

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СОЦИАЛЬНАЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НОСОСЛЕЗНОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ

Исследовано качество медицинской помощи, социальная удовлетворенность и экономическая эффективность протезирования носослезного канала хлорвиниловой трубкой и дакриоцисториностомии по Тауми у больных с хроническим дакриоциститом. Установлена высокая экономическая эффективность протезирования носослезного канала, при положительном восприятии пациентами и высокой медицинской результативности.

Ключевые слова: дакриоцистит, протезирование носослезного канала.

Актуальность

Хронический дакриоцистит относится к довольно распространенной патологии, сопровождающейся слезотечением и гнойным отделяемым, что создает бытовые неудобства, профессиональные ограничения. Успешная реабилитация больных с хроническим дакриоциститом имеет важное медико-социальное значение.

Цель

Исследовать в сравнительном аспекте качество медицинской помощи, социальную удовлетворенность и экономическую эффективность протезирования носослезного канала хлорвиниловой трубкой и дакриоцисториностомии по Тауми у больных с хроническим дакриоциститом.

Материал и методы

В соответствии с целью исследования из 74 больных с хроническим дакриоциститом были определены две исследуемые группы. Исследуемую группу 1 (ИГ1) составили 48 больных, которым было выполнено протезирование носослезного канала по оригинальной методике (патент РФ П № 2332174 от 27.08.2008 года «Способ восстановления проходимости слезно-носового протока»). Исследуемая группа 2 (ИГ2) – 26 больных, которым была произведена дакриоцисториностомия по Тауми. Распределение по возрасту в исследуемых группах было таким: ИГ1 – пациенты были от 35 до 75 лет (средний возраст составил 55,0±20,0 лет); ИГ2 – от 49 до 73 лет (средний возраст – 61,0±12,0 лет). Распределение по

полу было таковым: ИГ1 – женщин 38, мужчин 10; ИГ2 – женщин 22, мужчин -4. Минимальный период наблюдения составил 1 год, максимальный - 12 лет. В среднем период наблюдения - 5.5 лет.

Для оценки качества медицинской помощи мы использовали интегральный коэффициент эффективности А.Н. Линденбратена и соавт. (1999) [1], рассчитываемый по формуле:

$$K_i = K_m \times K_c$$

Коэффициент медицинской результативности (K_m) определяли отношением числа больных, закончивших лечение с положительным результатом (R_g) к общему числу пролеченных пациентов (R), формула:

$$K_m = R_g / R$$

Коэффициент социальной удовлетворенности (K_c) определяли отношением числа больных, удовлетворенных медицинской помощью (Y), к общему числу получивших медицинскую помощь (N) по формуле:

$$K_c = Y / N$$

Коэффициент социальной удовлетворенности рассчитывался по результатам анкетирования пациентов. Результат хирургического лечения рассматривался как удовлетворительный, неудовлетворительный, улучшение или без перемен.

Для оценки экономической эффективности мы оценивали расходы и затраты, связанные с:

- расходами по оплате листа нетрудоспособности;
- затратами на лечение стационарного больного;
- затратами на амбулаторное лечение.

Для оценки экономической эффективности мы воспользовались формулой расчета затрат на временную нетрудоспособность, разработанной Розенфельд Л.Г. (1984) [2]:

$$Нвр = С1 + С2 + С3$$

Нвр – потери, связанные с временной нетрудоспособностью, вызванной заболеванием;

С1 – расходы по оплате листа нетрудоспособности, рассчитано по формуле:

$$С1 = Б \times Прд$$

Б – средняя оплата листа нетрудоспособности в день;

Прд – число потерянных рабочих дней.

С2 – затраты на лечение в условиях стационара, формула расчета:

$$С2 = Рс \times Д$$

Рс – средняя стоимость койко-дня в стационаре;

Д – число дней пребывания в стационаре.

С3 – затраты на лечение в амбулаторных условиях, рассчитано по формуле:

$$С3 = Ра \times П$$

Ра – средняя стоимость одного амбулаторного посещения

П – среднее число посещений

Результаты и обсуждение

В ИГ1 из 41 пациентов с положительным исходом операции 37 человек были полностью удовлетворены результатом, 4 – отметили улучшение и, в целом, так же были удовлетворены результатом вмешательства. Те пациенты, которых мы расценили как с недостаточным эффектом от лечения, субъективно оценили свое состояние так: 3 – без эффекта, 3 – с улучшением (слезные пути при промывании не проходимы, но слезотечение уменьшилось и стало не постоянным), 1 пациент с выпавшей трубкой был так же удовлетворен результатом, поскольку проходимость носослезного канала сохранилась.

Таким образом, в ИГ1 расчет коэффициента социальной удовлетворенности может быть представлен в следующем виде $Kс = 45/48$, что составляет 0,94 и может быть оценен как весьма положительно воспринятый пациентами. Коэффициент медицинской результативности ($Kм = 41/48$) у пациентов ИГ1 составил 0,85. В результате, интегральный коэффициент эффективности ($Kи = Kм \times Kс$) у пациентов ИГ1 составил 0,80 (0,94 x 0,85), что соответствует высокой оценке.

В ИГ2 из 26 человек, положительный результат получен у 20. Анкетирование показало,

что полностью удовлетворенными были 18 человек, остальные 8 человек были недовольны результатом хирургического лечения, в том числе 2 человека с восстановленной проходимостью носослезного канала. Их не устраивал косметический результат операции, поскольку длительно сохранялся рубец кожи.

Таким образом, коэффициента социальной удовлетворенности у больных ИГ2 может быть представлен в следующем виде $Kс = 18/26$, что составляет 0,70 и может быть оценен как положительно воспринятый пациентами. Коэффициент медицинской результативности ($Kм = 20/26$) у пациентов ИГ1 составил 0,77. В результате, интегральный коэффициент эффективности ($Kи = Kм \times Kс$) у пациентов ИГ2 составил 0,54 (0,70 x 0,77), что соответствует умеренной оценке.

Оценка экономической эффективности в исследуемых группах представлена ниже. Поскольку у пациентов ИГ1 лист нетрудоспособности не выдавался и стационарного этапа лечения не было (протезирование носослезного канала относится к категории стационарзамещающих технологий), то Нвр можно рассматривать как равное С3. Затраты были связаны только с амбулаторным лечением, а именно, с операцией и оплатой консультации врача. Всего на одного пациента требовалось 9 консультаций.

Стоимость операции протезирования носослезного канала - 1.500 руб., одна консультация врача (с учетом промывания слезоотводящих путей) - 400 руб.⁽¹⁾

$$С3 = 1.500 \text{ руб.} + (400 \text{ руб.} \times 9) = 5.100 \text{ руб.}$$

Следовательно, затраты на одного пациента, которому выполнено протезирование носослезного канала, составляют 5.100 руб.

У пациентов ИГ2 расчетные значения были следующие:

$$С1 = 500^{(2)} \text{ руб.} \times 26,2^{(3)} = 13.250 \text{ руб.}$$

$$С2 = 1.630 \text{ руб.}^{(4)} + (550 \text{ руб.}^{(5)} \times 7,5^{(6)}) = 5.755 \text{ руб.}$$

$$С3 = 330 \text{ руб.}^{(7)} \times 9 = 2.970 \text{ руб.}$$

Таким образом, затраты на временную нетрудоспособность в ИГ2 составили:

$$Нвр = 13.250 \text{ руб.} + 5.755 \text{ руб.} + 2.970 \text{ руб.} = 21.975 \text{ руб.}$$

(1) – прейскурант цен ООО МП Санта от 01.12.2010 года.

(2) – средняя оплата 1 дня листа нетрудоспособности по Челябинской области.

(3) – средняя продолжительность нетрудоспособности одного пациента.

(4) – стоимость операции дакриоцисториностомия по калькуляции цен на платные медицинские услуги в ГКБ № 11 от 11.01.2011 года.

(5) – стоимость койко-дня по калькуляции цен на платные медицинские услуги в ГКБ № 11 от 11.01.2011 года.

(6) – средняя длительность пребывания пациента в стационаре.

(7) – стоимость одной консультации + промывание слезоотводящих путей по калькуляции цен на платные медицинские услуги в ГКБ № 11 от 11.01.2011 года.

Сравнительная оценка экономической эффективности операции протезирования носослез-

ного канала и дакриоцисториностомии по Тауми показала преимущество первой, поскольку затраты на одного пациента в 3,8 раза меньше.

Заключение

Установленная нами высокая экономическая эффективность стационарзамещающей технологии лечения пациентов с хроническим дакриоциститом (протезирование носослезного канала по оригинальной методике), при положительном восприятии пациентами и высокой медицинской результативности, позволяет положительно оценить данный вид ресурсосберегающей технологии и подтвердить рациональность и целесообразность ее использования.

6.10.2011

Список литературы:

1. Линденбрaten А.Н., Шаровар Т.М., Васюкова В.С. Оценка качества и эффективности медицинской помощи/ Методические материалы: Под ред. Щепина О.П. – М., 1999. – 66 с.
2. Розенфельд Л.Г. Комплексное социально-гигиеническое исследование проблемы алкоголизма и организация противоалкогольной работы в условиях большого города и сельской местности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. –М., 1984.

UDC 617.764.6- 089

Skrebkov A.I., Ekgardt V.F.

QUALITY OF MEDICAL HELP, SOCIAL SATISFACTION AND ECONOMIC EFFICIENCY OF PROSTHETICS NASOLACRIMALIS CANAL AT PATIENTS WITH CHRONIC DACRYOCYSTITIS

Quality medical help, social satisfaction and economic effectiveness prosthetics nasolacrimalis canal by chlorine vinyl scroll and dacryocystitis according to Taumi at patients with chronic dacryocystitis have been explored. With favorable perception by patients and high medical effectiveness the high economic effectiveness prosthetics nasolacrimalis canal have been installed.

Key words: dacryocystit, prosthetics nasolacrimalis canal

Bibliography:

1. Lindenbraten A.N., Sharovar T.M., Vasyukova V.S. Evaluation of quality and efficiency of medical help / Methodical materials: edited by Shchepina O.P. – M., 1999. – 66 p.
2. Rozenfeld L.G. Complex social-hygienic investigation of alcoholism problem and organization of antialcoholic work in conditions of city and village: Dissert. abst. ...doc. med. scien. –M., 1984.