунько И.Л. Социально-экономические особенности первичной инвалидности вследствие заболеваний органов дыхания в Иркутской области // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2009. №7. С. 177-180.
107. Карташова Н.В. Сравнительная эффективность диспансеризации больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких при различных вариантах организации медицинской помощи: автореф. дисс. ...

- канд. мед. наук. Л., 1989. 18 с.
108. Карташова Н.В., Лешукович Ю.В. Эффективность специализированной пульмонологической помощи // II Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания: сб. материалов (Челябинск, 16-19 сент. 1991). Челябинск, 1991. С.244.
109. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера. 2004. 253 с.
110. Кеда Н.Е., Сизых Т.П., Пачерских Ф.Н. Повышение качества диагностики заболеваний легких // II Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания: сб. материалов (Челябинск, 16-19 сент. 1991). Челябинск, 1991. С.244.
111. Клячкин Л.М. Актуальные вопросы реабилитации пульмонологических больных // Клиническая медицина. 1990. №12. С. 105 - 106.
112. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. Перспективы внедрения интегрированной системы менеджмента качества в медицинской организации // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №3 (09). С. 67-71.
113. Кокосов А.Н., Белевский А.С. Организация пульмонологического кабинета в поликлинике // Терапевтический архив. 1989. Т. 61, №12. С. 53 - 55.
114. Заболевания органов дыхания на Дальнем Востоке России: эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты / В.П. Колосов [и др.] // Владивосток: Дальнаука, 2013. 220 с.
115. Колосов В.П., Манаков Л.Г. Респираторное здоровье населения и основные направления оптимизации пульмонологической помощи на территории Дальневосточного Федерального округа // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2011. Вып.40. С. 9-15.
116. Колосов В.П., Манаков Л.Г., Пригорнев В.Б. Состояние и перспективы развития пульмонологической помощи населению на территории Дальневосточного Федерального округа // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2007. Вып. 27. С. 7-9.
117. Оптимизация лечения больных бронхиальной астмой на амбулаторном и госпитальном этапах в Самарской области / В.А. Кондурцев [и др.] // Терапевтический архив. 2008. №1. С. 20-23.
118. Косыгина А.М. К вопросу о развитии организованных форм специализированной пульмонологической помощи населению Саратовской области // Острые и хронические заболевания легких неспецифической и специ-

- фической природы: сб. науч. тр. / отв. ред. М.М. Кириллов. Саратов: Саратовский медицинский ин-т, 1989. С.8-11.
119. Кравченко Н.А., Поляков И.В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России (история и современность). М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. 392 с.
 120. Красильников А.В. Анкетирование пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги // Проблемы управления здравоохранением. 2005. Т.20, №1. С. 34-39.
 121. Краснова Ю.Н. Влияние табачного дыма на органы дыхания // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2015. №6. С. 11-16.
 122. Опыт работы областной врачебно-консультативной комиссии по заболеваниям органов дыхания / Ю.Л. Крикливец [и др.] // Врачебное дело. 1991. №1. С. 107-108.
 123. Круглякова Л.В., Нарышкина С.В. Особенности течения и исходы внебольничных пневмоний по данным Благовещенской городской клинической больницы (2009-2014) // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2015. Вып. 57. С. 42-48.
 124. Кузьмишин Л.Е., Баньковская М.П., Замятина О.В. Характеристика показателей инвалидности вследствие болезней органов дыхания в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2001. №3. С. 42-44.
 125. Ландышев Ю.С., Щербань Н.А., Лазуткина Е.Л. Влияние обучения в астма-школе на качество жизни у больных бронхиальной астмой // Дальневосточный медицинский журнал. 2006. №1. С. 66-69.
 126. Диагностические ошибки в пульмонологии / В.А. Леонова [и др.] // Терапевтический архив. 1982. Т. 54, №4. С. 38-40.
 127. Лечение табачной зависимости у больных хронической обструктивной болезнью легких: клинические рекомендации Испанского общества пульмонологов и торакальных хирургов // Пульмонология. 2014. №1. С. 13-22.
 128. Клинико-организационный алгоритм ведения больных внебольничной пневмонией: методические рекомендации / И.В. Лещенко [и др.]; под ред. А.Г. Чучалина. Екатеринбург. 2012. 72 с.
 129. Лещенко И.В., Эсаулова Н.А. Основные положения международных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. 2005. №3. С. 101-111.
 130. Линденбратен А.Л., Ковалева В.В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы // Здравоохранение Россий-

- ской Федерации. 2011. №6. С. 50-56.
131. Линденбратен А.Л., Авксентьева М.В., Головина С.М. Менеджмент качества медицинской помощи: мировой опыт // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №3 (09). С. 118-126.
132. Линденбратен А.Л. Теоретические и практические аспекты организации управления качеством медицинской помощи // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2012. №3. С. 23-28.
133. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник - 2-е изд. ГЭОТАР-Медиа, 2010. 512 с.
134. Лихачева Р.Я., Денисова Т.В., Зеленкова Л.К. Состояние амбулаторно-поликлинической помощи больным с заболеваниями органов дыхания // Пульмонология. 2004. №1. С. 45-48.
135. Луца А.В. Организация и эффективность диспансеризации больных хроническим обструктивным бронхитом // Пульмонология: сб. науч. тр. Киев: Здоровья. 1987. С. 96-98.
136. Организация специализированной помощи при диспансеризации населения в сельской местности Дальневосточного региона / М.Т. Луценко [и др.] // Медицинская наука - практике (методические разработки, рекомендуемые для широкого внедрения в медицинскую практику). Новосибирск, 1991. С. 5.
137. Луценко М.Т., Судаков М.В., Колосов В.П. Профилактика неспецифических заболеваний легких в условиях низкой плотности населения // Вопросы распространенности, диагностики и лечения неспецифических заболеваний легких в Дальневосточном регионе: сб. науч. тр. Благовещенск: ИФПД СО АМН СССР, 1985. С. 23-26.
138. Оценка влияния обучения в астма-школе на качество жизни детей с бронхиальной астмой / Е.В. Ляпунова [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. 2013. №1. С. 36-39.
139. Манаков Л.Г. Региональные особенности доступности и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2014. №2 (56). С. 15-18.
140. Манаков Л.Г., Полянская Е.В. Социально-экономический ущерб от болезней органов дыхания // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2011. №42. С. 70-72.
141. Медик В.А., Осипов А.М. Взаимодействие населения с учреждениями здравоохранения в регионе (по данным социологического мониторинга) // Здравоохранение Российской Федерации. 2005. №5. С. 28-31.

142. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М.: Медицина, 2006. 528 с.
143. Мелешкина Н.В. Формирование системы управления эффективностью и качеством оказания медицинских услуг: дисс. ... канд. экон. наук. Киров, 2005. 190 с.
144. Мелякова А.А., Гордашников В.А., Юдин С.В. Социологические исследования в определении условий совершенствования первичной медико-санитарной помощи // Бюллетень Восточно-Сибирского НЦ СО РАМН. 2005. №4. С. 50-52.
145. Методические рекомендации по расчету статистических показателей здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения. М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 2005. 40 с.
146. Миндлин Я.С., Сырцова Л.Е. Системный подход к профилактике болезней органов дыхания // I Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания: сб. трудов (Киев, 9-12 окт. 1990). Киев, 1990. №623.
147. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Медико-биологическое агентство. Приказ от 28.05.10 №315 «Об утверждении целевых показателей деятельности федеральных бюджетных учреждений, находящихся в ведении ФМБА России. М., 2010
148. Достижения и перспективы современной пульмонологии / Л.Н. Можина [и др.] // Бюллетень СО РАМН. 2010. Т. 30, №2. С. 144-149.
149. Мурашко М.А. Качество медицинской помощи: новый вектор развития // Вестник Росздравнадзора. 2015. №6. С. 7-11.
150. Мурзаев П.А., Шихнебиев Д.А. Изучение мнения городского населения об организации и качестве пульмонологической помощи // Региональный вестник молодых ученых. 2008. №1 (15). С. 104-107.
151. Мурзаев П.А. Совершенствование организации и качества пульмонологической помощи взрослому населению: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 24 с.
152. Пульмонологическая реабилитация: современные проблемы и перспективы / Ф.Ю. Мухарлямов [и др.] // Пульмонология. 2013. №6. С. 99-105.
153. Мхоян А.С. Совершенствование организации пульмонологической помощи населению в условиях Дальневосточного региона (на примере Амурской области): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2009. 24с.
154. Назаркина И.М. Системный подход к управлению качеством оказания медицинской помощи больным хронической обструктивной болезнью легких // Здравоохранение Российской Федерации. 2004. №6. С. 21-27.

155. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и определяющие его факторы / А.А. Некрасов [и др.] // Пульмонология. 2011. №5. С. 48-52.
156. Немытин Ю.В., Брескина Т.Н. Современные технологии в управлении качеством медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. №1. С. 47-51.
157. Нестеровский Я.И., Костенко А.Д. Опыт организации пульмонологической помощи в противотуберкулезных учреждениях // Здравоохранение Российской Федерации. 1986. №3. С. 36-37.
158. Нестеровский Я.И., Алексеева Р.С. Туберкулез и пульмонология // Проблемы туберкулеза. 1990. №6. С. 16-20.
159. Нечаев В.С., Вишнякова О.Н. Заболеваемость населения и проблемы медицинской профилактики муниципального уровня // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. №6 С. 22-24
160. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие / под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 304 с.
161. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "пульмонология": приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 916н // Сайт министерства здравоохранения РФ. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru/>, свободный.
162. Об утверждении стандартов первичной и специализированной медицинской помощи по профилю «Пульмонология» // Сайт министерства здравоохранения РФ. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru/>, свободный.
163. Овчаренко С.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: реальная ситуация в России и пути ее преодоления // Пульмонология. 2011. №6. С. 69-72.
164. Оганов Р.Г., Калинина А.М. Управление качеством профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2003. №2. С. 3-8.
165. Манаков Л.Г., Колосов В.П. Организация и методы диспансерного наблюдения больных заболеваниями органов дыхания: методические рекомендации МЗ РСФСР. Благовещенск: ИФПД СО АМН СССР, 1989. 18 с.
166. Организация и совершенствование первичной медико-санитарной помощи: методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития РФ. М., 2006. 48 с.
167. ABC/VEN-анализ лекарственного обеспечения пульмонологического от-

- деления в многопрофильном стационаре / С.А. Павлищук [и др.] // Пульмонология. 2013. №2. С. 85-88.
168. Перельман Н.Л., Колосов В.П. Особенности годовой динамики связанного со здоровьем качества жизни у больных бронхиальной астмой // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2014. Вып. 52. С. 23-28.
169. Качество медицинской помощи и возможности использования методологии медико-социологических исследований в его оценке / И.В. Подушкина [и др.] // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки. 2009. №1. С. 53-61.
170. Позднякова О.Ю., Шикина И.Б. Экспертиза сложившейся практики лечения бронхиальной астмы в условиях поликлиники // Вестник Росздравнадзора. 2013. №3. С. 74-77.
171. Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы / В.Б. Пригорнев [и др.]. Хабаровск, 2003. 368 с.
172. Профилактика неспецифических заболеваний легких в сельской местности Дальневосточного региона: методические рекомендации МЗ РСФСР / М.Т. Луценко, Л.Г. Манаков, С.С. Целуйко, В.П. Колосов. Благовещенск: ИФПД СО АМН СССР, 1988. 48 с.
173. Путов Н.В., Богданов Н.А., Цюра И.Г. Организация пульмонологической помощи в СССР // Терапевтический архив. 1987. Т. 59, № 2. С. 8-12.
174. О роли противотуберкулезных учреждений в оказании специализированной помощи больным хроническими неспецифическими заболеваниями легких / Н.В. Путов [и др.] // Эпидемиология неспецифических заболеваний легких и организация пульмонологической помощи населению: сб. науч. тр. ВНИИП. Л, 1988. С. 42-49.
175. Основные итоги изучения эпидемиологии неспецифических заболеваний легких и организации пульмонологической помощи населению на экспериментальных базах / Н.В. Путов [и др.] // Эпидемиология неспецифических заболеваний легких и организация пульмонологической помощи населению: сб. науч. тр. / под ред. Ю.В. Лешуковича и И.Г. Цюры. Л.: ВНИИП, 1988. С. 5-13.
176. Основы первичной и вторичной профилактики неспецифических заболеваний легких / Н.В. Путов [и др.] // Терапевтический архив. 1984. Т. 56, №1. С. 32-36.
177. Состояние и перспективы научных исследований по пульмонологии, оказание специализированной помощи в СССР / Н.В. Путов [и др.] // Терапевтический архив. 1982. Т. 54, №1. С. 26-31.
178. Респираторная медицина: руководство в 2-х т. / под ред. А.Г. Чучалина.

- М., 2007. 1616 с.
179. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг. М.: Медицина, 2003. 1047 с.
180. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. М.: Медицина, 2002. 976 с.
181. Сахнова Т.В. Судебная экспертиза. М.: Городец, 1999. 368 с.
182. Свещинский М., Гудков Г. Методы и результаты оценки потребления диагностических ресурсов в лечебном учреждении // Экономика здравоохранения. 2003. №11-12. С. 25-32.
183. Серегина И.Ф. Качество и доступность медицинской помощи – суть реформы здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 2004. №12. С. 15-19.
184. Серегина И.Ф. Об организации контроля качества медицинской помощи населению // Здравоохранение. 2008. № 2. С. 29-36.
185. Серова А.А. Медико-социальная оценка респираторного здоровья и качества пульмонологической помощи населению (на примере Амурской области): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2012. 24 с.
186. Некоторые вопросы методики разработки целевой комплексной программы развития специализированной помощи (на примере пульмонологической помощи) / Л.Д. Сидорова [и др.] // Бюллетень СО АМН СССР. 1985. №5. С. 8-14.
187. Сквирская Г.П., Горбунова В.Л. Актуальные проблемы ресурсного обеспечения деятельности ЛПУ: пути решения // Здравоохранение. 2011. №6. С. 24-34.
188. Скляр Т.М. Организационно-управленческие инновации в медицинских организациях // Здравоохранение. 2014. №1. С. 42-48.
189. Соловьев К.И. Методика раннего выявления и осуществления диспансеризации больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких // Охрана здоровья населения – национальный приоритет государственной политики: сб. науч. тр. Новгородского НЦ Северо-Западного отделения РАМН / под ред. В.А. Медика. М.: Медицина, 2006. С. 189-193.
190. Социально-экономическое бремя бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации: отчет по исследованию за 2008-2009 гг. М.: ЧТЕ АРТ, 2010. 64 с.
191. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванов А.Е. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. М., «Медицина», 2003. 288 с.

192. Стародубов В.И., Луговкина Т.К. Клиническое управление: теория и практика. М.: Медицина, 2003. 92 с.
193. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения / В.И. Стародубов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. №4. С. 23-27.
194. Основные положения концепции стандартизации медицинских услуг / В.И. Стародубов [и др.] // Экономика здравоохранения. 1998. №7. С. 5-10.
195. Оценка влияния модернизации здравоохранения на динамику заболеваемости взрослого населения страны / В.И. Стародубов [и др.] // Менеджер здравоохранения. 2013. №5. С. 6-17.
196. Тарасюк С.Д., Манаков Л.Г. Медико-социальная оценка условий оказания пульмонологической помощи и организационно-методических механизмов ее управления в системе первичной медико-санитарной помощи населению // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2014. Выпуск 51. С. 54-61.
197. Тарасюк С.Д., Манаков Л.Г., Серова А.А. Оценка качества оказания пульмонологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2011. Выпуск 39. С. 77-84.
198. Тимофеев И.В. Качество медицинской помощи (терминология, критерии оценки) // Социальная политика. Медицинское обозрение. 2006. №8. С. 4-5.
199. Тихонова Е.В. Медико-социологические исследования качества медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. №6. С. 22-24.
200. Трифонова Н.Ю. Характеристика болезней органов дыхания как причины смертности жителей мегаполиса // Здравоохранение. 2008. №10. С. 52-54.
201. Трофимова А.Ю., Колосов В.П. Эффективность образовательного направления у больных хронической обструктивной болезнью легких // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2010. Выпуск 37. С. 37-41.
202. Тыщецкий В.И., Цюра И.Г., Ерков В.П. Основные принципы организации дифференциально-диагностической помощи при болезнях органов дыхания // Дифференциальная диагностика заболеваний легких: сб. науч. тр. / под ред. А.Н. Кокосова и М.М. Ильковича. Л.: ВНИИП, 1986. С. 6-8.

203. Тюрин И.Е. Скрининг заболеваний органов дыхания: современные тенденции // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2011. №2. С. 12-16.
204. Улумбекова Г.Э. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №4 (10). С. 36-44.
205. Унгуряну Т.Н., Гржибовский А.М. Внутригодовая динамика загрязнения атмосферного воздуха и обращаемости за медицинской помощью по поводу болезней органов дыхания // Экология человека. 2011. №6. С. 37-42.
206. Федосеев Г.Б., Трофимов В.И. Бронхиальная астма // СПб.: Нордмедиздат, 2006. 307 с.
207. Фуфаев Е.Н. Оценка качества медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. №4. С. 28-30.
208. Индикатор качества оказания медицинской помощи (региональный уровень) / Р.У. Хабриев [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. №10. С. 3-7.
209. Хабриев Р.У., Серегина И.Ф. О результатах социологического исследования по оценке доступности и качества медицинской помощи населению // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. №6. С. 31-45.
210. Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. №3. С. 3-5.
211. Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Михайлова Ю.В. Статистический учет и отчетность учреждений здравоохранения / под ред. В.И. Стародубова. М.: МПФЭР, 2005. 367 с.
212. Ханин А.Л., Чернушенко Т.И. Проблемы болезней органов дыхания и возможные пути их решения на уровне муниципального здравоохранения // Пульмонология. 2011. №2. С. 115-118.
213. Хоменко А.Г. Итоги и перспективы развития научных исследований в области фтизиатрии и пульмонологии // Вестник АМН СССР. 1987. №11. С. 41-46.
214. Цой А.Н. Надежды и ожидания от современной фармакотерапии больных хронической обструктивной болезнью легких: исследование UPLIFT // Пульмонология. 2009. №1. С. 102-110.
215. Цюра И.Г., Ерков В.П. Основные принципы организации пульмонологи-

- ческой помощи в СССР // Эпидемиология неспецифических заболеваний легких, реабилитация и диспансеризация больных - работников промышленного и сельскохозяйственного производства: сб. науч. тр. / отв. ред. М.М. Кириллов. Саратов: Саратовский медицинский ин-т, 1986. С. 19-27.
216. Черняев А.Л. Диагностические ошибки в пульмонологии // Пульмонология. 2005. №3. С. 5-9.
217. Белая книга. Пульмонология / А.Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология. 2004. №1. С. 7-36.
218. Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования качества медицинской помощи больным бронхиальной астмой / А.Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология. 2006. №6. С. 94-102.
219. Чучалин А.Г., Копылов И.Д. Диспансеризация и организация поликлинической помощи больным неспецифическими заболеваниями легких // Терапевтический архив. 1985. Т.57, №1. С. 10-12.
220. Качество жизни больных бронхиальной астмой в России / А.Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология и аллергология. М.: Атмосфера, 2003. С. 7-12.
221. Концепция развития пульмонологической помощи населению Российской Федерации / А.Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология. 2007. №1. С. 34-37.
222. Чучалин А.Г., Бобков Е.В. Основы клинической диагностики: руководство для врачей. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 583 с.
223. Чучалин А.Г. Профилактика и контроль хронических неинфекционных заболеваний // Пульмонология. 2009. №1. С. 5-10.
224. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века // Пульмонология. 2015. №25 (2). С. 133-142.
225. Чучалин А.Г. Пульмонология - практическая врачебная специальность // Терапевтический архив. 1988. Т.60, № 3. С. 3-9.
226. Чучалин А.Г. Современная модель врача пульмонолога // Пульмонология. 2012. №4. С. 5-16.
227. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы / А.Г. Чучалин [и др.]. М.: Российское респираторное общество, 2013. 44 с.
228. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / А.Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология. 2014. №3. С. 15-54.
229. Федеральные клинические рекомендации Российского респираторного общества по использованию метода спирометрии / А.Г. Чучалин [и

- др.] // Пульмонология. 2014. №6. С. 11-24.
230. Шамшурина Н.Г., Воропаева Л.А. Индикаторы оценки деятельности медицинского персонала, применяемые для расчета размера стимулирующих выплат // Здоровоохранение. 2011. №9. С. 10-17.
231. Шешунов И.В., Смирнов С.В Структурно-функциональный анализ дыхательной системы при воздействии загрязнений производственной среды. // Современные проблемы науки и образования. 2012. №1. С. 37-41.
232. Удовлетворенность пациентов как критерий оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре / И.Б. Шикина [и др.] // Проблемы управления здравоохранением. 2006. №5 (30). С. 22–26.
233. Хроническая обструктивная болезнь легких в амбулаторной практике / Н.М. Шмелева [и др.] // Пульмонология. 2008. №6. С. 29-33.
234. Шойхет Я.Н., Мартыненко Т.И. Обоснование и основные положения концепции развития пульмонологической помощи населению Алтайского края в 2002-2006 гг. // Пульмонология. 2004. №1. С. 51-59
235. Региональная модель организации пульмонологической помощи населению на примере Алтайского края / Я.Н. Шойхет [и др.] // Пульмонология. 2002. №3. С.12-17.
236. Щепин В.О., Петручук О.Е Диспансеризация населения в России / под ред. О.П. Щепина. М., 2006. 325 с.
237. Модель и этапы социально-гигиенической оценки распространенности патологии среди населения / В. О. Щепин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. №4. С. 24-29.
238. Щепин В.О., Дьячкова А.С. Современные подходы к развитию первичной специализированной медицинской помощи // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. 2013. №1. С. 379-382.
239. Щепин В.О., Пояркова Е.С. Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения России // Экономика здравоохранения. 2008. №8. С. 14-17.
240. Щепин В. О. Структурно-функциональный анализ посещений населением Российской Федерации врачей амбулаторно-поликлинических учреждений // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. №3. С. 11-14.
241. Щепин О.П., Дятлов В.Ю. Здравоохранение как социально-экономическая система // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №3. С. 3-5.
242. Щепин О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации // Про-

- блемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. №5. С. 3-7.
243. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О.П. Щепин [и др.]. М., 2007. 360 с.
244. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин [и др.]. М., 2002. 176 с.
245. Щепин О.П., Нечаев В.С., Жилияева Е.П. Национальные институты общественного здоровья в современном мире // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №1. С. 3-5.
246. Современные проблемы организации медицинской помощи населению / О.П. Щепин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. №2. С. 31-35.
247. Щепин О.П. Региональные аспекты развития здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. №5. С. 3-7.
248. Щербук Ю.А., Виталюева М.А., Андреева М.Р. Опыт финансового обеспечения качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. №1(07). С. 119-121.
249. Яблонский П.К., Степаненко Т.А., Вишняков Н.И. Возможности оптимизации медицинской помощи больным пульмонологического профиля в условиях мегаполиса // Пульмонология. 2002. №5. С. 16-24.
250. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management / S.G. Adams [et al.] // Arch. Intern. Med. 2007. Vol. 167. P. 551 -561.
251. Beaglehole R., Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults // Lancet. 2003. Vol. 362(9387). P. 903-908.
252. GINA: guidelines on asthma and beyond / J. Bousquet [et al.] // Allergy. 2007. Vol. 62, №2. P.102-106.
253. Management of chronic respiratory and allergic diseases in developing countries. Focus on sub-Saharan Africa / J. Bousquet [et al.] // Allergy. 2003. Vol. 58(4). P. 256-283.
254. Buist A.S., Vollmer W.M., McBurnie M.A. Worldwide burden of COPD in high- and low-income countries. Part I. The burden of obstructive lung disease (BOLD) initiative // Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2008. Vol. 12(7). P. 703-708.
255. Standarts for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper / B.R. Celli [et al.] // Eur. Respir. J. 2004.

- Vol.23, №6. P. 932-946.
256. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease / K. Chapman [et al.] // *Eur. Respir. J.* 2006. Vol. 27(1). P. 188-207.
257. Quality of life in acute exacerbation of chronic bronchitis: results from a German population study / H. Doll [et al.] // *Respir. Med.* 2002. Vol. №96. P. 39-51.
258. Health-related Quality of Life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary Disease / A. Domingo-Salvany [et al.] // *Amer. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002. Vol.166. P.680-685.
259. EUROHIS: разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья / рус. издание под ред. Т.М. Максимовой; ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. М.: «Права человека», 2005. 193 с.
260. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Updated 2009). Medical Communication Resources, Inc. 2009.
261. Implementation of the WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases. Montpellier, February 11-12, 2002. WHO, MNC, CRA, 02.02.2002.
262. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease / C.A. Jimenez-Ruiz [et al.] // *Bronconeumol.* 2013. Vol. 49 (8). P. 354-363.
263. Potential misclassification of causes of death from COPD / H.H. Jensen, N.S. Godtfredsen, P. Lange, J. Vestbo // *Eur. Respir. J.* 2006. Vol. 28, N 4. P. 7.
264. The validity of diagnosing chronic obstructive pulmonary disease from a large administrative database / Y. Lacasse [et al.] // *Can. Respir. J.* 2005. Vol. 12(5). P. 251-256.
265. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease according to BTS, ERS, GOLD and ATS criteria in relation to doctor's diagnosis, symptoms, age, gender, and smoking habits / A. Lindberg [et al.] // *Respiration.* 2005. Vol. 72(5). P. 471-479.
266. Social and economic impact of childhood asthma / R. Lodha [et al.] // *Indian Pediatr.* 2003. Vol. 40(9). P. 874-879.
267. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections / A.D. Lopez [et al.] // *Ibid.* P. 2006. №3. P. 397-412.
268. IDSA/ATS consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia / L.A. Mandell [et al.] // *Clin. Infet. Dis.* 2007. Vol. 44 (suppl.). P. 527-572.
269. Mannino D.M., Buist A.S. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future Trends // *Lancet.* 2007. Vol. 370. P.765-773.

270. Masoli M. The global burden of asthma executive summary of the GINA dissemination committee report // *Allergy*. 2004. Vol.59. P.469-478.
271. Social position and mortality from respiratory diseases in males and females / E. Prescott [et al.] // *Eur. Respir. J.* 2003. Vol. 21(5). P. 821-826.
272. Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases at Country Level: Towards a Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases Geneva, June 17-19, 2004. WHO/NMH/CRA/05.1 2005.
273. Stockley R.A., Mannio D., Barnes P.J. Burden and pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease // *Proc. Am. Thorac. Soc.* 2009. Vol. 6(6). P. 524-526.
274. Vandenas O., Toren K., Blanc P.D. Health and socioeconomic impact of work-related asthma // *Eur. Respir. J.* 2003. Vol. 22(4). P. 689 -697.
275. WHO Strategy for prevention and control of Chronic Respiratory Diseases, Geneva January 11-13, 2001. WHO/NMH/MNC/CRA/01.1 2001.
276. World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. WHO, 2010. 62 p.
277. Negative impacts of unreported COPD exacerbations on health-related quality of life at one year / W. Xu [et al.] // *Eur. Respir. J.* 2010. Vol. 35. P. 1022-1030.

**Колосов Виктор Павлович
Манаков Леонид Григорьевич
Курганова Ольга Петровна**

**ОРГАНИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Научное издание

Сверстано редакционной службой ДНЦ ФПД, 675000,
г. Благовещенск, ул. Калинина, 22.
отпечатано в типографии «Фабрика рекламы»,
г. Благовещенск, пер Волошина, оф. 5., тел (4162) 377-570
Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 12,62. Тираж 500.
Подписано к печати 23.12.2016.