

Министерство Науки и Высшего Образования Республики Казахстан
НАО «Казахский национальный медицинский университет имени
С.Д.Асфендиярова»
SDU University

«Допущен (а) к защите»

Зав. Кафедрой НАО «КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова»

Кошербаева Л.К., Phd, профессор _____

«___» _____ 2024 г.

Директор магистерских программ БШ SDU

Заманбеков Д.Ш., PhD, ассист. профессор _____

«___» _____ 2024 г.

Магистерский проект

на тему: «Совершенствование системы оценки (менеджмента) качества оказания помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на основе инновационных подходов»

по специальности 7M04105 - «Менеджмент в здравоохранении»

Выполнил(а): Кайбуллаева Д.А

Научный руководитель СДУ: Кожамет Санат Темиргалиевич, PhD

Научный руководитель СДУ: Татибеков Болат Латипович, д.э.н., профессор

Научный руководитель КазНМУ: Кумар Айнур Бакдаулетовна, PhD,
профессор

Алматы, 2024

АБСТРАКТ

Важность обеспечения качества, в том числе при оказании помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника, постоянное измерение его улучшения имеет особое значение, поскольку низкое качество связано с увеличением затрат на первичную диагностику и клиническую помощь, инвалидности пациентов, а также повышению недоверия к системе здравоохранения.

Цель исследования. Совершенствование системы менеджмента качества помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на основе инновационных подходов.

Материалы и методы. Были применены смешанные методы исследования для анализа системы менеджмента качества, отражающие структуру, процесс и результаты медицинской помощи. Проведен ретроспективный анализ индикаторов по данным 190 медицинских карт пациентов. Доступность медицинской помощи и основные барьеры в оказании качественной помощи изучены на основании интервью с основными заинтересованными сторонами (менеджерами и специалистами здравоохранения, пациентами), n-18, PEST-анализа.

Результаты и обсуждение. Система менеджмента качества при указанных заболеваниях в третичном центре основана на анализе клинического показателя, нами предложены мониторинг показателей процесса (надлежащее применение стероидов) и результата (скрининг неоплазий). Анализ индикаторов качества показал, что на момент дебюта заболевания 128 пациентов (67,4%) наблюдались в первичном звене, 62 (32,6%) – у специализированных гастроэнтерологов ($p < 0,021$). Среди пробелов в уходе за пациентами выявлены: уточнение диагноза и назначение терапии при первой неотложной госпитализации - при болезни Крона в 59,4%, $p < 0,012$ и 58,8% $p < 0,002$ соответственно; чрезмерное назначение стероидов (более 2-х курсов в год у 27,9%, $p < 0,030$). Разрыв в оказании помощи на первичном и специализированном уровнях заключается в более детальном мониторинге специалистов ВЗК инфекций (туберкулез - 68,6%, вирусные гепатиты - 83,5%, *Cl. Difficile* – 59,7% и цитомегаловируса – 54,8%, $p < 0,001$); первичной эндоскопической диагностике (82,3%) и скрининге колоректального рака (62,9%), $p < 0,001$. Интервью с основными стейкхолдерами выявило ограниченные сведения о заболеваниях в первичном звене, затрудненный доступ к некоторым процедурам. Проведенный PEST анализ внешних факторов показал влияние наиболее значимых факторов, влияющих на медицинскую помощь на первичном уровне.

Выводы. На примере оказания помощи в третичном центре очевидно несоответствие оценки показателей качества при воспалительных заболеваниях кишечника международным подходам. Обоснована необходимость внедрения инновационных методик и адаптированных показателей контроля и экспертизы качества медицинской помощи.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, индикаторы качества

ABSTRACT

Ensuring quality, particularly in the provision of care to patients with inflammatory bowel diseases, constant measurement, and planning for its improvement are of particular importance, as low quality is a contributing factor to morbidity, increased costs for primary diagnostics and clinical care, patient disability, and heightened distrust of the healthcare system.

The aim of the research. Enhancing the quality assessment (management) system for providing care to patients with inflammatory bowel diseases based on innovative approaches.

Materials and Methods. Mixed research methods were applied to analyze quality system reflecting the structure, process, and outcomes of medical care. A retrospective analysis of primary and secondary indicators was conducted based on data from 190 patient's medical record. The availability of medical care and the main barriers to providing quality care were studied based on interviews with key stakeholders (healthcare managers and specialists, patients), n -18 and PEST-analysis.

Results and Discussion. The quality management system for these diseases in a tertiary center is based on the analysis of clinical indicators; we have proposed monitoring of process indicators (appropriate use of steroids) and outcome (neoplasia screening). Analysis of quality indicators showed that 128 patients (67.4%) were observed in primary care, 62 (32.6%) - by specialized gastroenterologists ($p < 0.021$). Among the gaps in patient care, the following were identified: clarification of diagnosis and prescription of therapy during the first emergency hospitalization - for Crohn's disease in 59.4%, $p < 0.012$ and 58.8% $p < 0.002$, respectively; excessive prescription of steroids (more than 2 courses per year in 27.9%, $p < 0.030$). The gap in the provision of care at the primary and specialized levels lies in more detailed monitoring of IBD infections by specialists (tuberculosis - 68.6%, viral hepatitis - 83.5%, *Cl. Difficile* - 59.7% and cytomegalovirus - 54.8%, $p < 0.001$); primary endoscopic diagnosis (82.3%) and colorectal cancer screening (62.9%), $p < 0.001$.

Interviews with key stakeholders revealed limited information about diseases in primary care and difficult access to some procedures. The PEST analysis of external factors showed the influence of the most significant factors influencing medical care at the primary level.

Conclusions. Using the example of care in a tertiary center, it is obvious that the assessment of quality indicators for inflammatory bowel diseases does not correspond to international approaches. The need to introduce innovative methods and adapted indicators for monitoring and examining the quality of medical care is substantiated.

Key words: inflammatory bowel diseases, quality of medical care.

ТҮЙІНДЕМЕ

Сапаны қамтамасыз етудің маңыздылығы, соның ішінде ішектің қабыну ауруларымен ауыратын науқастарға көмек көрсету және оның жақсаруын үнемі өлшеу маңызды, өйткені төмен сапа бастапқы диагностика мен клиникалық көмекке кететін шығындардың өсуімен, пациенттің мүгедектігімен және сенімсіздікпен байланысты. денсаулық сақтау жүйесінде.

Зерттеудің мақсаты. Ішектің қабыну аурулары бар науқастарға көмек көрсету сапасын бағалау (басқару) жүйесін инновациялық тәсілдер негізінде жетілдіру.

Материалдар мен әдістер. Медициналық көмек көрсетудің дизайнын, процесін және нәтижелерін көрсететін сапа көрсеткіштерін талдау үшін аралас әдістерді зерттеу қолданылды. Науқастардың 190 медициналық картасының деректері негізінде негізгі және қосымша көрсеткіштерге ретроспективті талдау жасалды. Сапалы медициналық көмекке қол жеткізудегі негізгі кедергілер негізгі мүдделі тараптармен сұхбат, n-18 және PEST талдауы арқылы зерттелді.

Нәтижелер және талқылау. Үшінші дәрежелі орталықта осы аурулардың сапа менеджменті жүйесі клиникалық көрсеткіштерді талдауға негізделген, біз процестің көрсеткіштерін (стероидтарды дұрыс қолдану) және нәтижені (неоплазия скринингі) бақылауды ұсындық; Сапа көрсеткіштерін талдау БМСК-да 128 науқас (67,4%), мамандандырылған гастроэнтеролог дәрігерлермен 62 (32,6%) науқас бақыланып келетінін көрсетті ($p < 0,021$). Науқастарды күтудегі олқылықтар арасында келесілер анықталды: бірінші шұғыл госпитализация кезінде диагнозды нақтылау және терапияны тағайындау – Крон ауруы бойынша сәйкесінше 59,4%, $p < 0,012$ және 58,8% $p < 0,002$; стероидтарды шамадан тыс тағайындау (жылына 2 курстан астам 27,9%, $p < 0,030$). Бастапқы және мамандандырылған деңгейде көмек көрсетудегі алшақтық мамандардың ЖИА жұқпаларын неғұрлым егжей-тегжейлі бақылауында (туберкулез – 68,6%, вирустық гепатит) жатыр. - 83,5%, *C. Difficile* – 59,7% және цитомегаловирус – 54,8%, $p < 0,001$ бастапқы эндоскопиялық диагностика (82,3%) және тоқ ішек обырының скринингі (62,9%), $p < 0,001$.

Негізгі мүдделі тараптармен сұхбаттар алғашқы медициналық көмек көрсетудегі аурулар туралы шектеулі ақпарат пен кейбір процедураларға қол жеткізудің қиындығын көрсетті. Сыртқы факторлардың PEST талдауы бастапқы деңгейде медициналық көмекке әсер ететін маңызды факторлардың әсерін көрсетті.

Қорытындылар. Үшінші дәрежелі орталықтағы көмек көрсету мысалында ішектің қабыну аурулары бойынша сапа көрсеткіштерін бағалау халықаралық тәсілдерге сәйкес келмейтіні анық. Медициналық көмек көрсету сапасын бақылау мен сараптаудың инновациялық әдістері мен бейімделген көрсеткіштерін енгізу қажеттілігі дәлелденді.

Негізгі сөздер: ішектің қабыну аурулары, сапа көрсеткіштері.

СОДЕРЖАНИЕ

Разделы	Страница
Список таблиц и рисунков	6
Нормативные ссылки	7
Определения	9
Обозначения и сокращения	10
Введение	11
I. Анализ международного опыта современных тенденций оценки качества оказания помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника	14
1.1 Организация помощи при воспалительных заболеваниях кишечника	14
1.2 Доступность медицинской помощи при воспалительных заболеваниях кишечника	15
1.3 Мнение основных стейкхолдеров на оказание помощи при ВЗК	20
II. Система оценки качества оказания помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на основе инновационных подходов на примере АО НИИ кардиологии и внутренних болезней	23
2.1 Материалы и методы исследования	23
2.2 Анализ контроля качества оказываемой медицинской помощи на примере третичного уровня оказания услуг в НИИ Кардиологии и внутренних болезней	25
2.3 Качественный анализ критериев процесса	35
2.4 PEST-анализ оказания помощи на первичном звене при ВЗК	38
III. Проблемы в предоставляемой и рекомендуемой помощи	44
Заключение	48
Список использованных источников	51
Приложения	59

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Порядковый номер	Название	Страница
Таблица 1	Коечный фонд (взрослая гастроэнтерология) по регионам РК	27
Таблица 2	Характеристика пациентов по социо-демографическим критериям, типу наблюдающего врача на момент постановки диагноза	29
Таблица 3	Регион проживания пациентов	30
Таблица 4	Связь первичной диагностики и лечения с неотложной госпитализацией	31
Таблица 5	Скрининговые мероприятия (исключение оппортунистических инфекций и колоректального рака) при ВЗК	33
Таблица 6	Рекомендации по надлежащему эндоскопическому обследованию, нутритивному скринингу и оценке здоровья костной ткани	34
Таблица 7	Информация об участниках интервью	36
Таблица 8	PEST-анализ оказания помощи на первичном звене при ВЗК	41
Таблица 9	Матрица PEST-анализа	42
Рисунок 1	Влияние обеспеченности кадрами гастроэнтерологического профиля на эпидемиологические показатели (заболеваемость и распространенность язвенного колита и болезни Крона)	15
Рисунок 2	Систематический обзор анализа минимального стандарта в менеджменте ВЗК	20
Рисунок 3	Количество пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона, находящихся на диспансерном учете	26
Рисунок 4	Время с момента постановки диагноза, в годах	30
Рисунок 5	Количество госпитализаций в год при активности ВЗК	31
Рисунок 6	Количество курсов стероидотерапии в год	32
Рисунок 7	Общее количество применяемых курсов системных стероидов в год	32
Рисунок 8	Частота направления на некоторые диагностические процедуры врачом гастроэнтерологом ПМСП и специалистом ВЗК	35

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем магистерском проекте использованы ссылки на следующие стандарты и нормативно-правовые акты:

Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.

Стратегия развития Республики Казахстан до 2030 года; Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы; Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ).

Электронный регистр диспансерных больных (ЭРДБ) Министерство здравоохранения Республики Казахстан 2021 -2023 годы.

Стандарт организации оказания гастроэнтерологической и гепатологической помощи в Республике Казахстан (Об утверждении стандарта организации оказания гастроэнтерологической и гепатологической помощи в Республике Казахстан, Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2023 года № 48. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 31 марта 2023 года № 32185).

Стандарт оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2022 года № ҚР- ДСМ-27. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 марта 2022 года № 27218).

Стандарт оказания медицинской помощи в стационарозамещающих условиях в Республике Казахстан (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2023 года № 106. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 июня 2023 года № 32740).

Аналитический сборник НРЦРЗ 2021-2023 (коечный фонд).

Приказ № ҚР ДСМ - 189/2020 МЗ РК 12 ноября 2020 года «Об утверждении методики внедрения и оценки эффективности внедрения клинических протоколов в практическое здравоохранение».

Трудовой кодекс Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года № 414-V ЗРК.

Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 ноября 2020 года № 21572.

Аналитический сборник «Заработная плата медицинских работников организаций здравоохранения РК за период с 2016 по 1 полугодие 2018 годы».

О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития

Республики Казахстан от 29 июля 2015 года № 632. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 августа 2015 года № 11973».

Положение по распределению средств СКПН в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи работникам первичной медико-санитарной помощи, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП и системе ОСМС» в соответствии с Приказом Министром здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 августа 2017 года № 643 О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 «Об утверждении Правил поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей работе применяются следующие термины с соответствующими определениями:

Воспалительные заболевания кишечника – хронические рецидивирующие заболевания желудочно-кишечного тракта аутоиммунной природы. Характеризуются системными проявлениями с кишечными симптомами в виде диареи, нередко с кровью, болевым синдромом; также нередки внекишечные проявления и осложнения.

Болезнь Крона – воспаление различных отделов желудочно-кишечного тракта иммунного генеза, основным признаком которого является сегментарность и трансмуральный характер воспаления. Частые осложнения связаны со стенозирующим или фистулизирующим фенотипами заболевания.

Качество медицинской помощи – комплекс мероприятий, направленных на повышение вероятности достижения эффективных результатов в здравоохранении.

Критерии качества - набор стандартов и требований, определяющих уровень совершенства предоставляемых услуг.

Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – инструмент управления медицинской организацией, основа для принятия управленческих решений.

Стандарт Joint Commission International (JCI) – международный стандарт качества.

Язвенный колит – аутоиммунное заболевание кишечника, с обязательным вовлечением прямой кишки и воспалением в пределах слизистой оболочки толстого кишечника.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АЛО	Амбулаторное лекарственное обеспечение
БК	Болезнь Крона
ВЗК	Воспалительные заболевания кишечника
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
КК МП	Критерии качества медицинской помощи
КРР	Колоректальный рак
КП	Клинические протоколы
МРТ	Магнитно-резонансная томография
НПА	Нормативно-правовые акты
НРЦРЗ	Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
ПСМП	Первичное звено медицинской помощи
СМК	Система менеджмента качества
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЯК	Язвенный колит
C1.difficile	Clostridium difficile
ЕССО	European Crohn's and Colitis Organisation
PEST-анализ	Маркетинговый инструмент, предназначенный для выявления политических (Political), экономических (Economic), социальных (Social) и технологических (Technological) аспектов внешней среды, которые влияют на организацию

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Качество медицинской помощи подразумевает отдельные компоненты - адекватность, эффективность, экономичность, научно-технический уровень, удовлетворенность потребителей и поставщиков медицинской помощи, доступность, преемственность; все указанные отдельные компоненты поддаются определению и измерению (ВОЗ, 2020). Системы здравоохранения во всем мире продолжают сталкиваться с новыми проблемами, связанными с управлением хроническими заболеваниями. Прогнозируемое увеличение числа хронических заболеваний в будущем, крайне важно обеспечить сотрудничество и поддержку между специалистами, врачами общей практики и врачами первичной медико-санитарной помощи (Egberg M.D., 2018) Воспалительное заболевание кишечника является одним из таких хронических заболеваний. Несмотря на то, что специализированная помощь имеет важное значение, первый визит пациента и дальнейшая помощь при язвенном колите и болезни Крона предоставляется на первичном звене; поэтому залогом эффективности является регулярное взаимодействие и сотрудничество между основными заинтересованными сторонами (Fiorino G., 2021).

Персонализированный подход, основанный на контроле клинических показателей - ранняя диагностика воспалительных заболеваний кишечника, использование терапевтического окна возможностей, расширенный доступ к специализированной помощи в рамках междисциплинарной команды позволяет предотвратить или снизить осложнения, уменьшить бремя нагрузки на здравоохранение (Mathias H., 2023). Вместе с тем, помощь данной категории пациентов с хроническими заболеваниями, относящимися к группе социально-значимых, будет результативнее при надлежащей организации процессов стандартизации и мониторинга прилагаемых усилий по улучшению качества оказываемых услуг (Jelsness-Jørgensen P., 2022, Hawkins M., 2021). В связи с вышесказанным, важно обратить внимание на факторы, связанные со здравоохранением (влияние экспертных и регуляторных органов, локальные рекомендации, наличие инфраструктуры и доступность медицинской помощи), со специалистами и возможностями ухода за пациентами (скрининг и мониторинг предотвратимых осложнений, таких как дисплазии, инфекции), а также лицами с воспалительными заболеваниями кишечника (уровень их осведомленности и приверженность к сотрудничеству) (Уалиева А.Е., 2021). Известно, что методология оценки качества основана на анализе структуры, процесса и результатов оказываемой помощи (Железнякова И.А., 2020). Таким образом, целесообразно изучить подходы к экспертным оценкам и индикаторы качества медицинской помощи при воспалительных заболеваниях кишечника для дальнейшей адаптации в локальных условиях и на конкретном уровне оказания услуг.

Цель исследования: совершенствование системы оценки (менеджмента) качества оказания помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на основе инновационных подходов.

На основании международных подходов нами была сформулирована гипотеза: Эффективная система менеджмента качества улучшает исходы при воспалительных заболеваниях кишечника.

Задачи исследования:

1. Анализ международного опыта современных тенденций оценки качества оказания помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на уровне государства, системы здравоохранения, поставщиков услуг и пациентов;
2. Определение инновационных подходов к оценке показателей качества оказываемой помощи при воспалительных заболеваниях кишечника;
3. Изучение оценки системы менеджмента качества помощи, состояния и проблем на примере АО НИИ Кардиологии и внутренних болезней.

Научная новизна:

1. Впервые проведен сравнительный анализ международного и локального опыта в оценке качества оказываемой помощи при воспалительных заболеваниях кишечника;
2. Впервые на основании международного опыта определены методология и критерии качества, применимые в локальных условиях;
3. С целью совершенствования методологии оценки качества оказания помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника определены критерии для внедрения в практику АО НИИ кардиологии и внутренних болезней.

Положения, выносимые на защиту:

1. В ходе научного исследования выявлено, что необходимы эффективные показатели критериев оценки качества помощи при воспалительных заболеваниях кишечника в РК;
2. Выявлена взаимосвязь между уровнем оказания специализированной помощи и качеством оказываемых услуг;
3. Внедрение международных (инновационных) критериев менеджмента качества при воспалительных заболеваниях кишечника позволит повысить эффективность оказываемых услуг в АО НИИ кардиологии и внутренних болезней.

Теоретическая значимость:

1. На основании международных подходов проведен анализ локального опыта в системе оценки качества пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника;
2. Выявлены основные барьеры на пути качественного оказания помощи при воспалительных заболеваниях кишечника;
3. Определены инновационные критерии качества оказываемой помощи и факторы, повышающие эффективность таковой пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника.

Ожидаемые результаты:

1. Результаты работы позволяют на основании анализа международного опыта системы оценки качества оказания помощи при воспалительных заболеваниях кишечника, изучить реальную практику в РК;

2. Изученные инновационные подходы в системе оценки менеджмента качества позволят совершенствовать меры повышения качества оказания помощи при воспалительных заболеваниях кишечника;

3. Полученные в ходе работы данные по критериям эффективности системы менеджмента качества могут использоваться в качестве научной основы принятия управленческих решений по оптимизации организации помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника в условиях АО НИИ кардиологии и внутренних болезней.

Публикации: по результатам работы размещена статья «Индикаторы качества при воспалительных заболеваниях кишечника» в журнале «Медицина и Экология», раздел организация и экономика здравоохранения» №1-2024; на международно-практической конференции «VIII Национальный Форум ВЗК» 17 мая 2024 подготовлен устный доклад «Индикаторы качества оказания помощи пациентам с ВЗК».

Объем и структура магистерского проекта:

Магистерский проект состоит из введения, 4 разделов, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 79 литературных источников.

Магистерский проект изложен на 57 страницах машинописного текста, иллюстрирован 9 таблицами, 8 рисунками

1 АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВЗК

1.1 Организация помощи при воспалительных заболеваниях кишечника. Язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) относят к хроническим заболеваниям аутоиммунной природы группы воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Социальное значение связано с заболеваемостью в молодом и трудоспособном возрасте, нередко дебют заболевания выпадает на детский и подростковый возраст [1]. Сложность первичной диагностики связана с многоликостью проявлений, но классическое течение зачастую связано с перестройкой тканей при прогрессирующем течении, что сказывается на физических страданиях и сниженном качестве жизни и могут оказывать воздействие на физическое, эмоциональное и социальное благополучие людей [2-4]. Пожизненное течение, характерное для ВЗК, риск инвалидизации и летального исхода, высокое медико-экономическое бремя – другие составляющие компоненты социально-значимой патологии [5-8]. Эпидемиологические данные в РК по данным патологиям скудны и разрозненны, информация собирается из различных источников [9]. Так до данным МЗ РК на начало 2024 года зарегистрировано на диспансерном учете 1 470 пациентов с БК и 5 406 пациентов с ЯК, что составляет 7,3 и 26,9 на 100 тыс. соответственно [10]. Однако по данным Уалиевой А.Е. реальные цифры могут значительно отличаться при пошаговой маршрутизации в первичном звене [11-12], поскольку, как показало исследование, данные по распространенности ВЗК при активном выявлении превышают регистрируемые официальные данные [9].

Междисциплинарное ведение и постоянное сотрудничество между всеми заинтересованными сторонами также имеют решающее значение для достижения оптимальных результатов лечения пациентов, включая индукцию и поддержание ремиссии, а также предотвращение осложнений, связанных с заболеванием [13-20]. На результаты и эффективность контроля за течением и исходами влияют как персонифицированная своевременная болезнь-модифицирующая терапия, так и оптимальный уровень осведомленности пациентов и врачей общей практики, и других специалистов амбулаторного звена, доступность специализированной диагностики и методов лечения, а также наличие регламентирующих национальных стандартов и рекомендаций, информационных ресурсов [7, 21].

Международные подходы к оказанию помощи при ВЗК базируются на экспертных заключениях европейских стран [13-16], американского континента [17,18]. В данных рекомендациях представлены научно-обоснованные подходы к регламентации менеджмента ВЗК, в том числе, при сложных ситуациях [22]. Национальные рекомендации по ЯК и БК, разработанные специалистами, вовлеченными в менеджмент ВЗК, регламентируют диагностику и лечение в локальных условиях [11-12].

Маршрутизация пациента с ВЗК в Казахстане регламентирована Стандартом оказания гастроэнтерологической помощи (далее Стандарт) и предполагает первый визит и первичную диагностику на уровне амбулаторной медико-санитарной помощи [23], с прикреплением на диспансерный учет, внесением данных в информационные системы и дальнейшего обеспечения медикаментозной терапией [24]. Необходимо отметить, что в Казахстане в настоящее время предоставляется полное покрытие препаратов базисной и продвинутой (биологической терапией). Вместе с тем, ввиду сложного характера патологии, высокого риска кишечных осложнений, согласно существующего Стандарта, пациент должен быть направлен на более высокий уровень оказания помощи для проведения уточняющей, в том числе инвазивной диагностики и решения вопроса о назначении иммунологической терапии. Специализированная помощь в стране оказывается на базе региональных многопрофильных стационаров и амбулаторно созданных центров гастроэнтерологии и гепатологии.

1.2 Доступность медицинской помощи при воспалительных заболеваниях кишечника. Немаловажным критерием достижения оптимального уровня качественной помощи является своевременная (ранняя) диагностика ВЗК. Наилучшие результаты можно достичь при обеспечении равных возможностей пациентам к получению специализированной помощи. Адекватно подобранная терапия и тщательный контроль ключевых точек в течение заболевания реализуемы на основании таких показателей как время ожидания приема врача или госпитализации в стационар в случае неотложных показаний, доступа к необходимым технологиям [20, 25, 26]. Анализ литературы показал, что существуют объективные препятствия к оказанию качественной помощи: проблемы в структуре системы оказания помощи (время ожидания пациентов помощи, затрудненный или ограниченный доступ к специализированным технологиям, плохо налаженные или неэффективные решения комплексного ухода, пробелы информационного обеспечения); в процессах оказания помощи (слабое взаимодействие между центральными и региональными организациями, низкий уровень цифровизации) и результирующих показателей (профилактика вакциноуправляемых инфекций, скрининг колоректального рака, чрезмерное использование стероидов, неадекватный контроль нутритивного статуса, предотвратимые осложнения) [8, 9, 27-29].

Даже при эффективно функционирующей системе здравоохранения, по данным литературы, отмечаются повсеместные сложности с ведением пациентов на первичном звене оказания медицинской помощи. Известно, что от 30 до 70% больных находится под наблюдением врачей общей практики, при этом, треть специалистов данного звена чувствуют дискомфорт при лечении ВЗК в целом, а от 71 до 91% врачей сомневаются при назначении иммунодепрессантов и биологических препаратов соответственно, и поэтому многие специалисты положительно оценили бы дополнительную клиническую поддержку и образовательные мероприятия [20]. Локальная ситуация с ВЗК в РК аналогична,

поскольку при невысокой распространенности ЯК и БК, выявлены низкая осведомленность специалистов о проблеме и пробелы в уходе за данными категориями пациентов в первичном звене [9]. И как показывают международные авторы, ожидать от терапевтов и врачей общей практики первичного звена детального выполнения экспертных рекомендаций по ведению пациентов с ВЗК нереально [28], хотя именно от своевременно начатой терапии зависит качество лечения, особенно в первые годы [30]. Систематический обзор показал, что наряду с другими хроническими заболеваниями (астма, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность), при ВЗК почти полностью отсутствуют инструменты, которые могли бы помочь врачам первичной медико-санитарной помощи в предоставлении соответствующей, основанной на фактических данных помощи [20].

По аналогии с международными подходами, казахстанские ученые также отмечают, что для ранней диагностики и подбора структурированного плана ведения, целесообразно своевременное обращение пациента к специалисту ВЗК [26, 31].

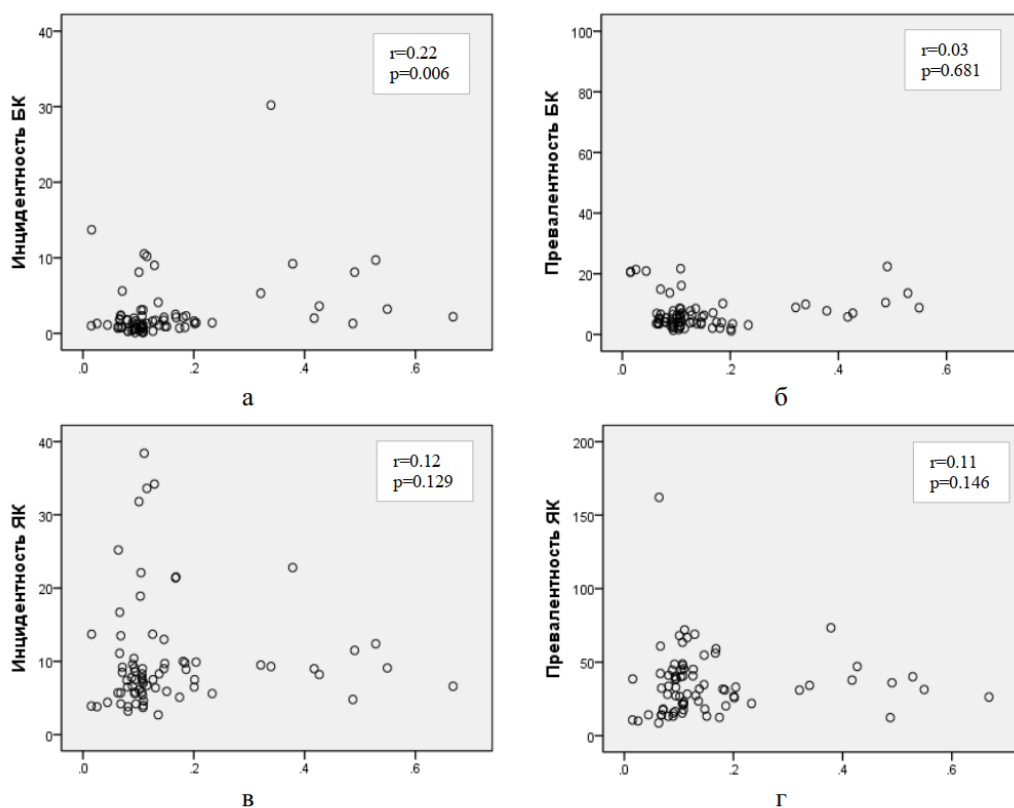


Рисунок 1- Влияние обеспеченности кадрами гастроэнтерологического профиля на эпидемиологические показатели (заболеваемость и распространенность язвенного колита и болезни Крона)

Примечание: источник [9]

Однако, на раннюю диагностику, несомненно, влияет и такой показатель системы здравоохранения, как обеспеченность специалистами по данному профилю. На рисунке 1 представлены результаты отечественного исследования по раннему выявлению ЯК и БК [9]. Автор показала прямое влияние

недостаточной обеспеченности врачами гастроэнтерологами на раннее выявление ВЗК, в частности, болезни Крона; поскольку более длительный период диагностики связан с неспецифическими проявлениями и сложным фенотипом заболевания.

Другим фактором, который влияет на своевременность обращения населения в организации здравоохранения для постановки диагноза, является и уровень осведомленности о ВЗК, степень доверия к медицине, тенденция к самосохранительному поведению и, наконец, уровень образования населения в целом [31].

Уровень цифровизации, наличие стандартизованных показателей и доступ к цифровым ресурсам здравоохранения также влияют на все заинтересованные стороны, помогая в управлении заболеваниями [5, 32]. Было показано, что дистанционное ведение ЯК и БК (телемедицина) значительно снижает частоту посещений клиники, но на этом этапе не оказывает существенного влияния на частоту рецидивов или частоту госпитализаций [33]. Развивающееся направление дистанционной медицины касается и удаленного консультирования пациентов с ВЗК, поскольку считается что сочетание поддержки электронного здравоохранения и самостоятельного лечения пациентов наряду с инструментами поддержки их врачей первичной медико-санитарной помощи может синергически улучшить неспециализированную помощь при воспалительных заболеваниях кишечника [34].

Наличие “excellence center” и доступность специализированной помощи пациентам с данной патологией повышает показатели качества медицинской помощи, в том числе, эффективный мониторинг, соблюдение лечебных подходов, а также влияет на краткосрочные и долгосрочные исходы в менеджменте сложных заболеваний [35-37]. В мире разработаны основные и вторичные показатели, применяемые для выделения подобных центров лучших практик, осуществляющих клиническую, образовательную и научную деятельность [38].

С точки зрения повышения эффективности ранней диагностики, исключения осложнений и определения тактики, целесообразно поощрение междисциплинарного взаимодействия, основанного на опыте ведения пациентов с хронической патологией. Так, на практике, регулярная работа специалистов ВЗК заключается в еженедельных обсуждениях с участием гастроэнтерологов, хирургов, рентгенологов, эндоскопистов и морфологов [7, 39, 40]. Командное взаимодействие влияет и на эффективность коммуникаций с пациентами, решение вопросов нутрициологической поддержки, реабилитационные мероприятия. Немаловажным звеном такой команды является наличие медсестер-специалистов, обеспечивающих коммуникативную функцию и оптимальный контроль приверженности к лечению [41]. Специально обученные медицинские сестры предоставляют пациентам сведения о заболевании, повседневной жизни с ВЗК, нежелательных явлениях препаратов, повышая уровень образованности пациентского сообщества и качество жизни отдельно взятого пациента [42].

1.2 Качество медицинской помощи при ВЗК. Индикаторы и контроль качества медицинской помощи отражают результативность, рациональность, безопасность, экономическую эффективность, доступность, своевременность, приемлемость [43]. Внедрение методологии и критериев качества в практическое здравоохранение позволяет повысить эффективность оказываемых медицинских услуг, оценивать безопасность и исходы, влияя на процесс принятия решений [43]. Важным фактором в совершенствовании организационных технологий оказания медицинской помощи является способ сбора информации и системы статистической отчетности [44]. Выделяет следующие формы контроля качества за предоставляемой помощью - внешний и внутренний; внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности обеспечивает систему менеджмента качества (СМК) медицинской организации, подразумевая регламентацию процесса, контроль за соблюдением требований и экспертизу качества медицинской помощи [43]. Для оценки результативности СМК в организациях выделяют аудит, основной функцией которого является на выявление рисков и экспертный анализ данных [45].

Минимальный набор ключевых показателей, направленных на стандартизацию качества медицинского обслуживания пациентов с ВЗК был разработан Международной группой экспертов [39]. В данное описание включены множество областей, в том числе выживаемость, контроль заболеваний, сестринский уход и другие результирующие показатели, измеряемые через четко установленные интервалы времени [36, 49]. В зависимости от условий, имеющихся в каждой системе здравоохранения целесообразно разрабатывать определенные критерии оценки качества. Так в Великобритании на основании Консенсусного опроса Delphi группой экспертов предложены следующие критерии key performance indicators (KPI): время от направления в первичную медицинскую помощь до постановки диагноза во вторичной медицинской помощи (KPI 1), время до применения фармакотерапии после уточнения диагноза (KPI 2), надлежащее использование стероидов (KPI 3), назначение продвинутой (иммунобиологической терапии) и соответствующий мониторинг (KPI 4) [50]. Помимо перечисленных предлагается множество других индикаторов, касающихся менеджмента заболеваний (скрининг на оппортунистические инфекции перед иммунобиологической терапией); эффективности наблюдения за пациентом (скрининг на дисплазию кишечника, обучение по отказу от курения при болезни Крона, вакцинопрофилактика); процесса (инвалидность и дни нетрудоспособности из-за активного заболевания, госпитализации, оперативные вмешательства, качество жизни, психологическая поддержка и др.) [51, 52, 53].

На основании систематического обзора, на рисунке 2 представлены ключевые индикаторы менеджмента ВЗК, рассматриваемые с точки зрения структуры, процесса и результирующих факторов [39].

Домен	Основные субдомены
Состав	<ul style="list-style-type: none"> • Интегрированные способы работы <ul style="list-style-type: none"> o MDT o Доступ к вспомогательной помощи o Переходные услуги (от медицинского к хирургическому, от педиатрического к взрослому) o Обеспечение доступа пациентов и связи с поставщиками первичной медицинской помощи • Основные члены команды IBD включают врачей, хирургов, медсестер IBD, рентгенологи и патологи • Другие специалисты [психологи, диетологи и т. д.] в составе MDT • Пациент как часть MDT • Эффективные процессы направления к специалистам • Улучшенный доступ с использованием линий помощи • Имя руководителя, ведомственные рекомендации/пути и определение измеримого качества индикаторы
Процесс	<ul style="list-style-type: none"> • Структурированный клинический путь или процесс диагностики, мониторинга и лечения ВЗК • Надежные и доступные клинические услуги • Обучение под руководством медсестры, консультирование, физическая и эмоциональная поддержка • Линия помощи [телефон, электронная почта] • Реестры пациентов • Модели скоординированного ухода • Сеть сотрудничества • Стандартизация медицинской помощи • Мониторинг заболеваний (клинический, биомаркеры, эндоскопия, радиология) • Применение научно обоснованных изменений в лечении • Клиники ВЗК • Виртуальные клиники и дистанционное управление • Ускоренное восстановление после операции по ВЗК
Результаты	<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы, функции, качество жизни • Выживаемость • Контроль заболевания • Использование медицинской помощи • Бесполезность ухода

*MDT – Multidisciplinary team

Рисунок 2. Систематический обзор анализа минимального стандарта в менеджменте ВЗК

Примечание: источник [39]

В целом при ВЗК, несмотря на наличие экспертных решений в области клинических подходов, по данным литературы, имеются недостатки в комплексной оценке качества медицинской помощи [46-47]. Авторы указывают неоднородность клинических решений, что подразумевает различия в подходах к диагностике, мониторингу и профилактическим мероприятиям [48]. Установлено, что в мире нет единого инструмента оценки и стандартных мер

обеспечения качества при ВЗК [54]. Как отмечено авторами из Швеции, на эффективность внедрения СМК влияет понимание сложности процесса, задействованных систем и наличие глубоких (экспертных) профессиональных знаний [4,55].

1.3 Мнение основных стейкхолдеров на оказание помощи при ВЗК. На качество жизни пациентов с ВЗК влияет хорошо подобранная терапия, позволяющая контролировать пожизненное течение заболевания. Однако, рецидивирующий характер активной болезни, возможные осложнения, несомненно, вызывают страдания и оказывают негативное влияние на физические, социальные и психологические аспекты, снижая в целом, качество жизни [27]. В связи с чем пациенты имеют завышенные ожидания от сложившейся системы здравоохранения. Удовлетворенность оказываемой помощью пациентами является одним из показателей качественной помощи; при этом, среди критериев, используемых для оценки удовлетворённости пациентов выделяют следующие - информация, коммуникации и персонал [56, 57]. Так, зачастую пациенты с ВЗК жалуются на отсутствие полной или четкой информации, сложность в коммуникациях с медицинским персоналом, длительное время ожидания консультации специалиста ВЗК [58]. Очевидно, пациенты, понимающие все преимущества и возможные риски в их менеджменте, более привержены процессу и следуют рекомендациям по графику лечения и мониторинга; сообщается также о том, что осведомленные пациенты готовы принять определенные риски ради клинической эффективности [42].

Как было отмечено ранее, в среде первичной помощи в РК в целом имеется невысокая осведомленность специалистов о проблеме и настороженность по язвенному колиту и болезни Крона, что в итоге ведет к задержке диагностики и адекватного лечения [29]. Повышение расходов здравоохранения в последующем связано с потребностью в более дорогостоящих технологий, а также непрямыми затратами [5]. Причинами отложенной диагностики, по мнению отечественных авторов, также могут быть затрудненный доступ ко вторичной помощи, особенно в сельской местности и множество клинических проявлений аутоиммунных системных заболеваний [9].

Другими факторами, влияющими на качество менеджмента являются плохой контроль заболевания; в данном исследовании авторы показали сильную положительную корреляцию между показателями качества обслуживания и лечением у специализированного гастроэнтеролога [59]. Очевидно, что в центрах лучших практик при оказании пациент-ориентированной помощи отмечается более высокий уровень коммуникаций, лучший и ускоренный доступ к необходимым методикам, имеются комплексные решения по контролю за течением заболевания и безопасностью ухода [27, 28, 58]. Венгерские авторы показали позитивный опыт клиник быстрого доступа, обоснованно предоставив качественные результаты по обеспечению доступа и оптимизации использования ресурсов в принятии решений, в том числе при неотложных ситуациях, тем самым предотвращая ненужные посещения клиник скорой помощи. Пациентам, прошедшим ускоренное вторичную диагностику, меньше требовалась

дальнейшая неотложная помощь или госпитализация, что также ассоциировано и с экономией ресурсов здравоохранения [60].

Наиболее рациональная оценка эффективности СМК исходит из того, насколько экономно используются ресурсы организации [53, 58]. Несмотря на очевидный научный интерес к оценке качества обслуживания, в мире существует не так много объективных инструментов, направленных на измерение результативности (QUOTE-IBD, IQCARO) [59]. Одна из наиболее успешных, Шведская система здравоохранения состоит из первичной медико-санитарной помощи и стационарной служб, финансируемых государством за счет налоговых отчислений. Качественное исследование, выполненное учеными этой страны, было направлено на изучение восприятия болезни, профессиональных взаимодействий и структуры организации помощи при ВЗК. Оказалось, что и там пациенты сообщали о некоторых неудовлетворенных потребностях, в частности ограниченном доступе к медицинской помощи, о рациональности наблюдения многопрофильной командой.

Таким образом, заинтересованными сторонами в менеджменте ВЗК также являются поставщики услуг, включая специалистов и администраторов здравоохранения. Среди проблемных вопросов специалисты здравоохранения обсуждают неадекватную структуру системы, неэффективные процессы и необходимость разработки и внедрения обоснованных результирующих показателей [8]. Барьерами со стороны структуры поставщики услуг считают такие индикаторы как: длительное время ожидания, что по их мнению связано с перегрузкой системы здравоохранения на фоне повышенного спроса на доступные услуги и вторичную диагностику, а также с дефицитом кадров. Затрудненный доступ к комплексным моделям совместного ухода (наличие в команде специально обученных медицинских медсестер, врачей - диетологов, психологов и др.) и пробелы в предоставлении медицинской информации – другие репортируемые специалистами барьеры на пути оказания качественной помощи. По мнению авторов, повышение эффективности процессов может быть связано с внедрением инновационных технологий на первичном звене оказания помощи, а также координационных усилий, направленных на улучшение взаимодействия централизованной и амбулаторной помощи [28].

В связи с вышесказанным, повышение качества оказываемой помощи при ВЗК возможно при осуществлении следующих компонентов [61]:

- создание более безопасного ухода медицинской помощи;
- обеспечение партнерских взаимоотношений между поставщиками услуг, пациентами и членами их семей;
- содействие эффективной коммуникации, сотрудничеству и координации всех компонентов здравоохранения;
- поощрение наиболее экономически эффективных, стратифицированных по риску методов профилактики и лечения.

Стандартизация оказания качественной помощи лицам с ВЗК связана с улучшением клинических показателей, включая сокращение числа посещений отделений неотложной помощи, госпитализаций и использования

кортикостероидов и опиоидов. По данным проведенного обзора, среди мер, используемых в лучших специализированных центрах ВЗК можно выделить оптимальный доступ к неотложной помощи, внедрение клиник быстрого доступа, проактивный мониторинг и регулярное наблюдение пациентов высокого риска [20, 62]. Разработка и внедрение надежных систем отчетности наряду со стандартизованными показателями, по мнению международных экспертов будут способствовать рациональной оценке измеримых результатов структуры, процессах, отражаясь в итоге на клинических исходах [42].

Таким образом, целью стандартизации и внедрения методологии и инструментов оценки качества при ВЗК является повышение уровня медицинской помощи, оказываемой пациентам с данной патологией. На фоне объективного мониторинга клинических показателей, целесообразно изучение критериев и показателей медицинского обслуживания пациентов с ВЗК. В настоящее время в системе здравоохранения Казахстана не проводились исследований, изучающих меры по обеспечению мониторинга качества оказываемых услуг при ВЗК. Резюмируя, в рамках проекта по данным литературного обзора определены набор показателей качества и методология оценки, которые можно было бы использовать с целью внедрения на третичном уровне оказания помощи пациентам с данной патологией.

2. СИСТЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТА С ВЗК НА ОСНОВЕ ИННОВАЦИОННЫХ ОДХОДОВ НА ПРИМЕРЕ АО НИИ КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

2.1. Материалы и методы исследования

Все анализируемые компоненты, направленные на измерение качества медицинской помощи, в соответствии с темой исследования, были распределены по трем темам: «Структура», «Процессы» и «Результаты».

В работе были применены смешанные методы исследования согласно конвергентного дизайна (QUAN + QUAL), в котором как качественные, так и количественные данные имеют одинаковый приоритет [63].

Для оценки качества медицинской помощи, оказываемой в местных условиях, были проанализированы подходы и критерии мониторинга, внедренные в практику отделения терапия 1 АО НИИ Кардиологии и внутренних болезней (далее НИИКВБ), оказывающего специализированную гастроэнтерологическую помощь, в том числе пациентам с ЯК и БК.

На основании проведенного обзора международных подходов мы включили в анализ 3 основных и 8 вторичных показателей, охватывающих аспекты качества «Структуры», «Процесса» и «Результатов» оказываемой помощи.

Для ретроспективного анализа индикаторов качества медицинской помощи, оказываемой пациентам с ВЗК произведена выкопировка данных первичной документации пациентов, получавших лечение в НИИКВБ в 2023 году по профилю гастроэнтерология. Первичная документация представлена формой №027/у (выписка стационарного больного) и консультативное заключение амбулаторного больного. Среди критериев нами были проанализированы следующие:

1. Индикаторы, касающиеся структуры (уровень оказания помощи на момент постановки диагноза);
2. Индикаторы процесса (первичная диагностика, связанная с неотложной госпитализацией, начало лечения в стационаре, направление на индексную колоноскопию);
3. Индикаторы результата (надлежащее применение стероидов, скрининг колоректального рака, мониторинг оппортунистических инфекций перед назначением иммуносупрессивной терапии: вирусные гепатиты В и С, туберкулез, *C. Difficile* и цитомегаловирус, оценка нутритивного статуса и здоровья костной ткани).

Все критерии проанализированы на качество исполнения в зависимости от типа наблюдающего врача (первичное звено или вторичный/третичный уровень) на момент постановки диагноза.

Качественное исследование (полуструктурированное интервью). Организационная «Структура» (наличие междисциплинарной команды), доступность медицинской помощи и личный опыт (аспекты «Процесса» и «Результата») анализировалась на основании интервью с основными заинтересованными лицами – специалистами и администраторами

здравоохранения и пациентами. Качественный метод полуструктурированного интервью является описательным. Данный выбор обоснован незначительностью имеющихся литературных данных в интересующей области, направлен на получение более разнообразных мнений и глубины анализа, что соответствует поисковой цели проекта. Поскольку одним из направлений поиска было получение мнения основных заинтересованных лиц, метод интервью дал возможность собрать информацию об опыте участников в ведении пациентов/или жизни с ВЗК. Интересующая нас точка зрения специалистов здравоохранения или пациентов могла быть получена во время опроса на основании заранее подготовленных открытых вопросов; используя рефлексивный расспрос, есть возможность озвучить дополнительные вопросы и получить более подробную информацию. Альтернативные решения, анализ ситуации и сбор информации производятся одновременно во время процесса интервью.

Описание участниками восприятия предоставляемых или получаемых услуг, а также доступ к технологиям здравоохранения помогают раскрыть цель исследования. В Приложении 1 описаны вопросы открытого характера.

После процедуры получения информированного согласия, всем участникам интервью были предложены онлайн встречи; используемое оборудование с соответствующим программным обеспечением позволило произвести полученных интервью. Сбор информации происходил конфиденциально.

На основании результатов анализируемых источников литературы, по аналогичным исследовательским запросам, был определен размер выборки участников, $n = 18$ [8, 64]. Во избежание ограничений исследования и обеспечения репрезентативности, к интервью были приглашены специалисты различных регионов Казахстана, работающие на разных уровнях оказания помощи; выбор пациентов также был произведен с учетом различного опыта и длительности заболевания, анамнеза хирургии или получения продвинутой терапии.

PEST-анализ. Данный метод выбран как инструмент исследования макроэкономических (внешних) факторов среды [65], оказывающей влияние на ПМСП как основного звена в маршрутизации пациента с ВЗК и оказании качественной помощи. Проанализировано мнение трех экспертов по 4 группам показателей (политические, экономические, социальные и технологические) в контексте их влияния на ПМСП в ближайшие 3-5 лет. Все факторы учитывались на основании силы их влияния (от 1 до 3) и вероятности изменчивости. Далее, согласно методике, была определена оценка с поправкой на вес.

Политические факторы. Поскольку первый визит пациента определяет его дальнейший путь, рациональность используемых на первичном звене методик зависит от нескольких факторов. Регулирование рынка услуг, требований к качеству, обеспечение медицинским оборудованием и лекарственными средствами являются одной из важных функций государства (Министерства здравоохранения). Трудовое законодательство, трудовые отношения,

нормирование рабочего времени и оплата труда также регламентируются Приказами и подзаконными актами [72].

На уровне государства также определены и разрабатываются Стандарты оказания медицинской помощи, в том числе, по гастроэнтерологическому профилю [23]. Нормативно-правовая база, регламентирующая организацию здравоохранения, наличие инфраструктуры, сотрудничество сторон легли в основу нашего анализа. В данной группе факторов анализируется и медицинское образование, а также качество образовательных услуг. К политическим мерам, разрабатываемы на национальном уровне, можно отнести и профилактические и скрининговые программы, в том числе у иммуносупрессивных лиц.

Экономические факторы. Несомненное, уровень финансирования здравоохранения является ключевым фактором, влияющим на доступность высокотехнологических методик, обеспеченность реактивами, лекарствами, возможности качественного амбулаторного или стационарного лечения. Анализ подзаконных актов проведен с целью изучения методик расчета тарифов за консультативно-диагностические услуги, амбулаторно-поликлиническую помощь (АПП) и ПМСП и системы поощрения, а также распределение рынка услуг в государственном и частном секторе медицины.

Социокультурные факторы. На основании обзора мировых трендов неоднократно было отмечено, что уровень заинтересованности пациентов в сотрудничестве, доверие к медицине в целом и приверженность к рекомендациям медицинских специалистов являются залогом успешного взаимодействия на благо населения.

Технологические факторы. Наличие научно-обоснованных диагностических и лечебных методик, в том числе, цифровой медицины, как в организациях первичного звена, так и на более высоком уровне, позволяет обеспечить доступность и качество медицинской помощи. Клинические протоколы и лечения язвенного колита и болезни Крона содержат все общепринятые рекомендации по менеджменту этих патологий.

Статистический анализ. Данные были собраны в базе MS Excel, всего было собрано 190 наблюдений. Качественные данные представлены при помощи абсолютных частот и процентов, а количественные данные описывались медианой и межквартильным размахом. Для анализа качественных данных применялся критерий хи-квадрат, при необходимости с поправкой на правдоподобие. Количественные данные сравнивались при помощи критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми результаты принимались при уровне $p < 0,05$. Статистический анализ проводился в программе IBM SPSS Statistics (version 19).

Соблюдение этических норм. Одобрение локальной этической комиссии Университета SDU было получено 28.02.2024, протокол №10.

2.2. Анализ контроля качества оказываемой медицинской помощи на примере НИИКиВБ

Как уже было сказано ранее, согласно Стандарту организации оказания гастроэнтерологической и гепатологической помощи в Республике Казахстан [23], на уровне ПМСП пациенты могут получить первичную консультацию врача (врач общей практики, терапевт или гастроэнтеролог), пройти рутинную (неинвазивную) диагностику. Также в поликлиниках по месту жительства происходит обеспечение пациентов препаратами из списка Амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО) [24]. Однако, учитывая сложность уточнения диагноза, высокий риск осложнений при инвазивных вмешательствах, а также в случае необходимости назначения продвинутой (иммуносупрессивной и биологической терапии) далее пациенты должны получить направление в специализированные второго или третьего уровня, организованные при многопрофильных стационарах или к специалистам ВЗК в регионах. В Казахстане разработан и действует маршрут пациента, получающего иммунобиологическую терапию [11].

Эпидемиологические показатели проанализированы на основании данных Электронного регистра диспансерных больных (ЭРДБ) МЗ РК в период 2021-2023 гг. [10]. В Казахстане отмечается тенденция к росту ВЗК (рисунок 3), что, на наш взгляд отражает и глобальные тренды во вновь урбанизированных странах [66], так и повышение осведомленности специалистов о проблеме [9].

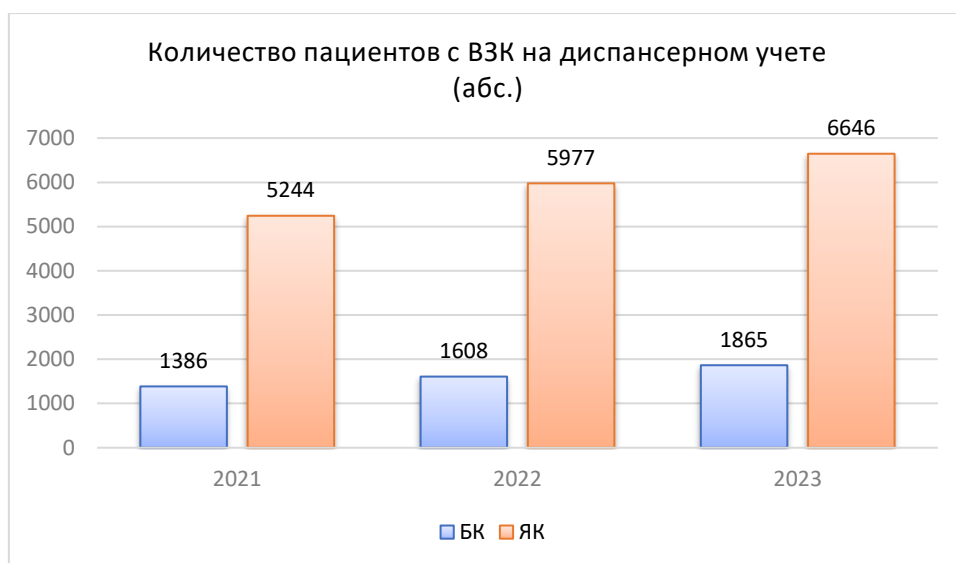


Рисунок 3. Количество пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона, находящихся на диспансерном учете

Примечание: источник [10]

Согласно Стандартам оказания медицинской помощи в стационарных и стационар-замещающих условиях, пациенты с ВЗК подлежат госпитализации по кодам МКБ-10 K50.0-K50.9 (болезнь Крона), K51.0-K51.9 (Язвенный колит). Однако, анализ количества больничных коек по стране показал в-целом динамику снижения коек круглосуточного стационара. Такая тенденция связана с реализацией единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) в 2010

году в рамках Государственной программы здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Данная программа предполагала с целью обеспечения рационального использования коечного фонда, перераспределение удельного веса расходов со стационарной помощи на амбулаторно-поликлиническую [67] и развитием стационарозамещающих технологий [68, 69]. В настоящее время обеспеченность койками для оказания медицинской помощи пациентам гастроэнтерологического профиля в целом по Казахстану составляет 373 койки (согласно данным НРЦРЗ) [70]. Анализ данных показал, что с наибольшей нагрузкой работают круглосуточные стационары по профилю гастроэнтерология в Акмолинской, Западно-Казахстанской и Северо-Казахстанской областях (таблица 1).

Таблица 1 – Коечный фонд (взрослая гастроэнтерология) по регионам РК

Регион	на конец отчетного периода	Проведено больными койко-дней	Свободные койки	% свободных коек	Среднее время простоя койки
Акмолинская	17	801	22,1	-5,1	-29,7
Актюбинская	8	326	8,5	-0,5	-5,7
Алматинская	9	338	6,4	2,6	28,8
Атырауская	6	222	6,3	-0,3	-4,3
ВКО	9	350	8,1	0,9	10,1
Жамбылская	16	443	10,3	5,7	35,8
Жетисуская	8	147	3,8	4,2	52,1
ЗКО	18	928	20,4	-2,4	-13,4
Карагандинская	39	1 435	33,7	5,3	13,6
Костанайская	24	853	18,4	5,6	23,3
КЗО	13	350	9,2	3,8	29,2
Мангистауская	17	540	12,4	4,7	27,4
Павлодарская	5	90	2,2	2,8	56,9
СКО	15	1 809	17,9	-2,9	-19,1
Туркестанская	30	1 182	27,3	2,7	9,1
г. Алматы	48	1 323	29,2	18,8	39,1
г. Астана	32	1 215	28,0	4,0	12,6
Шымкент	22	694	17,3	4,7	21,2
РК	376	13 315	318,0	58,0	15,4

Примечание: составлено автором по источнику [70]

НИИКВБ – клинический центр республиканского уровня, где оказывается специализированная и высокоспециализированная помощь пациентам терапевтического профиля, в том числе с ВЗК. Экспертный уровень специалистов позволяет не только оказывать консультативно-диагностическую помощь, в том числе и использованием технологий дистанционной медицины, пациентам данной категории с Алматы и области, но и регионов РК. Помимо того, на регулярной основе проводятся мероприятия научно-практического и образовательного характера, как для специалистов здравоохранения, так и для пациентов. Внедрение и трансферт технологий, направленных на улучшение диагностики и лечения ВЗК в РК – приоритет деятельности НИИКВБ. Организация имеет сертификат об аккредитации в области здравоохранения от 03.11.2021, Регистровый номер №KZ67VEG00011684 и Международную аккредитацию Joint Commission International (JCI) с 2021.

В 2023 году в условиях 1 терапии стационарно пролечено 478 пациентов с диагнозом Язвенный колит и Болезнь Крона.

Анализ внедренных критериев качества медицинской помощи в деятельность и в систему внутреннего контроля качества НИИКВБ показал, что внутренний контроль медицинской помощи проводится на основании Приказа № ҚР ДСМ - 189/2020 МЗ РК 12 ноября 2020 года «Об утверждении методики внедрения и оценки эффективности внедрения клинических протоколов в практическое здравоохранение» [71] в соответствии с разработанным СОПом «Правила внедрения и мониторинга клинических протоколов» 163-0-2023, версия 3, утвержденного 15.11.23. Применяемый индикатор – доля пациентов с ВЗК, достигших снижения индекса активности: индекс Мейо на 1-3 балла, индекс активности болезни Крона – 20-40 баллов. Контроль осуществляется 2 раза в год, на основании достижения целевого значения. По итогам анализа внутреннего аудита, среди пролеченных в период апрель 2023 года по апрель 2024 года индикатор составил в апреле 2023 года 71,2%, в июне 2023 года – 93,1% (при установленном целевом значении 95%).

Необходимо отметить, что используемый критерий не несет информации о качестве оказываемой помощи, поскольку направлен на оценку клинического ответа при динамическом наблюдении в соответствии с международным подходом STRIDE II [30]. Ввиду уровня оказываемой помощи в НИИКВБ, в отделение терапия 1 госпитализируются пациенты с активным заболеванием; дальнейшее лечение, с целью снижения нагрузки на круглосуточные стационары, как было отмечено ранее, пациенты продолжают по месту жительства, ввиду чего, средний показатель категории тяжести пациентов в стационаре выше, нежели у амбулаторных пациентов или в сравнении со стационарными пациентами других клиник.

Таким образом, анализ методологии оценки КК МП в НИИКВБ показал отсутствие международного подхода на основе мониторинга структурных, процессуальных и результирующих факторов в оценке качества медицинской помощи.

Внешний аудит КК МП предполагает создание централизованных мониторинговых групп, анализирующих использование ресурсной базы, а также соответствие диагностических и лечебных процедур, выполняемых организациями действующим клиническим протоколам по направлениям. Первым этапом в данной оценке явилось анкетирование специалистов РК, вовлеченных в менеджмент ВЗК (<https://ru.surveymonkey.com/r/STKG5B9>) по доступности КП и ресурсов здравоохранения.

Критерии качества медицинской помощи при ВЗК. Для анализа критериев, влияющих на процесс и результирующие исходы, нами был выполнен ретроспективный анализ данных медицинских карт амбулаторных и стационарных пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона, находившихся под наблюдением в НИИКВБ.

Социально-демографические показатели. В наше исследование включено 190 пациентов, получавших амбулаторное или стационарное лечение в НИИКВБ в 2023 году. Распределение по полу было следующим: 87 мужчин (45,8%), из них с БК и 58 – с ЯК; женщин 104 (54,2%), из них с БК – 40, с ЯК – 63 пациентки. Средний возраст составил 39 лет пациентов с БК и 39,5 лет с ЯК. Подавляющее большинство наших пациентов имели среднее и высшее образование (60%), при этом анализ занятости показал, что трудоустроены были лишь половина наших пациентов (54,2%), в то время как временно не работали, в том числе, по болезни - 16,3%, безработными считали себя 29,5% (таблица 2).

Таблица 2 - Характеристика пациентов по социо-демографическим критериям, типу наблюдающего врача на момент постановки диагноза

Показатель		Диагноз				Всего		p
		Болезнь Крона		Язвенный колит				
		N	%	N	%	N	%	
Пол	Мужской	29	42,0%	58	47,9%	87	45,8%	0,432
	Женский	40	58,0%	63	52,1%	103	54,2%	
Образование	Среднее	39	56,5%	75	62,0%	114	60,0%	0,460
	Высшее	30	43,5%	46	38,0%	76	40,0%	
Занятость	Трудоустроен	38	55,1%	65	53,7%	103	54,2%	0,021
	Временно не работает (по болезни)	17	24,6%	14	11,6%	31	16,3%	
	Безработный	14	20,3%	42	34,7%	56	29,5%	
Тип врача, ведущего наблюдение	Специализированный	32	46,4%	30	24,8%	62	32,6%	0,002
	Общий гастроэнтеролог	37	53,6%	91	75,2%	128	67,4%	

Примечание: составлено автором

Превалирующее большинство пациентов, как с язвенным колитом, так и с болезнью Крона, на момент диагностики заболевания чаще наблюдались в

первичном звене нежели у гастроэнтерологов, специализирующихся на ВЗК: 67,4% и 32,6% соответственно, (р 0,021) (таблица 2).

В-основном, учитывая региональность, пациенты с ВЗК прибывали в наш центр с Алматы (54,2%), Алматинской области (24,2%). Однако, также у нас проходят диагностику и лечение пациентов с регионов РК; так с Костанайской области 5,3%, с Карагандинской – 4,7% пациентов, несколько пациентов в год приезжают с Мангистауской области (2,6%), с Южно-Казахстанской и Абайской областей (по 2,1%) и др (таблица 3).

Таблица 3 - Регион проживания пациентов

Регион	Диагноз				Всего		р
	Болезнь Крона		Язвенный колит		N	%	
	N	%	N	%			
Астана	2	2,9%	0	0,0%	2	1,1%	0,273
Алматы	42	60,9%	61	50,4%	103	54,2%	
Алматинская область	14	20,3%	32	26,4%	46	24,2%	
Атырауская область	0	0,0%	3	2,5%	3	1,6%	
Западно-Казахстанская область	0	0,0%	1	0,8%	1	0,5%	
Жамбылская область	4	5,8%	6	5,0%	10	5,3%	
Костанайская область	1	1,4%	0	0,0%	1	0,5%	
Кызылординская область	1	1,4%	8	6,6%	9	4,7%	
Мангистауская область	2	2,9%	3	2,5%	5	2,6%	
Туркестанская область	1	1,4%	3	2,5%	4	2,1%	
Северо-Казахстанская область	1	1,4%	0	0,0%	1	0,5%	
г. Шымкент	0	0,0%	1	0,8%	1	0,5%	
Жетысуская область	1	1,4%	3	2,5%	4	2,1%	

Примечание: составлено автором

Время от момента первичной диагностики представлено на рисунке 4. Около трети пациентов дебютировали в течение последних 1-2 лет.

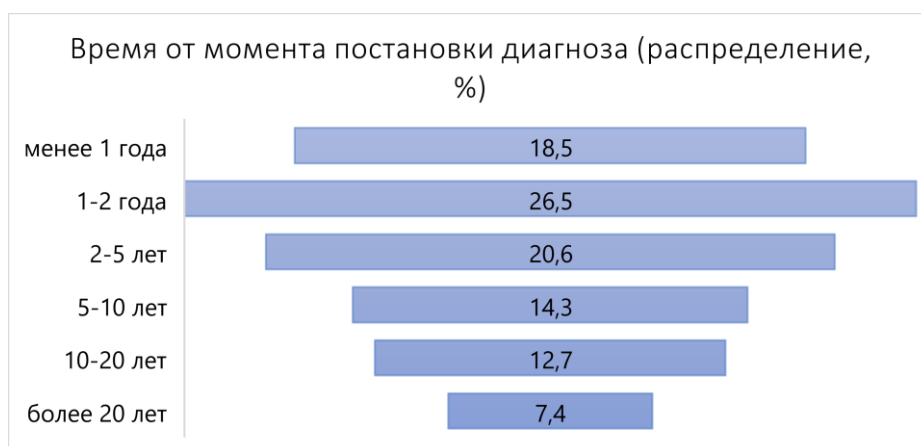


Рисунок 4. Время с момента постановки диагноза, в годах

Примечание: составлено автором

Почти половине пациентов с ВЗК (45,5%) диагноз впервые диагностирован в стационаре после острой (неплановой) госпитализации: из них, пациенты с БК составляют 59,4%, пациенты с ЯК – 37,5%. При этом первичное лечение также было впервые получено после постановки диагноза в стационаре после неотложной (неплановой) госпитализации: 58,8% пациентов с БК и 35,8% с ЯК (p 0,002), таблица 4.

Таблица 4 - Связь первичной диагностики и лечения с неотложной госпитализацией

Показатель	Диагноз				Всего		p
	Болезнь Крона		Язвенный колит		N	%	
	N	%	N	%			
Диагностирован в стационаре после острой (неплановой) госпитализация	41	59,4%	45	37,5%	86	45,5%	0,012
Первое лечение, полученное после постановки диагноза в стационаре после неотложной (неплановой) госпитализации	40	58,8%	43	35,8%	83	44,1%	0,002
Примечание: составлено автором							

Количество госпитализаций в год (при наличии обострений) – один из показателей качественной медицинской помощи, отражающий достижение ремиссии. Половина всех пациентов с ВЗК, хотя бы 1 раз в год госпитализируются в стационар по обострению: при БК 48,5%, при ЯК 50%; две госпитализации в год отметили 25% пациентов с БК и 17,5% пациентов с ЯК; 8,3% пациентов с ЯК госпитализируются 3 раза в год, 2,9% пациентов с БК - 4 раза в год (p=0,034), рисунок 5.

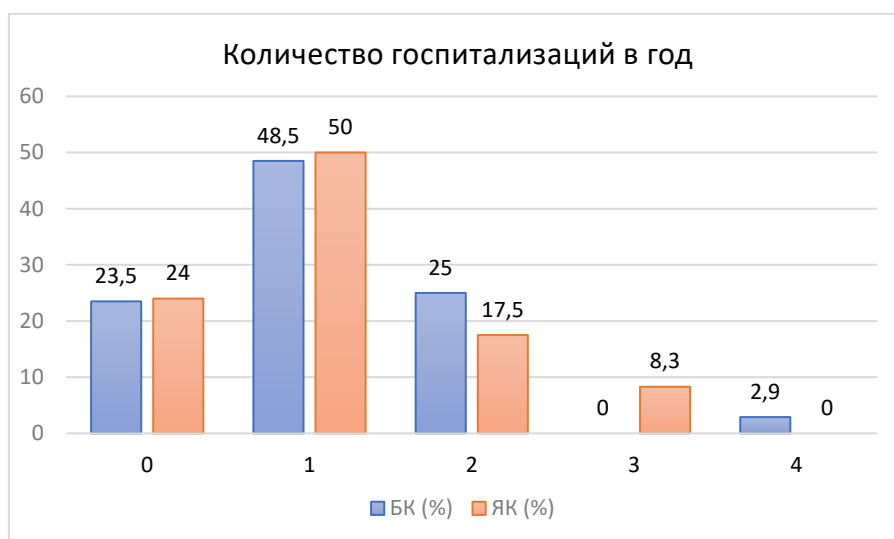


Рисунок 5. Количество госпитализаций в год при активности ВЗК

Примечание: составлено автором

Опыт абдоминальной хирургии имели почти четверть пациентов с ВЗК: 36,2 % пациентов с БК и 16,7% пациентов с ЯК (p 0,002). Анализ назначения стероидов за год показал следующее: треть пациентов (27,9%) с БК и 14,4% пациентов с ЯК получали более 2 курсов стероидов в год. Более того, части пациентам назначено и более 3 курсов системных стероидов в год (рисунки 6,7). Необходимо отметить, что достоверно чаще стероиды были назначены специалистами первичного звена в сравнении со специалистом ВЗК (p=0,009).

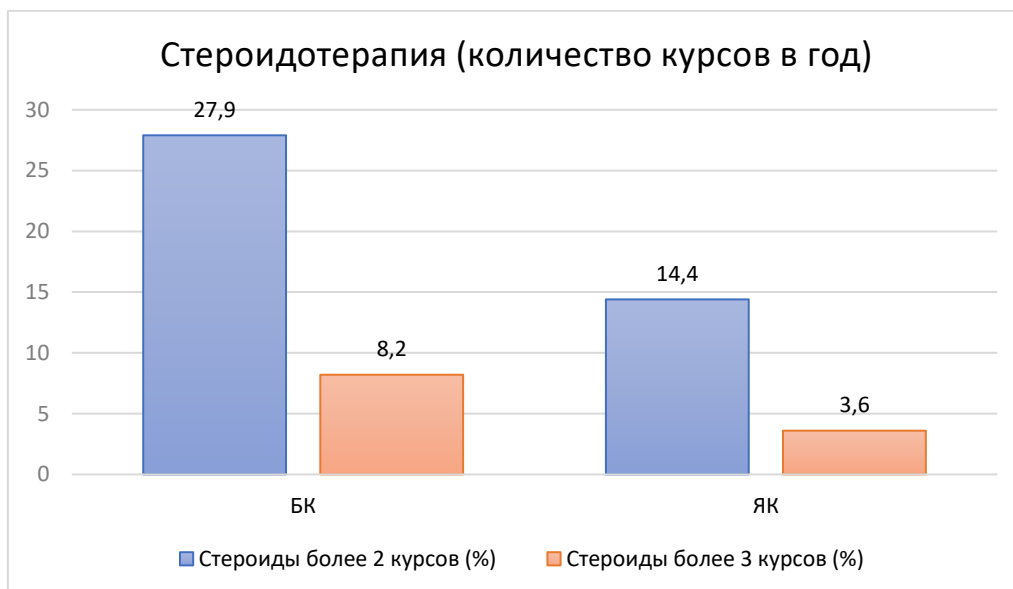


Рисунок 6. Количество курсов стероидотерапии в год

Примечание: составлено автором

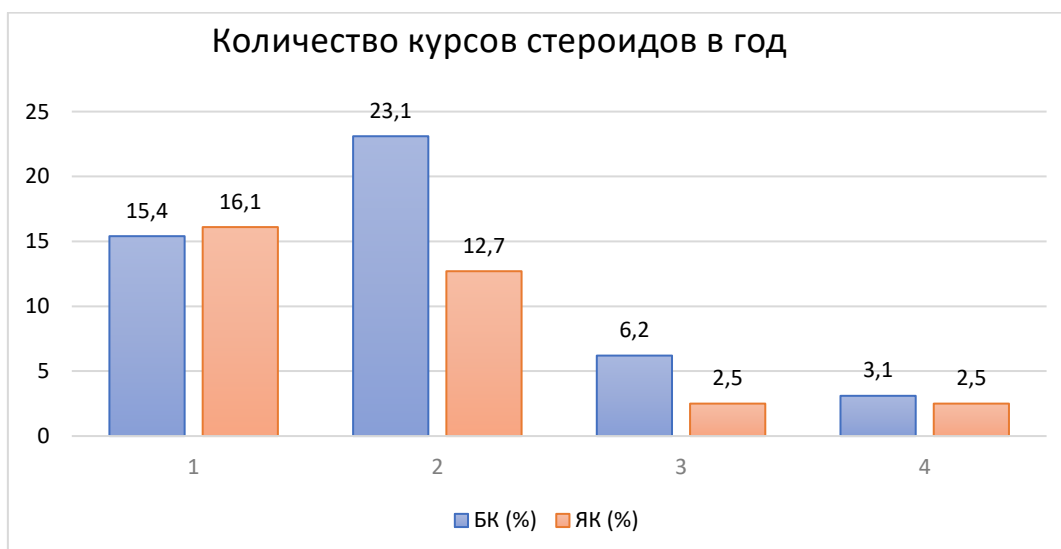


Рисунок 7. Общее количество применяемых курсов системных стероидов в год

Примечание: составлено автором

Также нами проанализированы индикаторы, связанные с мониторингом безопасности иммунобиологической терапии (таблица 5). Один из важных критериев связан со скринингом и мониторингом оппортунистических инфекций.

Так, тестирование на туберкулез выполнено в 75% случаев БК и 65% случаев ЯК. Тестирование на *Clostridium difficile*, при наличии показаний выполнено в 36,8 % случаев БК и 23,3% случаев ЯК (р 0,046), исключение цитомегаловирусного колита отмечено в 32,4% случаев БК и 33,3% случаев ЯК (р 0,024).

Таблица 5 – Скрининговые мероприятия (исключение оппортунистических инфекций и колоректального рака) при ВЗК

Показатель		Диагноз				Всего		р
		Болезнь Крона		Язвенный колит		N	%	
		N	%	N	%			
Тестирование на туберкулез	0	4	5,9%	16	13,3%	20	10,6%	0,219
	1	51	75,0%	78	65,0%	129	68,6%	
	2	13	19,1%	26	21,7%	39	20,7%	
Тестирование на вирусные гепатиты	0	3	4,4%	13	10,8%	16	8,5%	0,239
	1	58	85,3%	99	82,5%	157	83,5%	
	2	7	10,3%	8	6,7%	15	8,0%	
<i>Clostridium difficile</i>	0	20	29,4%	30	25,0%	50	26,6%	0,046
	1	25	36,8%	28	23,3%	53	28,2%	
	2	23	33,8%	62	51,7%	85	45,2%	
Цитомегаловирусный колит	0	27	39,7%	27	22,5%	54	28,7%	0,024
	1	22	32,4%	40	33,3%	62	33,0%	
	2	19	27,9%	53	44,2%	72	38,3%	
Скрининг при дисплазии	0	32	47,1%	55	45,8%	87	46,3%	0,111
0 - Нет показаний, 1 - Да, при показаниях, 2 - Нет, при показаниях								
Примечание: составлено автором								

Следующий проанализированный немаловажный критерий – эндоскопическое обследование в соответствии с международными подходами [55]. Индексная (первичная) эндоскопия выполнена в надлежащем порядке у 69,1% пациентов с БК и 58,3% пациентов с ЯК. Регулярный (эндоскопический) скрининг на дисплазию с учетом факторов риска выполнялся лишь в 41,2% при БК и 30,8% при ЯК (таблицы 5, 6).

Учитывая хронический характер заболевания, немаловажным для качества жизни и улучшения исходов является оценка нутритивного статуса (таблица 6). При наличии показаний диагностика выполнена (рекомендована) при БК в 52,9% случаев, при ЯК 38,3% (р 0,047). Оценка здоровья костной ткани выполнена в 32,4% и 25,8% при БК и ЯК соответственно.

Таблица 6 - Рекомендации по надлежащему эндоскопическому обследованию, нутритивному скринингу и оценке здоровья костной ткани

Показатель		Диагноз				Всего		p
		Болезнь Крона		Язвенный колит		N	%	
		N	%	N	%			
Скрининг при дисплазии	0	32	47,1%	55	45,8%	87	46,3%	0,111
	1	28	41,2%	37	30,8%	65	34,6%	
	2	8	11,8%	28	23,3%	36	19,1%	
Индексная колоноскопия	0	3	4,4%	2	1,7%	5	2,7%	0,116
	1	47	69,1%	70	58,3%	117	62,2%	
	2	18	26,5%	48	40,0%	66	35,1%	
Оценка нутритивного статуса	0	4	5,9%	3	2,5%	7	3,7%	0,047
	1	36	52,9%	46	38,3%	82	43,6%	
	2	28	41,2%	71	59,2%	99	52,7%	
Оценка здоровья костей	0	7	10,3%	17	14,2%	24	12,8%	0,625
	1	22	32,4%	31	25,8%	53	28,2%	
	2	39	57,4%	71	59,2%	110	58,5%	
	3	0	0,0%	1	0,8%	1	0,5%	

0 - Нет показаний, 1 - Да, при показаниях, 2 - Нет, при показаниях

Примечание: составлено автором

Анализ взаимосвязи диагностических мероприятий с типом врача, наблюдающего пациента на момент постановки диагноза представлен на рисунке 8.

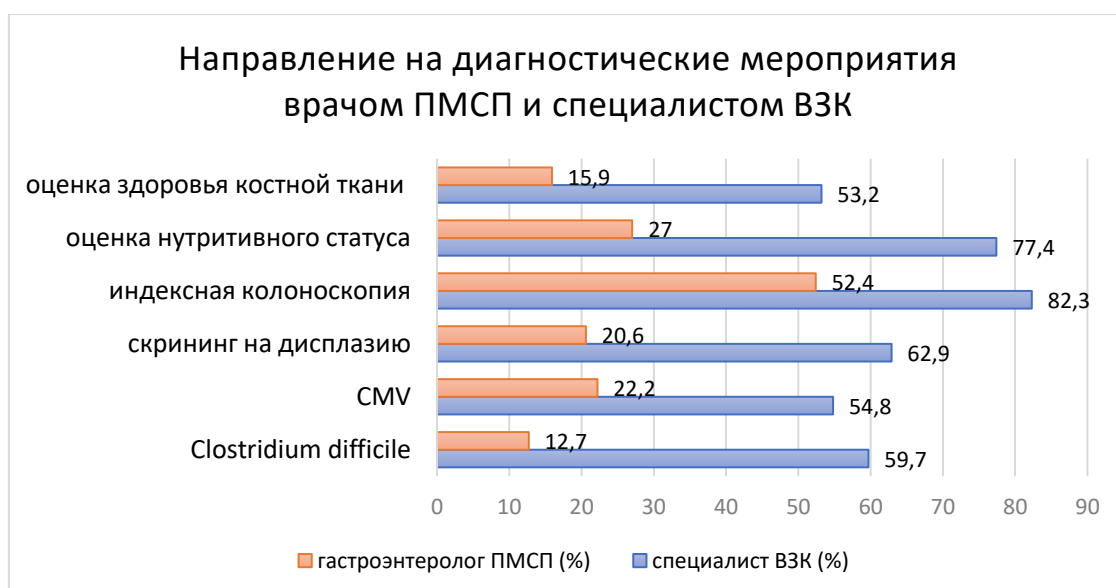


Рисунок 8. Частота направления на некоторые диагностические процедуры врачом гастроэнтерологом ПМСП и специалистом ВЗК

Примечание: составлено автором

Специалисты, вовлеченные в менеджмент ВЗК чаще дают направление на индексную колоноскопию (82,3% в сравнении со специалистами ПМСП – 52,4%, $p < 0,001$); рекомендуют эндоскопический скрининг для исключения дисплазии (62,9% в сравнении с 20,6%, $p < 0,001$); проводят тестирование на оппортунистические инфекции (*Cl.difficile* 59,7% в сравнении с 12,7%, $p < 0,001$; цитомегаловирусный колит – 54,8% в сравнении с 22,2%, $p < 0,001$), рисунок 8.

Таким образом, на основании проведенного анализа были выявлены несколько показателей. Однако, с точки зрения международных подходов в оценке качества помощи при ВЗК и целесообразности внедрения в НИИКВБ, были определены 2 ключевых показателя:

1. Применение стероидсберегающей терапии (избегать применения более 1 курса стероидов в год; в случае активности - пересмотр терапии в пользу иммуносупрессивной и/или биологической терапии, в том числе, оптимизация биотерапии).

2. Профилактика колоректального рака (скрининг на дисплазию на основании факторов риска - стаж заболевания (в годах), протяженность и глубина поражения кишечника, семейный анамнез по КРР, наличие первичного склерозирующего холангита).

2.3 Качественный анализ критериев процесса

Интервью с основными заинтересованными сторонами. Каждому респонденту, после предварительно проведенной процедуры получения информированного согласия, было предложено принять участие в одном интервью, чтобы поделиться своим опытом ведения пациентов /жизни с ВЗК. Принять участие в этом исследовании были приглашены участники из групп основных заинтересованных сторон, идентифицированные как администраторы здравоохранения (заведующие стационарным или амбулаторным подразделением), специалисты здравоохранения (амбулаторные и стационарные врачи гастроэнтерологи и колопроктологи), а также лица, живущие с диагнозом болезнь Крона или язвенный колит, в настоящее время находящиеся под наблюдением команды ВЗК. В опросе-интервью приняли участие 18 участников (таблица 7). В интервью включены 6 пациентов, живущих с ВЗК (из них 2 пациента с БК, 4 - с ЯК), двух врачей колопроктологов, 4 врачей гастроэнтерологов (2 амбулаторных, 2 стационарных), 6 руководителей структурных подразделений, оказывающих специализированную помощь пациентам с ВЗК (4 руководителя стационарных отделений, 2 – амбулаторных). Все участники были из разных организаций здравоохранения регионов РК. Общий опыт работы специалистов здравоохранения колеблется от 4 до 25 лет; стаж заболевания пациентов от 1 года до 12 лет.

С точки зрения сохранения конфиденциальности информации, были отредактированы некоторые цитаты с упоминанием конкретных лиц или мест.

Интервью было проведено в период с 29 марта по 25 мая 2024 года. Интервью длились в среднем 34 минуты (диапазон = 16:19 минут–36:12 минут).

Таблица 7 - Информация об участниках интервью

Идентификационный номер	Участник интервью	Пол	Статус
001	Пациент с БК	М	Амбулаторный
002	Гастроэнтеролог	Ж	Руководитель амбулаторного подразделения
003	Колопроктолог	М	Руководитель стационарного отделения
004	Колопроктолог	М	Врач стационара
005	Колопроктолог	Ж	Амбулаторный врач
006	Гастроэнтеролог	Ж	Амбулаторный врач
007	Пациент с ЯК	М	Амбулаторный
008	Пациент с ЯК	Ж	Амбулаторный
009	Гастроэнтеролог	Ж	Руководитель стационарного отделения
010	Пациент с БК	Ж	Амбулаторный
011	Врач колопроктолог	Ж	Врач стационара
012	Врач гастроэнтеролог	Ж	Руководитель стационарного отделения
013	Врач гастроэнтеролог	Ж	Руководитель амбулаторного подразделения
014	Пациент с ЯК	Ж	Амбулаторный
015	Пациент с ЯК	Ж	Стационарный
016	Врач гастроэнтеролог	Ж	Амбулаторный врач
017	Врач гастро		Руководитель стационарного подразделения
018	Гастроэнтеролог	Ж	Врач стационара

Примечание: составлено автором

Факторы, связанные со «Структурой» оказания медицинской помощи. Несмотря на то, что все респонденты в общем, позитивно оценивают состояние службы в вопросах оказания помощи пациентам с ВЗК, были отмечены барьеры, влияющие на качество. В случае неадекватности структуры были сетования на отсутствие преемственности между первичным звеном и специализированным уровнем оказания помощи. Как пациенты, так и специалисты здравоохранения высказали пожелания по улучшению взаимодействия врачей ПМСП со специализированными клиниками, отработки маршрутизации и алгоритмов ведения, поскольку «Отсутствие экспертизы гастроэнтеролога в поликлинике» связано со сложностью поиска врача в неотложных ситуациях (008, пациент с ЯК), а также было озвучено о «Необходимости обучения специалистов поликлиник» (003, врач колопроктолог, руководитель отделения

многопрофильной клиники) ввиду позднего обращения пациентов, множества осложненных форм заболевания.

Время ожидания приема специалиста при анализе ответов обсуждалось как признак общей целесообразности отработки маршрута пациента. При этом как пациенты, так и врачи выражали мнение, что сокращение времени ожидания для пациентов, чтобы они прошли диагностические тесты или соответствующую коррекцию лечения при наличии симптомов обострения, было бы полезно для всех участников процесса. Пациенты с длительным стажем заболевания отметили, что наблюдаются у одного врача, с которым у них налажен хороший контакт, имеется возможность сокращения времени ожидания консультации или решения неотложных ситуаций: «я могу в любое время позвонить своему врачу» (015, пациент с ЯК). Однако, для пациента отсутствие врача, регулярно наблюдающего течение его заболевания, ведет к длительному периоду ожидания, сложностям модификации терапии. В данном контексте также необходимо отметить высокую загруженность востребованных специалистов, как в амбулатории, так и в стационаре, что также сказывается на увеличении времени ожидания приема/госпитализации или поиску альтернатив.

Создание специализированных центров. Необходимость наблюдения пациентов в специализированном центре отметили однозначно все респонденты, поскольку как высказался врач «Зачастую, пациенты рассеиваются у других специалистов с заболеваниями – масками ВЗК, что и оттягивает время постановки диагноза и своевременное лечение» (004, колопроктолог); «Желательно создание двух крупных центров в Алматы и Астане, а также в каждом регионе Казахстана» (007 пациент ЯК). Врач отмечает важность междисциплинарной команды «Очень эффективно поставлена работа, поскольку у нас есть возможность обсуждения с ревматологами, гепатологами, хирургами-колопроктологами» (009, врач-гастроэнтеролог, руководитель отделения в стационаре).

Аспекты процесса.

Информированность специалистов. Интервью показало, что и пациенты, и врачи единогласны в необходимости повышения осведомленности специалистов первичного звена, поскольку «Очень трудно найти врача, знающего, как помочь пациентам, хотя заболевания уже не столь редкое» (008, пациент с ЯК); «Мой первый врач в поликлинике просто меня напугала этим диагнозом» (014, пациент с ЯК).

Доступность медицинской помощи. Специалисты, работающие в крупных клиниках, имеют в наличии все диагностические возможности, однако, региональные врачи отмечают затрудненный доступ к диагностическим мероприятиям (видеокапсульная эндоскопия, МР энтерография, морфологическая диагностика, исключение оппортунистических инфекций). Пациенты на данный вопрос отмечают также низкий доступ к лучевым (МР энтерография, УЗИ кишечника), эндоскопическим (видеокапсульная эндоскопия) методам диагностики. Пациенты также отмечают, что прохождение диагностики затруднено за счет государственного ресурса, поэтому приходится оплачивать все

исследования из собственного кармана: «Мне постоянно приходится у врача поликлиники выпрашивать направление на анализы», (001, пациент с БК). «Считаю, что человеческий фактор и тут имеет значение, поскольку иногда врач в поликлинике не оказывает содействия в прохождении некоторых тестов» (014, пациент с ЯК).

Пациенты пожаловались на периодические перебои в обеспечении лекарственными средствами на амбулаторном звене на начало года (007, 014 пациенты с ЯК), или при смене препарата, а также было предложение «Рассмотреть возможность принятия рационального решения в обеспечении биологическими препаратами, позволив получать пациентам препарат в ремиссии амбулаторно» (008, пациент ЯК).

Результирующие критерии оказания медицинской помощи. Рекомендации по консультированию у психолога, диетолога получали не все пациенты; отмечается, что зачастую лечащий врач – специалист ВЗК самостоятельно решает данные аспекты. Однако, как отмечено всеми сторонами, имеются в целом проблемы с получением психологической коррекции, диетических рекомендаций ввиду дефицита специалистов. Также пациенты отмечают некоторые сложности социализации, поскольку «имеется стигма ВЗК» (008, пациент с ЯК), ввиду низкой осведомленности населения о данной патологии. «Мне отказали в работе ввиду моего заболевания, хотя я прошел все этапы собеседования» (001, пациент с БК)

В-целом, на основании данных интервью, необходимо отметить, что более быстрая постановка диагноза и отсутствие осложнений течения заболевания связаны с позитивным опытом у пациентов; «Мой опыт уточнения диагноза просто ужасен, потому что я помню мои страдания, потерю работы» (001, пациент с БК). Примечательно, что пациенты не ожидают дополнительной помощи от пациентской организации, поскольку либо уже имеют необходимую информацию, привыкнув справляться самостоятельно, либо получают ее от своих врачей; «Мой врач в момент уточнения диагноза меня успокоила, психологически помогла» (014, пациент с ЯК).

2.4 PEST-анализ оказания помощи на первичном звене при ВЗК

С целью анализа факторов, влияющих на ПМСП в аспекте менеджмента и качества помощи при ВЗК, проведен PEST-анализ. На основе регламентирующих НПА изучены факторы и реалистичная картина в первичном звене, поскольку, как отмечено ранее, первый визит пациента определяет его дальнейший путь, рациональность применяемых методик зависит от инфраструктуры, доступности помощи и сотрудничества сторон.

Политические факторы. Нами изучены порядок регулирования рынка услуг в государственном секторе здравоохранения, а также порядок обращения медицинских препаратов, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования. Изучены НПА, касающиеся трудовых отношений и политику трудового законодательства, в том числе нормирование и оплату труда [72].

Стандарт гастроэнтерологической помощи, параграф 6 (Порядок оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника) регламентирует первичную диагностику пациентов на уровне ПМСП с необходимостью обращения для дообследования и подбора продвинутой терапии на специализированный уровень [23]. Однако, имеющаяся тенденция к снижению коек круглосуточного стационара [67] и дефицит коечного фонда могут привести к затрудненному доступу, в том числе, при неотложных состояниях к госпитализации.

Образование медицинских специалистов включает в себя первичную специализацию в виде профильной резидентуры и далее постдипломное образование (формальное и неформальное). Несомненно, уровень знаний выпускников резидентуры, низкая заинтересованность в повышении квалификации специалистов первичного звена, сохраняющийся дефицит специалистов здравоохранения, низкий статус врача, проблемы, связанные с качеством образовательных стандартов и качеством образовательных услуг, значимо влияют на качество оказываемой помощи.

Профилактические мероприятия. ВЗК, являющиеся облигатными предопухолевыми заболеваниями, в обязательном порядке должны быть в соответствие с международными и локальными рекомендациями [11, 12] на основании факторов риска скринированы на исключение дисплазии. Однако, национальные Скрининговые мероприятия по выявлению колоректального рака не учитывают данные подходы и профилактические мероприятия в целом по данному направлению не эффективны [73].

Экономические факторы. Источниками финансирования сферы государственного сектора здравоохранения, в-основном, являются активы государственного бюджета и фонда социального медицинского страхования. При этом расходы на амбулаторный уровень составили в 2023 году 56% от общего объема [74]. Необходимо отметить, что тарификация за консультативно-диагностические услуги, амбулаторно-поликлиническую помощь (АПП) и ПМСП населению оказываются на основании подзаконного акта [76]. Действующая в ПМСП система поощрения способствует заинтересованности лечебно-профилактических учреждений в увеличении числа пациентов и, соответственно, в повышении числа оказываемых медицинских услуг [77].

Тем не менее, качество оказываемой медицинской помощи на уровне государственного сектора не удовлетворяет пациентов в целом. Современные тенденции заключаются в оптимизация потребления медицинских услуг, что отражается на диверсификации спроса; пациенты сопоставляют стоимость и выбирают более дешевые базовые медицинские услуги или лабораторные исследования, предпочтительно за счет бюджетных средств. Нередкий выбор частных медицинских центров, в том числе высокого ценового сегмента или медицинского туризма, возможно сопряжен со снижением доверия к государственным организациям и затрудненным доступом к технологиям.

Учитывая рост хронических неинфекционных заболеваний особенно актуален контроль за регулярным обеспечением жизненно важных

лекарственных препаратов, доступности медицинских услуг в амбулаторно-поликлиническом уровне.

Социокультурные факторы. Одним из основополагающих нормативных актов в аспекте здравоохранения является Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения, в частности, статья 5 касается солидарной ответственности государства, работодателей и лиц за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья [78]. В статье 80 Кодекса (пункт 1) указано, что граждане РК обязаны заботиться о сохранении своего здоровья, нести солидарную ответственность за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья [79].

Как известно, уровень образованности населения и заинтересованность в вопросах сохранения и укрепления здоровья связаны напрямую. Показано, что наличие высшего образования позитивно отражается на понимание сути заботы о здоровье и применении здоровьесберегающих ресурсов [80].

Невысокий уровень доверия к отечественному здравоохранению выражается в увеличении числа частных медицинских центров высокого ценового сегмента, популярном медицинском туризме, что на наш взгляд, отчасти связан с отражением перекладывания ответственности за свое здоровье на врачей и неудовлетворенными потребностями всемерной поддержки тот государства. Также хотелось бы отметить, что в сложившейся системе здравоохранения, несмотря на доступность оказания медицинской помощи, и в общем, высокой удовлетворенностью системой, и у пациентов ВЗК, на фоне низкого самосохранительного поведения, имеются завышенные ожидания как в аспектах диагностики, так и лечения [9].

Технологические факторы. В последние годы в стране активно внедряются диагностические и лечебные процедуры при ВЗК, в полной мере, соответствующие международным подходам [11, 12], расширяя доступ пациентов к своевременной диагностике и соответствующему лечению. Активное использование дистанционных технологий для консультативно-методической помощи национальных центров регионам, в том числе, организациям первичного звена, также позволяет расширить доступность специализированной помощи, существенно снизить срок диагностики, коллегиально выбрать препараты продвинутой терапии, определить тактику ведения осложненных форм ВЗК. Так, в НИИКВБ, за период 2023 - 2024 годы проведено 31 консультация посредством телемедицины с медицинскими организациями РК, из них 18 пациентам дано направление на госпитализацию в НИИКВБ как более высокий уровень оказания помощи данной категории пациентов.

В таблице 8 представлены ключевые факторы, влияющие на качество оказываемой помощи при ВЗК на уровне ПМСП.

Таблица 8 - PEST-анализ оказания помощи на первичном звене при ВЗК

<p>Политические факторы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. НПА, регулирующие оказание медицинских услуг, и контроль их исполнения 2. Регулирование сферы обращения лекарственных средств, оборудования; выдача направлений на обследования 3. Трудовое законодательство (включая оплату труда медицинских работников) 4. Стандарты оказания медицинской помощи 5. Образование (подготовка специалистов в резидентуре и дополнительное формальное и неформальное постдипломное образование специалистов ПМСП) 6. Нормативно-правовое регулирование профилактических мероприятий (вакцинация, скрининг на колоректальный рак) 	<p>Экономические факторы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бюджетирование здравоохранения за счет государственного финансирования, ОСМС 2. Материальное ресурс (оснащение, лекарственные средства, реактивы) 3. Наличие инфраструктуры оказания медицинских услуг 4. Уровень дохода населения, возможность диагностики вне бюджетных средств 5. Уровень доступности медицинских услуг
<p>Социокультурные факторы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Солидарная ответственность государства, специалистов здравоохранения и населения в вопросах сохранения и укрепления здоровья. 2. Уровень образованности населения и приверженность к рекомендациям специалистов. 3. Уровень доверия к медицине и традиционной медицине. 4. Завышенные ожидания пациентов ВЗК в имеющейся системе оказания помощи. 	<p>Технологические факторы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Развитие Интернета и цифровых технологий в сфере здравоохранения (информационные системы). 2. Дистанционная медицина. 3. Новые методы и технологии диагностики (видеокапсульная эндоскопия, УЗИ кишечника, МР энтерография и др), научные изыскания, внедрение новых медицинских препаратов
<p>Примечание: составлено автором</p>	

Таблица 9 отражает матрицу сравнительного анализа ключевых факторов, влияющих на качество медицинской помощи в ПМСП (с оценкой с поправкой на вес).

Таблица 9 – Матрица PEST-анализа

Политические факторы	Оценка с поправкой на вес	Экономические факторы	Оценка с поправкой на вес
НПА, регулирующие оказание медицинских услуг, и контроль их исполнения	0,17	Бюджетирование здравоохранения за счет государственного финансирования, ОСМС	0,25
Регулирование сферы обращения лекарственных средств, оборудования; выдача направлений на обследования	0,08	Материальное ресурс (оснащение, лекарственные средства, реактивы)	0,19
Трудовое законодательство	0,13	Наличие инфраструктуры оказания медицинских услуг	0,17
Дополнительное формальное и неформальное постдипломное образование специалистов ПМСП	0,15	Уровень доходов населения, возможность диагностики вне бюджетных средств	0,08
Нормативно-правовое регулирование профилактических мероприятий (вакцинация, скрининг на колоректальный рак)	0,19	Уровень доступности медицинских услуг	0,13
Стандарты оказания медицинской помощи	0,13		
Социально-культурные факторы	Оценка с поправкой на вес	Технологические факторы	Оценка с поправкой на вес
Солидарная ответственность государства, специалистов здравоохранения и населения в вопросах укрепления здоровья	0,15	Развитие Интернета и цифровых технологий (информационные системы)	0,23
Уровень образованности населения и приверженность к рекомендациям специалистов здравоохранения	0,19	Дистанционная медицина	0,08
Уровень доверия к медицине и традиционной медицине	0,13	Новые методы и технологии диагностики и лечения	0,29
Завышенные ожидания пациентов ВЗК в имеющейся системе оказания помощи	0,12		
Примечание: составлено автором			

На основании проведенного анализа (таблица 9) с учетом поправочной оценки на вес, очевидна значимость на качество оказываемой помощи при ВЗК в

ПМСП как технологических факторов (наличие информационных систем, телемедицинских технологий, инновационные методики), так политических (связанных с регулированием системы здравоохранения на уровне Министерства, существующим Стандартом, трудовой политикой, уровнем знаний врачей и мероприятиями профилактического характера) и экономических (финансирование системы здравоохранения, развитая инфраструктура, доходы населения и доступность услуг); чуть менее по весовому коэффициенту занимают факторы социокультурного характера, в первую очередь связанные с солидарной ответственностью за здоровье граждан, уровнем образованности населения, степенью доверия к медицине и имеющимися завышенными ожиданиями пациентов с ВЗК.

3. ПРОБЛЕМЫ В ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ПОМОЩИ

В современном здравоохранении качество медицинской помощи, особенно при хронических заболеваниях, таких как ВЗК, является актуальной проблемой. Несмотря на внедренные в практику международные подходы ведения ВЗК, существуют пробелы в качестве предоставляемой помощи, а также системе менеджмента качества. Сложившаяся ситуация связана, в том числе, со смещением акцента на первичное звено, что сказывается на нагрузке врачей, затрудненном доступе к диагностическим и лечебным процедурам, запоздалой диагностике и, как следствие росте поздно диагностируемых или осложненных форм ВЗК. Напряженная ситуация с коечным фондом в регионах РК, существующий разрыв между качеством помощи на различных уровнях оказания помощи подрывают доверие к медицине, снижают качество помощи в целом.

Методика оценки качества помощи. Как известно, системы аудита и обратной связи являются одними из наиболее эффективных мер по повышению качества. В НИИКВБ осуществляется внутренний контроль медицинской помощи в соответствии с НПА и внедренным СОПом. Однако при нашем анализе, выявлено, что применяемый индикатор – доля пациентов с ВЗК, достигших снижения индекса активности, не предоставляет объективной информации о качестве оказываемой помощи, так как оценивает динамический клинический ответ на биологическую терапию. На основе современных трендов рационального использования ресурсов стационарной помощи, соотношение пациентов, имеющих более тяжелое течение, получающих индукцию биотерапии в специализированных условиях НИИКВБ, гораздо выше в данном отделении. Таким образом, применяемый критерий отражает сугубо индивидуальные клинические исходы, и не является показателем качества, а методологический подход не соответствует международным рекомендациям.

Показатели качества помощи. На основании ретроспективного анализа критериев можно увидеть пробелы в диагностике и уходе за пациентами, более очевидные в аспекте сопоставления соблюдения локальных и международных рекомендаций в зависимости от уровня оказываемой помощи.

В-целом, демографические показатели наших пациентов, сопоставимы с мировыми данными: 45,8% наших пациентов наблюдаются с БК, 58% – с ЯК. Средний возраст составил 39 лет пациентов с БК и 39,5 лет с ЯК. 60% наших пациентов имели среднее образование и выше. Однако несмотря на то, что наши пациенты были активного трудоспособного возраста, заняты были лишь половина наших пациентов (54,2%), в то время как временно не работали, в том числе, по болезни - 16,3%, безработными считали себя 29,5%, что подчеркивает социально-значимый характер патологии.

Более половины наших пациентов имели непродолжительный стаж заболевания: менее 1 года – 18,5%, треть от 1 до 3 лет, что может отражать влияние эпохи COVID-19, а также неконтролируемое применение антимикробных препаратов, влияние образа жизни и питания.

ВЗК, в частности, болезнь Крона относят к прогрессирующим заболеваниям и характеризуются частыми осложнениями. Поэтому отсроченная диагностика на первичном звене, длительное время ожидания и низкая настороженность специалистов первичного звена привели к постановке диагноза и первичной рекомендации лечения во время неотложной (острой) госпитализации в 45,5% и 44,1% случаях соответственно. Пациентам с болезнью Крона достоверно чаще выставляли диагноз во время первой экстренной госпитализации (59,4%, $p < 0,012$), назначали впервые терапию в стационаре (58,8%, $p < 0,002$), им достоверно чаще требовалось хирургическое вмешательство (36,2% $p < 0,002$), а также более 2х курсов системных стероидов (27,9%, $p < 0,030$). С одной стороны, описанная картина указывает на неадекватно подобранную терапию, отсутствие контроля за течением заболевания.

С другой стороны, такая тенденция указывает на более высокую эффективность специалистов, оказывающих более специализированный уровень помощи. Подтверждением служит и невысокая частота направления на индексную колоноскопию, являющуюся «золотым стандартом диагностики» со стороны специалистов в целом: 82,3% специалисты ВЗК и 52,4% - специалисты ПМСП.

Необходимо отметить общую высокую нагрузку на здравоохранение, поскольку более двух третей пациентов посещали врача для проверки ВЗК, независимо от статуса активности ВЗК 1–3 раза в год. При этом, около половины пациентов (42,8%), наблюдавшихся у врачей в ПМСП, госпитализировались по неотложным показаниям 1–2 раза в год, в сравнении с 19,4% неотложных госпитализаций 1-2 раза в год у пациентов, наблюдаемых специалистами ВЗК.

Применение современных подходов в лечении ориентированы на достижение и поддержание ремиссии без стероидов. Однако, ситуация недостаточным применением стероидсберегающих средств в первичном звене и среди специалистов, указывает на недостаточное достижение эффективных точек терапии: 2 и более курса стероидотерапии в год получили 11,7-18,7% пациентов, 3 и более курса – до 15% пациентов.

Несмотря на наличие общепринятых критериев качества, ввиду региональных отличий, для Казахстана важно пациентам на иммунобиологической терапии проводить тщательный скрининг и последующий мониторинг оппортунистических инфекций. Так, скрининг перед назначением иммуносупрессивной или биологической терапии на оппортунистические инфекции заключается в исключении активной или латентной туберкулезной инфекции, в нашем случае скрининг на туберкулез проведен в 68,6% случаев ВЗК, тестирование на вирусные гепатиты - 83,5% случаев. *C. Difficile* и ЦМВ исключены при наличии показаний лишь у трети пациентов с ВЗК (28,2%, $p < 0,046$ и 38,3%, $p < 0,024$ соответственно). Также нами проанализированы настороженность и подходы к тестированию в зависимости от типа наблюдающего врача. Согласно полученным данным, врачи первичного звена достоверно реже (при наличии показаний) направляют на скрининг цитомегаловирусного колита и клостридиальной инфекции (22,2% и 12,7%) в

сравнении с врачами, вовлеченными в менеджмент ВЗК (54,8% и 59,7% соответственно, $p < 0,001$).

Надежными критериями, применяемыми в оценке качества оказываемой помощи, являются нутритивный скрининг и диагностика остеопороза. По нашим результатам выявлены недостаточность данных рекомендаций в целом пациентам с ВЗК, с существенными различиями между первичным и специализированными звеньями (27,0% в сравнении с 77,4%, 15,9% в сравнении с 53,2% соответственно, $p < 0,001$).

Поскольку ВЗК являются группой высокого риска колоректального рака, профилактика которого, как известно основана на регулярном эндоскопическом контроле. Необходимо отметить, что не все специалисты ВЗК имеют онконастороженность, направляя на колоноскопию лишь в 62,9%, в то время как врачи ПМСП выполняют данную рекомендацию лишь в 20,6% случаев.

По данным мировой литературы неоднократно описаны различия в практических подходах между академическими и общественными гастроэнтерологами [4]. В результате проведенного нами анализа мы также обнаружили различия в первичной диагностике, лечении и последующем мониторинге между специалистами разных уровней оказания помощи, что требует внимания в аспекте повышения качества оказываемой помощи. Поэтапное внедрение индикаторов качества оказываемой помощи, как в поликлинике, так и в стационаре, позволит уменьшить разрыв в доступности качественной помощи. Предложенные нами индикаторы соответствуют международным подходам и относятся к процессу и результату менеджмента качества – применение стероидсберегающей терапии и профилактика колоректального рака.

Результаты нашего качественного анализа показали, что существует несколько факторов, влияющих на эффективность оказания помощи, которые заинтересованные стороны считают важными в менеджменте воспалительных заболеваний кишечника. В частности, было подчеркнуто, что существуют препятствия на пути изменения привычного поведения медицинских работников первичного звена в виде понимания алгоритмов диагностики и необходимости регулярного лечения, также пациенты отмечают низкую заинтересованность врачей ПМСП в сотрудничестве. В связи с чем, как отметили все респонденты, необходимо повышать осведомленность врачей первичного звена, проводить мероприятия образовательного характера. Респондентами отмечены, в целом, достаточность имеющихся ресурсов здравоохранения, расширение арсенала диагностических и лечебных возможностей, но также и некоторые ограничения доступа к диагностическим процедурам в регионах страны, или исследованиям, покрываемым государством. У части пациентов имеются определенные сложности во времени ожидания приема врача ввиду их загруженности.

На наш взгляд, также можно отметить несовершенство организационной структуры, когда врачи, вовлеченные в менеджмент ВЗК должны быть энтузиастами, жертвуя своим временем с целью обеспечения своевременности оказания помощи в неотложных ситуациях. Пациенты привыкли получать

помощь по телефону, так, один из пациентов неоднократно подчеркнул, что не испытывает сложности в ожидании приема, поскольку «Я могу в любое время позвонить своему врачу». Поэтому, на наш взгляд, ограничениями на пути внедрения мер по улучшению качества могут быть повышение нагрузки и ответственности врачей. Высокая востребованность специалистов ВЗК указывает на необходимость перераспределения ресурса и создания специализированных центров. В-общем, все респонденты отметили важность наблюдения пациента в специализированных условиях, где они получают своевременную поддержку и соответствующую коррекцию терапии, доступ к междисциплинарному взаимодействию. Пациенты отметили, что наблюдающие их специалисты ВЗК обладают достаточным уровнем компетенций, помогают им в решении, в том числе социальных и психологических аспектов их жизни.

Недостаточность коммуникаций и информационной поддержки также требуют дальнейших исследований. Специалисты должны стремиться улучшить качество общения врача и пациента, обращая внимание на повышение осведомленности о патологии, коммуникативные навыки. Различия в тенденциях оценок между врачами и пациентами могут быть связаны, в-целом с недостаточным статусом общения из-за большого объема работы, и относительной нехватки медицинских работников, а также с более высокими ожиданиями пациентов с ВЗК.

В заключение, необходимо отметить, что и пациенты, и врачи, принимавшие участие в интервью, считают качество обслуживания, связанное с ВЗК, удовлетворительным. К препятствиям со стороны структуры можно отнести такие показатели как: чрезмерное время ожидания, связанное с низкой осведомленностью специалистов первичного звена и загруженностью специалистов ВЗК; спрос на доступные услуги, ограниченная доступность специализированной помощи (связано с обеспеченностью подготовленными специалистами), отсутствие доступа к комплексной помощи, включая наличие специально обученных медицинских сестер, врачей - диетологов, психологов и т.д), затрудненное взаимодействие между специалистами разных уровней оказания помощи.

Анализ факторов внешней среды (PEST-анализ) эффективности медицинской помощи в ПМСП показал значимость для качества оказываемой помощи при ВЗК как технологических факторов (наличие информационных систем, телемедицинских технологий, инновационных методик), так политических (связанных с регулированием системы здравоохранения на уровне Министерства, существующим Стандартом, трудовой политикой, уровнем знаний врачей и мероприятиями профилактического характера) и экономических (финансирование системы здравоохранения, развитая инфраструктура, доходы населения и доступность услуг); чуть менее значимы факторы социокультурного характера, в первую очередь связанные с солидарной ответственностью за здоровье граждан, уровнем образованности населения, степенью доверия к медицине и имеющимися завышенными ожиданиями пациентов с ВЗК.

. Таким образом, путями решения в повышении эффективности ПСМП в оказании помощи пациентам с ВЗК могут быть следующие:

- продолжение мероприятий образовательного характера (подготовка специалистов здравоохранения), повышение осведомленности специалистов первичного звена в алгоритмах диагностики и лечения пациентов с ВЗК;

- с целью повышения информированности населения и пациентов, повышению солидарной ответственности за свое здоровье, и, как следствие, повышение приверженности к рекомендациям специалистов, организация пациентских школ, в том числе, с использованием интернет-ресурсов;

- актуализация мероприятий национального масштаба в отношении профилактических мероприятий (календарь вакцинации, скрининг колоректального рака);

- расширение доступности технологий здравоохранения и специализированной помощи при ВЗК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая сложный характер патологии, пожизненное инвалидизирующее течение ВЗК, необходимо расширять доступ к специализированной помощи, повышать осведомленность специалистов первичного звена о мерах ранней диагностики, патогенетической терапии, направленной на предупреждение осложнений. Другим аспектом оказания качественной помощи является эффективная система менеджмента качества, осуществляющая мониторинг безопасности процесса.

В ходе нашей работы выявлено, что на уровне НИИКВБ для оценки качества оказываемой помощи при ВЗК применяется индикатор, оценивающий динамический клинический ответ на биологическую терапию: доля пациентов с ВЗК, достигших снижения индекса активности. Однако, достижение ответа на терапию, являясь временным, сугубо индивидуальным критерием, с точки зрения международных подходов, не применяется в СМК. Применение современных подходов в лечении ориентированы на достижение и поддержание ремиссии без стероидов. Предложенные нами индикаторы – применение стероидсберегающей терапии и эндоскопический скрининг колоректального рака, используются для оценки процесса и результата менеджмента качества.

Существующий разрыв в подходах к оказанию помощи на разных уровнях здравоохранения заключается в недостаточном внимании специалистов к рациональной терапии, мероприятиям профилактического характера. Так, недостаточное применение стероидсберегающих средств привело к назначению 2 и более курсов стероидов в год у 11,7-18,7% пациентов, 3 и более курсов – до 15% пациентов. Также было выявлено, что в целом, не все специалисты перед назначением иммунобиологической терапии рекомендуют скрининг и последующий мониторинг оппортунистических инфекций; так, исключение туберкулеза проведено в 68,6% случаев ВЗК, тестирование на вирусные гепатиты - 83,5% случаев. Также нами проанализированы особенности ведения ВЗК в зависимости от типа наблюдающего врача. Согласно полученным данным, специалисты, вовлеченные в менеджмент ВЗК чаще дают направление на первичную эндоскопическую диагностику (82,3% в сравнении со специалистами ПМСП – 52,4%, $p < 0,001$); рекомендуют эндоскопический скрининг для исключения дисплазии (62,9% в сравнении с 20,6%, $p < 0,001$); проводят тестирование на оппортунистические инфекции (*Cl.difficile* 59,7% в сравнении с 12,7%, $p < 0,001$; цитомегаловирусный колит – 54,8% в сравнении с 22,2%, $p < 0,001$).

Интервью с основными заинтересованными лицами показало, в целом, достаточность имеющихся ресурсов здравоохранения, расширение арсенала диагностических и лечебных возможностей. Однако, было подчеркнуто, что существуют барьеры на пути оказания качественной помощи; поскольку привычное поведение медицинских работников первичного звена связано с недостаточным пониманием алгоритмов диагностики и необходимости регулярного лечения, также пациенты отмечают низкую заинтересованность

врачей ПМСП в сотрудничестве. У части пациентов имеются определенные сложности во времени ожидания приема врача ввиду их загруженности.

На основании результатов качественного исследования можно выделить следующие барьеры в оказании эффективной помощи при ВЗК:

- неадекватная структура системы: низкая информированность специалистов первичного звена, слабо отработанные маршруты пациентов, длительное время ожидания приема специалистов, высокая востребованность специалистов, слабое взаимодействие между различными уровнями оказания помощи;

- неэффективность процессов: наряду с активным внедрением современных методов диагностики и лечения в практическое здравоохранение имеется ограниченный доступ к определенным методикам, несоответствие международным подходам в уходе за пациентами – в отношении диагностических и лечебных манипуляций, чрезмерное применение системных стероидов;

- необходимость в результатах, которые будут определять изменения в системе здравоохранения: отсутствие обеспечения на национальном уровне в рамках календаря вакцинации пациентов с ВЗК, несовершенная процедура скрининга колоректального рака – отсутствие в группе риска ВЗК – облигатного предрака, недостаточное внимание специалистов к оценке статуса питания, также скринингу на инфекции и мониторингу безопасности терапии.

Таким образом, с целью оптимизации подходов к оценке качества, на основании анализа международного опыта и изученных локальных подходов, нами предлагаются для внедрения в НИИКВБ 2 ключевых показателя:

1. Применение стероидсберегающей терапии (избегать применения более 1 курса стероидов в год; в случае активности - пересмотр терапии в пользу иммуносупрессивной и/или биологической терапии, в том числе, оптимизация биотерапии).

2. Профилактика колоректального рака (скрининг на дисплазию на основании факторов риска - стаж заболевания (в годах), протяженность и глубина поражения кишечника, семейный анамнез по КРР, наличие первичного склерозирующего холангита).

Выводы по результатам исследования:

1. Сравнительный анализ методологии оценки качества оказываемой помощи при воспалительных заболеваниях кишечника показал несоответствие международным подходам;

2. Основные барьеры в оказании качественной помощи связаны с разрывом между первичным и специализированным уровнем оказания помощи, длительным временем ожидания приема специалиста, ограниченным доступом к некоторым диагностическим и лечебным мероприятиям;

3. Предлагаемые для внедрения в НИИ кардиологии и внутренних болезней критерии основаны на международном опыте и направлены на оценку процесса (применение стероидсберегающей терапии) и результата (скрининг на колоректальный рак) качества оказываемой помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage Женева: Всемирная организация здравоохранения, Организация экономического сотрудничества и развития и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк; 2019. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Egberg M.D., Gulati A.S., Gellad Z.F. et al. Improving Quality in the Care of Patients with Inflammatory Bowel Diseases // *Inflamm Bowel Dis.* 2018, - Vol. 24. - № 8. – P.1660–1669.
3. Markazi-Moghaddam N., Balaye Jame S.Z., Nikoomanesh M, Rezapour R. A Systematic Review and Meta-Analysis of Health Care Quality in Iran Based on the Comprehensive Quality Measurement in Health Care Model // *Int J Prev Med.* 2023, - 14:10.
4. Fiorino G., Danese S. The new frontier: Certifying quality standards in the inflammatory bowel disease care // *United European Gastroenterol J.* 2021, 9(7). – P.745–747.
5. Mathias H., Rohatinsky N., Murthy S.K. et al. The 2023 impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: access to and models of care // *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 2023ю - № 6ю - S111–S121.
6. Jelsness-Jørgensen P., Goll R. et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: a comparison of patients receiving nurse-led versus conventional follow-up care // *BMC Health Services Research.* 2022, - 22:1602.
7. Hawkins M., Massuger W., Cheng C. et al. Codesign and implementation of an equity-promoting national health literacy programme for people living with inflammatory bowel disease (IBD): a protocol for the application of the Optimizing Health Literacy and Access (Ophelia) process // *BMJ Open*, 2021. – 11.
8. MacDonald S., Heisler C., Mathias H. et al. Stakeholder perspectives on access to IBD Care: proceedings from a national IBD access summit // *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 2022. – 5. – P.153–160.
9. Уалиева А.Е. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника в Республике Казахстан. Диссертация на соискание степени доктора философии (PhD), 6D110200 – Общественное здравоохранение. 2021.
10. Электронный регистр диспансерных больных (ЭРДБ) Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2021 – 2023.
11. Язвенный колит. Клинический протокол. Одобрен ОКК МЗ РК, Протокол №141 от «24» июня 2021 года
12. Болезнь Крона. Клинический протокол. Одобрен ОКК МЗ РК, Протокол №145 от «30» июля 2021 года
13. Raine T., Bonovas S., Burisch J. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment // *Journal of Crohn's and Colitis*, 2022. – Vol.16. Is.1. – P. 2–17.

14. Spinelli A., Bonovas S., Burisch J. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment // *Journal of Crohn's and Colitis*. 2022, – Vol.16. Is.2. – P.179–189.
15. Torres J., Bonovas S., Doherty G. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment // *Journal of Crohn's and Colitis*. 2020, - Vol.14. Is.1. – P. 4–22.
16. Adamina M., Bonovas S., Raine T. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment // *Journal of Crohn's and Colitis*. 2020, - Vol.14. Is.2. – P.155–168.
17. Panaccione R., Steinhart A.H., Bressler B. et al. Clinical Practice Guidelines. Canadian association of gastroenterology clinical practice guideline for the management of luminal Crohn's disease // *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*. 2019, - № 2(3). - e1–e34.
18. Feuerstein J.D., Isaacs K.L., Schneider Y. et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Moderate to Severe Ulcerative Colitis // *Gastroenterology*. 2020, - № 158. – P.1450–1461.
19. Murthy S.K., Feuerstein J.D., Nguyen G.C., Velayos F.S. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Surveillance and Management of Colorectal Dysplasia in Inflammatory Bowel Diseases: Expert Review // *Gastroenterology*. 2021, - №161. – P.1043–1051.
20. Bennett A.L., Munkholm P., Andrews J.M. Tools for primary care management of inflammatory bowel disease: Do they exist? // *World J Gastroenterol*. 2015, - № 21(15). – P.4457–4465.
21. Alvestad L., Jelsness-Jørgensen L-P., Goll R. et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: a comparison of patients receiving nurse-led versus conventional follow-up care // *BMC Health Services Research*. 2022, - № 22. – P.1602.
22. Bray J, Fernandes A., Nguyen G.C. et al. The Challenges of Living with Inflammatory Bowel Disease: Summary of a Summit on Patient and Healthcare Provider Perspectives // *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2016, - 9430942.
23. Стандарт организации оказания гастроэнтерологической и гепатологической помощи в Республике Казахстан. Приказ и.о. МЗ РК от 29 марта 2023 года № 48. Зарегистрирован в МЮ РК 31 марта 2023 года № 32185.
24. Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями). Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ - 75. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 6 августа 2021 года № 23885
25. MacDonald S., Heisler C., Mathias H. et al. Stakeholder perspectives on access to IBD Care: proceedings from a national IBD access summit // *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*. 2022. – № 5. – P.153–160.

26. Kaibullayeva J., Ualiyeva A., Oshibayeva A. et al. Prevalence and patient awareness of inflammatory bowel disease in Kazakhstan: a cross-sectional study // *Intest Res.* 2020, № 18(4), - P.430-437.
27. Lesnovska K.P., Frisman G.H., Hjortswang H. et al. Health care as perceived by persons with inflammatory bowel disease – a focus group study // *Journal of Clinical Nursing.* 2017, - № 26, - P. 3677–3687.
28. Heisler C., Rohatinsky N., R.M. Mirza et al. Patient-Centered Access to IBD Care: A Qualitative Study // *Crohn’s Colitis* 360. 2023, - № 5(1).
29. Уалиева А.Е. Особенности организации медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями кишечника на амбулаторно-поликлиническом уровне // *Вестник КазНМУ.* – 2016. – №2. – С. 258-260.
30. Turner D., Ricciuto A., Lewis A. et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD // *Gastroenterology.* 2021, - № 160 (5). – P.1570-1583
31. Покида А.Н., Зыбуновская Н.В., Газиева И.А. Роль высшего образования в формировании здорового образа жизни (по результатам социологического исследования) // *Высшее образование в России.* 2022, - Т. 31, - № 1.
32. Blunck D., Kastner L., Nissen M., Winkler J M. The Effectiveness of Patient Training in Inflammatory Bowel Disease Knowledge via Instagram: Randomized Controlled Trial // *J Med Internet Res.* 2022, - № 24 (10).
33. Habashi P., Bouchard S.. Transforming Access to Specialist Care for Inflammatory Bowel Disease: The PACE Telemedicine Program // *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology.* 2019, - Vol.2. Is.4. – P.186–194.
34. Knowles S.R., Mikočka-Walus A. Utilization and efficacy of internet-based eHealth technology in gastroenterology: a systematic review // *Scand J Gastroenterol.* 2014, - № 49, - P.387–408.
35. Reinglas J., Restellini S., Gonczi L. et al. Harmonization of quality of care in an IBD center impacts disease outcomes: Importance of structure, process indicators and rapid access clinic // *Digestive and Liver Disease.* 2019, - Vol. 51. Is.3. – P. 340-345.
36. Bensinger A., Wilson F., Green P. et al. Sustained Improvement in Inflammatory Bowel Disease Quality Measures Using an Electronic Health Record Intervention // *Appl Clin Inform.* 2019, - № 10(5). – P.918–926.
37. Park J., Park S., Lee S.A et al. Improving the care of inflammatory bowel disease (IBD) patients: perspectives and strategies for IBD center management // *Korean J Intern Med.* 2021, - № 36. – P.1040-1048.
38. Chen Y. and Shen J.. Core indicators of an evaluation and guidance system for quality of care in inflammatory bowel disease centers: A critical review // *eClinicalMedicine.* 2022, - №46: 101382.

39. Fiorino G., Allocca M., Chaparro M. et al. 'Quality of Care' Standards in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review // *Journal of Crohn's and Colitis*. 2019, - Vol.13. – Is.1. – P. 127–137.
40. Hartford L.B., Allen L.J., Lennox H. et al. The impact of multidisciplinary conferences on treatment plans for patients with inflammatory bowel disease in a tertiary Canadian center // *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*. 2021, - № 4(6), - P.284–289.
41. Goren I., Barkan R., Dotan I.. IBD Nurse Within the MDT. *Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual*. Springer. 2019. - 478p.
42. Panés J., O'Connor M., Peyrin-Biroulet L. Et al. Improving quality of care in inflammatory bowel disease: What changes can be made today? // *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014, - Vol.8. Is.9. – P.919–926.
43. Железнякова И.А., Серяпина Ю.В., Михайлов И.А. с соавт. Методологические подходы к внедрению системы контроля качества медицинской помощи в медицинских организациях // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2020, - №4 (42). – С.13–20.
44. Сухоруких О.А., Галеева Ж.А., Лукьянцева Д.В. с соавт. Алгоритм внедрения критериев оценки качества медицинской помощи // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2017, - № 4(30). – С.62–69
45. Gil M.Y., Brant O., Jason Hou K. Quality of care program reduces unplanned health care utilization in patients with Inflammatory Bowel Disease // *The American Journal of Gastroenterology*. – 2021, - № 116(12). – p.2410-2418.
46. Reinglas J., Restellini S., Gonczi L. et al. Harmonization of quality of care in an IBD center impacts disease outcomes: Importance of structure, process indicators and rapid access clinic // *Digestive and Liver Disease*. 2019, - Vol. 51. Is. 3. - 340-345.
47. Vutcovici M., Sewitch M., Kachan N. et al. Patient Perspectives of IBD Care and Services: An Integral Part of a Pan-Canadian Quality Improvement Initiative // *J Can Assoc Gastroenterol*. 2021, - № 4(5). – P.229–233.
48. Strohl M., Gonczi L., Kurt Z. Et al. Quality of care in inflammatory bowel diseases: What is the best way to better outcomes? // *World J Gastroenterol*. 2018. - № 14; 24(22). – P.2363–2372.
49. Melmed G., Oliver B., Hou J. 28 Quality of care initiative improves outcomes for patients with inflammatory bowel disease // *Gastroenterology*. 2020, - Vol.158. Is.3. Suppl.S88.
50. Quraishi M.N., Dobson E., Ainley R.. Establishing key performance indicators for inflammatory bowel disease in the UK // *Frontline Gastroenterology*. 2023, - №14. – P.407–414.
51. Berry S.K., Melmed G.Y.. Quality indicators in inflammatory bowel disease // *Intest Res*. 2018, - №16(1). – P.43-47.
52. Ye B.D., Travis S.. Improving the quality of care for inflammatory bowel disease // *Intest Res*. 2019, - № 17(1). – P.45-53.
53. Rejler M.. Quality improvement in the care of patients with inflammatory bowel disease. Linköping. 2012, ISBN 978-91-7519-804-0, 30 p

54. Markazi-Moghaddam N, Jame S.Z.B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Health Care Quality in Iran Based on the Comprehensive Quality Measurement in Health Care Model // *Int J Prev Med.* 2023, - № 14: 10.
55. Forss A., Clements M., Bergman D. A nationwide cohort study of the incidence of inflammatory bowel disease in Sweden from 1990 to 2014 // *Aliment Pharmacol Ther.* 2021, - № 00:1–9.
56. Coenen S., Haeck M., Ferrante M. et al. Quality of care in an inflammatory bowel disease clinical trial center: a prospective study evaluating patients' satisfaction // *Acta Gastro-Enterologica Belgica.* 2020, - Vol. LXXXIII.
57. Khoury A.A., Balram B., Bessissow T. et al. Patient Perspectives and Expectations in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review // *Digestive Diseases and Sciences.* 2022. - № 67. – P.1956–1974.
58. Yan X, Qiao Y., Tong J. et al. Assessment of patient-centered outcomes (PROs) in inflammatory bowel disease (IBD): a multicenter survey preceding a cross-disciplinary (functional) consensus // *Health Qual Life Outcomes.* 2020, - № 18: 241.
59. Casellas F., Calvet X., Carpio D. et al. Factors associated with quality of care in inflammatory bowel diseases: a view from patient's side using the IQCARO quality of care decalogue // *BMC Gastroenterology.* 2021, - Vol.21. Article number: 412.
60. Nene S., Gonczi L., Kurti Z. et al. Benefits of implementing a rapid access clinic in a high-volume inflammatory bowel disease center: Access, resource utilization and outcomes // *World J Gastroenterol.* 2020,- № 21; 26(7). – P. 759–769.
61. Georgy M., Negm Y., El-Matary W.. Quality improvement in healthcare for patients with inflammatory bowel disease // *Transl Pediatr.* 2019, - № 8(1), - P.77-82.
62. Дюсембаева А. Система менеджмента качества в деятельности медицинской организации. *Medicine.* 2019, - № 7-8, - P.205-206.
63. Савинская О. Б., Истомина А. Г., Ларкина Т. Ю., Круглова К. Д. Концептуальные представления о стратегиях смешивания методов (mixed methods research): этапы развития и современные дискуссии // *Социологические исследования.* 2016, - №8.
64. Radford S., Leighton P., Coad J., Moran G.. Stakeholder-identified barriers and enablers to ultrasound implementation in inflammatory bowel disease services in the UK: a qualitative interview study // *BMJ Open.* 2023, - № 13:e067528.
65. Ситникова Ю.Е. SWOT-анализ и PEST-анализ как наиболее эффективные инструменты стратегического планирования // *Научно-практический электронный журнал Аллея Науки.* 2019, - №1(28).
66. Buie M.J., Quan J... Kaibullayeva J. et al. Global Hospitalization Trends for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in the 21st Century: A Systematic Review With Temporal Analyses // *Clin Gastroenterol Hepatol.* – 2023, - № 21(9), - P.2211-2221.
67. Государственная программа здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы; Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ) .

68. Стандарт оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2022 года № ҚР- ДСМ-27. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 марта 2022 года № 27218).

69. Стандарт оказания медицинской помощи в стационарозамещающих условиях в Республике Казахстан (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2023 года № 106. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 июня 2023 года № 32740).

70. Аналитический сборник НРЦРЗ 2021-2023 (коечный фонд).

71. Приказ № ҚР ДСМ - 189/2020 МЗ РК 12 ноября 2020 года «Об утверждении методики внедрения и оценки эффективности внедрения клинических протоколов в практическое здравоохранение».

72. Трудовой кодекс Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года № 414-V ЗРК.

73. Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 ноября 2020 года № 21572.

74. Официальный информационный ресурс Премьер-Министра Республики Казахстан от 20.12.2023г

75. Аналитический сборник "Заработная плата медицинских работников организаций здравоохранения РК за период с 2016 по 1 полугодие 2018 годы".

76. «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июля 2015 года № 632. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 августа 2015 года № 11973».

77. «Положение по распределению средств СКПН в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи работникам первичной медико-санитарной помощи, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП и системе ОСМС» в соответствии с Приказом Министром здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 «Об утверждении правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования», Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 августа 2017 года № 643 О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 «Об утверждении Правил поощрения работников

организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

78. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» статья 5, статья 80 от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.

79. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» статья 5, статья 80 от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Сценарий интервью

Данное интервью с Вами проводится с целью получения информации о Вашем личном опыте ведения пациентов с болезнью Крона или язвенным колитом. Ответы на вопросы помогут проиллюстрировать взаимодействие врачей с пациентами, другими стейкхолдерами при оказании медицинской помощи при воспалительном заболевании кишечника (ВЗК). Подумав о своем опыте и о различных методах, которые получают пациенты, обратившимся за медицинской помощью (на уровне больницы, поликлиники, неотложной помощи, как с целью диагностики, так и лечения), мы просим Вас потратить следующие 30 минут на то, чтобы сформулировать свое видение к доступу к медицинской помощи при ВЗК.

Информация о специалисте

Медицинский уровень оказания помощи:

- Амбулаторный
- Стационарный
- Специализированный центр ВЗК

Медицинская специальность:

- Терапевт
- Гастроэнтеролог
- Колопроктолог

Стаж работы по специальности:

- 1-2 года
- 2-5 лет
- 5-10 лет
- 10-20 лет
- Более 20 лет

Информация о пациенте

Медицинский уровень получения помощи:

- Амбулаторный
- Стационарный
- Специализированный центр ВЗК

Специалист, наблюдающий Вас на регулярной основе (определяющий методы диагностики и лечения):

- Терапевт
- Гастроэнтеролог
- Колопроктолог

Общая длительность Вашего заболевания:

- 1-2 года

- 2-5 лет
- 5-10 лет
- 10-20 лет
- Более 20 лет

Опыт участника исследования в оказании помощи пациентам с ВЗК

Вопрос 1: Когда Вы думаете о доступности помощи при ВЗК, есть ли какие-то факторы, по Вашему мнению, ограничивающие или напротив, облегчающие для пациентов доступность к качественной (специализированной) помощи? По Вашему мнению, достаточно ли клинических ресурсов и профессиональных навыков для удовлетворения многогранных потребностей лиц с ВЗК. Имеется ли возможность возможностей профессионального развития и укрепления базы знаний по ВЗК?

Вопрос 2: Говоря о вашем опыте оказания медицинской помощи пациентам с первоначальным диагнозом ВЗК, какие аспекты Вы считаете важными и полезными, чтобы бы Вы изменили в существующей ситуации? Как можно было бы улучшить первичную диагностику?

Вопрос 3: Расскажите нам о своем опыте взаимодействия с пациентами, кому уже уточнен диагноз (как много пациентов Вы обычно видите в течение недели, каким образом эти пациенты обращаются к Вам). Каково, по Вашему мнению, среднее время ожидания Вашей консультации для пациента с уточненным диагнозом? Имеете ли Вы возможность вмешательства при возникновении неотложных ситуаций у пациентов?

Вопрос 3: Расскажите нам о своем опыте взаимодействия со специалистами, на момент уточнения диагноза, а также на этапе ведения уточненного диагноза (к каким специалистам Вы обращаетесь регулярно, каким образом это происходит). Каково, по Вашему мнению, среднее время ожидания консультации для пациента с уточненным диагнозом? Имеете ли Вы возможность обращения к Вашему специалисту при возникновении неотложных ситуаций?

Вопрос 4: Говоря об Вашем опыте междисциплинарной медицинской помощи при ВЗК, расскажите нам о некоторых препятствиях или разочарованиях, с которыми вы сталкиваетесь. Каким образом Вам приходится решать коммуникативные или административные барьеры со специалистами других подразделений или клиник? Достаточно ли диагностических и лечебных ресурсов находится в распоряжении специалиста, регулярно наблюдающего Вас?

Вопрос 5. Сложности при направлении на какие диагностические методики Вы испытываете:

- двухбаллонная энтероскопия;
- видеокапсульная эндоскопия;
- фекальный кальпротектин;

- магнитно-резонансная энтерография или компьютерная энтеротомография;
- скрининговый тест на туберкулез;
- колоноскопия;
- эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- гистологическое исследование;
- рутинные тесты (ОАК, СРБ и др);
- вирусная серология;

Вопрос 6. Сложности при направлении к каким специалистам Вы испытываете

- Психолог/психиатр;
- Диетолог/нутрициолог
- Гастроэнтеролог
- Патоморфолог
- Колопроктолог

Вопрос 7: Какие аспекты доступа к медицинской помощи при ВЗК (психосоциальные, физические, эмоциональные и т. д.) не соблюдаются по Вашему мнению в существующей системе оказания помощи, что могло бы помочь улучшить Ваше качество жизни?

Вопрос 8: При необходимости оказания помощи на более высоком уровне, в какую клинику, к какому специалисту Вы обратитесь (направите пациента)? Как часто Вам приходится обращаться к различным специалистам для обсуждения смены тактики (Вашего) ведения?

Вопрос 9: Пациентам с впервые уточненным диагнозом, Даете ли Вы совет обращения в пациентскую организацию? Либо считаете, что предоставляете достаточно информации по образу жизни, по питанию и другим аспектам

Вопрос 9. Получали ли Вы от Вашего врача совет обращения в пациентскую организацию? Либо Ваш врач предоставляет достаточно информации по образу жизни, по питанию и другим аспектам