

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ СЛУЖБА – ОСНОВА СТРАТЕГИИ ПРИ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ ОТРАСЛИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
Сергей Лаврентьевич
Вардосанидзе



В настоящее время основным методом управления качеством медицинской помощи в стационаре является индустриальная модель управления, или модель непрерывного повышения качества. Это связано с получением в результате их внедрения максимально возможных показателей клинической результативности и доступности медицинской помощи. Не менее значимым для экономики страны является медико-финансовый итог работы индустриальных методов менеджмента качеством, заключающийся в минимизации затрат на выполнение гарантированного объема медицинских услуг при одновременном повышении или сохранении заданного уровня клинической эффективности лечения и диагностики.

Логично предположить, что внедрение подобных методов управления в амбулаторно-поликлиническом звене должно привести к оптимальному распределению финансовых потоков между амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями, уменьшению суммарной стоимости лечения и обследования пациентов в минимальные сроки, улучшению показателей клинической результативности и доступности медицинской помощи вне пределов стационара, повышению качества жизни пациентов и улучшению состояния их здоровья.

Следует заметить, что опыта внедрения индустриальных методов управления качеством в отечественных поликлиниках нет. Заимствовать его из здравоохранения других стран не представляется возможным ввиду значительных отличий в структурной организации и методах работы отечественных и зарубежных поликлиник.

В Ставропольском крае на базе городского консультативно-диагностического центра г. Ставрополя, поликлиник №1 и №6 г. Ставрополя началось внедрение индустриальной модели управления качеством медицинской помощи.

Согласно общеизвестной концепции индустриальные методы управления качеством медицинской помощи, в основе которых лежит предложенная для промышленного производства модель непрерывного повышения качества, включают в себя пять позиций: процессный анализ; ориентацию на непрерывное совершенствование обозначенных процессов; вовлечение в процесс управления всего персонала; постепенный отказ от массового инспекционного контроля в пользу самоконтроля исполнителями; стратегическое планирование в области качества с учетом настоящих и будущих потребностей населения в характере и объеме медицинской помощи.

Процессный анализ рассматривает медицинскую деятельность как технологию, включающую заданную последовательную цепочку действий. Непрерывное совершенствование обозначенных процессов отражает сущность базовой модели непрерывного повышения качества, когда нет жестко регламентированных стандартов, а каждое действие персонала анализируется с точки зрения его возможного улучшения в перспективе. Всеобщее участие в управлении персонала предусматривает управленческую активность сверху донизу, на любом уровне. Основой для этого является понимание исполнителями своей роли в получении конечного результата медицин-

ской деятельности подразделения и всего учреждения в целом и их активная творческая позиция. Самоконтроль включает в себя оценку собственной деятельности согласно выбранному технологическому проекту с последующей реакцией при возникновении возможных отклонений. Стратегическое планирование является практическим воплощением идеи непрерывного совершенствования используемых медицинских технологий на основе данных количественного измерения процессов.

Необходимо отметить, что деятельность амбулаторно-поликлинического учреждения имеет следующие существенные особенности, отличающие ее от работы стационара: наблюдение за пациентом осуществляется на протяжении всей его жизни; основу деятельности поликлиники составляют не только лечение и диагностика, но еще профилактика и диспансеризация; ключевой фигурой в диспансеризации, лечении, диагностике и профилактике является врач общей практики; для успешной реализации основных направлений диспансеризации, лечения, диагностики и профилактики, а также для получения многих качественных характеристик работы поликлиники необходимо органичное взаимодействие с другими амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диагностическими центрами, стационарами, а также рядом социальных и государственных структур.

Внедрение индустриальной модели управления качеством медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом учреждении проводилось в двух направлениях: *социальном и медико-технологическом*. Социальное направление предусматривало:

- определение политики в области качества как основного документа, регламентирующего все направления работы учреждения;
- формирование у персонала мотивации к качественному труду;
- вовлечение в управление всего персонала и переход от инспекционного контроля к самоконтролю.

Политика в области качества формулировалась лидером организации и включала следующие базовые направления:

- непрерывное повышение качества процессов диагностики, лечения и профилактики с учетом настоящих и будущих потребностей пациентов;
- вовлечение всего персонала в процесс управления;
- постепенный переход от инспекционного массового контроля к самоконтролю и самоуправлению качеством;
- определение ведущей роли системного процессного подхода в управлении качеством;
- измерение и статистический анализ реальных индикаторов качества процессов диагностики, лечения и профилактики – основа стратегического планирования в области качества;

- широкая поддержка руководством внутренних достижений в области качества и обеспечение гарантий качественной медицинской помощи пациентам.

Формирование мотивации к качественному выполнению работы и к активному участию в процессах управления качеством, равно как и развитие принципов корпоративной культуры у сотрудников, достигалось систематическим обучением сотрудников вопросам качества и управлению качеством в медицине; текущим и перспективным профессиональным обучением персонала; целенаправленной поддержкой администрацией новаторства и корпоративного сотрудничества методами морального и материального стимулирования; постоянной демонстрацией достижений в области качества на собраниях трудового коллектива.

Медико-технологическое направление внедрения индустриальной модели предусматривало идентификацию, проектирование, измерение и непрерывное совершенствование процессов, а также обеспечение их координации и рационального взаимодействия.

Основная цель проектирования процессов – это выбор наименее затратного, наименее длительного и наиболее эффективного пути достижения конечного результата лечения и диагностики. Проектирование процессов предусматривало определение потоков работ, формирующих процесс (формализацию процесса); определение взаимосвязей и последовательности действий; определение исполнителей потоков работ.

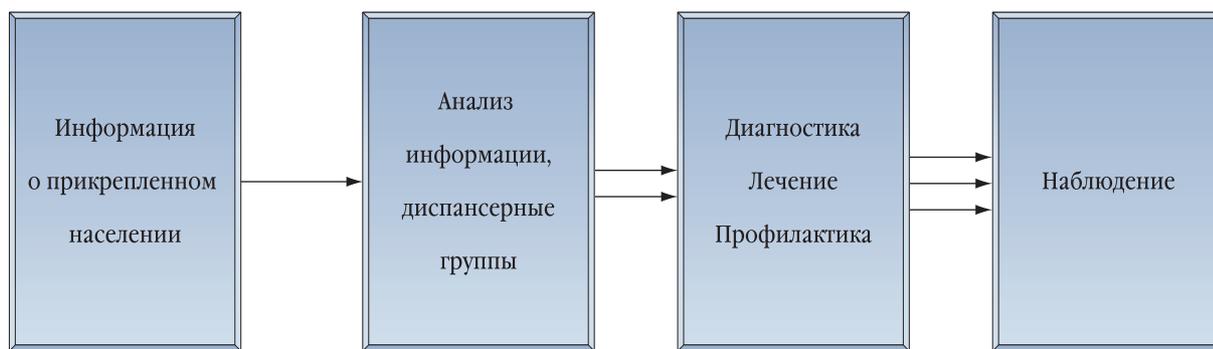
Базовыми процессами в амбулаторно-поликлиническом учреждении являются *диспансеризация, диагностика, лечение и профилактика* среди населения прикрепленного района. Процесс диспансеризации рассматривается в данном случае независимо по отношению к процессам диагностики, лечения и профилактики. Это необходимо для его последующего проектирования с учетом наиболее значимых задач диспансеризации – активное наблюдение за здоровыми, больными и лицами с факторами риска заболеваний с целью последующего определения необходимости и объема диагностических, лечебных и профилактических мероприятий. В основе диспансеризации лежат получение и анализ информации о прикрепленном населении с формированием диспансерных групп, а также пожизненное наблюдение за состоянием его здоровья.

С учетом вышесказанного структурную схему работы поликлиники можно представить следующим образом (рис. 1).

Первоочередным этапом в работе является диспансеризация, предусматривающая получение информации о прикрепленном населении, ее анализ с формированием групп диспансерного наблюдения и определением лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, а также последующее наблюдение за диспансерными группами.



1



СТРУКТУРНАЯ СХЕМА РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ

Центром концентрации медицинской информации о пациенте является *врач общей практики*, который представляет полученную информацию в организационно-методический отдел. В результате работы последнего формируется интегральная картина здоровья населения прикрепленного района. После анализа полученной информации дальнейшие вопросы лечения, диагностики и профилактики находятся в компетенции врачей общей практики (ВОП), врачей-специалистов (ВС), диагностических подразделений и параклинических служб.

Врачи-специалисты оказывают лечебно-профилактическую помощь в объеме рассматриваемой специальности. Вместе с тем направление к специалисту и выполнение его лечебных, диагностических и профилактических рекомендаций (за исключением узкопрофессиональных медицинских вмешательств) с возможным последующим повторным осмотром осуществляется и контролируется врачом общей практики.

Центральным звеном в движении пациента в амбулаторно-поликлиническом учреждении является врач общей практики. Выполняя достаточно важные в практическом отношении организационные функции, он не является исключительно диспетчером. Ему принадлежит основная роль в выполнении базовой группы медицинских вмешательств, а также в выполнении и контроле результативности медицинских вмешательств, рекомендованных врачами-специалистами. Врач-специалист реализует свой круг узкопрофессиональных диагностических исследований и манипуляций, на основании чего дает рекомендации по лечению и профилактике. Но эти рекомендации в большинстве случаев выполняются уже врачом общей практики, который в случае необходимости повторно консультируется с врачом-специалистом.

Проектирование процессов лечения, диагностики и профилактики для врачей общей практики проводилось с использованием метода циклического клинического пути. Циклический клинический путь в поликлинике представляет собой структурное, се-

твое и календарное планирование потока работ.

Циклическость клинического пути в поликлинике обусловлена непрерывностью ведения пациента в самой поликлинике, на дому, наблюдения за результатами лечения и диагностики в других ЛПУ или диагностических центрах и кабинетах. При этом каждый цикл рассматривается как часть клинического пути согласно определенному месту реализации процессов (поликлиника, дом, стационар). Лечебно-диагностический и профилактический процессы в поликлинике проводятся непосредственно врачами амбулаторно-поликлинического учреждения. К *действиям в поликлинике* относятся также случаи лечебных и диагностических мероприятий, проводимых персоналом амбулаторно-поликлинического учреждения на дому. К действиям дома относятся лечебные и профилактические мероприятия, которые осуществляются самим больным согласно врачебным рекомендациям. В *стационаре* лечебные и диагностические мероприятия проводятся непосредственно медперсоналом стационарного ЛПУ.

Структура клинического пути неодинакова для пациентов с различными заболеваниями. При этом целесообразно выделить следующих групп болезней:

1. *Острые заболевания, не требующие первичной госпитализации в стационар (например, ОРВИ).*
2. *Хронические заболевания с сохраненной физической активностью пациента, не требующие первичной госпитализации в стационар (например, хронический бескаменный холецистит, неосложненная язвенная болезнь 12-перстной кишки).*
3. *Хронические заболевания с сохраненной физической активностью пациента, требующие первичной госпитализации в стационар (например, плановая хирургическая патология, осложненные формы язвенной болезни 12-перстной кишки).*
4. *Пациенты с острой патологией после первичного лечения в стационаре (например, больные после перенесенного впервые инфаркта миокарда, больные, оперированные по поводу острого аппендицита, и др.).*



5. Пациенты со стойкой утратой трудоспособности и физической активности (например, тяжелый неврологический дефицит после перенесенного инсульта).

Для диагностических отделений, параклинических служб и работы врачей-специалистов календарное планирование потока работ является малоприменимым. Кроме того, основным потребителем продукции этих подразделений является врач общей практики, координирующий все диагностические, лечебные и профилактические процессы. В этой ситуации проектирование процессов лучше проводить методом структурного анализа с использованием методики функционального моделирования и выделения событий.

Важной особенностью индустриальной модели управления качеством является количественный анализ (переход от выводов, основанных на интуиции, к выводам, основанным на фактах). С учетом вышесписанного непрерывное совершенствование процессов диагностики, лечения и профилактики в рамках индустриальных технологий предусматривало измерение ключевых показателей эффективности работы (индикаторов качества); определение реальных контрольных пределов индикаторов – временных эталонных значений (критериев качества); планирование новых контрольных пределов индикаторов с учетом их динамики и ресурсных возможностей стационара – планирование улучшения на основе количественных данных.

В основе измерения лечебно-диагностического процесса лежит оценка промежуточных и конечных показателей качества лечения каждого конкретного больного, интегральных показателей качества лечения конкретной нозологической единицы, интегральных показателей качества конкретного медицинского вмешательства (терапевтическое, хирургическое, параклиническое) и диагностической процедуры, интегральных показателей качества работы ВОП и ВС, диагностического подразделения и параклинической службы, а также поликлиники в целом.

Нами были выделены четыре группы индикаторов качества, подлежащих измерению и оценке:

1. Промежуточные индикаторы качества для мониторинга в контрольных точках клинического пути.
2. Интегральные индикаторы качества для проектов, узких специалистов, врача общей практики и поликлиники в целом.
3. Критические индикаторы качества для поликлиники.
4. Структурные индикаторы качества для поликлиники.

Основная цель промежуточных индикаторов качества – прогнозирование возможного неблагоприятного исхода или осложнения лечения у конкретного больного. Промежуточные критерии включают четыре характеристики:

- измеряемый параметр (клиническая или лабораторная величина);
- допустимые количественные пределы изменений (интервал) измеряемой величины или дихотомическая качественная характеристика (наличие или отсутствие признака);
- время измерения, когда трактовка показателя позволяет прогнозировать исход (сутки или часы лечения) – контрольные точки измерения;
- возможные прогностические исходы при «неблагоприятном» смещении измеряемой величины.

Интегральные индикаторы качества для проектов имеют цель оценить в целом клиническую результативность и экономическую эффективность клинического пути или структурного проекта. К интегральным индикаторам качества клинического пути были отнесены шесть показателей в пересчете на каждые 100 случаев лечения:

- частота госпитализаций в стационар по поводу основного заболевания для больных, которым первично не показано стационарное лечение (в процентах);
- частота повторных госпитализаций в стационар для больных, которым показано первичное стационарное лечение (в процентах);
- частота случаев с осложнениями основного заболевания, которые развились в процессе лечения (в процентах);
- осложнения основного вмешательства – терапевтического или хирургического (в процентах);
- прогностическая точность промежуточных индикаторов качества – удельный вес больных, у которых прогноз по данным индикаторам соответствовал реальному клиническому исходу (в процентах).

Для структурных проектов диагностических процедур использовались пять интегральных индикаторов качества из расчета на 100 выполненных согласно структурному проекту лечебных или диагностических процедур:

- надежность исследования (в процентах) – вероятность неуспешного выполнения поставленной лечебной или диагностической задачи;
- воспроизводимость (в процентах) – вариативность результатов для различных специалистов или для разных диагностических аппаратов;
- коэффициент потребность/продуктивность (в процентах) – отношение числа больных, которым выполнено исследование, к числу больных, которым требовалось исследование;
- осложнения вмешательства (в процентах);
- средняя стоимость исследования (в рублях).

Для структурных проектов лечебных процедур и манипуляций были выделены четыре интегральных индикатора качества из расчета на 100 выполненных (согласно структурному проекту) манипуляций:

- частота положительных исходов вмешательства (в процентах);
- осложнения вмешательства (в процентах);



- коэффициент потребность/продуктивность (в процентах) – отношение числа больных, которым выполнено вмешательство, к общему числу больных, которым оно потребовалось;
- средняя стоимость вмешательства (в рублях).

Для структурных проектов работы врача-специалиста вполне приемлемыми оказались три интегральных индикатора качества из расчета на 100 законченных случаев:

- частота повторных консультаций по поводу одного и того же заболевания (в процентах);
- осложнения специальных вмешательств – терапевтических или хирургических (в процентах);
- коэффициент потребность/продуктивность в процентах – отношение числа больных, которым выполнена консультация или вмешательство, к общему числу больных, которым они потребовались.

Для интегральной оценки качества работы диагностического подразделения использовались пять индикаторов качества:

- доступность исследования (в процентах) – вероятность удовлетворения общего количества заявок;
- кумулятивная надежность исследований (в процентах) – суммарная вероятность неуспешного выполнения поставленной лечебной или диагностической задачи;
- кумулятивная частота осложнений вмешательств (в процентах);
- удельная стоимость исследований (в рублях) – суммарная стоимость исследований, деленная на количество обследованных больных;
- регистрируемая частота ложных результатов – положительных или отрицательных (в процентах).

Для интегральной оценки качества работы врача-специалиста использовались три индикатора качества:

- кумулятивная частота повторных консультаций по поводу одного и того же заболевания (в процентах);
- кумулятивная частота осложнений специальных вмешательств – терапевтических или хирургических (в процентах);
- доступность консультаций и специальных вмешательств (в процентах) – суммарная вероятность удовлетворения общего количества заявок.

Для интегральной оценки деятельности врача общей практики, а также всей поликлиники в целом были разработаны следующие группы индикаторов качества:

Группа 1. Индикаторы результативности процессов диагностики, лечения и профилактики: по возрастные показатели смертности, средняя продолжительность жизни, по возрастные показатели рождаемости, распространенность болезней, первичная заболеваемость, инвалидность, уровень госпитализации, летальность.

Группа 2. Индикаторы качества течения процессов диагностики и профилактики: осложнения медицинских вмешательств, доля госпитализирован-

ных больных по поводу осложнений медицинских вмешательств в поликлинике, доля больных, самостоятельно обратившихся повторно в поликлинику, среди общего числа больных, находившихся на обследовании и лечении, доля больных, госпитализированных в стационар без направления поликлиникой, среди общего числа госпитализированных больных, доля больных, курируемых другими амбулаторно-поликлиническими учреждениями, потоковый коэффициент пациента (самообращаемость/активный патронаж), индекс преемственности стационарного лечения, индекс отклонений в постгоспитальном лечении, частота расхождений поликлинического и стационарного диагнозов, доля больных, полностью обследованных в необходимом объеме в данном амбулаторно-поликлиническом учреждении, среди общего числа обследованных больных, число лабораторных исследований, число инструментальных исследований, число манипуляций, число малых операций, полипрагмазия – доля больных, которым назначено более пяти лекарственных препаратов, среди общего числа больных, получающих медикаментозное лечение в поликлинике, необоснованное назначение медикаментов, индекс оборота пациентов в поликлинике у ВОП, индекс оборота пациентов на дому у ВОП, индекс оборота пациентов в поликлинике у ВС, индекс оборота пациентов на дому у ВС.

Группа 3. Индикаторы качества кадровой структуры: удовлетворенность персонала, доля сотрудников, представивших инновационные проекты, соотношение врач/сестринский персонал, заболеваемость сотрудников, текучесть кадров, средняя нагрузка на одного ВОП, средняя нагрузка на одну медсестру ВОП.

Группа 4. Индикаторы удовлетворенности пациента: удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, желание повторно получить медицинскую помощь в том же амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Таким образом, предлагаемая технология индустриализации основных процессов в поликлинике имеет следующие преимущества в сравнении с традиционными способами управления качеством. Во-первых, она включает все прогрессивные элементы социальной программы модели непрерывного повышения качества, которые позволяют добиться максимальной удовлетворенности персонала от выполняемой работы, активного творческого участия сотрудников в процессе управления, корпоративного взаимодействия между различными подразделениями, сокращения числа трудовых конфликтов, смены массового инспекционного контроля на самоконтроль со стороны исполнителей процессов. Во-вторых, она позволяет значительно сократить расходы на медицинскую помощь при позитивной тенденции основных клинических показателей.

Принципиальным отличием индустриальной модели управления в амбулаторно-поликлиниче-



ском учреждении от таковой в стационаре является концентрация основных процессов (диспансеризация, диагностика, лечение и профилактика) у врача общей практики, который в конечном итоге становится центром медицинской информации о населении закрепленного района. Кроме того, наблюдение за пациентом на протяжении всей жизни диктует необходимость территориального распределения основных потоков работ, проводимых амбулаторно-поликлиническим учреждением и другими заинтересованными медицинскими учреждениями и социальными структурами.

Выполнение всех перечисленных условий внедрения индустриальной модели управления качеством в поликлинике наряду с широким использованием принципов доказательной медицины в практической работе врачей общей практики и врачей-специалистов позволяют обеспечить предельно высокую безопасность пациента при его взаимодействии с медицинской подсистемой, значительно сократить необоснованные расходы на медицинскую помощь, добиться предельно высокой эффективности диагностики, лечения и профилактики.