

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

Резюме: в статье приведены данные научного обоснования выбора критериев эффективности первичной медико-санитарной помощи на основе метода экспертных оценок. В ходе исследования разработана карта экспертной оценки, включающая три группы показателей, сформированные исходя из приоритетных задач, поставленных перед амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Изучение экспертного мнения при выборе критериев проводилось в два этапа с оценкой степени согласованности. Статистически значимая степень согласованности экспертов позволила сформировать модель оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, эффективность, мнение экспертов, показатели деятельности.

*Bogatova I.V., Shilnikova N.F.***SCIENTIFIC BASIS CHOICE OF CRITERIA EFFECTIVENESS OF PRIMARY HEALTH CARE**

Summary: article presents data selection criteria for scientific substantiation of the effectiveness of primary health care on the basis of expert assessments. In a study designed card expert assessment, including three groups of indicators formed the basis of the priority tasks of the outpatient clinics. Studying expertise in choosing the criteria was conducted in two stages, with assessment of the degree of consistency. Statistically significant degree of consistency experts allowed to form a model of evaluating the effectiveness of primary health care.

Keywords: primary health care, efficiency, expert opinion, activity indicators.

Введение. В условиях приоритетного развития социально-значимых направлений охраны здоровья граждан и первичной медико-санитарной помощи становится особо актуальной оценка эффективности реализации программ на различном уровне, а также оценка деятельности медицинских организаций. Министерством здравоохранения РФ утвержден перечень критериев оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения и медицинского персонала первичного звена, позволяющих провести анализ их деятельности с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи [2,3,4]. Прилагаемый список оценочных показателей предполагает выбор критериев с учетом воздействия различных факторов, определяющих здоровье населения для определенной территории, в конкретном лечебном учреждении, с возможностью включения дополнительных показателей, характеризующих эффективность деятельности учреждения с учетом вышеуказанных особенностей. Таким образом, система оценки эффективности должна определяться в каждом учреждении индивидуально. Однако на практике для руководителей учреждений представляет определенные трудности обоснование показателей позволяющих объективно оценить эффективность работы лечебного учреждения и медицинского персонала.

Цель исследования. Обоснование выбора критериев эффективности первичной медико-санитарной помощи.

Материалы и методы. Проведено изучение мнения организаторов здравоохранения в выборе критериев эффективности первичной медико-санитарной помощи методом экспертных оценок, позволяющего максимально объективизировать процесс выбора критериев с учетом профессиональных характеристик экспертов.

Результаты и обсуждение. Для реализации поставленной цели разработана карта экспертной оценки, включающая перечень показателей для обсуждения. В экспертную карту (анкету) включены три группы показателей, характеризующие эффективность первичной медико-санитарной помощи. Предложенные нами группы показателей сформированы исхо-

дя из приоритетных задач, поставленных на сегодняшний день перед учреждениями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь. Одной из таких задач является реструктуризация медицинской помощи с целью повышения эффективности использования ресурсов в здравоохранении и смещения объемов медицинской помощи с дорогостоящего звена посредством широкого применения ресурсосберегающих технологий. Показатели, характеризующие данное направление, вошли в первую группу и представлены:

- уровнем госпитализации населения;
- частотой вызовов скорой медицинской помощи;
- удельным весом посещений к узким специалистам;
- активностью посещений на дому;
- коэффициентом использования дневных стационаров (оборот койки);
- показателями заболеваемости населения.

Вторая группа показателей предусматривала выбор критериев для оценки текущей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения:

- ЗВУТ в диспансерных группах;
- охват вакцинацией;
- коэффициент профилактической активности;
- функция врачебной должности;
- смертность населения.

В третью группу включены показатели для оценки конечных результатов деятельности поликлиники:

- уровень первичного выхода на инвалидность в диспансерных группах;
- число умерших лиц на дому от болезней ССС в возрасте до 60 лет;
- коэффициент социальной удовлетворенности;
- обращения населения с жалобами;
- показатели онкозапущенности;
- заболеваемость туберкулезом.

Необходимая степень достоверности результатов исследования предусматривалась в определении требований при отборе экспертов среди руководителей медицинских организаций. В качестве таких требований для отбора экспертов нами предложены:

- стаж работы по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» не менее 10 лет;
- наличие высшей или первой квалификационной категории по данной специальности.

В результате сформированная группа экспертов в количестве 23 специалистов представлена руководителями учреждений здравоохранения и их заместителями. Изучение мнения экспертов выполнено методом «Дельфи» [5], предусматривающий проведение нескольких этапов анкетирования (двух и более). Обработка полученных результатов осуществлялась путем расчета среднего значения рангового места показателя, рассматриваемого в качестве критерия оценки, а так же расчета коэффициента конкордации (W), выражающего степень согласованности мнения экспертов с оценкой его статистической значимости. Оценка степени согласованности экспертов по шкале значения коэффициента конкордации определялась в интервале от 0 до 1. Чем ближе коэффициент к значению 1, тем выше степень согласованности экспертов (W: 0 – полная несогласованность, 0,1-0,29 – низкая степень согласованности, 0,3-0,59 – средняя, >0,6 – высокая, 1,0 – полное единодушие). Для оценки статистической значимости коэффициента конкордации использована формула определения критерия: $\chi^2 = (n-1) * m * W$. Достоверность коэффициента конкордации подтверждалась при превышении искомого значения χ^2 его табличного значения при числе степеней свободы n-1.

Коэффициент конкордации определялся по следующей формуле:

$$W = \frac{12 \times S}{m^2 \times (n^3 - n)} ;$$

$$S = \sum P^2 - \frac{(\sum P)^2}{n};$$

где W- коэффициент конкордации (согласия) экспертов; P – ранги; S – разность между суммой квадратов рангов по каждому признаку и средним квадратом суммы рангов по каждому признаку; m – число экспертов; n – число сравниваемых признаков.

Таким образом, проведение исследования путем двухэтапного анкетирования организаторов здравоохранения предусматривало изучение степени согласованности экспертного мнения по значению коэффициента конкордации на каждом этапе. В ходе исследования экспертам было предложено выбрать наиболее значимые критерии для проведения объективной оценки работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по трем группам показателей. Выбор критериев осуществлялся в виде распределения показателей в ранговом порядке по степени значимости каждого. С целью повышения согласованности мнения экспертов и объективизации итоговых данных экспертам были оглашены результаты первого тура с последующим обсуждением и обменом мнений экспертов между собой. Результатами проведения первого тура анкетирования по первой группе показателей коэффициент конкордации составил 0,57, что характеризует средний уровень согласованности. После представленных результатов первого тура анкетирования с экспертами проведен повторный тур, при котором степень согласованности увеличилась до 0,91 (высокий уровень согласованности), $\chi^2=103,5$, $p<0,001$. Результаты второго тура ранжирования показателей первой группы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Мнение экспертов о степени значимости показателей, характеризующих реструктуризацию медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях

Показатели	Среднее значение ранга	Ранг
Уровень госпитализации среди населения	2,3	2
Частота вызовов СМП	3,1	3
Удельный вес посещений к узким специалистам	4,9	5
Активность посещений на дому	3,8	4
Коэффициент использования дневных стационаров (оборот койки)	1	1
Показатели заболеваемости населения	5,9	6

Таким образом, на основе высокой степени согласованности экспертов и статистически достоверной значимости коэффициента конкордации, критериями, отражающими степень участия поликлинических учреждений в реструктуризации медицинской помощи, являются коэффициенты использования дневных стационаров, уровень госпитализации среди населения, частота вызовов скорой медицинской помощи, активность посещений на дому и удельный вес посещений к узким специалистам. Показатели заболеваемости населения, имеющие последнее ранговое место, а, следовательно, минимальную значимость критерия, не будут учитываться при оценке этого раздела работы.

Экспертная оценка второй группы показателей проводилась так же в два тура, что позволило повысить степень согласованности экспертного мнения на последнем этапе. Коэффициент конкордации первого тура составил 0,52, второго тура 0,85 (высокая степень согласованности) при $\chi^2=78,2$, $p<0,001$. Результаты ранжирования показателей текущей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений второго тура представлены в таблице 2.

Таблица 2

Мнение экспертов о степени значимости показателей текущей деятельности
амбулаторно-поликлинических учреждений

Показатели	Среднее значение ранга	Ранг
ЗВУТ в диспансерных группах	3,1	3
Охват вакцинацией	3,8	4
Коэффициент профилактической активности	1,2	1
Функция врачебной должности	1,9	2
Смертность населения	5	5

По данным таблицы, максимальная значимость из предложенных показателей экспертами отдана коэффициенту профилактической активности, который отражает степень активности населения в рамках формирования приоритета здорового образа жизни. На втором месте по значимости показатель выполнения функции врачебной должности специалистов. Экспертами так же высоко оценена значимость показателя ЗВУТ в диспансерной группе, в котором учитывается только заболеваемость по нозологическим формам диспансерного наблюдения. На четвертое место эксперты определили показатели охвата вакцинацией. Наименьшую значимость получили показатели смертности населения, следовательно, целесообразность их использования при оценке этого раздела не подтверждена экспертами.

По аналогии отбора критериев в предыдущих группах показателей экспертная оценка показателей третьей группы проводилась также в два этапа. Результаты первого тура выражены в средней степени согласованности ($W=0,36$), при повторном изучении экспертного мнения степень согласованности достигла высокого уровня ($W=0,82$ при $\chi^2=94,3$ $p<0,001$). Результаты второго тура выбора критериев из третьей группы показателей представлены в таблице 3.

Таблица 3

Мнение экспертов о степени значимости показателей конечных результатов деятельности
амбулаторно-поликлинических учреждений

Показатели	Среднее значение ранга	Ранг
Уровень первичного выхода на инвалидность в диспансерных группах	2,2	2
Число умерших лиц на дому от болезней ССС в возрасте до 60 лет	2,7	3
Коэффициент социальной удовлетворенности	1,3	1
Обращения населения с жалобами	5,7	6
Онкозапущенность	4,2	4
Заболеваемость туберкулезом	4,9	5

Данные таблицы по статистически подтвержденным результатам изучения мнения экспертов показывают, что при оценке конечных результатов работы поликлиник первостепенное значение приобретает оценка коэффициента социальной удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи. Значение этого показателя подтверждено особой актуальностью изучения социологической удовлетворенности медицинским обслуживанием, как со стороны медицинских организаций, так и страховых компаний системы ОМС, и органов управления здравоохранением. На втором месте по значимости показатель первичного выхода на инвалидность среди лиц, находящихся на диспансерном учете по данному заболеванию. Третье ранговое место занимают показатель числа умерших лиц на дому от болезней сердечно-сосудистой системы в возрасте до 60 лет. Данный показатель следует рассматривать в качестве показателя смертности трудоспособного населения вследствие управляемых причин при социопатии. Четвертое и пятое места занимают показатели онкозапущенности и заболеваемости туберкулезом среди населения соответственно. Наименьшая значимость в данной группе показателей экспертами определена обращениям населения с жалобами. Возможно, при оценке данного показателя имеет значение обоснован-

ность этих жалоб, а так же его изучение необходимо проводить при комплексном анализе деятельности лечебного учреждения, как показателя дефектов оказания медицинской помощи.

Результаты проведенного исследования позволили сформировать модель критериев оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи, включающую три группы показателей, расположенные в ранговом порядке по степени их значимости (табл. 4).

Таблица 4

Критерии оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи, оказываемой амбулаторно-поликлиническими учреждениями, по мнению экспертов

Показатели, характеризующие реструктуризацию медицинской помощи	Ранговое значение показателя
Коэффициент использования дневных стационаров	1
Уровень госпитализации на участке	2
Частота вызовов СМП	3
Активность посещений на дому	4
Удельный вес посещений к узким специалистам	5
<i>Показатели текущей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений</i>	
Коэффициент профилактической активности	1
Выполнение ФВД	2
ЗВУТ в диспансерных группах	3
Охват вакцинацией	4
<i>Показатели конечных результатов деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений</i>	
Коэффициент социальной удовлетворенности	1
Уровень первичного выхода на инвалидность в диспансерных группах	2
Число умерших лиц на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет	3
Показатели онкозапущенности	4
Заболеваемость туберкулезом	5

Выводы. Таким образом, на основе использования экспертного мнения организаторов здравоохранения составлена модель оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи, оказываемой амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Результатами формирования группы экспертов по заданным требованиям и двухэтапного их анкетирования в ходе исследования достигнута высокая степень согласованности мнения экспертов, которая была статистически подтверждена значением χ^2 при $p < 0,001$. Наименьшая значимость показателей, занимающее последнее ранговое место, не позволило включить их в качестве критериев в модель оценки.

Литература

1. Научное обоснование критериев оценки учреждения высшего профессионального образования, претендующего на звание «Вуз здорового образа жизни» / Т.В. Яковлева [и др.] // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2011. - №1 (3). – С. 58-63.
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 21.02.11 № 145н «Об утверждении показателей деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи».
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.04.07 № 282 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового».
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 11.05.07 № 324 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке».
5. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е.Н. Шиган. – М. : Медицина, 1986. – 208 с.