

*Карлова П. О.<sup>1</sup>, Ползик Е. В.<sup>2</sup>, Лопатин А. Ю.<sup>3</sup>*

## **Методические подходы к оценке качества работы врачебных приемов консультативно-диагностических поликлиник**

1 - МУ «Детская городская клиническая больница № 9», г. Екатеринбург; 2 - ГБОУДПО «НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем», г. Екатеринбург; 3 - стоматологическая клиника, г. Москва

*Karlova P.O., Polzik E.V., Lopatin A.Yu.*

## **Methodological Approaches to Assessing the Quality of Reception of Patients at Consulting and Diagnostic Polyclinics**

### **Резюме**

В статье приведены результаты разработки методики оценки качества работы врачебных приемов в консультативно-диагностический поликлинике. Установлено, что необходимой и достаточной для этого является подсистема из 4 медико-статистических показателей, существующих в системе мониторинга лечебно-профилактических учреждений. Показано, что внедрение методики позволило повысить эффективность управления качеством работы врачебных приемов в детской больнице № 9 г. Екатеринбурга.

**Ключевые слова:** качество, консультативно-диагностические поликлиники, метод

### **Summary**

The results of developing a methodology for assessing the quality of the reception of patients at a consulting and diagnostic polyclinic are presented. It is established that a subsystem of four medical-statistical factors existing in the medical and preventive treatment institution monitoring system is necessary and sufficient. It is shown that the introduction of this approach has increased the efficiency of quality management of the reception of patients at Ekaterinburg Children's Hospital No. 9.

**Key words:** quality, consulting and diagnostic polyclinic, method

### **Введение**

Обеспечение высокого качества медицинской помощи (КМП) и работы лечебно-профилактических учреждений является приоритетной задачей российского здравоохранения. Однако, несмотря на то, что во многих крупных государственных программах, направленных на улучшение общественного здоровья, присутствует раздел, посвященный повышению КМП, обеспечить его надлежащий уровень до настоящего времени не удалось [1]. В последние годы этой проблеме уделяется много внимания, как со стороны научных коллективов, так и менеджеров-практиков, тем не менее, многие ее аспекты, особенно методический остаются во многом дискуссионными.

Анализ мирового и отечественного опыта свидетельствует о многообразии подходов к созданию систем контроля качества в здравоохранении, что во многом обусловлено разной трактовкой самого понятия "качество". При обилии формулировок, среди организаторов здравоохранения отсутствует единство в его понимании, а это, в свою очередь, отрицательно сказывается как на методологическом, так и практическом аспектах управления

[2, 3]. Как отмечают О.П.Щепин и соавт. [4], несмотря на внешнюю простоту дать определение понятия "качество" применительно к здравоохранению сложно из-за его многоплановости. Действительно, КМП, оказываемой отдельному больному, несет одну смысловую нагрузку, а оказываемой в масштабе лечебного учреждения или его структурного подразделения – другую, в связи с чем, методы измерения этих "качеств" отличаются. Кроме того, многими специалистами справедливо отмечено, что понятие КМП во многом отлично и с позиций субъектов отношений: врачей, органов управления здравоохранением, пациентов.

Применяемые в настоящее время в медицинских организациях системы экспертизы КМП направлены на оценку его применительно к деятельности врача и не рассчитаны на оценку работы ЛПУ. Вместе с тем, в условиях активного распространения в российском здравоохранении экономических методов управления, предложений по размещению государственного заказа на оказание медицинской помощи на принципах конкурсного отбора, создаются объективные предпосылки для разработки методов оценки качества работы как медицинского учреж-

дения в целом, так и его структурных подразделений. Решению этой задачи применительно к амбулаторно-поликлиническим отделениям (АПО) было посвящено данное исследование.

## Материалы и методы

Оценка качества работы лечебно-профилактических учреждений в большинстве своем опирается на схему, предложенную Donabedian [5], который сгруппировал три категории элементов оценки качества под названием: структура, процесс, результат. Согласно такой систематизации под «структурой» понимается кадровый состав медицинского учреждения, особенности организации и ресурсный потенциал, под «процессом» – нагрузка на врача, интенсивность использования ресурсов, а к «результату» относятся изменения в состоянии здоровья пациентов. Вместе с тем, О.П. Щепин в соавт. [4] справедливо подчеркивают, что независимыми из названных элементов являются только первые два (структура и процесс), результат же есть их следствие. Таким образом, о качестве работы ЛПУ необходимо судить либо по совокупности первых двух параметров (структура, процесс), либо на основании оценки последнего (результат). Однако это принципиально важное теоретическое положение многими исследователями игнорируется.

Для оценки качества в здравоохранении используется три подхода: 1) основанный на экспертных оценках специалистов-медиков; 2) базирующийся на результатах опроса пациентов; 3) построенный на учете медико-статистических показателей, существующих в системе внутрибольничного мониторинга. Наиболее часто применяются первые два, однако их главным недостатком является зависимость результата от субъективного мнения оценивающих. Что же касается третьего подхода, то при их выборе необходимо учитывать следующие условия: показатели должны быть универсальными, количественными и их число должно быть минимально необходимым [6]. Однако эти справедливые требования выполняются далеко не всегда и, кроме того, в большинстве методик отсутствует этап свертывания многомерной информации в виде обобщающего, интегрального показателя (ИП), что существенно затрудняет их применение на практике.

Большинство работ по оценке качества деятельности лечебно-профилактических учреждений сосредоточено на решении этой задачи применительно к госпитальному звену, что же касается поликлиник, то они редко служат объектом таких исследований [7, 8]. Основная причина этого состоит в том, что для АПО система государственной медицинской статистики содержит ограниченное число необходимых для этого показателей.

Наиболее подробно методические подходы к определению качества работы поликлиник разработаны И.А.Егоровой [9]. Для этой цели автором предложена система показателей, характеризующих: 1) «структуру» (фондовооруженность и использование информационных технологий, уровень квалификации врачей и среднего медицинского персонала (СМП), количествен-

ное соотношение между врачами и СМП, текучесть кадров); 2) «процесс» (нагрузка на 1 врача, интенсивность использования уникального оборудования, выявляемость социально-значимых заболеваний в ранней стадии, эффективность динамического наблюдения, охват профилактическими осмотрами, доля экстренно госпитализированных и ряд других); 3) «результат» (смертность, инвалидность, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов). Согласно данной методике заключительная оценка качества работы АПО проводится на основании ИП, рассчитанного по информации обо всех вышеуказанных первичных признаках. Из приведенных данных видно, что разработчиком для оценки качества работы АПО предлагается использовать все три компонента триады Donabedian, хотя для этого вполне достаточно показателей, характеризующих «результат». Вместе с тем, нельзя не отметить включение в методику этапа свертывания многомерной информации в виде ИП.

В целом, анализ немногочисленных публикаций, содержащих описание методов оценки качества работы АПО, свидетельствует о недостаточной проработанности этой проблемы, кроме того, все они посвящены решению задачи применительно к участковым поликлиникам. Что же касается оценки качества работы поликлиник консультативно-диагностического профиля, то такие сообщения нам не встретились.

Для решения этой задачи было выполнено исследование, объектом которого служила консультативно-диагностическая поликлиника детской клинической больницы № 9 г. Екатеринбурга (ДГКБ №9). Ее мощность составляет 250 посещений в смену, а врачебные приемы организованы по 18 специальностям.

В основу разрабатываемой методики были положены следующие принципы:

1. Оценка качества работы каждого врачебного приема должна основываться на комплексе медико-статистических показателей, являющихся более объективными, чем результаты социологических опросов пациентов или экспертных заключений специалистов-медиков;

2. Оценка должна базироваться либо на учете совокупности показателей, характеризующих «результат» работы, либо, на основе характеристик «структуры» и «процесса»;

3. Для получения оценки в удобном для анализа и интерпретации виде необходимо свертывание многомерной информации путем расчета ИП.

Наиболее простым способом было построить оценку на основе совокупности показателей, характеризующих «результат» работы каждого вида врачебного приема в поликлинике. Однако, в отличие от участковых АПО, в системе медико-статистического мониторинга которых все же имеются результирующие индикаторы, характеризующие качество работы, в поликлиниках консультативно-диагностического профиля таковые практически отсутствуют. В связи с этим был избран иной подход. Для получения информации о качестве ра-

боты врачебных приемов пришлось использовать данные опроса пациентов, несмотря на отмеченные выше ограничения этого способа оценки. Было проведено анкетирование 580 человек (родителей детей), в ходе которого они оценивали качество работы врачебных приемов поликлиники по 5-балльной шкале. Диапазон полученных оценок составил от 4,1 до 4,9.

Таким образом, были получены оценки качества каждого вида приема в консультативно-диагностическом АПО. В дальнейшем был выполнен альтернативный вариант анализа, основанный на использовании комплекса показателей, характеризующих «структуру», и «процесс» оказания медицинской помощи. В качестве таковых были избраны:

**Показатели «структуры»**

1. Средний стаж врачей
2. Наличие врачей с высшей квалификационной категорией
3. Наличие врачей, окончивших ординатуру
4. Соотношение количества врачей и медицинских сестер на приеме
5. Средний стаж среднего медицинского персонала (СМП)
6. Наличие СМП с высшей квалификационной категорией

**Показатели «процесса»**

1. Выполнение функции врачебной должности на приеме
2. Доля повторных посещений по поводу одного заболевания
3. Использование новых или уникальных (для Свердловской области) технологий

Выбор именно этих показателей определялся тем, что все они включены в систему медико-статистического мониторинга консультативно-диагностических поликлиник, а также наиболее частыми предложениями других исследователей по их использованию для оценки качества работы АПО.

После сбора необходимой информации требовалось установить, существует ли сколько-нибудь выраженная связь между вышеприведенными показателями «структуры» и «процесса» и качеством работы врачебных при-

емов, оцененным с помощью опроса мнений пациентов. Для решения этой задачи был проведен расчет коэффициентов парной корреляции.

Поскольку каждый из избранных показателей «структуры» и «процесса» характеризует лишь какой-то отдельный аспект этих системных понятий, был проведен расчет ИП, объединяющих подсистемы от 2 до 9 первичных показателей. Методика состояла из 2 этапов: на первом из них выбранные первичные показатели нормировались к интервалу 0-1, что позволяло избавиться от априорной неравнозначности, обусловленной наличием у каждого из них своего интервала принимаемых значений, а на втором осуществлялся собственно расчет ИП, представляющего среднее арифметическое всех нормированных величин используемых показателей [10].

В дальнейшем был проведен расчет коэффициентов корреляции между каждым из этих ИП и величиной оценки качества, полученной в ходе социологического опроса мнений пациентов.

**Результаты и обсуждение**

Результаты расчета коэффициентов корреляции между каждым из 9 показателей, характеризующих «структуру» и «процесс», по каждому врачебному приему АПО и оценкой качества работы, установленной потребителями медицинской услуги, приведены в таблице. Как видно, для всех них была установлена «слабая», согласно принятой в статистике классификации, корреляционная связь, но при этом все же наиболее сильной (более 0,3) она была у трех: доля повторных посещений, средний стаж работы среднего персонала и использование новых технологий. Таким образом, на основании этого этапа анализа данных можно было сделать заключение, что ни один из взятых первичных показателей в отдельности не мог быть использован для оценки качества работы врачебного приема консультативно-диагностической поликлиники.

В связи с этим, был проведен пошаговый расчет ИП, объединяющих от 2 до 9 первичных показателей, в соответствии с их ранговой шкалой, приведенной в таблице. Коэффициент корреляции между ИП, рассчитанным по двум показателям, занимающим первые ранговые места,

**Таблица 1. Величина коэффициентов корреляции исследуемых показателей «структуры» и «процесса» с качеством работы врачебного приема, установленным при опросе пациентов консультативно-диагностической поликлиники**

Ранговое место	Показатели	Коэффициент корреляции
1	Доля повторных посещений по поводу одного заболевания	- 0,492
2	Средний стаж работы среднего медицинского персонала	0,414
3	Использование новых или уникальных технологий	0,360
4	Наличие врачей, имеющих высшую квалификационную категорию	0,220
5	Наличие врачей, окончивших ординатуру	0,179
6	Средний стаж работы врачей	0,173
7	Соотношение количества врачей и медсестер	0,104
8	Наличие медсестер, имеющих высшую квалификационную категорию	0,097
9	Выполнение функции врачебной должности	0,054

составил 0,571, по трем – 0,659, по четырем – 0,773, по пяти – 0,583, по шести – 0,447, по семи – 0,401, по восьми – 0,366, по девяти – 0,356. Согласно полученным результатам наиболее сильная корреляционная связь была установлена для ИП, рассчитанного на основании комплекса показателей, занимающих первые четыре ранговых места. Согласно принятой в статистике классификации, по величине коэффициента корреляции (0,773), она относится к категории «устойчивая» и очень близка к границе с категорией «сильная».

Таким образом, в качестве критерия оценки качества работы врачебных приемов в консультативно-диагностической поликлинике может служить величина ИП, рассчитанного на основе информации о 4 выше-названных первичных показателях. В то же время, при применении разработанной методики на практике менеджменту больницы наряду с количественной оценкой важна и ее качественная характеристика. Для этого была предложена следующая шкала: при величине ИП до 0,3 – качество работы «низкое», от 0,3 до 0,5 – «среднее», более 0,5 – «высокое».

Апробация этой методики в АПО ДГКБ № 9 показала, что в 2009 г. из 18 врачебных приемов 6 работали с оценкой «высокая» (33,3%), 7 – с оценкой «средняя» (38,9%) и 5 – с оценкой «низкая» (27,8%). В результате проведенной руководством больницы работы по улучшению кадрового и ресурсного потенциала поликлиники, а также оптимизации организации ее деятельности с учетом результатов маркетинговых исследований [11], качество работы приемов повысилось: в мае 2011 г. с оценкой «высокая» работали уже 9 из 18 (50,0%), с оценкой «средняя» – 8 (44,4%), а с оценкой «низкая» – 1 (5,6%).

## Выводы

1. Оценка качества работы врачебных приемов консультативно-диагностических поликлиник может базироваться на содержащихся в системе внутриучрежденческого мониторинга медико-статистических показателях, характеризующих «структуру» и «процесс».

2. Необходимым и достаточным для такой оценки является комплекс из четырех индикаторов: доля повторных посещений по поводу одного заболевания, средний стаж работы среднего медицинского персонала, использование новых или уникальных технологий, наличие врачей с высшей квалификационной категорией.

3. Для свертывания информации об этих индикаторах, предложен алгоритм расчета ИП.

4. Использование в системе управления ДГКБ №9 разработанной методики послужило основаниям для принятия организационных решений, результатом которых стало увеличение числа врачебных приемов АПО с высокой оценкой качества работы. ■

*Карлова П. О. – специалист отдела маркетинга МУ «Детская городская клиническая больница № 9», г. Екатеринбург; Ползик Е. В. – доктор мед. наук, профессор, зам. директора ГБОУ ДПО «НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем», г. Екатеринбург; Лопатин А. Ю. – канд. мед. наук, главный врач стоматологической клиники, г. Москва; Автор, ответственный за переписку - Карлова П. О., г. Екатеринбург, ул. К.Либкнехта, 8-Б; оф. 39; Тел. (343) 371-61-99, e-mail: veronica@urtc.ru*

## Литература:

1. Концепция государственного контроля и надзора за качеством медицинской помощи населению Российской Федерации (2007-2012 гг.): Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (электронный ресурс): <http://www/roszdravnadzor.ru/dokuments/fns>.
2. Попова Т.А., Журавлева Е.Ю., Хамидуллин Р.Х. Управление качеством медицинской помощи в муниципальном здравоохранении (на примере городской поликлиники №26 Управления здравоохранения ЮАО г. Москвы). Главврач 2010; 4: 48-63.
3. Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Основы экспертизы качества медицинской помощи и автоматизированная технология его оценки. Метод пособие. Часть 1. Изд.16-е, перераб. СПб; 2008.
4. Щепин О. П., Линденбрaten А.Л., Голоденко В.Н. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению. Пробл. соц. гиг. и истории медицины 1996; 3: 24-29.
5. Donabedian A. The quality of medical care methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. Science 1978; 200: 856-864.
6. Линденбрaten А.Л., Зволинская Р.М., Голоденко В.Н. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений (методические материалы). М.; 1999.
7. Белоусов Н.И., Калашников Н.М., Шварев В.В. Оценка качества медицинской помощи в ходе реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Менеджер здравоохранения 2008; 9: 4-18.
8. Филатенкова С.В. Критерии эффективности труда медицинских работников как основа выплат стимулирующего характера по конечным результатам. Здравоохранение РФ 2011; 1: 35-39.
9. Егорова И.А. Научное обоснование системы оценки деятельности комплекса амбулаторных лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации [Автореф. дис. ... канд.мед.наук] М.; 2009.
10. Казанцев В.С. Математические методы и новые информационные технологии в решении медицинских задач. Екатеринбург; 2002.
11. Карлова П. О., Брыксина Н. В. Маркетинговые исследования в управлении детской больницей. Детская больница. 2011; 2(44): 3-7.